

- HIV-Infektion und Infektiosität 
- Übertragungswege 
- Schutz vor HIV 
- HIV-Übertragungswahrscheinlichkeiten 
- PEP 
- Sexuell übertragene Infektionen, STIs 
- Hepatitis 
- HIV-Test 
- Therapie der HIV-Infektion 
- Leben mit HIV 
- Safer Use 
- Rechtliche Aspekte der Beratung 
- Antidiskriminierungsberatung in Aidshilfen 
- HIV-bezogene Krankheitsängste 
- Geschlechtliche Vielfalt in der Beratung: trans* und non-binär 

Impressum

© Deutsche Aidshilfe e. V.

Wilhelmstraße 138

10963 Berlin

Tel. (030) 69 00 87-0

Fax (030) 69 00 87-42

www.aidshilfe.de

dah@aidshilfe.de

15. aktualisierte Auflage

(Überarbeitung Kapitel 12 und 14), 2025

Bestellnr.: 117308

Inhaltlich verantwortlich: Werner Bock

Autor*innen und Mitarbeitende an der

Aktualisierung 2025: Tanja Albert, Werner Bock, Corinna Gekeler, Klaus Purkart, Leon Taubert, Nadin Wildt

Autor*innen und Mitarbeitende an der

Aktualisierung 2024: Holger Sweers, Carlo Kantwerk, Werner Bock, Dr. Axel-Jeremias Schmidt

Autor*innen und Mitarbeitende an der

Aktualisierung 2023: Carlo Kantwerk, Luca Siemens, Holger Sweers, Steffen Taubert, Claudia Veth, Nadin Wildt

Mitarbeitende an der Auflage 2019:

Jan-Pieter Cordes, Silke Eggers, Heike Gronski, Kerstin Mörsch, Olaf Rothe, Armin Schafberger, Dirk Schäffer, Tom Scheel, Claudia Veth

Gestaltung und Satz: Carmen Janiesch, Berlin

Druck: 4C print, Gustav-Holzmann-Str. 2, 10371 Berlin

Spenden für die DAH: Deutsche Aidshilfe e. V.,

IBAN: DE27 1005 0000 0220 2202 20,

BIC: BELADEBEXX; online: www.aidshilfe.de

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

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

Infomappe digital:

Die ganze Infomappe gibt es in digitaler Form unter ► <https://www.aidshilfe.de/medien/md/infomappe-beratung/>

Infomappe print:

Folgende Kapitel (Aktualisierung 2025) sind als **Printversion** unter der Bestellnummer 117308 zu erhalten:

- Rechtliche Aspekte der Beratung (Kap. 12)
- HIV-bezogene Krankheitsängste (Kap. 14)

Folgende Kapitel (Aktualisierung 2024) sind als **Printversion** unter der Bestellnummer 117208 zu erhalten:

- Schutz vor HIV (Kap. 3)
- HIV-PEP (Kap. 5)
- Sexuell übertragbare Infektionen (Kap. 6)
- Hepatitis (Kap. 7)

Folgende Kapitel (Aktualisierung 2023) sind als **Printversion** unter der Bestellnummer 117108 zu erhalten:

- HIV-Übertragungswahrscheinlichkeiten (Kap. 4)
- HIV-Test (Kap. 8)
- Geschlechtliche Vielfalt (Kapitel 15)

Ordner:

Der Ordner für die Blattsammlung ist unter ► <https://www.aidshilfe.de/shop/ordner-fur-infomappe> erhältlich. Bestellnummer: 127101

Folgende Kapitel sind aktuell nur als **Onlineversion** erhältlich unter

► <https://www.aidshilfe.de/medien/md/infomappe-beratung/>

- HIV-Infektion und Infektiosität (Kap. 1)
- HIV-Übertragungswege (Kap.2)
- Therapie der HIV-Infektion (Kap. 9)
- Leben mit HIV (Kap. 10)
- Safer Use (Kap. 11)
- Antidiskriminierungsarbeit in Aidshilfe (Kap. 13)

HIV-Infektion und Infektiosität

Das Wort **Aids** steht für die englische Bezeichnung „**A**cquired **I**mmune **D**eficiency **S**yndrome“, zu deutsch „Erworbener Immundefekt“. Bei einem Immundefekt ist die Abwehrfähigkeit des Körpers gegenüber Krankheitserregern vermindert.

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

Die Ansteckung

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

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

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

Wie verläuft eine HIV-Infektion?

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

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

Akute Phase

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

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

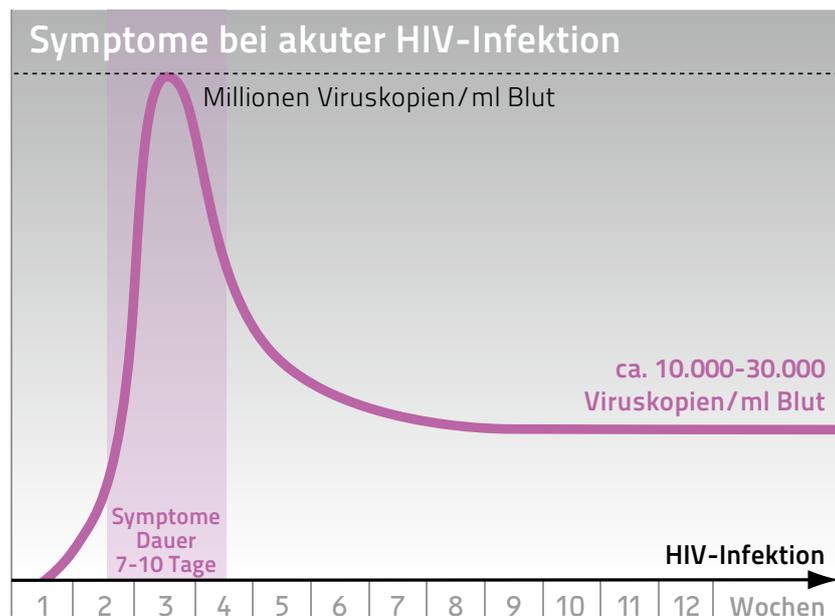
Die Viruslast im Sperma bzw. den genitalen Sekreten folgt der Entwicklung im Blut um 1,5 bis 2 Wochen verzögert.

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

Die 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/der Ratsuchenden erörtert werden.

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

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



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

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

Die chronische Infektion

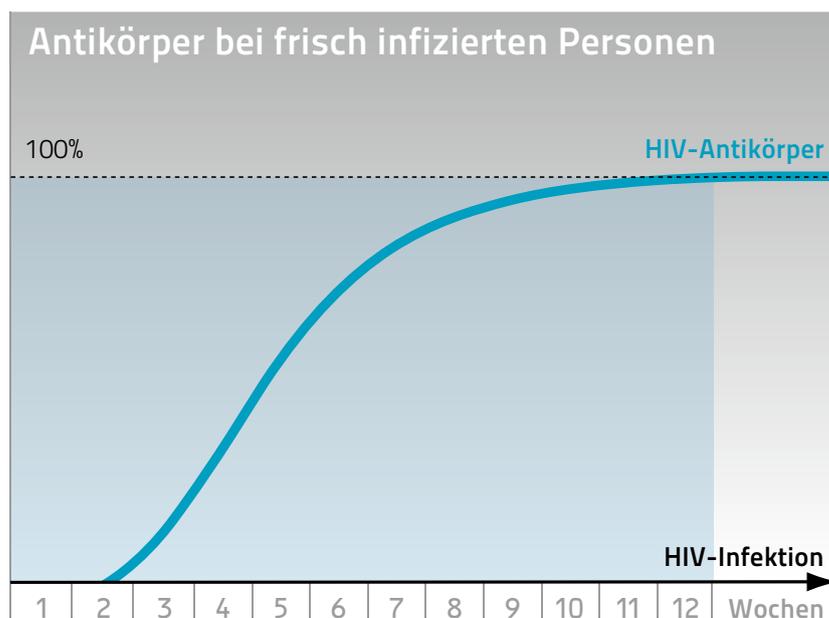
Die chronische Phase der Infektion beginnt nach ca. 3 Monaten und dauert lebenslang an. Der Verlauf einer HIV-Infektion ist individuell verschieden und lässt sich nur begrenzt als eine festgelegte Abfolge beschreiben. Man unterscheidet zwischen der asymptomatischen Phase, der symptomatischen Phase und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

Asymptomatische Phase

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

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

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



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

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

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

Symptomatische Phase

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

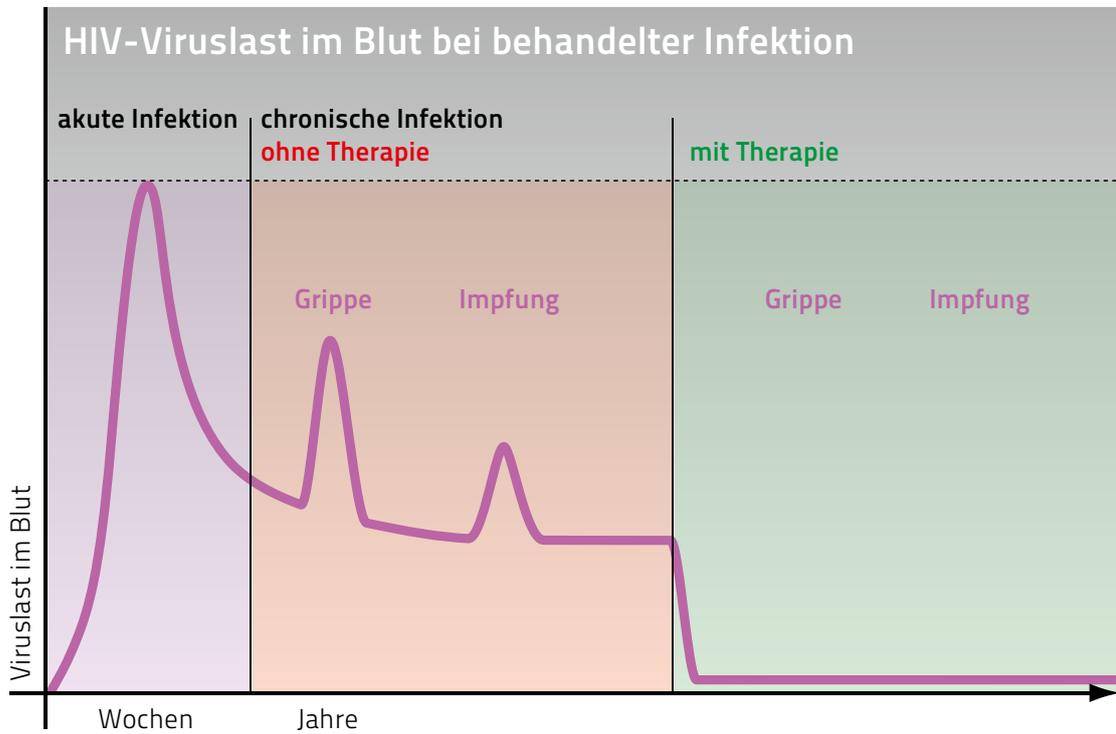
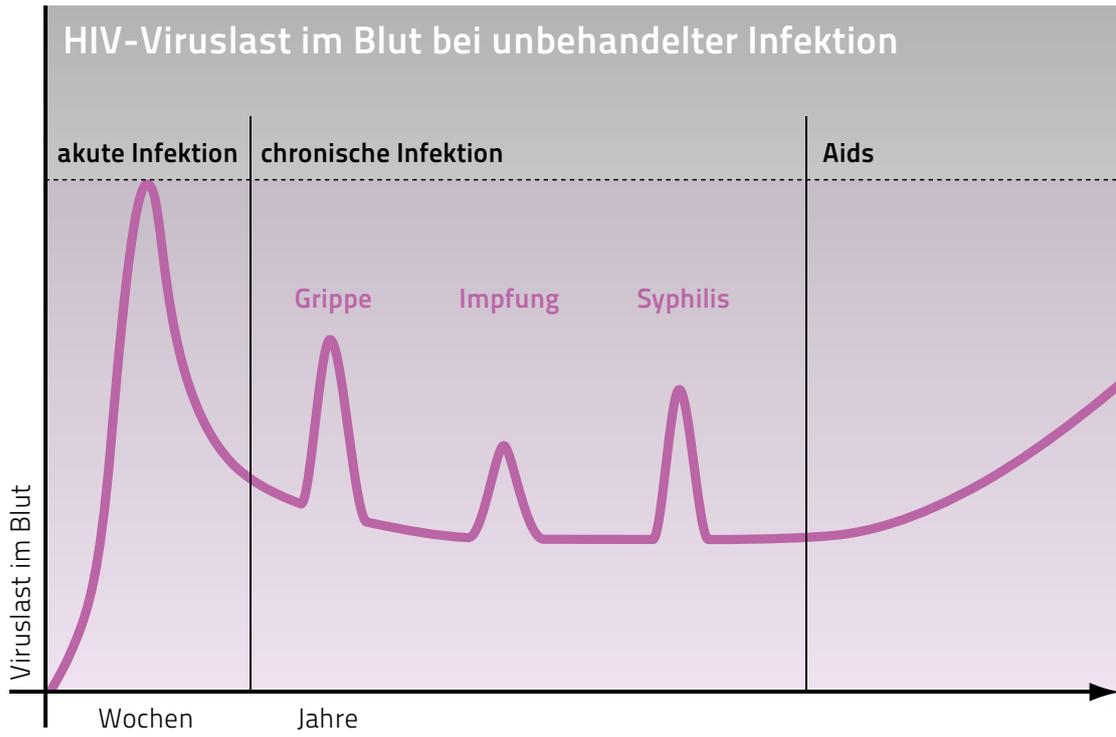
Die Krankheitszeichen sind unspezifisch. Aus diesem Grund kann es sein, dass ein Arzt eine HIV-Infektion über die Symptome nicht erkennt und keine entsprechende Untersuchung (HIV-Test) empfiehlt.

Aids

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

Infektiosität

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

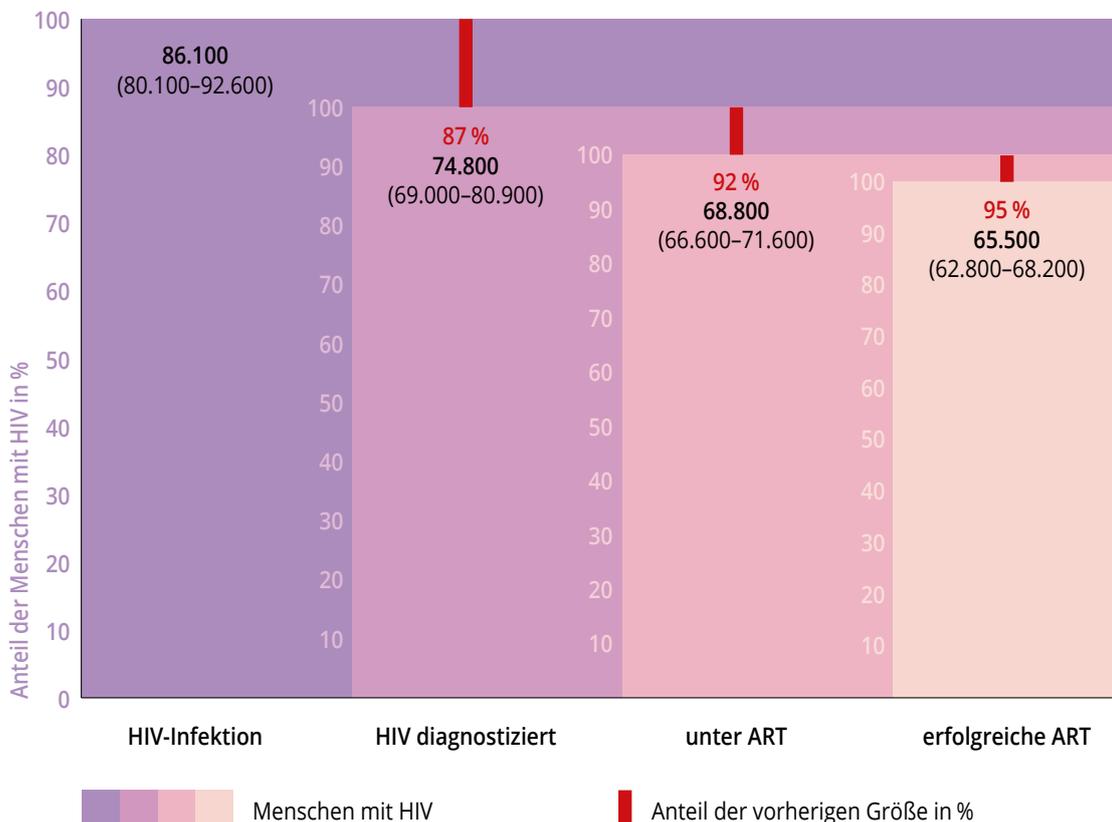


Übertragungswege

Das Wichtigste in Kürze:

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

HIV-Diagnosen und Behandlung in Deutschland



Faktoren für eine HIV-Übertragung

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

Faktoren sind:

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

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

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

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

nicht so widerstandsfähig gegenüber Viren ist wie der Magen von Erwachsenen.

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

Eintrittspforten für das HIV-Virus

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

Eintrittspforten sind:

Schleimhäute

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

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

Spritzen

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

Übertragungswege von HIV

Sexuelle Übertragung

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

Analverkehr

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

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

Vaginalverkehr

Die Schleimhaut der Scheide ist zwar widerstandsfähiger als die Schleimhaut des Darmes, bei der Penetration entstehen aber häufig kleine Verletzungen, die dem HI-Virus eine Eintrittspforte bieten. Eine HIV-Übertragung kann

schon erfolgen, ohne dass Ejakulat aufgenommen wird. Bei Aufnahme von Ejakulat ist die Übertragungswahrscheinlichkeit aber deutlich höher. HIV kann sowohl vom Mann auf die Frau übertragen werden, als auch von der Frau – über Vaginalflüssigkeit – auf den Mann.

Oralverkehr

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

Hierarchie von Infektionswahrscheinlichkeiten

1. **sehr hohes Risiko**
Gemeinsame Verwendung von Injektionsutensilien
2. **hohes Risiko**
Aufnehmender Analverkehr
3. **Risiko**
Eindringender Analverkehr, aufnehmender Vaginalverkehr, eindringender Vaginalverkehr
4. **sehr geringes Risiko**
Oralverkehr mit Aufnahme von Sperma

Spritzen von Drogen

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

Mutter-Kind-Übertragung

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

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

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

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

Ist die Viruslast unter der Nachweisgrenze und die Mutter hat keine Probleme

mit der Adhärenz (das kann z. B. durch eine Kindbett-Depression der Fall sein) kann das Neugeborene auch gestillt werden.

