

Informationen

Infomappe für die Beratung in Aidshilfen

2009 | 2010

Foto: Pixello.de/Matthias Pätzold

Redaktionsteam:

Backenecker, Georg

Bock, Werner

Hufnagel, Iris

Eggers, Silke

Lemmen, Karl

Lühmann, Jörg

Veth, Claudia

Stemmerich, Carlos

-  AIDS-Hilfe Bielefeld e.V.
-  Deutsche AIDS-Hilfe e.V.
-  AIDS-Hilfe Frankfurt/Main e.V.
-  Deutsche AIDS-Hilfe e.V.
-  Deutsche AIDS-Hilfe e.V.
-  Göttinger AIDS-Hilfe e.V.
-  Berliner Aids-Hilfe e.V.
-  AIDS-Hilfe Köln e.V.



© Deutsche AIDS-Hilfe e.V.

Wilhelmstraße 138

10963 Berlin

Internet: <http://www.aidshilfe.de>

E-Mail: dah@aidshilfe.de

Titel: Carmen Janiesch

Satz: U. Sporleder

2009, bearbeitete 6. Auflage

Bestellnummer: 117004

Danksagung

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

Ein besonderer Dank gilt hierbei dem Medizinreferenten der Deutschen AIDS-Hilfe e.V. Armin Schafberger, der uns fortlaufend in der Bewertung neuer wissenschaftlicher Ergebnisse beraten hat und der uns bei kontroversen Fragen als verlässlicher Ansprechpartner zur Verfügung stand.

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

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

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

INHALT

Vorwort	5	
Kapitel 1: Allgemeines zu HIV und Aids	6	Wie verläuft eine unbehandelte HIV-Infektion? 6 , Verlauf mit Therapie 8 , Blick in die Zukunft 9
Kapitel 2: Übertragungswege / Schutzmöglichkeiten bei HIV	10	Bedingungen für eine HIV-Übertragung 10 , Wie viel ist eine „ausreichende Menge“ infektiöser Körperflüssigkeit? 11 , Was meint „ausreichend infektiöse Körperflüssigkeit“? 11 , Was sind Eintrittspforten für das HI-Virus? 12 , Über welche Wege kann HIV übertragen werden? 13 , Wie lange überlebt HIV außerhalb des Körpers? 15 , Wie wird HIV nicht übertragen? 16 , Wie kann man sich vor einer HIV-Infektion schützen? 16 , (Safer) Sex zwischen HIV-Positiven 17 , Zusammenfassung 17
Kapitel 3: Risikoeinschätzung	18	Risikoeinschätzung und Risikomanagement 18 , Analverkehr 20/21 , Vaginalverkehr 22/23 , orale Stimulation des Mannes 24 , orale Stimulation der Frau 25 , orale Stimulation des Anus 25/26 , Tribadie 26 , Intimrasur 26 , Fingerspiele/Fisten 27 , Küssen 28 , Urin und Kot 28 , Nadelstichverletzungen 29/30 , gemeinsames Benutzen desselben Spritzbestecks 30 , Bluttransfusion/ Blutprodukte 31 , Mückenstiche 31 , Übertragung: Mutter-Kind 32 , Hautkontakt/ Augenkontakt mit infektiösen Körperflüssigkeiten 32/33 , Kontakt der Vorhaut mit infektiösen Körperflüssigkeiten 33 , Tätowieren und Piercing 33
Kapitel 4: Safer-Sex-Utensilien	34	Woran ist ein hochwertiges Kondom zu erkennen? 34 , Welches Kondom/Utensil wird wofür benutzt? 34 , Wo bekomme ich Kondome, Dental Dams, Handschuhe, Gleitmittel usw.? 36 , Kondome benutzen - wie? 36 , Basisinformationen über Kondome 37
Kapitel 5: Sexuell übertragbare Krankheiten, STD	41	Umgang mit sexuell übertragbaren Krankheiten 41 , Risikominimierung 41 , Umgang mit sexuell übertragbaren Krankheiten in Beziehungen 42 , Zur Bedeutung von sexuell übertragbaren Erkrankungen in der HIV-Beratung 42 , Wer sollte wann auf bestimmte STD's hingewiesen werden? 43 , Übersicht: Die wichtigsten sexuell übertragbaren Krankheiten 44 , Chlamydien-Infektionen 45 , Feigwarzen 46 , Herpes 47 , Skabies 48 , Syphilis 49 , Tripper 50 , Trichomonaden 51
Kapitel 6: Hepatitis	52	Grundlegendes 52 , Virusbedingte Hepatitis 52 , Schutzimpfungen 53 , Behandlungsmöglichkeiten der Hepatitis B und C 55 , Meldepflicht 55 , Hepatitis A 56 , Hepatitis B 57 , Hepatitis C 58



Kapitel 7: Der HIV-Test	59 Der HIV-Test im Wandel der Zeiten 59 , Testverfahren im Überblick 60 , Nachweismethode: PCR 62 , Das Testergebnis 63 , „Diagnostische Lücke“ 64 , Warten auf das Testergebnis 64 , Rahmenbedingungen für die Durchführung 65 , Die Testberatung 65 , Wo kann man sich zu welchen Bedingungen testen lassen? 66 , Exkurs: HIV-Schnelltests 67 , Weitere wichtige Aspekte zum HIV-Antikörpertest 69 , HIV und Reisen 70
Kapitel 8: Therapie der HIV-Infektion	71 Kleines Wörterbuch der HIV-Therapie 72 , Einführung: Geschichte und Stand der HAART 73 , Zur Wirksamkeit der HAART 73 , Therapiebeginn 73 , Problem Resistenzentwicklung 74 , Nebenwirkungen der Medikamente 75 , Therapieplanung 76 , „Compliance“ 76 , Therapiepause 77 , Was tun, wenn die Therapie nicht (mehr) wirkt? 78 , Medikamente gegen HIV auf einen Blick 79
Kapitel 9: Post-Expositions-Prophylaxe, PEP	80 Grundlegendes 80 , Sofortmaßnahmen nach einer riskanten Situation 80 , Medikamentöse Post-Expositions-Prophylaxe Syphilis 81 , Postexpositionsprophylaxe im Hinblick auf Hepatitisinfektionen 83 , Besonderheiten bei der beruflichen Exposition 84
Kapitel 10: Safer Use bei i.v. Drogengebrauch	85 Risikoeinschätzungen HIV und Hepatitis 85 , Risikoeinschätzung hinsichtlich anderer Krankheiten 86 , Notfalldesinfektion 86 , Verschiedene Möglichkeiten zur Reinigung von Spritzen 86 , Safer Use auch für HIV-positive User? 86
Kapitel 11: Hintergrundwissen: Aids-Phobie	87 Merkmale von Phobikern/Phobikerinnen 87 , Verhaltensvorschläge und Beratungsstrategien 87 , Ergänzende Informationen zum Thema Aids-Phobie 89
Kapitel 12: Sexanrufer in der Telefonberatung	91 Sexanrufer 91 , Rollenkonflikt zwischen Beraterin und belästigter Frau 91 , Motivation des Sexanrufers 91 , Vorschläge zum Umgang mit Sexanrufen 92 , Bewältigungsverhalten 92 , Supervision und Unterstützung 93 , Dokumentationsbeispiele 93 , Dokumentationshilfe für Sexanrufe 95
Kapitel 13: Argumente der Aids-Kritik	96 Die „Aids-Leugner“ oder die Verzerrung der Wissenschaft 96 , Die Argumente der Aids-Leugner 97 , Die Argumentationsstrategien der Aids-Leugner 100
Kapitel 14: Rechtliche Aspekte	103 Grundlegendes 103 , HIV u Schweigepflicht, Datenschutz 103 , Schweigepflicht – Verpflichtung und Selbstverständnis 104 , Datenschutz 105 , Grenzen der Beratung in Aidshilfen 106 , Medizinische Beratung, Therapieberatung 107 , Missbrauch eines Abhängigkeitsverhältnisses 107 , Rechtsberatung 108 , Haftung 108
Rückmeldebogen	109

Vorwort

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

vor genau 11 Jahren erschien die 1. Auflage der „Infomappe für die Telefonberatung in Aidshilfen“. Heute haltet Ihr bereits die 7. Auflage in Händen. Das Werk heißt jetzt nur noch schlicht „Infomappe für die Beratung in Aidshilfen“, da es über die Telefonberatung hinaus auch von anderen Berater(inne)n und Präventionist(inn)en genutzt wird. Damals wie heute hat die Infomappe den Anspruch, das Basiswissen für Prävention und Beratung in einer auch für Laien verständlichen Form und Sprache zusammen zu fassen.

Die letzten 12 Jahre stehen für gravierende Veränderungen im Bereich HIV/AIDS. Die Medizin war beim Auftauchen der ersten AIDS-Erkrankungen Anfang der 80er Jahre gegenüber dem HI-Virus praktisch machtlos und eine HIV-Infektion wurde mit einem baldigen Tod assoziiert. Die Einführung der Kombinationstherapien ab Mitte der 90er Jahre gibt uns heute Hoffnung auf ein langes und meist auch annähernd normales Leben mit und trotz HIV. Eine zusätzliche Erleichterung im Leben mit HIV stellt die inzwischen offen kommunizierte Erkenntnis dar, dass die Senkung der Viruslast durch eine stabile antiretrovirale Therapie das HIV-Übertragungsrisiko unter bestimmten Bedingungen erheblich senken kann.

Diese Veränderungen schlagen sich auch in der Bearbeitung dieser Infomappe nieder. Für die vorliegende Ausgabe wurden vier Kapitel neu bearbeitet: Im 1. Kapitel „Allgemeines zu HIV und Aids“ wird nun auch der Verlauf einer HIV-Infektion unter medikamentöser Therapie quasi als „Normalfall“ des Verlaufs einer HIV-Infektion dargestellt. Das 2. Kapitel „Übertragungswege/Schutzmöglichkeiten“ wurde übersichtlicher gegliedert und stärker auf die Rolle der Viruslast im Übertragungsgeschehen fokussiert.

Am Deutlichsten sind die Änderungen im Kapitel 3: „Risikoeinschätzung“: so haben wir die Klassifikation der HIV-Risiken bestimmter Sexpraktiken auf die Kategorien „hoch“, „gering“ und „vernachlässigbar gering“ beschränkt.

Alle Faktoren, die bei der Beurteilung eines HIV-Gesamtrisikos eine Rolle spielen, haben wir gut verständlich und übersichtlich zu Beginn des 3. Kapitels schriftlich und grafisch dargestellt. Die Übertragungswege von anderen sexuell übertragbaren Erkrankungen (=STD's) sind im Kapitel 5 zu finden, ebenso Hinweise welche STD's bei welchen Personengruppen eine besondere Rolle spielen können.

Überarbeitet wurde auch das 7. Kapitel „HIV-Test“: deutlich wird dabei, wie sich Haltungen zum Test über die Jahre verändert haben und dass der HIV-Schnelltest inzwischen in vielen Aidshilfen zum Standardtestverfahren geworden ist.

Als Berater/innen in Aidshilfen müssen wir uns immer wieder mit Veränderungen auseinandersetzen, uns neues Wissen aneignen und dabei manchmal auch alte Bilder und überholtes Wissen über Bord werfen. Das ist nicht immer leicht und das merken wir auch bei der Überarbeitung dieser Infomappe. Wir haben diskutiert, verworfen, uns an Themen festgebissen, manchmal den Überblick verloren, dann wieder gefunden, entschieden, was uns in der Beratung wichtig und unwichtig erscheint und um Formulierungen gerungen. Das fertige Werk liegt nun vor Euch.

Wir erleben es als hilfreich, viele Perspektiven zu hören und zu sehen. Deswegen sind wir auf Eure Rückmeldungen angewiesen und freuen uns über Feedback. Und nun viel Spaß beim Arbeiten mit der neuen Infomappe!

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



Kapitel 1

Allgemeines zu HIV und Aids

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

Ursache für Aids ist die Infektion mit HIV („Human Immune Deficiency Virus“, = „menschliches Immundefekt Virus“). Das Virus HIV1 wurde 1983/84 entdeckt, drei Jahre später auch das HIV2, ein weiterer Virustyp, der hauptsächlich in Westafrika vorkommt, in Deutschland aber so gut wie keine Rolle spielt. Von HIV1 gibt es verschiedene Gruppen (M, N und O) und Subtypen (A, B, C, D...) sowie Mischformen. Die gängigen HIV-Testverfahren weisen HIV1 und HIV2 nach.

Gelangt das HI-Virus in den Körper, vermehrt es sich zunächst sehr stark. Bei dieser Vermehrung kommt es zu Veränderungen des HI-Virus (Mutationen). Dadurch beherbergt ein einzelner Mensch innerhalb von wenigen Wochen bereits eine Vielzahl unterschiedlicher Varianten von HIV.

Wie verläuft eine unbehandelte HIV-Infektion?

Die HIV-Infektion bewirkt eine Schädigung des Immunsystems. Die möglichen Folgen sind Infektionen und die Entstehung von Tumoren. Es kann auch zu Allergien und Hautausschlägen kommen, letztendlich erfolgt eine Erschöpfung des Immunsystems.

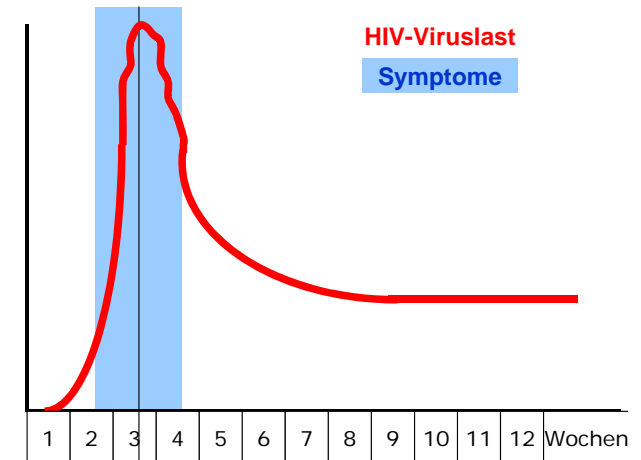
Der Verlauf einer HIV-Infektion wird in die akute und die chronische Phase eingeteilt.

Akute Phase

Bereits kurz nach der Ansteckung mit HIV beginnt das Virus, sich vorübergehend sehr stark zu vermehren. Dieser starke Anstieg der Viruslast verursacht zwei bis sechs Wochen nach sexueller Infektion (im Mittel nach 2,5 Wochen)

unspezifische Symptome: Fieber, Abgeschlagenheit, Hautausschlag, Appetitverlust, Gliederschmerzen. Die Symptome halten 7-10 Tage an und verschwinden dann wieder. Die einzelnen Symptome sind sehr unspezifisch und sind daher

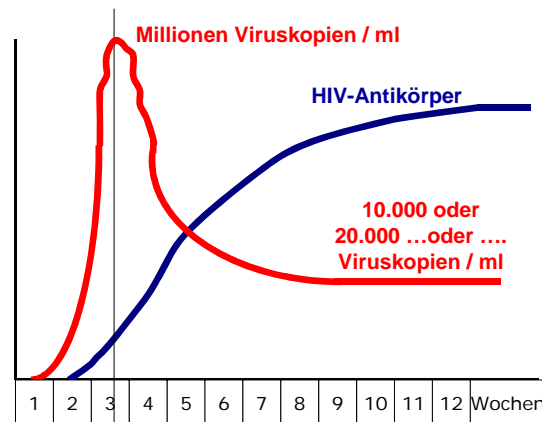
nicht geeignet, um abzuschätzen, ob eine HIV-Infektion stattgefunden hat. Bei der Kombination von hohem Fieber und Hautausschlag bei Erwachsenen nach einem Risikokontakt sollte jedoch an eine HIV-Infektion gedacht werden und ein HIV-Test mit dem Ratsuchenden erörtert werden. **Allgemein ist jedoch zu sagen, dass ein Rückschluss auf eine HIV-Infektion aufgrund von Symptomen nicht möglich ist.** Deswegen ist der HIV-Test das einzig sichere Verfahren eine HIV-Infektion nachzuweisen



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 Viruslast schnell innerhalb weniger Tage auf extrem hohe Werte (Hunderttausende oder Millionen Viren pro Milliliter Blut). 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!**

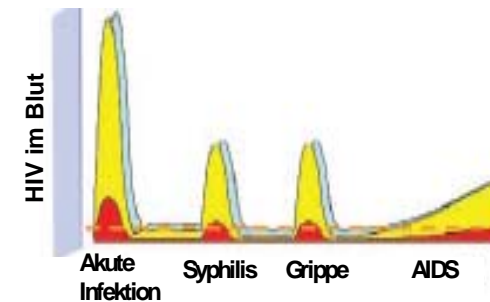
Wenn Antikörper gebildet werden (meist zwischen Woche 4 und 6 nach Infektion, spätestens nach 3 Monaten) hat der Körper dem Virus etwas entgegenzusetzen: die Viruslast im Blut geht wieder zurück und pendelt sich in der chronischen Phase auf Werte z.B. in einem Bereich zwischen 10.000 und 30.000 Viren 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. Je nachdem, ob die Betroffenen keine Beschwerden haben, ob HIV-spezifische Symptome oder ob lebensbedrohliche Erkrankungen auftreten, unterscheidet man zwischen asymptomatischer Phase, einer symptomatischen Phase und dem Stadium 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 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.



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 Leistenengegend), starker Nachtschweiß und lang anhaltende Durchfälle. Weil HIV die Blut-Hirn-Schranke überwindet, kann es auch die Zellen des Zentralnervensystems schädigen. Im Verlauf der HIV-Infektion können daher auch Nervenentzündungen und Hirnleistungsausfälle auftreten, die meist langsam verlaufen und unauffällig beginnen.

Die Krankheitszeichen, die im Verlauf der HIV-Infektion auftreten können, sind unspezifisch, d. h. sie entstehen auch bei anderen Krankheiten. Aus diesem Grund kann es sein, dass ein Arzt eine HIV-Infektion über die Symptome nicht erkennt und keine entsprechende Untersuchung (HIV-Test) veranlasst.

Das Auftreten von Symptomen ist – unabhängig von der Zahl der Helferzellen oder der Viruslast - eine Indikation für den Beginn einer antiretroviralen Therapie!

Aids: Im letzten Stadium ist das Immunsystem stark beeinträchtigt, die Zahl der Helferzellen ist in der Regel auf (weit) unter 200/ml gesunken und die Viruslast steigt wieder 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.

Verlauf mit Therapie

Viruslast und Helferzellen

Die Höhe der Viruslast und die Menge der Helferzellen sind zwei wichtige Marker, die bei HIV-positiven Menschen in ärztlicher Behandlung regelmäßig überprüft werden. 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 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 500-1500 Helferzellen/ μ l Blutserum. HIV befällt vor allem die Helferzellen, vermehrt sich in ihnen und zerstört sie dadurch. Mit dem Fortschreiten der HIV-Infektion sinkt ihre Zahl. (→Kap.8)

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 den sog. 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 sehr schnell resistent wird, werden in der Regel drei oder vier 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. Drei Monate, maximal 6 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 darüber anders.. 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, mit der Therapie zu beginnen, wenn die Helferzellen unter 350/ml absinken. In besonderen Situationen (z.B. bei besonders hoher Viruslast oder Hepatitis-C-Koinfektion) wird schon bei Helferzellzahlen unter 500/ml zur Therapie geraten.

Unabhängig von den Laborwerten rät man zur Therapie, wenn Symptome oder sogar Aids-definierende Krankheiten auftreten. Bei der Überlegung, wann ein Therapiebeginn Sinn macht, sollte auch die Lebenssituation und die Befindlichkeiten des Patienten mit einbezogen werden. Arzt und Patient sollten den Beginn einer medikamentösen Therapie gemeinsam diskutieren und entscheiden.

Wie lange kann man behandeln?

Schätzungen gehen davon aus, dass man heute bei rechtzeitig begonnener Therapie 30 Jahre oder mehr behandeln, d.h. mit der Infektion leben kann. Fast jährlich verbessern sich die Bedingungen für die Therapie – und damit steigen die Prognosen für die Behandelbarkeit.

Blick in die Zukunft

Heilung: Bislang ist die HIV-Infektion nach wie vor nicht heilbar. Aktuelle Forschungen befassen sich mit der Eradikation (Ausrottung) von HIV aus infizierten Zellen. Das ist aber noch Zukunftsmusik und eine tatsächliche Eradikation ist in den nächsten Jahren noch nicht zu erwarten.

Impfung: Die Impfstoffentwicklung hat in den letzten Jahren deutliche Rückschläge hinnehmen müssen. Aus verschiedenen Gründen ist es extrem schwierig, einen schützenden Impfstoff zu entwickeln. Es gibt verschiedene Subtypen vom HI-Virus, und das Virus verändert sich ständig. Ein Impfstoff müsste wahrscheinlich immer wieder – ähnlich dem Grippeimpfstoff - den regionalen Virustypen angepasst werden.

Die Entwicklung eines Impfstoffes, der zuverlässig vor allen Subtypen und Mutationen schützt, scheint den Wissenschaftlern im nächsten Jahrzehnt nicht möglich. Vielleicht wird es gelingen, einen Impfstoff zu produzieren, der zwar nicht schützt, aber im Falle einer Infektion die Erkrankung in abgeschwächter Form verlaufen lassen könnte

Kapitel 2

HIV-Übertragungswege und Schutzmöglichkeiten

HIV ist ein Virus, das relativ schwer übertragbar ist. Damit es überhaupt zu einer HIV-Infektion kommen kann, müssen verschiedene Bedingungen gegeben sein:

Bedingungen für eine HIV-Übertragung:

1. eine genügend große Menge ausreichend infektiöser Körperflüssigkeit

UND

2. das Vorhandensein einer Eintrittspforte in den Körper

Um das HIV-Infektionsrisiko einschätzen zu können, müssen die verschiedenen Körperflüssigkeiten nach ihrer Infektiosität unterschieden werden. Die Viruslast, d. h. die Konzentration der in ihnen enthaltenen Viren, variiert je nach Körperflüssigkeit.

Körperflüssigkeiten, über die HIV nicht übertragen wird:

- Speichel
- Schweiß
- Tränenflüssigkeit
- Urin und Kot

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

Auch Urin und Kot sind nicht infektiös, vorausgesetzt, sie enthalten keine Beimengungen von Blut.

Körperflüssigkeiten, über die HIV übertragen werden kann sind:

- Blut:
- Flüssigkeitsfilm auf der Darmschleimhaut
- Sperma (Ejakulat), Vaginalsekret (Scheidenflüssigkeit)

Diese drei Körperflüssigkeiten haben bei unbehandelten Menschen mit HIV eine hohe Viruslast.

- Muttermilch:

Muttermilch hat nur eine geringe Viruslast, die für eine Ansteckung beim Säugling aber ausreichen kann.

Bei HIV-positiven Menschen, die eine antiretrovirale Therapie einnehmen, kommt es in der Regel zu einer erheblichen Senkung der Viruslast. Je geringer die Viruslast, umso geringer ist auch die Wahrscheinlichkeit, das Virus weiter zu geben.

In der Regel gilt, dass

1. eine genügend große Menge
2. ausreichend infektiöser Körperflüssigkeit (mit ausreichend hoher Viruskonzentration)
3. über eine Eintrittspforte in den menschlichen Körper gelangen muss.

Eine Übertragung von Schleimhaut zu Schleimhaut ist über die im Flüssigkeitsfilm enthaltenen Viren und virushaltigen Zellen bei Anal- und Vaginalverkehr möglich.

Wie viel ist eine „ausreichende Menge“ infektiöser Körperflüssigkeit?

Eine Voraussetzung für eine Infektion mit dem HI-Virus ist der Kontakt mit einer ausreichenden Menge von Viren oder infizierten Zellen. Neben der Menge der infektiösen Flüssigkeit ist vor allem die Konzentration des Virus (Viruslast) in der Flüssigkeit entscheidend. Ob die Flüssigkeit dann eine Infektion bewirken kann, hängt noch von anderen Faktoren ab, z.B.:

- die Verweildauer der infektiösen Flüssigkeit auf der Schleimhaut
- der Art der Schleimhaut (s. Eintrittspforten)
- der Integrität der Schleimhaut (gibt es Geschwüre oder Entzündungen der Schleimhaut?)

Was meint „ausreichend infektiöse Körperflüssigkeit“?

Wie schon beschrieben sind Körperflüssigkeiten, die überhaupt eine für eine Infektion relevante Virenmenge enthalten können:

- Blut
- Flüssigkeitsfilm auf der Darmschleimhaut
- Sperma
- Scheidenflüssigkeit und
- Muttermilch.

Bei Menschen mit HIV kann die Menge der Viruslast in diesen Körperflüssigkeiten variieren. So können Medikamente die Viruslast massiv senken, es gibt aber auch Faktoren, die die Viruslast zum Anstieg bringen, z. B. wenn sich ein HIV-positiver Mensch zusätzlich mit einer anderen sexuell übertragbaren Krankheit ansteckt.

Deswegen ist es notwendig auf dieses Thema genauer einzugehen:

Viruslast in Körperflüssigkeiten in verschiedenen Phasen der unbehandelten Infektion

Die Viruslast im Blut und in genitalen Sekreten ist am höchsten im Anfangsstadium der Infektion, d.h. bis zum dritten Monat.

In der chronischen Phase steigt die Viruslast kurzzeitig an, wenn eine andere systemische (den ganzen Körper betreffende) Infektionskrankheit vorliegt (Grippe, Syphilis) oder eine Impfung verabreicht wird (Immunstimulation)

Nach Eintritt in das Aids-definierende Stadium steigt die Viruslast wieder an.

Infektiosität von Körperflüssigkeiten bei stabiler antiretroviraler Therapie

Wenn Menschen mit HIV erfolgreich mit antiviralen Medikamenten behandelt werden, sollte die Viruslast im Blut nach wenigen Monaten unter der Nachweisgrenze (derzeit 40 Viruskopien/ml) sein. Anders als bei unbehandelten HIV-Positiven steigt die Viruslast im Blut bei systemischen Infektionen oder Impfungen nicht oder nur unwesentlich an.

In der Regel gleicht sich nach einigen Wochen die Viruslast in den genitalen Sekreten der Viruslast im Blut an.

Wenn allerdings Entzündungen oder Verletzungen der genitalen oder rektalen Schleimhäute vorliegen, dann kann sich in diesem Areal HIV anreichern, obwohl in den restlichen Sekreten und im Blut die Viruslast unter der Nachweisgrenze ist. Denn wo Entzündungen sind (auch Verletzungen führen durch die Reparaturmechanismen zu einer Entzündung!) reichern sich bei beim HIV-positiven Partner Immunzellen (die z.T. mit HIV infiziert sind) an. Bei HIV-negativen Partnern stellt die Ansammlung von Immunzellen in der entzündeten Schleimhaut ein Ziel für HIV dar. Besonders sexuell übertragbare Erkrankungen (STD), die Geschwüre (Syphilis, Herpes) oder großflächige Entzündungen hervorrufen (Tripper im Rektum), sind problematisch.



Wenn folgende Bedingungen erfüllt sind, ist die Infektiosität vernachlässigbar gering (Safer-Sex-Bereich):

- die Viruslast ist seit mindestens 6 Monaten unter der Nachweisgrenze und wird regelmäßig (mind. alle 3 Monate) kontrolliert
- die Therapie wird konsequent eingenommen
- es liegen keine Schädigungen der genitalen oder rektalen Schleimhäute vor (z.B. durch andere sexuell übertragbare Krankheiten)

Die Viruslast in Körperflüssigkeiten kann bei HIV-positiven Menschen unterschiedlich hoch sein.

Sie ist am höchsten in der akuten Phase der Infektion und am niedrigsten bei optimal wirksamer antiretroviraler Therapie.

Was sind Eintrittspforten für das HI-Virus?

Intakte Haut ist eine gute Barriere und schützt vor HIV. Selbst frische Verletzungen der Haut schließen sich in der Regel schnell und es bildet sich eine Kruste, die ebenfalls eine ausreichende Barriere für HIV darstellt.

Damit es zu einer HIV-Infektion kommen kann, muss infektiöse Flüssigkeit in den Körper gelangen. Dies kann auf folgende Weise geschehen:

• Schleimhäute

HIV kann von Schleimhäuten, z.B. des Darms, der Scheide, des Muttermundes sowie der Vorhaut oder (selten) des Mundes aufgenommen werden. Es gibt deutliche Unterschiede zwischen den Schleimhäuten: das dünne Epithel des Darmes kann HIV am leichtesten aufnehmen, die Mundschleimhaut hingegen ist derbe und Übertragungen sind hier nur schwer möglich.

