



Infomappe

für die Beratung in Aidshilfen 2012 | 2013

Liebe Beraterinnen und Berater,

vor Euch liegt die neue Infomappe für die Beratung in Aidshilfen. Neu ist nicht nur Format und Design, es gab auch eine neue Herangehensweise in der Erstellung der Infomappe. Sie ist entstanden aus einer engen Kooperation der „AG Medien bei der DAH“ und den Mitgliedern des „Koordinationskreises der bundesweiten Telefonberatung“. Damit wollen wir gewährleisten, dass wissenschaftliche Informationen in Darstellung und Sprache so aufbereitet werden, dass sie für Beraterinnen und Berater im praktischen Einsatz vor Ort nützlich sind.

Ein herzliches Dankeschön geht an alle, die an der Erstellung dieses Mediums beteiligt waren:

Silke Eggers, DAH

Karl Lemmen, DAH

Melanie Luczak, AH Hagen

Dirk Schäffer, DAH

Armin Schafberger, DAH

Tom Scheel, Centrum für sexuelle Gesundheit, Rostock

Katja Schraml, DAH

Gerhard Schubert, Münchner Aidshilfe

Uli Sporleder, DAH

Claudia Veth, Berliner Aidshilfe

Christian Willno, AH Dresden

Wir verstehen die Infomappe in dieser neuen Form als einen Anfang. Unter dem Motto „nobody is perfect“ freuen wir uns über Anregungen und Kritik. Gerne könnt Ihr dafür den Rückmeldebogen am Ende der Mappe nutzen oder Ihr schreibt einfach eine Mail an Werner.Bock@dah.aidshilfe.de

Viel Spaß bei der Arbeit mit der neuen Infomappe !

Werner Bock

Inhalt

| | | |
|-----|--|--------|
| 1. | HIV-Infektion und Infektiosität | 4 |
| 2. | Übertragungswege Schutz vor HIV | 7 10 |
| 3. | Risikoeinschätzung | 12 |
| 4. | Kondome & Co. | 22 |
| 5. | PEP | 24 |
| 6. | STIs | 26 |
| 7. | Hepatitis | 30 |
| 8. | HIV-Test | 34 |
| 9. | Therapie der HIV-Infektion | 39 |
| 10. | Leben mit HIV | 43 |
| 11. | Drogengebrauch und Infektionsrisiken | 45 |
| 12. | Rechtliche Aspekte der Beratung | 48 |
| 13. | Hintergrundwissen Aids-Phobie | 52 |
| 14. | Sonstiges (Sexanrufer, Aidsleugner) | 55 |
| 15. | Rückmeldebogen | 58 |

Kapitel 1

HIV-Infektion und Infektiosität

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**“). Virus HIV-1 wurde 1983/84 entdeckt, drei Jahre später auch HIV-2, ein weiterer Virustyp, der hauptsächlich in Westafrika vorkommt, in Deutschland aber so gut wie keine Rolle spielt. Von HIV-1 gibt es verschiedene Gruppen (M, N und O) und Subtypen (A, B, C, D..) sowie Mischformen. HIV-Antikörpertests weisen HIV-1 und HIV-2 lückenlos nach.

Die Ansteckung

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

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

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

Wie verläuft eine HIV-Infektion?

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

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

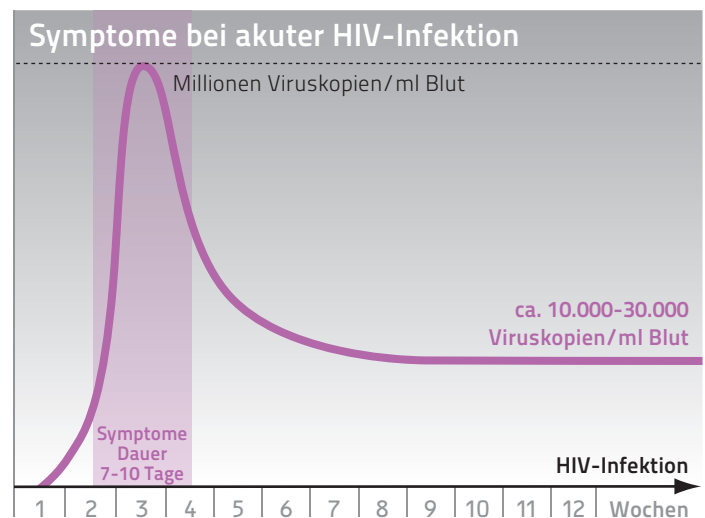
Der Verlauf einer HIV-Infektion wird in die akute und die chronische Phase eingeteilt.

AKUTE PHASE

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

In den ersten 4 Tagen nach sexueller Exposition ist im Blut normalerweise noch kein Virus nachweisbar, der Infizierte ist dann noch nicht infektiös – dies ändert sich allerdings geradezu schlagartig, wenn dann die Viruslast innerhalb weniger Tage auf extrem hohe Werte (Hunderttausende oder Millionen Viren pro Milliliter Blut) „**in die Höhe schießt**“. Die Viruslast im Sperma bzw. den genitalen Sekreten folgt der Entwicklung im Blut um 1,5 bis 2 Wochen verzögert.

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



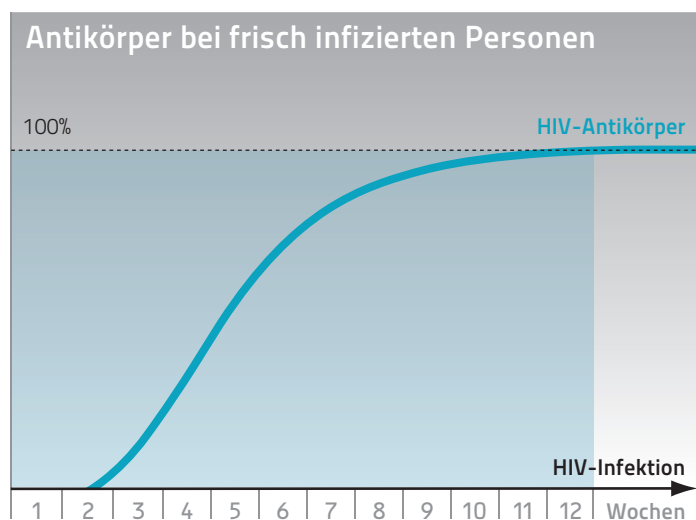
Die Symptome: **Fieber, Hautausschlag, Kopfschmerz, Gelenkschmerz, Lymphknotenschwellung**

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

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

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

Wenn Antikörper gebildet werden (meist zwischen Woche 4 und 6 nach Infektion, bei annähernd 100 % aller Infizierten spätestens nach 3 Monaten) hat der Körper dem Virus etwas entgegenzusetzen: die Viruslast im Blut geht wieder zurück und pendelt sich in der chronischen Phase auf Werte in einem Bereich zwischen 10.000 und 30.000 Viren pro Milliliter Blut ein.



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

Die chronische Infektion

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

ASYMPTOMATISCHE PHASE

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

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

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

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

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

SYMPTOMATISCHE PHASE

Mit fortschreitender Schädigung des Immunsystems können Symptome auftreten. Diese sind meist allgemeiner Art, z. B. lang andauernde Lymphknotenschwellungen an verschiedenen Stellen gleichzeitig (unter den Achseln, in der Leistengegend), starker Nachtschweiß, lang anhaltende Durchfälle, Nervenschädigungen (Polyneuropathie) oder häufigere In-

fektionen wie z. B. Pilzinfektionen des Mundes, der Scheide oder des Penis.

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

AIDS

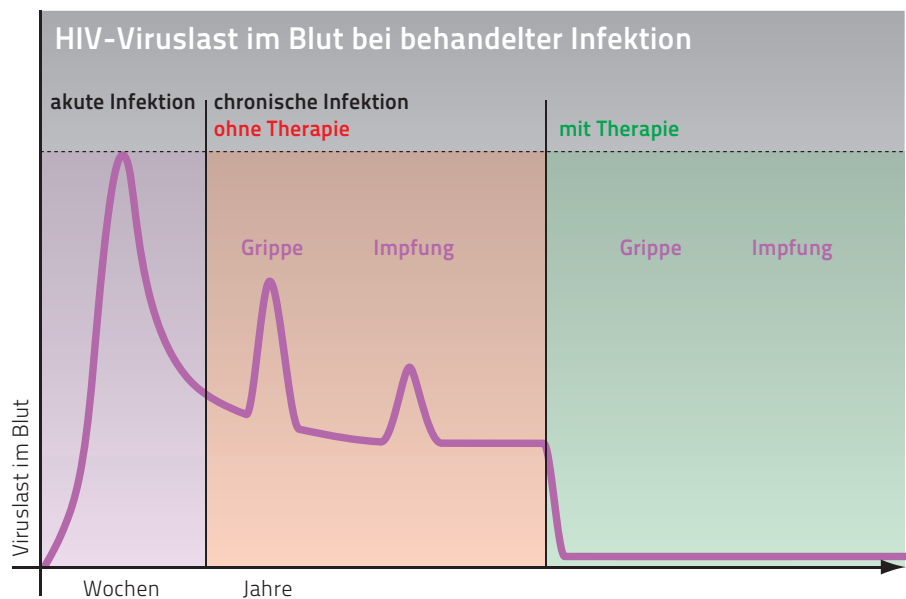
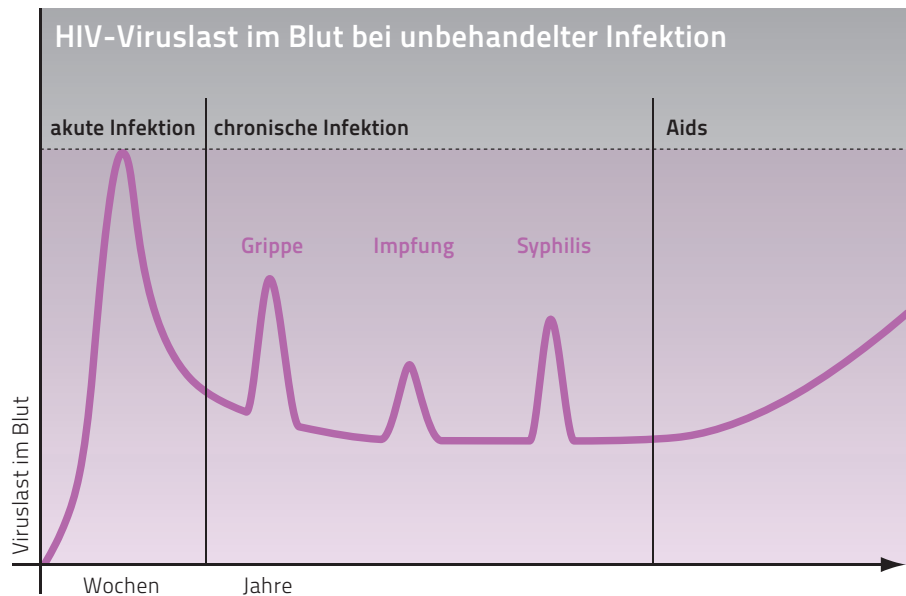
Im letzten Stadium ist das Immunsystem stark beeinträchtigt, die Zahl der Helferzellen ist in der Regel unter $200/\mu\text{l}$ gesunken und die Viruslast steigt an. Opportunistische Infektionskrankheiten (z. B. Pneumocystis-Lungenentzündung, Pilzbefall der Speiseröhre) und Tumore (Kaposi-Sarkom, Gebärmutterhalskrebs, Lymphome) können sich entwickeln.

Im Mittel tritt das Stadium Aids bei einer unbehandelten HIV-Infektion nach 8 Jahren auf, manchmal

allerdings schon wenige Monate nach der Infektion, manchmal erst nach ein bis zwei Jahrzehnten.

Infektiosität

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



Kapitel 2

HIV-Übertragungswege

Das Wichtigste in Kürze:

- HIV wird in Deutschland zu 99% auf sexuellem Weg oder über intravenösen Drogenkonsum übertragen.
- Eine Ansteckung mit HIV in Alltagssituationen ist nicht möglich.
- HIV ist ein schwer übertragbares Virus. Längst nicht jeder ungeschützte Sexkontakt führt auch zu einer Infektion.
- Nicht jede/r Positive ist automatisch auch ansteckend. Die Menge der Viruslast spielt bei der Ansteckung eine wichtige Rolle
- Medikamente können die Viruslast senken. Je geringer die Viruslast, desto geringer die Wahrscheinlichkeit einer Weitergabe des Virus

Faktoren für eine HIV-Übertragung

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

Diese sind:

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

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

Die Darmschleimhaut ist nicht trocken, sondern mit einem Flüssigkeitsfilm belegt. Darin befinden sich HIV-Viren. Beim ungeschützten Analverkehr kommt es zum Kontakt der Schleimhäute des Penis mit diesem Flüssigkeitsfilm. Eintrittspforte für diese Viren in den anderen Körper sind die Schleimhäute des

Penis. Auf diesem Weg kann es zu einer Ansteckung kommen.

Muttermilch hat nur eine geringe Viruslast, die aber für eine Ansteckung über das Stillen eines Säuglings ausreichen kann. Andere Körperflüssigkeiten, wie z. B. Speichel, Urin, Schweiß oder Tränen spielen bei einer HIV-Übertragung keine Rolle. Sie können zwar HIV enthalten, aber nicht in einer Menge, die für eine Ansteckung ausreicht.

Eintrittspforten für das HIV-Virus

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

EINTRITTSFORTEN SIND:

Schleimhäute

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

Beim Vorliegen von sexuell übertragbaren Infektionen ist die Schleimhaut entzündet und damit verletzlicher. So wird auch eine Übertragung von HIV viel wahrscheinlicher. Das Risiko ist dadurch um ein Mehrfaches höher

Spritzen

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

Die Rolle der Viruslast

Die Höhe der Viruslast spielt eine große Rolle dabei, ob es zu einer Übertragung kommt oder nicht. Wie schon beschrieben, ist die Virenkonzentration in verschiedenen Körperflüssigkeiten unterschiedlich hoch. Es hängt also von der Art der Flüssigkeit ab.

Die Höhe der Viruslast hat aber auch mit dem Verlauf einer HIV-Infektion zu tun. Sie ist zu Beginn einer HIV-Infektion, in der sog. akuten Phase am höchsten (siehe Grafik Kapitel 1). In dieser Phase passieren viele Übertragungen. Ca. 6 Wochen nach der Infektion nimmt die Viruslast wieder stark ab und pendelt sich auf einem niedrigeren Level ein. Es gibt Faktoren, die dazu führen, dass die Viruslast wieder steigt. So führen z. B. andere sexuell übertragbare Erkrankungen, wie die Syphilis dazu, dass auch die Zahl der HIV-Viren wieder steigt.

Durch die medikamentöse Behandlung von Menschen mit HIV mit der sog. anti-retroviralen Therapie (ART), kann deren Viruslast, also die Anzahl der HIV-Viren erheblich gesenkt werden. Somit wird auch die Anzahl der Viren in den beschriebenen Körperflüssigkeiten gesenkt. Je geringer die Viruslast, desto geringer ist auch die Wahrscheinlichkeit, das Virus an eine andere Person weiter zu geben.

Wenn folgende Bedingungen erfüllt sind, ist das Risiko, sich bei einer positiven Person mit HIV anzustecken sehr unwahrscheinlich. Das spielt bei serodiskordanten Paaren (einer HIV-positiv, einer HIV-negativ) eine Rolle. Diese Bedingungen sind:

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

Übertragungswege von HIV

SEXUELLE ÜBERTRAGUNG

In Deutschland ist die sexuelle Übertragung mit knapp 90% der mit Abstand häufigste Übertragungsweg.

Analverkehr

Die Sexpraktik mit dem größten Risiko für eine HIV-Übertragung ist Analverkehr. Die Darmschleimhaut ist äußerst empfindlich. Wenn im Darm ejakuliert wird ist das Risiko für den aufnehmenden Partner doppelt so hoch als ohne die Aufnahme von Sperma. Die Darmschleimhaut kann HIV nicht nur aufnehmen, sondern auch weitergeben. Deshalb ist bei Analverkehr auch für den aktiven Partner ein Risiko vorhanden.

Vaginalverkehr

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

Oralverkehr

Das Risiko einer HIV-Infektion über Oralverkehr ist im Vergleich zu Anal- und Vaginalverkehr sehr gering. Die Mundschleimhaut ist robust, außerdem wird die Virusmenge durch den Speichel verdünnt. Trotzdem gibt es wenige HIV-Infektionen über diesen Weg. Insbesondere eine hohe Viruslast und das Vorliegen von anderen sexuell übertragbaren Erkrankungen sind dafür verantwortlich. Durch die Nichtaufnahme von Sperma kann das Risiko stark gesenkt werden.