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

Blut und Blutprodukte

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

Wie lange „überlebt“ HIV außerhalb des Körpers?

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

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

trocknet sind, besteht keine Infektionsgefahr.

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

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

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

Die Rolle der Viruslast

Viruslast im Verlauf der HIV-Infektion

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

Antiretrovirale Therapie und Viruslast

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

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

Der Schutz wird auch durch gleichzeitig auftretende STI nicht beeinträchtigt.

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

Schutz vor HIV

In der Beratung geht es immer um eine individuelle Abwägung von zwei Gütern: lustvolle Sexualität auf der einen Seite und Schutz vor HIV und anderen im sexuellen Kontext übertragenen Infektionen (Englisch: *sexually transmitted infections*, STIs) auf der anderen Seite.

Die Rolle der Berater*innen ist es, Ratsuchende mit den notwendigen Informationen zu versorgen, damit sie selbst für sich entscheiden können, welchen Stellenwert sie in ihrer aktuellen Situation welchem Gut geben wollen. Theoretisch reicht die Bandbreite von „Ich verzichte vollkommen auf Sex“ bis „Ich verzichte vollkommen auf Schutz“. Die große Mehrheit der Ratsuchenden wird für sich aber einen Weg irgendwo dazwischen wählen.

Safer Sex

Unter *Safer Sex* verstehen die Aidshilfen Methoden, die eine Übertragung von HIV wirksam verhindern. Übersetzt bedeutet es „Sex, der sicherer ist“ (als Sex ohne diese HIV-Schutzmethoden). Der Begriff grenzt sich vom ebenfalls häufig verwendeten „Safe Sex“ („sicherer Sex“) ab, weil die Aidshilfen historisch immer auch die Restrisiken benannt haben – also z. B. darauf hinweisen, dass es trotz Kondomgebrauch zu HIV-Übertragungen kommen kann, etwa durch Anwendungsfehler.

Es gibt auch andere Definitionen von Safer Sex (z. B. als Methoden, die das Risiko sexuell übertragener Infektionen senken), doch in der Aidshilfe-Beratung bezieht sich der Begriff allein auf HIV. Dies gilt es gegenüber Ratsuchenden deutlich zu machen.

Folgende drei Safer-Sex-Methoden schützen wirksam vor einer HIV-Übertragung, wenn sie richtig angewendet werden:

- Kondome (externe und interne)
- PrEP
- Schutz durch Therapie.

Exkurs: Kein relevantes HIV-Risiko beim Oralverkehr

Beim Oralverkehr (Lutschen oder Lecken des Penis, der Vulva, des Afters) gibt es praktisch kein HIV-Risiko.

- Für die Person, die stimuliert („geleckt“ oder „geblasen“) wird, besteht überhaupt kein Risiko.
- Für die stimulierende („leckende“ oder „blasende“) Person besteht nur dann ein – sehr geringes – Ansteckungsrisiko, wenn eine große Menge HIV mit dem Mund aufgenommen wird. Die **Mundschleimhaut ist aber sehr stabil**, und **Speichel verdünnt virushaltige Flüssigkeiten**. Weltweit sind nur wenige Fälle beschrieben worden, in denen es dadurch zu einer Infektion kam.

Um das geringe Risiko noch weiter zu verringern, sollte man das Sperma schnell wieder ausspucken, um den Kontakt mit der Schleimhaut so kurz wie möglich zu halten. Bei „*Deep Throat*“ und Abspritzen im Rachen ist wahrscheinlich Schlucken besser, da die Verweildauer im Mund dann kürzer ist.

Kondome (externe und interne) & Co.

Kondome sind bei Vaginal- und Analverkehr ein wirksamer Schutz vor HIV.

Das passende Kondom

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

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

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

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

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

Die Qualität von Kondomen

- Bei der Auswahl von Kondomen sollte man unbedingt auf das Qualitätssiegel achten. Geprüfte Kondome sind mit „CE“ gekennzeichnet. Diesen Aufdruck findet man auf der Verpackung.
- Kondome sind Naturprodukte und haben ein Verfallsdatum. Bei abgelau-

fenen Kondomen besteht die Gefahr, dass sich schneller Risse bilden oder dass sie spröde werden. Deswegen ist es wichtig, auf das Haltbarkeitsdatum zu achten.

- Scherzkondome oder Leuchtkondome sind für den Schutz vor HIV nicht geeignet.

Hinweise zur Kondombenutzung

- Gegebenenfalls 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 geben (also kein Gleitmittel direkt auf den Penis geben, bevor das externe Kondom übergezogen wird). Das Kondom kann sonst beim Zurückziehen leicht abrutschen und beim Geschlechtsverkehr leichter platzen.
- Niemals zwei Kondome übereinanderziehen.
- Immer wieder mal mit der Hand überprüfen, ob das Kondom noch richtig sitzt.
- Nach dem Sex Penis und Kondom zusammen rausziehen, 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.

Interne Kondome

Ein internes Kondom (auch Femidom genannt) besteht aus einem etwa 18 cm langen, am Ende geschlossenen Schlauch aus dünnem, reißfestem Kunststoff (Polyethylen oder Polyurethan). Es ist mit zwei Ringen ausgestattet, von denen der äußere außerhalb der Vagina vor den großen Vulvalippen liegt und der innere wie ein Pessar (Diaphragma) in die Vagina eingeführt wird und vor dem Muttermund bzw. Gebärmutterhals liegt. Auch für den Analverkehr können interne Kondome verwendet werden. Sie ermöglichen aufnehmenden Partner*innen die selbstbestimmte Anwendung eines Barriereverfahrens. Zudem sind sie eine Alternative, wenn die Erektion beim Aufziehen eines Kondoms nicht gehalten werden kann, da sie schon längere Zeit vor dem Sex eingesetzt werden können.

Interne Kondome sind rezeptfrei in Apotheken oder über das Internet erhältlich.

Gleitmittel

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

- Auf keinen Fall öl- oder fetthaltige Substanzen wie Hautcreme, Vaseline, Speiseöle und Bratfette verwenden. Diese greifen das Kondom an. Ausnahmen sind Kondome aus Polyurethan – diese sind unempfindlich gegenüber Öl und Fett.

- Mit Latexkondomen nur fettfreie und wasserlösliche Gleitmittel verwenden.
- Gleitgele auf Wasser- oder Glycerin-Basis sind preiswerter, trocknen aber schneller aus.
- Gleitmittel auf Silikon-Basis behalten ihre Gleitfähigkeit länger und sind ergiebiger, dafür aber teurer.
- Gleitmittel gibt es in Apotheken, Drogerien, Sexshops oder im Internet.

PrEP (Prä-Expositions-Prophylaxe)

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

Wie funktioniert die PrEP?

Zur PrEP werden Medikamente aus der HIV-Behandlung eingesetzt. Sie hindern HIV daran, sich im Körper festzusetzen. Derzeit ist in Deutschland nur eine Wirkstoffkombination in einer Tablette zur HIV-PrEP zugelassen. Die Wirkstoffe Tenofoviridisoproxil und Emtricitabin gelangen unter anderem in die Zellen der Schleimhäute (zum Beispiel im Darm oder in der Vagina), die beim Sex mit Körperflüssigkeiten oder Schleimhäuten des Partners*der Partnerin in Kontakt kommen. Wenn HI-Viren dann in diese Zellen eindringen, können sie sich nicht vermehren. Eine HIV-Infektion wird verhindert.

Dazu muss jedoch eine ausreichende Menge der Wirkstoffe im Körper vorhanden sein. Wird das Medikament häufiger nicht eingenommen oder abgesetzt, sinkt die Wirkstoffkonzentration im Körper oder die Wirkstoffe verschwinden ganz, sodass es zu HIV-Infektionen kommen kann.

Sehr selten sind die übertragenen Viren schon gegen die PrEP-Medikamente resistent. Dann kann es auch trotz korrekter PrEP-Anwendung zu einer Ansteckung kommen. Weltweit sind bisher aber nur sehr wenige solcher Fälle bekannt geworden.

Eine Übersicht über verschiedene PrEP-Studien findet sich unter [▶ aidshilfe.de/prepistda-studienfakten](https://aidshilfe.de/prepistda-studienfakten) (Kurzlink: [▶ t1p.de/6n1i](https://t1p.de/6n1i)).

Für wen wird die PrEP empfohlen?

Die Deutsch-Österreichischen Leitlinien empfehlen die HIV-PrEP für Menschen mit erhöhtem („substanziellem“) HIV-Risiko. Dazu gehören insbesondere

- Männer, die Sex mit Männern haben (MSM), und trans* Personen, die in den letzten drei bis sechs Monaten Analverkehr ohne Kondom hatten und/oder voraussichtlich in den nächsten Monaten Analverkehr ohne Kondom haben werden.

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

Wer ausschließlich Oralverkehr hat, aber keinen Anal- oder Vaginalverkehr, braucht prinzipiell keine PrEP.

- MSM und trans* Personen, die in den letzten zwölf Monaten eine **Geschlechtskrankheit** hatten
- **Partner*innen von Menschen mit HIV**, die keine HIV-Therapie machen oder bei denen die HIV-Therapie die Virusvermehrung im **Blut (noch) nicht ausreichend unterdrückt**.

Auch außerhalb dieser Gruppen mit dem höchsten Risiko kann individuell ein hohes HIV-Risiko bestehen, z. B. bei

- **Menschen, die Sex ohne Kondom mit Partner*innen** haben, bei denen eine „nicht unerhebliche Wahrscheinlichkeit einer undiagnostizierten HIV-Infektion besteht“ – das schließt trans*, cis-männliche und cis-weibliche **Sexarbeiter*innen** ein, wenn sie in der **Regel Anal- oder Vaginalverkehr ohne Kondome** haben
- **Drogen injizierenden Personen**, die **keine sterilen Spritzbestecke** verwenden.

Anlässe für eine Beratung zur PrEP

Anlässe für eine Beratung zur PrEP können unter anderen sein:

- selbst geäußerter Wunsch nach Einnahme der PrEP
- Angabe von kondomlosem einführendem oder aufnehmendem analem oder vaginalem Sex außerhalb einer monogamen Beziehung
- Diagnose einer sexuell übertragenen Infektion (STI)

- Angabe von Sex unter Gebrauch bewusstseinsverändernder Substanzen („Chemsex“, Alkohol)
- Angabe einer Konstellation mit einem*r HIV-positiven Partner*in bei nicht suppressiver ART, in der Anfangsphase einer ART oder ohne ART
- intravenöser Drogengebrauch
- Angabe von Tätigkeit als Sexarbeiter*in
- (wiederholte) Notwendigkeit zur Durchführung einer PEP.

Die Deutsch-Österreichischen PrEP-Leitlinien weisen außerdem darauf hin, dass insbesondere Frauen mit hohem HIV-Infektionsrisiko noch nicht adäquat von der PrEP profitieren. Informationen zur PrEP sollten Frauen daher z. B. auch in der gynäkologischen Praxis und der Reisemedizin angeboten werden.

Im Einzelfall kann auch für drogeninjizierende Personen, die keine sterilen Injektionsmaterialien verwenden (können), und ihre Sexualpartner*innen ein so hohes HIV-Infektionsrisiko bestehen (z. B. im Gefängnis), dass eine PrEP angezeigt sein kann.

Bezug und Kosten

Auf Kassenrezept verschreiben lassen kann man sich die PrEP bei Ärzt*innen, die sich mit der Behandlung von HIV-Patient*innen und/oder mit der PrEP auskennen. Man findet sie über ein Tool des Bundesministeriums auf [▶ aidshilfe.de/hiv-prep](https://aidshilfe.de/hiv-prep) → Wie komme ich an die PrEP (direkter Kurzlink: [▶ t1p.de/o89fh](https://t1p.de/o89fh)), unter [▶ dagnae.de/schwerpunktarztsuche](https://dagnae.de/schwerpunktarztsuche) oder unter [▶ prep.jetzt](https://prep.jetzt) → PrEP-Infothek.

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

Die Kosten für die PrEP-Medikamente und die Untersuchungen werden dann von den gesetzlichen Krankenkassen für Menschen ab 16 Jahren übernommen. Bezahlen muss man für das Medikament nur den üblichen gesetzlichen Eigenanteil.

Die privaten Krankenkassen haben eigene Regelungen. Nach DAH-Recherchen vom Februar 2022 übernehmen nur wenige die Kosten der PrEP und die meisten lediglich für bereits bei ihnen Versicherte. Viele lehnen PrEP-Nutzer*innen als Neumitglieder ab oder verlangen höhere Tarife.

PrEP auf Privatrezept

Wer die HIV-PrEP nicht von seiner Krankenversicherung finanziert bekommt, kann sie sich auf Privatrezept verschreiben lassen und dann selbst bezahlen. Der*die Ärzt*in geht dafür eine Checkliste durch und händigt eine Informationsbroschüre für Patient*innen aus.

Die Kosten liegen derzeit zwischen etwa 40 und 70 Euro für eine Monatsration (bei dauerhafter täglicher Einnahme); einen Überblick über unterschiedliche Präparate und Abgabeformen bietet die Seite [prep.jetzt](#) unter dem Menüpunkt „Wie bekomme ich PrEP“?.

Wichtig sind auch hier die vor PrEP-Beginn und während der PrEP nötigen ärztlichen Untersuchungen und regelmäßige HIV-Tests.

PrEP aus dem Ausland

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

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

Wie nimmt man die PrEP ein?

Vorbemerkung: Da zur HIV-PrEP in Deutschland bislang nur Tabletten mit den Wirkstoffen Emtricitabin und Tenofoviridisoproxil zugelassen sind, beziehen sich die folgenden Angaben auf die Einnahme der PrEP-Tabletten.

Die „Deutsch-Österreichischen Leitlinien zur HIV-Präexpositionsprophylaxe“ empfehlen zur PrEP die „kontinuierliche einmal tägliche Einnahme von TDF/FTC“.

Bei anlassbezogener Einnahme der PrEP (auch PrEP on demand genannt), die häufig von PrEP-Nutzer*innen praktiziert werde, solle über den Off-Label-Use (Gebrauch außerhalb der Zulassung) und die genauen Einnahmodalitäten aufgeklärt werden:

- 2 Tabletten 2–24 Stunden vor dem geplanten Sexualkontakt
- danach täglich zur selben Zeit (plus/minus 2 Stunden) 1 Tablette und
- nach dem letzten kondomlosen Sex nochmals an den darauffolgenden zwei Tagen je 1 weitere Tablette.

Einnahmeschema bei Analverkehr

1	2	3 PrEP	4 PrEP	5 SEX PrEP	6 PrEP	7 PrEP
8 PrEP	9 PrEP	10 PrEP	11 PrEP	12 PrEP	13 PrEP	14 PrEP
15 PrEP	16 PrEP	17 SEX PrEP	18 SEX PrEP	19 PrEP	20 PrEP	21 PrEP
22 PrEP	23 PrEP	24 PrEP	25 PrEP	26 PrEP	27 PrEP	28 PrEP

Einnahmeschema bei Vaginalverkehr

1 PrEP	2 PrEP	3 PrEP	4 PrEP	5 PrEP	6 PrEP	7 PrEP
8 SEX PrEP	9 PrEP	10 PrEP	11 PrEP	12 SEX PrEP	13 PrEP	14 PrEP
15 PrEP	16 PrEP	17 PrEP	18 PrEP	19 PrEP	20 PrEP	21 PrEP
22 PrEP	23 PrEP	24 PrEP	25 PrEP	26 SEX PrEP	27 PrEP	28 PrEP

Studien haben gezeigt, dass beim Analverkehr (wenn also Penis- und Darmschleimhaut beteiligt sind) eine anlassbezogene PrEP, zum Beispiel rund um ein Sexdate, eine Sexparty oder im Urlaub, genauso zuverlässig schützt wie eine Dauer-PrEP.

Für aufnehmenden Vaginalverkehr wird die anlassbezogene PrEP von den Deutsch-Österreichischen Leitlinien nicht empfohlen, unter anderem wegen fehlender Daten und weil es länger dauere, bis in der vaginalen Schleimhaut genug Wirkstoffe angereichert sind.

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

1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28

Illustration des Einnahmeschemas für anlassbezogene PrEP. Die Einnahme beginnt am Tag 11 (24 bis 2 Stunden vorher) und erfolgt täglich bis Tag 25. Sex findet am Tag 12 statt. Die Einnahme erfolgt jeweils zu den Tagen 11 bis 25, jeweils eine PrEP-Tablette pro Tag. Die Tage 12 bis 25 sind grün hinterlegt.

Ab wann ist der HIV-Schutz nach Beginn der PrEP gegeben?

Die Deutsch-Österreichischen PrEP-Leitlinien gehen auf Basis der Medikamentenkonzentration in den Schleimhäuten des Enddarms/Dickdarms und von Vagina und Gebärmutterhals davon aus, dass **bei täglicher Dauer-PrEP** (Einnahme von 1 Tablette pro Tag) ausreichender Schutz zu folgendem Zeitpunkt besteht:

- in der Schleimhaut des Enddarms/ Dickdarms **am 3. Tag**
- in der Schleimhaut von Vagina/Gebärmutterhals **am 7. Tag.**

Die **Deutsche Aidshilfe** geht davon aus, dass auch in den **Penisschleimhäuten** ausreichender Schutz am 3. Tag nach Beginn der täglichen PrEP gegeben ist. Entscheidend ist dafür wohl die Konzentration in den benachbarten Lymphknoten, weil HIV sich hier vermehren würde, wenn es über die Penisschleimhäute in den Körper gelangt.

Einleitungs- und Ausleitungsphase

Sowohl bei der Dauer-PrEP als auch bei der „Ab-und-zu“-PrEP handelt es sich um die tägliche Einnahme (mindestens) einer PrEP-Tablette. Die kürzeste PrEP dauert drei Tage, die längste PrEP ist zeitlich unbegrenzt.

