



HIV-BERATUNG *aktuell*

- 2 Verbandsprojekt „Kein Aids für alle!“ gestartet
- 3 HIV-Test oder PCR: welche Untersuchung zu welcher Zeit ?
- 5 Ergebnismitteilung am Telefon- darf man das?
- 10 Studie: Umgang mit Patienten-Rechten in Substitutionspraxen
- 11 Kontaktstelle HIV-bedingte Diskriminierung zieht Zwischenbilanz
- 14 „Schutz durch Therapie“ wird in Urteilen immer häufiger berücksichtigt
- 17 Umfrage: Was heißt Safer Sex heute? Teil 2

Inhalt

1. Vorwort	1
2. Verbandsprojekt „Kein Aids für alle!“ gestartet	2
3. HIV-Test oder PCR: welche Untersuchung zu welcher Zeit ?	3
4. Ergebnismitteilung am Telefon - darf man das?	5
5. HIV-Test in der Arztpraxis: Wann die Krankenkasse die Kosten übernimmt.....	8
6. Studie: Umgang mit Patientenrechten in Substitutionspraxen .	10
7. „Nimm's nicht hin!“ – Kontaktstelle HIV-bedingte Diskriminierung zieht Zwischenbilanz	12
8. Recht: „Schutz durch Therapie“ wird in Urteilen immer häufiger berücksichtigt	14
9. Umfrage: Was heißt Safer Sex heute? Teil 2	16
10. Impressum.....	18



Vorwort

Berlin, 15. Mai 2017

Liebe Leser_innen,

in dieser Ausgabe dreht sich vieles um den HIV-Test. Wann ist ein Antikörpertest sinnvoll, wann eine PCR? Bedarf es eigentlich immer noch einer persönlichen Ergebnismitteilung? Wie gelingt es, den HIV-Test beim Hausarzt auf Krankenkassenkosten durchführen zu lassen?

In der letzten Ausgabe von HIV-Beratung.aktuell fragten wir, wie Menschen „Safer Sex“ heute definieren. In dieser Ausgabe folgen weitere Statements dazu, unter anderem auch von Tim Schomann, Leiter der [Kampagne „Ich weiß was ich tu“](#).

Diskriminierung im Gesundheitswesen ist nur eines der Themen, mit denen sich die „Kontaktstelle HIV-bedingte Diskriminierung“ der Deutschen AIDS-Hilfe beschäftigt. Kerstin Mörsch stellt neue Medien vor und beschreibt im Interview mit Werner Bock die aktuellen Herausforderungen der Kontaktstelle.

Eine Studie, an der u.a. die Deutsche AIDS-Hilfe beteiligt war beschäftigte sich mit den Erfahrungen von Substitutionspatient_innen im Gesundheitswesen. Wir stellen die zentralen Ergebnisse dieser Befragung vor.

Eine gute Nachricht zum Schluss: In zwei juristischen Verfahren berücksichtigten die Richter „Schutz durch Therapie“ in ihrer Entscheidung. Hoffentlich können wir in Zukunft häufiger über solche Entscheidungen berichten!

Karl Lemmen, Steffen Taubert, Werner Bock

Verbandsprojekt „Kein Aids für alle!“ gestartet



Am 12. Mai startete die DAH-Verbandskampagne „Kein Aids für alle!“ mit einer Auftaktveranstaltung im Spreespeicher Berlin. Ziel dieser Kampagne ist, zu erreichen, dass im Jahr 2020 niemand mehr an Aids erkrankt. Worum es in der Kampagne geht, erläutert Johanna Paul, Kampagnenkoordinatorin bei der Deutschen AIDS-Hilfe.

Obwohl es längst vermeidbar wäre, erkranken in Deutschland derzeit etwa 1000 Menschen pro Jahr an Aids – die meisten, weil sie nichts von ihrer Infektion wissen und deshalb nicht rechtzeitig mit einer Therapie beginnen. Andere erhalten keine Medikamente, obwohl ihnen ihre HIV-Infektion bekannt ist. Beides wollen wir ändern.

Um unser Ziel zu erreichen, setzen wir auf Kooperationen und innovative Maßnahmen. Einige Beispiele:

- Ärzt_innen erhalten über verschiedene Medien Unterstützung dabei, Symptome richtig zu deuten und im richtigen Moment einen HIV-Test anzubieten.
- Menschen, die ein HIV-Risiko hatten, motiviert die Kampagne, einen HIV-Test zu machen, und nimmt ihnen ihre Ängste.
- Drogen konsumierende Menschen werden auf verschiedenen Wegen angesprochen: über Streetwork, spezielle Testangebote und Arztpraxen, die Substitutionsbehandlungen durchführen.
- Einsatz für die medizinische Versorgung von Menschen ohne Papiere oder Krankenversicherung
- Zusätzliche Testangebote für schwule Männer. Beworben werden sie mit einer parallel laufenden Testaktion der

Kampagne „Ich weiss was ich tu“, die unter dem Motto „Macht doch jeder!“ für den HIV-Test wirbt.

Eventuell vermehrte Anfragen in der Beratung

Wir wenden uns auch die Allgemeinbevölkerung. Denn oft denken weder sie selbst noch ihre Ärzt_innen daran, dass HIV im Spiel sein könnte.

Insofern kann es nach dem Kampagnenstart zu einer erhöhten Nachfrage nach Beratung kommen. Manche sind vielleicht ohne realen Grund verunsichert; das kennt ihr sicher aus der Online- oder Telefonberatung. Manche könnten jedoch genau zu denjenigen gehören, die wir im Rahmen dieser Kampagne erreichen wollen: Menschen, bei denen HIV bisher unerkannt geblieben ist und die nun ermutigt werden sollen, einen Test zu machen.

In der Beratung ist daher ein besonderes Fingerspitzengefühl gefragt! Es geht darum, eventuelle eigene Schubladen oder blinde Flecken (zum Beispiel „Eine ältere Frau hatte bestimmt kein HIV-Risiko“) zu hinterfragen, genau hinzuhören, was die Ratsuchenden erzählen, und lieber einmal zu viel nachzufragen, nach dem Motto: „Lieber nichts vermuten!“ Eure Beratungsarbeit ist ein wichtiger Pfeiler unserer Kampagne und ein wesentlicher Beitrag für den Kampagnenerfolg. LINK: <http://kein-aids-fuer-alle.de/>

Johanna Paul, tau



Prof. Dr. Rita Süßmuth, ehemalige Bundesgesundheitsministerin, bei der Auftaktveranstaltung im Spreespeicher. Sie begrüßt die Idee, auch Ärzt_innen und Beschäftigte im Gesundheitswesen mit der Kampagne anzusprechen. Niemand solle sein „Andersein“ dort verstecken müssen. Foto: © DAH / Johannes Berger

HIV-Test oder PCR: welche Untersuchung zu welcher Zeit?

Viele Ratsuchende wollen nach einem „riskanten Ereignis“ möglichst früh wissen, ob sie sich mit HIV infiziert haben könnten. Die Aussage „Da müssen Sie jetzt sechs Wochen warten“ befriedigt nicht jeden. Doch welche Untersuchung bietet ab wann eine sichere Auskunft? Mit dem folgenden Beratungsfall versuchen wir, diese Frage praxisnah zu beantworten.