Immunzellen an der Oberfläche der Schleimhaut können HIV (entweder als freies HIV oder von infizierten Zellen des Sexualpartners) aufnehmen, sich von dem Geschwür wieder wegbewegen und HIV an andere Immunzellen (z.B. Helferzellen) abgeben. Dort vermehrt sich HIV und wird dann von Immunzellen, die die Fähigkeit haben, sich durch Gewebe bewegen zu können, weiter transportiert und gelangt in der Regel nach einigen Tagen über die Lymphe und Lymphknoten in den Blutkreislauf.

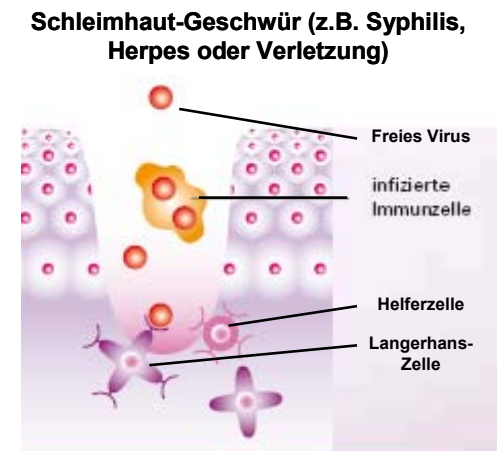
• entzündete, wunde Hautflächen

Wie schon gesagt, ist intakte Haut eine gute Barriere und schützt vor HIV. Problematisch ist flächig entzündliche Haut („offene Stellen bei Hautkrankheiten“), da solche Hautstellen keine oder nur eine dünne schützende Keratinschicht enthalten und durch den Entzündungsprozess viele Immunzellen (die von HIV infiziert werden können) oberflächlich in der Haut liegen.

Grundsätzlich wird HIV aber über die Schleimhaut und nur in extrem seltenen Ausnahmefällen über die (defekte!) Haut übertragen!

Entzündungen und Verletzungen der Schleimhaut sind wichtige Kofaktoren für die Übertragung.

Entzündungen und Schleimhautdefekte (Geschwüre oder Verletzungen) erhöhen das Risiko für eine HIV-Übertragung erheblich! Dies gilt vor allem für sexuell übertragbare Krankheiten (Sexually Transmitted Diseases = STD), die Schleimhautdefekte verursachen: Syphilis, Herpes, aber auch Tripper im Darm (siehe Kapitel → STD - Sexuell übertragbare Krankheiten).



Über welche Wege kann HIV übertragen werden?

Sexuelle Übertragung

Über 90% der HIV-Neuinfektionen in Deutschland werden sexuell übertragen.

Analverkehr: Am häufigsten wird HIV beim penetrierenden (eindringenden) Sex ohne Kondom übertragen. Vor allem die Darmschleimhaut ist äußerst empfindlich und kann HIV nicht nur direkt aufnehmen, sondern auch weitergeben. Deshalb ist der Analverkehr – auch der eindringende - sehr risikoreich. Örtliche Verletzungen und Entzündungen erhöhen hierbei noch das Risiko.

Vaginalverkehr: Die Schleimhaut der Scheide ist widerstandsfähiger als die des Darms. Bei der Penetration entstehen aber häufig kleine Verletzungen, die dem Virus ebenfalls eine Eintrittspforte bieten.

Auch bei Entzündungen und Reizungen der Scheide und des Gebärmuttermundes (z. B. durch andere sexuell übertragbare Erreger) erhöht sich das Infektionsrisiko der Frau.

Das Virus kann von der eindringenden Person auf die empfangene Person, aber auch von der empfangenden Person auf die eindringende Person direkt, d.h. ohne Ejakulation übertragen werden. In Flüssigkeitsfilm zwischen den genitalen oder rektalen Schleimhäuten können Viren oder virushaltige Zellen gelangen, die z.B. aus Entzündungsherden oder Geschwüren der Schleimhäute stammen.

Oralverkehr: Übertragungen können stattfinden, wenn Ejakulat in den Mund aufgenommen wurde. STDs oder Mundschleimhautentzündungen erhöhen das Risiko. Insgesamt allerdings spielt der Oralverkehr bei der HIV-Übertragung im Vergleich zu Anal- oder Vaginalverkehr eine untergeordnete Rolle. Die Mundschleimhaut ist relativ robust, außerdem wird HIV vom Speichel schnell wieder von der Schleimhaut gespült. HIV wird bei Erwachsenen im Magen schnell inaktiviert.

Faktoren, die das Risiko einer Infektion beim Sex erhöhen oder senken:

- **Drücken und Reiben** infektiöser Körperflüssigkeiten in eine aufnahmebereite Schleimhaut (z. B. bei eindringendem Geschlechtsverkehr). Je mehr Druck und Reibung, desto höher das Risiko, je weniger Druck und Reibung, desto geringer das Risiko
- Lange **Verweildauer** infektiöser Körperflüssigkeiten auf der Schleimhaut erhöhen das Risiko, bei kurzer Verweildauer (z. B. nach einem „Kondomunfall“ der schnell bemerkt wird) verringert sich das Risiko.
- Gleichzeitiges Vorhandensein von STDs (**Sexuell übertragbare Krankheiten**), z.B. Tripper, Syphilis, Chlamydien, Herpes und allen Erkrankungen, die mit Geschwüren und Entzündungen einhergehen erhöhen auch das Infektionsrisiko mit HIV.
- **Beschneidung:** Beschnittene heterosexuelle Männer haben ein um 60 % geringeres HIV-Risiko im Vergleich zu unbeschnittenen. Unbeschnittene Männer haben ein höheres Risiko, da das innere Blatt der Vorhaut oberflächlich gelegene Zielzellen (Langerhans-Zellen) enthält, die für HIV empfänglich sind.
- Die **Monatsblutung** bei Frauen erhöht das Risiko einer HIV-Infektion. Durch den Blutkontakt erhöht sich wahrscheinlich das Risiko für den Mann. Ob die Monatsblutung das Risiko für die Frau erhöht, ist hingegen umstritten.

Mehr dazu in den Kapiteln →“Risikoeinschätzungen“→“STD“



Drogenkonsum

8 % aller HIV-Neuinfektionen in Deutschland werden beim Drogenkonsum übertragen.

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

Hepatitis C ist über Blut-Blut-Kontakt ca. 10 mal infektiöser als HIV¹.
Hepatitis B ist über Blut-Blut-Kontakt ca. 100 mal infektiöser als HIV.

Eine Übertragung von HCV auch durch gemeinsam benutztes Zubehör, wie Filter oder Löffel möglich. HCV kann auch durch das gemeinsame Verwenden eines Röhrchens zum Sniefen von Kokain oder Speed übertragen werden. (Verletzungsrisiko in der Nase) (→ Kap. 10 „Safer Use“ sowie Kap. 6, „Hepatitis“).

Maßnahmen beim Drogenkonsum, die geeignet sind, die Übertragung von Hepatitis C zu verhindern, schützen somit auch vor einer HIV-Übertragung (gegen Hepatitis B sollten Drogengebraucher geimpft sein!).

Mutter-Kind-Übertragung

Weniger als 1 % der Neuinfektionen in Deutschland gehen auf die Mutter-Kind-Übertragung zurück.

HIV-positive Frauen können das Virus in der Schwangerschaft, bei der Geburt und durch Stillen auf das Kind übertragen. Ohne medizinische Maßnahmen würden ca. 20-30 % der Kinder HIV-positiver Frauen infiziert werden. Durch die Senkung der Viruslast der Schwangeren durch eine effektive antiretrovirale Therapie zumindest in den letzten Schwangerschaftswoche, eine geplante Kaiserschnitt-Entbindung vor Einsetzen der Wehen (wenn die Viruslast unter der Nachweisgrenze ist, ist auch eine natürliche Geburt möglich), eine einmonatige medikamentöse Post-Expositions-Prophylaxe für das Neugeborene und den Verzicht auf das Stillen kann die Übertragungsrate auf unter 2 % gesenkt werden.

¹ Achtung: sexuell ist HIV deutlich leichter übertragbar als Hepatitis C (nur in Ausnahmefällen sexuell übertragbar)

HIV-Test in der Schwangerschaft

Wenn die HIV-Infektion frühzeitig in der Schwangerschaft erkannt wird, lässt sich eine Infektion des Kindes fast sicher verhindern!

Wir empfehlen daher allen Schwangeren einen HIV-Test!

Der HIV-Test basiert auch in der Schwangerschaft auf Freiwilligkeit.

→ mehr dazu im Kapitel „Risikoeinschätzungen“

Blut und Blutprodukte

Die Übertragung von HIV durch Blut- und Blutprodukte ist in Deutschland heute eine Rarität (ca. 1 Übertragung alle 2 Jahre).

Blutprodukte: Menschen mit Hämophilie (Bluterkrankheit) sind heute nicht mehr durch das für sie lebenswichtige Blutgerinnungsfaktoren-Konzentrat gefährdet. Durch besondere Verfahren, z.B. durch Erhitzen, Virusinaktivierung und durch gentechnische Herstellung wird sichergestellt, dass Blutprodukte kein HIV enthalten.

Bluttransfusionen: Um eine HIV-Übertragung bei Transfusionen von roten Blutkörperchen (Erythrozytenkonzentrat) zu verhindern, wird in der Bundesrepublik ein „mehrstufiges Schutzverfahren“ verwendet.

- Ausschluss von Risikopersonen zur Blutspende. (u.a. schwule Männer, (Ex-) Drogengebraucher, (Ex-) Strafgefangene, Hepatitis-Positive und Einwohner aus Gebieten mit hoher Verbreitung von HIV)
- Untersuchung aller Blutspenden auf HIV-Antikörper und Virusbestandteile (über PCR). Ein sehr geringes Restrisiko von etwa 1 : 3 Mio. bleibt bestehen durch die „diagnostische Lücke“ (das ist der Zeitraum, der zwischen der eventuellen Ansteckung des Spenders/der Spenderin und dem „Anschlagen“ der Tests liegt).

- Wenn möglich, erfolgt die Gabe von technisch verarbeiteten Blutprodukten: Blutkörperchen, Blutplättchen und Plasma.

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

Zur Risikominimierung sind bei geplanten Operationen auch Eigenblutspenden möglich.

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

Wie lange überlebt HIV außerhalb des Körpers?

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

Nach dem Einfrieren z.B. ist HIV in einem inaktiven Zustand, nach dem Auftauen ist es wieder aktiviert.

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

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

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

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

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

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



Wie wird HIV nicht übertragen?

- durch das Benutzen von Toiletten
- bei der Pflege von Menschen mit AIDS (wenn die entsprechenden Hygieneregeln eingehalten werden)
- durch den gemeinsamen Gebrauch von Geschirr, Besteck, Gläsern, Wäsche usw.
- durch den gemeinsamen Genuss von Lebensmitteln
- durch Händeschütteln, Umarmen, Streicheln, Massieren, Küssen
- durch Zärtlichkeiten, Schmusen, beim Spielen, Toben mit Kindern
- durch Tränen
- durch Husten und Niesen
- durch Insektenstiche und Haustiere
- beim Anfassen von Türgriffen, Telefonhörern u.ä.
- beim gemeinsamen Sport, im Schwimmbad, beim gemeinsamen Saunieren oder beim Duschen

Wie kann man sich vor einer HIV-Infektion schützen?

1. durch Safe Sex (absolut sicherer Sex):
den Kontakt mit infektiösen Körperflüssigkeiten völlig ausschließen
→ z.B. Telefon-Sex, Küssen, Streicheln, Massage, Selbstbefriedigung
2. durch Safer Sex (annähernd sicherer Sex):
das Aufnehmen von infektiösen Körperflüssigkeiten (Blut, Sperma, Vaginalsekret, Muttermilch) in den Körper vermeiden
= Risikofaktoren minimieren
→ Analverkehr und Vaginalverkehr mit Kondom. Kondome schützen, wenn sie sachgemäß benutzt und vor dem ersten Eindringen übergerollt werden. Beim Vaginalverkehr kann, beim Analverkehr sollte immer zusätzlich ein wasserlösliches Gleitmittel verwendet werden
→ kein Sperma in den Mund des Partners oder der Partnerin (raus bevor`s kommt)
→ Sextoys (Dildos, Peitschen, Piercing-Zubehör usw.) nicht weitergeben ohne vorherige Reinigung (mit Wasser und Seife)
→ beim Cunnilingus (Lecken der Scheide) während der Menstruation ein Dental Dam (Latex-Vorlage) verwenden
→ Sperma und Blut nicht auf Schleimhäute oder entzündliche Haut!

Safer Sex = annähernd sicherer Sex

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

(Safer) Sex zwischen HIV-Positiven

HIV-Positive können sich prinzipiell auch mit weiteren Virusvarianten infizieren, u.a. auch mit Virusvarianten, die resistent gegen einige Medikamente sind. Solche „Superinfektionen“ sind beschrieben in der akuten Phase der HIV-Infektion (wenn sich noch keine Immunantwort herausgebildet hat) und in der Therapiepause (wenn die eigene Viruslast nach Absetzen der Medikamente „in die Höhe schießt“). Einige Fälle von Superinfektionen wurden auch in der chronischen Phase nachgewiesen.

Unklar ist jedoch, wie häufig solche Superinfektionen sind und welche Konsequenzen dies für den Verlauf und die Behandelbarkeit der Infektion hat.

Eine wirkungsvolle antiretrovirale Therapie scheint vor einer Infektion mit einer weiteren Virusvariante zu schützen. Außerdem macht eine wirkungsvolle und stabile antiretrovirale Therapie die Übertragung des Virus an den (HIV-positiven) Sexualpartner unwahrscheinlich.

Die Verwendung von Kondomen beim Sex zwischen HIV-Positiven ist eher eine Frage der Verhinderung von STDs (Syphilis, Tripper) als der Vermeidung von Infektionen mit weiteren HIV-Varianten.

Zusammenfassung

- **je geringer ihre Viruslast,**
 - **je geringer die Menge der infektiösen Körperflüssigkeit,**
 - **je unempfindlicher die aufnehmende Schleimhaut**
 - **je intakter die Schleimhaut**
 - **je kürzer die Verweildauer der infektiösen Flüssigkeit auf der Schleimhaut**
- **desto geringer ist das Risiko einer HIV-Infektion.**



Kapitel 3

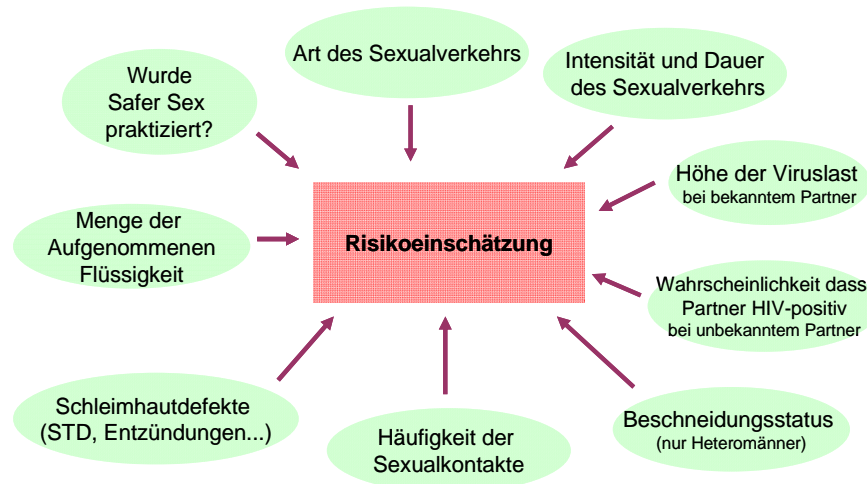
Risikoeinschätzungen

Risikoeinschätzung und Risikomanagement

Ob es zu einer HIV-Infektion kommt, hängt von vielen Faktoren ab. Die folgenden differenzierten Betrachtungen sollen deutlich machen, dass es viele Faktoren gibt, die das Risiko einer Infektion mit dem HIV-Virus erhöhen oder abschwächen können.

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

Deshalb lässt sich das Ansteckungsrisiko immer nur schätzen und nicht wirklich bestimmen, und es 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 Risikomanagement zu entwickeln, indem sie entsprechende Informationen erhalten.



Allgemeingültige Handlungsanweisungen können ihnen nicht gegeben werden. **Jede Risikoeinschätzung ist nur in diesem Kontext zu verstehen und zu vermitteln.**

Faktoren, die das Risiko beeinflussen:

- **Safer Sex:** Wurde Safer Sex praktiziert? Safer Sex ist risikoarm und bietet –vor allem bei Gelegenheitspartnern- den besten Schutz vor einer HIV-Übertragung.
- **Höhe der Viruslast/HIV-Konzentration:** Die Höhe der Viruslast hat einen bedeutenden Einfluss auf die Risikoeinschätzung. Je höher die HIV-Konzentration im Blut und in den genitalen Sekreten ist, desto größer ist die Infektiosität. Bei einer Viruslast unter der Nachweisgrenze (stabile ART) und der Abwesenheit von Schleimhautdefekten (keine STDs) ist das Restrisiko nicht höher als bei Safer Sex (bei normaler Viruslast).
- **Wahrscheinlichkeit dass der Partner HIV-positiv ist:** Bei unbekanntem Serostatus des Partners muss zur Risikoabschätzung die Frage geklärt werden, ob der Partner zu einer Gruppe mit höherem Risiko für eine HIV-Infektion gehört (Herkunftsland, Drogengebraucher, MSM, ...) Diese Klärung ist besonders notwendig, falls eine PEP in Erwägung gezogen wird.

- **Defekte der Schleimhaut**, z. B. durch STDs, Entzündungen, Geschwüre usw.: Solche Verletzungen erhöhen das Risiko für eine HIV-Übertragung um ein Mehrfaches.
- **Art der Sexualpraktik:** Ungeschützter Analverkehr ist die Sexpraktik mit dem höchsten Risiko für eine HIV-Übertragung, gefolgt vom ungeschützten vaginalen Verkehr. Aufnehmender Verkehr ist generell etwas riskanter als eindringender Verkehr. Oralverkehr mit Ejakulation hingegen birgt ein deutlich geringeres Risiko; Oralverkehr ohne Ejakulation ist Safer Sex.
- **Beschneidungsstatus:** Beschnittene Männer haben beim vaginalen Verkehr mit einer HIV-positiven Frau ein um ca. 60 % geringeres Risiko, sich mit HIV zu infizieren, als unbeschnittene Männer. Für eindringenden Analverkehr fehlen derzeit noch aussagekräftige wissenschaftliche Untersuchungen.
- **Anzahl der Sexualekontakte und der Sexualpartner/innen:** Statistische Risiken häufen sich mit der Zahl der Risikosituationen bzw. der Zahl der Sexualpartner an.
- **Menge der aufgenommenen HIV-haltigen Sekrete:** Bei geringer Menge 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 das Risiko einer HIV-Übertragung.

Faktoren, die das Risiko beeinflussen, aber für die Risikoberatung belanglos sind:

- **Genetische Disposition des/der HIV-negativen Sexualpartners/-in:** Einige Menschen sind aufgrund ihrer genetischen Ausstattung besser vor einer Ansteckung mit HIV geschützt als andere.
- **Infektiosität des Erregers:** Manche HIV-Varianten sind infektiöser als andere, einige medikamentenresistente Stämme dagegen sind weniger infektiös.



Analverkehr *ohne* Kondom – aufnehmend

<p>Sexpraktik mit hohem HIV-Risiko</p> <ul style="list-style-type: none"> • Schleimhaut des Darmes ist empfindlich und dünn, Zellen der Darmschleimhaut sind auf die Aufnahme von Stoffen spezialisiert und können HIV direkt aufnehmen • hohe Anzahl von Immunzellen in der Darmschleimhaut, die Viren aufnehmen können. • Darmschleimhaut wird bei Analverkehr fast immer verletzt <p>Ohne Abspritzen (Ejakulation)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Auch kleine Mengen infektiöser Flüssigkeit, z.B. Lusttropfen, eitriges Sekret bei einem Harnröhren-Tripper des Partners oder aus einem Geschwür in der Vorhaut des Partners können im Darm eine Infektion hervorrufen <p>Mit Abspritzen (Ejakulation)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Infektiöse Flüssigkeit (Ejakulat) ist <i>im</i> Körper deponiert, hat also viel Zeit, an Wirtszellen anzudocken 	<p>Schutzmöglichkeit</p> <p>Safer Sex: Qualitäts-Kondome und reichlich waserlösliches Gleitmittel verwenden</p> <p>Viruslast unter Nachweisgrenze: Nur unter strengen Voraussetzungen geeignete Schutzmöglichkeit: Fester Sexualpartner, Viruslast seit über 6 Monaten kontrolliert unter Nachweisgrenze, Therapietreue und Abwesenheit von Schleimhautdefekten (z.B. STD) bei beiden Partnern.</p>
<p>Aufnehmender Analverkehr ist die risikoreichste Sexualpraktik. Wenn ejakuliert wird, ist das Risiko höher als wenn nicht ejakuliert wird, eine genaue Risikoeinschätzung für den aufnehmenden Analverkehr ohne Ejakulation ist allerdings nicht möglich.</p>	

Analverkehr *ohne* Kondom - eindringend

Sexpraktik mit hohem HIV-Risiko

- Hohe Anzahl und oberflächliche Lage von Wirtszellen am inneren Blatt der Vorhaut und am Bändchen (Frenulum) des eindringenden Partners. Empfindliche Schleimhaut am Harnröhreneingang. Diese Schleimhäute kommen in engen Kontakt mit dem stark virushaltigen Flüssigkeitsfilm auf der Darmschleimhaut des aufnehmenden Partners.
- manchmal kommt es zusätzlich zu Blut-Penis-Kontakt
- kleine, beim Sex hervorgerufene Verletzungen am Bändchen können eine Infektion begünstigen

Grundsätzlich gilt, dass aufnehmender Sexualverkehr etwas risikoreicher ist als eindringender Sexualverkehr. Unklar ist bei Analverkehr aber, in welchem Maße das Risiko zwischen „aufnehmend“ und „eindringend“ differiert (besteht ein relevanter Unterschied zwischen eindringend und aufnehmend oder nicht?).

Beschneidung: Für MSM (Männer die Sex mit Männern haben) fehlen bislang aussagekräftige Studien, deshalb gilt bis auf Weiteres, dass die Beschneidung bei eindringenden Analverkehr wahrscheinlich keine Schutzwirkung hat.

Schutzmöglichkeit

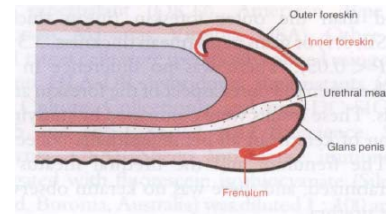
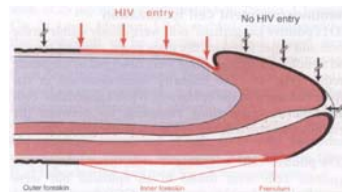
Safer Sex:

Qualitäts-Kondome und reichlich wasserlösliches Gleitmittel verwenden

Viruslast unter Nachweisgrenze: Nur unter strengen Voraussetzungen geeignete Schutzmöglichkeit: Fester Sexualpartner, Viruslast seit über 6 Monaten kontrolliert unter Nachweisgrenze, Therapietreue und Abwesenheit von Schleimhautdefekten (z.B. STD) bei beiden Partnern.

Beschneidung

Das innere Blatt der Vorhaut wird bei gestreckt. Dadurch bietet der Zustand eine größere Schleimhaut-Wissenschaftlich gesichert ist die beschnittene heterosexuelle Männer



der Erektion nach außen verlagert und unbeschnittene Penis im erigierten fläche (mit Zielzellen für HIV).
Reduktion des HIV-Risikos für (gegenüber unbeschnittenen).

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

Sexpraktik mit hohem HIV-Risiko

- sehr empfindliche dünne Schleimhaut am Gebärmutterhals. Der Gebärmutterhals ist häufig Sitz von anderen Infektionen (HPV-Infektion, Chlamydieninfektionen). Die in den Entzündungsprozess einwandernden Immunzellen sind Zielzellen für HIV.
- empfindliche Schleimhaut in der Scheide, vor allem bei Vorliegen von anderen Infektionen (z. B. Pilzkrankungen)
- Vaginalschleimhaut und die Schleimhaut des Gebärmutterhalses können bei Penetration verletzt werden
- infektiöse Flüssigkeit (Ejakulat) wird im Körper deponiert, hat also viel Zeit, an Wirtszellen anzudocken

Ohne Abspritzen (Ejakulation)

- Auch kleine Mengen infektiöser Flüssigkeit, z.B. Lusttropfen, eitriges Sekret einer STD etc. können für eine Infektion ausreichen.

Mit Abspritzen (Ejakulation)

Eine größere Menge infektiöser Flüssigkeit (Ejakulat) ist *im* Körper deponiert, hat also viel Zeit, an Wirtszellen anzudocken. **Ungeschützter aufnehmender Vaginalverkehr ist riskanter, wenn der Partner abspritzt.**

Grundsätzlich gilt, dass aufnehmender Sexualverkehr etwas risikoreicher ist als eindringender Sexualverkehr. Frauen haben somit beim ungeschützten Vaginalverkehr ein etwas höheres Risiko als der Mann

Schutzmöglichkeit

Safer Sex:

Qualitäts-Kondome und reichlich waserlösliches Gleitmittel verwenden

Viruslast unter Nachweisgrenze:

Nur unter strengen Voraussetzungen geeignete Schutzmöglichkeit: Fester Sexualpartner, Viruslast seit über 6 Monaten kontrolliert unter Nachweisgrenze, Therapietreue und Abwesenheit von Schleimhautdefekten (z.B. STD) bei beiden Partnern.

Vaginalverkehr *ohne* Kondom – eindringend

Sexpraktik mit hohem HIV-Risiko

- Hohe Anzahl und oberflächliche Lage von Wirtszellen am inneren Blatt der Vorhaut und am Bändchen (Frenulum) des eindringenden Partners. Empfindliche Schleimhaut am Harnröhreneingang. Diese Schleimhäute kommen in engen Kontakt mit dem stark virushaltigen Flüssigkeitsfilm auf der Darmschleimhaut des aufnehmenden Partners.
- manchmal kommt es zusätzlich zu Blut-Penis-Kontakt
- kleine, beim Sex hervorgerufene Verletzungen am Bändchen können eine Infektion begünstigen
- während der Menstruation erhöht sich das Risiko wahrscheinlich für den Mann

Grundsätzlich gilt, dass aufnehmender Sexualverkehr etwas risikoreicher ist als eindringender Sexualverkehr. Heterosexuelle Männer haben ein etwas geringeres Risiko als Frauen.

Beschneidung: Heterosexuelle beschnittene Männer haben ein um 60 % geringeres Risiko als unbeschnittene Männer. Durch die Entfernung von großen Teilen der Vorhaut reduziert sich die Eintrittspforte für HIV.

Schutzmöglichkeit

Safer Sex:

Qualitäts-Kondome und reichlich wasserlösliches Gleitmittel verwenden

Viruslast unter Nachweisgrenze:

Nur unter strengen Voraussetzungen geeignete Schutzmöglichkeit: Fester Sexualpartner, Viruslast seit über 6 Monaten kontrolliert unter Nachweisgrenze, Therapietreue und Abwesenheit von Schleimhautdefekten (z.B. STD) bei beiden Partnern.