SPRITZEN VON DROGEN

10–15% aller Neuinfektionen in Deutschland werden beim Spritzen von Drogen („Fixen“) übertragen, wenn Spritzbestecke (Kanüle und Spritzen) gemeinsam verwendet werden.

MUTTER-KIND-ÜBERTRAGUNG

Die Übertragung von der Mutter auf das Kind spielt in Deutschland so gut wie keine Rolle. HIV-positive Frauen können das Virus in der Schwangerschaft, bei der Geburt und durch Stillen auf das Kind übertragen. Durch medikamentöse Behandlung der Mutter wird das Risiko einer HIV-Übertragung in der Schwangerschaft und bei der Geburt extrem reduziert. Wenn die Säuglinge nicht gestillt werden entfällt auch diese Möglichkeit der Übertragung. Mit diesen Maßnahmen wird die Übertragungsrate auf unter 1% gesenkt.

Im Rahmen der Schwangerschaftsvorsorge ist jeder Arzt verpflichtet, eine schwangere Frau auf die Möglichkeit einer Testung auf HIV hinzuweisen.

BLUT UND BLUTPRODUKTE

Die Übertragung von HIV durch Blut- und Blutprodukte ist in Deutschland extrem selten (ca. eine Übertragung alle zwei Jahre). Blutspenden werden in Deutschland auf HIV getestet.

Wie lange „überlebt“ HIV außerhalb des Körpers?

Viren sind keine Lebewesen, da sie über keinen eigenen Stoffwechsel verfügen. Daher können Viren nicht „absterben“, sondern können nur inaktiviert werden bzw. ihre Infektionsfähigkeit verlieren.

Grundsätzlich gilt: HIV gehört zu den schwer übertragbaren Krankheitserregern. Das Virus ist sehr empfindlich und außerhalb des menschlichen Körpers unter Alltagsbedingungen nicht lange aktiv. Sobald infektiöse Körperflüssigkeiten – auch Blut und Sperma – angetrocknet sind, besteht keine Infektionsgefahr.

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

In der Beratung gibt es immer wieder Anfragen wegen herumliegender Spritzen (z. B. auf Spielplätzen). Hier kann man in Bezug auf HIV Entwarnung geben. Eine HIV-Übertragung ist zwar über diesen Weg theoretisch möglich, allerdings ist noch nie ein Fall bekannt geworden, bei dem sich eine Person tatsächlich so mit HIV infiziert hat. (siehe dazu S. 19)

Zusammenfassung

- je geringer die 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.

Schutz vor HIV

- In der Beratung geht es immer um eine individuelle Abwägung von lustvoller Sexualität und Schutz vor HIV und anderen sexuell übertragbaren Erkrankungen.
- Durch die Verwendung von Kondomen kann man das Risiko einer HIV-Infektion erheblich einschränken.
- Andere Safer-Sex-Strategien sind der „Bilanztest“ beider Partner und in festen Partnerschaften die „Viruslastmethode“.

Safer-Sex-Regeln

Beim Geschlechtsverkehr (anal und vaginal) schützen Kondome. Beim Analverkehr oder bei Bedarf beim vaginalen Verkehr (trockene Scheide) sollte man immer reichlich fettfreies oder wasserlösliches Gleitmittel verwenden, um Verletzungen zu vermeiden. Das Gleitgel verringert auch das Risiko, dass das Kondom beschädigt wird. Fetthaltige Gleitmittel wie Vaseline oder Massageöl zerstören Kondome.

Beim Oralverkehr (Lutschen, Blasen) kein Sperma oder Menstruationsblut in den Mund gelangen lassen.

Diese Regeln gelten vor allem, wenn man nicht sicher sein kann, ob der Partner oder die Partnerin HIV-positiv oder HIV-negativ ist, also zum Beispiel beim One-Night-Stand oder bei anonymen Kontakten, aber auch in Beziehungen, die erst kurze Zeit dauern.

Safe Sex (absolut sicherer Sex)

Safe Sex bedeutet, den Kontakt mit infektiösen Körperflüssigkeiten völlig auszuschließen. Das heißt aber auch, eine große Einschränkung von sexuellen Möglichkeiten. Safe Sex wäre z. B. Küssen, Streicheln, Massage, Selbstbefriedigung oder Telefonsex.

Safer Sex (annähernd sicherer Sex)

Die Wortwahl safer soll darauf aufmerksam machen, dass es zwar keinen absoluten, „sicheren“ (safe) Schutz vor einer Infektion geben kann, dass das Risiko aber deutlich reduziert werden kann, der Sexualkontakt wird „sicherer“ (safer). Risikofaktoren werden minimiert, indem das Aufnehmen von infektiösen Körperflüssigkeiten (Blut, Sperma, Vaginalsekret) in den Körper vermieden wird.

Safer-Sex-Strategien

Neben den Safer-Sex-Regeln gibt es weitere Möglichkeiten, das Risiko einer HIV-Infektion zu reduzieren – vor allem in einer festen Partnerschaft. Beim „Bilanztest“ machen beide Partner einen HIV-Test. Sind beide HIV-negativ und haben keinen Sex mit anderen Partnern, können sie auf Kondome verzichten.

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

Bilanztest und „Ausgehandelte Sicherheit“ verlangen großes Vertrauen zum Partner: Hat er oder sie tatsächlich keinen ungeschützten Sex mit anderen Partnern? Wenn es doch einmal passiert, muss er oder sie darüber sprechen, um den festen Partner nicht zu gefährden.

Safer Sex und die Viruslastmethode

Die so genannte Viruslastmethode wird von manchen Paaren angewendet, in denen einer der Partner HIV-positiv und der oder die andere HIV-negativ ist.

Die Methode beruht darauf, dass der HIV-positive Partner eine gut funktionierende HIV-Therapie einnimmt und dass in seinem Blut seit mindestens einem halben Jahr keine HIV-Viren mehr nachweisbar sind. Dann befinden sich nämlich auch in Körperflüssigkeiten wie Sperma und Scheidenflüssigkeit sehr viel weniger Viren. Damit ist das Risiko einer HIV-Übertragung kaum noch vorhanden.

Wichtig: Der HIV-positive Partner muss seine Therapie regelmäßig einnehmen und muss den Erfolg der Therapie regelmäßig überprüfen lassen. Außerdem dürfen beide Partner keine anderen sexuell übertragbaren Infektionen haben.

Die Viruslastmethode sollte man nur nach Rücksprache mit dem behandelnden Arzt und in Abstimmung mit dem Partner anwenden. Sie eignet sich nicht für Sexkontakte mit Gelegenheitspartnern, weil man nie wissen kann, ob sie die Bedingungen erfüllen.

Sex zwischen HIV-Positiven

Beim Sex zwischen HIV-Positiven steht der Schutz vor anderen sexuell übertragbaren Infektionen im Vordergrund.

Hepatitis-C: Normalerweise ist die Hepatitis C kaum sexuell übertragbar. Wenn HIV im Spiel ist, ist das Hepatitis-C-Virus leichter übertragbar. Die Hepatitis C Behandlung ist lang und nebenwirkungsreich, eine Heilung ist nicht garantiert. Daher ist bei der Hepatitis C die Prävention wichtig. Das Hepatitis-C-Virus wird vor allem über Blut übertragen –

und das auch ca. 10mal leichter als HIV. Die Infektionswege unterscheiden sich daher nur graduell (s. Kapitel Hepatitis). HIV-Positive sollten einmal im Jahr in der Schwerpunktpraxis auf Hepatitis C untersucht werden.

Andere STI: Die Übertragungswahrscheinlichkeit von Syphilis, Tripper, Chlamydieninfektionen und anderen STI wird durch Kondome reduziert. Da diese Erreger auch bei Oralverkehr übertragen werden können, steht bei diesen Infektionen auch die Früherkennung (Screening) im Vordergrund. Normalerweise erfolgen STI-Screenings bei HIV-Positiven in der Schwerpunktpraxis.

Superinfektion mit HIV: Vor allem in den ersten Monaten einer HIV-Infektion (so lange sich noch keine Immunantwort ausgebildet hat) oder in Therapiepausen ist das Risiko, sich mit einer weiteren HIV-Virusvariante anzustecken, gegeben. Die medizinischen Auswirkungen einer solchen „Superinfektion“ scheinen jedoch begrenzt zu sein – außer man infiziert sich zusätzlich mit einer resistenten Variante.

Sobald einer der beiden Sexualpartner eine funktionierende Therapie einnimmt, ist das Risiko gebannt. Dann wirkt die Therapie für den nicht therapierten Partner als „Viruslastmethode“, er kann sich also nicht anstecken, weil die Viruslast des Partners zu gering ist. Derjenige, der die ART einnimmt ist durch die Medikamente vor einer Ansteckung mit einer anderen Virusvariante geschützt.

Kapitel 3

Risikoeinschätzungen

Risiken gehören zum Leben

GRUNDSÄTZLICHES

Risiken gehören zum Leben. Wir gehen beispielsweise schon Risiken ein, wenn wir aus dem Haus gehen oder uns auf´s Fahrrad setzen. Gegen manche Risiken kann man Schutzmaßnahmen ergreifen, z.B. beim Fahrradfahren einen Fahrradhelm aufsetzen. Manche Menschen tun das jedoch auch nicht, weil sie einen Fahrradhelm als lästig empfinden oder das Risiko eines Fahrradunfalls nicht so hoch einschätzen.

Wie im „richtigen Leben“ ist es auch beim Thema Sex. Auch dort gibt es Risiken. Man kann sich mit verschiedenen Krankheiten – mit unterschiedlich schwerwiegenden Folgen – anstecken. Gegen manche kann man sich besser schützen, gegen manche kaum – außer man verzichtet ganz auf Sex.

In der Beratung geht es darum, Ratsuchenden dabei zu helfen, das jeweilige Risiko einzuschätzen. Dabei ist, es wichtig, das Spannungsfeld „Erhaltung der Gesundheit“ einerseits und „Liebe, Lust, Sexualität“ andererseits im Auge zu haben. Es geht darum, mit dem Ratsuchenden eine Strategie zu entwickeln, wie er/sie sich einerseits schützen kann und gleichzeitig Sex lustvoll genießen kann. Beide Pole müssen beachtet werden.

HIV – Wie hoch ist das statistische Risiko?

In den meisten Anfragen wollen Ratsuchende von uns wissen, wie hoch ihr HIV-Risiko bezogen auf eine bestimmte Situation war oder ist. Um das Risiko einschätzen und einordnen zu können, spielt neben dem Übertragungsweg auch die statistische Wahrscheinlichkeit eine Rolle, auf eine Person zu treffen, die HIV-positiv ist und die das Virus eventuell weitergeben kann. Hierzu sind einige Fakten wichtig:

- Deutschland hat ca. 82.000.000 Einwohner
- Davon sind ca. 73.000 HIV-Positiv
- Von den 73.000 HIV-Positiven sind
 - Ca. 46.500 Schwule und andere Männer, die Sex mit Männern haben
 - Ca. 10.500 Heterosexuelle
 - Ca. 9.000 Personen, die aus Länder mit einer hohen HIV-Verbreitung nach Deutschland eingewandert sind
 - Ca. 6.800 Personen, die sich über das Spritzen von Drogen infiziert haben.
- 2011 sind in Deutschland ca. 2.700 Personen mit HIV diagnostiziert worden. Die geschätzten Infektionswege sind:
 - Ca. 2.000 durch homosexuelle Kontakte
 - Ca. 550 durch heterosexuelle Kontakte
 - Ca. 150 durch Spritzen von Drogen

HIV ist also in unterschiedlichen Gruppen unterschiedlich stark verbreitet. Zur Verdeutlichung ein Beispiel:

In ein Fußballstadion passen 50.000 Menschen. Würden sich dort nur Heterosexuelle treffen, wären darunter 125 HIV-positiv (0,025%, bei 10.500 HIV-positiven bundesweit und ca. 40 Millionen sexuell aktiven erwachsenen Heterosexuellen). Würden im gleichen Stadion 50.000 homosexuelle Männer sitzen, wären davon 3.500 HIV-positiv (ca. 7,0%).

HIV-Risikoeinschätzung und Risikomanagement

Ob es zu einer HIV-Infektion kommt, hängt von vielen Faktoren ab. Deswegen ist es wichtig, den Kontext und die Bedingungen der „Risikosituation“ zu erfragen. Dies erfordert gelegentlich auch den Mut, nach Details zu fragen: Die Beratenden müssen sich ein genaues Bild davon machen können, was „passiert“ ist.

Die Ratsuchenden wiederum können lediglich dabei unterstützt werden, ihr persönliches 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 und ist somit das Risiko weitestgehend auszuschließen?
- **Wahrscheinlichkeit, dass der Partner HIV-positiv ist:** Gehört der Partner zu einer Gruppe mit höherem Risiko für eine HIV-Infektion? (MSM, Drogengebraucher, Herkunftsland ...) Diese Klärung ist besonders notwendig, falls eine PEP in Erwägung gezogen wird.
- **Höhe der Viruslast/HIV-Konzentration:** Falls die Person HIV-positiv ist: Gibt es Informationen über medikamentöse Therapie und die Höhe der Viruslast?
- Lagen STIs, Entzündungen oder Geschwüre vor, die zu einem **Defekt der Schleimhaut** führen? 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 Vaginalverkehr. Oralverkehr mit Ejakulation birgt ein deutlich geringeres Risiko; Oralverkehr ohne Ejakulation ist Safer Sex.
- **Beschneidungsstatus:** Beschnittene Männer haben beim Vaginalverkehr 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 Sexualkontakte und der Sexualpartner/innen:** Statistische Risiken häufen sich mit der Zahl der Risikosituationen bzw. der Zahl der Sexualpartner an.
- **Menge bzw. Konzentration 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.

Analverkehr *ohne* Kondom – aufnehmend/passiv/rezeptiv

Sexpraktik mit hohem HIV-Risiko

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

Ohne Aufnahme von Ejakulat (Dipping)

- 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

Mit Aufnahme von Ejakulat

- Infektiöse Flüssigkeit (Ejakulat) ist im Körper deponiert, hat also viel Zeit, an Wirtszellen anzudocken
- Wenn Ejakulat aufgenommen wird, ist das Risiko ca. doppelt so hoch als wenn kein Ejakulat aufgenommen wird (Dipping).
- **Aufnehmender Analverkehr ist die risikoreichste Sexualpraktik.** Aufnehmender Analverkehr ist zwei- bis dreimal riskanter als eindringender Analverkehr.

Schutzmöglichkeit

- **Safer Sex:** Kondome und reichlich wasserlösliches Gleitmittel verwenden
- **Viruslast unter Nachweisgrenze:** Viruslast des HIV-positiven Sexualpartners ist dauerhaft und kontrolliert unter der Nachweisgrenze.

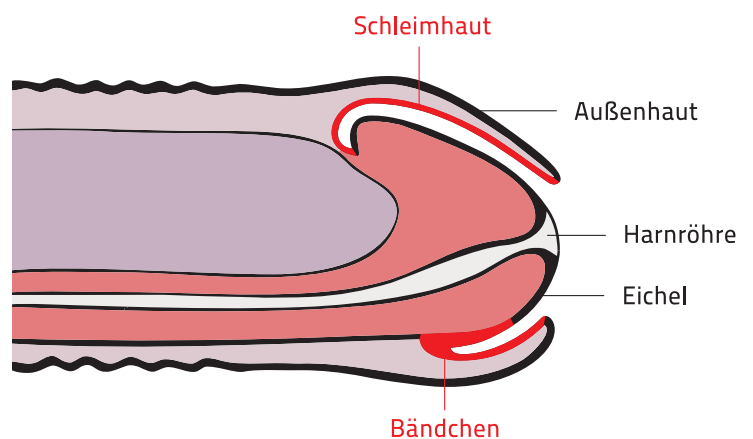
Analverkehr *ohne* Kondom – eindringend/aktiv/insertiv

Sexpraktik mit hohem HIV-Risiko

- Am Penis der eindringenden Person befinden sich am inneren Blatt der Vorhaut und am Bändchen und am Harnröhreningang viele oberflächlich liegende Wirtszellen. Diese Schleimhäute kommen mit dem stark virushaltigen Flüssigkeitsfilm auf der Darmschleimhaut des aufnehmenden Partners in Kontakt.
- manchmal kommt es zusätzlich zu Blut-Penis-Kontakt
- **Beschneidung:** Für Analverkehr gibt es bisher keine klare Datenlage darüber, ob die Beschneidung für den eindringenden Partner eine nennenswerte Reduktion des Risikos bringt.

Schutzmöglichkeit

- **Safer Sex:** Kondome und reichlich wasserlösliches Gleitmittel verwenden
- **Viruslast unter Nachweisgrenze:** Viruslast des HIV-positiven Sexualpartners ist dauerhaft und kontrolliert unter der Nachweisgrenze.