„Was kann ich machen? Geld spielt keine Rolle!“

Liebe Aidshilfe,

ich habe mal eine ganz dringende Frage an Euch. Mir ist vor zwei Wochen etwas passiert, was mir furchtbar peinlich ist, weil ich eigentlich gut Bescheid weiß über HIV und auch etwas in der Aidshilfe mitarbeite. Ich bin nach einem ausgedehnten Abendessen mit einem schwulen Kollegen in eine Lederbar gegangen. Da es an dem Abend „two for one“ gab, habe etwas mehr getrunken als sonst üblich und mich schließlich auch in den Darkroom hineingetraut. Normalerweise macht mich Dunkelheit ja nicht so an, aber an dem Abend war alles ganz anders.

Ich weiß nicht, ob es die vielen Biere waren oder ob mir jemand was ins Bier gekippt hatte: Ich war sehr erregt von der Atmosphäre, fast wie außer mir. Ich habe etliche Schwänze gelutscht. Als mich dann ein kräftiger Lederkerl am Kragen packte, mir die Hose runterzog und mir in den Arsch spuckte, konnte ich dem Ganzen nichts entgegensetzen, obwohl ich wusste, dass es nicht richtig war. So ist es dann passiert. Ich vermute mal, dass kein Gummi im Spiel war, denn ich habe mich schlicht nicht drum kümmern können.

Jetzt bin ich total aufgeregt, ob ich mich mit HIV angesteckt haben könnte und wie ich mit diesem Risiko in der Beziehung zu meinem Freund umgehen soll. Gott sei Dank, ist er im Moment noch im Urlaub, sodass ich mir noch keine Ausreden einfallen lassen muss. Aber wenn er zurückkommt, dann will er wieder Sex ohne Gummi mit mir. Was mache ich dann? Ich kann mir nicht vorstellen, ihm von dieser Nacht zu erzählen.

Er würde das nicht verstehen und mir das sicher nicht verzeihen können. Ich habe gehört, dass es neue Testverfahren gibt, mit denen man HIV früher nachweisen kann. Meinen Freund sechs bis zwölf Wochen von mir fernzuhalten, ist für mich unvorstellbar. Deshalb meine Frage an Euch: Die Nacht liegt zwölf Tage zurück. Was kann ich machen? Geld spielt keine Rolle!

Antwort von Michael Tappe, Projektkoordinator

Checkpoints:

Zunächst einmal: Ich freue mich, dass Du einen schönen Abend hattest! Da muss Dir nichts peinlich sein. Wir tun oft Dinge, die unvernünftig sind, aber viel Spaß machen. Das ist zwar mitunter schädlich für unsere Gesundheit oder manchmal auch für den Geldbeutel, aber letztlich macht Unvernunft auch einen Teil unseres Menschseins aus, finde ich. Sonst wären wir wie lieb- und leblose Maschinen.

Du hast also hoffentlich viel Spaß gehabt und machst Dir jetzt Sorgen über die möglichen Folgen. Das ist vernünftig. Du solltest am besten schnell zu einem Checkpoint in Deiner Nähe gehen. Die Kolleg_innen dort können Dich kompetent beraten, und auch ihnen ist nichts peinlich. Dein „Fall“ ist etwas komplizierter: Ja, es könnte sein, dass Du Dich mit HIV infiziert hast. Mit dem PCR-Test (der ziemlich teuer ist) könnte man schon nach etwa ein bis zwei Wochen feststellen, ob Viren im Blut sind. Wenn der PCR-Test

keine Viren nachweist, heißt das aber nicht, dass du sicher HIV-negativ bist.

Das Problem bei diesem Test: Sobald Antikörper gebildet werden, senken sie die Viruslast. In seltenen Fällen kann es sein, dass sie die Viruslast so effektiv senken, dass im Blut keine Viren mehr nachweisbar sind. Das geschieht normalerweise erst, wenn man mit einer HIV-Therapie beginnt. Aber manche Menschen schaffen es eben auch ohne Therapie. Deshalb ist der PCR-Test nach einigen Wochen kein zuverlässiger HIV-Test mehr. Ein negatives Ergebnis ist dann nicht mehr sicher.

Das Gleiche gilt für die modernen HIV-Antikörper-Tests, die auch schon nach etwa zwei Wochen eine Infektion nachweisen können. Sie suchen nämlich nicht nur nach Antikörpern, sondern auch nach einem Virusbestandteil (p24-Antigen). Aber auch hier gibt es ein Problem: Manche Menschen bilden erst später Antikörper, und nicht immer ist das p24-Antigen nachweisbar. Mit diesen Tests kann man eine HIV-Infektion deshalb erst nach sechs Wochen sicher ausschließen.

Langer Rede kurzer Sinn: Du bist jetzt, gut zwei Wochen nach dem Infektionsrisiko in einem Zeitfenster, wo ein positives Ergebnis sicher wäre, ein negatives aber nicht unbedingt. Eine PCR, kombiniert mit einem neuen HIV-Antikörper-Test wäre aber eine Möglichkeit, zumindest mit sehr hoher Wahrscheinlichkeit eine Infektion auszuschließen, und falls Du infiziert wärst, hättest Du so die Chance, sehr früh mit einer Therapie zu beginnen. Das wäre auf jeden Fall gut. Nach sechs Wochen könntest Du einen zweiten Test machen, um das Restrisiko eines falsch negativen Ergebnisses auszuschließen.

Wenn Du, wie Du schreibst, unzählige Schwänze gelutscht und wenigstens einen auch im Arsch gehabt hast, solltest Du Dich auch auf die anderen STIs (Tripper, Chlamydien, Syphilis) untersuchen

lassen. Auch das kannst Du wahrscheinlich im Checkpoint machen. Falls Du noch keine Syphilis gehabt hast, könntest Du einen Syphilisschnelltest machen. Bei Tripper und Chlamydien wären Abstriche im Rachen und im Darm sinnvoll. Im Rachen und im Darm verlaufen diese leicht übertragbaren Infektionen oft ohne spürbare Symptome.

Eine große Herausforderung wird für Dich aber sein, wie Du es Deinem Freund „beibringst“. Bei einem positiven Ergebnis wirst Du wohl nicht „darum herumkommen“. Aber auch ein negatives Ergebnis bringt meiner Erfahrung nach oft nur eine kurzfristige Entlastung. Oft ist es so, dass sich schon bald Zweifel einstellen, ob das negative Ergebnis nicht vielleicht falsch sein könnte. Sex mit dem Partner ist dann vor lauter Angst oft eher quälend als befriedigend.

Das hat meist einen einfachen Grund: das schlechte Gewissen dem Freund gegenüber, ihn hintergangen zu haben und es ihm nicht zu sagen. Ich kann Dir da leider keinen Rat geben, nur wieder eine Erfahrung aus meiner langjährigen Beratungspraxis: Meist zahlt sich Offenheit aus, und je länger man wartet, desto schwieriger wird es. Wir sind halt alle keine Engel. Dein Freund vermutlich auch nicht.

Michael Tappe/KL



Im Sexklub Kondom weggelassen: durchaus ein Risiko für eine HIV-Übertragung. Doch welcher Test ist dann der richtige?. Foto: „Club Culture House“ Berlin/tau

Ergebnismitteilung am Telefon - darf man das?