Beschneidung: Eine Beschneidung reduziert das Risiko für den heterosexuellen Mann um 60 %



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

<p>Ohne Ejakulation vernachlässigbar geringes HIV-Risiko (Safer Sex);</p> <p>Mit Ejakulation geringes HIV-Risiko</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mundschleimhaut ist robuster als Vaginal- und Darmschleimhaut • geringe Mengen infektiöser Flüssigkeit stellen kein Infektionsrisiko dar (Verdünnungseffekt durch Speichel) <p>Ohne Abspritzen (Ejakulation)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Im Unterschied zu Vaginal- oder Analverkehr stellen kleine Mengen infektiöser Flüssigkeit (Lusttropfen) kein nennenswertes Infektionsrisiko dar. Blasen ohne Abspritzen ist Safer Sex <p>Mit Abspritzen (Ejakulation)</p> <ul style="list-style-type: none"> • ein geringes HIV-Risiko besteht, vor allem bei längerer Verweildauer des Ejakulats im Mund, bei Entzündungen in Hals, Rachen, bei Zahnfleischentzündungen oder STD. Insgesamt ist das Risiko auch mit Ejakulation aber deutlich (!) geringer als bei ungeschütztem Vaginal- oder Analverkehr! <p><u>Falls ejakuliert wurde:</u> Es ist wissenschaftlich nicht erwiesen, ob „Schlucken“ gefährlicher ist als „Spucken“. Trotzdem empfehlen wir „Spucken“, da es dadurch zu einer nur kurzen Verweildauer einer infektiösen Flüssigkeit im Mund kommt und die Flüssigkeit nicht im Körper bleibt.</p>	<p>Schutzmöglichkeiten</p> <p>„Raus bevor`s kommt“ (Ejakulation vermeiden)</p> <p>Viruslast unter Nachweisgrenze: Wenn die Viruslast des Sexualpartners unter der Nachweisgrenze ist, reduziert sich (auch bei Ejakulation) das ohnehin geringe Risiko weiter (Safer Sex Bereich)</p>
--	---

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

<p>Sexpraktik mit vernachlässigbar geringem HIV-Risiko (Safer Sex)</p> <ul style="list-style-type: none"> • lediglich Kontakt mit Speichel <p>Wenn der Partner/die Partnerin im Mund stark blutende Wunden (z. B. durch frisch gezogenen Backenzahn) hat, könnte es theoretisch auch zum Blut-Schleimhaut-Kontakt kommen. Epidemiologisch spielt dieser –theoretisch vorhandene- Übertragungsweg <u>keine</u> Rolle.</p>	<p>Schutzmöglichkeiten</p> <p>keine erforderlich</p>
--	---

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

<p>Sexpraktik mit vernachlässigbar geringem HIV-Risiko (Safer Sex)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aufnahme nur geringer Mengen Scheidensekrets, die Aufnahme geschieht nach und nach und nicht in kürzester Zeit, das Sekret vermischt sich im Mund mit Speichel, dieser Verdünnungseffekt senkt das Risiko <p>Während der Menstruation Aufnahme von Blut in den Mund vermeiden, denn Blut hat eine hohe Viruskonzentration. Falls versehentlich Blut aufgenommen wurde gilt das Gleiche wie bei versehentlicher Aufnahme von Sperma: das Risiko steigt, ist aber (Mundschleimhaut ist stabiler wie Vaginal- oder Analschleimhaut) insgesamt gering und deutlich (!) geringer als bei ungeschütztem Anal- oder Vaginalverkehr.</p>	<p>Schutzmöglichkeiten</p> <p>keine erforderlich</p> <p>Während der Menstruation: Dental Dam verwenden, wenn Viruslast der Frau nicht unter der Nachweisgrenze ist</p>
--	--

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

<p>Sexpraktik mit vernachlässigbar geringem HIV-Risiko (Safer Sex)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Speichel ist nicht infektiös • auch bei Schädigungen der Mundschleimhaut des Leckenden würde der Speichel eventuelle Blutbeimengungen so weit verdünnen, dass das Übertragungsrisiko vernachlässigbar gering bleibt (Safer Sex) 	<p>Schutzmöglichkeiten</p> <p>keine erforderlich</p>
--	---

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

<p>Sexpraktik mit vernachlässigbar geringem HIV-Risiko (Safer Sex)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Speichel ist nicht infektiös • auch bei Schädigungen der Mundschleimhaut des Leckenden würde der Speichel eventuelle Blutbeimengungen so weit verdünnen, dass das Übertragungsrisiko vernachlässigbar gering bleibt (Safer Sex) 	<p>Schutzmöglichkeiten</p> <p>keine erforderlich</p>
--	---



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

<p>Sexpraktik mit vernachlässigbar geringem HIV-Risiko (Safer Sex)</p> <ul style="list-style-type: none"> kein Austausch HIV-infektiöser Körperflüssigkeiten <p>selbst bei leicht blutenden Verletzungen oder Erkrankungen des Anus (Hämorrhoiden) würde der Stimulierende nur geringe Mengen an Blutbeimischung aufnehmen, die Aufnahme geschieht nach und nach und nicht in kürzester Zeit, das Sekret vermischt sich im Mund mit Speichel, dieser Verdünnungseffekt senkt das Risiko, Mundschleimhaut ist zudem relativ derbe.</p>	<p>Schutzmöglichkeiten</p> <p>Ein Impfung schützt vor Hepatitis A und B</p>
---	--

Tribadie (Reiben der weiblichen Geschlechtsteile an einander: Scheidenvorhof, Klitoris und Schamlippen)

<p>Sexpraktik mit vernachlässigbar geringem HIV-Risiko (Safer Sex)</p> <ul style="list-style-type: none"> durch den engen Kontakt von Genitalschleimhäuten als auch durch den Austausch von HIV-haltigem Vaginalsekret ist eine Infektion mit HIV zwar theoretisch denkbar, epidemiologisch spielt dieser Übertragungsweg aber keine Rolle. 	<p>Schutzmöglichkeiten</p> <p>keine erforderlich</p> <p>Während der Menstruation: Kontakt von Blut mit Schleimhaut vermeiden, wenn Viruslast der HIV-pos. Partnerin nicht stabil unter der Nachweisgrenze ist</p>
---	---

Intimrasur

<p>Kein HIV-Risiko</p> <ul style="list-style-type: none"> auch wenn die Haut etwas gereizt ist, besteht noch kein HIV-Risiko beim Kontakt mit infektiösen Flüssigkeiten. <p>ABER: Vorsicht bei Verwendung der gleichen Klinge für beide Partner. Hierbei besteht ein Hep B und Hep C-Risiko</p>	<p>Schutzmöglichkeiten</p> <p>Eine Impfung schützt vor Hep B</p> <p>Für jede Person eine eigene Klinge verwenden</p>
--	---

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

<p>Sexpraktik birgt kein HIV-Risiko</p> <ul style="list-style-type: none"> • keine Eintrittspforte für infektiöse Körperflüssigkeit • geringe mechanische Beanspruchung und Verletzungsgefahr des Fingers • bei vorhandenen Wunden oder Nagelbettentzündungen theoretisch vorhandenes Restrisiko, epidemiologisch spielt dieser Übertragungsweg keine Rolle 	<p>Schutzmöglichkeiten</p> <p>keine erforderlich</p>
--	---

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

<p>Sexpraktik birgt kein oder nur geringes HIV-Risiko (in Abhängigkeit vom Zustand der Haut und der Praktik)</p> <ul style="list-style-type: none"> • kein HIV-Risiko bei intakter Haut • Bei Entzündungen der Haut der eindringenden Hand kommt es zu Blutkontakt (Fisten verursacht häufiger Verletzungen der Darmschleimhaut oder der Scheide), und beim Fisten wird ein hoher Druck der Flüssigkeiten auf die (entzündliche) Haut erzeugt, dadurch kann ein Risiko bestehen. <p>Die Übertragung von anderen Erkrankungen durch Blut-Blut-Kontakt ist bei Vorschädigung/Entzündung der Haut der Hand möglich (Hepatitis B und C, Syphilis).</p>	<p>Schutzmöglichkeiten</p> <p>Verwendung von Latex-Handschuhen</p> <p>und zusätzlich</p> <p>Verwendung von ausreichend Gleitmittel (Senkung der Verletzungsgefahr)</p>
---	---

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

<p>Risikoeinschätzung</p> <p>Sexpraktik birgt kein HIV-Risiko bei intakter Haut der eindringenden Hand, bzw. des eindringenden Fingers</p> <ul style="list-style-type: none"> • kein Kontakt mit infektiöser Körperflüssigkeit, so lange keine blutenden Verletzungen der Hand/des Armes vorliegen <p>HIV-Risiko besteht bei Gruppensex, wenn der eindringende Partner vorher einen anderen gefistet hat und den Handschuh nicht gewechselt (oder die Hände nicht gewaschen) hat</p> <ul style="list-style-type: none"> • infektiöses Darmsekret oder Blut kann vom Fistenden von einem Partner auf den anderen übertragen werden <p>Hohes HIV-Risiko, wenn nach dem Fisten aufnehmender Analverkehr praktiziert wird!</p> <ul style="list-style-type: none"> • durch die Verletzung der Darmschleimhaut steigt das ohnehin hohe Risiko noch an 	<p>Schutzmöglichkeiten</p> <p>Verwendung von ausreichend Gleitmittel (Senkung der Verletzungsgefahr)</p> <p>Bei Gruppensex für jeden Partner einen neuen Handschuh verwenden bzw. darauf achten, dass der Partner einen neuen Handschuh überstreift</p> <p>Bei Analverkehr nach dem Fisten unbedingt Kondome verwenden!</p>
--	--



Küssen

<p>Risikoeinschätzung kein HIV-Risiko</p> <ul style="list-style-type: none"> • Speichel ist nicht infektiös. • bei Zahnfleischbluten (beider Personen) wird infektiöse Flüssigkeit (Blut) durch Speichel verdünnt, außerdem kommen virushemmende Enzyme (Stoffe) im Speichel zum Tragen <p>ein nur theoretisches Risiko besteht bei stark blutenden Wunden im Mund (in solchen Fällen wird normalerweise nicht geküsst)</p>	<p>Schutzmöglichkeiten keine erforderlich</p>
--	---

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

<p>Risikoeinschätzung kein HIV-Risiko</p> <ul style="list-style-type: none"> • selbst bei leichten Blutbeimengungen in Kot oder Urin würde der Verdünnungseffekt das HIV-Risiko mindern. Urin und Kot auf intakte Haut sind bezüglich HIV problemlos • Es besteht aber ein Risiko für Hepatitis A und B bei Kontakt mit Kot (Aufnahme von Kot, aber auch Schmierinfektion, d.h. Kotkontakt mit Finger und anschließend Aufnahme des Fingers in den Mund) 	<p>Schutzmöglichkeiten Schutzimpfung gegen Hepatitis A und B</p>
---	---

Nadelstichverletzungen bei Medizin und Pflege, Verletzungen mit infiziertem Injektionsbesteck

Risikoeinschätzung

hohes HIV-, Hepatitis-B- und Hepatitis-C-Risiko

- die Höhe des Risikos hängt ab von Stichtiefe, Blutmenge und Viruslast im Blut
- das Blut an der Nadel ist frisch

Ein „hohes“ Risiko bedeutet: Zu einer Infektion kommt es statistisch gesehen bei einer Nadelstichverletzung mit bekannt HIV- oder Hepatitis-B oder –C-positivem Blut mit einer Wahrscheinlichkeit von

300 von 1000 Nadelstichverletzungen mit Hepatitis B

30 von 1000 Nadelstichverletzungen mit Hepatitis C

3 von 1000 Nadelstichverletzungen mit HIV

Trotz der relativ geringen statistischen Wahrscheinlichkeit einer Übertragung bei HIV ist die Nadelstichverletzung eine klare Indikation für eine PEP.

Auch andere Infektionskrankheiten können über Blut übertragen werden, z.B. Syphilis (Primäraffekt entsteht dann an der Einstichstelle), Tuberkulose, Malaria, Hepatitis A. Solche Übertragungen sind allerdings viel seltener.

Ausführliche Infos zum Thema „Verhütung von blutübertragbaren Infektionen“ unter: www.nadelstichverletzung.de

Schutzmöglichkeiten

Latex-Handschuhe tragen

Aufmerksamkeit bei der Arbeit

Verwendung moderner und sicherer Blutabnahmesysteme

In Krankenhaus, Praxen und Druckräumen sollten Informationen zur HIV-PEP vorhanden sein. Adresse der nächsten HIV-Ambulanz, die zur PEP beraten und eine PEP durchführen kann, sollte bekannt sein (Infos unter www.hivreport.de)

Schutzimpfung gegen Hepatitis A und B.

Wenn keine Schutzimpfung gegen Hepatitis B besteht: Hepatitis-B-PEP durchführen (Immunglobuline und gleichzeitig mit aktiver Impfung beginnen)



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

<p>Risikoeinschätzung</p> <p>a) kein HIV-Risiko</p> <ul style="list-style-type: none"> • außen an der Nadel anhaftendes, eingetrocknetes Blut ist in der Regel schon alt (mindestens einige Minuten) und mit Sauerstoff (Luft) in Kontakt gekommen = Virus ist „inaktiv“ • das Blut in der in der Regel sehr dünnen Kanüle (Insulinnadeln) trocknet rasch ein und ist dann nicht mehr infektiös • der Kontakt mit dem (besser geschützten) Blut im Spritzenkolben ist sehr unwahrscheinlich <p>b) mittleres Risiko für Hepatitis B und C</p> <p>Hepatitis-Viren sind an der Luft lange haltbar und über den Blutweg leichter übertragbar als HIV.</p>	<p>Schutzmöglichkeiten</p> <p>Schutzimpfung gegen Hepatitis A und B</p> <p>Wenn keine Schutzimpfung gegen Hepatitis B besteht: Hepatitis-B-PEP durchführen (Immunglobuline und gleichzeitig mit aktiver Impfung beginnen)</p>
---	--

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

<p>Risikoeinschätzung</p> <p>hohes HIV-Risiko</p> <p>hohes Hepatitis-B- und -C-Risiko</p> <ul style="list-style-type: none"> • durch Blutreste in Kanüle und Pumpe kann infiziertes Blut in den eigenen Körper/in den Körper eines anderen Menschen gelangen • in den feuchten Blutresten in Spritzen kann das Virus u. U. tagelang aktiv bleiben oder aber beim erneuten Aufziehen in Flüssigkeit wieder aktiviert werden • auch die gemeinsame Benutzung von Utensilien (wie Löffel, Filter und Tupfer) birgt ein hohes Risiko für eine HIV- oder Hepatitis-Übertragung <p>Auch andere Infektionskrankheiten können über Blut übertragen werden, z.B. Syphilis, Tuberkulose, Malaria, Hepatitis A.</p>	<p>Schutzmöglichkeiten</p> <p>Safer Use: Nadeln und Spritzen sowie sonstige Utensilien (z.B. Löffel, Filter, Tupfer) nicht mit anderen teilen</p> <p>Schutzimpfung gegen Hepatitis A und B</p>
--	---

Bluttransfusion

<p>Risikoeinschätzung fast kein HIV-Risiko in Deutschland</p> <ul style="list-style-type: none"> • Blut wird sowohl auf Antikörper gegen HIV, als auch auf andere Infektionskrankheiten getestet, z.B. Hepatitis B, C und Syphilis • In Deutschland gibt es nur alle 2 Jahre einen Fall einer Transmission bei ca. 4 Millionen verwendeter Blutkonserven pro Jahr. 	<p>Schutzmöglichkeiten</p> <p>Bei lange im Voraus geplanten Operationen kann die Möglichkeit einer Eigenblutspende genutzt werden</p>
---	--

Blutprodukte, Gerinnungspräparate

<p>Risikoeinschätzung kein HIV-Risiko in Deutschland, da synthetische bzw. sterile Herstellung oder Virusinaktivierung</p>	
---	--

Mückenstiche

<p>Risikoeinschätzung : kein HIV-Risiko</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mücken saugen, sie pumpen nicht, mögliche Blutreste am Rüssel sind zu gering, um eine Übertragung zu ermöglichen • die Mücke ist kein „Zwischenwirt“ von HIV (wie z.B. bei Malaria) • HIV ist in der Mücke nicht überlebensfähig <p>Andere Erkrankungen (z.B. West-Nil-Virus, Malaria, Leishmaniose, Schlafkrankheit) können durch Mückenstiche übertragen werden.</p>	<p>Schutzmöglichkeiten</p> <p>bezüglich HIV keine erforderlich</p>
---	---



Übertragung: Mutter-Kind

<p>Risikoeinschätzung für HIV</p> <p>hohes Risiko bei „natürlicher“ Schwangerschaft</p> <ul style="list-style-type: none"> • Risiko liegt bei 13-25 % • Stillen erhöht das Übertragungsrisiko <p>stark vermindertes HIV-Risiko durch Vorsorgemaßnahmen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Risikominimierung durch medikamentöse Therapie und Vorsorgemaßnahmen auf 1-2 % <p>kein HIV-Risiko bei üblichen Mutter-Kind-Kontakten</p> <ul style="list-style-type: none"> • Windeln, Babypflege, zärtliche Kontakte bergen kein Risiko 	<p>Schutzmöglichkeiten</p> <p>Risikominimierte Schwangerschaft:</p> <p>Das Risiko wird vermindert durch:</p> <p>Behandlung mit einer antiretroviralen Therapie und Vorsorgemaßnahmen, Verzicht aufs Stillen und PEP für das Kind.</p> <p>Die Details des Vorgehens sollten ausführlich mit dem HIV-behandelnden Arzt, bzw. mit einer HIV-erfahrenen Gynäkologin besprochen werden!</p>
--	--

Hautkontakt mit infektiösen Körperflüssigkeiten

<p>Risikoeinschätzung</p> <p>kein HIV-Risiko bei intakter Haut</p> <ul style="list-style-type: none"> • der bloße Hautkontakt, auch der flüchtige Kontakt mit verletzter Haut, erlaubt kein Eindringen des Virus in den Körper, da selbst bei kleineren Verletzungen sich innerhalb kürzester Zeit ein schützender Film (Fibrinschicht) bilden kann, der ein Eindringen des Virus erschwert. • nur entzündete oder verletzte Haut kann eine Eintrittspforte bieten. Das Risiko ist aber gering. 	<p>Schutzmöglichkeiten</p> <p>infektiöse Flüssigkeit unter laufendem Wasser abspülen, erst danach mit Seife reinigen.</p> <p>bei Kontakt mit entzündeten Hautflächen infektiöse Flüssigkeit mit Wasser abspülen und danach mit Haut-Schleimhautdesinfektionsmittel desinfizieren</p>
---	---

Augenkontakt mit infektiösen Körperflüssigkeiten

<p>Risikoeinschätzung geringes HIV-Risiko</p> <ul style="list-style-type: none"> • Augenschleimhaut kann HIV 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 Menge infektiöser Flüssigkeit meist gering und die Kontaktzeit extrem kurz. Epidemiologisch spielt dieser Übertragungsweg keine Rolle. • Sperma kann gelegentlich ins Auge gehen. Das saure Prostatasekret im Sperma verursacht allerdings rasch Brennen und Schmerzen, so dass die Personen die Augen schon alleine aufgrund des Brennens ausspülen – und somit das HIV-Risiko reduzieren. 	<p>Notfallmaßnahmen: sofortiges Ausspülen des Auges mit Wasser.</p>
---	--

Kontakt der Vorhaut mit infektiösen Körperflüssigkeiten

<p>Risikoeinschätzung geringes bis hohes HIV-Risiko</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wenn infiziertes Sperma in die Vorhaut eines unbeschnittenen Partners eingerieben wird, gibt es viele Wirtszellen, an denen das Virus direkt andocken kann. Je nach Menge des Spermas und der Intensität des Einreibens ist das Risiko von kaum relevant bis hoch einzuschätzen. • Kontakt von Sperma mit der intakten Haut des Penisschafts hingegen ist bezüglich HIV unproblematisch 	<p>Schutzmöglichkeiten kein Sperma auf die Vorhaut bzw. auf andere Schleimhäute!</p>
--	---

Tätowieren und Piercing

<p>Risikoeinschätzung kein Risiko für HIV und Hep B und C</p> <ul style="list-style-type: none"> • beim Profi, wenn grundsätzlich mit neuen und sterilen Materialien (Nadeln, extra Farbbehälter für jeden Kunden) gearbeitet wird und die allgemeinen Hygienevorschriften eingehalten werden. <p>hohes Risiko Hep B und C sowie Risiko für HIV</p> <ul style="list-style-type: none"> • wenn nicht mit sauberen Materialien (Nadeln, extra Farbbehälter für jeden Kunden) gearbeitet wird und die allgemeinen Hygienevorschriften nicht eingehalten werden. 	<p>Überzeugen Sie sich, dass ihr Tätowierer alle erforderlichen Maßnahmen ergreift, um Sie vor einer möglichen Infektion zu schützen.</p>
---	---



Kapitel 4

Safer-Sex-Utensilien

Der wirksamste Schutz vor einer sexuellen Übertragung des HI-Virus ist die sachgemäße Verwendung geeigneter Kondome, und zwar beim Vaginal- und Analverkehr (und eventuell beim Oralverkehr). Kondome gibt es inzwischen in großer Vielfalt. Sie unterscheiden sich in Größe, Farbe, Form, Geschmack, Dicke, Befeuchtung und Materialbeschaffenheit.

► Wichtig: Kondom ist nicht gleich Kondom!

Woran ist ein hochwertiges Kondom zu erkennen?

- Kondome garantieren Sicherheit, wenn sie den Aufdruck „geprüft nach EN 600:1996“ aufweisen, unabhängig von Farbe, Oberfläche, Geschmack, Geruch und Größe, ob feucht oder trocken. Sicherheit garantieren sie allerdings nur bei sachgemäßer Handhabung.
- Andere Prüfsiegel sind unwichtig, unsinnig oder nur eine Verkaufsstrategie des Herstellers.

Welches Kondom/Utensil wird wofür benutzt?

Analverkehr - hohe mechanische Beanspruchung

- grundsätzlich ist jedes Qualitätskondom für den Analverkehr geeignet, vorausgesetzt, dass ausreichend Gleitmittel verwendet wird.
- dickere Kondome, z.B. ER², Condomi professional, London Extra Stark, HT-Spezial bieten Benutzern ein größeres Sicherheitsgefühl. Aber auch hier gilt: ausreichend Gleitmittel verwenden!

Vaginalverkehr

- grundsätzlich ist jedes Qualitätskondom geeignet, wenn es sachgerecht verwendet wird.
- "normale Kondome", z.B. Ritex RR 1, Condomis, RFSU, Mondos, ES², Hot Rubber.
- oder, bei Verwendung eines Gleitmittels, auch "dünnere Kondome", z.B. Manix.
- ob "dickere Kondome", z.B. ER² - Extra Reißfest, Condomi professional, London Extra Stark, HT-Spezial, einen sicheren Schutz beim Vaginalverkehr bieten, wenn ein erhöhtes Risiko besteht (z.B. bei bekannter HIV-Infektion), wird unterschiedlich bewertet, da diese Kondome den Nachteil eines geringeren Berst Volumens haben.
- Gleitmittel sollten immer dann verwendet werden, wenn nicht ausreichend Vaginalsekret produziert wird.

Das Femidom

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

Oralverkehr

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

Cunnilingus (lecken) und Rimming

- wahlweise Dental Dams (Latextücher) oder Haushaltsfolie (vor allem zum Schutz vor STD). Aufgeschnittene Kondome eignen sich weniger, da sie sich aufrollen können.

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

- nur nötig bei gemeinsamer Verwendung (Weitergabe) durch zwei oder mehrere Personen, oder wenn sie nacheinander in After und Vagina benutzt werden. In diesem Falle entweder ein Kondom über die Gegenstände abrollen (und das Kondom bei Weitergabe oder Weiterbenutzung der Gegenstände auswechseln), oder die Gegenstände vor der Weitergabe/ Weiterbenutzung gründlich in heißer Seifenlauge reinigen, besser noch desinfizieren.

Fingern und Fisten

- Latex-Handschuhe benutzen beim Eindringen mit Finger(n) oder Hand/Faust in After oder Vagina.
- unbedingt kurze Fingernägel!
- Latex-Fingerlinge beim Eindringen mit Finger(n) in After oder Vagina sind nur in Situationen mit erhöhtem Risiko nötig: z.B. bei Verletzungen des Anus oder bei Nagelproblemen.
- Handschuhe (oder Latex-Fingerlinge) immer mit reichlich Gleitmittel verwenden! Da Handschuhe aus dickerem Material als Kondome sind, sind sie nicht ganz so empfindlich gegenüber fetthaltigen Gleitmitteln.

L, XL, XXL - Kondomgrößen

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

Leuchtkondome und andere Scherzartikel

- ungeeignete Kondome sind nicht mit „EN 600:1996“ gekennzeichnet, sondern tragen den Aufdruck „Scherzartikel (oder Stimulationsartikel) - nicht zur Verhütung geeignet!“

Bio-Kondome

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

Was tun, wenn Allergien bestehen?

Vom Facharzt abklären lassen, wogegen sich die Allergie richtet:	Bei geklärter Ursache entsprechende Produkte meiden
gegen Latex	Kondome aus Polyurethan benutzen, z.B. Avanti, EZOn, aber auch das Femidom ist aus Polyurethan
gegen Inhaltsstoffe und Produktionsrückstände von Kondomen	hypo-allergene Kondome benutzen (weitestgehend frei von allergieauslösenden Bestandteilen) z.B. Manix Crystal ist mehrfach gewaschen; Kondome mit Spermizid Nonoxynol-9 meiden!
gegen Inhaltsstoffe von Gleitmitteln	Gleitmittelmarke wechseln



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

- Die größte Auswahl an Kondomen bieten Kondomfachgeschäfte (z.B. Condomi), sie bieten außerdem eine fachkundige Beratung zu allen Fragen rund ums Thema (z.B. auch bei Allergien), www.condomeria-freiburg.de. Aber auch gut sortierte Sex-Shops, Apotheken, Kaufhäuser und Drogerien führen Kondome.
- Kondome können auch über den Versandhandel bezogen werden. Der DE AHÁ-Vertrieb bietet unter der Internetadresse www.wetwildworld.de ein breites Sortiment an Kondomen, Dental Dams und Gleitmitteln an (u.a. auch latexfreie Kondome).
- Dental Dams und Fingerlinge sind meist nur in Apotheken erhältlich, Latexhandschuhe oft auch in Drogerien.
- Gleitmittel sind bisher leider nur über Kondomfachgeschäfte, gut sortierte Sex-Shops, den Versandhandel und, in eingeschränktem Maße, über Apotheken erhältlich.

Welche Gleitmittel sollten verwendet werden?

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

Kondome benutzen - wie?

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

Ergänzende Informationen zu Safer-Sex-Utensilien

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

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

Basisinformationen über Kondome

Herstellung

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

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

Qualitätsvorschrift „EN 600:1996“ als NORM¹

Alle Kondome unterliegen in Deutschland bzw. in der EU strengen Qualitätskontrollen. Lange Zeit wurden Kondome nach DIN (Deutsche Industrie Norm) hergestellt, die in die Norm ISO (International Standardization Organization) übernommen wurde. Diese Normen haben für uns eigentlich keine Bedeutung mehr. Heute, im Zuge der europäischen Vereinigung, gibt es eine für ganz Europa gültige Norm, die EN 600:1996 (Euro Norm).

1. Kontrolliert wird die Qualität der Kondome in verschiedenen Materialprüfungsanstalten. Die Kondomqualität wird durch verschiedene Gütesiegel garantiert. 1. Die EN 600:1996 schreibt nicht nur vor, wie Kondome herzustellen sind, sondern auch, wie sie zu prüfen sind. Daher ist der Aufdruck „geprüft nach EN 600:1996“ das wichtigste Qualitätssiegel.

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

¹ Ab 01.07.2005 neu Bezeichnung der Norm: ISO 4074

3. Noch verwirrender ist das für den Verkauf innerhalb der EU erforderliche CE-Zertifikat (Conformit European). Produkte, die dieses Zertifikat tragen, dürfen in der ganzen EU verkauft werden, egal nach welchen regionalen Prüfkriterien diese getestet wurden. ACHTUNG: Produkte mit dem CE-Zertifikat müssen nicht unbedingt nach EN 600:1996 geprüft worden sein!

„Gewöhnliche“ Kondome

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

„Gewöhnliche“ Kondome sind vor allem für den vaginalen Verkehr, bei reichlicher Verwendung von Gleitmittel auch für den Analverkehr geeignet. Häufig erhältliche Marken sind z.B. Condomis, Ritex RR 1, Mondos, ES 2 Extra Sensitiv, Hot Rubber*.

Extra starke Kondome

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

Dickere Kondome bieten bei starker mechanischer Beanspruchung größere Sicherheit im Hinblick auf „Unfälle“ (Reißen des Kondoms). Sie eignen sich daher besonders für den Analverkehr. Der psychologische Effekt eines größeren Sicherheitsgefühls kann dabei eine zusätzliche Rolle spielen. Ihre wichtigsten Vertreter sind ER2 - Extra Reißfest, Condomi professional, London Extra Stark, HT-Spezial (sehr kurz).

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



Extra dünne Kondome

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

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

Extra große Kondome

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

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

Andere Arten von Kondomen

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

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

Kondome aller Größen und Dicken gibt es in der Regel in einer oder in mehreren der genannten Variationen. Auf die Verhütungs- und Schutzfunktionen der Kondome haben diese Spielarten keinen Einfluss – vorausgesetzt, sie sind nach EN 600:1996 produziert und geprüft.