Was sich bei den Empfehlungen zur Dauer-PrEP und zur anlassbezogenen PrEP und je nach beteiligten Organen/Schleimhäuten unterscheidet, sind die Einleitungsphase (Aufbau des Medikamentenspiegels vor möglichem Kontakt mit HIV) und die Ausleitungsphase (Erhaltung dieses Medikamentenspiegels nach möglichem Kontakt mit HIV). Hintergrund: Das PrEP-Medikament reichert sich unterschiedlich schnell und gut in verschiedenen Schleimhäuten im Körper an (zum Beispiel Vaginal-, Penis- und Darmschleimhaut) und wird unterschiedlich schnell dort abgebaut.

Entsprechend den Deutsch-Österreichischen PrEP-Leitlinien und den Überlegungen zur Wirkstoffkonzentration in den Penisschleimhäuten bzw. den benachbarten Lymphknoten **hält die Deutsche Aidshilfe folgende Einleitungs- und Ausleitungsphasen plausibel:**

Einleitungsphase

- **bei täglicher Dauer-PrEP** (Einnahme von 1 Tablette pro Tag)
 - **2 Tage bei einführendem oder aufnehmendem Analverkehr sowie bei einführendem Vaginalverkehr**
 - **6 Tage bei aufnehmendem Vaginalverkehr.** Zur Dauer der Einleitungsphase bei trans* Personen mit einer Neovagina gibt es bisher keine Empfehlungen.
- **bei anlassbezogener PrEP** (Beginn mit einer Doppeldosis = 2 Tabletten auf einmal)
 - **Doppeldosis = Einleitungsphase** bei einführendem oder aufnehmendem Analverkehr.

Ausleitungsphase

Zur Dauer der Ausleitungsphase machen die Deutsch-Österreichischen Leitlinien keine Aussage. **Die Deutsche Aidshilfe empfiehlt eine zweitägige Ausleitungsphase,** Personen mit **aufnehmendem Vaginalverkehr** eine **siebtägige.**

PrEP und Hormone für trans* Menschen

Für trans* Menschen liegen hinsichtlich der PrEP nur wenige Daten vor.

Mit einer Hormonbehandlung gibt es nach derzeitigem Kenntnisstand keine

relevanten Wechselwirkungen der PrEP. Besprochen werden sollte die PrEP-Einnahme auf jeden Fall mit dem*der behandelnden Ärzt*in.

PrEP-Checks und medizinische Begleitung

Eine gute medizinische Begleitung gehört zur PrEP unbedingt dazu. Das umfasst PrEP-Checks, vor allem Tests auf HIV sowie die Überprüfung der Nierenfunktion, aber auch Untersuchungen auf weitere Geschlechtskrankheiten. Mit dem*der Ärzt*in kann auch über Nebenwirkungen und Wechselwirkungen (z. B. mit einigen Entzündungshemmern, Schmerzmitteln oder Antibiotika) gesprochen werden.

Vor Beginn einer PrEP

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

Ebenso muss vor dem PrEP-Start die Nierenfunktion überprüft werden. Wer an einer Nierenerkrankung leidet, sollte keine PrEP machen, weil die PrEP die Nierenleistung verringert.

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

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

Während einer PrEP

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

Die Deutsch-Österreichischen PrEP-Leitlinien empfehlen außerdem Untersuchungen auf **Hepatitis C** (alle sechs bis zwölf Monate, insbesondere, wenn Substanzen injiziert oder „härtere“ Sexualpraktiken praktiziert werden, bei denen es zu Blutkontakt kommt) und **Syphilis** (alle drei Monate).

Eine Untersuchung auf **Tripper/Chlamydien** „kann“ laut Leitlinien alle 3 bis 6 Monate“ und „sollte alle 12 Monate“ angeboten werden.

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

Nach Beendigung einer PrEP

Nach Ende einer PrEP empfiehlt die Leitlinie Untersuchungen auf HIV (sechs Wochen nach der letzten PrEP-Einnahme) und auf Syphilis sowie ein Gespräch über mögliche Symptome einer Geschlechtskrankheit.

Wo kann man die PrEP-Untersuchungen durchführen lassen?

- In der ärztlichen Praxis sind alle PrEP-Checks möglich, allerdings nicht anonym.

- Tests auf HIV, Syphilis, Tripper/Chlamydien und Hepatitis C können auch in vielen Aidshilfen, Checkpoints und Gesundheitsämtern durchgeführt werden. Die Tests sind dort anonym. Einige Checkpoints bieten auch Untersuchungen der Nierenfunktion an.

PrEP-Teststellen finden sich unter kompass.hiv (unter „Kategorien“ bitte „PrEP-Check“ auswählen).

Was kosten die Untersuchungen?

Ärztliche Praxis

- Bei einer PrEP auf Kassenrezept werden die Kosten für die PrEP-Checks von der gesetzlichen Krankenkasse übernommen.
- Bei einer PrEP auf Privat Rezept muss man die Kosten für die PrEP-Untersuchungen grundsätzlich selbst übernehmen. Die Tests können dann anonym durchgeführt werden.
- Nierenwerte: etwa 3 Euro
- Syphilis, Tripper/Chlamydien und Hepatitis C: unterschiedlich hohe Kosten bei Privatzahlung, unbedingt vorher abklären.

Aidshilfen/Checkpoints

- Die Kosten in Aidshilfen oder Checkpoints sind sehr unterschiedlich und können sich auch je nach persönlichen Voraussetzungen unterscheiden. In einigen Einrichtungen sind Ärzt*innen mit Kassenzulassung tätig, die bei gesetzlich Versicherten über die Krankenkassen abrechnen können. Manche Aidshilfen oder Checkpoints bieten auch Ermäßigungen oder sogar kostenlose Tests für Menschen mit wenig Geld.

Welche Nebenwirkungen hat die PrEP?

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

Die PrEP verringert geringfügig die Leistungsfähigkeit der Niere. Wer an einer Erkrankung der Niere leidet, sollte keine PrEP einnehmen.

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

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

Was weiß man über Wechselwirkungen?

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

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

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

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

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

Mögliche Wechselwirkungen lassen sich auch über die Website hiv-druginteractions.org herausfinden: unter HIV Drugs „Emtricitabine/Tenofovir-DF (FTC/TDF, PrEP)“ anklicken, dann unter „Co-medications“ das Medikament entweder anklicken oder eingeben und „Check HIV/HIV drug interactions“ anklicken). Neben Wirkstoffen („A-Z“) und Handelsnamen („Trade“) kann man auch nach Medikamentenklassen („Class“) suchen.

Was ist mit Resistenzen?

Häufig wird im Zusammenhang mit der PrEP das Thema „Resistenzen“ angesprochen. Gemeint sind HIV-Stämme, die gegen die PrEP-Wirkstoffe unempfindlich sind, sodass die PrEP nicht richtig wirkt, HIV sich also vermehren und zu einer chronischen Infektion führen kann.

- **HIV-Infektion mit bereits resistenten Viren**

Solche Infektionen unter einer PrEP sind möglich, aber selten.

- **Resistenzbildung durch HIV-Infektion kurz vor, während oder nach einer PrEP**

Resistenzen bilden sich auch dann, wenn eine PrEP bei bestehender HIV-Infektion eingenommen wird: Das ist zum Beispiel zu Beginn einer PrEP möglich, wenn man sich gerade ganz frisch infiziert hat und der HIV-Test noch nicht anschlägt. Deshalb ist es wichtig, vor und nach Beginn der PrEP vier Wochen nach dem Start) und anschließend alle drei Monate während der PrEP HIV-Tests zu machen.

Außerdem kann es zu Resistenzen kommen, wenn man sich trotz PrEP oder nach Beendigung der PrEP mit HIV infiziert, weil die Konzentration der Wirkstoffe nicht ausreicht – zum Beispiel, wenn die PrEP nicht korrekt eingeleitet wird (zu kurze Einleitungsphase bzw. keine Doppeldosis), wenn die PrEP nicht korrekt ausgeleitet wird (zu kurze Ausleitungsphase) oder wenn in der Zeit, in der Kontakt zu HIV besteht, nicht genügend Tabletten eingenommen werden.

Wenn bei einer täglichen Dauer-PrEP Tabletten vergessen werden, ist das aber nicht schlimm. Laut der iPrEX-OLE-Studie besteht der HIV-Schutz bei Männern und trans Frauen, die Sex mit Männern haben, auch dann, wenn die PrEP „nur“ an mindestens 4 von 7 Tagen genommen wird (► https://img.thebody.com/images/infographics/iPrExOLE_Findings.pdf, Kurzlink: ► <https://t1p.de/xx863>).

Bei der anlassbezogenen PrEP hingegen sollten keine Tabletten ausgelassen werden.

Schutz durch Therapie

Schutz durch Therapie verhindert beim Sex eine HIV-Infektion, wenn ein*e Partner*in HIV-positiv und der*die andere HIV-negativ ist.

Die Methode beruht darauf, dass die HIV-positive Person eine HIV-Therapie macht, welche die HIV-Menge in ihrem Blut seit mindestens einem halben Jahr unter 200 Kopien/ml drückt. Man spricht hier von einer suppressiven (unterdrückenden) ART oder auch von einer „Viruslast unter der Nachweisgrenze“; technisch liegt diese bei modernen Verfahren meist zwischen 20 und 40 Viruskopien/ml.

Bei einer suppressiven ART befinden sich auch in anderen Körperflüssigkeiten wie Sperma, Vaginalflüssigkeit oder dem Flüssigkeitsfilm auf der Darm- oder Penisschleimhaut kaum noch Viren, eine HIV-Übertragung beim Sex findet nicht mehr statt.

Auf ein Kondom oder eine PrEP kann man unter diesen Bedingungen verzichten und ist trotzdem vor HIV geschützt. Die Medikamente müssen regelmäßig eingenommen und der Erfolg der Therapie muss regelmäßig überprüft werden.

Wichtig: In den meisten wissenschaftlichen Studien zu „Schutz durch Therapie“ lag die Nachweisgrenze bei 200 Viruskopien/ml – unterhalb dieser Grenze gab es in keiner Studie eine HIV-Übertragung.

Im Sommer 2023 hat die Weltgesundheitsorganisation zudem ein „Policy brief“ veröffentlicht, wonach das Übertragungsrisiko bis zu einer Grenze von 1.000 HIV-Kopien/ml zu vernachlässigen oder fast Null ist (Kurzlinks: ► t1p.de/vemlx und ► t1p.de/fpzgm).

Die Methode sollte man nur nach Rücksprache mit dem*der behandelnden Ärzt*in anwenden.

Wie sicher ist der Schutz durch die Medikamente?

In mehreren Studien wurden hunderte Paare aus HIV-positiven und HIV-negativen Partner*innen über Jahre begleitet. Sie hatten in dieser Zeit zigtausende Sexualkontakte ohne Kondom oder die PrEP. Dabei kam es zu keiner einzigen HIV-Übertragung. Wenn man Schutz durch Therapie praktiziert, ist also auch Sex ohne Kondom oder die PrEP Safer Sex.

Wenn einzelne Einnahmen verzögert erfolgen oder vergessen werden, gefährdet das nicht gleich den Therapieerfolg und es entsteht auch kein höheres Übertragungsrisiko. Vergisst man die Einnahme aber häufiger, kann die Viruslast wieder steigen und damit auch das Übertragungsrisiko.

Auch aus anderen Gründen kann die HIV-Menge im Blut dauerhaft auf hohe Werte ansteigen, zum Beispiel, weil sich Resistenzen entwickelt haben. Dann muss die Therapie eventuell umgestellt werden, um die HIV-Vermehrung wieder wirksam zu unterdrücken.

Weitere Strategien zur Senkung des HIV-Risikos

HIV-Post-Expositions-Prophylaxe

Nach Kontakt („Exposition“ = „Ausgesetztsein“) mit einer infektionsrelevanten HIV-Menge, z. B. bei

- Stichverletzung an einer Nadel mit HIV-haltigem Blut
- ungeschütztem Sex mit einer unbehandelten Person mit HIV oder
- gemeinsamer Benutzung von Spritzen und Nadeln zum Drogenkonsum, kann eine Post-Expositions-Prophylaxe (PEP, etwa „Vorbeugung nach einem Kontakt mit HIV“) das „Einnisten“ von HIV und das „Angehen“ einer Infektion meistens verhindern. Bei der PEP handelt sich dabei um eine vierwöchige Behandlung mit antiretroviralen Medikamenten.

Beginnen sollte man mit einer PEP idealerweise innerhalb von zwei Stunden, möglichst innerhalb von 24 und nicht später als 48 Stunden nach dem Risikokontakt. Adressen von Kliniken und Einrichtungen, in denen eine PEP möglich ist, finden sich unter

► www.kompass.hiv/pep.

Beschneidung

Studien zufolge senkt die Beschneidung der Vorhaut das HIV-Infektionsrisiko beim einführenden vaginalen Verkehr um bis zu 60 Prozent, vor allem, weil die Schleimhautoberfläche des Penis verringert und der an HIV-Zielzellen reiche Teil der Vorhaut entfernt wird. Ob die Beschneidung auch das Risiko beim

Analverkehr senkt, ist wissenschaftlich nicht geklärt. Zu bedenken ist, dass viele Männer, die Sex mit Männern haben (MSM), sowohl eindringenden als auch aufnehmenden Analverkehr praktizieren.

Bilanztest und „ausgehandelte Sicherheit“

Besonders in einer festen Partnerschaft kann ein „Bilanztest“ sinnvoll sein: Beide Partner*innen machen einen HIV-Test, nachdem sie sechs Wochen (bei Schnelltests/Selbsttests: 12 Wochen!) keine Risiken eingegangen sind. Sind dann beide HIV-negativ und haben keinen Sex mit anderen, können sie innerhalb der Partnerschaft auf Kondome oder die PrEP verzichten.

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

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

Abklärung von Symptomen, ggf. HIV-Tests

„Bei Symptomen zum*zur Ärzt*in“: Diese Botschaft wird bei Symptomen, die auf eine HIV-Infektion oder andere sexuell übertragbare Infektion hinweisen, aus Scham oft nicht umgesetzt. Hier gilt es, in der Beratung die Bedeutung einer rechtzeitigen Diagnose und Therapie sowie der Benachrichtigung der letzten Sexpartner*innen zu klären, damit auch diese sich untersuchen und ggf. behandeln lassen können.

Hingewiesen werden sollte auch darauf, dass STIs häufig ohne Symptome verlaufen oder dass diese nicht bemerkt werden. Auch bei HIV treten nach einer Infektion nicht immer gleich Symptome auf, und Anzeichen einer akuten Infektion werden oft fälschlicherweise zum Beispiel als Grippe oder Darminfektion gedeutet.

Regelmäßige HIV- und STI-Tests

Wer häufig Sex mit unterschiedlichen Partner*innen hat, sollte sich regelmäßig auf HIV und andere sexuell übertragbare Infektionen testen lassen (→ *Empfehlungen dazu im Kapitel 6 „STIs“*).

HIV-Übertragungswahrscheinlichkeiten

HIV in Deutschland

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

Hierzu sind einige Fakten wissenswert:

- Deutschland hatte Ende 2021 gut 83 Millionen Einwohner*innen.
- Ende 2021 lebten ca. 91.000 Menschen in Deutschland mit HIV – etwa 9.000 von ihnen, ohne es zu wissen.
- Von den rund 91.000 Menschen mit HIV, die Ende 2021 in Deutschland lebten, hatten sich schätzungsweise 55.000 beim Sex zwischen Männern, 11.000 bei heterosexuellen Kontakten und fast 9.000 beim intravenösen Drogengebrauch infiziert. Das heißt: Die HIV-Prävalenz und damit letztendlich das potenzielle HIV-Risiko ist in bestimmten Gruppen deutlich höher.

- Ende 2021 nahmen rund 79.000 Menschen HIV-Medikamente, bei etwa 96 % davon lag die Zahl der Viruskopien im Blut unter der Nachweisgrenze der üblichen Verfahren.
- Ungefähr 1.800 Menschen infizierten sich im Jahr 2021 neu mit HIV, davon etwa 1.000 beim Sex zwischen Männern, 440 bei heterosexuellen Kontakten und 320 beim intravenösen Drogengebrauch.

Wahrscheinlichkeit einer HIV-Übertragung

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

Die Ratsuchenden wiederum können lediglich dabei unterstützt werden, ihr persönliches Schutzverhalten zu entwickeln, indem sie entsprechende Informationen erhalten. Allgemeingültige Handlungsanweisungen können ihnen nicht gegeben werden. Jede Risikoeinschätzung ist nur in diesem Kontext zu verstehen und zu vermitteln.

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

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

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

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

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

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

Art der Sexualpraktik/welche Schleimhäute und Körperflüssigkeiten waren beteiligt?

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

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

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

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

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

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

Checkliste für das Beratungsgespräch

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



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

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

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

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

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

- HIV-Post-Expositions-Prophylaxe (PEP)

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

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

Analverkehr aufnehmend „passiv“/rezeptiv

Kontakt zwischen den Schleimhäuten von Darm und Penis

Sexpraktik mit hoher HIV-Übertragungswahrscheinlichkeit

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

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

Mit Aufnahme von Ejakulat

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

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

Ohne Aufnahme von Ejakulat

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

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

Schutzmöglichkeiten

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

Analverkehr eindringend „aktiv“/insertiv

Kontakt zwischen den Schleimhäuten von Penis und Darm

Sexpraktik mit hoher HIV-Übertragungswahrscheinlichkeit

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

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

Schutzmöglichkeiten

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

Vaginalverkehr aufnehmend „passiv“/rezeptiv

Kontakt zwischen den Schleimhäuten von Vagina/Gebärmutterhals und Penis

Sexpraktik mit hoher HIV-Übertragungswahrscheinlichkeit

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

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

Mit Aufnahme von Ejakulat

Ungeschützter aufnehmender Vaginalverkehr ist riskanter, wenn Ejakulat aufgenommen wird.

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

Ohne Aufnahme von Ejakulat

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

Schutzmöglichkeiten

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

Vaginalverkehr eindringend „aktiv“/insertiv/penetrativ

Kontakt zwischen den Schleimhäuten
von Penis und Vagina/Gebärmutterhals

Sexpraktik mit hoher HIV- Übertragungswahrscheinlichkeit

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

- Am Penis befinden sich am inneren Blatt der Vorhaut, am Bändchen und am Harnröhreneingang viele oberflächlich liegende HIV-Zielzellen (→ Grafiken S. 8). Diese Schleimhäute kommen mit virushaltigen Schleimhäuten in Kontakt.
- Manchmal kommt es zusätzlich zu Penis-Blut-Kontakt.
- Neopenis: Wie hoch die Übertragungswahrscheinlichkeit nach einer geschlechtsangleichenden Operation ist, lässt sich aufgrund unzulänglicher Datenlage nicht sicher sagen. Wie viel Schleimhaut vorhanden ist, um mögliche Viren aufzunehmen, hängt von der jeweiligen OP-Methode ab. Ist das vorhandene Narbengewebe nach der OP noch nicht ganz ausgeheilt, besteht eine höhere Übertragungswahrscheinlichkeit.