Vaginalverkehr *ohne* Kondom – aufnehmend/passiv/rezeptiv

Sexpraktik mit hohem HIV-Risiko

- Zielzellen in der Vaginalschleimhaut und der empfindlicheren Schleimhaut des Gebärmutterhalses können HIV aufnehmen

Ohne Abspritzen (Ejakulation)

- Auch kleine Mengen infektiöser Flüssigkeit (z. B. Lusttropfen, eitriges Sekret einer STI) 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.

Frauen haben beim ungeschützten Vaginalverkehr ein höheres Risiko als der Mann.

Schutzmöglichkeit

- **Safer Sex:** Kondome und reichlich wasserlösliches Gleitmittel verwenden
- **Viruslast unter Nachweisgrenze:** Viruslast des HIV-positiven Sexualpartners ist dauerhaft und kontrolliert unter der Nachweisgrenze.

Vaginalverkehr *ohne* Kondom – eindringend/aktiv/insertiv

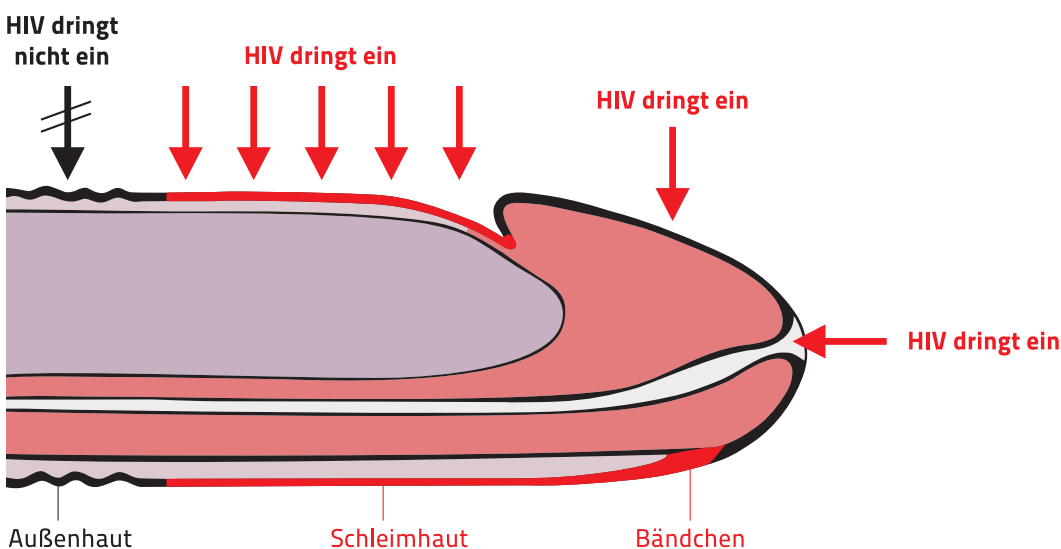
Sexpraktik mit hohem HIV-Risiko

- Am Penis der eindringenden Person befinden sich am inneren Blatt der Vorhaut und am Bändchen und am Harnröhreneingang viele oberflächlich liegende Wirtszellen. Diese Schleimhäute kommen mit der virushaltigen Vaginalflüssigkeit oder Blut in Kontakt.

- **Beschneidung:** Das innere Blatt der Vorhaut wird bei der Erektion nach außen verlagert und gestreckt. Dadurch bietet der unbeschnittene Penis im erigierten Zustand eine größere Schleimhautfläche mit Zielzellen für HIV. Durch die Beschneidung (Entfernung von großen Teilen der Vorhaut) reduziert sich die Eintrittspforte für HIV. Heterosexuelle beschnittene Männer haben daher ein um 60 % geringeres Risiko als unbeschnittene Männer.

Schutzmöglichkeit

- **Safer Sex:** Kondome und reichlich wasserlösliches Gleitmittel verwenden
- **Viruslast unter Nachweisgrenze:** Viruslast des HIV-positiven Sexualpartners ist dauerhaft und kontrolliert unter der Nachweisgrenze.
- **Partieller Schutz:** Beschneidung (60 %)



orale Stimulation des Mannes

Fellatio, Blasen, Französisch
– aufnehmend/aktiv/rezeptiv

**Mit Aufnahme von Sperma (Ejakulation):
Sexpraktik mit geringem Risiko**

- Mundschleimhaut ist robuster als Vaginal- und Darmschleimhaut, der Speichel verdünnt infektiöse Flüssigkeiten, die Verweildauer ist kurz
- ein geringes HIV-Risiko besteht, vor allem bei längerer Verweildauer des Ejakulats im Mund. Insgesamt ist das Risiko auch mit Ejakulation aber deutlich geringer als bei ungeschütztem Vaginal- oder Analverkehr
- **Falls ejakuliert wurde:** Das Ejakulat soll dann schnell raus aus dem Mund, daher empfehlen wir „Spucken“. Bei „Deep Throat“ und Abspritzen im Rachen ist Schlucken besser, da die Verweildauer im Mund dann kürzer ist.

**Ohne Aufnahme von Sperma (Ejakulation):
Sexpraktik mit vernachlässigbar geringem Risiko (Safer Sex)**

- Im Unterschied zu Vaginal- oder Analverkehr stellen kleine Mengen infektiöser Flüssigkeit (Lusttropfen) kein nennenswertes Infektionsrisiko dar.

Schutzmöglichkeiten

- „Raus bevor's kommt“ (Ejakulation vermeiden)
- **Viruslast unter Nachweisgrenze:** Viruslast des HIV-positiven Sexualpartners ist dauerhaft und kontrolliert unter der Nachweisgrenze.

orale Stimulation des Mannes

Fellatio, Blasen, Französisch
– eindringend/passiv/insertiv

Sexpraktik mit vernachlässigbar geringem HIV-Risiko (Safer Sex)

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

Schutzmöglichkeiten

- keine erforderlich

orale Stimulation der Frau

Cunnilingus, Lecken, Französisch
– aktiv

Sexpraktik mit vernachlässigbar geringem HIV-Risiko (Safer Sex)

- Aufnahme nur geringer Mengen Scheidensekrets/ Menstruationsblut, die Aufnahme geschieht nach und nach und nicht in kürzester Zeit, das Sekret vermischt sich im Mund mit Speichel, dieser Verdünnungseffekt senkt das Risiko

Schutzmöglichkeiten

- keine erforderlich
- **Während der Menstruation:** Dental Dam verwenden, wenn Viruslast der Frau nicht unter der Nachweisgrenze ist

orale Stimulation der Frau

Cunnilingus, geleckt werden,
französisch – passiv

Sexpraktik mit vernachlässigbar geringem HIV-Risiko (Safer Sex)

- Speichel ist nicht infektiös

Schutzmöglichkeiten

- keine erforderlich

orale Stimulation des Anus

Anilingus, am Arsch geleckt
werden, Rimming – passiv

Sexpraktik mit vernachlässigbar geringem HIV-Risiko (Safer Sex)

- Speichel ist nicht infektiös

Schutzmöglichkeiten

- keine erforderlich

orale Stimulation des Anus

Anilingus, Arschlecken, Rimming
– aktiv

Sexpraktik mit vernachlässigbar geringem HIV-Risiko (Safer Sex)

- kein Austausch HIV-infektiöser Körperflüssigkeiten
- 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 robust

Schutzmöglichkeiten

- Ein Impfung schützt vor Hepatitis A und B

Tribadie

Reiben der äußeren weiblichen
Geschlechtsteile aneinander

Sexpraktik mit vernachlässigbar geringem HIV-Risiko (Safer Sex)

- kein ausreichender Austausch von infektiöser Flüssigkeit

Schutzmöglichkeiten

- keine erforderlich

Fingerspiele & Fisten (Hand/
Faust in den Darm/die Scheide)
– eindringend/aktiv/insertiv

kein HIV-Risiko bei intakter Haut

- bei entzündeter Haut steigt beim Fisten (enger Kontakt mit infektiöser Darm- oder Vaginalschleimhaut) das Risiko

Schutzmöglichkeiten

- Beim Fisten Verwendung von ausreichend Gleitmittel (Senkung der Verletzungsgefahr)
- Beim Fisten Latexhandschuhe verwenden, bei Gruppensex für jeden Partner einen neuen Handschuh verwenden

Fingerspiele & Fisten (Hand/
Faust in den Darm/die Scheide)
– aufnehmend/passiv/rezeptiv

kein HIV-Risiko bei intakter Haut des Eindringenden

- bei blutenden Verletzungen der eindringenden Hand steigt das Risiko

Besonderheit Gruppensex: Ein Risiko v. a. bezüglich Hepatitis C (und in geringerem Maße auch für HIV) bei Gruppensex, wenn der eindringende Partner vorher einen anderen gefistet hat und den Handschuh nicht gewechselt (oder die Hände nicht gewaschen) hat: dann kann infektiöses Darmsekret oder Blut vom Fistenden von einem passiven Partner auf den anderen passiven Partner übertragen werden

Hohes HIV-Risiko, wenn nach dem Fisten aufnehmender Analverkehr praktiziert wird!**Schutzmöglichkeiten**

- Verwendung von ausreichend Gleitmittel (Senkung der Verletzungsgefahr)
- Bei Gruppensex für jeden Partner einen neuen Handschuh verwenden bzw. darauf achten, dass der Partner einen neuen Handschuh überstreift

Bei Analverkehr nach dem Fisten unbedingt Kondome verwenden!

Küssen**kein HIV-Risiko**

- Speichel ist nicht infektiös.
- bei Zahnfleischbluten wird infektiöse Flüssigkeit (Blut) durch Speichel verdünnt,
- außerdem ist die Mundschleimhaut robust und widerstandsfähig gegenüber HIV

Schutzmöglichkeiten

- keine erforderlich

Urinspiele (Anpissen, Naturekt, Golden Shower) und Kotspiele (Scat, Dirty, Kaviar)

kein HIV-Risiko

- selbst bei leichten Blutbeimengungen in Kot oder Urin besteht durch den Verdünnungseffekt kein Risiko

Schutzmöglichkeiten

- Keine erforderlich
- Schutzimpfung gegen Hepatitis A und B

Kontakt der Vorhaut mit infektiösen Körperflüssigkeiten

geringes bis hohes HIV-Risiko

- 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 Penis hingegen ist bezüglich HIV unproblematisch

Schutzmöglichkeiten

- kein Sperma auf die Vorhaut bzw. auf andere Schleimhäute!

Hautkontakt mit infektiösen Körperflüssigkeiten

kein HIV-Risiko bei intakter Haut

Schutzmöglichkeiten

- infektiöse Flüssigkeit unter laufendem Wasser abspülen, erst danach mit Seife reinigen.
- bei Kontakt mit entzündeten Hautflächen infektiöse Flüssigkeit mit Wasser abspülen und danach mit Haut-Schleimhautdesinfektionsmittel desinfizieren

Augenkontakt mit infektiösen Körperflüssigkeiten

geringes bis hohes HIV-Risiko

- Die 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 Kontaktzeit kurz.
- Sperma kann gelegentlich ins Auge gehen. Das saure Prostatasekret im Sperma verursacht rasch Brennen und Schmerzen, so dass die Personen die Augen schon alleine aufgrund des Brennens ausspülen – und somit das HIV-Risiko reduzieren.
- Es gibt kaum Daten zum Abschätzen der Höhe des Risikos

Notfallmaßnahmen

- sofortiges Ausspülen des Auges mit Wasser
- Eine PEP ist bei einem Facharzt in Erwägung zu ziehen

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

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

- in den feuchten Blutresten im Spritzenkolben können HIV- und Hepatitis-Viren 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

Schutzmöglichkeiten

- Safer Use: Nadeln und Spritzen sowie sonstige Utensilien (z. B. Löffel, Filter, Tupfer) nicht mit anderen teilen
- Schutzimpfung gegen Hepatitis A und B

Nadelstichverletzungen bei Medizin und Pflege, Verletzungen mit infiziertem Injektionsbesteck

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), Malaria, Hepatitis A, B und C.

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.aidshilfe.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)

kein HIV-Risiko

- außen an der Nadel anhaftendes, eingetrocknetes Blut ist in der Regel schon alt (meist Stunden) und mit Sauerstoff (Luft) in Kontakt gekommen = Virus ist eher „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 erfolgt bei einer Stichverletzung nicht
- Es gibt bislang keinen bekannten Fall einer Infektion mit HIV durch herumliegende Spritzen

geringes bis mittleres Risiko für Hepatitis-B und -C

- Hepatitis-Viren sind in der Umwelt länger infektiös und sind über den Blutweg leichter übertragbar als HIV. Zudem sind Drogengebraucher (von denen die Nadeln meist stammen) viel häufiger mit Hepatitis C und B infiziert als mit HIV.
- Es gibt bislang jeweils einen bekannten Fall einer Infektion mit Hep B und Hep C durch herumliegende Spritzen

Schutzmöglichkeiten

- Schutzimpfung gegen Hepatitis A und B
- Wenn keine Schutzimpfung gegen Hepatitis B besteht: Hepatitis-B-PEP durchführen

Bluttransfusion

fast kein HIV-Risiko in Deutschland

- Blut wird sowohl auf Antikörper gegen HIV, als auch auf andere Infektionskrankheiten getestet, z. B. Hepatitis B, C und Syphilis
- In Deutschland gibt es ca. 1-2 Infektionen bei ca. 4 Millionen verwendeten Blutkonserven pro Jahr

Schutzmöglichkeiten

- Bei lange im Voraus geplanten Operationen kann die Möglichkeit einer Eigenblutspende genutzt werden

Blutprodukte, Gerinnungspräparate

kein HIV-Risiko in Deutschland

- da synthetische bzw. sterile Herstellung oder Virusinaktivierung

Übertragung: Mutter-Kind

hohes Risiko bei nicht behandelter HIV-Infektion (hohe Viruslast)

- Übertragungsrisiko bei natürlicher Geburt liegt bei ca. 15-20 %
- Stillen erhöht das Übertragungsrisiko um 10-15 %

Sehr geringes Risiko bei Kaiserschnitt, Stillverzicht und PEP für das Kind

- Risiko beträgt dann insgesamt nur 1-2 %

Sehr geringes Risiko bei HIV-Therapie der Mutter (VL < Nachweisgrenze), Stillverzicht und PEP für das Kind

- Risiko beträgt auch bei natürlicher Geburt nur ca. 1 %

kein HIV-Risiko bei üblichen Mutter-Kind-Kontakten

- Windeln, Babypflege, zärtliche Kontakte bergen kein Risiko

Schutzmöglichkeiten

- HIV-Therapie der Mutter ist der beste Schutz für das Kind
- Stillverzicht und PEP für das Kind
- Kaiserschnitt, wenn VL bei Geburt nicht unter der Nachweisgrenze ist

Mückenstiche

kein HIV-Risiko

- Mücken saugen, sie pumpen nicht, mögliche Blutreste am Rüssel sind zu gering, um eine Übertragung zu ermöglichen
- die Mücke ist kein „Zwischenwirt“ von HIV (wie z.B. bei Malaria)

Schutzmöglichkeiten

keine erforderlich

Tätowieren und Piercing

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

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

Kapitel 4

Kondome & Co

Das Kondom

Das Verwenden von Kondomen ist ein wirksamer Schutz vor HIV. Zudem verringern Kondome auch das Risiko, sich mit anderen sexuell übertragbaren Erkrankungen anzustecken. Kondome sind auch ein Schutz vor ungewollten Schwangerschaften.

Das Kondom besteht aus einer dünnen und zugleich reißfesten Latexhaut und wird nach strengen Vorschriften hergestellt und einzeln auf ihre Sicherheit kontrolliert.

DAS PASSENDE KONDOM

Ein Kondom muss passen und „richtig sitzen“. Kondome werden in verschiedenen Größen und Formen angeboten. Das Motto lautet hier: Ausprobieren! Etwa jeder fünfte Mann hat Probleme bei der Benutzung von „Standardkondomen“. Deshalb ist es durchaus sinnvoll, mit verschiedenen Kondomen zu experimentieren.

- **Größere Kondome** erkennt man z. B. an Begriffen wie „XXL“, „King Size“, „Large“ oder „Maxi“.
- **Standardkondome** sind in Bezug auf Größe nicht extra gekennzeichnet.
- **Kleinere Kondome** heißen z. B. „XS“, „Slimfit“, „Small“ oder „tailliert“.

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

- **Dickere Kondome** (auch als „stark“ oder „extra reißfest“ bezeichnet) sind ca. 0,1 mm stark. Sie können ein größeres Sicherheitsgefühl bieten und bieten sich insbesondere bei Analverkehr an.
- **Dünnere Kondome** (auch als „sensitiv“ oder „gefühlsecht“ bezeichnet) sind nur ca. 0,06 mm stark.