Nicht verwendbare Kondome

Kondome, die aufgrund ihrer Oberfläche (Scherzkondome) und Materialzusammensetzung (Leuchtkondome) diese Schutzfunktion nicht erfüllen, sind nicht mit „EN 600:1996“ gekennzeichnet. Sie müssen den Aufdruck „Scherzartikel/Stimulationsartikel - nicht zur Verhütung geeignet“ tragen.

Kondome aus Schafsdarm

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

Kondome zur Benutzung mit Öl

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

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

Dental Dams

Dental Dams sind Tücher aus Latex (ursprünglich in der Zahnmedizin verwendet, daher „Dental“), die über die Vagina bzw. den Anus (After) gelegt werden, um das Ansteckungsrisiko beim oral-vaginalen Verkehr (Lecken) bzw. beim oral-analen Verkehr (rimming) zu minimieren. Auch sie sind in Apotheken und Kondomhandlungen, seltener in Sex-Shops erhältlich. Nur im Notfall kann man sich auch mit einem längs aufgeschnittenen Kondom behelfen. Dabei gilt es aufzupassen, dass dieses sich nicht aufrrollt, denn dann bietet es keinen vergleichbaren Schutz.

Latex-Fingerlinge, Latex-Handschuhe

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

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

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

Latexallergien

In den letzten Jahren ist die Zahl der Latexallergiker stark angestiegen. Hier ist zunächst zu klären, welche Allergieart vorliegt. Bei einer vermeintlichen „Kondom-Allergie“ könnte es sich unter Umständen auch um eine Allergie gegen Gleitmittelbestandteile oder Spermizide wie Nonoxynol-9 handeln. Unterschieden wird in folgende zwei Allergietypen:

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

Hier bieten sich derzeit nur zwei Produkte zum Gebrauch an: AVANTI und EZON. Sie sind aus Polyurethan hergestellt und somit hauchdünn und völlig latexfrei. Da das Material zweimal so belastbar ist wie Latex, sind diese Kondome nur halb so dick.

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

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

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

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

Sicherheitshinweise zur Benutzung von Kondomen, Dental Dams und Latexhandschuhen:

- Kondome müssen so aufbewahrt werden, dass sie vor starken Einwirkungen von außen - z.B. Reibung, Druck, Hitze, scharfe und spitze Gegenstände - geschützt sind.
- Kondom-Folierungen niemals mit Messern, Scheren oder anderen scharfkantigen Gegenständen öffnen.
- Kondome kühl und trocken lagern, niemals lange ins Sonnenlicht legen oder an Orten starker Hitzeentwicklung lagern (z.B. Handschuhfach im Auto).
- Achtung bei brüchigen und rissigen Fingernägeln!
- Kondome vertragen sich auch nicht mit einigen vaginalen Präparaten und Salben! Unbedingt auf die Packungsbeilage achten, Unverträglichkeit ist bei vaginalen Präparaten deklarationspflichtig!
- Starke Haarstoppeln nach Intimrasuren können das Kondom ebenso zerstören.
- Sollte nicht genug Vaginalsekret produziert werden und somit der Verkehr „zu trocken“ ablaufen, besteht die Gefahr, dass das Kondom „heißläuft“.
- Auf jeden Fall sollten Qualitätskondome (mit dem Aufdruck „geprüft nach EN 600:1996“) verwendet werden..
- Beim Analverkehr (eventuell auch beim vaginalen Verkehr) sollte das Kondom immer zusammen mit einem fettfreien Gleitmittel verwendet werden. Gleitmittel helfen, Hautrisse zu verhindern, und senken die mechanische Beanspruchung des Kondoms. Das gilt übrigens auch für andere Verhütungs- oder Schutzmittel aus Gummi oder Latex wie z.B. Fingerlinge, Handschuhe und Dental Dams. Wenn Kondome beim Sex „heißlaufen“, werden sie porös oder reißen und bieten keinen Schutz mehr.



Kondome vertragen keine öl- oder fetthaltigen Gleitmittel, z.B. Babyöl, Cremes, Speiseöle, Bratfette (Crisco), Haargele und Haarwachse. Daher sollten nur kondomverträgliche Gleitgele auf Wasser- oder Silikonöl-Basis (Dimeticon) verwendet werden.

- *Beim Kondomkauf ist immer auf eine unbeschädigte Verpackung zu achten. Die Packungen sind mit einem Haltbarkeitsdatum versehen, nach dessen Ablauf die Kondome keinesfalls mehr benutzt werden sollten.*
- *Das gleiche gilt für Latex-Handschuhe, -Fingerlinge und Dental Dams.*
- *Bei Fernreisen empfiehlt sich die Mitnahme eines Kondomvorrats. In manchen Ländern entsprechen die dort erhältlichen Kondome nicht immer den EU-Qualitätsstandards.*

Gleitmittel

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

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

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

Für Safer Sex kommen nur wasserlösliche Substanzen in Frage.

Gleitgels auf Wasser/Glyzerinbasis

Die vielen erhältlichen Produkte wie z.B. I-D, Condomi Wet & Glide, K.Y. (inhaltsgleich mit dem teureren Femilind), Bioglide, WET, Flutschischi oder London Gleitgel unterscheiden sich vor allem in ihrer Konsistenz (etwas fester oder flüssiger) und im Preis.

Wer es ganz preiswert haben will, kann sich in der Apotheke Hydroxyethylcellulosegel („Ultraschallgel“) kaufen. Es erfüllt den gleichen Zweck, ist aber erheblich billiger. Im Gebrauch dieser Mittel sollte nicht gespart werden. Es empfiehlt sich, zwischendurch „nachzuschmieren“, da Gleitgele während der Verwendung eintrocknen, wodurch die Gleitfähigkeit nachlässt.

Gleitmittel auf Silikonöl-Basis (Dimeticon)

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

Wo gibt's Kondome und Gleitmittel?

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

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

Kapitel 5

Sexuell übertragbare Krankheiten/Infektionen STD (sexually transmitted diseases)

Umgang mit sexuell übertragbaren Krankheiten

STDs sind Infektionskrankheiten, die beim Sex übertragen werden können.

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

Generell gilt für die Beratung:

- Keine moralischen Wertungen oder Vorhaltungen
- Fast alle sind gut behandelbar, wenn ihre Anzeichen erkannt und beachtet werden.
- Sie sollten rasch durch einen Arzt/eine Ärztin behandelt werden (keine Selbstbehandlung mit Antibiotika o.ä.).
- Die Sexualpartner/innen sollten über die Erkrankung und die Behandlungsmöglichkeiten informiert werden.

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

Risikominimierung

Die Regeln des Safer Sex verringern zwar sehr stark das Risiko, sich mit HIV anzustecken, sie schützen aber nicht immer vor anderen Infektionen. Zusätzlichen Schutz bieten bei oralem Sex Kondome oder Dental Dams (Latex-Tücher). Durch sie kann das Risiko, sich z.B. mit Tripper, Syphilis oder einem Hepatitis Virus zu infizieren, deutlich reduziert werden.

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

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

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

- Ausfluss aus Harnröhre, Scheide oder After
- auffällige Rötungen oder weiße Beläge im Mund-, Genital- oder Analbereich
- Brennen beim Wasserlassen
- starker Juckreiz, vor allem im Genital- und/oder Analbereich
- schmerzhaft geschwollene Lymphknoten in der Leisten- und/oder Halsgegend
- ungewöhnliche Hautausschläge
- Gelbfärbung der Augen und/oder der Haut
- unklare Oberbauchschmerzen, Übelkeit, Brechreiz
- Gelenkschmerzen



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

Umgang mit sexuell übertragbaren Krankheiten in Beziehungen

Liegt eine sexuell übertragene Infektion vor, kann der Hinweis des Beraters/der Beraterin helfen, dass eine solche Krankheit kein Zeichen für ein exzessives Sexualleben sein muss.

Treueversprechen in Beziehungen schützen nicht davor, sich mit einer sexuell übertragbaren Krankheit zu infizieren.

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

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

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

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

Das Vorliegen einer STD, gleich bei welchem der Partner, erhöht das Übertragungsrisiko für HIV:

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

Das hat verschiedene Gründe:

- Offene Haut- und Schleimhautstellen (z. B. Geschwüre) sind Eintrittspforten für Krankheitserreger. Gerade in Verbindung mit Reibung entstehen oft kleine, nicht wahrnehmbare Blutungen.
- Viele sexuell übertragbare Infektionen verursachen eitriges Sekret und/oder Geschwüre. In diesen Sekreten befinden sich in großer Zahl Zellen, die HI-Viren enthalten bzw. aufnehmen (CD4-Zellen, Helferzellen).
- Bei HIV-Positiven ist die Viruslast in den genitalen oder rektalen Sekreten –je nach Lokalisation der STD- deutlich erhöht.

Partnerinformation:

Ein wichtiger Teil der STD-Prävention ist die Information der Sexualpartner darüber, dass man sich infiziert hat. Dadurch hat der Partner/die Partnerin die Chance, sich ebenfalls behandeln zu lassen.

Zur Bedeutung von sexuell übertragbaren Erkrankungen in der HIV-Beratung

STDs nehmen einen immer größer werdenden Stellenwert in der HIV-Beratung ein. Problematisch ist, dass Safer-Sex zwar einen guten Schutz vor HIV bietet, aber meistens nicht in gleichem Maße vor anderen STDs schützt. Deswegen müssen in der Beratung die unterschiedlichen Übertragungswegen und Schutzmöglichkeiten differenziert betrachtet werden. Folgende Punkte sind dabei zu beachten:

- „**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.

- **Lust und Gesundheit als Spannungsfeld**
In der Beratung ist es wichtig, das Spannungsfeld „Erhaltung der Gesundheit“ einerseits und „Liebe, Lust, Sexualität“ andererseits im Auge zu haben. Es gibt Situationen, in denen diese unterschiedlichen Motivationen in Konflikt miteinander geraten. Man sollte Bemühungen zur Gesunderhaltung würdigen und positive Aspekte betonen, z. B., dass man sich nach einer Impfung gegen Hepatitis A+B keine Sorgen mehr zu machen braucht, oder dass STDs in der Regel gut behandelbar sind, wenn sie rechtzeitig erkannt werden.
- **STD ist nicht gleich STD**
STDs müssen differenziert betrachtet werden, denn sie sind unterschiedlich in ihrer Infektiosität, Behandelbarkeit und gesundheitlichen Folgen. Zudem gibt es STDs, gegen die man sich schützen kann (Impfung, Kondome) und andere, gegen die es keinen vollständigen Schutz gibt.
Das Vorhandensein einer STD erhöht das Risiko einer Infektion mit HIV. Bei HIV-positiven Menschen können STD-Krankheitsverläufe schneller und drastischer ausfallen und es kann leichter zu Chronifizierungen kommen. Diese Unterschiede sind in der Beratung von Bedeutung.

Wer sollte wann auf bestimmte STD's hingewiesen werden?

Hepatitis A + B

- MSM: Empfehlung der HEP A+B-Impfung. Die Kosten werden von den Krankenkassen übernommen.
- Heteros: Empfehlung der HEP A+B-Impfung bei wechselnden Partnern und bei Kontakt zu HBV-Trägern. Die Impfungen werden für „Personen mit einem Sexualverhalten mit hoher Infektionsgefährdung“ (mehrere oder besonders gefährdete Partner) von den Kassen übernommen.

Hepatitis C

- Menschen mit HIV: Auf jeden Fall einmal testen, bei wechselnden oder mehr Sexpartnern in regelmäßigen Abständen (z.B. halbjährlich oder jährlich).

- Besucher von Sexparties: Hep C-Testempfehlung bei Sexpraktiken (Dehnungen des Anus, Dildos, Faustfick, Gangbang), mit höherem Verletzungsrisiko (Blut, Eintrittspforten).
- Konsument/innen von Spritzdrogen oder Drogen zum Sniefen (beim Sex): Hep C-Testempfehlung bei gemeinsamem Nutzen der Spritz- oder Sniefutensilien.
- Heterosexuelle diskordante Paare (nur eine/r Hep C infiziert): Bei monogamem Leben Kondomgebrauch aufgrund der niedrigen Übertragungswahrscheinlichkeit nicht notwendig.
- HIV-Positive: Aufgrund des geschwächten Immunsystems sollte die Verwendung von Kondomen thematisiert werden.
- HIV-negative MSM: keine generelle Kondomempfehlung, da die Übertragung von HepC beim Sex ein seltenes Ereignis zu sein scheint (im Gegensatz zu HIV).

Syphilis

- MSM: bei mehr als 5 Partnern pro Jahr sollte auf Symptome geachtet werden (z. B. Bildung von Knötchen und Geschwüren). Da diese Symptome aber nicht unbedingt auftreten müssen, wird schwulen Männern empfohlen, sich mindestens einmal jährlich auf Syphilis untersuchen zu lassen.
- Sexarbeiter/innen sollten sich regelmäßig testen lassen.

Hinweis: Viele Gesundheitsämter bieten Syphilis-Untersuchungen an.

Clamydrien

Frauen (insbesondere junge): Clamydrien sind besonders unter jungen Frauen weit verbreitet, beim Frauenarzt wird bei Standarduntersuchungen aber nicht automatisch auf Clamydrien getestet, obwohl es ein kassenfinanziertes Chlamydien-Screening gibt. Deshalb macht es Sinn, Frauen zu ermuntern, sich bei ihrem nächsten Besuch beim Frauenarzt auf Clamydrien testen zu lassen.



Übersicht: Die wichtigsten sexuell übertragbaren Krankheiten

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

Migrant(inn)en oder Tourist(inn)en, die sich in tropischen oder subtropischen Regionen aufhielten, können jedoch auch von anderen Infektionen betroffen sein. (z.B. Lymphogranuloma inguinale oder Ulcus molle/„weicher Schanker“). Daneben gibt es auch Infektionen, die traditionell nicht den STDs zugeordnet werden, die aber auch sexuell übertragen werden können, z.B. Durchfallerkrankungen (Shigellen). Ausführlichere Informationen über STDs enthält die Broschüre INFO+ STD und werden in speziellen Seminaren der „Medizinischen Rundreise“ vermittelt.

Hinweis zur Beratungssituation:

Keine Diagnosen stellen oder Therapieempfehlungen geben!

Die nachfolgende Zusammenstellung soll den/die Berater/in für die Erscheinungsbilder der STDs sensibilisieren. Sie kann und soll jedoch keine ärztliche Diagnosestellung oder Therapieempfehlung ersetzen. Vor Selbstbehandlungen „auf gut Glück“ ist Klienten dringend abzuraten.

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

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

Empfehlung: ärztliche Routineuntersuchung

In einigen Regionen haben in den letzten Jahren vor allem unter schwulen Männern bestimmte STDs zugenommen. Deshalb empfiehlt das Robert Koch Institut schwulen Männern mit wechselnden Geschlechtspartnern sich regelmäßig ärztlich untersuchen zu lassen.

Dies insbesondere auf:

- Syphilis
- Tripper/Gonorrhö
- Chlamydien

Ansprechpartner sind Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten/Venerologie

Chlamydien-Infektionen

Symptome	Übertragungswege	Therapie	Schutzmöglichkeiten
<p>Frauen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Schmerzen beim Geschlechtsverkehr • eitriger Ausfluss • unklare Unterbauchschmerzen • → auch symptomarme oder symptomlose Verläufe! <p>Männer</p> <p>oft ohne typische Symptome, wenn Symptome dann:</p> <ul style="list-style-type: none"> • eitrige Harnröhrenentzündung • Brennen beim Wasserlassen <p>In unterschiedlich starker Ausprägung Bei Analverkehr sind auch langwierige Infektionen des Enddarms möglich! Bei Oralverkehr kann es zu einer Besiedlung der Gaumenmandeln kommen, die meist nach 2-3 Wochen wieder von selbst verschwindet.</p> <p><i>Mögliche Langzeitfolgen (bei Nichtbehandlung)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Entzündung und Verkleben der Eileiter/Samenleiter; Folge: Unfruchtbarkeit bzw. Zeugungsunfähigkeit • Früh- und Fehlgeburten • Gelenkerkrankungen 	<p>Chlamydien leben in Schleimhautzellen, daher ist zur Übertragung nötig:</p> <ul style="list-style-type: none"> • direkter Kontakt mit infektiöser Schleimhaut (Harnröhre, Muttermund, Augenbindehaut, After, Mund/Rachen) • oder Kontakt mit Körperflüssigkeiten, die solche Zellen enthalten <p>Mutter-Kind-Übertragung während der Geburt möglich, Untersuchung im Rahmen der Schwangerschaftsvorsorge ist Standard</p>	<ul style="list-style-type: none"> • spezielle Antibiotika in ausreichender Menge und Dauer, keine Selbstbehandlung! • Mitbehandlung des/der Partners/in 	<ul style="list-style-type: none"> • Gebrauch von Kondomen bei Vaginal- und Analverkehr reduziert das Übertragungsrisiko • Untersuchung und Behandlung des/der Partner zur Vermeidung einer Re-Infektion (Ping-Pong-Effekt) • Medikamentöse Therapie verhindert schweren Krankheitsverlauf

Feigwarzen (Kondylome, Genitalwarzen)

Symptome	Übertragungswege	Therapie	Schutzmöglichkeiten
<p>verursacht durch sehr widerstandsfähige Viren (Humanes Papilloma-Virus, HPV). Von HPV sind über 100 Subtypen bekannt. Einige davon (die low-risk-Typen) verursachen Feigwarzen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hautveränderungen (von hornhautartigen Flecken bis zu Wucherungen) an Penis, Scheide, Anal- oder Mundbereich • sichtbar: Wochen bis Monate nach Kontakt mit einer infizierten Person • oftmals bleiben die Viren in der Haut, ohne dort Veränderungen zu verursachen <p>High-Risk HPV-Virustypen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Andere Papillom-Virustypen sind ursächlich bei der Entstehung von Krebserkrankungen (u.a. Gebärmutterhalskrebs und Analkrebs) 	<ul style="list-style-type: none"> • vaginale, orale, anale Sexualkontakte mit infizierten Personen • intensives Petting • Schmierinfektionen (Kontakt mit verunreinigten Gegenständen, wie Sex-Toys Handtücher, Sauna) seltener, aber möglich • Mutter-Kind-Übertragung möglich 	<ul style="list-style-type: none"> • Behandlung durch Verätzen, Vereisen oder Verschorfen der betroffenen Stellen, Entfernen der Hautveränderungen mit Laser oder Imiquimod-Crème. • Keine Selbstbehandlung! • durch Entfernung wird nur die sichtbare Hautveränderung behandelt, das Virus bleibt in der Haut. Oft bilden sich die Feigwarzen erneut wieder. Die Behandlung von Kondylomen kann daher langwierig und lästig sein. <p>Besonderheiten bei HIV</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bei fortgeschrittener Immunschwäche eventuell schlechteres Ansprechen auf Therapie. • Gefahr von Anal- bzw. Gebärmutterkrebs erhöht → Empfehlung: regelmäßige Screening-Untersuchungen 	<ul style="list-style-type: none"> • Kondome und Dental Dams verringern das Risiko, schützen aber nur unvollständig • Auch während der Therapie besteht Infektiosität, eine Übertragung ist weiterhin möglich • kein Sexspielzeug weitergeben • Seit 2006/2007 gibt es Impfungen gegen die zwei high-risk-Papilloma-Virustypen, die für 70% der Gebärmutterhals-krebse Ursache sind. Die Impfung wird von der Krankenkasse für Mädchen von 12-17 Jahren übernommen. Einer der Impfstoffe enthält auch einen Schutz gegen die 2 wichtigsten low-risk-Papillomaviren, die für 90% der Feigwarzen ursächlich sind.

Herpes simplex und genitalis

Symptome	Übertragungswege	Therapie	Schutzmöglichkeiten
<p>Die medizinische Familie der Herpesviren umfasst viele Varianten. Zwei Typen von Herpesviren sind sehr verbreitet, vorwiegend im Genital- und Oralbereich.</p> <p>Bei erstmaliger Infektion:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Jucken, Kribbeln an der infizierten Körperstelle • brennende Schmerzen • schmerzhafte Bläschen, die zu Geschwüren aufplatzen • Lymphknotenschwellung • Fieber • grippeähnliche Symptome <p>Bläschen und Geschwüre heilen von selbst ab, aber das Virus bleibt lebenslang am Infektionsort und kann bei geschwächter Abwehr, z.B. bei Stress oder während der Menstruation, erneute Symptome zeigen.</p> <p>Besonderheiten bei HIV</p> <p>Bei HIV-Infizierten breiten sich die Bläschen oft über größere Körperbereiche aus.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • eine Ansteckung ist an jeder Körperstelle möglich; mikroskopisch kleine Hautverletzungen können Eintrittspforten sein • Bläschen können auch an nicht sichtbarer Stelle sein (z.B. am Muttermund) • Bläschen und Geschwüre sind hochinfektiös, bis sie abgeheilt sind <p>Ob ein Ansteckungsrisiko auch bei nicht sichtbaren Hautveränderungen besteht, wird diskutiert.</p> <p><u>Mutter-Kind-Übertragung</u> ist möglich und kann zu einer schweren Erkrankung des Neugeborenen führen</p>	<p>Die Behandlung lindert die Schmerzen und fördert die Heilung der Bläschen/ Geschwüre.</p> <ul style="list-style-type: none"> • je nach Schwere des Krankheitsbildes virushemmende Medikamente als Salbe oder Tabletten (Aciclovir) • austrocknende Salbe auf die Bläschen 	<ul style="list-style-type: none"> • Kondome und Dental Dams verringern das Risiko, schützen aber nicht vollständig • Vermeiden von direktem Kontakt mit sichtbaren Bläschen und Geschwüren

Skabies (Scabies, Krätze)

<p>Symptome</p> <ul style="list-style-type: none"> • leichten Brennen bis heftiger Juckreiz, vor allem nachts (Bettwärme) • ekzemähnliche Hautveränderungen und Hautknötchen • Bevorzugte Stellen sind u. a. Finger, Brustwarzen, Genitalregion und Achseln 	<p>Übertragungswege</p> <p>Übertragung durch Krätzemilben.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Übertragung durch enge körperliche Kontakte, nicht nur sexuell • rasche Ausbreitung in Gemeinschaftseinrichtungen (z.B. Alten- und Pflegeheime, Kitas, Wohngemeinschaften) 	<p>Therapie</p> <p>Therapie mit Salben und Badezusätze, Dauer einige Tage</p> <p>Hygienemaßnahmen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Waschen von Kleidung und Bettwäsche oder 14 Tage in Plastiksäcken lagern (Aushungern der Milben) • häufiger Wechsel von Körper-Unterkleidung sowie Bettwäsche und Handtücher • Betten, Sessel und Fußbodenbeläge mehrfach absaugen. Plüschtiere und Schuhe werden durch Einfrieren milbenfrei • auch nach erfolgreicher Therapie, kann es zu Immunreaktionen (z.B. Juckreiz) auf das Milbeneiweiß kommen, eine Neuinfektion liegt dann aber nicht vor <p>Mitbehandlung von Sexualpartner(inne)n und Mitbewohner(inne)n/ Familie</p>	<p>Schutzmöglichkeiten</p> <p>Verringerung des Risikos durch:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alltägliche Hygienemaßnahmen • rasches Handeln, wenn erste Infektionen auftreten (→ Therapie von PatientIn und PartnerIn/ MitbewohnerIn) <p>Arbeitsverbot</p> <p>Nach Infektionsschutzgesetz → Arbeitsverbot für betroffene Personen, die in Einrichtungen arbeiten, in denen überwiegend Säuglinge, Kinder oder Jugendliche betreut werden bis Therapie erfolgreich beendet ist</p>
---	---	--	---

Syphilis (Lues, Harter Schanker)

<p>Symptome</p> <p>Eine durch Bakterien verursachte Erkrankung, die den gesamten Körper betrifft. Von der Eintrittsstelle aus werden die Bakterien über das Blut im gesamten Körper verstreut.</p> <p>Verlauf in 3 Stadien:</p> <p>1. Stadium (15-20 Tage bis 4-5 Wochen nach der Infektion)</p> <ul style="list-style-type: none"> nicht schmerzendes Geschwür an der Eintrittsstelle des Erregers, (z.B. an Eichel, Schamlippen, Penis, After, Mund...) <p>Bleibt eventuell unbemerkt und bildet sich auch ohne Behandlung zurück</p> <ul style="list-style-type: none"> oft Lymphknotenschwellungen in der Umgebung des Geschwürs <p>2. Stadium (4-8 Wochen nach der Infektion)</p> <ul style="list-style-type: none"> wechselnde, unspezifisch erscheinende Hautveränderungen, spezielle Warzen Lymphknotenschwellungen Haarausfall möglich, Fieber <p>3. Stadium (nach mehreren Jahren)</p> <ul style="list-style-type: none"> Schäden an großen Blutgefäßen, am Herzen und am Nervensystem (Neuro-Lues) 	<p>Übertragungswege</p> <p>Zum Eintritt des Erregers (Bakterium) genügt ein mikroskopisch kleiner Hautriss. Daher sind die Übertragungswege:</p> <ul style="list-style-type: none"> direkter Kontakt mit einem Syphilis-Geschwür oder einer anderen feuchten syphilisbedingten Hautveränderung Sexpraktiken, bei denen es auch nur zu kleinsten Verletzungen kommt gemeinsamer Gebrauch von Spritzbestecken Sexspielzeuge, an denen sich Körpersekrete befinden die Syphilis wird auch durch Oralverkehr (unabhängig von der Ejakulation) übertragen. <p>Mutter-Kind-Übertragung möglich. Führt zu schwersten Fehlbildungen oder Tod des Kindes.</p> <p>Untersuchung im Rahmen der Schwangerschaftsvorsorge ist Standard</p>	<p>Therapie</p> <p>In den ersten beiden Stadien ist die Syphilis heilbar durch gezielten Einsatz von Antibiotika.</p> <p>Besonderheiten bei HIV</p> <ul style="list-style-type: none"> bei ausgeprägter Immunschwäche kann es zu beschleunigten oder veränderten Krankheitsverlauf kommen Bei HIV-positiven Infizierten muss ggf. intensiver behandelt werden. 	<p>Schutzmöglichkeiten</p> <ul style="list-style-type: none"> Gebrauch von Kondomen bei Vaginal- und Analverkehr reduziert das Risiko. In der Sexarbeit auch bei Oralverkehr. Handschuhe bei Sexpraktiken, bei denen es zu Verletzungen kommt kein Kontakt mit offenen Wunden nur eigene Spritzen und Kanülen benutzen kein Sexspielzeug weitergeben rechtzeitige Diagnose verhindert schwerere Krankheitsverläufe und die Weitergabe des Erregers <p>Hinweis:</p> <p>Syphilis-Erkrankungen haben in den letzten Jahren bei schwulen Männern zugenommen, zuerst in den Großstädten, zurzeit (2008) in den mittleren Städten und auch auf dem Land. Für Männern mit häufiger wechselnden Geschlechtspartnern raten wird zur regelmäßigen ärztlichen Untersuchung – auch wenn keine Symptome vorliegen.</p>
--	---	--	---

Tripper (Gonorrhoe, GO)

<p>Symptome Zentrales Symptom: Harnröhrenentzündung</p> <p>Frauen</p> <ul style="list-style-type: none"> • eitriger Ausfluss aus der Scheide • Brennen beim Wasserlassen • allerdings bei 60% kaum Symptome <p>Männer</p> <ul style="list-style-type: none"> • (morgendlicher) Ausfluss aus der Harnröhre „Bonjour-Tropfen“ • Schmerzen beim Wasserlassen • dumpfer Schmerz in Blasen- und Dammgegend • möglich sind weiterhin: <p>starke Unterbauchschmerzen und Fieber als Zeichen einer Eileiter- bzw. Nebenhodenentzündung</p> <ul style="list-style-type: none"> • eitriger, eventuell blutiger Ausfluss aus dem Darm • eitrige Bindehautentzündung (vor allem bei Neugeborenen) <p>bei Nichtbehandlung:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Entzündung und Verkleben der Eileiter/Samenleiter; als Folge davon: Unfruchtbarkeit bzw. Zeugungsunfähigkeit, Früh- und Fehlgeburten • Gelenkentzündungen • Rachentripper: Bei einer Infektion durch Oralverkehr wird die Gonorrhoe oft nur durch unspezifische Symptome im Hals-, Rachenbereich erlebt (z.B. durch Halsschmerzen oder üblen Geschmack). Klarheit schafft eine ärztliche Untersuchung durch einen Rachenabstrich. Meist „verschwinden“ die Erreger im Hals nach ca. 3 Wochen, d.h. sie werden vom Immunsystem beseitigt. 	<p>Übertragungswege</p> <p>Gonorrhoe ist eine bakterielle Infektion. Die Bakterien brauchen eine Schleimhaut, um zu überleben, und sind empfindlich gegenüber Austrocknung und Kälte.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zur Übertragung ist daher nötig: • direkter Kontakt mit infektiöser Schleimhaut (Harnröhre, Muttermund, Augenbindehaut, After, Mund/Rachen) • Kontakt mit infektiösen Körperflüssigkeiten • eine Ansteckung über Waschlappen und WC-Brille ist praktisch unmöglich • Mutter-Kind-Übertragung möglich 	<p>Schutzmöglichkeiten</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gebrauch von Kondomen bei Vaginal- und Analverkehr. In der Sexarbeit auch bei Oralverkehr. • Kein Schleimhautkontakt mit Urin, Ejakulat oder Scheidenflüssigkeit • kein Sexspielzeug weitergeben, bzw. vor Weitergabe an andere lange und gründlich reinigen • frühzeitige Diagnose und Therapie verhindert schweren Krankheitsverlauf und Weitergabe des Erregers
	<p>Therapie</p> <p>bei rechtzeitiger Diagnose gut behandelbar</p> <ul style="list-style-type: none"> • spezielle Antibiotika in ausreichender Menge und Dauer, • keine Selbstbehandlung! • möglichst Mitbehandlung des/der Partner • Resistente Gonokokkenstämme erschweren die Antibiotikatherapie 	

Trichomonaden (Trichomoniasis)

Symptome	Übertragungswege	Therapie	Schutzmöglichkeiten
<p>Frauen</p> <ul style="list-style-type: none"> • bei 50 % keine typische Symptome, ansonsten: • eitriger Ausfluss (teilweise schaumig-grün, übelriechend) • Juckreiz, Brennen beim Wasserlassen • Schmerzen beim Geschlechtsverkehr <p>Männer</p> <p>Verlauf in der Regel ohne Beschwerden, Männer sind oft „stille“ Überträger</p> <ul style="list-style-type: none"> • vereinzelt: Juckreiz, Schmerzen, milchig-weißlicher Ausfluss • Komplikation: Entzündung von Harnblase oder Prostata 	<ul style="list-style-type: none"> • vaginaler Sex • Schmierinfektionen (z.B. unreine Sextoys) • Feuchträume (z.B. Sauna) <p>Mutter-Kind-Übertragung möglich</p> <ul style="list-style-type: none"> • möglich sind Komplikationen wie vorzeitige Wehen, vorzeitiger Blasensprung und Frühgeburten 	<ul style="list-style-type: none"> • Behandlung mit Antiparasitären Mitteln <p>Mitbehandlung von Sexualpartner(inne)n</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Verwendung von Kondomen • benutzte Handtücher und Sex-Toys nicht weitergeben oder gründlich reinigen • Untersuchung und Behandlung des/der Partner zur Vermeidung einer Re-Infektion (Ping-Pong-Effekt)

Hinweis auf Materialien der Deutschen AIDS-Hilfe

Info+ Sexuell übertragbare Krankheiten, Bestellnummer: 026133 (ab 07/2009: 026004)



Kapitel 6

Hepatitis

Grundlegendes

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

Virusbedingte Hepatitis

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

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

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

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

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

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

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

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



Schutzimpfungen

Aktive Immunisierung

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

- **Hepatitis A:**

2 Impfungen. Sechs bis zwölf Monate (je nach Impfstoff) nach der ersten Impfung erfolgt eine so genannte Auffrischungsimpfung: Der Impfstoff wirkt sehr gut. Bereits eine Woche nach der Erstimpfung entwickeln deutlich mehr als 90 % der geimpften Personen mit intaktem Immunsystem einen Ansteckungsschutz. Durch die Auffrischungsimpfung wird der Antikörperspiegel erhöht und ein Impfschutz für etwa zehn Jahre erreicht.