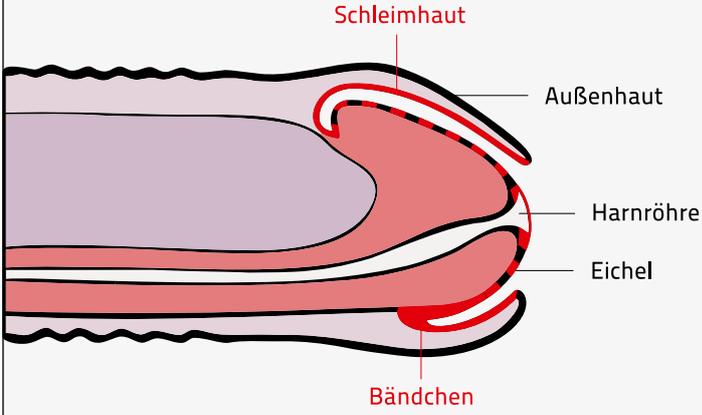
- Neovagina: wie hoch die Übertragungswahrscheinlichkeit nach einer geschlechtsangleichenden Operation ist, lässt sich aufgrund unzulänglicher Datenlage nicht sicher sagen. Wie viel Schleimhaut vorhanden ist, um mögliche Viren abzugeben, hängt von der jeweiligen OP-Methode ab. Ist das vorhandene Narbengewebe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

- Beschneidung: Das innere Blatt der Vorhaut wird bei der Erektion nach außen verlagert und gestreckt. Dadurch bietet der unbeschnittene Penis im erigierten Zustand eine größere Schleimhautfläche mit Zielzellen für HIV (→ Grafiken S. 8). Durch die Beschneidung (Entfernung von großen Teilen der Vorhaut) reduzieren sich die Eintrittspforten für HIV. Menschen mit beschnittenem Penis haben daher bei ungeschütztem eindringendem Vaginalverkehr ein deutlich geringeres HIV-Risiko als Menschen mit unbeschnittenem Penis.

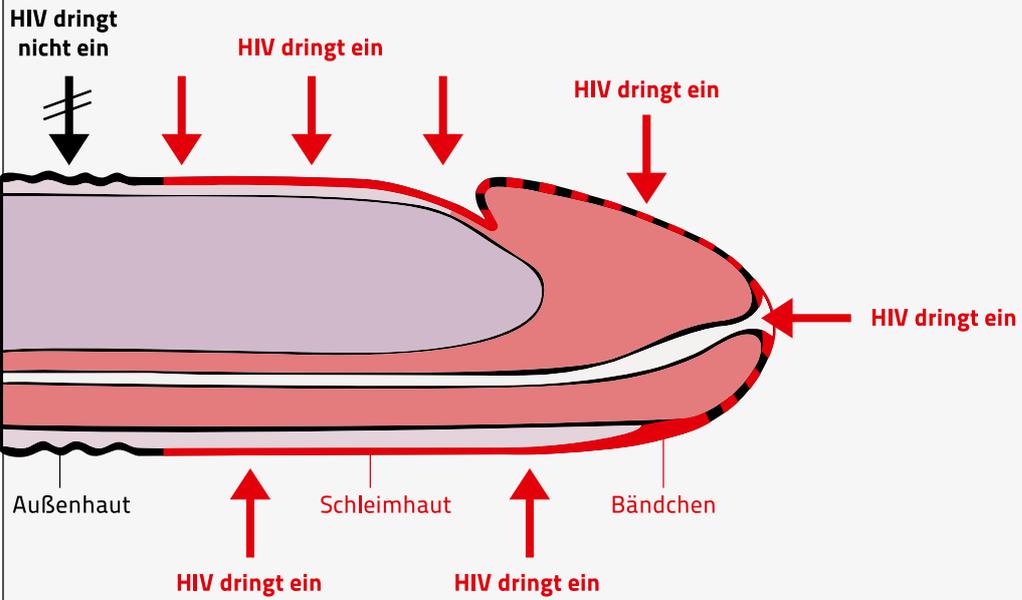
Schutzmöglichkeiten

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

Unbeschnittener Penis (mit Vorhaut)



Eintrittspforten am unbeschnittenen erigierten Penis mit zurückgezogener Vorhaut



Orale Stimulation des Penis aufnehmend/rezeptiv

Fellatio | „Blasen“ | „Französisch“
Kontakt zwischen den Schleimhäuten von Mund/Rachen und Penis

Sexpraktik mit vernachlässigbar geringer HIV-Übertragungswahrscheinlichkeit

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

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

- Fazit: Beim Oralverkehr gibt es praktisch keine HIV-Übertragungswahrscheinlichkeit.
- Neopenis: nach einer geschlechtsangleichenden Operation ist keine Ejakulation möglich, es besteht daher kein nennenswertes Infektionsrisiko.

Schutzmöglichkeiten

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

Orale Stimulation des Penis eindringend/insertiv

Fellatio | „Geblasen werden“ | „Französisch“
Kontakt zwischen den Schleimhäuten von Penis und Mund/Rachen

Sexpraktik ohne HIV-Übertragungswahrscheinlichkeit

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

Schutzmöglichkeiten

- keine erforderlich

Orale Stimulation der Vulva

„aktiv“ – Cunnilingus |
„Lecken“ | „Französisch“

*Kontakt zwischen den Schleimhäuten
von Zunge/Mund und Vulva*

Sexpraktik mit vernachlässigbar geringer HIV-Übertragungswahr- scheinlichkeit

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

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

Schutzmöglichkeiten

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

Orale Stimulation der Vulva

„passiv“ – Cunnilingus |
„Geleckt werden“ | „Französisch“

*Kontakt zwischen den Schleimhäuten
von Vulva und Zunge/Mund*

Sexpraktik ohne HIV-Übertra- gungswahrscheinlichkeit

- Speichel ist nicht infektiös.

Schutzmöglichkeiten

- keine erforderlich

Orale Stimulation des Anus

„aktiv“ – Anilingus |
„Arschlecken“ | Rimming

Sexpraktik mit vernachlässigbar geringer HIV-Übertragungswahrscheinlichkeit

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

Schutzmöglichkeiten

- keine erforderlich

Orale Stimulation des Anus

„passiv“
Anilingus | „am Arsch geleckt werden“ | Rimming

Sexpraktik ohne HIV-Übertragungswahrscheinlichkeit

- Speichel ist nicht infektiös

Schutzmöglichkeiten

- keine erforderlich

Fisten

einführend/„aktiv“/insertiv

Einführen der Hand / Faust
in den Darm / die Vagina

Sexpraktik mit vernachlässigbar geringer HIV-Übertragungswahrscheinlichkeit

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

Schutzmöglichkeiten

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

Fisten aufnehmend/„passiv“/ rezeptiv

Einführen der Hand / Faust
in den Darm / die Vagina

Sexpraktik mit vernachlässigbar geringer HIV-Übertragungswahr- scheinlichkeit

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

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

Schutzmöglichkeiten

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

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

Tribadie

Reiben von Vulven aneinander

Sexpraktik ohne HIV-Übertra- gungswahrscheinlichkeit

- Es findet kein relevanter Austausch von infektiöser Flüssigkeit statt.

Schutzmöglichkeiten

- keine erforderlich

Fingerspiele

„aktiv“ und „passiv“

Einführen von Fingern
in den Darm / die Vagina

Sexpraktik ohne HIV-Übertragungswahrscheinlichkeit

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

- Es findet kein relevanter Austausch von infektiöser Flüssigkeit statt.

Schutzmöglichkeiten

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

Küssen

Sexpraktik ohne HIV-Übertragungswahrscheinlichkeit

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

Schutzmöglichkeiten

- keine erforderlich

Urinspiele

„Anpissen“ | „Natursekt“ |
„Golden Shower“ und

Kotspiele

„Scat“ | „Dirty“ | „Kaviar“

Sexpraktik ohne HIV-Übertragungswahrscheinlichkeit

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

Schutzmöglichkeiten

- keine erforderlich

Kontakt der Augenschleimhaut mit infektiösen Körperflüssigkeiten

Unbekannte HIV-Übertragungswahrscheinlichkeit

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

Sofortmaßnahmen

- Auge mit Wasser ausspülen.

HIV-Übertragungswahrscheinlichkeit bei weiteren Expositionswegen

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

Hohe HIV-Übertragungswahrscheinlichkeit

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

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

Schutzmöglichkeiten

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

Verletzungen an kontaminierten Instrumenten und Injektionsbestecken in Medizin und Pflege

Hohe HIV-Übertragungswahrscheinlichkeit

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

Sofortmaßnahmen

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

Eine Verletzung an HIV-kontaminierten Instrumenten/Spritzbestecken ist eine klare Indikation für eine PEP.

(→ Kapitel 5)

Schutzmöglichkeiten

- Latex-Handschuhe tragen
- Aufmerksamkeit bei der Arbeit

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

Keine HIV-Übertragungswahrscheinlichkeit

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

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

Weitere Informationen:

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

Bluttransfusion

Vernachlässigbar geringe HIV-Übertragungswahrscheinlichkeit in Deutschland

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

Schutzmöglichkeiten

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

Blutprodukte, Gerinnungspräparate

Keine HIV-Übertragungswahrscheinlichkeit in Deutschland

Blutprodukte und Gerinnungspräparate werden Verfahren zur Virusinaktivierung unterzogen.

Schwangerschaft, Geburt und Stillen

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

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

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

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

Schutzmöglichkeiten

- Allen schwangeren Personen in Deutschland soll ein HIV-Test angeboten werden (→ Kapitel 8).
- Am besten ist ein möglichst frühzeitiger Beginn einer HIV-Behandlung.
- Bei weniger als 50 HIV-Kopien/ml Blutplasma und Betreuung durch ein erfahrenes medizinisches Team ist eine vaginale Entbindung möglich. In einigen Fällen sollte eine Kaiserschnittentbindung erfolgen.
- Bei wirksamer antiretroviraler Behandlung der austragenden Person schon vor der Schwangerschaft, die ganze Schwangerschaft hindurch und bei der Geburt kann auf eine vorbeugende antiretrovirale Behandlung des Neugeborenen verzichtet werden. Ansonsten bekommt das Baby in der

Regel zwei bis vier Wochen ein antiretrovirales Medikament.

- Liegt die Zahl der HIV-Kopien im Blut unter 50, ist Stillen in der Regel möglich. Wichtig dafür sind eine gute Beratung und eine engmaschige Begleitung durch eine*n HIV-Arzt*in.

Mückenstiche

Keine HIV-Übertragungswahrscheinlichkeit

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

Schutzmöglichkeiten

keine erforderlich

Tätowieren und Piercen

Vernachlässigbar geringe HIV-Übertragungswahrscheinlichkeit

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

Schutzmöglichkeiten

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

PEP

Adressen für den Notfall am Wochenende

Klinik 1:

Straße:

Telefon:

Name der Schwerpunktstation:

Klinik 2:

Straße:

Telefon:

Name der Schwerpunktstation:



PEP

PEP = Post-Expositions-Prophylaxe

Die HIV-PEP ist eine vorsorgliche Behandlung (Prophylaxe) nach (post) einer Situation, in der jemand HIV ausgesetzt war (Exposition). Ziel ist, dass es nach der Exposition nicht zu einer HIV-Infektion kommt: HIV soll sich nicht vermehren und im Körper „einnisten“ können, die Infektion soll nicht „angehen“.

Die HIV-PEP besteht aus einer Kombination aus drei Wirkstoffen gegen HIV, die für eine Dauer von meist vier Wochen eingenommen wird.

Die HIV-PEP ist eine Notfallmaßnahme. Sie kann eine Infektion nicht sicher, aber bei frühzeitigem Einsatz relativ sicher verhindern.

Wenn ein hohes Risiko für eine HIV-Infektion in den letzten Stunden (bis 48 Stunden) bestand, gilt es, keine Zeit zu verlieren und die Indikation für eine PEP prüfen zu lassen – am besten durch eine Schwerpunktpraxis.

In der Beratungspraxis spielt fast nur die HIV-PEP nach sexueller Exposition eine Rolle, und zwar dann, wenn keine Safer-Sex-Methode (Kondome/Femidome, PrEP, Schutz durch Therapie) angewendet wurde.

Seit in Deutschland die medikamentöse HIV-Prophylaxe (PrEP) verfügbar ist (sie ist seit September 2019 Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung für Personen „mit substanziellem HIV-Risiko“), ist die Nachfrage nach der PEP deutlich zurückgegangen und es

kommt sehr viel seltener zu Situationen, in denen eine PEP noch indiziert ist – nicht zuletzt auch deshalb, weil Menschen mit HIV immer früher und immer besser behandelt werden und somit die Zahl der Personen, die HIV noch übertragen können, immer weiter sinkt.

Sofortmaßnahmen nach „Sexunfällen“

Nach ungeschütztem Geschlechtsverkehr – das heißt: Sex ohne Kondom oder PrEP mit einem* einer HIV-positiven Partner*in ohne (ausreichende) HIV-Therapie – lässt sich die Wahrscheinlichkeit 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 ggf. Vorhaut zurückziehen und Eichel sowie Innenseite der Vorhaut vorsichtig (ohne Druck auf die Schleimhaut auszuüben) reinigen.
- Wenn **Samenflüssigkeit ins Auge** gelangt: mit Wasser **ausspülen**.
- Man kann **nicht zu einer Scheiden- oder Darmspülung raten**. Es gibt keine Daten dazu, d. h., man weiß nicht, ob eine Spülung günstig ist oder sogar die HIV-Übertragungswahrscheinlichkeit erhöht.
- Bei **Aufnahme von Samenflüssigkeit in den Mund: ausspucken und vier- bis fünfmal kurz nachspülen**. Bei Aufnahme **tief im Rachen** ist **Schlucken** schneller durchführbar als Spucken.

Indikation

Grundlage für die folgenden Informationen ist die „Deutsch-Österreichische Leitlinie zur medikamentösen Post-expositionsprophylaxe (PEP) nach HIV-Exposition“ aus dem Jahr 2022.

Die Kurzfassung ist unter dem Kurzlink

► t1p.de/fs7ri zu finden. Unterschieden werden in der Leitlinie die drei Kategorien

- PEP **soll** erfolgen (PEP wird empfohlen)
- PEP **kann** erfolgen (PEP soll angeboten werden)
- PEP **soll nicht** erfolgen.

Nach sexueller Exposition

*Bei bekannter HIV-Infektion des Partners*der Partnerin*

- Eine HIV-PEP wird klar **empfohlen nach ungeschütztem Anal- oder Vaginalverkehr** (das heißt: ohne Kondom/Femidom und ohne PrEP-Gebrauch), wenn die Viruslast mehr als 1000 Kopien/ml beträgt oder der Behandlungsstatus nicht bekannt ist.
- Eine HIV-PEP soll **angeboten** werden nach ungeschütztem Anal- oder Vaginalverkehr, wenn die Viruslast des Partners*der Partnerin zwischen 50 und 1000 / ml liegt.

*Bei unbekanntem HIV-Statuts des Partners*der Partnerin*

- Eine HIV-PEP soll **angeboten werden nach ungeschütztem Anal- oder Vaginalverkehr bei erhöhter Wahrscheinlichkeit**, dass bei dem*der Partner*in **eine unbekannte oder nicht behandelte HIV-Infektion** vorliegt, z. B.

- bei Männern, die Sex mit Männern haben
- bei Personen, die intravenös Drogen konsumieren
- bei Personen aus Regionen mit weiter HIV-Verbreitung.

Nach beruflicher Exposition (z. B. bei medizinischem Personal)

Eine HIV-PEP ist angezeigt, falls sich medizinisches oder sonstiges Personal mit einer Spritze oder einem anderen Instrument verletzt, das zuvor mit HIV-haltigem Blut in Kontakt gekommen ist. Bei Kontakt zwischen Schleimhäuten/nicht intakter Haut und Flüssigkeiten mit hoher Viruskonzentration soll eine PEP laut Leitlinien angeboten werden.

Nach Exposition beim intravenösem Drogengebrauch

Eine PEP wird empfohlen, wenn Spritzbesteck, das mit HIV-haltigem Blut in Kontakt gekommen ist, von mehreren Drogengebrauchenden benutzt wird; ist der HIV-Status nicht bekannt, soll sie angeboten werden.

Nach tiefen, blutigen Biss- und Schnittverletzungen

Wenn jemand tief und blutig von einer Person mit HIV gebissen wurde, die keine HIV-Medikamente nimmt oder bei der die HIV-Medikamente die HIV-Vermehrung nicht ausreichend unterdrücken UND die blutende Verletzungen im Mund hat (z. B., weil sie sich bei einem epileptischen Anfall in die Zunge gebissen hat), wird eine PEP empfohlen.

Angeboten werden soll eine PEP nach einer blutigen Schnittverletzung mit einem Messer oder anderen Instrument, das zuvor schon andere blutige Schnittverletzungen verursacht hat („serielle blutende Verletzung“), wenn der HIV-Status der Verletzten nicht bekannt ist und nicht zeitnah ermittelt werden kann.

Wann soll eine HIV-PEP nicht erfolgen?

Nicht erfolgen soll eine PEP nach den Deutsch-Österreichischen Leitlinien

- nach ungeschütztem Anal- oder vaginalverkehr mit einer Person, deren HIV-Status unbekannt ist, aber nicht einer Gruppe mit hoher HIV-Prävalenz angehört; nicht erhöht ist die HIV-Prävalenz z. B. auch bei (cis) Sexarbeiterinnen in Deutschland
- nach ungeschütztem Anal- oder vaginalverkehr mit einer HIV-positiven Person, deren Viruslast bei den letzten Messungen immer unter 50 Kopien/ml lag (nicht nachweisbar war).
- nach Oralverkehr (das gilt grundsätzlich, also z. B. auch dann, wenn Sperma aufgenommen wurde) – das HIV-Risiko bei Oralverkehr ist extrem gering
- bei versehentlicher Stichverletzung an einer herumliegenden, gebrauchten Spritze (z. B. Spielplatz)
- bei beruflicher Exposition, wenn die HIV-Virenmenge (Viruslast) unter 50 Kopien/ml liegt.