Manche Menschen haben eine Latexallergie. Für die gibt es

- **Latexfreie Kondome:** Diese sind vor allem in Apotheken und im Internet erhältlich.

KONDOME KAUFEN

- Kondome bekommt man in den meisten Supermärkten, Drogerien, Apotheken, Tankstellen, Sexshops und im Internet.

DIE QUALITÄT VON KONDOMEN

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

HINWEISE ZUR KONDOMBENUTZUNG

- Das Kondom bereits vor dem ersten Eindringen verwenden.
- Die Vorhaut zurückziehen und das Kondom gleichmäßig über den steifen Penis abrollen. Dabei das Kondom an der Spitze etwa 1 – 2 cm mit den Fingern zusammendrücken, um genügend Platz für das Sperma zu lassen.
- Niemals Gleitmittel, Öl oder Salben zwischen Penis und Kondom. Das Kondom kann beim Zurückziehen leichter abrutschen und beim Geschlechtsverkehr leichter platzen.
- Niemals zwei Kondome übereinander verwenden.
- Vor jedem erneuten Eindringen kurz mit der Hand überprüfen, ob das Kondom noch richtig sitzt.
- Nach dem Samenerguss Penis und Kondom zusammen rausziehen. Dabei das Kondom mit festhalten.
- Kondome so aufbewahren, dass sie vor zu viel Druck, Reibung, Hitze oder scharfen Gegenständen geschützt sind. So wird verhindert, dass Kondome beschädigt werden.
- Kondome vertragen sich nicht mit einigen vaginalen Zäpfchen und Salben. Auf Packungsbeilage achten.

Das Femidom

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

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

Latexhandschuhe

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

Sie sind in Apotheken, Drogerien und Kaufhäusern und im Internet erhältlich. Auch Latex-Handschuhe sollten immer nur mit wasserlöslichen Gleitmitteln verwendet werden.

Gleitmittel

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

- Auf keinen Fall öl- oder fetthaltige Substanzen wie Hautcreme, Vaseline, Speiseöle und Bratfette verwenden. Diese greifen das Kondom an.
- Nur fettfreie und wasserlösliche Gleitmittel verwenden.
- Gleitgele auf Wasser- oder Glycerin-Basis sind preiswerter, aber trocknen schneller aus.
- Gleitmittel auf Silikon-Basis behalten ihre Gleitfähigkeit länger, sind ergiebiger, sind dafür aber teurer.
- Gleitmittel gibt es in Apotheken, Drogerien, Sexshops oder im Internet.

Kapitel 5

Post-Expositions-Prophylaxe, PEP

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

Sofortmaßnahmen nach „Sexunfällen“

Nach ungeschütztem Geschlechtsverkehr mit einem HIV-positiven Partner lässt sich das Risiko einer HIV-Übertragung durch folgende Maßnahmen etwas reduzieren:

- Nach eindringendem ungeschütztem Anal-/Vaginalverkehr: Urinieren und damit Harnröhre ausspülen. Penis unter fließendem Wasser mit Seife waschen. Dazu Vorhaut zurückziehen und Eichel sowie Innenseite der Vorhaut vorsichtig (ohne Druck auf die Schleimhaut auszuüben) reinigen.
- Bei Aufnahme von Samenflüssigkeit in den Mund: sofort ausspucken und mit Wasser vier- bis fünfmal kurz nachspülen.
- Wenn Samenflüssigkeit ins Auge gelangt: mit Wasser ausspülen.
- Keine Scheiden- oder Darmspülung durchführen. Sie könnte die Aufnahme von HIV in den Körper begünstigen.

Die Post-Expositions-Prophylaxe

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

Wann ist eine PEP indiziert?

Nach sexueller Exposition

Eine PEP wird in der Regel durchgeführt, wenn ungeschützter Geschlechtsverkehr (anal oder vaginal) mit einem Partner oder einer Partnerin stattgefunden hat,

- der oder die mit sehr hoher Wahrscheinlichkeit HIV-positiv ist oder
- der/die bekannt HIV-positiv ist und dessen Viruslast nicht unter der Nachweisgrenze (von 50 Viren/ μ l) ist.

Bei medizinischem Personal

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

Nach intravenöserm Drogengebrauch

Wenn ein Drogenuser eine Spritze verwendet hat, die zuvor bereits ein HIV-Positiver benutzt hat.

Wann ist eine PEP nicht indiziert?

- bei einem ungeschützten analen und vaginalen Sex mit einer Person, deren HIV-Status unbekannt ist, aber nicht einer Gruppe mit hoher HIV-Prävalenz angehört
- bei Verletzung an einer herumliegenden, gebrauchten Spritze

PEP bei unbekanntem HIV-Status

Wenn nicht klar ist, ob der Sexualpartner tatsächlich HIV-positiv war, sollte die PEP nur dann erfolgen, wenn der Sexpartner aus einer Personengruppe mit hoher HIV-Prävalenz kommt. Dies ist der Fall:

- Bei Personen aus Gebieten mit hoher HIV-Prävalenz, z. B. Länder im südlichen Afrika.
- An schwulen Szeneorten in einer Stadt mit hoher HIV-Prävalenz, z. B. Darkroom eines Hamburger oder Berliner Szene-Clubs

Ob eine PEP sinnvoll ist, entscheidet der Arzt nach einem Beratungsgespräch in der Ambulanz oder Praxis.

Zeitpunkt für eine PEP

Mit einer PEP muss so schnell wie möglich nach dem HIV-Infektionsrisiko begonnen werden. Am besten innerhalb von zwei Stunden, sonst möglichst binnen 24 Stunden, spätestens nach 48 Stunden.

Wo gibt es die PEP?

Nur spezialisierte Krankenhäuser und Arztpraxen kennen sich mit der PEP aus. Eine Liste mit Namen und Adressen von geeigneten Anlaufstellen gibt es auf der Homepage der DAH unter diesem Link:

www.aidshilfe.de/de/sich-schuetzen/hiv/aids/post-expositions-prophylaxe/pep

Die genannten Ambulanzen haben rund um die Uhr geöffnet. Tagsüber ist die PEP auch in HIV-Schwerpunktpraxen erhältlich.

Ablauf einer PEP

- Vor Beginn der Therapie wird ein HIV-Test durchgeführt, um eine früher erfolgte HIV-Infektion auszuschließen. Bei beruflicher Exposition mit HIV ist der Test auch bedeutsam, falls es später zu einer Klärung von haftungs- und versicherungsrechtlichen Fragen geht.
- Die empfohlene Dauer der PEP beträgt 28 Tage.
- Ein HIV-Test – 12 Wochen nach Abschluss der PEP – mit negativem Testergebnis bestätigt, dass keine HIV-Infektion stattgefunden hat.

DISKORDANTE PAARE

HIV-diskordante Paare sollten auf einen möglichen „Sexunfall“ vorbereitet sein (vorherige Beratung beim Arzt) wenn der HIV-positive Partner nicht – oder nicht effektiv (Viruslast) – antiretroviral behandelt wird.

- Mögliche Sofortmaßnahmen ergreifen (siehe vorne)
- Mit dem behandelnden Arzt schon im Vorfeld besprechen, ob – und wenn ja welche HIV-PEP zuhause vorrätig sein sollte.

KOSTEN

Für die PEP werden die üblichen HIV-Medikamente eingesetzt werden, somit ist sie auch teuer. In der Schutzimpfungsrichtlinie (www.g-ba.de) wird festgelegt, dass Krankenkassen die Kosten für die PEP nur dann übernehmen, wenn eine Indikation vorliegt

WIRKUNG UND NEBENWIRKUNGEN DER PEP

Die Wirksamkeit einer medikamentösen PEP ist nicht vorhersehbar, Man 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.

INFORMATIONEN

Ausführliche Informationen zur PEP werden in den Deutsch-Österreichischen Empfehlungen (Postexpositionelle HIV-Prophylaxe) formuliert. Die Empfehlungen 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.dagnet.de

PrEP = Prä-Expositions-Prophylaxe

Im Gegensatz zur PEP, die eine Medikamenteneinnahme nach einer Risikosituation bedeutet, wird neuerdings auch die sog. PrEP diskutiert, bei der Medikamente vor einer HIV-Risikosituation, also prophylaktisch eingenommen werden. Die Diskussion, ob überhaupt und wenn ja in welchen Fällen eine PrEP in Frage kommt ist derzeit noch in einem sehr frühen Stadium.

Verschiedene Studien zur PrEP mit Sexarbeiterinnen, MSM und Heterosexuellen mit hohem HIV-Risiko

kommen zu unterschiedlichen Ergebnissen: Manche Studien belegen keinen Nutzen der PrEP, andere kommen zum Ergebnis, dass die dauerhafte tägliche Einnahme des HIV-Medikaments Truvada das Risiko einer HIV-Infektion um bis zu 72 % senkt. Die Achillesferse der PrEP war in den Studien die schlechte Compliance (regelmäßige Einnahme der Medikamente) obwohl die Studienteilnehmer monatlich beraten und motiviert wurden.

In Deutschland sind HIV-Medikamente zur Vorbeugung einer HIV-Infektion (noch) nicht zugelassen. Ärzte können sie auf Privatrezept verschreiben. Die Kosten von ca. 800 € im Monat müssen selbst bezahlt werden.

ADRESSEN FÜR DEN NOTFALL AM WOCHENENDE

Klinik 1:

Straße:

Telefon:

Name der Schwerpunktstation:

Klinik 2:

Straße:

Telefon:

Name der Schwerpunktstation:

Kapitel 6

Sexuell übertragbare Infektionen, STI (sexually transmitted infections)

Sexuell übertragbare Infektionen

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

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

Allgemeine Hinweise zur Beratungssituation

- Keine moralischen Wertungen und Vorhaltungen
- Keine Diagnosen stellen oder Therapieempfehlungen geben
- Eine eindeutige Diagnose ist nur durch spezifische Untersuchungen möglich, z. B. Blutuntersuchung oder Abstrich
- Von Selbstbehandlung ist abzuraten
- Ratsuchende zum Arztbesuch ermutigen, wenn der Verdacht auf eine Infektion nahe liegt.
- Fast alle STIs sind gut behandelbar.
- Die Sexualpartner/innen sollten über die Erkrankung und die Behandlungsmöglichkeiten informiert werden, damit es nicht zu weiteren Infektionen kommt.

Zur Bedeutung von STIs in der HIV-Beratung

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

STI ist nicht gleich STI

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

Passgenaue Information

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

Positive Effekte betonen

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

Wer sollte auf bestimmte STIs hingewiesen werden?

HEPATITIS A UND B

- **MSM:** Impfempfehlung. Die Kosten werden von den Krankenkassen übernommen.
- **Heteros:** Impfempfehlung bei "Sexualverhalten mit hoher Infektionsgefährdung" (wechselnde Partner) und bei Kontakt zu Menschen mit HEP B

HEPATITIS C

- **Menschen mit HIV:** Mindestens einmal jährlich testen.
- **Besucher von Sexparties:** Testempfehlung bei Sexpraktiken mit höherem Verletzungsrisiko (Dildos, Fisten, Gangbang)
- **Konsument/innen von Spritzdrogen:** Testempfehlung bei gemeinsamem Benutzen von Spritzuntensilien
- **Konsumenten von Schnupfdrugs** (z. B. Kokain): Testempfehlung bei gemeinsamem Nutzen der Sniefutensilien (Röhrchen, Geldschein)

SYPHILIS

- **MSM:** auf Symptome (z. B. Geschwüre) achten. Mindestens einmal jährlich testen.
- **Sexarbeiter/innen:** auf Symptome (z. B. Geschwüre) achten. Regelmäßig testen, z. B. alle 3 Monate

CHLAMYDIEN UND GONOKOKKEN (TRIPPER)

- **Frauen** (insbesondere junge): Chlamydien sind besonders unter jungen Menschen weit verbreitet
- **MSM:** Chlamydien- und Gonokokkeninfektionen sind bei MSM in Rachen, Harnröhre und Rektum häufig
- **Sexarbeiter/innen:** Chlamydien- und Gonokokkeninfektionen sind häufig

Wo kann man sich testen lassen?

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

- Bei Ärzten (HIV-Schwerpunktärzte, Hausärzte, Urologen, Gynäkologen, Hautärzte)
- In Gesundheitsämtern (vorher abfragen, welche Tests angeboten werden)
- Manche Aidshilfen bieten eigene Testangebote

Wann sollte man sich testen lassen?

BEI SYMPTOMEN, Z. B.

- 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
- ungewöhnliche Hautausschläge
- Gelbfärbung der Augen und/oder der Haut

Wer sollte sich regelmäßig testen lassen?

Wer Sex mit wechselnden Partnern hat, sollte sich regelmäßig –gerade ohne Symptome– auf unentdeckte Infektionen untersuchen lassen.

Schwule Männer und andere MSM

Empfehlung der Deutschen AIDS-Hilfe: Einmal im Jahr einen Gesundheitscheck durchführen lassen. Dazu gehört:

- Risikoanamnese und Beratungsgespräch durch den Arzt
- Test auf HIV und Syphilis (Blutabnahme)
- Impfstatus klären (Hepatitis A + B), gegebenenfalls impfen
- Analer Abstrich auf Gonokokken und Chlamydien, ggf. auch Harnuntersuchung

Wer mehr als 10 Partner pro Jahr hat, sollte sich alle sechs Monate auf Syphilis, Gonokokken und Chlamydien testen lassen.

Junge Frauen

Junge Frauen bis 25 sollten ein jährliches Chlamydien-Screening in Anspruch nehmen. Dieses wird von der Krankenkasse bezahlt.

Sexarbeiter/innen

alle drei Monate

Heterosexuelle

mit häufig wechselnden Partnern/Partnerinnen

Übersicht: Die wichtigsten STIs

Wir haben uns in dieser Infomappe bewusst auf ausgewählte STIs beschränkt. Es gibt noch andere Krankheiten, die auf sexuellem Weg übertragen werden. Mehr Infos dazu gibt es in der info+ Broschüre „Sexuell übertragbare Infektionen“, die über die DAH zu beziehen ist.

Chlamydien-Infektionen und/oder Gonokokken-Infektionen

SYMPTOME

- Im Rachen und Rektum fast immer symptomlos

Frauen (genitale Infektion)

- Schmerzen beim Geschlechtsverkehr
- eitriger Ausfluss
- unklare Unterbauchschmerzen
- oft symptomlose Verläufe

Männer (genitale Infektion) oft ohne typische Symptome, wenn Symptome dann:

- eitrige Harnröhrentzündung
- Brennen beim Wasserlassen
- Ausfluss (Bonjour-Tropfen bei Gonorrhoe)

Mögliche Folgen

- Unfruchtbarkeit bzw. Zeugungsunfähigkeit
- Früh- und Fehlgeburten
- Gelenkerkrankungen

ÜBERTRAGUNGSWEGE

- direkter Kontakt mit infektiöser Schleimhaut (Harnröhre, Muttermund, After, Mund/Rachen)
- Kontakt mit Körperflüssigkeiten, die solche Zellen enthalten
- Mutter-Kind-Übertragung während der Geburt

THERAPIE

- Antibiotika
- Mitbehandlung des/der Partners/in

SCHUTZMÖGLICHKEITEN

- Gebrauch von Kondomen reduziert das Übertragungsrisiko
- Untersuchung im Rahmen der Schwangerschaftsvorsorge ist Standard

Chlamydien-Infektionen und Gonokokken-Infektionen verlaufen ähnlich, kommen häufig als Doppelinfektion vor und können oftmals nur vom Arzt nach der Labordiagnostik „unterschieden“ werden.

Feigwarzen (Kondylome, Genitalwarzen)

SYMPTOME

- Hautveränderungen v.a. an Penis, Scheide, Anus, bei Immunschwäche auch im Mund
- sichtbar: Wochen bis Monate nach Kontakt mit einer infizierten Person
- oft keine Symptome spürbar

ÜBERTRAGUNGSWEGE

- vaginale und, anale Sexualkontakte
- intensives Petting
- Schmierinfektionen (Kontakt mit verunreinigten Gegenständen, wie Sex-Toys Handtücher, Sauna) seltener, aber möglich
- Mutter-Kind-Übertragung bei der Geburt möglich

THERAPIE

- Operation mit Messer oder Laser
- Verätzen, Vereisen der betroffenen Stellen,
- Immunstimulation der betroffenen Stellen mit Crèmes
- Oft bilden sich die Feigwarzen erneut wieder. Die Behandlung von Kondylomen kann daher langwierig und lästig sein.