- **Hepatitis B:**

3 Impfungen. Vier bis sechs Wochen nach der ersten Impfung erfolgt die Auffrischungsimpfung, die dritte Impfung dann sechs bis zwölf Monate nach der ersten. Wenn das Immunsystem nicht geschwächt ist, liegt der Impferfolg bei etwa 95 %; der Ansteckungsschutz hält etwa zehn Jahre. Der Impferfolg sollte nach der dritten Impfung per Antikörperbestimmung (Titerbestimmung) überprüft werden

- **Die Kombinationsimpfung** gegen Hepatitis A und B folgt dem Hepatitis-B-Impfschema (drei Impfungen).

Vor einer Impfung kann anhand einer Blutentnahme untersucht werden, ob bereits Antikörper gegen HAV oder HBV vorhanden sind (z. B. durch eine schon durchgemachte Hepatitis) und damit möglicherweise bereits ein Schutz vor einer Ansteckung (Immunität) be-

steht. Medizinisch erforderlich ist diese Testung nicht, man spart sich aber gegebenenfalls das Geld für die Impfung.

Kosten

Die Kosten für eine Impfung gegen Hepatitis A oder B übernimmt die gesetzliche Krankenkasse, wenn die Impfung die von der Ständigen Impfkommission beim Robert Koch-Institut¹ als so genannte Indikationsimpfungen empfohlen und in die vom Gemeinsamen Bundesausschuss veröffentlichten Schutzimpfungsrichtlinien aufgenommen worden ist (im Internet unter www.g-ba.de zu finden). Ausnahme sind Reiseschutzimpfungen, doch übernehmen viele Kassen auch diese Kosten (auf freiwilliger Basis). Bei beruflichem Ansteckungsrisiko (z. B. bei medizinischem oder Pflegepersonal) muss der Arbeitgeber die Kosten übernehmen.

Die Kosten für eine Kombinationsimpfung sind niedriger als die Gesamtkosten für eine einzeln verabreichte Hepatitis-A- und Hepatitis-B-Impfung. Die Krankenkasse zahlt allerdings nur dann, wenn eine Indikation für beide Impfungen vorliegt. Dies ist u. a. bei „Personen mit einem Sexualverhalten mit hoher Infektionsgefährdung“ (z. B. Männer, die Sex mit Männern haben und Personen mit häufig wechselnden Sexualverhalten), bei Personen mit Lebererkrankungen oder bei Patienten in psychiatrischen oder Fürsorge-Einrichtungen der Fall.

Auch bei Menschen mit HIV/Aids wird die Kombinationsimpfung von der Krankenkasse bezahlt.

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

¹ www.rki.de → Infektionsschutz → Impfen



Besonderheiten bei HIV-Positiven

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

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

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

Passive Immunisierung

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

Akuter Verlauf

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

Behandlungsmöglichkeiten im akuten Verlauf

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

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

Eine Hepatitis C kann auch schon in der akuten Phase behandelt werden. Bei erfolgreicher Therapie die wird ein Übergang in die chronische Phase verhindert. Allerdings verläuft die akute Hepatitis C oft symptomarm und wird von den Betroffenen und den Ärzten nicht bemerkt.

Chronischer Verlauf

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

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

Behandlungsmöglichkeiten der Hepatitis B und C

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

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

Die Behandlung ist langwierig, bei der Hepatitis C ca. 6 – 18 Monate, bei der chronischen Hepatitis B meist mehrere Monate oder –je nach Auswahl der Therapie– auch mehrere Jahre. Insbesondere der Einsatz von Interferon kann als sehr belastend sein.

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

Meldepflicht

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

Die namentliche Meldung umfasst Angaben zu

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

Diese Daten gehen an das zuständige Gesundheitsamt, welches die Daten dann anonymisiert an das Robert Koch-Institut in Berlin weiterleitet. Darüber hinaus sollen die Gesundheitsämter den Be-

troffenen auch Beratung anbieten, insbesondere im Hinblick auf Ansteckungsgefahren und Schutzmöglichkeiten (z. B. für im selben Haushalt lebende Personen) und auf die Behandlungsmöglichkeiten. Nach § 31 IfSG kann „die zuständige Behörde ... Kranken, Krankheitsverdächtigen, Ansteckungsverdächtigen und Ausscheidern die Ausübung bestimmter beruflicher Tätigkeiten ganz oder teilweise untersagen“.

weitere Informationen:

Info+: *Virushepatitis* Deutsche AIDS Hilfe, 2008, DIN A 5, 82 Seiten, Bestellnummer: 026002

Schütz dich vor HIV und HEP, DAH 2008, DIN A 6, 12 Seiten, Bestellnummer 022117

Drogen, HIV und Hepatitis, DAH 2008, DIN A-6, 52 Seiten, Bestellnummer 020080

Hepatitis C – Schütz dich!, DAH 2006, DIN A 6, 8 Seiten, DAH, Bestellnummer 020117

Med-Info 68: HIV und Hepatitis B, DIN A 5, 20 Seiten, AIDS-Hilfe Köln, November 2008, Bestellnummer 140068

Med-Info 67: : HIV und Hepatitis C, DIN A 5, 16 Seiten, AIDS-Hilfe Köln, November 2008, Bestellnummer 140067

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



Hepatitis A – Die Infektion mit HAV

<p>Inkubationszeit: 1 – 7 Wochen, im Durchs. 3 – 4 Wochen</p> <p>Symptome Eine Infektion mit HAV verläuft häufig ohne typische Symptome, sie wird daher oft unwissentlich weitergegeben. Wenn Symptome, dann folgende:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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) <p>Krankheitsverlauf: Krankheitsbeschwerden klingen in der Regel nach zwei bis sechs Wochen wieder ab, keine chronischen Verläufe.</p> <p>In etwa 0,01–0,1 % der Fälle ist ein akutes, lebensgefährliches Leberversagen möglich, bei dem nur noch eine Lebertransplantation hilft. Das Risiko eines solchen Verlaufs ist erhöht bei Personen über 50 Jahren. Bei bereits bestehender Leberschädigung (z. B. bei chronischer Hepatitis B/C oder alkoholbedingter Zirrhose) verläuft eine Hepatitis A häufiger schwer (fulminant) und damit lebensgefährlich</p>	<p>Übertragungsweg HAV wird übertragen, wenn infizierte Körperflüssigkeiten in die Blutbahn gelangen (wie bei HIV, HBV, HCV, s.u.). HAV ist jedoch wesentlich ansteckender, sein Hauptübertragungsweg ist fäkal-oral.</p> <p>Meist wird Hepatitis A über verunreinigte Lebensmittel (ungewaschenes Obst, Salate, wenn sich der Koch nach der Toilette nicht die Hände gewaschen hat), Trinkwasser oder Muscheln (wenn Fäkalien ins Meer geleitet werden) übertragen.</p> <p>Beim Sex kann jeder Kontakt zwischen Anus und Mund (auch mittelbar über Finger oder Faust) kann ein Ansteckungsrisiko bergen. Bei bestimmten Sexualpraktiken, besonders „Rimming“ (Arschlecken) oder „Kaviar“ (Verzehr von Kot) ist das Risiko besonders groß; es reicht allerdings schon aus, mit dem Finger in die Arschfalte zu kommen und den Finger danach in den Mund zu bekommen.</p> <p>Eine Ansteckungsgefahr ist gegeben, bevor die Infektion vom Betroffenen bemerkt wird: im Zeitraum von 2 Wochen vor bis 1 Woche nach dem Sichtbarwerden der Infektion. Im Gegensatz zu Hepatitis B und C ist die Ansteckungsphase jedoch kurz, da es keinen chronischen Verlauf gibt.</p>	<p>Therapie</p> <ul style="list-style-type: none"> • keine ursächliche Therapie möglich • empfohlen werden Bettruhe, Diät, kein Alkohol • Hepatitis A heilt vollständig aus 	<p>Schutzmöglichkeiten Eine aktive Immunisierung (Schutzimpfung) empfiehlt sich für</p> <ul style="list-style-type: none"> • Menschen, die in Länder mit niedrigem Hygienestandard reisen • Personen mit wechselnden Sexualpartnern • i.v. Drogengebrauchende • chronisch Hepatitis B oder/und Hepatitis C Infizierte <p>weitere Schutzmöglichkeiten</p> <ul style="list-style-type: none"> • beim i.v. Drogengebrauch verringert Safer Use das Infektionsrisiko • Händewaschen nach jeder Toilettenbenutzung. • passive Immunisierung mit Immunglobulinen, (wenn z.B. kurz vor dem Urlaub aktive Immunisierung zeitlich nicht mehr möglich ist) • die Verwendung eines Dental Dams (Schutzfolie) oder aufgeschnittenen Kondoms beim Rimming (anal-oralen-Kontakt, Arschlecken) kann das Risiko senken, aber nicht ausschließen.
---	---	---	--

Hepatitis B – Die Infektion mit HBV

<p>Inkubationszeit: 1 - 6 Monate, im Durchschnitt 2 - 3 Monate</p> <p>Symptome</p> <p><u>akute Infektion:</u> häufig ohne typische Symptome. Bei symptomatischem Verlauf treten ähnliche Symptome wie bei Hepatitis A auf.</p> <p>Krankheitsverlauf</p> <p><u>Chronischer Verlauf:</u> Bei ca. 5 % der Erwachsenen mit intaktem Immunsystem kann sich über Jahre eine Leberzirrhose entwickeln.</p>	<p>Übertragungswege</p> <p>Die Übertragungswege sind HIV sehr ähnlich, das Übertragungsrisiko für HBV ist nur viel höher: Das Hepatitis-B-Virus (HBV) ist wesentlich robuster und infektiöser als das HI-Virus; die Viruskonzentration in Körperflüssigkeiten ist wesentlich höher als bei HIV. Daher reicht Safer Sex als Schutz nicht aus, auch wenn dadurch das Risiko erheblich verringert werden kann. Ein Infektionsrisiko besteht bei:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kontakt mit infektiösen Körperflüssigkeiten: Blut, Sperma, Vaginalsekret, Lusttropfen, Muttermilch, (eher selten über Speichel, Tränenflüssigkeit, Kot, Urin) • alle Sexualpraktiken, bei denen infektiöse Körperflüssigkeiten auf Schleimhäute gelangen • gemeinsamer Gebrauch von Spritzbestecken • unhygienisches Tätowieren • Stichverletzungen im medizinisch-pflegerischen Bereich 	<p>Postexpositionsprophylaxe PEP):</p> <ul style="list-style-type: none"> • bei Kontakten mit HBV-Infizierten: sofort aktive und passive Impfung <p>Therapie</p> <p><u>akute Infektion</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • keine ursächliche Behandlung der akuten Infektion möglich • empfohlen werden Schonung bei Krankheitsgefühl • Kein Alkohol! • die HBV-Infektion heilt in ca. 90-95 % der Fälle von selbst aus <p><u>chronische Infektion</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Da bei einer chronischen Infektion schwere Lebererkrankungen wahrscheinlich werden, wird eine Behandlung über Monate bis Jahre empfohlen. Zum Einsatz kommen Interferon und antivirale Medikamente. 	<p>Schutzmöglichkeiten</p> <p>Die Schutzimpfung ist sehr empfehlenswert für</p> <ul style="list-style-type: none"> • alle sexuell aktiven Menschen mit wechselnden Geschlechtspartner(inne)n • für schwule Männer, Gebraucher/innen von Spritzdrogen • bestimmte Berufsgruppen, z. B. medizinisches Personal <p>Eine regelmäßige Überprüfung des Impfschutzes sollte ca. 10 Jahre erfolgen, bei Menschen mit HIV und anderen Immunschwächen häufiger.</p>
<p>Bei HIV-Infizierten oder Menschen mit anderen Immunschwächen erhöht sich die Quote chronischer Verläufe. Auch deshalb wird eine Impfung dringend empfohlen</p>	<p>Mutter-Kind-Übertragung möglich</p> <ul style="list-style-type: none"> • über Schwangerschaft, Geburt, Muttermilch 	<p>Bei einer Koinfektion HIV-HBV gelten besondere Bedingungen, weshalb entsprechende Fachärzte aufgesucht werden sollten.</p>	<p>Weitere Schutzmöglichkeiten:</p> <ul style="list-style-type: none"> • bei eindringendem Geschlechtsverkehr reduzieren Kondome das Infektionsrisiko • Ansonsten gibt es beim Sex nur begrenzte Schutzmöglichkeiten • beim i.v. Drogengebrauch Schutz durch Benutzung steriler Spritzbestecke und eigener Spritzenutensilien (HBV kann auch über Löffel, Tupfer usw. übertragen werden!).



Hepatitis C – Die Infektion mit HCV

<p>Inkubationszeit: 2 - 26 Wochen</p> <p>Symptome häufig (75 %) ohne Symptome, wird daher oft nicht erkannt ansonsten die bei Hepatitis A genannten Symptome</p>	<p>Übertragungswege Übertragung meist über Blut-Blut-Kontakt. Geringe Mengen Blut reichen bereits für eine Übertragung aus. Häufigste Übertragungswege sind, dem heutigen Wissenstand nach, somit:</p> <ul style="list-style-type: none"> • bei Drogengebraucher/innen: gemeinsamer Gebrauch von Spritzbestecken und Zubehör! (siehe Kap. 10, Safer use) • Stichverletzungen des Personals bei OP's, • gemeinsames Benutzen von Toilettenartikeln, die mit Blut in Kontakt gekommen sind (Zahnbürste, Rasierzeug usw.), • unsauberes Piercen, Tätowieren, Ohrlochstechen. <p>Über Sex im Allgemeinen eher selten, in bestimmten Fällen aber möglich:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vermutet wird, dass bestimmte Sexualpraktiken, bei denen es „härter“ zugeht und zu (Schleim-) Hautverletzungen kommt bzw. (auch in geringen Mengen) Blut im Spiel ist, das Risiko stark steigt. • Gleichzeitig vorhandene andere STD (z.B. mit blutigen Geschwüren) erhöhen ebenfalls das Übertragungsrisiko. • Vermutet wird, dass Menschen mit HIV ein größeres Risiko haben, sich HCV zu holen bzw. HCV weiterzugeben. <p>Mutter-Kind-Übertragung bei der Geburt möglich</p> <ul style="list-style-type: none"> • Übertragungsrate: 2 – 7 %, • Wenn Mutter eine HIV/HCV-Doppelinfektion hat, steigt das Übertragungsrisiko für Hepatitis C auf bis zu 20 %! 	<p>Therapie Die Behandlungsmöglichkeiten der HCV-Infektion haben sich in den letzten Jahren deutlich verbessert. Für die Behandlung der HIV/HCV-Koinfektion gelten besondere Bedingungen, die mit einem Facharzt geklärt werden müssen.</p> <p><u>akute Infektion</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Interferontherapie der akuten Infektion über 6 Monate möglich. Bessere Heilungschancen als in der chronischen Infektion. Allerdings würden ca. 40% der Fälle auch spontan ausheilen (und diese erhalten die Therapie unnötig). <p><u>chronische Infektion</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Behandlung mit Interferon für eine Dauer von 6 bis 18 Monaten – je nach Virustyp. Die Erfolgsrate liegt je nach Virus-Subtyp, Erkrankungsverlauf und Begleiterkrankungen bei ca. 60% (40-90%). <p>Eine Substitution stellt keinen Hinderungsgrund für eine Behandlung. Allerdings können zahlreiche Patienten aufgrund anderer (Depressionen, Psychosen) Erkrankungen kein Interferon erhalten.</p>	<p>Schutzmöglichkeiten bisher keine Impfung möglich.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vermeidung von Blutkontakten • beim i.v. Drogengebrauch Benutzung steriler Spritzbestecke und eigener Spritzutensilien. • durch Safer Sex und Kondomgebrauch kann das Risiko einer sexuellen Übertragung erheblich verringert werden <p>Es gibt keine Immunität gegen HCV. Eine einmal durchgemachte Hepatitis C oder eine erfolgreiche Therapie schützen nicht vor erneuter Ansteckung!</p>
--	--	--	---



Kapitel 7

Der HIV-Test

Der HIV-Test im Wandel der Zeiten

Für alle, die mit dem HIV-Test zu tun haben, ist es wichtig zu wissen, dass der HIV-Test in den letzten 25 Jahren erhebliche Bedeutungswechsel erfahren hat.

1. Phase: begrenzte Indikation

Als der HIV-Test 1984 zugelassen wurde, war die Medizin gegenüber dem HIV-Virus und der Aids-Erkrankung praktisch machtlos. Die Diagnose „HIV-positiv“ hatte keine therapeutischen Konsequenzen für die Betroffenen. Im Gegenteil: Positive wurden mit dem Wissen um eine Infektion allein gelassen, für die es nur eine schlechte Prognose, aber keine Behandlungsmöglichkeiten gab. Außerdem stellte das Bekanntwerden einer Infektion damals ein großes Risiko dar, weil Betroffene aufgrund einer allgemeinen Aids-Hysterie von einer sozialen Ausgrenzung bedroht waren.

Dementsprechend waren Aidshilfen in den ersten 10 Jahren sehr abwartend im Umgang mit dem HIV-Test. In der politischen Diskussion ging es z.B. darum, einen Missbrauch des HIV-Test in Form von Zwangstestungen für Sexarbeiter/innen, Inhaftierte und Migrant(inn)en abzuwenden.

2. Phase: medizinische Indikation

Spätestens auf der Welt-Aids-Konferenz 1996 in Vancouver wurde der Durchbruch in der Behandlung der HIV-Infektion erreicht. Die Einführung der neuen Kombinationstherapien führte seitdem zu einer Lebensverlängerung bei gleichzeitiger Steigerung der Lebensqualität von Menschen mit HIV. Die Verbesserung der Therapiemöglichkeiten bei gleichzeitiger Verringerung von Nebenwirkungen hat dazu geführt, dass die meisten Menschen mit HIV heute unter antiretroviraler Therapie ein annähernd normales Leben trotz HIV führen können.

Voraussetzung hierfür ist aber, dass die Behandlung der HIV-Infektion beginnt, bevor das HIV das Immunsystem stark geschädigt hat. Unter diesen Bedingungen ist nicht nur die Therapie besser verträglich, auch das Immunsystem kann so sein „Gedächtnis“ weitgehend behalten. Voraussetzung hierfür ist wiederum, dass Menschen mit HIV rechtzeitig um ihre eigene Infektion wissen und mehrmals jährlich ihren Immunstatus bestimmen lassen, um den richtigen Zeitpunkt für den Beginn einer HIV-Therapie nicht zu verpassen.

Mit diesem Hintergrundwissen veränderte sich die Haltung der Aidshilfen zum HIV-Test nach und nach. Ein Prozess des Umbruchs begann. Der Test wurde stärker befürwortet, die Nachteile aber auch weiter betont. Unter dem Motto „Weißt Du's? Ein HIV-Test schafft Klarheit“ bewerben die Aidshilfen seit 2005 den HIV-Test. Kernaussage war, dass das Wissen um die eigene Infektion von Vorteil für die eigene Gesundheit sein kann.

3. Phase: präventive Indikation

Die präventive Wirkung der HIV-Medikamente zeigte sich schon in den Neunziger Jahren des letzten Jahrhunderts bei der Frage der HIV-Übertragung von der Mutter auf das Kind. Die Gabe von antiretroviralen Medikamenten in der Schwangerschaft bzw. kurz vor der Geburt, sowie weitere geburtshilfliche Maßnahmen vermochten das HIV-Risiko für das Kind von vormals bis zu 20 % auf weniger als 2% zu senken.

Um allen Frauen die Möglichkeit zu geben, ein solches gesundheitliches Risiko für ihr Neugeborenes auszuschließen, muss der HIV-Test inklusive einer entsprechenden Beratung heute allen Schwangeren in Deutschland **angeboten** werden. Der Test bleibt freiwillig. Die Durchführung dieser Beratung, nicht aber das Ergebnis des Tests wird im Mutterpass vermerkt. Dies ist in den Schwangerschaftsrichtlinien festgeschrieben, wird aber in der Praxis noch un-



zureichend umgesetzt: nach wie vor gibt es heimliche Testungen in der Schwangerschaft oder den Schwangeren wird der HIV-Test nicht angeboten.

Die Tatsache, dass die Senkung der Viruslast durch eine antiretrovirale Therapie auch das HIV-Übertragungsrisiko zu senken vermag, gilt nicht nur für das Thema Schwangerschaft. Grundsätzlich gilt: je höher die Viruslast im Blut und in den genitalen Sekreten, desto höher ist die Wahrscheinlichkeit einer HIV-Übertragung. So ist z.B. bekannt, dass sowohl in der frühen Phase der Infektion, wenn die Bildung von HIV-Antikörpern (= HIV-Serokonversion) noch nicht abgeschlossen ist, als auch im unbehandelten Vollbild Aids nicht nur die Viruslast sondern auch die Übertragungswahrscheinlichkeit von HIV extrem hoch ist. Eine rechtzeitige Behandlung der HIV-Infektion erhält somit nicht nur die Gesundheit des Positiven, sondern senkt auch das Ansteckungsrisiko für seine Partner/innen. Aktuell schätzt man, dass ca. die Hälfte aller neuen HIV-Infektionen von Menschen ausgehen, die nichts von ihrer HIV-Infektion wissen.

Die rechtliche Seite: Informierte Einwilligung erforderlich

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

Blutentnahmen und deren Untersuchung auf HIV-Antikörper ohne Einverständnis der betreffenden Person sind gemäß der gegenwärtigen Gesetzeslage verboten: Bei der Blutabnahme handelt es sich um einen Eingriff, welcher der ausdrücklichen Zustimmung des Patienten/der Patientin bedarf. Es darf auch nicht davon ausgegangen werden, dass ein/e Patient/in, dem/der im Rahmen allgemeiner Untersuchungen Blut abgenommen wird, damit einverstanden ist, dass dieses Blut auch auf HIV-Antikörper untersucht wird.

Darüber hinaus gibt es auch ethische Gründe, die „heimliche“ Tests verbieten: Das Wissen um die eigene Infektion ist eine große psychische Belastung, die krank machen kann. Und es gibt –nicht nur bezogen auf HIV- ein Recht auf Nicht-Wissen.

Deswegen müssen Menschen, bei denen der Verdacht auf eine Infektion besteht, wissen, worauf sie sich einlassen, wenn sie getestet werden. Ungefragt ihr Blut auf HIV zu untersuchen, und sie mit einem positiven Testergebnis zu konfrontieren, bedeutet, den ärztlichen Ermessensspielraum massiv zu übertreten und erfüllt den Straftatbestand einer Körperverletzung.

Kein Blutentnahme & kein HIV-Test ohne ausdrückliches Einverständnis

Testverfahren im Überblick

Leider wird immer noch sehr häufig vom „Aidstest“ gesprochen, obwohl das Ergebnis eines HIV-Tests keinerlei Aussagen darüber zulässt, ob und wann jemand jemals an Aids erkrankt. Diese Bezeichnung ist heute mehr denn je unangemessen, da man mit den heutigen Kombinationstherapien einen Ausbruch von Aids in der Regel nicht nur über Jahrzehnte hinausschieben kann, sondern vielleicht sogar komplett verhindern. Wenn Ratsuchende diese falsche Bezeichnung benutzen, sollte man darauf hinweisen, dass es keinen „Aidstest“ gibt.

Wenn wir vom HIV-Test sprechen, ist in der Regel der HIV-Antikörpertest gemeint. Mit diesem Test können Abwehrstoffe nachgewiesen werden, die der Körper nach einer Ansteckung mit HIV bildet. Dies kann bei verschiedenen Menschen unterschiedlich lang dauern, nämlich von ca. drei bis zu zwölf Wochen. Das Testergebnis wird als „Antikörper-positiv“ bezeichnet, wenn Antikörper gegen HIV nachweisbar sind. Diese „Laborsprache“ hat sich auch in der Umgangssprache durchgesetzt, obwohl die Bezeichnung „positiv“ immer wieder zu Missverständnissen führt. Die Tatsache, dass eine Ansteckung mit HIV stattgefunden hat, ist für die betroffene Person oft alles andere als „positiv“.



Nachweismethode: HIV-Antikörpertest

Der HIV-Antikörpertest stellt das gebräuchlichste Verfahren zum Nachweis einer HIV-Infektion dar. Die Weiterentwicklungen der Tests haben es möglich gemacht, eine vorliegende Infektion wesentlich früher nachzuweisen.