Zeitfenster für eine PEP

Mit einer PEP muss so schnell wie möglich nach dem HIV-Infektionsrisiko begonnen werden – am besten innerhalb von zwei Stunden, sonst möglichst binnen 24 Stunden, maximal bis 48 Stunden. Ob eine PEP nach Ablauf von 48 Stunden noch irgendeinen Effekt hat, ist sehr fraglich; die Leitlinie spricht von maximal 72 Stunden.

Wo gibt es die PEP?

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

Informationen zur PEP gibt es unter [► aidshilfe.de/PEP](https://aidshilfe.de/PEP).

Namen und Adressen von geeigneten Anlaufstellen, in denen man rund um die Uhr eine PEP bekommen kann, finden sich unter kompass.hiv/pep.

Leider kennen sich manche Ärzt*innen nicht gut mit dem Thema PEP aus. Eine Hilfestellung kann das Blatt „Wegweiser zur PEP“ geben. Es enthält sowohl Hinweise für Menschen, die eine PEP in Erwägung ziehen, als auch für Ärzt*innen. Finden kann man das Blatt unter [► iwwit.de/pep](https://iwwit.de/pep) (im Text „Wegweiser“ anklicken). Wir empfehlen, das Blatt auszudrucken und ins Krankenhaus mitzunehmen.

Tagsüber ist die PEP auch in HIV-Schwerpunktpraxen erhältlich.

Ablauf in der Praxis

Für die PEP nach sexuellem Risiko ist die Praxis oft folgende: Die PEP wird nachts oder am Wochenende (meist von eher unerfahrenen Assistenzärzt*innen) angesetzt, optimalerweise als Starterkit für 3 Tage. Am nächsten Morgen bzw. nach dem Wochenende folgt die Untersuchung durch eine*n erfahrene*n Infektiolog*in. Die Indikation wird dann entweder bestätigt und die PEP auf 28 Tage ausgedehnt oder die PEP wird gleich wieder gestoppt.

Bei beruflicher PEP (z. B. auch nach einem Risiko beim Blutabnehmen in einer Teststelle) sind auch die Durchgangärzt*innen der Berufsgenossenschaft einzubeziehen. Die Erstversorgung kann durch jede*n kompetente*n Ärzt*in erfolgen.

HIV-Tests im Rahmen einer PEP

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

Andere Tests im Rahmen einer PEP

Zusätzlich werden in der Ausgangsuntersuchung und im Verlauf der PEP, je nach Impfstatus und Risikosituation, Tests auf Hepatitis B und C empfohlen, bei sexuellem Risiko auch auf Syphilis.

Um Nebenwirkungen der PEP zu erfassen, werden Nieren- und Leberwerte kontrolliert.

Fortbestehende Risiken

Personen, die zukünftig weiterhin HIV-Risiken haben werden, sowie HIV-serodifferente Paare, bei denen der*die HIV-positive Partner*in nicht (ausreichend) behandelt ist, sollten darüber aufgeklärt werden, dass der Schutz vor HIV-Übertragungen möglich ist durch

- Schutz durch Therapie (U=U bzw. N=N)
- die PrEP
- die konsequente Verwendung von Kondomen.

Kostenübernahme

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

Wirksamkeit der PEP

Über die Wirksamkeit einer PEP gibt es keine zuverlässige Datenlage; laut Beobachtungsstudien scheint die Schutzwirkung bei über 80 % zu liegen. Je früher sie eingeleitet wird, desto höher ist die Chance, dass sie wirkt.

Weitere Informationen

- *Ausführliche Informationen zur PEP finden sich in der Deutsch-Österreichischen Leitlinie zur medikamentösen Postexpositionsprophylaxe (PEP) nach HIV-Exposition (2022). Sie wurde federführend von der Deutschen AIDS-Gesellschaft (DAIG) unter Mitwirkung anderer Institutionen und Gesellschaften (RKI, DAH, DAGNÄ) verfasst. Zu finden ist sie z. B. auf der Webseite der DAIG unter daignet.de*
- *Leitlinien und Empfehlungen (Direktlink <https://daignet.de/leitlinien-und-empfehlungen/hiv-leitlinien/>, Kurzlink: t1p.de/s47ql).*

Sexuell übertragene Infektionen, STIs

STIs (vom englischen Begriff *sexually transmitted infections*, sexuell übertragene Infektionen) sind Infektionskrankheiten, die im sexuellen Kontext übertragen werden. Für Beratungsgespräche empfiehlt die DAH den Begriff „Geschlechtskrankheiten“, weil er von den meisten intuitiv verstanden wird. In der mündlichen Kommunikation sollte das Initialwort „STIs“ aus diesem Grund eher vermieden werden.

Am bekanntesten sind der Tripper (Gonorrhö) und die Syphilis. Häufiger, aber meist auch weniger problematisch sind zum Beispiel Herpes, Chlamydien- oder HPV-Infektionen. Seit Sommer 2022 gilt auch die Pockenvariante Mpox als STI.

Die möglichen Folgen von STIs reichen vom lästigen Jucken bis zur lebensbedrohlichen Erkrankung.

„Sexuell übertragbar“ oder „sexuell übertragen“?

Es gibt einen kleinen, aber bedeutsamen Unterschied zwischen „sexuell übertragenen“ und „sexuell übertragbaren“ Infektionen: Fast alle Infektionskrankheiten des Menschen sind auch sexuell übertragbar, inklusive Erkältung, Grippe und COVID.

Auch Hepatitis A und C sind sexuell übertragbar. Hepatitis A wird aber primär über menschliche Ausscheidungen übertragen und Hepatitis C primär über Blut. Beide sind somit sexuell übertragbar, aber keine STIs im engeren Sinne und auch keine Geschlechtskrankheiten.

Alle im Folgenden besprochenen STIs sind **nicht nur sexuell übertragbar**, sondern **werden in der Regel sexuell übertragen** und betreffen auch das Geschlecht (oder den Anus oder den Mund-Rachen-Raum, je nach Sexualpraktik).

Gegen manche STIs gibt es gewisse Schutzmöglichkeiten, insbesondere Impfungen. Kondome können das Infektionsrisiko reduzieren, jedoch nicht ansatzweise in ähnlichem Maße wie bei HIV – gegen HPV z. B. wirken Kondome gar nicht. Der einzige 100%ige Schutz vor STIs wäre sexuelle Abstinenz.

Das Risiko für STIs steigt mit zunehmender Partner*innenanzahl, vor allem dann, wenn sexuelle Beziehungen gleichzeitig bestehen oder sich überlappen.

Allgemeine Hinweise zur Beratungssituation

- Eine sexuell übertragene Infektion ist für viele Menschen mit Scham- und Schuldgefühlen verbunden. Dies gilt es in der Kommunikation zu berücksichtigen.
- Keine „Diagnosen“ stellen (Arztvorbehalt!) oder Therapieempfehlungen geben; eine eindeutige Diagnose ist nur durch spezifische Untersuchungen möglich, z. B. Blutuntersuchung oder Abstrich.
- Von Selbstbehandlung ist abzuraten.
- Ratsuchende zur ärztlichen Abklärung ermutigen, wenn der Verdacht auf eine Infektion vorliegt.
- Die Sexualpartner*innen sollten, sofern möglich, über die Erkrankung und die Behandlungsmöglichkeiten informiert werden, damit es nicht zu weiteren Infektionen kommt.

Zur Bedeutung von STIs in der HIV-Beratung

Kondome bieten zwar einen guten Schutz vor HIV, aber nicht ansatzweise in ähnlichem 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.
- Das Vorhandensein einer STI kann das Risiko einer HIV-Übertragung erhöhen (nicht bei Kondomgebrauch, PrEP oder bei Viruslast unter der Nachweisgrenze).
- Bei immungeschwächten Menschen können STIs schwerer verlaufen bzw. chronische STIs wie Herpes können häufiger Probleme machen.

Passgenaue Information

Grundsätzlich geht es in der Beratung darum, die Ratsuchenden nicht mit Informationen „zuzuschütten“, sondern sie individuell und an die Situation angepasst zu informieren.

Positive Effekte betonen

Man sollte Bemühungen zur Gesunderhaltung würdigen und Handlungsmöglichkeiten aufzeigen, z. B. Impfungen oder Gesundheits-Checks. So muss man sich nach einer Impfung gegen

Hepatitis A und B diesbezüglich keine Sorgen mehr machen. Andere STIs sind in der Regel gut behandelbar, wenn sie rechtzeitig erkannt werden.

Syphilis (auch Lues, harter Schanker)

Erreger

Treponema pallidum (Bakterium)

Epidemiologie

In Deutschland sind jährlich zwischen 7.000 und 8.000 Personen betroffen, und zwar hauptsächlich Männer, die Sex mit Männern haben, sowie Menschen in der Sexarbeit.

Hauptübertragungswege

Eine Übertragung ist bei allen sexuellen Kontakten möglich!

- intensiver Schleimhaut-Schleimhaut-Kontakt
- Kontakt mit Geschwür/nässendem Ausschlag

Schutzmöglichkeiten

- Kondome reduzieren die Übertragungswahrscheinlichkeit.
- Aufmerksame Beobachtung von Genital und Mundhöhle hilft, die Erkrankung früh zu erkennen.

Symptome, Verlauf, Auswirkungen

Die Symptomatik ist variabel. In der Regel gibt es drei Stadien, dazwischen symptomlose Phasen.

1. Stadium:

Einige Tage nach Ansteckung bildet sich ein schmerzloses Knötchen an der Eintrittsstelle (am Penis, in der Vagina, in der Mundhöhle, im Bereich des Anus

oder Enddarms). Am Penis wird es oft früh erkannt, in den anderen Bereichen häufig übersehen.-

2. Stadium:

Nach ca. 9 Wochen können Fieber sowie Haut- und Schleimhautveränderungen (Ausschlag an Rumpf, Handflächen, Fußsohlen) auftreten.

3. Stadium:

Nach Jahren sind schwere Schäden an Gefäßen, Nerven, Organen, Skelett und Gehirn möglich.

Diagnose

- Blutuntersuchung: Durch Einsatz verschiedener blutbasierter Tests kann zwischen aktiver und ausgeheilter Syphilis unterschieden werden.
- Es gibt Schnelltests, die aber prinzipiell weniger empfindlich sind als Labortests und nur dann zum Einsatz kommen können, wenn jemand noch keine Syphilis hatte. Wenn ein Schnelltest zum Einsatz kommt, sollte dieser mit Serum, nicht mit Blut befüllt werden (Zentrifuge kaufen).

Therapie

- Jede Syphilis muss so schnell wie möglich behandelt werden.
- Im 1. und 2. Stadium ist die Syphilis gut heilbar durch Einsatz von Antibiotika (Penicillin), in der Regel als Spritze.
- Information und Behandlung der Partner*innen: Bei nachgewiesener Infektion sollten die Sexualpartner*innen der letzten Wochen – vor allem regelmäßige Sexualpartner*innen – ebenfalls behandelt werden.
- Bei einer Syphilis sollte bei allen Sexualpartner*innen – unabhängig

von der Behandlung – auch ein Test durchgeführt werden.

Besonderheiten bei HIV

- Bei Menschen mit unbehandelter HIV-Infektion oder Immunschwäche sind schnellere und untypische Verläufe häufig.

Gonorrhö („Tripper“)

Erreger

Neisseria gonorrhoeae/Gonokokken (Bakterium)

Epidemiologie

nach Chlamydien-Infektion die zweithäufigste bakterielle STI

Hauptübertragungswege

Genital, rektal, oral:

Schleimhaut-Schleimhaut-Kontakt; auch Schmierinfektionen beim Sex sind möglich

Schutzmöglichkeiten

Kondome reduzieren die Übertragungswahrscheinlichkeit während der Penetration.

Symptome, Verlauf, Auswirkungen

Genital:

- bei Frauen zu mehr als 50 % symptomlos
- Bei Männern treten meist drei Tage nach Kontakt Symptome auf: Brennen beim Wasserlassen, eitriger Ausfluss.
- bei Frauen und Männern Aufsteigen der Infektion mit Folgeschäden möglich (z. B. Unfruchtbarkeit, Nebenhodenentzündung)

Rektal:

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

Pharyngeal (Rachen):

- keine bzw. kaum Symptome

Die Erkrankung heilt in der Regel irgendwann von alleine aus; längere Verläufe (vor allem rektal) sind aber häufig.

Diagnose

- Urinuntersuchung (Nukleinsäurenachweis)
- Abstrich aus Harnröhre, Gebärmutterhals, Rektum oder Rachen

Therapie

- Therapiert wird mit Antibiotika. Gonokokken sind allerdings gegen viele Antibiotika resistent. Wenn keine Spritze verabreicht wird, ist die Behandlung nicht leitliniengerecht.
- Information und Behandlung der Partner*innen: Bei nachgewiesener Infektion sollten die Sexualpartner*innen der letzten Wochen – vor allem regelmäßige Sexualpartner*innen – ebenfalls behandelt werden, auch ohne eigenen Test.

Besonderheiten bei HIV

Eine entzündliche Gonorrhö erhöht das Risiko für eine HIV-Übertragung (vor allem bei Infektion des Rektums; nicht bei Kondom-/PrEP-Gebrauch oder bei Viruslast unter der Nachweisgrenze).

Chlamydien

Erreger

Chlamydia trachomatis (Bakterium)

Epidemiologie

- Chlamydia trachomatis: häufigste bakterielle STI. Vor allem junge Menschen zwischen 15 und 25 Jahren und schwule Männer in jedem Alter sind betroffen.
- LGV: Wird durch eine Untergruppe von C. trachomatis hervorgerufen. In Deutschland fast ausschließlich auf MSM beschränkt.

Hauptübertragungswege

Genital, rektal, oral:

Schleimhaut-Schleimhaut-Kontakt; auch Schmierinfektionen beim Sex sind möglich.

Schutzmöglichkeiten

- Kondome reduzieren die Übertragungswahrscheinlichkeit während der Penetration.
- Für Frauen bis 25 ist ein jährliches Chlamydien-Screening Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung.

Symptome, Verlauf, Auswirkungen

Genital:

- Bei Frauen meistens symptomlos, sonst teils wässriger, teils eitriger Ausfluss, Juckreiz und Brennen beim Wasserlassen.
- Bei Männern zu ca. 50 % asymptomatisch; Symptome sind Brennen beim Wasserlassen oder (meist klarer) Ausfluss aus der Harnröhre.
- Bei Frauen und Männern ist ein Aufsteigen der Infektion mit Folgeschäden möglich (z. B. Unfruchtbarkeit, Nebenhodenentzündung).

Rektal:

- meist ohne Symptome, sonst Ausfluss, Juckreiz
- längere Verläufe sind häufig

Pharyngeal (Rachen):

- keine bzw. kaum Symptome

LGV ist sehr schmerzhaft und geht mit großen Lymphknotenschwellungen einher, typischerweise im Leistenbereich (LGV steht für Lymphogranuloma venereum = „Liebesgranulom der Lymphe“), sowie mit Blutungen. Symptome sind schmerzhafter Stuhldrang und Durchfall oder Verstopfung, auch im Wechsel.

Diagnose

- Urinuntersuchung (Nukleinsäurenachweis)
- Abstrich aus Harnröhre, Gebärmutterhals, Rektum und/oder Rachen
- LGV: Abstrich/Punktion; spezielle Diagnostik zur Unterscheidung von anderen Chlamydien erforderlich.

Therapie

- mindestens einwöchige Therapie mit Antibiotika (oral)
- Bei nachgewiesener Infektion sollten die Sexualpartner*innen der letzten Wochen – vor allem regelmäßige Sexualpartner*innen – ebenfalls behandelt werden, auch ohne eigenen Test.
- LGV: Jedes Lymphogranulom muss antibiotisch über drei Wochen behandelt werden. Partner*innenbehandlung ist beim LGV besonders wichtig.

Besonderheiten bei HIV

Eine Chlamydieninfektion erhöht das Risiko für eine HIV-Übertragung (vor allem bei Infektion des Rektums; nicht bei PrEP-Gebrauch oder bei Viruslast unter der Nachweisgrenze)

Anogenitalherpes

Erreger

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

Epidemiologie

- Von HSV-1 sind fast alle Menschen betroffen; die Infektion manifestiert sich meist an der Lippe, kann von dort aber auch an das Genital oder die Analschleimhaut des Partners*der Partnerin gelangen.
- Von HSV-2 sind ca. 20 % der Bevölkerung betroffen; die Infektion manifestiert sich meist am Genital und ist dort schmerzhaft. Heterosexuelle Personen sind häufiger betroffen. Einmal infiziert, sind symptomatische Phasen jederzeit möglich. Die Frequenz variiert individuell sehr stark.

Hauptübertragungswege

Genital, rektal, oral:

Schleimhaut-Schleimhaut-Kontakt; Schmierinfektion: Kontakt mit infektiöser Flüssigkeit aus den Bläschen

Schutzmöglichkeiten

Kondome reduzieren die Übertragungswahrscheinlichkeit nur wenig. HSV wird auch „am Kondom vorbei“ übertragen – beim Küssen, beim Oralverkehr, durch Berührung (über die Finger).

Kontakt mit Bläschen/Geschwüren meiden, „keine Blasen blasen“; bei Blasenbildung am Genital oder an der Lippe möglichst auf Sex und Küssen verzichten, bis zur Abheilung nach ca. 1–2 Wochen. Cunnilingus oder Blasen mit aktivem Lippenherpes ist wenig fair gegenüber dem*der Partner*in.

Symptome, Verlauf, Auswirkungen

Genital, rektal, oral:

brennende, schmerzende, juckende Bläschen

Die Läsionen (die Bläschen) heilen mit und ohne Behandlung stets wieder ab. Die Herpesviren bleiben aber in Nerven „versteckt“ und können deshalb an der gleichen Stelle wieder auftreten, vor allem bei Stress, starker Sonneneinstrahlung (Lippen) oder anderen gleichzeitigen Infektionskrankheiten.

Bei Immunschwäche sind schwere Verläufe mit Organbefall und Gehirnbe- teiligung möglich.