Christopher Knoll berichtet von den Erfahrungen der Münchner Aids-Hilfe

Die Münchner Aids-Hilfe hat angefangen, HIV-Test-Ergebnisse auch am Telefon mitzuteilen. Die Erfahrungen sind positiv, auch wenn das Vorgehen einen Paradigmenwechsel in der HIV-Prävention darstellt.



Foto: Christopher Knoll, psychologischer Berater bei der Münchner Aids-Hilfe

Bei den HIV-Test-Angeboten der Aids-hilfen gab es in den letzten Jahren viele Neuerungen. Die Aidshilfen bieten Schnelltests an, es gibt Fragebögen zum Risiko-Assessment und darauf aufbauende Einzelgespräche, um sicherere Verhaltensweisen zu besprechen.

Dies unterscheidet Aidshilfen und Checkpoints von anderen Test-anbietern wie Gesundheitsämtern und Arztpraxen.

Ist das Paradigma der persönlichen Testmitteilung noch zeitgemäß?

Eine der wenigen Konstanten, die bei allen HIV-Test-Anbietern und zu allen Zeiten gleich geblieben sind, ist der eherne Standard, dass ein HIV-Ergebnis nur persönlich und nicht telefonisch mitgeteilt werden darf. Wir haben uns alle auch immer zuverlässig daran

gehalten – war das doch einer der wesentlichen qualitativen Unterschiede zu Anbietern, vornehmlich Laboren und einigen niedergelassenen Ärzt_innen, die auch früher schon Testergebnisse am Telefon mitteilten.

Wir profitieren alle von den Fortschritten der HIV-Forschung. Ein Leben mit HIV scheint heute weniger einschränkend als früher. Damit will ich nicht behaupten, dass die Mitteilung der Diagnose nicht mit schlimmen Schockmomenten einhergeht – das tut sie in Einzelfällen natürlich immer noch. Die Frage ist: Ist die Mitteilung eines HIV-Ergebnisses am Telefon vertretbar oder nicht?

Modellprojekt in der Schwulensauna „Deutsche Eiche“

Wir beschlossen, in einem kleinen Modellprojekt Erfahrungen zu sammeln. In der Münchner Sauna „Deutsche Eiche“ bieten wir schon seit längerem in Kooperation mit dem Sub, einem schwulen Kulturzentrum in München, und dem Münchner Gesundheitsamt einen HIV-Laborkombitest und eine Untersuchung auf andere STIs an. Wir setzen dort bewusst keinen Schnelltest ein, weil wir das Ergebnis eines potenziell reaktiven Schnelltestergebnisses nicht im Setting einer Sauna mitteilen wollen.

Oft gibt es in der Sauna Interessenten von außerhalb Münchens, die gern einen Test machen würden, aber zum Zeitpunkt der Ergebnismitteilung, also etwa vier Tage später, nicht mehr in der Stadt sein werden. Um dieses Problem zu lösen, entschlossen wir uns, den Klienten neben der persönlichen auch eine telefonische Ergebnismitteilung anzubieten. Welche Form der Ergebnismitteilung die Testteilnehmer nutzten, blieb ihnen freigestellt.

Von Ende 2015 bis Ende 2016 führten wir jeweils samstags von 18 bis 21 Uhr fünf Testaktionen durch. In diesen fünf Zeiträumen testeten wir 111 schwule Männer und andere MSM, 50 aus München und 61 von außerhalb.

Pretestberatung

Vor dem Test erklärten wir, dass wir – für den Fall eines positiven Testergebnisses – einen Telefon- oder E-Mail-Kontakt benötigten, um uns in zeitlichem Abstand erkundigen zu können, wie es dem Klienten geht. Wir klärten mit den Klienten, was im Fall eines positiven Testergebnisses zu tun wäre, und erläuterten, dass dann Kontakt zu einem Arzt/einer Ärztin aufgenommen werde müsse, um einen Bestätigungstest sowie gegebenenfalls eine Viruslast- und Helferzellbestimmung durchzuführen.

Des Weiteren besprachen wir im Vorfeld des Tests kurz, welche Konsequenzen das Ergebnis hätte und ob es jemanden gäbe, der unterstützen könnte, und wiesen alle Klienten darauf hin, dass sie sich im Fall einer telefonischen Ergebnisabsprache in einem ruhigen Umfeld befinden und auch für ein etwas längeres Gespräch Zeit nehmen sollten.

Telefonische Ergebnismitteilung von Männern genutzt, die außerhalb der Stadt leben

Es gab vier HIV-positive Ergebnisse, 13 positive Abstriche auf Chlamydien und Gonokokken sowie eine Hepatitis-B-Infektion. 72 Personen fragten das Ergebnis telefonisch ab, darunter auch drei mit einem HIV-positiven Ergebnis. Alle drei Männer kamen von



Telefonische Ergebnismitteilung: lange Zeit ein Tabu für Aidshilfe. Foto: Ralf Geithe/Fotolia

außerhalb; ein Münchner holte sein positives Ergebnis persönlich ab.

Zwei Drittel der Klienten nutzten die telefonische Ergebnismitteilung, überwiegend natürlich diejenigen, die nicht in München wohnten. Interessant war, dass von den in München ansässigen Klienten etwa 75 % das Ergebnis persönlich abholten; nur ein Viertel der Münchner nutzte die telefonische Abfragemöglichkeit. Das zeigt, dass, sofern der persönliche Aufwand nicht zu groß ist, die persönliche Ergebnismitteilung durchaus noch erwünscht ist, wohl auch, weil man die Dinge besser oder ruhiger besprechen kann oder sich im persönlichen Gespräch sicherer fühlt.

Große Zufriedenheit mit der telefonischen Ergebnismitteilung

Die Klienten äußerten sich durchweg positiv zu der Möglichkeit der telefonischen Abfrage. Uns interessierten allerdings die Erfahrungen derjenigen, die ihr positives Ergebnis telefonisch erhalten hatten. Da das in unserem Fall nur drei Personen waren, sind die Erfahrungen natürlich nicht wirklich aussagefähig. Die drei wurden von uns – wie besprochen – telefonisch kontaktiert.

Zwei Personen waren schon bei einer/einem HIV-Schwerpunkt-Arzt_in gewesen; einer hatte die antiretrovirale Behandlung schon eingeleitet; die dritte Person hatte den Bestätigungstest sowie die Viruslast- und Helferzellbestimmung vor Ort durchführen lassen und sich schon um Adressen von HIV-Behandler_innen gekümmert, aber noch keinen Termin vereinbart.

Alle drei hatten mit zumindest einer nahestehenden Person gesprochen, und sie fühlten sich durch uns ausreichend unterstützt. Mit allen entwickelte sich ein längeres telefonisches Beratungsgespräch, in dem wir mit den Probanden noch mal alle entscheidenden Punkte, gerade auch die Veröffentlichung der

Infektion Dritten gegenüber, durchgingen. Den Probanden ging es – soweit die Umstände dies zuließen – gut.