Unverändert geblieben ist jedoch die Zeit, die der Körper braucht um Antikörper gegen HIV zu bilden, die mit dem Test nachgewiesen werden. Aufgrund möglicher Verzögerungen in der Antikörperbildung und Unwägbarkeiten beim Antigennachweis (p24) muss man/frau deshalb weiterhin etwa 12 Wochen nach einem Risikokontakt warten, um ein absolut sicheres HIV-negatives Testergebnis zu erhalten. Erst nach Ablauf dieses Zeitraums (→ siehe Diagnostische Lücke) kann man durch einen Antikörpertest eine Infektion ausschließen.

Testdurchführung

Zwei Testschritte sind üblich: Nach einer ausführlichen Beratung wird zunächst ein hochempfindlicher „Suchtest“ (ELISA) auf im Blut vorhandene Antikörper und Antigene (p24) durchgeführt. Werden hierbei keine Antikörper oder Antigene (p24) nachgewiesen (Diagnose: „HIV-negativ“), kann das Ergebnis mitgeteilt werden. Reagiert der Suchtest (ELISA-reaktiv), besteht der Verdacht auf eine Infektion. In diesem Falle muss dieses Ergebnis durch einen Bestätigungstest (in der Regel der Western-Blot) überprüft werden. Dieser wird aus der gleichen Blutprobe durchgeführt. Erst nach der Durchführung eines Bestätigungstests darf ein positives Testergebnis mitgeteilt werden.

Achtung: bei der Durchführung von Schnelltests (→ siehe Exkurs Schnelltests) muss bei einem reaktiven Elisa-Schnelltest noch einmal gesondert Blut für den Bestätigungstest abgenommen werden und auf das Ergebnis gewartet werden.

Suchtest: HIV-Kombinationstest (Antikörpertest für HIV-1 und HIV-2 kombiniert mit p24-Antigentest)

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

Der Antikörper-Anteil des Tests besteht aus einem ELISA (Enzyme Linked Immuno Sorbent Assay) und fahndet sowohl nach Antikörpern gegen HIV-1 und HIV-2.

Der Antigen-Anteil des Tests fahndet nach einem Bestandteil des Virus, einem Protein (p) der Kernhülle. Virusproteine werden nach ihrem Molekulargewicht benannt, entsprechend heißt dieses Protein p24.

Kombinationstests haben den großen Vorteil, eine Infektion ca. eine Woche früher als die reinen Suchtests (Elisa-Suchtests / Elisa-Schnelltests) nachweisen zu können. Sie verkürzen aber nicht die diagnostische Lücke von drei Monaten, die es braucht, um eine HIV-Infektion sicher ausschließen zu können.

Die Stärke eines Suchtests liegt in der hohen Sensitivität (Fähigkeit, positive Proben als positiv zu erkennen): Idealerweise soll kein Test falsch-negativ ausfallen, d.h. die Tests sollen immer reagieren, wenn Antikörper im (Blut-)Serum oder p24 vorhanden sind. Der Preis dieser hohen Empfindlichkeit ist, dass der Test in einigen Fällen „reagiert“, auch wenn keine HIV-Infektion vorliegt. Dies liegt daran, dass im Blut eine Vielzahl anderer Antikörper (z.B. Rheumafaktoren) vorhanden sind, die den Suchtest in manchen Fällen „reaktiv“ (der Test zeigt eine Reaktion) ausfallen lassen können, obwohl keine HIV-Infektion vorliegt. Es besteht daher die Möglichkeit der „Vortäuschung“ einer Ansteckung („falsch positiv“). Deswegen muss jedes reaktive Ergebnis eines Suchtests mit dem aufwendigeren Bestätigungstest (der für diese Fehlerquelle unempfindlicher ist) kontrolliert werden.



Bestätigungstest: Western-Blot

Die Stärke des Bestätigungstests liegt in der höheren Spezifität (Fähigkeit, HIV-negative Proben als negativ zu erkennen). Erst nach der Bestätigung durch den Western-Blot sollte ein Testergebnis als „HIV-positiv“ bewertet und mitgeteilt werden.

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

Ein HIV-positives Ergebnis eines Bestätigungstests wird dem Klienten/der Klientin mitgeteilt, muss aber mit einer zweiten Blutentnahme überprüft werden, um extrem seltene, aber immerhin mögliche falsche Ergebnisse (z.B. Verwechslung im Labor) auszuschließen.

Zuverlässigkeit / Sicherheit des Ergebnisses

Die modernen HIV-Antikörpertests sind extrem zuverlässig, d.h., ihre Ergebnisse sind unter Berücksichtigung der diagnostischen Lücke (→ siehe unten) sehr sicher. Es gibt in der Medizin kaum andere Untersuchungsverfahren mit vergleichbarer Zuverlässigkeit. Manchmal allerdings (z.B. in der Serokonversion, wenn die Antikörperbildung noch nicht voll ausgeprägt ist) sind die Ergebnisse des Bestätigungstests (noch) nicht eindeutig. Dann werden andere Testverfahren (z.B. PCR) herangezogen oder der Bestätigungstest wird einige Tage später wiederholt.

Nachweismethode: PCR, der direkte Nachweis von HIV im Blut

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

Normalerweise wird die PCR zur Therapiekontrolle (Messung der Viruslast) eingesetzt.

Kann der direkte Virusnachweis (PCR) den Antikörpertest ersetzen?

Nein, nur in wenigen Fällen. Der PCR-Test ist zwar eine gute Möglichkeit, eine HIV-Infektion so früh wie möglich nachzuweisen, aber zum Ausschluss einer HIV-Infektion ist er nicht so gut geeignet wie der Antikörpertest.

- Bei deutlich auf eine akute HIV-Infektion (Primärinfektion) hinweisenden Symptomen kann der direkte Virusnachweis helfen, eine HIV-Infektion im Anfangsstadium – also noch bevor der Kombinationstest „anschlägt“ - zu erkennen.
- Bei Neugeborenen von HIV-positiven Müttern kann der Antikörpertest in den ersten 18 Monaten nicht eingesetzt werden (da Babys Antikörper der Mutter übertragen bekommen haben). In den ersten 4 Monaten nach Geburt werden daher 3 PCR-Tests durchgeführt. Sind alle negativ, gilt das negative Ergebnis als annähernd (99%-ig) sicher, nach 18 Monaten erfolgt dann der abschließende Antikörpertest.

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

Für Personen, die wissen wollen ob sie sich nicht infiziert haben (also ein zuverlässiges HIV-negatives Ergebnis wünschen), ist die PCR kaum geeignet. Die PCR ist weniger genau als der Antikörpernachweis. So weist sie bestimmte Virustypen (z. B. HIV-2 und seltene HIV-1 Subtypen) weniger zuverlässig nach¹. Auch wenn nach einer frischen Infektion noch nicht genügend HI-Viren produziert wurden, kann die PCR zu falsch-negativen Ergebnissen führen. Auch bei chronisch Infizierten, deren Immunsystem auch ohne Therapie die Virusreplikation so gut kontrollieren kann (sog. Elite-

¹ Seltene Virustypen sind selten (und machen weniger als 1% der Neudiagnosen in Deutschland aus)



Kontroller), dass die Viruslast unter der Nachweisgrenze liegt, bringt eine PCR ein falsch negatives Ergebnis.

Deshalb ist das Risiko eines falsch-negativen Ergebnisses mit einer PCR prinzipiell größer als beim Kombinationstest.

Die PCR ermöglicht auch nicht den sofortigen Nachweis einer HIV-Infektion, sondern sie kann eine Infektion nur ca. 3 - 4 Tage früher² nachweisen als die Kombinationstests der 4. Generation. Liegt keine medizinische Indikation (z.B. typische Krankheitszeichen einer akuten HIV-Infektion) vor, muss der/die Ratsuchende die Kosten (100,- bis 300,- €) dafür privat tragen.

Eine PCR sollte nach Möglichkeit von einem HIV-Spezialisten durchgeführt werden, damit der Zeitpunkt richtig gewählt und die Ergebnisse richtig interpretiert werden. Hinzu kommt, dass sie für einen standardmäßig eingesetzten Suchtest einfach viel zu teuer ist: Sie kostet zehn Mal soviel wie die Durchführung eines HIV-Antikörpertests.

Zusammengefasst macht eine PCR also nur dort Sinn, wo ein sehr hohes HIV-Übertragungsrisiko gegeben war und wo Symptome auf eine akute HIV-Infektion hindeuten, die dann so schnell wie möglich erkannt werden sollte.

Hinweis zur Beratungssituation

Menschen, die Rat bei der Aidshilfe suchen, wünschen sich in den meisten Fällen schnellstmöglich ein Testergebnis zu erhalten, das eine HIV-Infektion sicher ausschließt.

² Eine PCR kann man frühestens ab dem 10. oder 11. Tag nach sexueller Exposition einsetzen. Vorher wird man keine Viren nachweisen können. Der Kombinationstest kann ab Tag 14 eingesetzt werden, ein reiner Antikörpertest ca. ab der 6. Woche. Diese Zeitangaben gelten, wenn man eine Infektion nachweisen will. Für den sicheren **Ausschluss** einer Infektion bedarf es nach wie vor eines Antikörpertests (oder eines Kombinationstests) 3 Monate nach der Infektion. Denn sowohl der Virusanstieg als auch die Antikörperbildung kann auch verzögert einsetzen.

Falls die Anfrage in die Zeit der diagnostischen Lücke fällt, ist dieser Wunsch noch nicht zu erfüllen. In der Beratung muss deshalb geklärt werden, was HIV-Tests leisten können: wann z.B. der richtige Zeitpunkt für welches gewünschte Ergebnis ist und welches Testverfahren sinnvoll ist.

Dazu braucht man Informationen über das mögliche Risiko und den Risikzeitpunkt. Ebenso ist zu klären, wofür der Test genutzt werden soll: Um eine Infektion auszuschließen oder um eine HIV-Infektion möglichst schnell nachzuweisen.

Das Testergebnis

Testergebnis: HIV-positiv

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

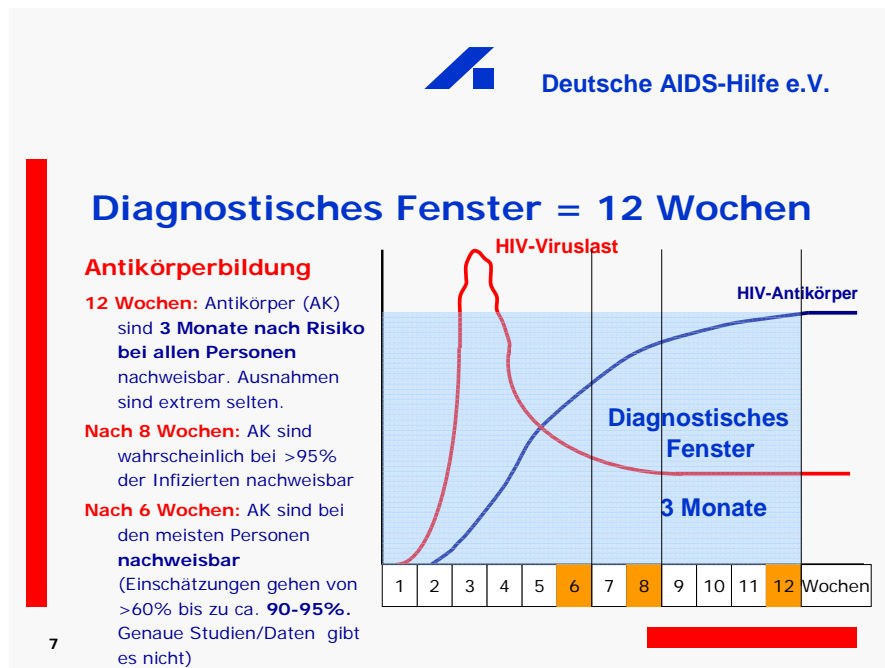
Testergebnis: HIV-negativ

Das Testergebnis „negativ“ schließt dann eine Infektion mit HIV sicher aus, wenn frühestens 12 Wochen nach dem letzten Risikokontakt getestet wurde. Der Körper braucht eine gewisse Zeit, um Antikörper zu bilden. (→ diagnostische Lücke) Die meisten Menschen bilden nachweisbar Antikörper im Zeitraum ab Woche 4 bis Woche 6. Einige wenige schon früher (ab Woche 3) einige wenige später (bis zu 3 Monaten). Deshalb kann ein Test trotz einer Ansteckung negativ ausfallen, wenn der Test zu früh durchgeführt wurde, die Antikörperbildung noch nicht abgeschlossen ist und das Ergebnis damit noch in die diagnostische Lücke fällt.



„Diagnostische Lücke“ oder „diagnostisches Fenster“

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



Der Zeitpunkt, ab dem man eine HIV-Infektion frühestens nachweisen kann. Dies kann bei so genannten „Frühkonvertern“ (Menschen, die schnell Antikörper bilden) schon nach drei bis vier Wochen der Fall sein.

Der Zeitpunkt, ab dem man mit weitgehender Sicherheit davon ausgehen kann, dass auch „Spätkonverter“ (Menschen mit einer langsameren Antikörperbildung) durch den Test entdeckt werden können. Hier liegt der Zeitraum bei etwa 12 Wochen. Erst 12 Wochen nach dem letzten Risikokontakt kann also ein zuverlässiges HIV-negatives Testergebnis erwartet werden.

Es ist richtig, dass die Antikörpertests in den meisten Fällen ab der 6. Woche nach einer Ansteckung positiv ausfallen. Durch den Antigen-Anteil im Test kann ein Kombinationstest sogar schon ab dem 14. Tag reaktiv ausfallen (allerdings noch nicht bei allen infizierten Klienten).

D.h. man könnte ein zuverlässiges HIV-positives Testergebnis schon vor Ablauf der 12 Wochen bekommen, aber eben kein zuverlässig HIV-negatives Ergebnis, weil unklar bleibt, ob noch zu einem späteren Zeitpunkt eine Serokonversion (Antikörperbildung) erfolgt.

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

Warten auf das Testergebnis

Das lange Warten auf den Test kann sehr quälend erlebt werden. Deshalb kann es in Einzelfällen sinnvoll sein, ängstlichen Ratsuchenden vorzuschlagen, schon früh die für einen Test erforderliche, persönliche Beratung aufzusuchen. Innerhalb der Beratung kann dann auf die Möglichkeiten und Grenzen einer HIV-Testung inner-

halb des diagnostischen Fensters ausführlich eingegangen werden und ein individuell sinnvolles Vorgehen entworfen werden.

Bei Symptomen, die auf eine akute HIV-Infektion (Primärinfektion) hinweisen, kann man frühzeitig einen HIV-Test anbieten. So könnte man eine HIV-Infektion schon nach nur 2-3 Wochen nach Infektion entdecken, ein negatives Ergebnis eines solchen frühen Testes müsste aber später (nach Ablauf von 3 Monaten) bestätigt bzw. überprüft werden.

Rahmenbedingungen für die Durchführung des HIV-Tests

Vor dem Test sollte ein Beratungsgespräch stattfinden. Erst danach sollte die Blutabnahme erfolgen.

Themen der Beratung sollten sein:

- die Klärung der Frage, ob überhaupt ein HIV-Risiko bestanden hat,
- die Frage wie sich ein positives Testergebnis auf das eigene Leben auswirken kann,
- die gesundheitlichen Vorteile, die das Wissen um ein Infektion bedeuten kann ,
- die rechtlichen und gesellschaftlichen Folgen eines möglicherweise positiven Testergebnisses ,
- die Frage ob der Zeitpunkt für den Test richtig gewählt ist

Niemand darf ohne sein ausdrückliches Einverständnis getestet werden. Zwangstests oder stillschweigend durchgeführte Tests (z. B. bei Untersuchungen im Krankenhaus) sind rechtlich unzulässig und können als Körperverletzung und als Verletzung des Persönlichkeitsrechts geahndet werden.

Bei Jugendlichen müssen die Erziehungsberechtigten ihr Einverständnis zum Test geben. Dies gilt auf alle Fälle für Jugendliche bis 14 Jahren. Im Alter zwischen 14 und 18 gibt es keine klare Regelung, sondern ist es immer eine Einzelfallentscheidung, bei der der Eindruck von der individuellen Reife und Entscheidungsfähigkeit

des Jugendlichen ausschlaggebend ist. Die Aidskommission der Länder erklärt in ihren Empfehlungen zum HIV-Test im Jahre 2005:

„Bei Minderjährigen kommt es bei der Frage einer wirksamen Aufklärung nicht auf die formale Geschäftsfähigkeit an, sondern auf die individuelle Reife. Je älter und reifer der Jugendliche ist, desto mehr ist sein eigener Wille - und nicht die Meinung der Erziehungsberechtigten - zur Durchführung eines HIV-Antikörpertests ausschlaggebend. In der Regel kann im Alter von 16 Jahren davon ausgegangen werden, dass der minderjährige Jugendliche in der Lage ist, eigenständig eine Einwilligung abzugeben. In den übrigen Fällen ist die Einwilligung des/der Erziehungsberechtigten (Sorgeberechtigten) einzuholen“.

Die Testergebnisse sollten immer nur im Rahmen eines persönlichen Beratungsgesprächs mitgeteilt werden.

Die Testberatung

Gründe für oder gegen den Test

Es gibt viele Gründe, sich testen zu lassen:

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

Die Frage, ob ein HIV-Test durchgeführt werden sollte, ist abhängig von der individuellen Risikosituation und setzt die freiwillige Ent-



scheidung des/der Einzelnen (?) voraus. Wichtig ist, dass den Ratsuchenden Hilfestellung und aktuelle Informationen gegeben wird, eine eigene, unabhängige Entscheidung für oder gegen den Test zu treffen. Eine Entscheidung gegen den Test oder ein Aufschub der Entscheidung kann ebenso selbstverantwortlich sein wie eine Entscheidung für den Test.

Die medizinische Bedeutung einer HIV-Diagnose hat sich verändert.

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

- kann eine weitere Schädigung des Immunsystems verhindert werden,
- können ein schwerer Immunschaden sowie lebensbedrohliche Folgeerkrankungen vermieden werden.

Wird eine HIV-Infektion hingegen erst spät erkannt, ist das körpereigene Abwehrsystem möglicherweise schon so stark geschädigt, dass die medizinischen Behandlungsmöglichkeiten nicht mehr optimal genutzt werden können. Die Sterblichkeit ist bei spät erkannter HIV-Infektion höher als bei früh erkannter und rechtzeitig therapierter HIV-Infektion.

Wo kann man sich zu welchen Bedingungen testen lassen?

Der Test in der Aidshilfe oder im Gesundheitsamt

Die Bedingungen der Durchführung eines HIV-Tests in Aidshilfen und im Gesundheitsamt sind ähnlich. Er ist dort in vielen Fällen kostenlos bzw. wird gegen eine geringe Gebühr von 10 – 15 € angeboten. Der größte Vorteil ist, dass der Test in beiden Einrichtungen anonym durchgeführt werden kann. Sofern kein Schnelltest einge-

setzt wird, ist sichergestellt, dass positive Ergebnisse immer bereits durch einen Bestätigungstest gesicherte Ergebnisse sind.

Es gibt verschiedene Gründe sich anonym testen zu lassen um dann je nach Ergebnis zu entscheiden wie man weiter damit umgehen möchte.

Deshalb nutzen manche Menschen die Testberatung der Gesundheitsämter, um zunächst auf anonymem Wege zu erfahren, ob sie infiziert sind. Erst im Falle eines negativen Ergebnisses unterziehen sie sich dann einer offiziellen (= unter Angabe des Namens erfolgenden) HIV-Diagnostik (z.B. bei Einstellungsuntersuchung). Im Fall eines positiven Ergebnisses können sie dann versuchen, den offiziellen Test zu umgehen, wenn sie mit ihrer Infektion nicht erkannt werden wollen.

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

Der Test direkt im Labor

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

Zum einen erfolgt keine ausführliche Beratung, zum anderen wird lediglich das unter Umständen reaktive Suchtest-Ergebnis mitgeteilt.

Dies hat wiederum Konsequenzen: Abgesehen davon, dass der Bestätigungstest deutlich teurer ist, muss eine quälend lange Zeit des Wartens auf sich genommen werden, bis das Bestätigungsergebnis vorliegt. Dafür bietet der Test im privaten Labor die Möglichkeit der anonymen Testung. Aufgrund der fehlenden Beratung, widerspricht er aber unseren Grundsätzen der Testdurchführung.



Der Test beim Hausarzt/bei der Hausärztin

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

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

HIV-Test im Rahmen der Schwangerschaftsvorsorge

Der HIV-Test ist Bestandteil der Regelleistungen in der Schwangerschaftsvorsorge. Seit Juni 2008 sind auch die Mutterschaftsrichtlinien entsprechend verändert. Der HIV-Test soll allen Schwangeren von ihren Gynäkolog(inn)en angeboten werden. Der Test wird in diesem Fall von der Krankenkasse bezahlt und darf auf keine Fall als individuelle Gesundheitsleistungen „IGEL“ der Schwangeren in Rechnung gestellt werden. Zusätzlich zur ärztlichen Beratung muss jeder Schwangeren ein Merkblatt zum Thema HIV-Test in der Schwangerschaft ausgehändigt werden. Dieses erläutert, warum allen Frauen in Deutschland während der Schwangerschaft ein HIV-Test angeboten wird und enthält alle wichtigen Informationen, die eine Schwangere für eine Entscheidung über den Test benötigt. Der

Test ist freiwillig. Im Mutterpass wird nur die Durchführung des Beratungsgespräches zum HIV-Test dokumentiert, nicht aber die Durchführung des Testes selber oder gar das Ergebnis. Nach wie vor unzulässig –aber häufig praktiziert- ist die Durchführung eines HIV-Tests ohne Einwilligung der zu untersuchenden Frau.

Exkurs: HIV-Schnelltests

Es gibt immer wieder Missverständnisse über den Begriff des Schnelltests. Wichtig ist : Mit einem HIV-Schnelltest kann man **nicht** die diagnostische Lücke verkleinern - lediglich das Ergebnis von der Blutentnahme bis zum Vorliegen des Ergebnisses verkürzt sich! HIV -Schnelltests stehen in Deutschland seit einigen Jahren für den Routineeinsatz zur Verfügung. Lange Zeit gab es erhebliche Vorbehalte gegen Schnelltests, so dass sie auf die Anwendung in Notfallsituationen z.B. im stationären Bereich beschränkt blieben.

Mittlerweile sind eine Reihe von HIV-Schnelltests zugelassen, die mit Kapillarblut (Blutstropfen aus Fingerbeere oder Ohrläppchen) durchgeführt werden können, so dass sie auch ohne Laborausstattung (z.B. in Aidshilfen und Schwulenzentren) durchgeführt werden können. Auch wenn diese Tests relativ einfach durchzuführen sind, machen sie die fachliche Leitung eines Arztes/ einer Ärztin erforderlich.

Der Vorteil von HIV-Schnelltests ist, dass das Testergebnis je nach Test nach 5 bis 30 Minuten abgelesen werden und den Klienten/Klientinnen mitgeteilt werden kann. Dadurch verringert sich nicht nur die Wartezeit auf das Testergebnis, sondern auch die Rate "nicht abgeholter" Testergebnisse.

Da es sich bei den HIV-Schnelltests um Suchtests vom Typ ELISA handelt, sind sie nur in der Durchführung schnell. Wie alle Elisa-Tests haben sie das gleiche diagnostische Fenster von bis zu 12 Wochen. Vorher liefern sie kein sicheres HIV-negatives Testergebnis. (→ „Diskussion: Diagnostische Lücke“)

Problem bei den Schnelltests ist, dass es sie nur in Form von Suchtests, aber nicht als Bestätigungstest gibt. Ein reaktives Schnelltest-



ergebnis bedarf deshalb immer der Bestätigung durch den Bestätigungstest (Western Blot). Somit muss man/frau sich bei einem reaktiven Schnelltestergebnis Blut abnehmen lassen und einige Tage auf das Ergebnis des Bestätigungstests warten, das kann sehr quälend für die Betroffenen sein.

Der Vorhersagewert eines reaktiven Schnelltestergebnisses ist dabei um so geringer, je geringer die Infektionsrate in der betroffenen Bevölkerungsgruppe (Prävalenz) ist. So liegt die Rate richtig positiver Testergebnisse in der Gruppe der MSM in Berlin z.B. höher als wenn man eine Gruppe von Schüler/innen in Ostfriesland testet. Vereinzelt werden auch falsch-negative Testergebnisse berichtet, die aber eher im Zusammenhang mit Anwendungsfehlern zu stehen scheinen.

Ein Vorteil der Schnelltest liegt darin, dass normalerweise über 95% der Klienten ihr negatives Ergebnis sofort erhalten – und wenn sie in den letzten 3 Monaten keine Risiken eingegangen sind, ist das negative Ergebnis sicher.

Ein Schnelltestangebot kann somit für bestimmte Zielgruppen sinnvoll sein. Studien haben gezeigt, dass man mit dem Schnelltest Menschen erreichen kann, die mit den bisherigen Testangeboten nicht erreicht wurden, weil sie die lange Wartezeit auf das Testergebnis abgehalten hat, sich testen zu lassen.

An die Durchführung von Schnelltests sind dieselben Anforderungen zu stellen wie bei anderen Suchtests. Schnelltests sollten nur im klassischen Kontext der Beratung (vorher/nachher) durchgeführt werden und stellen besondere Anforderungen an die Aufklärung und Einwilligung der Patient(inn)en. Diese müssen vor der Testdurchführung ehrlich über die Nachteile des Schnelltest (kein Bestätigungstest) aufgeklärt werden, damit sie entscheiden können, ob sie das Risiko eingehen wollen, evtl. mehrere Tage mit einem nicht bestätigtem reaktiven Testergebnis zu leben oder ob die lieber die klassische Testprozedur mit automatischen Bestätigungstest vorziehen.

Kombinationstest als Schnelltest: 2009 soll ein erster Kombinationstest (mit p24-Test-Anteil) als Schnelltest auf den Markt kommen. Erste Ergebnisse weisen darauf hin, dass dieser Test schlechter ist als der klassische, im Labor durchgeführte Kombinationstest.

Schnelltests aus dem Internet für den Heimgebrauch?

Im Internet werden Schnelltests als „Heimtests“ angeboten, die in Deutschland nicht zugelassen sind. Mit der Anwendung dieser Heimtests sind erhebliche Probleme verbunden. Da die richtige technische Durchführung nicht kontrolliert werden kann, sind falsche Testergebnisse möglich. Ein reaktives Testergebnis kann als „positives Testergebnis“ missverstanden werden und Panikreaktionen auslösen noch bevor ein Bestätigungstest vorliegt. Außerdem fehlt die wichtige Verknüpfung des HIV-Tests mit einer fachlichen Beratung, so dass einerseits die diagnostische Lücke falsch verstanden werden kann und andererseits bei einem positiven Ergebnis kein fachlich kompetenter Ansprechpartner vorhanden ist.

Ein weiteres Problem liegt darin, dass man für die Durchführung von Schnelltests Übung und eine Schulung braucht – und die ist beim Heimtest nicht gegeben. Werden Fehler in der Anwendung gemacht, sind auch falsch negative Testergebnisse möglich.

Das größte Problem der Heimtests ist aber, dass sie für (heimliche) Zwangstests missbraucht werden können (z.B. Sexindustrie), da niemand die Testsituation kontrolliert. Deshalb sind Heimtests vom Gesetzgeber für den deutschen Markt nicht zugelassen. Von ihrem Gebrauch wird dringend abgeraten.

Weitere wichtige Aspekte zum HIV-Antikörpertest

Der Test bei Einstellungsuntersuchungen

HIV-Tests dürfen nur mit Einwilligung der Bewerber/innen vorgenommen werden. HIV-Tests bei Einstellungsuntersuchungen sind gesetzlich nicht vorgesehen. Auch wenn bei der ärztlichen Untersuchung HIV-verdächtige Symptome festgestellt werden, kann der HIV-Test nur mit Einwilligung der Bewerber/innen durchgeführt werden. Diese befinden sich allerdings wegen ihres Einstellungsinteresses meist in einer Zwickmühle: Stimmen sie dem Test zu, könnte ihre Infektion entdeckt werden und sie laufen Gefahr die Stelle nicht zu bekommen - das gleiche Ergebnis droht bei Verweigerung der Testdurchführung.