Diagnose

- Blickdiagnose
- Abstrich aus Bläschen/Geschwür

Therapie

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

Besonderheiten bei HIV

- Die Läsionen der Herpes-Infektion (Bläschen/Geschwüre) erhöhen das Risiko für eine HIV-Übertragung (nicht bei Kondom-/PrEP-Gebrauch/Viruslast unter der Nachweisgrenze).
- Eine Immunschwäche begünstigt häufigere und schwerere Verläufe.

Anogenitale HPV-Infektion

Erreger

Humane Papilloma-Viren (HPV), vor allem die Typen 6, 11 (Feigwarzen), 16, 18, 31, 33, 45, 52, 58 und weitere

Epidemiologie

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

Hauptübertragungswege

Eine Übertragung ist bei allen sexuellen Kontakten möglich.

Schutzmöglichkeiten

- Die Impfung ist die einzige Schutzmöglichkeit (für Männer wie Frauen erhältlich, Kassenleistung nur für Mädchen/Jungen).
- Die aktuell verfügbaren Impfstoffe decken zwei bis alle der oben genannten Subtypen ab.
- Kondome reduzieren die Übertragungswahrscheinlichkeit nicht.
- Für Frauen ab dem 20. Lebensjahr gehört die jährliche Früherkennungsuntersuchung zum Leistungskatalog der Krankenkassen.

Symptome, Verlauf, Auswirkungen

- HP-Viren infizieren die oberste Hautschicht. Meist kommt das Immunsystem damit gut zurecht und das Virus wird aus der Haut eliminiert. Manchmal führen sie zu Feigwarzen, selten zu Krebs.
- Feigwarzen: oft Spontanheilung; ohne Therapie großflächige Ausbreitung möglich; häufig auch nach Therapie wiederkehrend

Diagnose

- Feigwarzen: Blickdiagnose, dann histologische Untersuchung
- Karzinome: Früherkennung wichtig zur Erkennung von Vorstufen: Papanicolaou-Test („Pap-Abstrich“) aus Gebärmutterhals/Analkanal (dort auch hochauflösende Anoskopie, vor allem bei MSM mit HIV)

Therapie

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

Besonderheiten bei HIV

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

Wer sollte sich wie oft auf welche Geschlechtskrankheiten testen lassen?

Für alle Menschen gilt:

Testen lassen sollte man sich,

- wenn **Symptome** vorliegen (wenn es juckt, brennt oder unangenehm riecht, wenn Bläschen oder Geschwüre vorliegen)
- Wenn man die Mitteilung bekommt, dass ein*e **Sexpartner*in** eine **Geschlechtskrankheit** hat.

Gesetzlich Krankenversicherte ab 35 Jahren können sich zudem einmalig im Rahmen des Check-up 35 kostenlos auf Hepatitis B und C testen lassen.



Regelmäßig testen lassen sollten sich (auch wenn keine Symptome vorliegen):

Menschen, die die PrEP nehmen

- alle drei Monate HIV und Syphilis
- 1 bis 4 x im Jahr Chlamydien und Tripper (eine Untersuchung „sollte“ laut PrEP-Leitlinien alle 12 Monate angeboten werden, dies Intervall kann auf alle 6 bis 3 Monate verkürzt werden)
- insbesondere bei intravenösem oder intranasalem Drogengebrauch oder Sexualpraktiken mit Blutkontakt 1 bis 2 x im Jahr Hepatitis C

MSM

- 1 x jährlich HIV
- 1 x jährlich Syphilis

Heterosexuelle Menschen

Frauen

- 1 x jährlich zur gynäkologischen Früherkennungsuntersuchung
- Junge Frauen bis 26: 1 x jährlich Chlamydien-Test (wird von der Kasse übernommen)
- Frauen mit häufig wechselnden Sexpartner*innen (z. B. One-Night-Stands, Besuch von Swinger-Clubs, Besuch bei Sexarbeiter*innen): 1 x jährlich HIV, Syphilis, Chlamydien und Tripper

Männer

- Männer mit häufig wechselnden Sexpartner*innen (z. B. One-Night-Stands, Besuch von Swinger-Clubs, Besuch bei Sexarbeiter*innen): 1 x jährlich HIV, Syphilis, Chlamydien und Tripper

Sexarbeiter*innen

- alle drei Monate Tests auf HIV, Syphilis, Chlamydien und Tripper

Menschen mit HIV

- einmal jährlich STI-Check und Untersuchung auf HPV-bedingte Krebsvorstufen

Wo kann man sich testen lassen?

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

- bei Ärzt*innen (HIV-Schwerpunktärzt*innen, Hausärzt*innen, Urolog*innen, Gynäkolog*innen, Hautärzt*innen)
- in Gesundheitsämtern (vorher abfragen, welche Tests angeboten werden); Adressen unter [kompass.hiv](https://www.kompass.hiv) → [Kategorien](#) → „Gesundheitsamt“
- in Checkpoints und anderen Testeinrichtungen der Aidshilfen (vorher abfragen, welche Tests angeboten werden); Adressen unter [kompass.hiv](https://www.kompass.hiv) → [Kategorien](#) → „Checkpoint“



Hepatitis

Der Begriff „Hepatitis“ (vom griechischen Wort hepar, Leber) 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.

Eine virusbedingte Hepatitis kann durch verschiedene Virusarten ausgelöst werden, die unterschiedlich übertragen werden. Wir konzentrieren uns auf die drei wichtigsten: Hepatitis-A-Virus (HAV), Hepatitis-B-Virus (HBV) und Hepatitis-C-Virus (HCV).

Es gibt weitere, allerdings wesentlich seltenere Formen der virusbedingten Hepatitis, z. B. die Hepatitis D und die Hepatitis E. Die Hepatitis D tritt immer nur in Verbindung mit der Hepatitis B auf, was umgekehrt bedeutet, dass eine Impfung gegen Hepatitis B auch gegen Hepatitis D schützt.

Oft verläuft eine Virushepatitis ohne oder mit nur schwachen Symptomen und bleibt deshalb unbemerkt. Nur ein kleiner Teil führt zu einer sogenannten Gelbsucht (Gelbfärbung von Haut und Augen, Stuhl wird heller und der Urin dunkler).

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. Re-Infektion möglich

Schutzimpfungen

- Schutzimpfungen sind derzeit nur gegen Hepatitis A und Hepatitis B möglich, wobei die Impfung gegen Hepatitis B auch vor Hepatitis D schützt.
- Seit 1995 empfiehlt die STIKO die Hepatitis-B-Impfung für alle Säuglinge und Kleinkinder.
- Die Hepatitis-B-Impfung wird außerdem für alle Erwachsenen mit wechselnden Sexualpartner*innen empfohlen, die Hepatitis-A-Impfung u. a. für Männer, die Sex mit Männern haben.
- Für viele Erwachsene, die nicht als Kinder geimpft wurden, empfiehlt sich eine Kombinationsimpfung (Hepatitis A und B). Die Kosten sind niedriger als die Gesamtkosten für eine einzeln verabreichte Hepatitis-A- und Hepatitis-B-Impfung.

Hepatitis A

- Indikation privat: Personen mit erhöhter Gefährdung, z. B. Männer, die Sex mit Männern haben
- Indikation beruflich: u. a. Angehörige von Berufen, die mit Kot bzw. Spuren von Kot in Kontakt kommen können, vor allem Menschen im Gesundheitsdienst, Personen mit Abwasserkontakt oder Mitarbeiter*innen in Kindertagesstätten, Kinderheimen oder Gemeinschaftsunterkünften; bezahlt wird die Impfung in diesen Fällen von den Arbeitgeber*innen/Einrichtungen
- Bei Reisenden in Gebiete mit weiter Hepatitis-A-Verbreitung übernehmen viele gesetzliche Krankenkassen die Kosten.

Hepatitis B

- Indikation Kinder: Seit 1995 wird allen Säuglingen (ab dem 3. Monat), Kindern und Jugendlichen eine Hepatitis-B-Impfung empfohlen. Ca. 90 % der Kinder sind bei Einschulung geimpft.
- Indikation privat: Personen mit Sexualverhalten mit erhöhter Gefährdung (wechselnde Partner*innen), Menschen mit HIV oder Hepatitis C, Drogenkonsumierende, Gefangene, Menschen mit Kontakt zu Hepatitis-B-Infizierten
- Indikation beruflich: Angehörige von Berufen, die mit Blut oder anderen Körpersekreten in Kontakt kommen können, z. B. Ärzt*innen, Krankenpfleger*innen, Mitarbeiter*innen von HIV-Testprojekten, Mitarbeiter*innen von Drogeneinrichtungen, Mitarbeiter*innen von Gefängnissen oder Gemeinschaftsunterkünften (Arbeitgeber*in/Einrichtung bezahlt Impfung)
- Bei Reisenden in Länder mit hoher Hepatitis-B-Prävalenz übernehmen viele gesetzliche Krankenkassen die Kosten.

Kostenträger

- Arbeitgeber*innen müssen bei beruflichem Ansteckungsrisiko (z. B. medizinisches Personal) die Kosten übernehmen.
- Reiseschutzimpfungen müssen privat beglichen werden, doch übernehmen viele gesetzliche Kassen diese Kosten auf freiwilliger Basis.
- Die Krankenkasse übernimmt die Kosten, wenn die „Indikationsimpfung“ von der Ständigen Impfkommission empfohlen und in die vom

Gemeinsamen Bundesausschuss veröffentlichten Schutzimpfungs-Richtlinie aufgenommen worden ist (im Internet unter [g-ba.de](https://www.g-ba.de/richtlinien/60/) → Richtlinien, Direkt-Link: ► <https://www.g-ba.de/richtlinien/60/>).

Besonderheiten bei Menschen mit HIV

Häufiger als bei HIV-Negativen baut sich bei Menschen mit HIV kein ausreichender Impfschutz auf. Schlägt eine Impfung nicht an, wird eine Wiederholung mit höherer Dosis in mehreren Schritten empfohlen, bis ein ausreichender Impfschutz erreicht ist. Bei schlechtem Zustand des Immunsystems kann darüber hinaus auch eine bestehende Immunität (durch eine früher durchgemachte Hepatitis oder eine Hepatitis-Impfung) verloren gehen.

Steigt die Zahl der Helferzellen nach Erholung des Immunsystems später wieder an, empfiehlt sich eine Kontrolle des Impfschutzes und ggf. eine Auffrischungsimpfung oder erneute Impfung nach Impfschema.

Meldepflicht

Nach dem Infektionsschutzgesetz (IfSG) ist der Verdacht auf, die Erkrankung an und der Tod durch Virus-Hepatitis **namentlich** meldepflichtig. Die Meldung wird in der Regel durch das Labor ausgelöst, das die entsprechenden Untersuchungen durchgeführt und die virusbedingte Hepatitis festgestellt hat, oder durch die ärztliche Fachperson, 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.

Hepatitis A

Übertragungswege

Hauptübertragungsweg: **fäkal-oral**

- Meist wird Hepatitis A über verunreinigte Lebensmittel, verunreinigtes Wasser oder Muscheln übertragen.
- Beim Sex kann jeder Kontakt zwischen Anus und Mund ein Ansteckungsrisiko bergen. Beim *Rimming* („Arschlecken“) ist das Risiko besonders groß; es reicht allerdings schon aus, mit dem Finger in die Analfalte zu gehen und ihn danach in den Mund zu bekommen.

Schutzmöglichkeiten

Die Impfung ist der beste Schutz.

Weitere Maßnahmen zur Senkung des Risikos:

- Händewaschen nach jeder Toilettenbenutzung
- Bei Reisen in Ländern mit niedrigem Hygienestandard sind besondere Maßnahmen für Nahrung und Trinkwasser erforderlich: „*Boil it, cook it, peel it or forget it*“ – sinngemäß etwa Wasser kochen, Speisen gut durchgaren, Obst schälen oder das Lebensmittel stehen lassen.

Inkubationszeit

Die Zeit von der Infektion bis zum Auftreten erster Symptome beträgt meist 3–4 Wochen.

Krankheitsverlauf

Die Infektion verläuft häufig ohne typische Symptome.

Wenn Symptome auftreten, dann können das folgende sein:

- Appetitlosigkeit, Übelkeit, Brechreiz
- Abneigung gegen bestimmte Lebensmittel wie Fett oder Alkohol
- Druck-, Völlegefühl (Oberbauchbeschwerden)
- Fieber
- Gelbfärbung von Haut und Augen, dunkler Urin, entfärbter Stuhl, Juckreiz.

Krankheitsbeschwerden klingen in der Regel nach zwei bis sechs Wochen wieder ab.

Es gibt keine chronischen Verläufe, die Hepatitis heilt immer aus und hinterlässt lebenslange Immunität, das heißt, man kann sich nicht noch einmal mit Hepatitis A infizieren.

Therapie

- keine ursächliche Therapie möglich
- empfohlen werden Bettruhe, Diät, Alkoholverzicht

Hepatitis B

Übertragungswege

Hepatitis-B-Virus wird **vor allem über Blut** übertragen. Ein hoher Anteil der Neuinfektionen entfällt auf die sexuelle Übertragung, aber auch das Teilen von Spritzbesteck oder die Ansteckung des Kindes bei der Geburt sind häufige Übertragungswege.

Das Hepatitis-B-Virus (HBV) ist in der Umwelt wesentlich robuster als HIV und leichter übertragbar. Beim Sex reichen Kondome als Schutz nicht aus, auch wenn dadurch das Risiko erheblich verringert werden kann.

Ein Infektionsrisiko besteht

- bei Kontakt mit infektiösen Körperflüssigkeiten: Blut, Sperma, Vaginalsekret, Lusttropfen, Muttermilch (seltener über Speichel, Tränenflüssigkeit, Kot, Urin)
- beim Sex bei allen Sexualpraktiken
- bei gemeinsamem Gebrauch von Spritzbestecken
- bei unhygienischem Tätowieren oder Piercen
- bei Stich-/Schnittverletzungen im medizinisch-pflegerischen Bereich.

Eine Übertragung auf Babys während der Schwangerschaft, bei der Geburt sowie beim Stillen ist häufig.

Schutzmöglichkeiten

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

Weitere Möglichkeiten zur Senkung des Risikos:

- Safer Use
- Kondome (nur begrenzt wirksam)

Inkubationszeit

Die Zeit von der Infektion bis zum Auftreten erster Symptome beträgt meist 2–3 Monate.

Krankheitsverlauf

häufig ohne typische Symptome; wenn Symptome auftreten, dann können das folgende sein:

- Abgeschlagenheit
- Appetitlosigkeit
- Kopf- und Gliederschmerzen
- Übelkeit, Erbrechen, Bauchschmerzen
- leichtes Fieber.

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

Therapie

Akute Infektion

- keine ursächliche Behandlung möglich
- Schonung bei Krankheitsgefühl

Chronische Infektion

Entweder nebenwirkungsarme Therapie mit Nukleosid-/Nukleotidanaloga (z. B. Tenofovir oder Entecavir) über Jahre (Ziel: Viruslastsenkung, Verhinderung der Leberzirrhose) oder nebenwirkungsreiche Therapie mit Interferon über mehrere Monate mit dem Ziel der Heilung (sog. Serokonversion).

Bei HIV-Positiven mit Tenofovir in der HIV-Therapie wird die Hepatitis B automatisch „mitbehandelt“.

Hepatitis C

Übertragungswege

Hepatitis-C-Virus wird über **Blut-Blut-Kontakt** übertragen.

Geringe Mengen Blut reichen bereits für eine Übertragung aus. Häufigste Übertragungswege sind

- bei Drogengebraucher*innen: gemeinsamer Gebrauch von Spritzbestecken und Zubehör; bei nasalem Konsum: gemeinsame Verwendung des Röhrchens (Blutstropfen aus der Nase)
- gemeinsames Benutzen von Rasierern (die mit Blut in Kontakt gekommen sind)
- Piercen, Tätowieren, Ohrlochstechen mit nicht sterilen Instrumenten
- Stichverletzungen des Personals bei medizinischen Prozeduren.

Sexuelle Übertragungen sind selten, aber möglich, insbesondere bei Sexualpraktiken, bei denen es härter zugeht und es zu Blut-Blut-Kontakt kommt, zum Beispiel, wenn Blut (mit Hepatitis-C-Viren) von einer gefisteten Person auf eine andere gefistete Person übertragen wird (auch bei Benutzung von Handschuhen).

Übertragungen beim Sex sind bei schwulen Männern mit HIV deutlich häufiger als bei anderen MSM. Eine Übertragung auf Babys während der Schwangerschaft, bei der Geburt sowie beim Stillen ist möglich.

Schutzmöglichkeiten

- keine Impfung möglich
- Vermeidung von Blut-Blut-Kontakten
- Safer Use
- eigenes Röhrchen beim Sniefen
- Latexhandschuhe und Kondome beim Sex nach jedem* jeder Partner*in wechseln, beim Fisten für jede Person ihr eigenes Gleitmittel verwenden.

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

Inkubationszeit

Die Zeit von der Infektion bis zum Auftreten erster Symptome/zur Serokonversion beträgt 2 Wochen bis 6 Monate; meist lassen sich Antikörper nach 7 bis 8 Wochen nachweisen.

Krankheitsverlauf

häufig ohne Symptome; wenn Symptome auftreten, dann folgende:

- Abgeschlagenheit
- Appetitlosigkeit
- Kopf- und Gliederschmerzen
- Übelkeit, Erbrechen, Bauchschmerzen
- leichtes Fieber.

Die Rate der Chronifizierungen nimmt bei Hepatitis C im Gegensatz zur Hepatitis B mit dem Alter zu. Während Kinder die Infektion meist von selbst loswerden, wird sie bei Erwachsenen mehrheitlich chronisch.

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

Therapie

Direkt wirksame, im Allgemeinen gut verträgliche antivirale Medikamente (*direct acting antivirals*, DAAs) ermöglichen bei über 95 % der Hepatitis-C-Infizierten eine Heilung innerhalb von 8–12 Wochen.

HIV-Test

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

Gründe für einen HIV-Test

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

- Schwangerschaft und Kinderwunsch
- Abklärung von berufsbedingten Risiken, z. B. Nadelstichverletzung im Krankenhaus; ein HIV-Test dient hier auch der rechtlichen Absicherung zur Anerkennung als Berufskrankheit.