Die telefonische Mitteilung bewerteten sie durchweg als gut. Zwei erwähnten auch, dass sie es gut gefunden hätten, dass sie in dem Moment bei sich zu Hause waren und in der Situation, gerade das Testergebnis erhalten zu haben, nicht noch durch die Stadt laufen mussten. Alle drei erwähnten, dass sie ohne die Möglichkeit der telefonischen Ergebnismitteilung den Test zu diesem Zeitpunkt nicht gemacht hätten.

Zukunft der Telefonischen Ergebnismitteilung

Die Konsequenzen sind für uns, dass wir in Zukunft auch in anderen Situationen die telefonische Ergebnismitteilung freigeben werden. Dass uns das schwerfallen wird, zeigt, wie sehr wir diese Regel verinnerlicht haben. Wir würden in dieser Frage auch gern im Konsens mit der Deutschen AIDS-Hilfe und den regionalen Aidshilfen bleiben und hoffen, dass es in anderen Einrichtungen ähnliche Diskussionen und vielleicht auch ähnliche Erfahrungen gibt wie bei uns.

Das Prozedere zu ändern und HIV-Test-Ergebnisse auch telefonisch mitzuteilen, heißt natürlich auch, die Kontrolle abzugeben und Unsicherheit zuzulassen, und Ja, es kann den Fall geben, dass sich eine Person zu Hause überfordert fühlt.

Die Aufgabe der/des Mitarbeiter_in, die/der das Gespräch führt, wird dann allerdings sein, Hilfsangebote zu machen und gegebenenfalls an weitere Stellen wie zum Beispiel Kriseninterventionsdienste zu vermitteln; aber das tun wir bei der persönlichen Ergebnismitteilung auch.



*Ergebnismitteilung am Telefon: In München zukünftig immer häufiger.
Foto: Renata Chueire/DAH*

Die Ängste, die wir haben, ähneln denen vor 20 Jahren, als wir diskutierten, ob wir eine/n HIV-Positive/n nach der Ergebnismitteilung allein nach Hause gehen lassen dürften. An irgendeinem Punkt müssen wir loslassen, und ich glaube, dass es Zeit ist, die Klient_innen schon ein wenig früher loszulassen – wenn sie sicher sein können, dass wir immer unsere Hand ausgestreckt halten.

HIV ist nicht mehr das HIV, das es in den 1980er- und 1990er-Jahren einmal war. Daher müssen die Rahmenbedingungen unserer Arbeit nicht in jedem Punkt gleich bleiben, und manchmal ist es ja auch gut, dass sich die Zeiten ändern ...

Christopher Knoll

HIV-Test in der Arztpraxis: Wann die Krankenkasse die Kosten übernimmt



HIV-Schnelltest.. Foto: Renata Chueire/DAH

Ein HIV-Test steht an, und warum diesen nicht auch einmal beim Hausarzt machen und von der Krankenkasse bezahlen lassen? So einfach die Frage – so schwierig die Antwort. Denn viele Ärzt_innen

sperrten sich, wenn es um den HIV-Test geht, und bieten ihn nur als kostenpflichtige IGeL-Leistung an. Wir stellen Wege vor, wie HIV-Tests und andere STI-Untersuchungen als Regelleistungen der Krankenkassen wahrgenommen werden können.

Grundsätzlich gilt, dass gesetzlich Versicherte ohne Einschränkung alle Leistungen ihrer Krankenkasse in Anspruch nehmen können, wenn ihr/e Ärzt_in dies für nötig erachtet. Dies gilt natürlich auch für diagnostische Maßnahmen wie zum Beispiel einen HIV-Antikörper-Test, einen Rektalabstrich oder eine Blutuntersuchung auf Syphilisantikörper. Relativ eindeutig ist die Situation dann, wenn Symptome vorliegen, die auf eine STI hinweisen. Dann leiten die Ärzt_innen – hoffentlich – ohne Zögern die entsprechenden diagnostischen Maßnahmen ein und bekommen die Kosten von der jeweiligen Krankenkasse erstattet.

Sollten, wie bei HIV und vielen anderen STIs, keine Symptome vorliegen, sieht es etwas komplizierter aus. Grundsätzlich erstatten die Krankenkassen auch eine Diagnostik, wenn es keine eindeutigen Symptome gibt. Allerdings muss es eine **erhöhte Wahrscheinlichkeit** für das Vorliegen einer STI geben. Eine erhöhte

Wahrscheinlichkeit könnte zum Beispiel vorliegen, wenn ein Mann ungeschützten sexuellen Kontakt mit einer HIV-positiven Frau oder einem positiven Mann hatte.

Eine erhöhte Wahrscheinlichkeit liegt aufgrund der erhöhten HIV-Prävalenz in der schwulen Community aber auch dann vor, wenn ein schwuler Mann ungeschützten sexuellen Kontakt mit einem Mann hatte, der nur möglicherweise HIV-positiv war (also die klassische Darkroom- oder Sexdatesituation, in der keine Informationen über den Partner vorliegen).

Man könnte also argumentieren, dass im Grunde genommen jede sexuell aktive, promiske) schwule Mann eine erhöhte Wahrscheinlichkeit für das Vorliegen einer STI hat. Dann ist man aber auch begrifflich nahe am „Screening“ – und das Screening auf STIs oder HIV wird von den Krankenkassen nicht erstattet. Es muss also aus der Sexualanamnese ein **individuell erhöhtes Risiko** erkennbar sein.

Vermerk in der Krankenakte

Ärzt_innen können für die Krankenkassen als Grund für den HIV-Test einen Vermerk in die Patient_innen-Akte eintragen, zum Beispiel „erhöhtes Risiko für das Vorliegen einer HIV-Infektion“.

Bisher sind keine Fälle bekannt, in denen Krankenkassen bei einer solchen Begründung die Erstattung der Laborkosten verweigerten oder Regress forderten. Somit ist die Sorge von Hausärzt_innen, bei symptomlosen Infektionen auf ihren Laborkosten sitzen zu bleiben, unserer Ansicht nach unbegründet.

Testergebnis bei Ärzt_innen nie anonym

Bei allen Überlegungen gilt zu beachten, dass mit dem Test natürlich auch die Krankenkasse von dessen Durchführung erfährt. Ein Testergebnis ist zudem in der Arztpraxis „aktenkundig“. Manche Arztpraxen bieten deshalb auch einen „anonymen HIV-Test“ an, der selbst gezahlt werden muss.

Wer diesen in Anspruch nimmt, sollte sich jedoch fragen, ob er nicht gleich zum Gesundheitsamt oder zur Aidshilfe geht. Denn so richtig anonym ist der Test ja nicht, auch wenn das Ergebnis nicht in der Krankenakte festgehalten wird. Kommt es diesbezüglich einmal zu einem Ermittlungsverfahren, müsste der/die Ärzt_in Auskunft geben, auch wenn das Testergebnis nicht schriftlich festgehalten wurde.

Fazit

Solange ein HIV/STI-Screening nicht als Kassenleistung festgeschrieben ist, müssen die Kosten für HIV-Tests und andere STI-Untersuchungen nur dann von den Krankenkassen erstattet werden, wenn Symptome oder andere Indikatoren eine HIV/STI-Infektion nahelegen. Zeigt eine Sexual-/Risikoanamnese auf, dass jemand ein oder mehrere definierte HIV/STI-Übertragungsrisiken hatte, sollten die Kosten von den Krankenkassen erstattet werden.