Betriebsärzte/-ärztinnen unterliegen grundsätzlich der ärztlichen Schweigepflicht. Arbeitgeber/innen darf ohne Einwilligung der sich bewerbenden Person nur mitgeteilt werden, ob gesundheitliche Bedenken gegen deren Einstellung bestehen. Eine HIV-Infektion ohne Krankheitserscheinungen ist grundsätzlich kein Einstellungshindernis. Einschränkungen bestehen lediglich im medizinischen Bereich bei Berufen mit invasiven Tätigkeiten (z.B. Chirurgie) und bei Piloten/Luftfahrtpersonal. Aufgrund internationaler rechtlicher Vorgaben gilt für Bewerber/innen als Luftfahrtpersonal, namentlich Pilot(inn)en und Co-Pilot8inn)en ein positives Testergebnis als Grund für „Nichteinstellung“. Bei bereits bestehenden Arbeitsverträgen von positiven Pilot(inn)en wird jeweils im Einzelfall entschieden, ob ein Tauglichkeitszeugnis, evt. mit Auflagen, erteilt werden kann. Ein weiterer Punkt betrifft Berufe mit Reisetätigkeit in Länder für die für Menschen mit HIV Einreisebeschränkungen bestehen und solche die „Tropentauglichkeit“ voraussetzen. In diesen Fällen kann ein HIV-Test im Rahmen der Einstellungsuntersuchung zulässig sein. So verlangt die Lufthansa mit Hinweis auf Tropentauglichkeit (Gelbfieberimpfung erforderlich) von gesamten Flugpersonal einen negativen HIV-Test vor der Einstellung. Entscheidend für die Tauglichkeit sollte hier immer eine differenzierte Betrachtung des Einzelfalls

sein. z. B. ist eine Gelbfieberimpfung heute bei gutem Immunzustand durchaus möglich.

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

Generell gilt: Ein HIV-Antikörpertest ohne die Einverständniserklärung des Patienten/der Patientin ist nicht zulässig. Wenn es sich nicht um einen möglicherweise lebensrettenden Eingriff in einer lebensbedrohlichen Situation handelt, kann der Arzt/die Ärztin die Behandlung eines Patienten/einer Patientin jedoch ablehnen bzw. diese von der Durchführung eines Tests abhängig machen.

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

In solchen Fällen sollte man sich zuerst einmal an die Rechtsberatung einer Aidshilfe wenden.

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

Blutspenden ist kein Ersatz für den Test

In diesem Zusammenhang sei dringend davor gewarnt, den Gang zum Blutspenden mit einem HIV-Test zu verwechseln: Wer sich dem HIV-Test unterzieht ist sich bewusst (bzw. wird sich in der Beratung bewusst), ein Infektionsrisiko eingegangen zu sein und will



sich deswegen testen lassen. Wer aber zur Blutspende geht, sollte sich sicher sein, sich in der Vergangenheit nicht infiziert zu haben. Da Blutspender in einer zentralen Datei erfasst werden, wäre man im Falle eines positiven Testergebnisses der Möglichkeit, des anonymen Umgangs mit seiner/ihrer Infektion beraubt, da er/sie als Blutspender/in namentlich registriert ist. Unter Umständen könnten strafrechtlichen Konsequenzen drohen wenn die Infektion wesentlich weitergegeben würde. Dies wäre z.B. der Fall, wenn jemand trotz Verdachts einer Infektion Blut spenden würde und die Infektion aufgrund des diagnostischen Fensters noch nicht erkannt werden kann.

HIV und Reisen

Der Umgang mit HIV und Aids in den verschiedenen Ländern dieser Erde unterscheidet sich zum Teil ganz erheblich voneinander. In diesem Zusammenhang spielen häufig die religiösen Traditionen eines Landes sowie die politische Situation eine wesentliche Rolle. Es gibt zwar nur wenig Länder, in denen der HIV-Antikörpertest als Einreisevoraussetzung für Touristen und Touristinnen verlangt wird, aber für den Fall eines längeren Aufenthaltes bzw. einer geplanten Einwanderung sieht das in mehr als 60 Ländern schon ganz anders aus.

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

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

Umfassende Informationen zu Einreise- und Aufenthaltsbestimmungen und zur medizinischen Versorgung im Ausland gibt die Dokumentation "Einreise- und Aufenthaltsbestimmungen für Menschen mit HIV und Aids - weltweit", die die DAH als Anlage zu dieser Infomappe herausgegeben hat. Diese Informationen sind inzwischen in deutscher, französischer, englischer, italienischer, spanischer, polnischer und russischer Übersetzung als Pdf-Datei über die Homepage der DAH erhältlich. In englischer Sprache findet man Informationen zu allen aktuellen Entwicklungen im Internet unter:

www.hivtravel.org



▪ Kapitel 8

Therapie der HIV-Infektion

Hinweise für die Beratungssituation

Therapie der HIV-Infektion

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

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

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

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

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

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

■ Was motiviert Anrufer/innen im Moment anzurufen? Was beunruhigt, verunsichert oder ängstigt ihn/sie?

■ Wenn es um eine konflikthafte Entscheidung geht: zwischen welchen Möglichkeiten fühlt er/sie sich hin- und hergerissen? Was hängt für ihn/sie davon ab, sich für die eine oder andere Möglichkeit zu entscheiden?

■ Fehlen den Anrufer/innen nur „Informationen“ oder eher ein Verständnis seiner Situation, seiner Erkrankung und seiner Perspektiven, damit er für sich eine Entscheidung treffen kann? Suchen Anrufer/innen das Gespräch, um die Flut an Informationen verdauen zu können?

■ Falls zusätzliche Informationen benötigt, wo kann sie/er diese her bekommen?

■ Ist das Verhältnis zum Arzt/zur Ärztin von Vertrauen geprägt? Fühlt er/sie sich dort unter Druck gesetzt und braucht Ermutigung, sich Zeit für eine eigene Entscheidung zu nehmen?

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

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

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



▪ **Kleines Wörterbuch der HIV-Therapie**

ART	ANTIRETROVIRALE THERAPIE: Medikamentöse Behandlung, die die Vermehrung des HI-Virus unterdrückt, also eine gegen das Retrovirus HIV gerichtete Therapie.
ASYMPTOMATISCHE PHASE	Phase der HIV-Infektion, in der die Schädigung des Immunsystems für Betroffene noch unbemerkt verläuft
COMPLIANCE	Zu deutsch "Therapietreue". Gemeint ist die Fähigkeit und Bereitschaft von Arzt/Ärztin und Patient/in, eine Behandlung so auf den Lebensalltag abzustimmen, dass die/der Patient/in den Anforderungen der Therapie weitestgehend gerecht werden kann.
FI	FUSIONSINHIBITOREN - eine Medikamentenklasse der antiretroviralen Behandlung (s. Tabelle am Ende des Kapitels).
HAART	Hoch aktive ART (s.o.), beide Begriffe werden heute gleichbedeutend verwendet.
HELPERZELLEN	T4-ZELLEN ODER CD4-ZELLEN: „Leitzentrale“ des Abwehrsystems, fördern die Immunreaktion mit Hilfe von Botenstoffen, die andere Abwehrzellen aktivieren. HIV nutzt sie als Wirtszellen, um sich zu vermehren, wodurch immer mehr Zellen zerstört werden. Mit sinkender Zahl nimmt die Funktionsfähigkeit des Immunsystems ab. Der CD4-Wert gilt deshalb als ein „Marker“, der Auskunft über den Zustand des Immunsystems und den Verlauf der HIV-Infektion gibt. (s. auch LABORWERTE)
INTEGRASEINHIBITOREN	neue Medikamentenklasse der antiretroviralen Behandlung (s. Tabelle am Ende des Kapitels).
KOMBINATIONSTHERAPIE	Behandlung mit einer Kombination von mehreren antiretroviralen Medikamenten (ca. 3-4, manchmal auch mehr), meist aus verschiedenen Medikamentenklassen. (s. Tabelle)
KREUZRESISTENZEN	Resistenz des HIV gegen ein bestimmtes Medikament, das auch zur Resistenz gegen andere bisher noch nicht eingesetzte Medikamente (z.B. der gleichen Substanzklasse) führt.
LABORWERTE, MESSGENAUIGKEIT	Helferzellzahl und Viruslast sind zwei wichtige Werte, die per Blutuntersuchung im Labor bestimmt werden. Für beide Werte gilt, dass sie durch viele Faktoren wie z.B. akute Infektionen, (wie ein grippaler Infekt) beeinflusst werden können. Auch Stress/das allgemeine Wohlbefinden können sich in den Werten niederschlagen. Da kein Test hundertprozentig genau sein kann, treten Schwankungen aufgrund von Messtoleranzen auf. Deshalb hat ein einzelner, einmal erhobener Wert keine ausreichende Aussagekraft. Zu groß ist die Gefahr einer zufälligen

	Verfälschung. Erst die wiederholte Bestimmung der Werte <u>mit dem gleichen Verfahren und im gleichen Labor</u> und der Vergleich verschiedener Messwerte erlauben genauere Aussagen darüber, wie sich die HIV-Infektion entwickelt.
NNRTI	NICHT-NUKLEOSIDALE REVERSE TRANSKRIPTASE HEMMER – eine Medikamentenklasse der antiretroviralen Behandlung (s. Tabelle am Ende des Kapitels).
NRTI	NUKLEOSIDALE/NUKLEOTIDALE REVERSE TRANSKRIPTASE HEMMER - eine Medikamentenklasse der antiretroviralen Behandlung (s. Tabelle am Ende des Kapitels).
OPPORTUNISTEN	Erreger (Bakterien, Viren, Pilze) die von einem gesunden Immunsystem in Schach gehalten werden können. Erst bei einer Schwächung des Immunsystems lösen sie jeweils typische Erkrankungen aus.
PI	PROTEASE INHIBITOREN - eine Medikamentenklasse der antiretroviralen Behandlung (s. Tabelle am Ende des Kapitels).
RESISTENZEN	Wenn es zu keiner ausreichenden Unterdrückung der Virusvermehrung kommt, erhöht sich die Wahrscheinlichkeit, dass Viren entstehen („Mutationen“), die gegen die Medikamente unempfindlich sind. („resistente Viren“) Das heißt, die Medikamente können die Virusvermehrung nicht mehr (ausreichend) unterdrücken.
RESISTENZTESTUNG	Verfahren, mit dem die Empfindlichkeit von HIV gegenüber einzelnen antiretroviralen Substanzen geprüft werden kann.
SYMPTOMATISCHE PHASE	Zeitpunkt, ab dem sich die Schädigungen des Immunsystems in Form von Symptomen spürbar wird.
T 4-ZELLE	Siehe Helferzelle
VIRUSLAST	Anzahl der Viruskopien pro Milliliter Blut. Sie gibt Auskunft über Verlauf der Infektion und Zustand des Immunsystems. Je höher die Viruslast, desto größer die Belastung des Immunsystems. Sie hat Bedeutung bei der Frage, wann mit einer Therapie (s. HAART) begonnen werden sollte (s. auch LABORWERTE) und v.a. ob und wie erfolgreich die Therapie wirkt.



▪ Einführung: Geschichte und Stand der HAART

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

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

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

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

Forscher sind deshalb bemüht, Substanzen zu suchen mit:

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

▪ Zur Wirksamkeit der HAART

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

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

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

▪ Therapiebeginn

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

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



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

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

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

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

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

Da das Risiko bei Patient(inn)en mit einer Helferzellzahl von unter 200/ μl steigt, lebensbedrohliche, opportunistische Erkrankungen und damit Aids zu entwickeln, wird bei unter 200 Helferzellen ein Therapiebeginn dringend nahe gelegt.

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

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

Eine Therapieentscheidung darf, vor allem bei Grenzwerten, nicht von einer einzigen Blutuntersuchung abhängig gemacht werden. Eine hohe Viruslast kann auch einmal von einer anderen Infektion herrühren, gesenkte Helferzellzahlen auf eine akute Belastungssituation. Erst mehrere Viruslast- und Helferzellzahlbestimmungen können eine klare Tendenz beschreiben.

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

■ Problem Resistenzentwicklung

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

In ungünstigen Fällen oder auch wenn von Anfang an eine falsche Medikamentenkombination gewählt wurde, kann es geschehen, dass das Virus nicht nur gegen die eingesetzten Medikamente, sondern auch gegen Medikamente, die von dem Patienten noch nie eingenommen

wurden, resistent wird (= Kreuzresistenzen). Eine entscheidende Behandlungsmöglichkeit steht dann kaum mehr zur Verfügung.

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

Dies kann mehrere Gründe haben, z.B.

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

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

Resistenztestung/Resistenzprofil

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

▪ Nebenwirkungen der Medikamente

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

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

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

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

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

▪ Therapieplanung

Menschen mit HIV und Aids müssen von ärztlicher Seite in einfachen, aber klaren Worten über den zu erwartenden Nutzen und die möglichen Risiken der Behandlung aufgeklärt werden. Zu verdeutlichen gilt es vor allem, dass nach heutigem Wissensstand eine begonnene Therapie voraussichtlich lebenslang und konsequent durchgeführt werden muss und dass eine inkonsequente Einnahme der Medikamente deren Nutzen stark verringert.

Der Arzt/die Ärztin sollte ebenso die Motivation und die Fähigkeit des Patienten/der Patientin zu einer solch „lückenlosen“ Medikamenteneinnahme auf unbegrenzte Zeit richtig einschätzen können und auf keinen Fall zu einer Behandlung überreden, wenn diese/r noch nicht dazu bereit ist. Wenn Zweifel vorliegen, sollte zunächst abgewartet und dem Patienten/der Patientin die Möglichkeit gegeben werden, sich weitere Informationen, z. B. bei der Aidshilfe oder anderen Beratungseinrichtungen, zu besorgen. Meist geht es in der Beratung darum, aus dem Entscheidungsprozess zunächst „den Druck herauszunehmen“, denn niemand sollte sich gedrängt fühlen, unmittelbar eine Behandlung zu beginnen.

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

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

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

▪ „Compliance“- wichtig für ÄrztIn und PatientIn

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

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

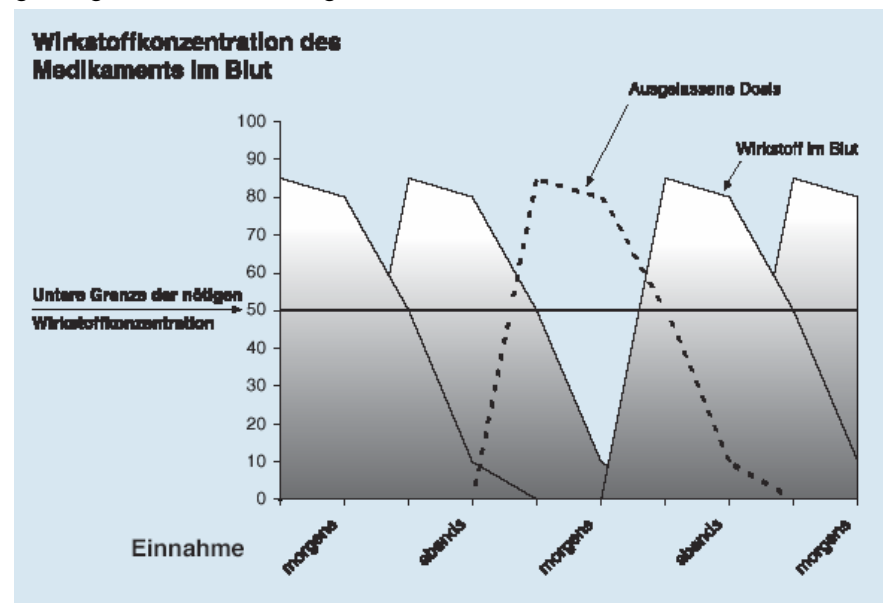


Abb.: Das Auslassen einer Dosis führt dazu, dass der Wirkstoffspiegel im Blut sinkt und die Viren nicht mehr ausreichend bekämpft werden.

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

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

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

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

▪ Therapiepause

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

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

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

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

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

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

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

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

Bei Therapieversagen wird der Arzt/die Ärztin versuchen der Ursache auf den Grund zu gehen. Haben sich Resistenzen gebildet, so wird er in der Regel Medikamente innerhalb der Kombinationstherapie austauschen und durch Substanzen mit einem anderen Resistenzprofil erset-

zen. Hilfreich für diese Entscheidung ist die Durchführung eines Resistenztests (siehe Resistenztestung / Resistenzprofil, weiter oben)

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

Weitere Informationen

- **Med-Info-Reihe**, der AIDS-Hilfe Köln; zu beziehen über die DAH, z.B. MED-INFO-Broschüre Nr. 60 **„Therapiepausen“**
- **INFO+ Broschüre „Kombinationstherapie“**, DAN A 5, 100 Seiten, April 2008, Bestellnummer 026014
- **Broschüre „Therapie?“**, DIN A 6, 44 Seiten, 2008, Bestellnummer 026104

Medikamente gegen HIV auf einen Blick (Stand: Juni 2007)

Handelsname	Wirkstoff(e)	Abk.
NRTI – NUKLEOSIDALE-REVERSE-TRANSKRIPTASE-INHIBITOREN		
Combivir	Zidovudin + Lamivudin	AZT + 3TC
Emtriva	Emtricitabine	FTC
Epivir	Lamivudin	3TC
Kivexa	Lamivudin + Abacavir	3TC + ABC
Retrovir	Zidovudin	AZT
Trizivir	Zidovudin + Lamivudin + Abacavir	AZT + 3TC + ABC
Videx	Didanosin	ddl
Viread	Tenofovir	TDF
Zerit	Stavudin	d4T
Ziagen	Abacavir	ABC

Handelsname	Wirkstoff(e)	Abk.
NNRTI – NICHT-NUKLEOSIDALE-REVERSE-TRANSKRIPTASE-HEMMER		
Sustiva (D) Stocrin (A)	Efavirenz	EFV
Viramune	Nevirapin	NVP
KOMBINATION AUS 2 NRTI UND 1 NNRTI		
Atripla ¹	Tenotovir + Emtricitabin + Efavirenz	TDF + FTC + EFV
PI PROTEASE-INHIBITOREN		
Agenerase	Amprenavir	APV
Aptivus	Tipranavir	TPV
Crixivan	Indinavir	IDV
Invirase	Saquinavir	SQV-hgc
Kaletra	Lopinavir + Ritonavir	LPV/r

¹ In den USA zugelassen (noch) nicht in Europa

Handelsname	Wirkstoff(e)	Abk.
Norvir	Ritonavir	RTV
Prezista	Darunavir	DRV (TMC 114)
Reyataz	Atazanavir	ATV
Telzir (Europa) Lexiva (USA)	Fos-Amprenavir	fos-APV
<i>Viracept</i> ²	<i>Nelfinavir</i>	<i>NFV</i>
ENTRY-INHIBITOREN		
Fuzeon	Enfuvirtide (T20)	ENF T20
Celsentri ³	Maraviroc	MVC
INTEGRASE-INHIBITOREN		
⁴	Raltegravir	MK-0518

² In Europa wegen Verunreinigung vom Markt genommen. Kann aus den USA importiert werden.

³ In den USA als ...zugelassen, in Europa wird die Zulassung unter dem Namen Celsentri für Ende 2007 erwartet

⁴ Wird voraussichtlich Ende des Jahres zugelassen



Kapitel 9

Post-Expositions-Prophylaxe, PEP

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

Grundlegendes

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

1. Sofortmaßnahmen nach einer riskanten Situation.

Dies sind vor allem physikalische Maßnahmen, wie Ausspülen, Desinfizieren.

2. Medikamentöse Post-Expositions-Prophylaxe, PEP

Dies ist die vorbeugende Einnahme einer Hoch aktiven antiretroviralen Therapie, um das „Angehen“ einer Infektion zu verhindern

Sofortmaßnahmen nach einer riskanten Situation

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

Stich oder Schnittverletzungen

Wunde ausbluten lassen Bei lediglich geringem Blutfluss diesen durch oberhalb der Stich- bzw. Schnittverletzung verstärken (kein Quetschen und Ausdrücken direkt im Einstichbereich, um keine Erregerverschleppung in tiefere Gewebsschichten zu begünstigen).

Nach der Blutung antiseptische Spülung mit Betaseptic® oder, falls nicht sofort verfügbar, mit anderem Händedesinfektionsmittel oder Hautantiseptikum auf Basis von Alkohol durchführen (>1min), da-

nach einen mit Antiseptikum satt getränkten Tupfer im Verletzungsbereich für etwa 10 min fixieren und zwischenzeitlich erneut tränken.

Hautexposition (geschädigte oder entzündliche Haut)

Abspülen des infektiösen Materials mit nächstmöglich geeignetem: am besten mit einem Antiseptikum oder eben mit Wasser. Danach Abreiben der Hautoberfläche mit großzügiger Einbeziehung des Umfelds mit einem mit Hautantiseptikum satt getränkten Tupfer.

Schleimhautkontakt

- **Auge**
Unverzüglich reichliches Ausspülen des Auges mit Ringer-, Kochsalzlösung oder Wasser
- **Penis/Vagina/After**
Nach einer Exposition bei eindringendem Geschlechtsverkehr sollte der Penis gewaschen werden. Dazu die Vorhaut zurückziehen und Eichel sowie Innenseite der Vorhaut vorsichtig reinigen, ohne zu „Rubbeln“. Urinieren hilft, Sekrete des Partners ab- und auszuspülen

Der/die aufnehmende PartnerIn sollte keine Darm- oder Scheidenspülung vornehmen! Das Verletzungsrisiko durch die Spülung erhöht die Infektionsgefahr!
- **Mund**
Sofortiges, möglichst vollständiges AusSpeien des aufgenommenen Materials. Danach mehrfaches Spülen (ca. 4-5 mal) der Mundhöhle mit Wasser. Jede Portion ist nach etwa 15 Sekunden intensiven Hin- und Herbewegens in der Mundhöhle auszuspülen.

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

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

Hintergrund

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

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

PEP stellt keine Schutzimpfung dar, sondern eine medikamentöse Prophylaxe, die identisch ist mit einer einmonatigen konventionellen HIV-Therapie (HAART)

Durchführung der PEP

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

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

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

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

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

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

Vor Beginn der Therapie wird sinnvollerweise ein HIV-Schnelltest durchgeführt, um herauszufinden, ob bereits eine früher erfolgte Infektion mit HIV vorliegt. Falls ja, wäre die Medikamenteneinnahme keine PEP, sondern der Beginn einer Kombinationstherapie – die eventuell noch gar nicht erforderlich ist.

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

Im Anschluss an die Sofortmaßnahmen legt der D-Arzt das weitere Prozedere bzgl. Schutzimpfung (Tetanus- und HBV-Impfschutz, ggf. weitere), HIV-PEP und serologischer Untersuchungen (AK gegen HIV und HCV, ggf. weitere) im Einverständnis mit dem Betroffenen fest.

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



Indikationen zur PEP

Die Post-Expositions-Prophylaxe nach einem beruflichen oder sexuellen HIV-Infektionsrisiko ist der Versuch, über eine intensive medikamentöse Behandlung unmittelbar nach einer möglicherweise stattgefundenen Übertragung, das Virus wieder aus dem Körper zu entfernen. Ob es sinnvoll ist eine PEP einzusetzen ist davon abhängig, wie wahrscheinlich eine Übertragung ist. Die Wahrscheinlichkeit einer HIV-Übertragung hängt dabei vor allem von der übertragenen Erregermenge ab. Näheres → Kap. 3, Risikoeinschätzungen).

Auf Grund dieser Risikobewertungen sind die folgenden Empfehlungen entstanden:

Eine PEP wird empfohlen:

- bei einem ungeschützten analen oder vaginalen Geschlechtsverkehr mit einer HIV-positiven Person – außer wenn der HIV-positive Sexualpartner unter stabiler HAART ist (Viruslast seit mind. 6 Monaten unter der Nachweisgrenze)
- wenn beim i.v. Drogengebrauch eine Spritze benutzt wird, an der sich frisches HIV-infiziertes Blut befunden hat
- wenn beim oralen Geschlechtsverkehr Sperma des HIV-positiven Partners in den Mund des/der HIV-negativen Partners/Partnerin gelangt ist und wenn gleichzeitig andere Risikofaktoren wie z.B. Geschwüre im Mund vorliegen. Sonst wird bei Aufnahme von Sperma in den Mund die PEP nicht empfohlen.

bei beruflichem Risiko:

- Verletzungen mit einer HIV verunreinigten (kontaminierten) Injektionsnadel oder anderen Hohlräumenadel z.B. wenn frisch Blut abgenommen wurde oder während einer OP
- tiefe Verletzung/Schnittverletzungen

Eine PEP ist nicht indiziert:

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

Diskordante Paare

HIV-diskordante Paare sollten bereits im Vorfeld einer möglichen Risikosituation eine spezielle Beratung erhalten, um sich entsprechend vorbereiten zu können:

- mit schleimhautverträglichen desinfizierenden Mitteln,
- mit einer ersten Dosis für den Notfall (Notfall-PEP) sowie
- Telefonnummern des den infizierten Partner behandelnden Arztes/der Klinik sowie zur Rückfrage im Notfall

Im Rahmen dieser Beratung sollten die Auswahl der Medikamente und die Frage besprochen werden, unter welchen Bedingungen notfallmäßig mit einer PEP begonnen werden sollte.

Was tun bei unbekanntem HIV-Status?

Falls der HIV-Status (Sero-Status) des/der SexpartnerIn (der Indexperson) nicht bekannt ist und der Partner kooperiert, kann ein Schnelltest beim Partner durchgeführt werden und die Entscheidung –PEP ja oder nein- vom Ergebnis abhängig machen. Falls kein Schnelltest möglich kann man bis zur Klärung des HIV-Status des Sexualpartners mit der PEP beginnen und dann ggf. nach 1-2 Tagen absetzen.

Wenn der Sexualpartner anonym ist, sollte die PEP bei einem übertragungsrelevanten Kontakt nur dann erfolgen, wenn die Personengruppe, aus der die Indexperson stammt, eine HIV-Verbreitung (Prävalenz) in einer Größenordnung von mindestens 10% aufweist.

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

Wiederholbarkeit einer PEP

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

Kosten

Da für die PEP die üblichen HIV-Medikamente eingesetzt werden, ist sie auch relativ teuer. In der Schutzimpfungsrichtlinie (www.g-ba.de) wird festgelegt, dass Krankenkassen die Kosten für die PEP nur dann übernehmen, wenn eine Notfallsituation (also wirklich ein relevantes Risiko, s.o.) vorliegt.

Die PEP als „Pille danach?“

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

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

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

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

Chancen, Risiken und Nebenwirkungen der PEP

Der Erfolg einer medikamentösen PEP ist nicht garantiert, sondern stellt lediglich ein Behandlungsversuch dar. Obgleich die Datenlage nicht sehr groß ist, geht von einer Wirksamkeit der PEP von ca. 80% aus.

Die Nebenwirkungen entsprechen denen der jeweils gegebenen Medikamente z.B. Kopfschmerzen, Übelkeit, Durchfälle, Fieber, Müdigkeit

und andere Beschwerden. Die antiretrovirale Therapie im Rahmen der PEP muss etwa 4 Wochen durchgeführt werden. Da die meisten Nebenwirkungen der HAART vor allem in den ersten Wochen auftreten, ist es hochwahrscheinlich, dass diese auch unter einer PEP auftreten.

Postexpositionsprophylaxe im Hinblick auf Hepatitisinfektionen

Hepatitis B

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

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

Hepatitis C

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

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

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



Besonderheiten bei der beruflichen Exposition

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

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

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

(weitere Informationen über die Berufsgenossenschaften)

Informationen

Die Deutsche AIDS-Hilfe bietet auf der Homepage des HIVReport (www.hivreport.de) eine Liste der Kliniken, die 24 Stunden am Tag eine Beratung zur HIV-PEP durchführen können (Selbstauskunft der Klini- ken und Testanrufe).

Ausführliche Informationen zur PEP werden in den Deutsch- Österreichischen Empfehlungen (Postexpositionelle HIV-Prophylaxe) formuliert, die Ende 2007/Anfang 2008 aktualisiert wurden. Die Emp- fehlungen 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

Adressen für den Notfall am Wochenende

Klinik 1:.....

Strasse:

Telefon.....

Name der Schwerpunktstation:

Klinik 2:.....

Strasse:

Telefon.....

Name der Schwerpunktstation:

.....



Kapitel 10

Safer Use bei i.v. Drogengebrauch

Risikoeinschätzungen HIV und Hepatitis

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

Needle-Sharing (gemeinsames Benutzen von Spritzen)

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

Auch in einer entleerten Spritze oder Kanüle, die zuvor eine andere Person benutzt hat, können sich Blutreste befinden. Je nach Menge und verstrichener Zeit seit dem letzten Gebrauch liegt ein deutliches Risiko vor. Insbesondere Hepatitis B und C Viren bleiben in Anhaftungen mehrere Tage überlebensfähig und werden daher leicht auf diesem Weg übertragen.