Gründe gegen einen HIV-Test

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

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

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



HIV-Tests im Detail

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

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

HIV-Antikörpersuchtest und p24/Antigen-Antikörper-Kombinationstest

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

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

- Der Antikörper-Anteil des Tests besteht aus einem ELISA (Enzyme-linked Immunosorbent Assay) und sucht nach Antikörpern gegen HIV-1 und HIV-2.

- Der Antigen-Anteil des Tests sucht nach dem Protein p24, einem Bestandteil der Kernhülle (Kapsid) des HIV-1-Virus. (Virusproteine werden nach ihrem Molekulargewicht benannt, entsprechend heißt dieses Protein p24.)

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

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

HIV-PCR

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

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

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

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

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

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

HIV-Bestätigungstest

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

Antikörperbestätigungstest

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

PCR-Bestätigungstest

Alternativ zum Antikörperbestätigungstest auch eine PCR als Bestätigungstest eingesetzt werden. Bei der Diagnose in einer frühen Phase einer Infektion (wenn nur Antigen vorhanden ist und noch keine Antikörper gebildet wurden)

muss die Bestätigung des Suchtests immer mit einer PCR erfolgen. Der Western Blot würde dann erst nach einigen Tagen die ersten HIV-Antikörper nachweisen können.

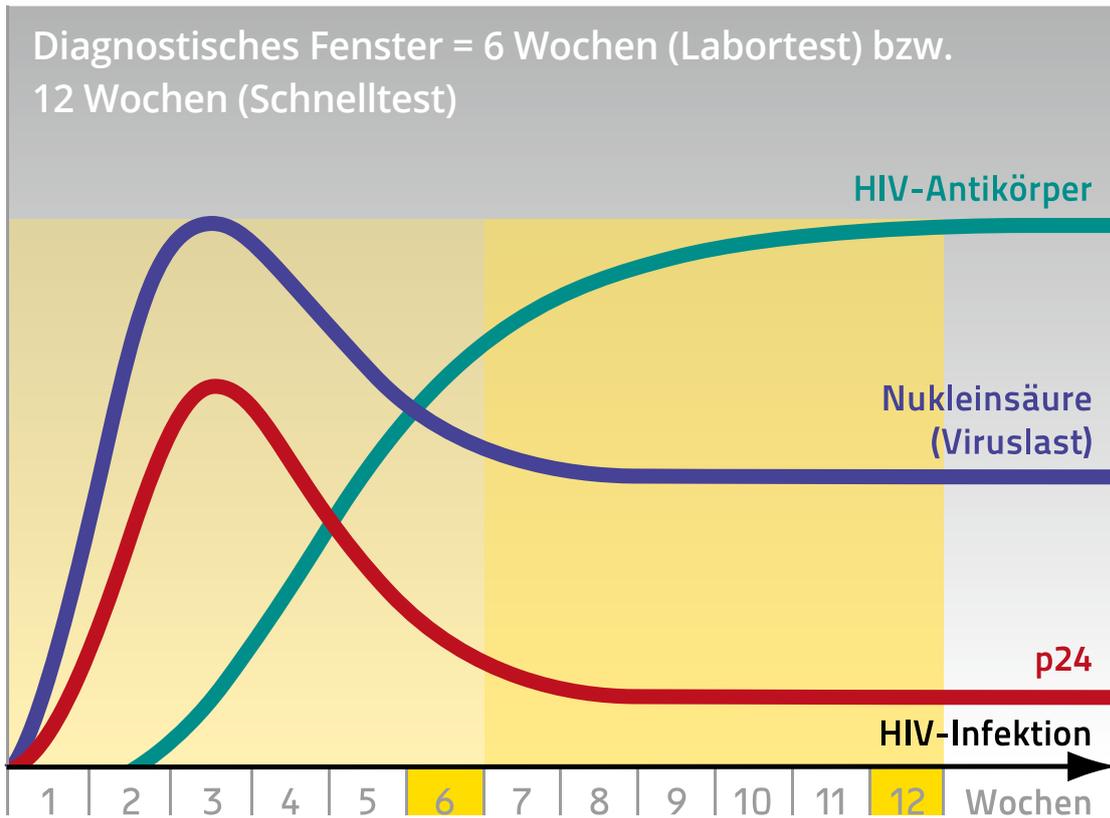
HIV-Schnelltest

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

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

Zuverlässigkeit der HIV-Tests

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



ANTIKÖRPERBILDUNG:

Nach 6 Wochen: Antigen (p24) und / oder Antikörper sind im Labortest bei allen Infizierten nachweisbar.

Nach 12 Wochen: Antikörper (AK) sind 12 Wochen nach Risiko im Schnelltest bei allen Personen nachweisbar.

Das diagnostische Fenster

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

Für die HIV-Testung relevante Zeitpunkte

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

Frühestmöglicher Ausschluss einer HIV-Infektion

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

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

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

Frühestmöglicher Nachweis einer HIV-Infektion

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

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

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

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



Wo kann man sich testen lassen?

Der Test im Gesundheitsamt

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

Der Test in den Checkpoints der Aidshilfen

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

Der Test direkt im Labor

Man kann sich auch direkt an private Labore wenden, muss dort aber für die Untersuchung bezahlen. Vorteil ist, dass man hier in der Regel nicht lange auf das Testergebnis warten muss. Allerdings erfolgt oft keine ausführliche Beratung.

Der Test in der hausärztlichen Praxis

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

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

Der selbst durchgeführte Test (Selbsttest)

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

Der Einsendetest – selbst durchgeführte Probenentnahme plus Laboranalyse

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

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

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

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

Das Testergebnis

Testergebnis: HIV-reaktiv

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

Reagiert ein Schnelltest oder Selbsttest, muss ebenfalls ein Bestätigungstest durchgeführt werden.

Testergebnis: HIV-positiv

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

Testergebnis: HIV-negativ

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



Rechtliches zum HIV-Test

Informierte Einwilligung

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

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

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

HIV-Tests bei Minderjährigen

Personen, die sich testen lassen wollen, müssen – unabhängig vom Alter – einwilligungsfähig sein. Bei Jugendlichen geht man generell davon aus, dass die Einwilligungsfähigkeit bei über 16-Jährigen meist gegeben ist. Die HIV-Testung

von unter 16-Jährigen ist möglich, die Einwilligungsfähigkeit sollte aber von den Berater*innen gut dokumentiert werden.

HIV-Test bei beruflichen Einstellungen

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

HIV-Test vor medizinischen Eingriffen

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

HIV-Test in der Schwangerschaft

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

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

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

Blutspenden

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



Therapie der HIV-Infektion

Hinweise zu medizinischer Beratung und Therapieberatung in Aidshilfen

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

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

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

oder um Fragen zur medikamentösen Therapie.

Alle nachfolgenden Informationen sind daher nur als Hintergrundwissen gedacht.

Die Therapie der HIV-Infektion Verlauf mit Therapie

Viruslast und Helferzellen

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

Um den Zustand des Immunsystems festzustellen, wird die Zahl der Helferzellen (auch CD 4-Zellen genannt) im Blut gemessen. Diese Zellen koordinieren die Abwehraktivitäten des Immunsystems. Normalwerte sind 500–1.500 Helferzellen / 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 schnell resistent wird, werden in der Regel drei Medikamente gleichzeitig eingesetzt (Kombinationstherapie). Ziel der Therapie ist es, schwere Erkrankungen, (d. h. das Stadium Aids) gar nicht erst aufkommen zu lassen. Normalerweise gelingt es, die Virusvermehrung praktisch vollständig zu unterdrücken. Zwei bis drei Monate nach Therapiebeginn sollte die Viruslast nicht mehr nachweisbar sein. Das Immunsystem kann sich dann erholen. Über Monate und Jahre steigt dann die Zahl der Helferzellen wieder an.

Wann beginnt man mit der Therapie?

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

und auch das Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen erhöht.

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

Wie lange kann man behandeln?

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

Blick in die Zukunft

Lang wirksame Medikamente:

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

Weniger Medikamente:

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

Impfung:

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

Heilung:

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

Weitere Informationen

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

Antiretrovirale Medikamente

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Leben mit HIV – allgemeine Aspekte

- In Deutschland lebten Ende 2017 rund 86.100 Menschen mit HIV, davon sind etwa 74.800 Männer.
- Von diesen 86.100 HIV-Positiven bekommt die große Mehrheit (68.800 Menschen) eine medikamentöse Therapie. 11.300 Menschen mit HIV wissen nichts von ihrer Infektion.
- HIV ist eine chronische Infektion, die zwar nicht heilbar, aber gut behandelbar ist. Durch die Behandlung wird vermieden, dass es zum Ausbruch des Krankheitsbildes Aids kommt.
- Unter gut funktionierender Therapie haben Menschen mit HIV heute eine fast normale Lebenserwartung bei guter Lebensqualität.
- Die individuelle Gesundheitssituation von Menschen mit HIV kann sich unterschiedlich darstellen. Dabei spielen verschiedene Faktoren eine Rolle, z. B. der Zeitpunkt der Infektion oder der Zeitpunkt des Therapiebeginns.
- Auch in Deutschland sterben noch Menschen an Aids. Gründe sind eine zu späte Diagnose der Infektion oder Probleme bei der Tabletteneinnahme (z. B. bei psychischen Erkrankungen).
- Menschen mit HIV sind nach wie vor häufig Diskriminierungen ausgesetzt. Das Virus löst weiterhin oft (irrationale) Ängste und Verunsicherung aus. Außerdem ist die HIV-Infektion oft mit Lebens- und Verhaltensweisen verknüpft, die nicht der Norm entsprechen.
- Das in Deutschland seit 2006 geltende Allgemeine Gleichbehandlungsgesetz (AGG) verbietet Diskriminierung aufgrund von ethnischer Zugehörigkeit, Geschlecht, sexueller Orientierung oder Behinderung. Im Dezember 2013 hat ein Urteil des Bundesarbeitsgerichts klargestellt, dass auch eine symptomlose HIV-Infektion im Sinne des AGG als Behinderung anzusehen ist. Im Falle HIV-bezogener Diskriminierung – z. B. am Arbeitsplatz oder bei Datenschutzverletzungen – können HIV-Positive sich also auf das AGG berufen und ihre Rechte einklagen. (→ *dazu auch Kapitel 13, „Antidiskriminierungsberatung“*)
- Im Arbeitsalltag besteht kein HIV-Übertragungsrisiko. Probleme kann es aktuell in zwei Bereichen geben: HIV-positive Ärzt_innen, deren Viruslast nicht unter der Nachweisgrenze ist und Bewerber_innen bei der Polizei. (Mehr Infos dazu unter Punkt „HIV und Arbeit“.

Leben mit HIV – rechtliche Aspekte

HIV und Sexleben

Muss der HIV-Status vor dem Sex mitgeteilt werden?

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

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

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

Ungeschützter Sex

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

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

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

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

HIV und Arbeit

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

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

Berufe im Gesundheitswesen

Menschen mit HIV können grundsätzlich ohne Probleme als Arzt_Atztin oder Krankenpfleger_in arbeiten. Einschränkungen gibt es nur im Bereich der Chirurgie, wenn ein Ansteckungsrisiko für andere Menschen bestehen könnte. Dies ist bei einem kleinen Teil von Operationen der Fall, bei denen für den_die operierende_n Chirurg_in (Urologe, Gynäkologe, Zahnarzt...) selbst eine hohe Verletzungsgefahr besteht und Blut des Chirurgen in das Operationsgebiet gelangen kann und gleichzeitig

die Viruslast des Operators nachweisbar (>50 Kopien / ml) ist. Die meisten anderen Operationen können auch von nicht antiretroviral behandelten HIV-positiven Chirurg_innen ausgeführt werden.

Seit August 2012 gibt es Empfehlungen der Deutschen Vereinigung zur Bekämpfung der Viruskrankheiten (DVV) und der Gesellschaft für Virologie (GfV), die Regelungen beinhaltet, welche Tätigkeiten HIV-positive Beschäftigte im Gesundheitswesen unter welchen Bedingungen ausführen dürfen. Im HIV-Report Nr. 4 des Jahres 2012 werden die Empfehlungen zusammengefasst ► www.hivreport.de

Ein Problem ist, dass die Empfehlungen in der Praxis teilweise falsch ausgelegt werden und dann fälschlicherweise behauptet wird, es gäbe generell im Gesundheitsbereich Einstellungseinschränkungen oder Tätigkeitsbeschränkungen.

Luftfahrtpersonal

Pilot_innen

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

Kabinenpersonal / Flugbegleiter_innen

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

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

Tätigkeit im Ausland / Berufe mit Reisetätigkeit

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

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

HIV und Arztbesuch

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

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

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

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

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

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

HIV, Reisen und Auslandsaufenthalte

Urlaubs- und Dienstreisen sind für viele Menschen ein wichtiger 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.

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

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

Weitere Informationen

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

Safer Use

Was ist Safer Use?

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

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

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

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

Grundsätzlich sollte man beim Drogenkonsum für möglichst hygienische Bedingungen sorgen. (Unterlage, Hände

waschen), das vermindert das Risiko der Übertragung von Bakterien.

Spritzen

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

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

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

Sniefen

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

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

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

Eigens zum sniefen hergestellte Ziehröhrchen kann man im Internet finden.

Rauchen

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

Mischkonsum

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

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

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

Notfalldesinfektion

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

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

Weitere Informationen

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

Rechtliche Aspekte der Beratung

Grundlegendes

Die absolute Vertraulichkeit gehört nicht nur zum Selbstverständnis aller haupt- und ehrenamtlichen Berater*innen, die Aidshilfe ist als Beratungsstelle auch per Gesetz zum sorgfältigen Umgang mit allen Daten von Ratsuchenden und von Nutzer*innen ihrer Angebote verpflichtet.

Alle Mitarbeiter*innen der Aidshilfe müssen sämtliche im Zusammenhang mit ihrer Tätigkeit bei der Aidshilfe bekanntwerdenden Informationen, Daten und Vorgänge geheim halten. Es ist den Mitarbeitenden untersagt, gegenüber Dritten Angaben zu bekannt gewordenen Informationen, Daten und Vorgängen zu offenbaren.

Ratsuchende müssen darauf vertrauen können, dass sich die Mitarbeitenden von Beratungseinrichtungen an diesen Grundsatz der Vertraulichkeit halten.

Die Regeln der Vertraulichkeit und des Datenschutzes stellen wichtige Qualitätsstandards von Aidshilfearbeit dar. Zur gegenseitigen Absicherung unterschreiben alle Mitarbeiter*innen von Aidshilfen eine Verpflichtung auf Vertraulichkeit.

Gesetzliche Regelungen

Für bestimmte Berufe ist in diesem Zusammenhang der **§ 203 StGB Verletzung von Privatgeheimnissen** von Bedeutung. Diese Vertraulichkeitsverpflichtungen gehen weit über die Pflichten aus dem Datenschutz hinaus. Nach diesem Paragraphen ist es sogar strafbar Geheimnisse an Dritte weiterzugeben (bis zu ein Jahr Freiheitsstrafe oder eine Geldstrafe).

Das betrifft:

- **Berufspsycholog*innen** mit staatlich anerkannter wissenschaftlicher Abschlussprüfung
- Staatlich anerkannte **Sozialarbeiter*innen** oder staatlich anerkannte **Sozialpädagog*innen**
- Ehe-, Familien-, Erziehungs- oder **Jugendberater*innen** sowie **Berater*innen für Suchtfragen** in einer Beratungsstelle, die von einer Behörde oder Körperschaft, Anstalt oder Stiftung des öffentlichen Rechts anerkannt ist

Vertraulichkeit

Auch außerhalb der oben genannten Gruppen sind alle haupt- und ehrenamtlichen Mitarbeiter*innen verpflichtet, sämtliche im Zusammenhang mit ihrer Tätigkeit bei der Aidshilfe bekanntwerdenden Informationen, Daten und Vorgänge geheim zu halten.

Die Verschwiegenheitsverpflichtung gilt

- auch, wenn ein*e Klient*in in der Aidshilfe vermeintlich „offen“ mit der eigenen HIV-Infektion oder privaten Informationen umgeht.
- für alle Informationen aus kollegialem Austausch und Supervision, die Klient*innen oder die haupt- und ehrenamtliche Mitarbeiter*innen und deren Angehörige betreffen.
- grundsätzlich auch gegenüber Ärzt*innen, 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 für konkrete Anlässe oder Personen erteilt werden (gegenüber Dr. X, dem Amt Y usw.) und niemals als Generalvollmacht (alle meine Angelegenheiten betreffend) unterschrieben werden.
- über das Ende der Tätigkeit in Aidshilfe hinaus.

Ein Verstoß gegen die Vertraulichkeit kann mit arbeitsrechtlichen, straf- und zivilrechtlichen Konsequenzen verbunden sein – auch wenn aus Fahrlässigkeit gehandelt wurde.

Datenschutz

Alle Dokumente, auf denen Namen und andere personenbezogenen Daten vermerkt sind (z. B. Gesprächsnotizen, Teilnehmer*innenlisten), sind grundsätzlich für Dritte unzugänglich aufzubewahren.

Wenn diese Unterlagen nicht mehr benötigt/verwendet werden, ist auf eine vollständige Vernichtung der Daten, z. B. durch Schreddern, zu achten. Keinesfalls dürfen diese Dokumente im Altpapier landen oder als Notizblätter genutzt werden!

Digitale Sicherheit

Beraten Aidshilfen im Internet, so ist den Fragen des Datenschutzes und der sicheren Datenübertragung besondere Aufmerksamkeit zu widmen. Eine Beratung über E-Mail entspricht nicht den Grundsätzen der DAH zum Schutz sensibler Daten. **Beratungsanfragen können an das gemeinsame Beratungsportal der Aidshilfen unter ► www.aidshilfe-beratung.de verwiesen werden.**

Computer sind durch starke Passwörter zu schützen. Bildschirmschoner sind bei kurzen Unterbrechungen ein geeignetes Mittel, die Daten vor dem Zugriff Dritter zu sichern. Bei längeren Abwesenheiten vom Computer ist es wichtig, sich abzumelden.

Grenzen der Beratung in Aidshilfen

Die Aidshilfe-Beratung – egal ob persönlich, telefonisch oder online – berührt immer wieder Themen, die in den Kompetenzbereich staatlich geregelter Berufsfelder fallen, wie z. B. von Ärzt*innen, Jurist*innen, Psycholog*innen oder Psychotherapeut*innen.