Bisher sind der dagnä, dem Dachverband der HIV-behandelnden Ärzt_innen, auch keine Regressforderungen von Krankenkassen gegen Arztpraxen bekannt.

tau

Studie: Umgang mit Patientenrechten in Substitutionspraxen

Substitutionspatient_innen nach ihren Erfahrungen befragt

Ärzt_innen, die Opiatsubstitutionen durchführen, sind in einer besonderen Rolle. Als Mediziner_innen sind sie Ansprechpartner für die Sorgen und Nöte ihrer Patient_innen. Als Anbieter der Substitution sind sie zugleich gesetzlich verpflichtet, ihre Patient_innen auf möglichen Drogenbeikonsum zu kontrollieren.

Diese Doppelrolle schafft Probleme, für die Ärzt_innen und für die Patient_innen. Eine aktuelle Studie des JES-Bundesverbandes in Kooperation mit der Deutschen AIDS-Hilfe zeigt auf, wie Menschen in der Substitution dieses Spannungsfeld erleben.

Die Erhebung fand 2016 statt. Ausgewertet wurden 757 Fragebogen aus über 40 deutschen Städten. Etwa 30 % der Befragten waren Frauen, 70 % Männer. Ihr Alter lag zwischen 19 und 70 Jahren.

Ergebnisse der Befragung

Jede/r vierte Befragte empfand Elemente des Behandlungsvertrages als diskriminierend, zum Beispiel:

- Trennung von anderen Patient_innen
- eingeschränkte Abgabezeiten, fehlende Flexibilität zum Beispiel für Berufstätige
- Verletzung der Privatsphäre, zum Beispiel durch Taschenkontrollen oder die Inspektion von Einstichstellen
- Schweigepflichtentbindung gegenüber Einrichtungen des Sozial- und Gesundheitswesens



Kameras zur Sicherung von Urinkontrollen verletzen die Intimsphäre der Patient_innen und sind deshalb unzulässig. Foto: Piya Sarutnuwat/Fotolia

- Bannmeilen und Aufenthaltsverbote im Umkreis der ärztlichen Praxis und im Umfeld von Szenetreffpunkten
- Verbot des Kontakts zu bestimmten Organisationen, zum Beispiel zu Einrichtungen der Drogenhilfe mit Angeboten zur Schadensreduktion wie Drogenkonsumräumen
- Bestimmungen zur Körperhygiene und Kleiderordnung

- Abgabe des Substituts und Urinkontrollen zur Feststellung des Beikonsums

294 Studienteilnehmer_innen berichteten, dass das Medikament nicht in einem separaten Raum eingenommen werde. Der Kontakt und die Medikamenteneinnahme fanden bei 187 Befragten an der Anmeldung und bei 39 Befragten im Wartezimmer statt. 62 % gaben an, dass das Medikament in Hör- und Sichtweite anderer Patient_innen eingenommen werde.

Umgang mit Beikonsumkontrollen

328 der 745 Befragten gaben Sichtkontrollen bei der Urinabgabe an. 53 Substituierte berichteten, dass die Urinabgabe mit einer Kamera überwacht werde.

Formen der Sanktionierung

85 % der Befragten gaben an, dass der Konsum anderer Substanzen sanktioniert werde. Die Art der Sanktionierung war unterschiedlich: Die Take-Home-Abgabe wurde eingeschränkt, die Substitutionsdosis reduziert oder ganz eingestellt.

Diskussion

Die Substitution in Hör- und Sichtweite anderer Patient_innen und die Sanktionierung von Fehlverhalten stehen dem Aufbau eines Verhältnisses, in dem die Patient_innen Gestaltungsspielräume haben, diametral entgegen.

Alarmierend ist die Art der Sanktionierung des Beikonsums. Der zeitweilige Konsum psychoaktiver und illegaler Substanzen ist ein Merkmal dieser chronischen Erkrankung. Beikonsum und andere Verfehlungen mit einer Dosisreduktion zu bestrafen, ruft bei den Patient_innen Ängste und Verschlussenheit hervor. Eine Sanktionierung durch die Reduktion der zuvor ärztlich indizierten Dosis des Substituts scheint medizinisch fragwürdig und ist ethisch abzulehnen.

Die Ergebnisse zeigen zudem, dass der Schutz persönlicher Daten vielfach keinen hohen Stellenwert genießt. So ist die Abgabe des Substituts in Hör- und Sichtweite anderer Patient_innen oder im Wartezimmer abzulehnen. Auch Urinkontrollen unter unmittelbarer Aufsicht des Praxispersonals bedeuten für viele Patient_innen einen massiven Eingriff in ihre Privatsphäre. Überdies ist eine Überwachung des Toilettenbereiches mit Videokameras zur Kontrolle der Urinabgabe strafbar.

Die Ergebnisse zeigen insgesamt, dass es in Deutschland noch ein deutliches Entwicklungspotenzial beim Aufbau einer vertrauensvollen Atmosphäre zwischen Ärzt_in und Patient_in im Rahmen der substituionsgestützten Behandlung gibt. Potenziale, die eine partnerschaftliche Einbeziehung der Patient_innen ermöglichen, werden nicht ausreichend genutzt.

Mehr zur Studie auf www.indro-online.de/journalarchive.htm und auf www.subletter.de

Dirk Schäffer, Maria Priebe, tau

„Nimm's nicht hin!“ – Kontaktstelle HIV-bedingte Diskriminierung zieht Zwischenbilanz

Seit 2013 gibt es die Kontaktstelle HIV-bedingte Diskriminierung bei der Deutschen AIDS-Hilfe. Der Anlass für die Einrichtung dieser Stelle waren Ergebnisse der groß angelegten Umfrage „Positive Stimmen“, die aufzeigte, wie weit verbreitet die Diskriminierung von Menschen mit HIV im privaten Umfeld, bei der Arbeit aber auch im Gesundheitswesen ist.



Kerstin Mörsch, DAH

So berichteten zum Beispiel 20 % der Befragten, dass ihnen aufgrund ihrer HIV-Infektion schon einmal eine Behandlung, zum Beispiel bei einer/einem Zahnärzt_in, verweigert worden sei. Auch die Verinnerlichung von Stigmatisierung und Diskriminierung spielte eine große Rolle. Grund genug für die Deutsche AIDS-Hilfe, aktiv zu werden und mit der Einrichtung der Kontaktstelle auch ein

Zeichen zu setzen. Werner Bock sprach mit Kerstin Mörsch von der Kontaktstelle HIV-bedingte Diskriminierung über die Erfahrungen und Ergebnisse ihrer Arbeit.

Werner: Was sind die Schwerpunkte deiner Arbeit? Wie hat sich dein Aufgabenfeld entwickelt?

Kerstin: Ein Thema, das mich von Anfang an – und auch heute noch – sehr beschäftigt, ist die Diskriminierung im Gesundheitswesen. Zu diesem Thema erreichen mich viele Einzelbeschwerden. Der Erfolg im Einzelfall ist sehr unterschiedlich: In manchen Fällen gibt es gar keine Rückmeldung von den entsprechenden Stellen; es

gibt aber auch Fälle, in denen zum Beispiel die Zahnärztekammer der Beschwerde wegen übertriebener Hygienemaßnahmen gefolgt ist und dies so auch an die betroffenen Ärzt_innen weitergegeben hat. Die unterschiedlichen Reaktionen haben uns ziemlich schnell zu der Erkenntnis gebracht, dass es struktureller Verbesserungen bedarf – und da ist uns auch einiges gelungen.