BESONDERHEITEN BEI HIV

- Bei fortgeschrittener Immunschwäche eventuell schlechteres Ansprechen auf Therapie.
 - Gefahr von Anal- bzw. Gebärmutterkrebs erhöht
- Empfehlung:** regelmäßige Screening-Untersuchungen

SCHUTZMÖGLICHKEITEN

- Es gibt Impfungen gegen die zwei Papilloma-Virustypen, die für 70 % der Gebärmutterhalskrebs 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 Papillomaviren, die für 90 % der Feigwarzen ursächlich sind.
- Kondome verringern das Risiko nur unvollständig
- Auch während der Therapie besteht Infektiosität, eine Übertragung ist weiterhin möglich

Einige Subtypen der humanen Papillomaviren (HPV) sind Ursache für Feigwarzen, andere Subtypen sind die Ursache für Gebärmutterhalskrebs (und Analkarzinom). Wir fokussieren hier auf die Feigwarzen.

Herpes

SYMPTOME

- Zwei Typen von Herpesviren sind sehr verbreitet, Herpes genitalis vorwiegend im Genital- und Herpes simplex (Lippenherpes) vorwiegend im Oralbereich. Es geht aber auch andersrum.

BEI ERSTMALIGER INFektion:

- Jucken, Kribbeln an der infizierten Körperstelle
- Brennen
- Schmerzen
- Wässrige Bläschen, gehen auf und hinterlassen Geschwüre (Schleimhautdefekte)
- Lymphknotenschwellung
- ggf. Fieber und grippeähnliche Symptome
- Bläschen und Geschwüre heilen von selbst ab, die Viren bleiben jedoch lebenslang in Nervenbahnen erhalten, daher kann die Erkrankung wieder auftreten (Rezidiv)

BESONDERHEITEN BEI HIV

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

ÜBERTRAGUNGSWEGE

- Bläschen können auch an nicht sichtbarer Stelle sein (z. B. am Muttermund)
- Bläschen und Geschwüre sind hochinfektiös, bis sie abgeheilt sind
- Mutter-Kind-Übertragung bei der Geburt ist möglich

THERAPIE

- Je nach Schwere des Krankheitsbildes virushemmende Medikamente als Salbe oder Tabletten.

SCHUTZMÖGLICHKEITEN

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

Syphilis (Lues, Harter Schanker)

SYMPTOME

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

Verlauf in 3 Stadien:

1. Stadium (wenige Tage bis wenige Wochen nach der Infektion)

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

2. Stadium (meist Wochen nach der Infektion, dann in Schüben wiederkehrend)

- Hautausschlag, typisch ist der Ausschlag an Fußsohlen und Handinnenflächen
- spezielle Warzen (Syphilis-Kondylome) z. B. am Anus
- Lymphknotenschwellungen
- Haarausfall möglich,
- Fieber

3. Stadium (nach mehreren Jahren)

- Schäden an großen Blutgefäßen, am Herzen und am Nervensystem

ÜBERTRAGUNGSWEGE

- Der Erreger wird meist in die Schleimhaut eingegeben. Auch eine Infektion der Haut ist möglich, allerdings bedarf es hierzu einer (kleinen) Verletzung.
- Intensiver Kontakt mit Syphilis-Kondylomen oder einem Syphilis-Geschwür
- Oral-, Vaginal- oder Analverkehr (unabhängig von einer Ejakulation).
- Mutter-Kind-Übertragung während der Schwangerschaft möglich

THERAPIE

- In den ersten beiden Stadien ist die Syphilis gut durch Antibiotika heilbar.

BESONDERHEITEN BEI HIV

- bei ausgeprägter Immunschwäche kann es zu beschleunigten oder veränderten Krankheitsverläufen kommen.

SCHUTZMÖGLICHKEITEN

- Gebrauch von Kondomen bei Vaginal- und Analverkehr reduziert das Risiko.
- Latexhandschuhe bei m Fisteln verwenden
- rechtzeitige Diagnose verhindert schwerere Krankheitsverläufe und die Weitergabe des Erregers
- Untersuchung im Rahmen der Schwangerschaftsvorsorge ist Standard

Kapitel 7 Hepatitis

Grundlegendes

Der Begriff „Hepatitis“ bezeichnet in der medizinischen Fachsprache allgemein alle Formen von Leberentzündung. Ursache für eine Hepatitis können neben Viren, Bakterien und Parasiten auch Medikamente, Alkohol, Drogen und giftige Substanzen sein. Auch bei Stoffwechselstörungen, Autoimmunkrankheiten sowie – selten – im Rahmen einer Schwangerschaft kann es zu einer Entzündungsreaktion der Leber kommen.

Virusbedingte Hepatitis

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

Es gibt weitere, allerdings wesentlich selteneren 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.

Oft verläuft eine Virushepatitis ohne oder mit nur schwachen Symptomen und bleibt deshalb un bemerkt. Nicht jede Hepatitis-Erkrankung verursacht

z. B. eine Gelbsucht (Gelbfärbung von Haut und Augenweiß, Stuhl wird heller und der Urin dunkler).

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

Schutzimpfungen

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. Der Impferfolg hält etwa zehn Jahre.

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

Tab.: Übersicht Virushepatitiden

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

HEPATITIS A

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

HEPATITIS B

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

KOSTENTRÄGER

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

BESONDERHEITEN BEI HIV-POSITIVEN

Häufiger als bei HIV-Negativen baut sich kein ausreichender Impfschutz auf. Schlägt eine Impfung nicht an, wird eine Wiederholung mit höherer Dosis in mehreren Schritten empfohlen, bis ein ausreichender Impfschutz erreicht ist.

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

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.

Meldepflicht

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

WEITERE INFORMATIONEN

- *Info+:* *Virushepatitis Deutsche AIDS Hilfe, 2011, DIN A 5*
- *Arbeitsschutz in der Drogen- und Aidshilfe, DAH 2011, Handbuch*
- *Med-Info 68: HIV und Hepatitis B, DIN A 5, 2011*
- *Med-Info 67: : HIV und Hepatitis C, DIN A 5, 2011*
- *Schütz dich vor HIV und HEP, DAH 2011, DIN A 6*

Alle Broschüren können beim Versand der Deutschen AIDS-Hilfe e.V. (www.aidshilfe.de) kostenlos angefordert werden. Auch vergriffene Exemplare können online gelesen und ausgedruckt werden.

Hepatitis A

INKUBATIONSZEIT

meist 3–4 Wochen

SYMPTOME

Die Infektion verläuft häufig ohne typische Symptome.

Wenn Symptome, dann folgende:

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

KRANKHEITSVERLAUF

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

ÜBERTRAGUNGSWEG

- Hauptübertragungsweg ist fäkal-oral.
- Meist wird Hepatitis A über verunreinigte Lebensmittel, Trinkwasser oder Muscheln übertragen.
- Beim Sex kann jeder Kontakt zwischen Anus und Mund (auch mittelbar über Finger oder Faust) ein Ansteckungsrisiko bergen. Bei Rimming (Arschlecken) oder „Kaviar“ (Verzehr von Kot) ist das Risiko besonders groß; es reicht allerdings schon aus, mit dem Finger in die Arschfalte zu kommen und den Finger danach in den Mund zu bekommen.

THERAPIE

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

SCHUTZMÖGLICHKEITEN

Eine Impfung ist der beste Schutz

weitere Schutzmöglichkeiten:

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

Hepatitis B

INKUBATIONSZEIT

meist 2–3 Monate

SYMPTOME

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

KRANKHEITSVERLAUF

Chronischer Verlauf: Bei ca. 5% der Erwachsenen mit intaktem Immunsystem entwickelt sich ein chronischer Verlauf. Langzeitfolgen können Leberzirrhose und Leberkrebs sein.

ÜBERTRAGUNGSWEGE

Hauptübertragungswege sind Blut und Sex.

Das Hepatitis-B-Virus (HBV) ist in der Umwelt wesentlich robuster als HIV und leichter übertragbar. Daher reicht Safer Sex als Schutz nicht aus, auch wenn dadurch das Risiko erheblich verringert werden kann. Ein Infektionsrisiko besteht bei:

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

Mutter-Kind-Übertragung möglich

- über Schwangerschaft, Geburt, Muttermilch

THERAPIE

akute Infektion

- keine ursächliche Behandlung möglich
- Schonung bei Krankheitsgefühl

chronische Infektion

- Langwierige Therapie über Monate und Jahre ohne Garantie auf Heilungserfolg

SCHUTZMÖGLICHKEITEN

Eine Impfung ist der beste Schutz

Weitere Schutzmöglichkeiten:

- Safer Sex (nur begrenzt wirksam)
- Safer Use
- Hepatitis-B-PEP nach Risikokontakt (passive und aktive Impfung)

Hepatitis C

INKUBATIONSZEIT

1–6 (meist 1,5) Monate

SYMPTOME

häufig (75 %) ohne Symptome
ansonsten die bei Hepatitis A genannten Symptome

KRANKHEITSVERLAUF

- bei 60-80 % wird die Erkrankung chronisch
- Bei chronischem Verlauf nach Jahren bis Jahrzehnten Entwicklung einer Leberzirrhose und Risiko für Entstehung von Leberkrebs

ÜBERTRAGUNGSWEGE

Übertragung über Blut-Blut-Kontakt.
Geringe Mengen Blut reichen bereits für eine Übertragung aus. Häufigste Übertragungswege sind:

- bei Drogengebraucher/innen: gemeinsamer Gebrauch von **Spritzbestecken und Zubehör!** (siehe Kap. 11, Safer use)
- bei Schnupfdrugs gemeinsame Verwendung des Röhrchens (Blutstropfen aus der Nase)
- gemeinsames Benutzen von Toilettenartikeln, die mit Blut in Kontakt gekommen sind (Rasierer usw.)
- unsauberes Piercen, Tätowieren, Ohrlochstechen
- Stichverletzungen des Personals bei OP's,

Bei sexuellen Kontakten in bestimmten Fällen möglich:

- Sexualpraktiken, bei denen es härter zugeht und bei denen es zu Blut-Blut-Kontakt kommen kann.
- Blut (mit Hepatitis C Viren) kann z. B. bei Gruppensex beim Fisten von einem Gefisteten auf den anderen Gefisteten über den Handschuh des aktiv Fistenden übertragen werden.
- Menschen mit HIV haben ein größeres Risiko haben, sich beim Sex mit HCV zu infizieren.

Mutter-Kind-Übertragung bei der Geburt möglich

- Übertragungsrate: 2–7 %

THERAPIE

Die Behandlungsmöglichkeiten der HCV-Infektion haben sich in den letzten Jahren deutlich verbessert. Neue und nebenwirkungsärmere Medikamente werden in den nächsten Jahren erwartet.

Kombinationstherapie mit Interferon und anderen Substanzen je nach Virustyp über 3- 18 Monate.

SCHUTZMÖGLICHKEITEN

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

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

Kapitel 8

HIV-Test

„Kann ich mich mit HIV infiziert haben?“ Diese Frage stellen sich viele Menschen, die Kontakt zur Aids-hilfe aufnehmen. Ein HIV-Test kann Klarheit schaffen. Wenn man tatsächlich infiziert ist, bringt es große gesundheitliche Vorteile mit sich, darüber Bescheid zu wissen. Durch eine rechtzeitige HIV-Therapie kann AIDS dauerhaft verhindert werden. Wird eine Infektion hingegen erst spät erkannt, hat das Virus dem Körper oft schon schweren Schaden zugefügt. Das lässt sich durch einen rechtzeitigen Test und eine Therapie vermeiden!

Gründe für den HIV-Test

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

Gründe gegen den HIV-Test

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

Die Frage, ob ein HIV-Test durchgeführt werden sollte, ist abhängig von der individuellen Risikosituation und setzt die freiwillige Entscheidung des/der Einzelnen voraus. Wichtig ist, dass den Ratsuchenden Hilfestellung und aktuelle Informationen gegeben werden, 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!

Rechtliches

Informierte Einwilligung

Der HIV-Test ist ein diagnostischer Eingriff, für den besondere Bedingungen gelten. Wie auch andere medizinische Untersuchungen darf er nur mit Zustimmung der betroffenen Person 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 kann. Deshalb sollte jeder Durchführung eines HIV-Tests eine Beratung vorausgehen.

Untersuchungen auf HIV ohne Einverständnis der betreffenden Person sind gemäß der gegenwärtigen Gesetzeslage verboten: Ein solcher Eingriff braucht die Zustimmung des Patienten/der Patientin. Es darf 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 untersucht wird. Ungefragt zu testen erfüllt den Straftatbestand einer Körperverletzung.

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

HIV-Testverfahren

Direkter und indirekter Virusnachweis

Die HIV-Infektion kann durch direkte oder indirekte Tests nachgewiesen werden. Bei direkten Tests wird nach dem Virus oder nach Virusbestandteilen gesucht. Dies ist beim Antigennachweis (p24) und beim Nukleinsäurenachweis (z. B. PCR) der Fall.

Indirekte Tests sind der Antikörpersuchtest (z. B. Elisa, Schnelltests) und der Antikörperbestätigungstest, da hier eben nicht nach dem Virus direkt, sondern nach den Antikörpern gesucht wird.

Nachweismethode: HIV-Antikörpertest und p24/Antikörper-Kombinationstest

Der HIV-Antikörpertest ist das gebräuchlichste Verfahren zum Nachweis einer HIV-Infektion. Er weist die Subtypen HIV-1 und HIV-2 nach. Zurzeit werden überwiegend Suchtests der so genannten „vierten Generation“ eingesetzt. Diese weisen zusätzlich zu HIV-Antikörpern auch Virusbestandteile (z. B. p24-Antigen) nach und werden deswegen Kombinationstests genannt. Der Zusatznutzen des p24-Anteils im Test ist gering, das diagnostische Fenster von 12 Wochen verkürzt sich nicht.

Der Antikörper-Anteil des Tests besteht aus einem ELISA (Enzyme Linked Immuno Sorbent Assay) und fahndet 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.

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

Der Preis dieser hohen Empfindlichkeit ist, dass der Test in einigen Fällen „überreagiert“, auch wenn keine HIV-Infektion vorliegt, z. B. wenn andere Antikörper (z. B. Rheumafaktoren) vorhanden sind. Der Test zeigt dann eine Reaktion, obwohl keine HIV-Infektion vorliegt. Deswegen muss jedes positive (reaktive) Ergebnis eines Suchtests mit einem Bestätigungstest kontrolliert werden.

Bestätigungstest: Western-Blot

Die Stärke des Bestätigungstests liegt in der höheren Spezifität. Das ist die Fähigkeit, HIV-negative Proben als negativ zu erkennen. Dieser Test wird aus der gleichen Blutprobe durchgeführt wie der Suchtest zuvor. Erst nach der Durchführung eines Bestätigungstests darf ein positives Testergebnis 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.

Schnelltests

Dieser Begriff führt zu Missverständnissen. Man kann eine Infektion nicht früher – im Sinne von schneller nachweisen. Es bleibt bei den 12 Wochen nach Risikokontakt. Schnelltest meint lediglich, dass das Ergebnis von der Blutentnahme bis zum Ergebnis schnell (schon nach 5 bis 30 Minuten) vorliegt.

Ein Vorteil der Schnelltests liegt darin, dass normalerweise über 95% der Klienten ihr negatives Ergebnis sofort erhalten (denn die allermeisten Klienten sind glücklicherweise HIV-negativ). Und wenn sie in den letzten 3 Monaten keine Risiken eingegangen sind, ist das negative Ergebnis sicher.

Problem bei den Schnelltests ist, dass es sie nur in Form von Suchtests, aber nicht als Bestätigungstest gibt. Ein reaktives (positives) Schnelltestergebnis bedarf deshalb immer der Bestätigung durch den Bestätigungstest (Western Blot). Somit muss man 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.

Zuverlässigkeit/Sicherheit des Ergebnisses

Die modernen HIV-Antikörpertests sind sehr zuverlässig. 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.

Der PCR-Test

PCR steht für Polymerase-Chain-Reaction. Mit dieser Nachweismethode wird Nukleinsäure des HIV-Virus erfasst, vervielfältigt und gemessen. Dieser Test ist bei speziellen Fragestellungen sinnvoll, z. B. bei Verdacht auf eine akute HIV-Infektion oder bei unklaren Antikörpertestergebnissen. Die PCR wird normalerweise nach einem positiven Antikörpertest zur Bestimmung der Höhe der Viruslast sowie später zur Therapiekontrolle eingesetzt.