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

Work-Sharing (Gemeinsames Benutzen von „Werkzeugen“)

Ein nur **geringes bis mittleres Risiko** bezüglich HIV, aber ein hohes Risiko für die Übertragung von Hepatitis B und C (HBV und HCV) birgt das gemeinsame Benutzen von Werkzeugen, wie gebrauchte Filter, verunreinigte Löffel und Gläser oder abgestandenes Wasser.

Der Grund: HBV und HCV sind, über Blut-Blut-Kontakt, um ein vielfaches infektiöser als HIV. Bereits kleinste, nicht sichtbare Mengen an infektiösen Blutpartikeln können eine Hepatitis B- oder Hepatitis C-Infektion übertragen.

Risikoeinschätzung hinsichtlich anderer Krankheiten

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

Schutzmöglichkeiten und Zugänglichkeit von Spritzen

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

Sterile Spritzen sind erhältlich:

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



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

Für „Notzeiten“ sollte ein Spritzenvorrat angelegt werden.

Am Besten ist es also, ein eigenes Spritzbesteck zu haben. Auch zur Zubereitung von Spritzdrogen sollten nur die eigenen Utensilien verwendet werden. Die wichtigsten Utensilien für die Zubereitung eines „Drucks“:

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

Notfalldesinfektion

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

Wenn das nicht geht, besteht die Möglichkeit, die Spritze – auch eine aus Plastik - gründlich zu reinigen. Einfaches Durchspülen reicht allerdings keinesfalls aus! Bei der Verwendung einer gereinigten gebrauchten Spritze bleibt ein Restrisiko der Übertragung von Krankheitserregern, auch HIV.

Verschiedene Möglichkeiten zur Reinigung von Spritzen

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

Danach das Spritzbesteck in Einzelteile zerlegen und 20 Minuten in sprudelnd kochendem Wasser desinfizieren. Nach dem Auskochen die

Einzelteile wieder zusammensetzen und noch mal mit kaltem Wasser ausspülen.

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

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

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

Nach dem Reinigen mit Desinfektionsmitteln das Abspülen und Ausspülen mit viel sauberem Wasser nicht vergessen.

Nochmals der Hinweis: Hierbei bleibt ein Restrisiko!

Safer Use auch für HIV-positive User?

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

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

Flyer „Safer Use – Risiken vermeiden, Gesundheit schützen“

2008, DIN A 6, 6 Seiten, Deutsch (Bestellnummer 042037), Russisch (042038), Türkisch (042039)

Broschüre „Safer Use – Risiken minimieren beim Drogengebrauch“, 2008, DIN A 6, 56 Seiten, Bestellnummer 022045, Russisch (042002), Türkisch (042003)

Broschüre „Schütz dich vor HIV und HEP“, 2008, DIN A 6, 12 Seiten, Bestellnummer 022117

Broschüre „Party, Drugs, HIV“, 2007, DIN A 6, 52 Seiten
Bestellnummer: 020103

Kapitel 11

Hintergrundwissen: Aids-Phobie

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

Merkmale von Phobikern/Phobikerinnen

- Sie hatten bereits Kontakt zu einer oder mehreren Beratungsstellen. Sie sind häufig Daueranrufer/innen.
- Sie gehören häufig keiner der Hauptbetroffenengruppen an.
- Sie haben sich meist schon mehrmals bei verschiedenen Stellen (in ärztlichen Praxen, bei Gesundheitsämtern usw.) testen lassen. Trotz der stets negativen Ergebnisse sind sie nach wie vor überzeugt, HIV-infiziert zu sein oder Aids zu haben).
- Sie beobachten oft penibel ihren eigenen Körper und haben eine hochgradig gesteigerte Aufmerksamkeit für alle körperlichen Funktionen und Veränderungen.
- Risikosituationen werden unangemessen bewertet.
- Sie beschreiben immer wieder Situationen, in denen sie sich infiziert haben könnten oder in denen sie sich ihrer Meinung nach infiziert haben (oft konstruierte und unwahrscheinliche Infektionswege). Das Maß der Angst steht dabei in keinem Verhältnis zur tatsächlichen Bedrohung. Die Angst tritt auch auf, wenn die „Risikosituation“ objektiv ungefährlich ist.
- Die Angst stellt in ihrer Intensität und Häufigkeit eine starke Belastung für sie selbst und ihr Umfeld dar. Es ist ihnen nicht möglich, ihre Angst in deren Entstehung und Ablauf zu kontrollieren.

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

Verhaltensvorschläge und Beratungsstrategien

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



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

Hinweise für die Beratungssituation

Aids-Phobie

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

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

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

Ergänzende Informationen zum Thema Aids-Phobie

Was sind Phobien?

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

Phobien sind keine neue Erscheinung. Mit dem Auftreten der Aids-Erkrankung und ihrer Ausbreitung Mitte der 80'er Jahre wurden auch Fälle von Aids-Phobie bekannt. Im Prinzip stellt die Aids-Phobie eine Besonderheit der Hypochondrie, der Angst vor körperlichen Erkrankungen da.

Furcht, Angst, Ängstlichkeit und Phobien

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

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

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

Der/die Aids-Ängstliche

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

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

Der/die Aids-Phobiker/in

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

Was Aids-Phobiker(inne)n jedoch deutlich von Aids-Ängstlichen unterscheidet:

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



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

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

- Schlafstörungen
- Nachtschweiß
- Anzeichen von Erschöpfung
- Appetitlosigkeit
- erhöhter Herzschlag
- Verdauungsbeschwerden
- Schwindelgefühle beim Aufstehen
- belegte Zunge
- Hautveränderungen

In dieser Situation beginnt ein Teufelskreis: Je mehr sich die Betroffenen in die Situation hineinversetzen, infiziert zu sein, desto größer ist die Wahrscheinlichkeit, dass diese psychosomatischen „HIV-typischen“ Symptome entwickelt werden.

Sobald diese Symptome auftreten, wird durch sie die Angst, infiziert zu sein, bestätigt. Es kann zu Zwangshandlungen kommen, z.B. zu extremer Beobachtung des eigenen Körpers. In solchen Fällen wird auch von Aids-Hypochondrie gesprochen.

Kapitel 12

Sexanrufer in der Telefonberatung

Sexanrufer

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

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

Rollenkonflikt zwischen Beraterin und belästigter Frau

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

Motivation des Sexanrufers

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

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

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



Vorschläge zum Umgang mit Sexanrufen

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

◆ Dokumentation

Es hat sich als sehr nützlich erwiesen, über Sexanrufe Protokolle zu führen, in die alle Beraterinnen Einblick haben. (Ein Vorschlag zum Aufbau findet sich unter „Dokumentationshilfe für Sexanrufe“ am Ende dieses Kapitels.) Die Protokolle ermöglichen es, Daueranrufer wiederzuerkennen. Neue ehrenamtliche Telefonberaterinnen erhalten über die dokumentierten Gespräche einen ersten Einblick in das Problem und können sich mit den vorgetragenen „Themen“ der Sexanrufer vertraut machen. Darüber hinaus können Beratungsprotokolle als Gedächtnisstützen und Gesprächsanreize in den Supervisionsgruppen dienen. Dabei können Erfahrungen über Anzeichen für einen Sexanruf ausgetauscht und gesammelt werden (so stellen Sexanrufer zu Beginn häufig unverfängliche Informationsfragen, um dann z.B. nach dem Aussehen und dem sexuellen Erleben der Beraterin zu fragen).

◆ Standardantwort

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

Beispiel einer Aidshilfe

„Ich weiß, sie haben ein Problem.

Das hat aber nichts mit der Aids-Beratung zu tun.

Ich empfehle ihnen einen Psychotherapeuten.

Alle meine Kolleginnen werden sich genauso verhalten.“

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

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

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

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

Bewältigungsverhalten

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

Die Überlegungen der Beraterinnen darüber, weshalb sich ein Sexanrufer an die Telefonberatung der Aidshilfe wendet, spielen eine Rolle dabei, wie sie mit den Problemen umgehen und auf den Anrufer reagieren kann. Indem die Beraterinnen das Problem der Sexan-

rufe z.B. auf gesellschaftliche Zusammenhänge zurückführen und sich keine Gedanken über die persönliche Problemlage des Sexanrufers machen, sind sie als Helferinnen nicht mehr gefordert und vermeiden so größtenteils den Rollenkonflikt zwischen Beraterin und belästigter Frau.

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

Weitere Tipps von erfahrenen Beraterinnen

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

Supervision und Unterstützung

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

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

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

Dokumentationsbeispiele

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

Sexanrufer Nr. 1

Stimme und Redestil:

- leise, schüchtern, sanft
- zögerlich, nach Worten suchend

Gesprächsbeginn:

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

Überleitung zu sexuellen Fragen:

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

Thematische Besonderheiten/besondere Formulierungen:

- kommt immer wieder auf Oralverkehr zu sprechen. Oralverkehr (Blasen) sei doch normal, nichts Schlimmes etc.



- seine Freundin habe jedoch einen ganz verklemmten Hintergrund und finde es ganz schrecklich
- nimmt eigentlich keine "harten" Wörter in den Mund, sondern drückt sich eher wissenschaftlich aus
- versucht der Beraterin zu entlocken, wie sie über Oralverkehr denkt

Sexanrufer Nr. 2

Stimme und Redestil:

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

Gesprächsbeginn:

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

Überleitung zu sexuellen Fragen:

- sobald die Beraterin dazu rät, ein Kondom zu benutzen, erzählt der Anrufer, dass er einen ganz großen Schwanz hat, auf den normale Kondome nicht passen.
- als Eingangsproblem kann auch die Frage auftauchen, ob es für seinen großen Schwanz passende Kondome gibt.
- lässt sich die Beraterin auf diese Frage ein, läuft es immer darauf hinaus, dass er eben kein Kondom benutzen kann und was er denn tun könne, um seine Partnerin zu schützen.

- schließlich wird er persönlich und fragt die Beraterin, ob sie selbst das Problem kennt und wie sie damit umgeht?

Thematische Besonderheiten/besondere Formulierungen:

- Beraterinnen berichten, sie hätten den Eindruck, dass der Anruf aus einer Telefonzelle kommt

Sexanrufer Nr. 3

Stimme und Redestil:

- normal, gepflegter Ausdruck, gewählte Worte, keine Anzeichen von Geilheit

Gesprächsbeginn:

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

Überleitung zu sexuellen Fragen:

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

Thematische Besonderheiten/besondere Formulierungen:

- lehnt die Beraterin das Gespräch von vornherein ab, insistiert er nicht, sondern findet sich damit ab und legt auf.

Dokumentationshilfe für Sexanrufe

Es hat sich als sehr nützlich erwiesen, über Sexanrufe Telefonberatungsprotokolle zu führen, in die alle Beraterinnen Einblick haben. Die Protokolle ermöglichen es, Daueranrufer wiederzuerkennen. Neue ehrenamtliche Telefonberaterinnen erhalten über das Dokumentierte einen ersten Einblick in das Problem und können sich mit den vorgebrachten „Themen“, der Sexanrufer vertraut machen.

Darüber hinaus können Beratungsprotokolle als Gedächtnisstützen und Gesprächsanreize in den Supervisionsgruppen dienen. Dabei können Erfahrungen über Anzeichen für einen Sexanruf ausgetauscht und gesammelt werden, wie z.B. die nach Informationsfragen sich anschließende Konzentration der Fragerrichtung des Anrufer auf das sexuelle Erleben von Frauen.

Datum Uhrzeit des Gespräches

Alter: ca.(geschätzt)

Name/Pseudonym:

Stimme (unterstreichen): hoch mittel tief

evtl. weitere Stimmmerkmale:

Redestil, -fluss: langsam normal schnell

evtl. weitere Redestilmerkmale:

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

Gesprächsbeginn: (Informations-) Frage zu :

Besondere, eigentümliche Formulierungen:

Überleitung zu sexuellen Themen mit folgendem Spruch:

Weitere Informationen bitte auf Rückseite aufschreiben➔



Kapitel 13

Argumente der Aids-Kritik

Hinweis zur Beratungssituation

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

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

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

Die „Aids-Leugner“ oder die Verzerrung der Wissenschaft¹

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

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

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

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

- Sie können von der Angst befreien, HIV hilflos ausgeliefert zu sein.
- Sie machen glauben, man könne durch eine „richtige Lebensweise“ gesund bleiben.

¹ Dieser Beitrag basiert auf zwei Quellen:

Martin Delaney: HIV, AIDS and the Distortion of Science. Zu finden in den Internet-Seiten des Robert Koch-Instituts: www.rki.de

Siegfried Schwarze: Getretener Quark wird breit, nicht stark: Was man von den AIDS-Skeptikern wirklich lernen kann. In: *Projekt Information*, 9(6), November/Dezember 2001, 19-21

- Sie nähren und bestätigen die Ansicht, dass man immer und überall von Verschwörungen umgeben sei und dass die Schulmedizin ohnehin nur schade.
- Sie bietet Menschen mit HIV, die auf der Suche auf nach Alternativen zum schulmedizinischen Modell sind, einen schlüssig erscheinenden Erklärungs- und evtl. Behandlungsansatz.
- Sie unterstützen den Glauben, dass vor allem Drogengebrauch und homosexuelle Verhaltensweisen von Übel seien.

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

Die Aids-Leugner haben sich in den vergangenen Jahren wiederholt zu Wort gemeldet. Bekannt sind vor allem HEAL Berlin e.V.

(www.selbsthilfetreff.net/heal-berlin) und MuM - Verein für Wissenschaft, Medizin und Menschenrechte e.V. (www.virusmythen.com). Zurzeit beschickt ein Verlag HIV-Schwerpunktpraxen und Aids-Hilfen in Deutschland mit Materialien, die für ein Buch und für Seminare des „Medizinaldirektors i.R. Dr. med. Heinrich Kremer, Barcelona“ werben (www.raum-und-zeit.com). Dieser Herr verfißt die Thesen der Duisberg-Jünger und behauptet überdies, Aids (und auch Krebs) verhindern bzw. heilen zu können. Aids soll laut Dr. Kremer durch eine zu geringe und Krebs durch eine zu hohe Produktion des Gewebshormons NO (Stickstoffmonoxid) verursacht werden.

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

Die Argumente der Aids-Leugner

(nach Martin Delaney)

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

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

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

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

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

„Aids ist eine alte Krankheit mit neuem Namen“

Die Aids-Leugner behaupten, Aids sei nichts weiter als eine Anhäufung altbekannter Krankheiten, die man nur mit einem neuen Namen versehen habe. Zwar stimmt es, dass unter dem Begriff Aids verschiedene Krankheiten gefasst werden, die man schon lange kennt. Dennoch ist der Grund ihres Auftretens bei Aids eine Immunschwäche, die in die-



ser Weise erst seit 1981 beobachtet wird und durch das HI-Virus verursacht ist, das erst 1983/84 entdeckt wurde.

So erkrankten Anfang der achtziger Jahre viele junge schwule Männer an einer Lungenentzündung, die bisher überaus selten und nur bei Menschen mit stark geschwächtem Immunsystem beobachtet worden war. Aus der Tatsache, dass sie nunmehr gehäuft in bestimmten Gruppen und vor allem in Großstädten auftauchte, zog man den Schluss, dass ihr eine neue Krankheit zugrunde liegen müsse, die das Immunsystem der Betroffenen zerstört. Die Vermutung, dass der Auslöser ein Virus ist, bestätigte sich schließlich.

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

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

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

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

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

„Der HIV-Antikörpertest funktioniert nicht“

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

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

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

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

„Antikörper besiegen jede Infektion“

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

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

„Drogenmissbrauch verursacht Aids“

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

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

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

In den letzten Jahren ist außerdem wiederholt behauptet worden, bei vielen an Aids verstorbenen Menschen sei die Krankheit durch eine antiretrovirale Therapie erst hervorgerufen worden. Richtig indes ist, dass die gegen HIV gerichteten Medikamente – wie Medikamente ge-

gen andere schwere Erkrankungen auch – Nebenwirkungen haben, die im Einzelfall sogar zum Tod führen können.

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

„Keine Behandlung – und trotzdem gesund“

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

Dabei ist unbestritten, dass Menschen mit HIV auch ohne antiretrovirale Therapie über mehrere Jahre gesund bleiben können. Im Durchschnitt tritt bei etwa 50 % der HIV-Positiven, die Zugang zu Gesundheitsfürsorge und gesunder Ernährung haben, innerhalb von 10 Jahren Aids auf. Das bedeutet, dass die andere Hälfte 10 Jahre nach erfolgter Infektion noch nicht an Aids erkrankt ist.

Bei einem geringen Prozentsatz entwickelt sich Aids bereits innerhalb von zwei bis drei Jahren, während einige Menschen 15 Jahre oder länger mit der HIV-Infektion leben, ohne Aids zu bekommen – dies auch ohne Therapie. 20 Jahre nach dem Infektionszeitpunkt ist der Prozentsatz jener, denen es ohne Behandlung gut geht, aber nur noch verschwindend gering.

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



„Weniger Todesfälle sind keine Folge der antiretroviralen Therapie“

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

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

Die Argumentationsstrategien der Aids-Leugner

(nach Siegfried Schwarze)

Korrelation und Kausalzusammenhang

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

So gab es – vor der Ära der hochaktiven antiretroviralen Therapie – tatsächlich einen Zusammenhang zwischen dem Gebrauch von „Poppers“ (Amylnitrit; wird als sexuell anregendes Mittel eingesetzt) und der Entwicklung des Aids-Vollbildes. Daher kam auch bei den etablierten Wissenschaftler(inne)n schnell die These auf, „Poppers“ sei für Aids

verantwortlich. Doch genauere Untersuchungen ergaben, dass beide Phänomene eine gemeinsame Ursache hatten: Schwule, die sexuell besonders aktiv waren, nahmen überdurchschnittlich oft „Poppers“ und erkrankten überdurchschnittlich häufig an Aids. Amylnitrit war früher ein Standardmedikament für die Behandlung von Herzattacken (Angina pectoris), und keine/r dieser Patient(inn)en war jemals an Aids erkrankt.

Unzulässiger Umkehrschluss

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

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

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

Verwechseln von Ursache und Wirkung

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

Verschweigen neuerer Erkenntnisse

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

Die Hälfte der Wahrheit kann auch eine Lüge sein

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

Zitieren „oller Kamellen“

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

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

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

3.) Mit den Reinculturen muss die Krankheit experimentell wieder erzeugt werden können.“²

An der Jahreszahl sieht man schon, dass Robert Koch von Viren noch keine Ahnung haben konnte: Sie wurden erst viel später entdeckt.

Deshalb gelten seine Postulate streng genommen nur für Bakterien (und auch hier nicht für alle, da sich einige nicht „rein züchten“, also in Kultur vermehren lassen). Seltsamerweise kam bisher noch nie jemand auf die Idee zu behaupten, Hepatitis C würde nicht durch das Hepatitis-C-Virus verursacht, nur weil sich dieses Virus (bis jetzt) noch nicht außerhalb des Körpers vermehren lässt.

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

Ignorieren von Tatsachen

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

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



Ignorieren von „Occams Rasiermesser“

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

Angabe falscher Daten

Oft lügen die „Aids-Leugner“ einfach nur. So heißt es in einem Artikel des bereits oben erwähnten Dr. Kremer³: „Beispielsweise sind 1999 in Deutschland nach der offiziellen Medizinstatistik insgesamt rund 800 HIV-Stigmatisierte an Aids verstorben, alle Opfer wurden pharmakologisch behandelt.“ Wenn man sich die Mühe macht, selbst auf den Seiten des Robert-Koch-Instituts (www.rki.de) nachzuforschen, so kommt man auf ca. 600 an Aids Verstorbene, während es vor Einführung der hochaktiven antiretroviralen Therapie, noch fast 2.000 Todesfälle jährlich waren. Dass fast alle pharmakologisch behandelt wurden, ist nun einmal Ausdruck eines funktionierenden Gesundheitswesens: schwer kranke Menschen werden behandelt und meist auch mit Medikamenten. Für die Behandlung von HIV-Infizierten/Aids-Erkrankten setzen wir uns schließlich weltweit ein.

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

Verfolgungswahn

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

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

→Fazit

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

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

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

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

Kapitel 14

Rechtliche Aspekte

Grundlegendes

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

Schweigepflicht, Datenschutz

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

Vertraulichkeit des Beratungsgesprächs ist die wichtigste Grundbedingung für den Kontakt zwischen Berater/in und Klienten/Klientin.

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

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

§ 203 StGB Verletzung von Privatgeheimnissen

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

1. Arzt, Zahnarzt, Tierarzt, Apotheker oder Angehöriger eines anderen Heilberufs, der für die Berufsausübung oder die Führung der Berufsbezeichnung eine staatlich geregelte Ausbildung erfordert,
 2. Berufspsychologen mit staatlich anerkannter wissenschaftlicher Abschlussprüfung,
 3. Rechtsanwalt, Patentanwalt, Notar, Verteidiger in einem gesetzlich geordneten Verfahren, Wirtschaftsprüfer, vereidigtem Buchprüfer, Steuerberater, Steuerbevollmächtigten oder Organ oder Mitglied eines Organs einer Wirtschaftsprüfungs-, Buchprüfungs- oder Steuerberatungsgesellschaft,
 4. Ehe-, Familien-, Erziehungs- oder Jugendberater sowie Berater für Suchtfragen in einer Beratungsstelle, die von einer Behörde oder Körperschaft, Anstalt oder Stiftung des öffentlichen Rechts anerkannt ist,
 - 4a. Mitglied oder Beauftragten einer anerkannten Beratungsstelle nach den §§ 3 und 8 des Schwangerschaftskonfliktgesetzes,
 5. staatlich anerkanntem Sozialarbeiter oder staatlich anerkanntem Sozialpädagogen oder
 6. Angehörigen eines Unternehmens der privaten Kranken-, Unfall- oder Lebensversicherung oder einer privatärztlichen Verrechnungsstelle anvertraut worden oder sonst bekannt geworden ist,
- wird mit Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr oder mit Geldstrafe bestraft.



Schweigepflicht – Verpflichtung und Selbstverständnis

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Fallbeispiel 1

Es geht um einen HIV-positiven Mann – nennen wir ihn einfach Klaus – in irgendeiner deutschen Stadt außerhalb der Metropolen. Klaus ist frisch zu jemandem gezogen, den er erst neulich kennen gelernt hat. Da er auch in der neuen Umgebung Kontakt zur Aidshilfe wünscht, schaut er einfach mal vorbei. Dort angekommen, trifft Klaus auf Menschen, die zusammensitzen und miteinander plaudern. Er wird herzlich empfangen und gebeten, er solle sich doch einfach dazu setzen. Die Bitte, zu schildern, was ihn herführe, wirkt auf Klaus freundlich und interessiert. Also beginnt er, über sich zu reden und

nennt dabei auch Namen von Personen, zu denen er in der Stadt Kontakt hat. Erst nach dem Gespräch wird ihm selbst bewusst, dass er sich eigentlich ein Gespräch unter vier Augen vorgestellt hatte, sich aber nicht traute, die freundliche Einladung abzulehnen.

Im ersten Moment fühlte es sich für ihn ja auch ganz gut an, einfach mal frei von der Leber reden zu können, außerdem glaubte er, es mit entsprechend geschulten Berater(inne)n von der Aidshilfe zu tun zu haben. Erst hinterher stellt sich heraus, dass es sich um eine zufällig anwesende Gruppe von Ehrenamtlichen handelte. Klaus befürchtet nun, dass ihm seine Offenheit von Nachteil sein könnte. Hatte er das Wissen um seine Infektion in der neuen Stadt bisher bewusst gehütet, hatte er nun einen Kreis ihm unbekannter Menschen „eingeweiht“, ohne zu wissen, ob diese verpflichtet sind, „dicht zu halten“. Als das Wissen um seine Infektion „seine Runde machte“, konnte zwar kein direkter Zusammenhang zu diesem Gespräch hergestellt werden. Aber Klaus selbst vermutete, dass es so sein könnte. Klaus hatte fortan das Gefühl, sich nicht mehr sicher sein zu können, wer denn nun alles über seine Infektion Bescheid weiß und wer nicht.

Fallbeispiel 2

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

Fallbeispiel 3

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

Vorstellbar sind weitere Beispiele, in die man trotz guten Willens schnell mal geraten kann. Analog zum obigen Beispiel mit dem

Positivensprecher sind ähnliche Begegnungen denkbar, wo man beim Spaziergang mit Freund oder Freundin auf der Straße „Klient(inn)en“ trifft, die man aus Frühstücksangeboten etc. kennt und man sich „verplappert“. Was nicht passieren sollte: Ein/e Ehrenamtler/in XY berichtet ihren Freund(inn)en regelmäßig von den ehrenamtlichen Kolleg(inn)en aus ihrem Team. So ist auch Kollege/Kollegin AB dabei, über den/die sie ohne Nennung des Namens über HIV-Status sowie die spannende Lebensgeschichte als Drogengebraucher/in berichtet. Bei einem zufälligen Zusammentreffen auf der Straße informiert XY ihre Freund/innen: "Das war jetzt also AB, von der ich euch schon öfter erzählt habe."

Datenschutz

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

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

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



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

Grenzen der Beratung in Aidshilfen

Sowohl die persönliche, als auch die telefonische Beratung in Aidshilfe stößt auf Grenzen, da wo sie die Arbeits- und Kompetenzfelder staatlich geregelter Berufsfelder berührt. Konkret sind das die Aufgaben von Ärzten/Ärztinnen, Jurist(inn)en, Psycholog(inn)en, Psychotherapeut(inn)en und Sozialpädagog(inn)en.

Psychotherapie und psychosoziale Beratung

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

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

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

Ein Beratungsgespräch darf danach keine „kleine Psychotherapie“ werden. Nun ist es sicherlich Alltag, dass in Beratungsgesprächen

auch Ängste geäußert werden oder ein Klient auch mal depressiv verstimmt wirkt. Darauf einzugehen, heißt noch nicht eine Psychotherapie zu beginnen.

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

- Beratung ist zeitlich begrenzt und von überschaubarer Dauer
- Beratung bezieht sich auf situationsgebundene Problemzusammenhänge und phasentypische Überforderungen und Krisen
- Beratung bezieht sich auf relativ reflexions- und handlungsfähige Menschen, auf weitgehend funktionierende Personen. (vgl. Nestmann¹)

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

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

(vgl. Straumann, 117, 137)².

¹ Nestmann, Frank, (1997), Beratung als Ressourcenförderung, in: Frank Nestmann. (Hrsg.): Beratung, Bausteine für eine interdisziplinäre Wissenschaft und Praxis, Tübingen, 15
² Straumann, U. (1998). Supervision auf der Grundlage fachlich bestimmter Beratung, in: Straumann/Schrödter (HRSG.): Verstehen und Gestalten, Beratung im Gespräch, 117

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

Medizinische Beratung, Therapieberatung

Die Diagnose und Behandlung von körperlichen Erkrankungen ist in Deutschland gesetzlich streng geregelt und darf nur von Ärzte/Ärztinnen und staatlich anerkannten Heilpraktiker/innen erfolgen. Berater/innen in Aidshilfen dürfen weder mit Anrufer/innen über Diagnosen spekulieren, noch Behandlungsvorschläge machen. Selbst für Ärzte/Ärztinnen ist es nicht zulässig, ausschließlich am Telefon eine Krankheitsdiagnose zu erheben oder konkrete Therapieempfehlungen auszusprechen. Zulässig ist ausschließlich, allgemeine Informationen über Krankheiten zu vermitteln, wie etwa die Übertragungswege, Krankheitsverlauf und Schutzmöglichkeiten.

Missbrauch eines Abhängigkeitsverhältnisses

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

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

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

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

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

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

Beispiel:

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

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

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

Rechtsberatung

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

§ 1 RBerG Erlaubnis

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

Haftung

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

Geprüft werden könnte, ob eine Einrichtung eine angemessene Beratungsqualität geboten hat.

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

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

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

Weitere Informationen

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

Rückmeldebogen zur „Infomappe für die Telefonberatung in Aidshilfen“

Bitte rücksenden an:

Deutsche AIDS-Hilfe e.V.
Herrn Karl Lemmen
Wilhelmstraße 138
10963 Berlin

oder Fax: 030/69 00 87 42

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

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