In Kooperation mit der Zahnärztekammer entwickelten wir eine Infobroschüre für Praxispersonal, die jetzt an 54 000 Zahnarztpraxen verschickt wurde. Darin enthalten sind grundlegende Informationen zu HIV, Hepatitis B und Hepatitis C, aber auch Hinweise zu angemessenen Hygienemaßnahmen und zum sensiblen Umgang mit Patient_innen-Daten – ein Problem, über das uns von Menschen mit HIV immer wieder berichtet wird. Uns erreichen viele positive Reaktionen auf diese Broschüre. Das zeigt, dass es einen großen Handlungsbedarf gab. Dem sind wir nachgekommen.

Neben der Broschüre gibt es auch ein [Youtube-Video](#), das sich ebenfalls an Mitarbeiter_innen von Zahnarztpraxen wendet, und demnächst wird es eine Präsentation für Aidshilfemitarbeiter_innen geben, die bei Schulungen in Zahnarztpraxen zum Thema „HIV und Hepatitis“ verwendet werden kann.

Neben der Broschüre gibt es auch ein [Youtube-Video](#), das sich ebenfalls an Mitarbeiter_innen von Zahnarztpraxen wendet, und demnächst wird es eine Präsentation für Aidshilfemitarbeiter_innen geben, die bei Schulungen in Zahnarztpraxen zum Thema „HIV und Hepatitis“ verwendet werden kann.

Werner: Du hast auch eng mit den Themenwerkstätten zusammengearbeitet. Welche Ideen sind dabei umgesetzt worden?

Kerstin: Mit der Themenwerkstatt „Diskriminierung im Gesundheitswesen“ wurde ein [Manual für Schulungen von Personal](#) im Gesundheitswesen erstellt. Eine zentrale Rolle bei diesen Schulungen spielt die Auseinandersetzung mit stigmatisierenden Bildern und eigenen Ängsten. Diese Schulungen werden gleich-

berechtigt von Aidshilfemitarbeiter_innen und Menschen mit HIV durchgeführt.



Die HIV-positiven Trainer_innen treten als Experten in eigener Sache auf. Die Schulungen sollen gegenseitiges Verständnis ermöglichen und Veränderungsprozesse in Gang setzen. Das Manual enthält ein Raster mit Zielen und Methoden und gibt Tipps für die

Planung und Durchführung.

Eine weitere Idee, an der die Themenwerkstätten beteiligt waren, ist das Projekt „Praxis Vielfalt“. Mit einem Siegel sollen Arztpraxen ausgezeichnet werden, in denen Menschen mit HIV, aber auch LSBTIQ* willkommen sind – und mehr als das: In den Praxen muss es eine Arzt-Patienten-Kommunikation auf Augenhöhe geben; die Mitarbeiter_innen müssen Wissen über die Übertragungswege von HIV und HEP, aber auch über die Lebenswelten von LSBTIQ* haben, und sie müssen die Datenschutzbestimmungen einhalten. Patientenmappen, die beispielsweise augenfällig mit „HIV“ gekennzeichnet sind, wird es in solchen Praxen nicht geben.

Mitte 2018 soll dieses Projekt an den Start gehen; dann wird auch eine Website aufrufbar sein, die Informationen bereithält und natürlich die mit dem Siegel ausgezeichneten Arztpraxen benennt. Finanziert wird das Projekt maßgeblich von der AOK – auch dies ein schöner Erfolg.

Als dritte Themenwerkstatt wäre noch „Reha, wir kommen“ zu erwähnen. Dabei geht es um medizinische Rehabilitationsmaßnahmen, die sogenannten Kuren. Wir haben die Erfahrung gemacht, dass die Kliniken mal mehr, mal weniger Ahnung haben, wie sie mit HIV-Positiven umgehen sollen. Kaum zu glauben ist,

was im Jahr 2017 in Einzelfällen immer noch geschieht: Positive werden aufgefordert, das Bad nicht zu benutzen oder in Gruppentherapiesitzungen oder überhaupt während ihres Kuraufenthalts nicht über ihre HIV-Infektion zu sprechen.

Im Moment machen wir eine Onlineumfrage zu den Erfahrungen HIV-Positiver in Rehaeinrichtungen, um Maßnahmen zu entwickeln, die die Situation zu verbessern. Es wäre toll, wenn noch viele Menschen mit HIV teilnehmen. [Link: https://indivsurvey.de/hivundreha/69191/F4SYDI](https://indivsurvey.de/hivundreha/69191/F4SYDI).

Werner: Dir ist es wichtig, dass die regionalen Aidshilfen stärker herausstellen, dass sie Beratung in Diskriminierungsfällen anbieten. Was habt ihr da auf den Weg gebracht?

Kerstin: Wir haben den „[Leitfaden Antidiskriminierungsberatung für Berater_innen](#)“ erstellt und aktualisiert.



Er zeigt, wie man Schritt für Schritt so eine Beratung angehen kann. Zudem enthält er Musterbriefe, einen Dokumentationsbogen und Adresslisten zur Weiterverweisung, und es gab und gibt Seminare für Berater_innen, in denen konkrete Fälle besprochen werden können.

In den Seminaren gibt es zudem Informationen zum Allgemeinen Gleichbehandlungsgesetz und Tipps, wie man Menschen mit HIV bestärken kann, sich gegen Diskriminierung zu wehren. Wenn das immer mehr Menschen tun und wir gleichzeitig auf struktureller Ebene gegen Diskriminierung vorgehen, können wir etwas bewirken. Die Erfahrungen aus den letzten Jahren sind durchaus ermutigend.

WB

Recht: „Schutz durch Therapie“ wird in Urteilen immer häufiger berücksichtigt

„Entdämonisierung“ der HIV-Positiven

Ende März 2017 hat in Berlin ein Konzeptseminar zum Thema „Kriminalisierung der HIV-Übertragung“ stattgefunden. Die Frage war, ob das „Positionspapier Kriminalisierung“ aus dem Jahr 2012 zu weit gehende Hoffnungen auf eine Veränderung des Strafrechts geweckt hatte und ob es einer Planung kleinerer Schritte bedarf. Gewünscht wurde, dass HIV-Beratung aktuell wieder interessante Urteile für Berater_innen aufbereitet.

Wir beginnen mit einem erstinstanzlichen Urteil des Landgerichts Aachen von 2015.

In diesem Fall ging es um einen heterosexuellen Mann, der wegen fahrlässiger Körperverletzung nach § 229 StGB zu einer Freiheitsstrafe von einem Jahr und neun Monaten auf Bewährung verurteilt wurde. Um der Kurzweil willen versuchen wir die lange Urteilsbegründung mal als „Geschichtchen“ zu erzählen. (*Namen sind von der Red. geändert)

Die Geschichte von Klaus

Klaus wusste seit einigen Jahren, dass er HIV-positiv ist, und war seit langer Zeit ohne HIV-Therapie, weil seine Werte bisher lange stabil (4.000–19.000 Kopien) geblieben waren. Er wurde aber darüber aufgeklärt, dass er trotz guter Werte infektiös ist, und ihm wurde empfohlen, „nur geschützten Geschlechtsverkehr“ zu haben.