Gründe gegen den PCR-Test

Der PCR-Test ist zum Ausschluss einer HIV-Infektion aus folgenden Gründen weniger gut geeignet:

- Die in Deutschland gängigen PCR weisen zwar HIV-1, nicht aber HIV-2 nach. Auch bei seltenen HIV-1-Subtypen hat die PCR ihre Schwierigkeiten. Knapp 1% aller HIV-Infektionen würden mit einem PCR-Suchtest nicht oder schlecht erfasst (falsch-negatives Ergebnis)
- Keine Methode, auch nicht die PCR ermöglicht den sofortigen Nachweis einer HIV-Infektion. Die PCR kann eine Infektion nur ca. 3–4 Tage früher als die Kombinationstests der 4. Generation nachweisen.
- Liegt keine medizinische Indikation (z. B. typische Krankheitszeichen einer akuten HIV-Infektion) vor, muss der/die Ratsuchende die Kosten (80,- bis 150,- €) dafür meist privat tragen

Eine PCR sollte nach Möglichkeit von einem HIV-Spezialisten durchgeführt werden, damit der Zeitpunkt richtig gewählt und die Ergebnisse richtig interpretiert werden.

Das diagnostische Fenster

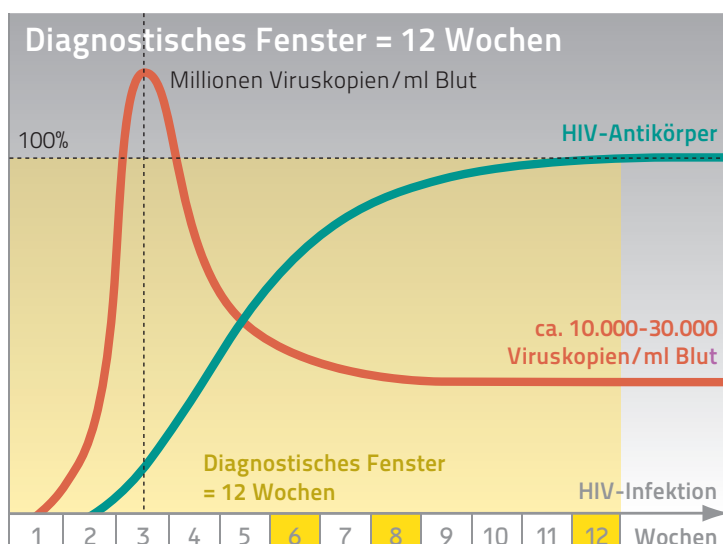
Sowohl Antikörper als auch Virusbestandteile sind erst einige Zeit nach der Ansteckung nachweisbar, so dass es einen Zeitraum gibt, in dem eine Person bereits infiziert ist, aber kein HIV-Test auf die vorliegende Infektion reagiert. Dieser Zeitraum wird als „diagnostische Lücke“ bezeichnet.

Zwei Zeitpunkte innerhalb des diagnostischen Fensters sind wichtig:

- Der Zeitpunkt, ab dem man frühestens eine HIV-Infektion nachweisen kann
- Der Zeitpunkt, ab dem man zuverlässig eine HIV-Infektion ausschließen kann.

In der Beratung spielt meistens der zweite Zeitpunkt eine Rolle: Um eine HIV-Infektion auszuschließen nutzt man den HIV-Antikörper-Test, da er das zuverlässigste Testverfahren ist und alle HIV-Subtypen abdeckt. Die Bildung der Antikörper dauert bei verschiedenen Menschen unterschiedlich lange (siehe Grafik). Haben sich nach 12 Wochen noch immer keine HIV-Antikörper gebildet, hat man ein zuverlässiges HIV-negatives Testergebnis.

Manche Ratsuchende stehen so unter psychischen Druck, dass sie nicht 12 Wochen warten können oder wollen. Solchen Menschen kann man vorschlagen, schon nach 6 Wochen einen HIV-Antikörpertest zu machen, denn bei wahrscheinlich über Dreiviertel der Menschen haben sich nach 6 Wochen HIV-Antikörper gebildet, wenn sie sich tatsächlich mit HIV-Infiziert haben. Ratsuchende haben dann schon mal ein „Zwischenergebnis“, das sie eventuell beruhigen kann. Trotzdem bleibt es dabei: Endgültige Klarheit bringt erst der Test nach drei Monaten.



ANTIKÖRPERBILDUNG:

12 Wochen: Antikörper (AK) sind 12 Wochen nach Risiko bei allen Personen nachweisbar. Ausnahmen sind extrem selten.

Nach 8 Wochen: AK sind wahrscheinlich bei > 95 % der Infizierten nachweisbar.

Nach 6 Wochen: AK sind bei den meisten Personen nachweisbar (Einschätzungen gehen von > 60 % bis zu ca. 90–95 %. Genaue Studien/Daten gibt es nicht).

GENAUERE INFORMATIONEN

- zu verschiedenen HIV-Testmethoden und deren Einsetzbarkeit in der Broschüre „HIV- und STI-Tests 2012“

Wo kann man sich testen lassen?

DER TEST IM GESUNDHEITSAMT

In Gesundheitsämtern wird der Test kostenlos oder gegen eine geringe Gebühr von 10–15 € angeboten, das ist von Bundesland zu Bundesland unterschiedlich. Der größte Vorteil ist, dass der Test anonym durchgeführt wird. Es gibt Gründe sich anonym testen zu lassen, denn ein „aktenkundiges“ positives Testergebnis kann Konsequenzen haben, z. B. bei späteren Versicherungsabschlüssen. Wer die Kontrolle über das Wissen um sein HIV-positives Testergebnis behalten möchte, sollte die Form des anonymen Tests wählen.

In Gesundheitsämtern wird außerdem sichergestellt, dass positive Ergebnisse immer bereits durch einen Bestätigungstest abgesichert sind.

DER TEST IM DER AIDSHILFE

In den letzten Jahren haben immer mehr Aidshilfen eigene Testangebote etabliert. Auch dort wird der Test anonym und kostenlos oder gegen eine geringe Gebühr angeboten. In Aidshilfen werden häufig Schnelltests angeboten. Das heißt, dass die Zeit zwischen Test und Ergebnismitteilung sehr kurz ist. Es handelt sich dabei um einen Suchtest. Wenn er reaktiv (positiv) ausfällt, muss noch ein Bestätigungstest erfolgen.

DER TEST DIREKT IM LABOR

Man kann sich auch direkt an private Labore wenden, muss dort aber für die Untersuchung bezahlen. Vorteil ist, dass man hier in der Regel nicht lange auf das Testergebnis warten muss. Dafür muss man zwei Nachteile in Kauf nehmen:

- es erfolgt keine ausführliche Beratung und widerspricht damit oftmals den Grundsätzen der Testdurchführung.
- es wird lediglich das unter Umständen reaktive (positive) Suchtest-Ergebnis mitgeteilt. Das heißt, es muss dann noch ein Bestätigungstest gemacht werden

DER TEST BEIM HAUSARZT/ BEI DER HAUSÄRZTIN

Grundsätzlich kann jeder Hausarzt den HIV-Test durchführen. Bei Verdacht auf eine HIV-Infektion, z. B. nach Risikokontakt oder wenn Symptome vorliegen, kann der HIV-Test über die Krankenkasse abgerechnet werden. Der Test wird namentlich durchgeführt, das Ergebnis wird in der Patientenakte festgehalten.

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. Eine Testung zu einem früheren Zeitpunkt bringt kein sicheres HIV-negatives Ergebnis.

Sonstige Aspekte

HEIMTESTS

Im Internet werden Schnelltests als „Heimtests“ angeboten, die in Deutschland nicht zugelassen sind. Ihr Vertrieb ist illegal. Mit der Anwendung dieser Heimtests sind erhebliche Probleme verbunden:

- Es werden z. T. qualitativ schlechte und nicht in der EU zugelassene Tests angeboten
- Sie erfordern ein hohes Geschick in der Durchführung, durch falsche Anwendung kann eine hohe Fehlerquote entstehen
- bei einem solchen Test wird man ohne Bestätigungstest mit dem möglicherweise falschen positiven Ergebnis konfrontiert.

Deshalb raten wir vom Gebrauch von Heimtests dringend ab.

HIV-TESTS BEI MINDERJÄHRIGEN

Personen, die sich testen lassen wollen, müssen – unabhängig vom Alter – einwilligungsfähig sein. Dies gilt auch für Erwachsene. Bei Jugendlichen geht man generell davon aus, dass die Einwilligungsfähigkeit bei über 16-jährigen meist gegeben ist. Die HIV-Testung von unter 16-jährigen sollte nach Möglichkeit nicht ohne Zustimmung der Eltern durchgeführt werden.

HIV-TESTS BEI BERUFLICHEN EINSTELLUNGEN

Es gibt keine Verpflichtung, dem Arbeitgeber vor Antritt einer Arbeitsstelle mitzuteilen, dass man HIV-positiv ist. Ähnlich wie bei der Frage nach einer Schwangerschaft ist man nicht verpflichtet, dem Arbeitgeber die Wahrheit zu sagen.

Auch eine Testung auf HIV durch den Arbeitgeber ist nicht zulässig (Ausnahme: Piloten, Chirurgen und andere operativ tätige Arztgruppen)

- HIV-Tests dürfen nur mit Einwilligung der Bewerber/innen vorgenommen werden.
- Betriebsärzte/-ärztinnen unterliegen grundsätzlich der ärztlichen Schweigepflicht.
- Dem Arbeitgeber darf vom Betriebsarzt nur mitgeteilt werden, ob gesundheitliche Bedenken gegen deren Einstellung bestehen, nicht aber, ob der oder die Bewerber/in HIV-positiv ist.
- 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 (nach rechtlich vorgeschriebener Tauglichkeitsprüfung),
- Problematisch sind Berufe mit Reisetätigkeit in Länder, in denen es Einreisebeschränkungen für Menschen mit HIV gibt.

TESTS VOR MEDIZINISCHEN EINGRIFFEN

Generell gilt: Ein HIV-Antikörpertest ohne die Einverständniserklärung des Patienten/der Patientin ist nicht zulässig. In einigen Kliniken und Krankenhäusern wird der Test heimlich durchgeführt. Dies ist ebenfalls nicht zulässig.

TEST IN DER SCHWANGERSCHAFT

Der HIV-Test ist Bestandteil der Regelleistungen in der Schwangerschaftsvorsorge. Seit 2008 sind 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 nicht 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 Beratungsgesprächs 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.

BLUTSPENDEN

Der Gang zum Blutspenden ist kein Ersatz für einen HIV-Test. Wer zur Blutspende geht, sollte sich sicher sein, sich in der Vergangenheit nicht infiziert zu haben.

Blutspender werden in einer zentralen Datei erfasst und namentlich registriert. Unter Umständen könnten strafrechtliche Konsequenzen drohen wenn die Infektion wissentlich 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.

Kapitel 9

Therapie der HIV-Infektion

Hinweise zu medizinischer Beratung und Therapieberatung in Aidshilfen

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

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

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

Alle nachfolgenden Informationen sind daher nur als Hintergrundwissen gedacht.

Die Therapie der HIV-Infektion Verlauf mit Therapie

VIRUSLAST UND HELFERZELLEN

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

Um den Zustand des Immunsystems festzustellen, wird die Zahl der Helferzellen (auch CD 4-Zellen genannt) im Blut gemessen. Diese Zellen koordinieren

die Abwehraktivitäten des Immunsystems. Normalwerte sind 500–1.500 Helferzellen/ 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.

Durch die Einnahme von Medikamenten kann die Viruslast gesenkt werden, das Immunsystem kann sich erholen und die Helferzellen können wieder ansteigen.

DIE ANTIRETROVIRALE THERAPIE

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

Mittlerweile stehen über 20 antiretrovirale Medikamente zur Verfügung. Da HIV gegen ein einzelnes Medikament 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 anders darüber. Die Medikamente sind besser geworden und man weiß, dass die HIV-Infektion auch in der asymptomatischen Phase Organschäden verursacht (z. B. an Nerven, Niere, Gefäßen) und auch das Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen erhöht.

Aktuelle Therapieleitlinien sehen daher vor, mit der Therapie zu beginnen, bevor die Helferzellen unter 350/ml absinken. In besonderen Situationen (z. B. bei

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 sinnvoll ist, 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 eine fast normale Lebenserwartung haben kann – allerdings muss man mit den derzeit verfügbaren Medikamenten lebenslang behandeln.

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 Rückschläge hinnehmen müssen. Aus verschiedenen Gründen ist es extrem schwierig, einen schützenden Impfstoff zu entwickeln. Es gibt verschiedene Subtypen des HIV-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.

WEITERE INFORMATIONEN

- *Aktuelle Liste der antiretroviralen Medikamente:* www.aidshilfe.de
- *Leben mit HIV – Medizinische Infos – Medikamente*
- *INFO+ Broschüre „Kombinationstherapie“; DIN A 5, 100 Seiten, 2011, Bestellnummer 026014*
- *Broschüre „Therapie?“, DIN A 6, 2012*

Kleines Wörterbuch der HIV-Therapie

Adhärenz

zu deutsch “Therapietreue” bezeichnet die Fähigkeit, den Therapieanforderungen zuverlässig nachzukommen, z. B. die Medikamente regelmäßig einzunehmen

ART

Antiretrovirale Therapie: Medikamentöse Behandlung, die die Vermehrung von HIV möglichst vollständig und dauerhaft unterdrückt.

Asymptomatische Phase

Phase der HIV-Infektion, in der die Schädigung des Immunsystems für Betroffene noch unbemerkt verläuft

CCR5-Rezeptor

Korezeptor, den HIV – neben dem CD4-Rezeptor – für den Eintritt in die Zelle nutzen kann

CXCR4-Rezeptor

Korezeptor, den HIV – neben dem CD4-Rezeptor – für den Eintritt in die Zelle nutzen kann

Compliance

s. Adhärenz

Fusionsinhibitoren

eine Medikamentenklasse der ART, die das Verschmelzen (Fusion) der Virushülle mit der Zielzelle verhindert.

HAART

Hoch aktive ART. Früher verwendet, um zwischen einer eher „starken“ und effektiven Behandlung und einer „mildereren“ Behandlung zu unterscheiden. Die heutigen Medikamentenkombinationen sind alle stark wirksam, daher wird die Unterscheidung zwischen ART und HAART überflüssig.

Helferzellen

T4-Zellen oder CD4-Zellen: „Leitzentrale“ des Abwehrsystems. Tragen CD4-Rezeptoren. 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 gibt Auskunft über den Zustand des Immunsystems. Anhand der Zahl der Helferzellen wird entschieden, wann mit der Therapie begonnen werden sollte.

Integrase-Inhibitoren

Verhindern den Einbau (Integration) der Virus-Erbsubstanz in die menschliche Erbsubstanz

Kombinationstherapie

Behandlung mit einer Kombination von mehreren antiretroviralen Medikamenten (meist 3, manchmal auch mehr).

Kreuzresistenzen

Wenn HIV bei Resistenz gegen ein Medikament auch gegen ein anderes, bisher noch nicht eingesetztes Medikament, resistent ist, spricht man von Kreuzresistenz.

Late Presenter

Patienten, die den optimalen Zeitpunkt für den Therapiebeginn verpasst haben. Folge sind erhöhte Morbidität und erhöhte Mortalität (Verlust an Lebensjahren). Ein rechtzeitiger HIV-Test kann die Zahl der Late Presenter senken!

NNRTI

Nicht-Nukleosidale Reverse Transkriptase Inhibitoren. Verhindern die Umschreibung der HIV-Erbsubstanz in DNA-Erbsubstanz.

NRTI

Nukleosidale Reverse Transkriptase Inhibitoren. Verhindern die Umschreibung der HIV-Erbsubstanz in DNA-Erbsubstanz.

Opportunistische Infektionen

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.

Proteaseinhibitoren

Verhindern die Reifung der in der Zelle neu gebildeten Viren.

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 können übertragen werden, dies geschieht bei 5–10% aller Neuinfektionen. Daher soll vor dem Beginn einer Therapie immer ein Resistenztest durchgeführt werden.

Resistenztestung

Verfahren, mit dem nachgewiesen werden kann, ob HIV gegenüber einzelnen antiretroviralen Substanzen empfindlich – oder resistent – ist. Wird vor Beginn einer Therapie bzw. bei Versagen einer Therapie durchgeführt.

Therapiebeginn

Idealerweise sollte die Therapie gestartet werden, bevor Symptome oder AIDS auftreten. 350 Helferzellen/ μ l sollen nicht unterschritten werden. Bei Begleiterkrankungen soll auch schon bei 500 Helferzellen begonnen werden.

Wenn Symptome der HIV-Infektion auftreten oder das Stadium AIDS erreicht ist (unabhängig von der Höhe der Helferzellen), sollte die Therapie dringend begonnen werden. Der optimale Zeitpunkt ist allerdings verpasst.

Therapiepause

Unterbrechung der antiretroviralen Behandlung. Nach wenigen Tagen steigt die Viruslast wieder stark an – ähnlich wie in der akuten Infektion. Therapiepausen erhöhen sowohl Morbidität als auch Mortalität bei HIV-Patienten. Auch die Infektiosität steigt stark an. Heute werden Therapiepausen daher nicht mehr empfohlen.