Im August 2011 lernte er Renate kennen. Es kam zu mehreren Treffen, bei denen Klaus beim Sex jeweils Kondome verwendete und nur einmal außerhalb der Scheide ejakulierte, weil er „im Eifer des Gefechts“ das Kondom vergessen habe. Klaus war darüber so erschrocken, dass er sich für einige Zeit von Renate zurückzog.

Ansteckung der Partnerin nach kondomlosem Sex

Im Herbst 2012 kam es zu einer Wiederaufnahme der Beziehung, und Klaus zog schließlich bei Renate ein. Kurze Zeit nach dem Einzug teilte Renate Klaus mit, dass sie jetzt die Pille nehme und er auf Kondome verzichten könne. Da Klaus Angst hatte, Renate zu verlieren, und keine Möglichkeit sah, weiter auf der Verwendung eines Kondoms zu bestehen, ließ er sich von diesem Zeitpunkt an auf regelmäßigen ungeschützten Geschlechtsverkehr ein.

Anlässlich eines Krankenhausaufenthalts von Klaus im April 2014 erfuhr Renate, dass Klaus mit HIV infiziert ist, warf ihn sofort aus der Wohnung und erstattete Strafanzeige. Renate wurde kurze Zeit später HIV-positiv getestet. Die Virusstämme zwischen ihr und Klaus stimmten entsprechend einem phylogenetischen Gutachten überein. Bevor sich die beiden kennengelernt hatten, war Renate nachweislich nicht infiziert.

Weitere Kontakte ohne Kondom, aber unter Therapie

Im Juli 2014 lernte Klaus in einem Heim Melanie kennen. Melanie bestand beim ersten Sex darauf, das Kondom wegzulassen, weil sie die Pille nehme. Klaus ließ sich darauf ein, ejakulierte aber nicht in Melanies Scheide, sondern auf ihren Bauch. Als Melanie schließlich erfuhr, dass Klaus HIV-positiv ist, versuchte er, sie zu beruhigen, dass nichts passieren könne, weil er eine Therapie mache und inzwischen unter der Nachweisgrenze sei. Melanies HIV-Test fiel dementsprechend negativ aus.

Im August 2014 kam es zur Begegnung von Klaus und Karin. Auch hier zog Klaus sein Glied aus der Scheide, als er merkte, dass das Kondom geplatzt war und ejakulierte außerhalb. Beim zweiten Kontakt kam es nur zu gegenseitiger oraler Befriedigung. Über seine HIV-Infektion informierte Klaus Karin nicht. Auch Karin blieb HIV-negativ.

Gericht berücksichtigt Bedeutung der Übertragungsrisiken und Strategien des positiven Mannes, seine Partnerinnen zu schützen



Foto: AA + W/Fotolia

Ein Novum in dem Urteil war, dass Klaus „nur“ wegen fahrlässiger Körperverletzung verurteilt wurde. Bei allen anderen Gerichtsurteilen wurde HIV-Positiven bisher immer ein Vorsatz unterstellt.

Das Gericht argumentierte, „die Beziehung zu Renate sei ernsthaft gewesen und sei weit über eine flüchtige Bekanntschaft hinausgegangen, die nur auf rein sexuelle Kontakte fixiert gewesen sei. Daher sei kein Raum für die Vermutung, dem Angeklagten sei das Schicksal der Lebensgefährtin letztlich egal gewesen. [...] *Nach der Mitteilung, dass Renate jetzt die Pille nehme und man kein Kondom mehr brauche, [habe er] unbedingt an der Liebesbeziehung festhalten wollen und deshalb seine Infektion nicht mitgeteilt, weil er Angst hatte, dass Renate ihn dann verlassen würde.*“

Ein weiteres Novum war, dass sich das Gericht den Ausführungen der Sachverständigen anschloss, wonach nach dem Stand der heutigen Wissenschaft eine Infektion beim Oralverkehr ausgeschlossen werden könne.

Deshalb wurde Klaus im Fall von Karin freigesprochen. Zum Freispruch im Fall von Melanie folgte das Gericht ebenfalls dem Gutachten, wonach Klaus aufgrund seiner Viruslast unter der Nachweisgrenze nicht infektiös gewesen sei. Und last but not least wurde Klaus zugutegehalten, dass er immer vor der Ejakulation sein Glied aus der Scheide herausgezogen hatte.

Verurteilung nur wegen Fahrlässigkeit und nicht wegen Vorsatzes

Aus diesen Gründen könne Klaus kein Vorsatz für die Infektion von Renate, Melanie oder Karin unterstellt werden. Trotz der Verurteilung von Klaus zu einer Bewährungsstrafe von einem Jahr und neun Monaten hatte die Urteilsbegründung eine zukunftsweisende Wirkung:

- Zum ersten Mal in der Sammlung unserer HIV-Urteile wurde von der „Vorsatzstrafbarkeit“ abgewichen, die Menschen mit HIV schon vor genauerer Prüfung der Umstände schuldig spricht. Psychologisch kann man hier von einer „Entdämonisierung“ der Menschen mit HIV sprechen. Denn bisher galten HIV-Positive immer als Wesen, die ihre Infektion verantwortungslos verbreiten wollen. Hier setzte das Urteil neue Maßstäbe.
- Der Oralverkehr wurde höchstrichterlich als nicht infektiös bestätigt.
- Die schützende Wirkung einer HIV-Therapie unter der Nachweisgrenze wurde ein weiteres Mal von einem Gericht anerkannt.

Das sind zwar nur kleine Fortschritte. Aber beim Thema „Kriminalisierung“ zählt jeder Millimeter, so das Fazit der Teilnehmer_innen am Konzeptseminar „Kriminalisierung“.

Schutz durch Therapie: Hier sogar Freispruch

Wegweisend war auch eine andere Gerichtsentscheidung: Ein 42-jähriger Mann wurde von zwei Frauen angezeigt, nachdem er mit ihnen Geschlechtsverkehr ohne Kondom gehabt und sie erst hinterher über seine HIV-Infektion aufgeklärt hatte.

Dr. Heinrich Rasokat von der Uniklinik Köln, bei der der Mann seit einigen Jahren in Behandlung gewesen war, bekräftigte im Zeugenstand, dass von dem Angeklagten aufgrund der antiretroviralen Therapie keinerlei Übertragungsrisiko ausgehe: „Er war weder zum Tatzeitpunkt noch heute infektiös – er konnte die Frauen gar nicht anstecken.“

Die Richter waren überzeugt und sprachen den Mann frei. Weitere Infos auf aidshilfe.de und im [Kölner Stadtanzeiger](#).