T4-Zelle

Siehe Helferzelle

Viruslast

Anzahl der Viruskopien pro Milliliter Blut. Gibt Auskunft über Verlauf der Infektion und die Infektiosität.

Bei antiretroviraler Therapie gibt die Viruslast Auskunft darüber, ob und wie erfolgreich die Therapie wirkt. Ziel der Therapie ist es, die Viruslast unter die technische Nachweisgrenze zu senken.

Medikamente gegen HIV auf einen Blick (Stand: Februar 2012)

| HANDELSNAME | WIRKSTOFF(E) | ABKÜRZUNG |
|---|---------------------------------------|-----------------|
| Nukleosidanalogue/Nukleotidanalogue Reverse-Transkriptase-Inhibitoren NRTI | | |
| Emtriva® | Emtricitabine | FTC |
| Epivir® | Lamivudin | 3TC |
| Retrovir® | Zidovudin | AZT |
| Videx® | Didanosin | ddI |
| Viread® | Tenofovir | TDF |
| Zerit® | Stavudin | d4T |
| Ziagen® | Abacavir | ABC |
| Nicht-Nukleosidale-Reverse-Transkriptase-Hemmer NNRTI | | |
| Edurant® | Rilpivirin | RPV |
| Intelence® | Etravirin | ETV |
| Sustiva® (Deutschland) Stocrin® (Österreich u. Schweiz) | Efavirenz | EFV |
| Viramune XR® | Nevirapin | NVP |
| PI Protease-Inhibitoren | | |
| Aptivus® | Tipranavir | TPV |
| Invirase® | Saquinavir | SQV |
| Kaletra®, Aluvia™ (Entwicklungsländer) | Lopinavir + Ritonavir | LPV |
| Prezista® | Darunavir | DRV |
| Reyataz® | Atazanavir | ATV |
| Telzir® (Europa), Lexiva® (USA) | Fosamprenavir | FPV |
| Viracept® | Nelfinavir | NFV |
| Entry-InhibitorEN | | |
| Fuzeon® | Enfuvirtide | ENF |
| Celsentri®, Selzentry™ (USA) | Maraviroc | MVC |
| Integrase-inhibitoren | | |
| Isentress® | Raltegravir | RAL |
| Kombinationspräparate | | |
| Atripla® | Tenofovir + Emtricitabin + Efavirenz | TDF + FTC + EFV |
| Combivir® | Lamivudin + Zidovudin | 3TC + AZT |
| Eviplera® (Europa), Complera™ (USA) | Tenofovir + Emtricitabin + Rilpivirin | TDF + FTC + RPV |
| Kivexa® (Europa), Epzicom™ (USA) | Lamivudin + Abacavir | 3TC + ABC |
| Trizivir® | Lamivudin + Zidovudin + Abacavir | 3TC + AZT + ABC |
| Truvada® | Tenofovir + Emtricitabin | TDF + FTC |
| Booster (Wirkverstärker für antiretrovirale Medikamente) | | |
| Norvir® | Ritonavir | RTV |

Kapitel 10

Leben mit HIV

Was heißt das: Leben mit HIV? Vor 30 Jahren gab es darauf im Grunde nur eine Antwort: die Ansteckung mit HIV führt innerhalb weniger Jahre zum Ausbruch von AIDS und damit zum Tod. (Die Radikalität der frühen Präventionsbotschaften erscheint nur im Hinblick auf dieses „den Tod vor Augen haben“ heute noch nachvollziehbar.) Aber diese Antwort gilt auch heute noch für diejenigen Menschen, die sich nicht einer Antiretroviralen Behandlung (ART) unterziehen (können) bzw. keinen Zugang dazu haben, wie es in vielen Ländern der Dritten Welt für einen Großteil der Bevölkerung der Fall ist.

Hierzulande wie in nahezu allen westlichen, reichen Ländern bedeutet die Ansteckung mit dem HIV-Virus heute, sich eine chronische Krankheit zuzuziehen, die nicht heilbar, aber mittlerweile zumindest gut behandelbar ist: die Lebenserwartung der Infizierten, bei denen die Infektion frühzeitig erkannt wird und die rechtzeitig ärztliche Betreuung in Anspruch nehmen können, nähert sich immer mehr der Lebenserwartung Nichtinfizierter an.

Während die Medikamente, die Anfang der Neunziger Jahre innerhalb kürzester Testzeit eingesetzt wurden, meist zahlreiche, schwerwiegende und oft unabsehbare Nebenwirkungen hatten – und dazu in oft zweistelliger Stückzahl zu ganz bestimmten Zeitpunkten einzunehmen waren –, sind heute die neuesten Therapiemöglichkeiten Kombinationspräparate, die einmal täglich in Form einer bis drei Tabletten z. B. vor dem Schlafengehen eingenommen werden können. Die Lebensqualität stark beeinträchtigende Nebenwirkungen der ART wie z. B. die Lipodystrophie (Fettverteilungsstörung), die die Betroffenen sichtbar durch eingefallene Wangen oder Stiernacken stigmatisieren, können mittlerweile durch verbesserte Medikamente vermieden werden. Vorübergehende Nebenwirkungen wie Hautausschläge, Durchfall, Müdigkeit oder Langzeitnebenwirkungen wie Leber- und Nierenschädigungen spielen jedoch auch heute – je nach Präparat und individueller Disposition – eine mehr oder weniger wichtige Rolle im Leben der Behandelten.

Mit dem Durchbruch der Medizin hinsichtlich einer kontinuierlichen und effektiven Behandelbarkeit der HIV-Infektion hat sich das eindeutige Bild von AIDS zu den vielfältigen Bildern vom Leben mit HIV gewandelt – zumindest hinsichtlich Lebenserwartung und auch Lebensqualität der Positiven. Schätzungen zufolge befinden sich in Deutschland bis zu drei Viertel aller diagnostizierten Positiven in medikamentöser Therapie. Deren moderate Handhabung ermöglicht einem Großteil der Betroffenen ein nahezu beschwerdefreies Leben. Nahezu zwei Drittel aller Infizierten stehen im Berufsleben. Die Normalisierung des Lebens mit HIV ergreift immer mehr Bereiche. Nicht nur wird eine positive Frau heute zu 99% gesund ein Kind zur Welt bringen – sondern auch auf natürlichem Wege empfangen können: kürzlich haben Studienergebnisse die Nicht-Infektiosität HIV-Positiver unter erfolgreicher Therapie erneut bestätigt; von dieser Präventionsmethode geht eine Schutzwirkung von mindestens 96% aus (die Therapie übertrifft damit das herkömmliche Kondom an Effektivität!).

Dass neue Bilder vom Leben mit HIV bislang in der Öffentlichkeit nicht oder nur kaum präsent sind, liegt wahrscheinlich mitunter daran, dass es nach wie vor wenig HIV-Positive gibt, die offen mit ihrer Infektion leben. Nach wie vor sind es – auf beiden Seiten – Ängste, die das Leben mit HIV erschweren oder seelisch und psychisch behindern. Diskriminierung und Stigmatisierung im privaten und beruflichen Umfeld hindern Menschen mit HIV daran, ihr Leben als so „normal“ leben und erleben zu können, wie es dank der Medizin heute möglich wäre. Weder die Konsequenzen des Verschweigens der Infektion noch die ihres Offenlegens erscheinen angesichts der heute möglichen Lebenserwartung vom Einzelnen in irgendeiner Weise ein- oder abschätzbar.

Dem Nichtwissen über Übertragungswege und –risiken ist heute zwar auf faktischer Ebene leichter zu begegnen – Aidshypochondern ist mit epidemiologischen Zahlen jedoch auch nicht geholfen. Fakten können allerdings allgemein die heutige Lage ins Bewusstsein rufen: Etwa 70.000 Menschen le-

ben heute mit dem HIV-Virus in Deutschland, 3.000 haben sich 2011 neu infiziert – Männer, die Sex mit Männern haben sind hier mit rund 73% die immer noch am stärksten betroffene Gruppe. Die schillern-de Bandbreite der Betroffenen ist dabei jedoch gar nicht abzumessen. Langzeitpositive stehen mit einer über ein Vierteljahrhundert durch AIDS-Ängste und Schwulenfeindlichkeiten geprägten Biografie neben aktiven und offen lebenden Jungpositiven. Drogengebrauchende, Menschen aus Hochprävalenzländern und Sexarbeiterinnen zählen zwar zu den am meisten gefährdeten Gruppen – aber sie alleine werden das Feld des Lebens mit HIV heute nicht abdecken. Dazu kommt diejenige Gruppe Infizierter, die aus den unterschiedlichsten Gründen erst spät erkannt werden und von den positiven Langzeitwirkungen der Therapie nicht profitieren können, sondern im Gegenteil oft spät erst im Krankenhaus mit ihrem Testergebnis konfrontiert werden. Wenn man weiß, dass es zu aidsdefinierenden Erkrankungen wie dem bekannten und offensichtlichen Kaposi-Sarkom, zur Toxoplasmose des Gehirns oder auch zur Lungenentzündung Pneumocystis-Pneumonie heute nicht mehr kommen müsste, stellt sich automatisch die Frage, warum es zu den geschätzt 760 Aids-Erkrankungen pro Jahr kommt.

Auch wenn die HIV-Inzidenz dank institutionalisierter Prävention nicht steigt – die Zahl der Menschen, die heute mit HIV leben, wird es vorläufig weiterhin tun. Die Prävalenz steigt stetig an. Eine Tatsache, die die (auch politische) Auseinandersetzung mit dem Leben mit HIV heute mehr als denn je notwendig macht – und damit die Palette dieser unterschiedlichen, vielfarbigen Bilder mit HIV hoffentlich in die Öffentlichkeit rücken lässt.

Leben mit HIV – rechtliche Aspekte

HIV und Sexleben

MUSS EIN POSITIVER/EINE POSITIVE DEM SEXPARTNER SAGEN, DASS ER/SIE POSITIV IST?

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

UNGESCHÜTZTER SEX

Menschen mit HIV machen sich strafbar, wenn sie ungeschützten Sex haben und der Partner beziehungsweise die Partnerin nichts von ihrer Infektion weiß. Hier ist die Rechtslage eindeutig.

Die absichtliche oder fahrlässige Weitergabe von HIV wird nach deutschem Recht als Körperverletzung eingestuft. Geurteilt wird nach den Paragrafen 223 und 224 des Strafgesetzbuches. Ungeschützter Sex, der keine Infektion nach sich zieht, gilt als versuchte Körperverletzung, kann also ebenfalls zu einer Verurteilung führen. Die Gerichte bewerten zur Zeit unterschiedlich, ob bei kondomlosen Sex und einer Viruslast unter der Nachweisgrenze eine Gefährdung des Partners/der Partnerin vorliegt oder nicht. Ob tatsächlich eine Strafe verhängt wird, hängt auch davon ab, ob der oder die HIV-Negative von der HIV-Infektion seines Gegenübers gewusst und eingewilligt hat, ungeschützten Sex zu haben. Wird in der Partnerschaft einvernehmlich auf Kondome verzichtet, sollte man die Vereinbarung vor Zeugen treffen oder dokumentieren.

Achtung: In vielen anderen Ländern ist ungeschützter Sex von HIV-Positiven mit HIV-Negativen generell strafbar – sogar wenn der oder die Negative ausdrücklich auf Schutz verzichtet (zum Beispiel in Österreich).

SEX OHNE KONDOM BEI VIRUSLAST UNTER DER NACHWEISGRENZE

Wenn Menschen mit HIV eine gut funktionierende Kombinationstherapie einnehmen und sich in ihrem Blut dauerhaft keine HIV-Viren mehr nachweisen lassen, ist eine Übertragung von HIV sehr unwahrscheinlich. Die Gerichte urteilen bei einem solchen Sachverhalt sehr verschieden. Die Urteile hängen stark von den jeweils bestellten Gutachtern ab. Manche Richter sehen eine Viruslast unter der Nachweisgrenze als ausreichenden Schutz an. Andere bezweifeln, dass die Viruslast unter der Nachweisgrenze ein ausreichender Schutz ist. War der oder die HIV-Negative Partner nicht über die HIV-Infektion informiert, werten sie den ungeschützten Sex dennoch als (versuchte) Körperverletzung.

Anders sieht die Situation aus, wenn in einer Beziehung beide Partner wissen, worauf sie sich einlassen und nach reiflicher Überlegung gemeinsam entscheiden, das Kondom wegzulassen. Wer juristisch auf der sicheren Seite sein möchte, kann eine solche Vereinbarung schriftlich festhalten oder vor Zeugen treffen. Zeugen können zum Beispiel der Schwerpunktarzt oder ein Berater der Aidshilfe sein.

HIV und Arbeit

BERUFSWAHL, EINSTELLUNG UND AUSÜBUNG EINES BERUFS ALS HIV-POSITIVE/R:

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

BERUFE IM GESUNDHEITSWESEN

Menschen mit HIV können grundsätzlich ohne Probleme als Arzt oder Ärztin, Krankenpfleger oder -schwester arbeiten. Einschränkungen gibt es nur, wenn ein Ansteckungsrisiko für andere Menschen bestehen könnte, dies ist bei Operationen der Fall, bei denen für den operierenden Chirurg (Urologe, Gynäkologe, Zahnarzt...) selbst eine Verletzungsge-

fahr besteht (und Blut des Chirurgen in das Operationsgebiet gelangen kann) und wenn die Viruslast des Operateurs hoch (>500 Kopien/ml) ist. Kleinere Operationen oder andere Tätigkeiten können auch von nicht antiretroviral behandelten HIV-positiven Chirurgen ausgeführt werden.

Klare Leitlinien gibt es in Deutschland hierzu leider noch nicht, die Grenze von 500 Viruskopien und die Einteilung in problematische und unproblematische Operationen geht auf die amerikanischen Leitlinien (SHEA) zurück.

Für alle anderen Berufe im Gesundheitswesen gibt es unabhängig von der Viruslast keine Einschränkungen.

LUFTFAHRPERSONAL

Piloten

Eine Verordnung des Bundesministers für Verkehr, Innovation und Technologie schreibt hohe Tauglichkeitsanforderungen an Piloten vor – diese Prüfungen beinhalten einen HIV-Test. Menschen mit HIV werden zur Pilotenausbildung nicht zugelassen. Erhält ein ausgebildeter Pilot während seiner Berufstätigkeit ein positives Testergebnis, kann er – solange sein Gesundheitszustand das erlaubt – als Pilot weiter arbeiten.

Kabinenpersonal/Flugbegleiter/innen

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

TÄTIGKEIT IM AUSLAND/BERUFE MIT REISETÄTIGKEIT

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

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

HIV und Arztbesuch

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

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

Für viele HIV-Positive stellt sich deswegen die Frage, ob sie ihren HIV-Status auch bei anderen Ärzten (z.B. Zahnärzten, Orthopäden) offenlegen sollen oder müssen. Die überwiegende Mehrheit der Rechtswissenschaftler ist der Meinung, dass eine bekannte HIV-Infektion gegenüber dem Arzt zu offenbaren ist, andere halten diese Rechtsauffassung für nicht haltbar. Wenn man sich nicht als HIV-positiv outet, hat das aber keine juristischen Folgen, außer eine eventuelle Auflösung des Behandlungsvertrages mit dem Arzt, d.h. der Arzt kann eine weitere Behandlung ablehnen.

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

Eine Möglichkeit dieses Problem zu umgehen ist, beim Schwerpunktarzt oder bei der Aidshilfe vor einer Behandlung nach Ärzten zu fragen, für die die Behandlung von HIV-positiven Patienten selbstverständlich und unproblematisch ist.

HIV und Reisen

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

EINREISEBESCHRÄNKUNGEN

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

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

Wird die HIV-Infektion bekannt, führt das allerdings in einigen Ländern zur Abschiebung. Die englischsprachige Website www.hivtravel.org gibt detaillierte Informationen über die gesetzlichen Bestimmungen und die Praxis in allen Ländern. Die DAH-Broschüre „Quickfinder“ führt die wichtigsten Bestimmungen auf Deutsch auf. Wer eine Reise in ein Land mit Einreisebeschränkungen plant, sollte sich genau erkundigen, wie sie in der Praxis gehandhabt werden.

MEHR INFORMATIONEN

- *HIV und Reisen/Auslandsaufenthalte Med-Info Nr. 83, 2011, Bestellnr. 140083*
- www.hivtravel.org

Kapitel 11

Safer Use

Was ist Safer Use?

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

Beim Spritzen von Heroin und anderen Drogen können sehr leicht Krankheitserreger übertragen werden. Dazu gehören neben HIV vor allem auch Hepatitis-Viren, die zu schweren Leberentzündungen führen.

Vor Infektionen beim Drogenkonsum kann man sich schützen, indem man immer nur die eigene Spritze und das eigene Zubehör verwendet. Nicht die Nadeln weiter geben (Needle-sharing)! Generell weniger riskant ist es, die Drogen zu sniefen (schnupfen) oder zu rauchen statt sie zu spritzen.

Aber auch beim Sniefen besteht ein Infektionsrisiko. Deswegen sollte man Röhrchen nie mit anderen gemeinsam verwenden.

Grundsätzlich sollte man beim Drogenkonsum für möglichst hygienische Bedingungen sorgen. Das vermindert das Risiko einer Ansteckung mit Viren und Bakterien.

SPRITZEN

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

Deswegen sollten Drogengebraucher immer nur das eigene Spritzbesteck benutzen. Im Idealfall für jeden „Druck“ ein neues.

In vielen Städten gibt es Einrichtungen, wo sterile Spritzbestecke kostenlos oder für einen sehr niedrigen Preis ausgegeben werden oder wo alte Spritzen gegen neue getauscht werden können. Spritzenautomaten ermöglichen den Zugang rund um die Uhr.

NOTFALLDESINFEKTION

Wenn kein sauberes Spritzbesteck verfügbar ist, kann das Infektionsrisiko durch folgende Strategien verringert werden:

- das Ausweichen auf Drogen, die nicht gespritzt werden oder das gebrauchte Spritzbesteck wenigstens auskochen bzw. desinfizieren. Dazu benötigt man Wasser und Bleichmittel. Spritzbesteck mit Bleichmittel und frischem Wasser ausspülen. Die Formel hierfür lautet (1 x Wasser, 1 x Bleach, 1 x Wasser – jeweils aus einem anderen Gefäß). Danach muss mit viel sauberem Wasser nachgespült werden. Hierbei bleibt ein Restrisiko bestehen.

UTENSILIEN

HIV und Hepatitisinfektionen können nicht nur über die Spritze, sondern auch über die anderen Utensilien übertragen werden, die beim Spritzen von Drogen („Drücken“) verwendet werden. Dazu gehören Filter, Löffel und Feuerzeuge.

SNIEFEN

Manche Drogen werden durch ein Röhrchen in die Nase gezogen, vor allem Kokain und Speed. Auch Heroin kann man „sniefen“ („Schnupfen“). Die Risiken beim Sniefen sind geringer als beim Spritzen.

Aber Achtung: Über winzige Verletzungen in der Nasenschleimhaut, die beim Sniefen leicht entstehen, können Hepatitis- und HIV-Viren an und in die Röhrchen gelangen und auf andere übertragen werden. Da die Drogen die Nasenschleimhaut reizen und verletzen können, nimmt sie die Viren dann auch besonders leicht auf.

Deswegen sollte man beim Sniefen immer nur sein eigenes Röhrchen benutzen!

Gerollte Geldscheine sollte man nicht zum Sniefen verwenden. Sie sind meist schon durch viele Hände gewandert und oft voller Krankheitserreger.

RAUCHEN

Immer mehr Opiatkonsumenten rauchen ihr Heroin mit einer Alufolie. Diese Konsumform ist ebenfalls

weniger riskant, da Überdosierungen nicht möglich sind. Auch hier gilt, nur das eigene Rauchzubehör verwenden und nicht an andere weitergeben.

MISCHKONSUM

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

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

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

MATERIALIEN DER DAH FÜR DROGENGEBRAUCHENDE ZU SAFER USE UND SAFER SEX:

- Flyer „Safer Use – Risiken vermeiden, Gesundheit schützen“ 2011, DIN A 6, 6 Seiten, Deutsch (Bestellnummer 042037), Russisch (042038), Türkisch (042039)
- Broschüre „Safer Use – Risiken minimieren beim Drogengebrauch“, 2011, DIN A 6, 56 Seiten, Bestellnummer 022045
- Broschüre „Schütz dich vor HIV und HEP“, 2011, DIN A 6, 12 Seiten, Bestellnummer 022117
- Broschüre „Party, Drugs, HIV“, 2007, DIN A 6, 52 Seiten Bestellnummer: 020103

Kapitel 12

Rechtliche Aspekte der Beratung

Grundlegendes

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

Schweigepflicht und Datenschutz

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

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

Für Sozialarbeiter/innen, Psycholog(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, Steuerbevollmächtigter 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 Beauftragter einer anerkannten Beratungsstelle nach den §§ 3 und 8 des Schwangerschaftskonfliktgesetzes,
 5. staatlich anerkanntem Sozialarbeiter oder staatlich anerkanntem Sozialpädagogen oder
 6. Angehörigen eines Unternehmens der privaten Kranken-, Unfall- oder Lebensversicherung oder einer privatärztlichen Verrechnungsstelle anvertraut worden oder sonst bekannt geworden ist, wird mit Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr oder mit Geldstrafe bestraft.

Schweigepflicht und Selbstverständnis

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

Die Verschwiegenheitsverpflichtung gilt auch

- wenn ein/e Klient/in in der Aidshilfe vermeintlich „offen“ mit seiner/ihrer HIV-Infektion oder privaten Problemen umgeht.
- für alle Informationen aus kollegialem Austausch und Supervision, die Klient(inn)en oder die haupt- und ehrenamtliche Mitarbeiter/innen und deren Angehörige betreffen.
- 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 erteilt. Diese sollte immer auf konkrete Anlässe hin erteilt werden (gegenüber Dr. X, dem Amt Y usw.), niemals als Generalvollmacht (alle meine Angelegenheiten betreffend) unterschrieben werden.
- über das Ende der Tätigkeit in Aidshilfe hinaus. Ein Verstoß gegen die Schweigepflicht kann mit arbeitsrechtlichen, straf- und zivilrechtlichen Konsequenzen verbunden sein – auch wenn aus Fahrlässigkeit gehandelt wurde, d.h. dass die Schweigepflicht verletzt wird, ohne dass den Betroffenen dies bewusst wird.

Datenschutz

Um das Bekanntwerden von vertraulichen Informationen zu vermeiden, sind alle Dokumente, auf denen Namen vermerkt sind (z.B. Gesprächsnotizen, Teilnehmerlisten), für Dritte unzugänglich aufzubewahren. Sollen diese Unterlagen vernichtet werden, 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 Sicherheit elektronischer Daten ist zu achten. Computer sind durch Passwörter und geschützte Bildschirmschoner vor Zugriffen Dritter zu sichern sowie Datenträger mit sensiblen Daten zu verschließen bzw. nach Gebrauch zu löschen.

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

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

Grenzen der Beratung in Aidshilfen

Sowohl die persönliche, die telefonische als auch die Onlineberatung in Aidshilfe stößt da auf Grenzen, wo sie Arbeits- und Kompetenzfelder staatlich geregelter Berufsfelder berührt, wie Aufgaben von 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 durch bestimmte Personenkreise erfolgen:

- Ärzte/Ärztinnen mit einer Approbation als Psychotherapeut/in und spezifische Fachärztinnen und -Ärzte, wie der/die 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 gesetzlichen Regelungen dazu sind im 1999 in Kraft getretenen Psychotherapeutengesetz (PsychThG) sowie im Heilpraktikergesetz (HPG von 1939) niedergeschrieben.

Ein Beratungsgespräch darf demnach keine „kleine Psychotherapie“ werden.

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

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

- Beratung ist zeitlich begrenzt und von überschaubarer Dauer
- Beratung bezieht sich auf situationsgebundene Problemzusammenhänge, phasentypische Überforderungen und Krisen
- Beratung bezieht sich auf relativ reflexions- und handlungsfähige Menschen. Nimmt ein/e Berater/in wahr, dass ein/e Anrufer/in geistig oder seelisch erkrankt ist, (z. B. eine Angststörung entwickelt hat), muss sie auf die Grenze ihrer Kompetenz hinweisen und an einen Facharzt oder Psychotherapeuten verweisen:

Medizinische Beratung, Therapieberatung

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

Berater/innen in Aidshilfen dürfen weder mit Anrufer/innen über Diagnosen spekulieren, noch Behandlungsvorschläge machen. Zulässig ist ausschließlich, allgemeine Informationen über Krankheiten zu vermitteln, wie etwa was die Übertragungswege, Krankheitsverlauf und Schutzmöglichkeiten betrifft.

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 psychotherapeutischen 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.

Dabei richtet sich dieses Begehren selten an die konkrete Person des Beraters/der Beraterin, sondern drückt oft eine besondere, psychische Bedürftigkeit aus. Andererseits kann es natürlich auch zu Verliebtheiten seitens des Beraters/der Beraterin kommen.

Kommen Ehrenamtler/innen in solch einen Konflikt, sollten sie diese Fragen in der Supervision thematisieren bzw. mit dem/der Koordinator/in der Ehrenamtlichen in der Aidshilfe besprechen, 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.

„ABSTINENZREGEL“

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.

Rechtsberatung

Eine rechtliche Beratung darf nur von ausgebildeten Jurist(inn)en, z.B. durch Rechtsanwält(inn)e(n) 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 haftbar gemacht werden kann, ist von dem konkreten Beratungsfall abhängig. Sollte es zu einem Rechtsstreit kommen, wird eventuell 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 Wissensstand zum Thema HIV/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. Der Nachweis der Teilnahme von Beratern/innen an qualifizierenden Seminaren (z. B. Beraterschulungen, Medizinische Rundreise) und die Verwendung aktueller Materialien (wie z. B. dieser Infomappe) 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.

Kapitel 13

Aids-Ängstliche, Aids-Phobiker, Aids-Hypochonder

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

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

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

Aids-Ängstliche

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

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

Aids-Phobiker

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

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

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

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

Aids-Hypochonder

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

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

Merkmale von Phobikern/Hypochondern

- Sie hatten bereits Kontakt zu anderen Beratungsstellen.
- Sie sind Daueranrufer/innen oder stellen immer wieder Anfragen per Mail.
- Sie gehören häufig keiner der Hauptbetroffenengruppen an.
- Sie beobachten penibel ihren eigenen Körper und schildern verschiedenste Symptome
- Sie beschreiben immer wieder Situationen, in denen sie sich infizieren könnten oder in denen sie sich ihrer Meinung nach bereits infiziert haben
- Es handelt sich oft um sehr konstruierte und unwahrscheinliche Infektionswege. Das Maß der Angst steht dabei in keinem Verhältnis zur tatsächlichen Bedrohung.

- Die Ängste sind so massiv und die Gedanken kreisen nur noch um das Thema Aids, so dass ein normales Alltagsleben gar nicht mehr möglich ist.
- Sie verfügen über exzellente medizinische Kenntnisse im Zusammenhang mit HIV und Aids.
- Für Hypochonder gilt zusätzlich:
- Sie haben sich meist schon mehrmals bei verschiedenen Stellen testen lassen.
- Ein HIV-negatives Testergebnis verschafft nur sehr kurzfristige Beruhigung, um dann wieder in Zweifel gezogen zu werden.
- Sie sind wahnhaft von ihrer Infektion überzeugt.

Beratungsstrategien

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

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

Kapitel 14

Sonstiges

Sexanrufer in der Telefonberatung

BERATUNGSSITUATION BEI SEXANRUFERN

Bei 85% aller 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 intime, sexuelle Details einzulassen.

Das Problem der Sexanrufer trifft vorrangig Frauen. Ihre Gesprächsbereitschaft wird von Männern missbraucht, die die intime Beratungssituation zur eigenen sexuellen Stimulation und Befriedigung benutzen.

Sexanrufe kommen häufig überraschend und sind als solche erst spät zu erkennen, da das wahre Anliegen hinter Informationsfragen versteckt wird.

Besonders auf neue ehrenamtliche Berater/innen können Belästigungen durch Sexanrufer sehr verletzend wirken und Gefühle von Ohnmacht, Entwürdigung, Ekel und Wut auslösen. In der Regel entwickeln Beraterinnen Strategien, um nach einem Sexanruf mit ihren Gefühlen fertig zu werden.

Im allgemeinen lernen Beraterinnen schnell, einen Sexanrufer anhand bestimmter Merkmale zu identifizieren, um Verdachtsmomente benennen und das Gespräch von sich aus beenden zu können.

VORSCHLÄGE ZUM UMGANG MIT SEXANRUFEN

Dokumentation

Es hat sich als sehr nützlich erwiesen, über Sexanrufe Protokolle anzulegen, in die alle Beraterinnen Einblick haben. (Ein Vorschlag zum Aufbau findet sich unter „Dokumentationshilfe für Sexanrufe“ am Ende dieses Abschnitts.)

Neue Beraterinnen erhalten über die dokumentierten Gespräche Einblick in die wiederkehrenden Merkmale der Sexanrufer (Thema, Stimme, Redestil).

Darüber hinaus können die Beratungsprotokolle für die Supervisionsgruppen hilfreich sein, in denen Erfahrungen mit den Sexanrufern ausgetauscht und gesammelt werden.

Standardantwort

Für manche Beraterinnen kann es hilfreich sein, für sich selbst oder gemeinsam mit Kolleginnen eine Standardantwort zu entwickeln, mit der der Sexanrufer abgewiesen wird. Die Berater/innen teilen ihm mit, dass sie ihm in Zukunft immer diese Antwort geben werden und beenden dann das Gespräch.

Beispiel einer Aidshilfe:

„Ihr Anliegen hat nichts mit der HIV-Beratung zu tun. Daher werde ich das Gespräch abbrechen. Alle meine Kolleginnen werden sich genauso verhalten.“

Ob jemand als Sexanrufer einzustufen ist oder nicht, obliegt allein der Einschätzung der Beraterin. Dazu gehört auch die Ungewissheit, 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 in Zukunft abgewiesen wird.

Bei Ungewissheit, 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.

Dokumentationshilfe für Sexanrufe

Datum _____ Uhrzeit _____ des Gespräches

Alter: ca. _____ (geschätzt)

Name/Pseudonym: _____

Stimme: (unterstreichen) hoch mittel tief

evtl. weitere Stimmerkmale: _____

Redestil, -fluss: (unterstreichen) langsam normal schnell

evtl. weitere Redestilmerkmale: _____

Thematische Besonderheit (z. B. zu großer Penis, o. .): _____

Gesprächsbeginn, (Informations-) Frage zu: _____

Besondere, eigentümliche Formulierungen: _____

Überleitung zu sexuellen Themen mit folgendem Spruch: _____

Weitere Informationen: _____

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 Patiententrezept noch ein Muss in der Telefonberatungsarbeit. Sie empfiehlt sich aufgrund ihrer Vorzüge und mangels wirksamerer Alternativen.

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 persönliche, private Fragen über die Beraterin, die als übergriffig empfunden werden, nicht eingehen
- Gespräch sachlich und knapp halten.

SUPERVISION UND UNTERSTÜTZUNG

Die Aidshilfen bieten den Telefonberater/innen Unterstützung in Form von Supervision, fundierte Aus- und Fortbildung sowie durch die Möglichkeit des Austauschs mit haupt- und ehrenamtlichen Kolleg/innen.

Aids-Leugner

BERATUNGSSITUATION BEI AIDS-LEUGNERN

So genannte „Aids-Leugner“ bestreiten den wissenschaftlich gesicherten Zusammenhang von HIV und der Krankheit Aids, manche bezweifeln sogar, dass es Aids überhaupt gibt. Manche Aids-Leugner glauben, Aids werde durch persönliches Verhalten, z. B. durch bestimmte sexuelle Praktiken oder den Gebrauch bestimmter Drogen verursacht. Manche behaupten auch, dass Aids erst durch die Einnahme antiretroviraler Medikamente verursacht wird.

„Eingefleischte Aids-Leugner“ im Rahmen eines Telefongesprächs „bekehren“ zu wollen, ist nicht zielführend, da es hierbei um Weltbilder und Glaubensfragen geht. Dennoch können solche Anrufer Berater/innen sehr verunsichern, obwohl sie wissen, dass HIV als Ursache von AIDS eindeutig belegt ist, ebenso wie die Zuverlässigkeit von HIV-Tests und der Nutzen von HIV-Medikamenten.

Es geht in der Beratung nicht darum, die Menschen von unserer Meinung zu überzeugen. Wichtig ist aber, sich seiner eigenen Fachlichkeit bewusst zu sein. Man könnte z. B. entgegnen, dass wir als Berater/innen eine fundierte Ausbildung haben, uns regelmäßig fortbilden und deswegen auf dem aktuellen wissenschaftlichen Wissensstand beraten. Ob Ratsuchende unsere Auffassung teilen, bleibt letztlich aber ihm oder ihr selbst überlassen.

WEITERFÜHRENDE INFORMATIONEN

- können bei der DAH angefordert werden:
Werner.Bock@dah.aidshilfe.de