KL, tau

Umfrage: Was heißt Safer Sex heute? Teil 2

Im vergangenen Heft fragten wir: „Was bedeutet Safer Sex für dich?“ Weitere Antworten erreichten uns dazu:

Safer Sex ist für mich eine Strategie, das Risiko einer Ansteckung mit HIV so weit wie möglich zu minimieren. Welche Methode ich dabei auswähle, hängt unter anderem auch von meinem Sexpartner ab. Safer Sex beschränkt sich in meinem Denken und Handeln also nicht ausschließlich auf Sex mit Kondomen. Safer Sex schützt mich vor HIV, nicht vor anderen STIs!

Hartmut Evermann, Lübeck

Für mich hat Safer Sex mit Kommunikation zu tun, auch mit Vertrauen: dass meine Partner wissen, was wir tun und wie wir es tun – welche Schutzmethoden für uns in diesem Moment am besten geeignet sind. Es hat auch etwas mit Vorbereitung zu tun: Wir wissen beide, was unsere eigene Gesundheit betrifft (Infektionsstatus, Viruslast oder PrEP zum Beispiel), aber auch, was wir beim Sex gern machen oder nicht.

Safer Sex bedeutet für mich auch, immer die sichere Methode, aber auch jene mit hohem Spaßfaktor in der entsprechenden Situation auszuwählen. Es hat etwas mit Anpassung zu tun, an die Situation, nicht an den Partner. Eine Situation ist safe, wenn ich überzeugt davon bin, dass ich nach meinem Handeln nichts bereuen werde.

Anonym, Land Brandenburg



PrEP: Eine mögliche Safer Sex-Strategie

Wenn mir jemand sagt, er oder sie mache nur Safer Sex, denke ich als altes Aidshilfefossil, ehrlich gesagt, immer noch spontan ausschließlich an die Verwendung von Kondomen. Ich bin seit 25 Jahren in der Aids-hilfearbeit und bin in den 1990er-Jahren

regelrecht auf die „Mach's mit“-Botschaft konditioniert worden. Erst beim zweiten Denken fällt mir ein, dass Safer Sex inzwischen aus weit mehr besteht als nur dem guten alten Gummi.

„Schutz durch Therapie“ und die PEP gehören für mich ganz essenziell dazu, um möglichst passgenaue Präventionsstrategien für jeden sexuell aktiven Menschen zusammenschustern zu können, und letztlich ist auch die PrEP für mich ein Baustein in diesem Set, auch wenn ich mich zugegebenermaßen damit noch nicht zu 100 % angefreundet habe. Letztlich liegt mir die „harm reduction“ am Herzen; dabei ist es mir relativ wurscht, wie sich jemand schützt, Hauptsache, es ist effektiv und für ihn oder sie im sexuellen Alltag umsetzbar. Da bin ich sehr pragmatisch ...

Für mich persönlich heißt Safer Sex allerdings etwas gänzlich anderes. Mein Mann und ich haben uns vor 26 Jahren versprochen, Kondome zu benutzen, falls wir außerhalb unserer Beziehung Sex haben sollten. Ich für meinen Teil habe mich daran gehalten, und ich gehe davon aus, dass das auch mein Mann tut ;-) ...

Anna Struve, AIDS-Hilfe Neumünster

Was IWWIT dazu sagt

Interview mit Tim Schomann, Leiter der DAH-Kampagne „Ich weiß was ich tu“

Red.: Tim, als Kampagnenleiter der IWWIT-Kampagne bist du ja quasi Profi bei dem Thema. Was verstehst du unter „Safer Sex“?

Tim: Für mich bedeutet Safer Sex alles das, was geeignet ist, mich gut vor einer HIV-Infektion zu schützen. Ich denke da persönlich vor allem an HIV, weniger an STIs.

Red.: Früher hieß es einfach „Nimm ein Kondom, und du bist geschützt“. Das war einfach, funktionierte aber auch schon damals nie für alle. Heute gibt es neue Möglichkeiten. Welches sind die wirksamsten HIV-Schutz-Strategien?

Tim: Kondome sind für die meisten schwulen Männer nach wie vor eine wichtige Schutzmöglichkeit, die ja auch das Risiko senkt, sich mit anderen STIs anzustecken. Hinzu kommt der „Schutz durch Therapie“, also das Wissen darum, dass der Partner oder man selbst HIV-Medikamente einnimmt und damit unter der Nachweisgrenze ist, und aktuell natürlich die PrEP.

Red.: Du sprichst die PrEP an. Ist das hierzulande schon eine empfehlenswerte Strategie? Die Medikamente sind doch sehr teuer ...

Tim: Empfehlenswert ist diese Strategie. Das zeigen ja auch viele Studien. Erschwert wird sie in Deutschland natürlich dadurch, dass man die Medikamente noch selbst bezahlen muss. Außerdem gibt es teilweise unterschiedliche Einnahmeempfehlungen, vor allem dazu, wie viele Tage vor einem Sexdate man mit der PrEP anfangen sollte. Das bedeutet, dass man sich schon bewusst mit dieser Strategie auseinandersetzen und sich informieren muss. Das ist sicher anspruchsvoller, als ein Kondom zu benutzen, stellt



Auf iwwit.de werden die unterschiedlichen Safer-Sex-Strategien ausführlich und gleichwertig erläutert

schützen, und das lässt sich einfach kommunizieren. Die anderen Strategien müssen wir mehr erläutern und Informationen darüber bereitstellen. Das tun wir unter anderem auf unserer Website iwwit.de.

Red.: Noch einmal zurück zu den kurzen Botschaften. „Beim Blasen raus, bevor es kommt“, war eine der zentralen Safer-Sex-Botschaften, die man in den letzten Jahren immer seltener hört. Gehört das nicht mehr zu Safer Sex?

Tim: In der Tat kommunizieren wir das nicht mehr. Die Botschaft ist nicht falsch, wurde aber vielfach missverstanden. Wenn doch mal etwas Sperma im Mund landete, war die Aufregung groß. Das Risiko einer HIV-Übertragung beim Blasen ist jedoch sehr gering. Auch wenn Sperma aufgenommen wird, ist das Übertragungsrisiko nicht sehr hoch und in keiner Weise vergleichbar mit ungeschütztem Analverkehr. Deshalb fokussieren wir uns heute mehr auf Schutzstrategien, die den Analverkehr „sicherer“ machen.

tau

aber die erwiesene Wirksamkeit der PrEP nicht infrage. Sprich: Auch die PrEP ist Safer Sex.

Red.: Ist die Zeit der kurzen Botschaften in der HIV-Prävention vorbei?

Nein, nicht unbedingt. Bei den Kondomen bleibt es ja dabei: Sie

Impressum

HIV-Beratung aktuell

Herausgeber

Deutsche AIDS-Hilfe e. V., Wilhelmstraße 138, 10963 Berlin
Fon: 030 690087-0, Fax: 030 690087-42, www.aidshilfe.de

Redaktion/V. i. S. d. P.

Werner Bock, Steffen Taubert

Texte in dieser Ausgabe

Werner Bock (WB), Johanna Paul, Karl Lemmen (KL), Maria Priebe, Michael Tappe, Steffen Taubert (tau)

Koordination/Kontakt

Steffen Taubert, steffen.taubert@dah.aidshilfe.de

Lektorat: Martin Heiderich

Grafikvorlage: Carmen Janiesch

Alle Ausgaben von HIV-Beratung.aktuell unter:

<http://www.hiv-beratung-aktuell.de/>