Daher muss immer wieder reflektiert werden, welche Themen zum Angebot der eigenen Organisation gehören und in der eigenen Kompetenz liegen bzw. bei welchen Fragen an andere Stellen verwiesen werden muss. Dies ist besonders bei juristischen und medizinischen Fragen zu beachten, aber auch bei Ratsuchenden mit starken psychischen Problemen.

Kenne und beachte hier deine Grenzen. Weiterzuverweisen ist eine wichtige Kompetenz in der Beratung!

Psychosoziale Beratung versus Psychotherapie

In der Aidshilfen-Beratung können wir für Menschen mit psychischen Belastungen ein offenes Ohr haben – und so vielleicht für Entlastung sorgen. Die Behandlung und Diagnose psychischer Erkrankungen gehört aber in die fachkundigen Hände von Fachärzt*innen oder Psychotherapeut*innen.

Was wir tun können, um Datensicherheit zu erreichen

Allgemein

- Unterweisung zu Vertraulichkeit und Datenschutz
- Unterzeichnung einer Verpflichtung zur Vertraulichkeit vor Beginn der Beratungstätigkeit
- Regelmäßige Auffrischung

Telefonberatung

Die Beratung findet in einem Raum statt, der gewährleistet, dass die Beratung in ruhiger, ungestörter und vertraulicher Atmosphäre stattfinden kann.

Bei der Bundesnetzagentur Telekommunikation ist die Nichterkennbarkeit¹ der Beratungsrufnummer beantragt.

Die Rufnummer der Anrufer*innen ist unterdrückt und kann von Berater*innen nicht eingesehen werden.

Beratung im Netz

Eine/Die Beratung über E-Mail entspricht nicht den Standards der DAH. Beratungsanfragen können an die Onlineberatung der Aidshilfen unter ► www.aidshilfe-beratung.de verwiesen werden.

¹ <https://www.bundesnetzagentur.de/DE/Fachthemen/Telekommunikation/Unternehmenspflichten/Datenschutz/NichterkennbarkeitvonRufnummern/start.html>

Wenn sich einzelne Aidshilfen entscheiden, selbst Beratung im Netz anzubieten, müssen folgende Maßnahmen getroffen werden:

- Es kommen nur Verfahren zum Einsatz, die vor unbefugten Zugriffen geschützt sind
- Datenschutzkonforme Mail-Provider nutzen
- Keine Weiterleitung an private E-Mail-Adressen
- Aktuelle Verschlüsselungsstandards, aktueller Virenschutz, Verschlüsselung und Kennwortschutz der PCs
- Nicht mehr benötigte E-Mails werden regelmäßig gelöscht.
- Nutzung betrieblicher EDV nur zu dienstlichen Zwecken
- Es ist sichergestellt, dass nur die entsprechend autorisierten Berater*innen Zugang zu Anfragen und Daten aus der Beratung haben.
- Berater*innen nutzen ein Passwort, das an keiner anderen Stelle zum Einsatz kommt.
- Beim kurzen Verlassen des Arbeitsplatzes Computersperre aktivieren
- Bei längerem Verlassen des Arbeitsplatzes konsequentes Abmelden am Computer

Antidiskriminierungsberatung in Aidshilfen

HIV-bezogene Diskriminierung

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

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

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

minierung der Deutschen Aidshilfe für Beratungen zur Verfügung Gegendiskriminierung@dah.aidshilfe.

Was ist Diskriminierung?

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

Das Allgemeine Gleichbehandlungsgesetz (AGG)

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

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

Relevanz des AGG für das Thema HIV

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

Klagefrist

Bei Diskriminierungsfällen, bei denen das AGG Anwendung findet, ist es wichtig, schnell zu handeln. Die Klagefrist nach der stattgefundenen Diskriminierung beträgt nur zwei Monate. Eine Zusammenarbeit mit regionalen Antidiskriminierungsstellen oder den Antidiskriminierungsstellen des Bundeslandes oder der Antidiskriminierungsstelle des Bundes ist deshalb

anzuraten. Einen guten Überblick zu Beratungsstellen bietet die Seite der Antidiskriminierungsstelle des Bundes: [▶ http://www.antidiskriminierungsstelle.de/DE/Home/home_node.html](http://www.antidiskriminierungsstelle.de/DE/Home/home_node.html)

Diskriminierung im Gesundheitswesen

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

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

Weitere Informationen

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

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

Was tun bei Diskriminierung im Gesundheitswesen?

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

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

Weitere Tipps und Hinweise

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

Was tun bei Verstößen gegen den Datenschutz?

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

weitergibt, kann zivilrechtlich auf Unterlassung und Schadensersatz geklagt werden.

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

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

Beschwerdemöglichkeiten bei Datenschutzverletzungen

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

Diskriminierung am Arbeitsplatz

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

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

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

Die Kontaktstelle HIV-bezogene Diskriminierung in der DAH

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

Diskriminierungsfälle können mit einem Dokumentationsbogen gemeldet werden. Der Bogen kann online ausgefüllt, anschließend ausgedruckt und per Post und Fax oder als Datei per Mail an die Kontaktstelle geschickt werden.

► <https://hiv-diskriminierung.de/dokumentation>

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

Ausführliche Informationen

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

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

HIV-bezogene Krankheitsängste

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.

Ängste entstehen zum Beispiel, weil, weil Menschen zu wenig Informationen über Ansteckungswege haben, manche Ängste verstärken sich, weil Menschen ein veraltetes Bild von HIV und Aids haben, das noch sehr mit Leiden und Sterben verknüpft ist. Und andere Ängste sind Ausdruck dahinterliegender tiefsitzender Schuldgefühle. Das Thema Sexualität bietet sich für manche Menschen besonders an, Schuldgefühle zu entwickeln.

Beratung ist dazu da, dass Menschen über ihre Ängste und Befürchtungen reden können. Ziel ist, dass sie für ihre individuelle Situation die Wahrscheinlichkeit einer HIV-Übertragung einschätzen lernen und für sich in einen Kontext stellen können. Sie sollen ein Gespür dafür bekommen, in welchen Situationen und unter welchen Umständen eine HIV-Übertragung möglich ist – oder eben nicht.

Mit den vorliegenden Empfehlungen möchten wir Wege aufzeigen, wie Ratsuchende, die eine hohe Angst vor HIV, dabei aber kein oder nur ein geringes

Risiko für eine HIV-Übertragung haben, in der HIV-Beratung gut versorgt werden können. Der Schwerpunkt der Empfehlungen liegt auf der Förderung einer angemessenen Beratung mit der passenden Überweisung – anstelle von wiederholten und unnötigen HIV-Tests oder der Stigmatisierung und Ausgrenzung dieser Klient*innengruppe.

Weg von den Labels „Aids-Phobie“ und „Aids-Hypochondrie“

In der Vergangenheit haben wir mit den Labels Aids-Phobie und Aids-Hypochondrie versucht, einen Personenkreis zu beschreiben, für den wir in der Beratung mit Information und „logischen Argumenten“ keine anhaltende Entlastung erreichen können. Diese Zuschreibungen können von den betroffenen Personen als stigmatisierend und abwertend erlebt werden, zudem darf die Diagnostik nur von entsprechend ausgebildeten Fachkräften, wie z. B. Ärzt*innen, erfolgen.

Menschen mit hoher Angst ohne relevantes HIV-Risiko

Gleichwohl gibt es die Diagnose natürlich weiterhin im ICD 10 und es ist auch für HIV/STI-Berater*innen wichtig zu erkennen, wenn eine ratsuchende

Person bei Vorliegen eines nur sehr geringen HIV/STI-Risikos mit starken Ängsten und gesundheitsbezogenen Sorgen zu kämpfen hat. **Unser Vorschlag ist, zukünftig im Aidshilfe-Kontext einfach von Menschen mit hoher Angst ohne relevantem Risiko zu sprechen.**

Bei diesen Personen muss das Beratungsvorgehen ein grundlegend anderes sein, da Menschen, die Angst haben, Informationen nur sehr eingeschränkt und oft verzerrt wahrnehmen können. Berater*innen sollten sich mit dem Kontext der von den Klient*innen geschilderten Lebenssituation auseinandersetzen. Dazu kann die Erkundung der Angstgeschichte, schwieriger Gefühle (wie etwa Schuld- und Schamgefühle) im Zusammenhang mit Sexualität sowie von Erfahrungen sexueller Traumata gehören.

Hilfreiche Strategien im Umgang mit Menschen mit hoher Angst ohne relevantem HIV-Risiko

1. Übertragungsrisiken verständlich, aber zeitlich begrenzt klären

Nenne die relevanten Fakten zu HIV und zu Übertragungswegen und prüfe, ob der*die Klient*in sie verstanden hat. Wenn er*sie diese verstanden hat, wiederhole den Sachverhalt nicht. Diskutiere nicht über deine Einschätzung zum Risiko, das Gespräch kann sonst leicht den Charakter einer intellektuellen Auseinandersetzung annehmen und

sich vom emotionalen Erleben des*der Klient*in entfernen. Eine wiederholte „Debatte“ der Fakten durch die Berater*innen kann von dem*der Klient*in als Ablehnung seiner*ihrer Wahrnehmung verstanden werden, sich in einer für ihn*sie bedrohlichen Situation zu befinden.

Die Folge: Die ratsuchende Person fühlt sich ungehört und muss immer neue Argumente bringen, um ihre Not darzustellen. Anstatt zu argumentieren, höre in Ruhe zu und versuche, die Perspektive dieser Person besser zu verstehen. Das Wissen darum, dass die Not und Bedrohungsempfindung von einem anderen Thema „gespeist“ wird, kann helfen, Mitgefühl aufzubauen. Versuche, die Gefühle zu erfragen und zu benennen, die der*die Klient*in erlebt. So kann es ängstlich machen, deutlich Symptome zu sehen oder zu fühlen bzw. das Gefühl zu haben, dass einem nicht geglaubt wird. Über eine Fokussierung auf die Gefühle kann das Gespräch eine neue Wendung nehmen. Auch wenn die Fokusverlagerung manchmal nur eine kurze Zeit funktioniert und der*die Klient*in im Gespräch wieder auf Symptome oder wahrgenommene Risiken zurückkommt, um zu „beweisen“, dass er*sie infiziert ist: Nimm die Risikobewertung nicht neu auf, sondern versuche die Gefühle und die Motivation zu verstehen, die hinter der wiederholten Beschreibung stehen.

Wenig hilfreich

„Symptome sagen nichts Eindeutiges über eine Infektion aus. Wenn der Test negativ ist, dann bist du negativ.“

- Diese Antwort berücksichtigt das sehr reale Leiden des*der Klient*in nicht. Der*die Klient*in sucht nun vielleicht nach überzeugenderen „Beweisen“.
- Der Stress für beide Gesprächspartner*innen erhöht sich.

„Wie ich bereits sagte, das Risiko ist minimal und eher theoretisch.“

- Klient*innen mit starken Ängsten haben oft das Gefühl, dass ihre Erfahrungen eher die Ausnahme als die Norm sind. Der*die Klient*in könnte zu dem Schluss kommen, dass das theoretische Risiko ein reales ist und sich in ihrer*seiner eher irrationalen Risikoeinschätzung bestätigt sehen.

Eher hilfreich

„Ich kann mir vorstellen, dass es ziemlich beängstigend ist, all diese Symptome zu erleben ...“ [Pause lassen und auf mögliche Bestätigung warten]

- Der*die Klient*in kann sich gehört fühlen und hat weniger das Bedürfnis, über Symptome sprechen zu müssen.
- Den Gemütszustand des*der Klient*in anzuerkennen, bedeutet nicht, mit seiner*ihrer Risikobewertung einverstanden zu sein.

„Wenn ich Ihnen sage, dass es sich um ein theoretisches oder geringes Risiko handelt, scheint das Ihre Ängste nicht zu lindern. Darüber würde ich gerne mit Ihnen sprechen, was denken Sie dazu?“

- Es ist wichtig, die Reaktionen der ratsuchenden Person zu beobachten und ihr zu spiegeln. Dies kann ihr helfen, Einsicht in ihre Situation zu entwickeln.

2. Warum negative Testergebnisse keine Erleichterung verschaffen

Man erkennt Menschen mit hoher Angst ohne relevantes Risiko unter anderem daran, dass Tests nicht die Erleichterung verschaffen, auf die sie (und wir) gehofft haben. Vielmehr stellen diese Klient*innen etwa die Genauigkeit des Tests oder die Handhabung der Proben in Frage.

Dass HIV-ängstliche Menschen nach einem negativen Testergebnis nicht langfristig erleichtert sind, kann unterschiedliche Ursachen haben. Viele dieser Klient*innen kommen zwar zum Test, um ihr „Risiko“ abklären zu lassen, sind aber eher durch andere, oft nur teilweise bewusste Themen belastet: moralische Ansprüche, religiöse Überzeugungen, Vorstellungen von Reinheit und Sicherheit, Vorstellungen von einer idealen Partnerschaft (z. B. absoluter Treue). Verschiedene Sorgen können eine Rolle spielen. Diese symbolischen Aspekte sind nicht unbedingt logisch oder wissenschaftlich und die daraus resultierenden Ängste können nicht allein durch ein negatives Testergebnis aufgelöst werden.

Wenn die auslösende Situation für den Test zum Beispiel ein Sexkontakt außerhalb der Beziehung war, kann ein negatives Ergebnis nicht von möglichen Schuldgefühlen oder Ängsten vor Verlust des*der Partner*in entlasten. Deine Aufgabe ist es nicht, die Angst zu nehmen, sondern die Bereitschaft zu zeigen, sie mit Einfühlungsvermögen zu erkunden. Dies kann ein wichtiger

Schritt sein, dass Menschen über die Zeit lernen, ihre Ängste zunächst zu akzeptieren und sich dann schrittweise von ihnen zu distanzieren.

Hintergründe zu hypochondrischen Störungen

Studien zur Hypochondrie zeigen auf, dass es unterschiedliche Faktoren gibt, die Menschen anfälliger für krankheitsbezogene Ängste macht. Zum einen scheint es eine familiäre Häufung hypochondrischer Störungen zu geben. Ob dies genetische Ursachen hat oder es eher zu einem „Lernen am Modell“ kommt, ist nicht vollständig geklärt. Diskutiert werden weiterhin die überhäufige Erziehung zur Ängstlichkeit und Aufmerksamkeit auf körperliche Probleme in der Kindheit, der sekundäre Krankheitsgewinn (z. B. Schonung und stärkere elterliche Zuwendung bei Krankheit) oder auch tatsächliche lebensbedrohliche, traumatisierende Erkrankungen/Erlebnisse in der Kindheit und die Erfahrung von mangelnder Bindung zu Erziehungspersonen. In der HIV/STI-Beratung können wir diese Themen kaum bearbeiten, die Auflistung zeigt jedoch, dass die betroffenen Menschen aus einer Not heraus handeln, die oft eine lange Geschichte hat.

Wenig hilfreich

„Der Antikörpertest ist zu 99,6 % genau.“

„Ich mache das schon seit 20 Jahren. Ich habe noch nie erlebt, dass ein negativer Test außerhalb des Zeitfensters positiv wurde.“

- Diese Antworten, die eigentlich beruhigen sollen, können das Unbehagen verstärken. Die 0,4 %-ige Ungenauigkeit, die Grenzen deiner Erfahrung oder Details (z. B. über den PCR-Test) können zum nächsten Objekt der Aufmerksamkeit werden und die Angst verstärken.

„Wir können nicht einfach so öffentliche Mittel verbrauchen ...“

- Dies kann den Kunden dazu veranlassen, eine Zahlung für weitere Tests anzubieten. Mit jedem weiteren Test vermeidet der*die Klient*in die Beschäftigung mit den symbolischen „Risiken“ und kann die Ängste nicht abbauen.

Eher hilfreich

„Bei manchen Menschen kann ein negatives Ergebnis zu einer vorübergehenden Erleichterung führen, aber die Angst kann wiederkommen ...“

- Vorübergehende Erleichterung kann ein Zeichen dafür sein, dass das zugrundeliegende Problem nicht gelöst wurde. Ermutige die ratsuchende Person, sich mit eurer Beratungsstelle oder entsprechenden Fachleuten in Verbindung zu setzen, wenn die Angst zurückkehrt. (Hier ist es sehr hilfreich, wenn du in der Beratungssituation auf Adressen, z. B. von geeigneten Psychotherapeut*innen oder auf Angsterkrankung spezialisierten Beratungsstellen/Selbsthilfegruppen, zurückgreifen kannst.)
- Nutze diese Gelegenheit, um mit der ratsuchenden Person eine Vereinbarung – z. B. über eine Einschränkung von Internetnutzung (zur Symptomabklärung), die Inanspruchnahme von Beratungshotlines, Onlineberatungen oder das Aufsuchen von Teststellen – abzuschließen.

„Das Ergebnis ist also negativ, aber deine Angst hat sich nicht gelegt. Was bedeutet das für dich?“

- Kann dazu beitragen, Faktoren (z. B. Emotionen auf der symbolischen Ebene) anzusprechen, die es schwierig machen, dem Test zu vertrauen.

3. Dahinterliegende Themen und die Angst ansprechen

Höre zu und nimm die Hinweise der Klient*innen auf. Klingt das, was sie sagen, wie ein Urteil oder starke Selbstkritik? Werden Schuldgefühle, Bedauern oder Scham sichtbar? Klient*innen erwarten oft (möglicherweise unbewusst) eine Strafe oder Konsequenzen. (Der Wunsch nach einem HIV-Test könnte auch so etwas wie den Versuch einer „Absolution“ für ein Fehlverhalten darstellen.)

Diese Gefühle stehen oft in direktem Zusammenhang mit einem „Risiko“-Ereignis, manchmal ruft ein „Risiko“-Ereignis aber auch ungelöste Situationen aus dem früheren Leben hervor.

Leite ein Gespräch über diese Situationen ein, indem du spiegelst, was du von dem*der Klient*in hörst und beobachtest. Strebe kein bestimmtes Ergebnis an, sondern weise dem*der Klient*in nur die Richtung und gehe dann in seinem*ihrem Tempo weiter. Achte auf deine eigenen Grenzen und die des*der Klient*in. Bedränge sie*ihn nicht.

In der HIV/STI-Beratung können tieferliegenden Themen in der Regel nicht ausreichend bearbeitet werden. Möglich ist jedoch, sie zu benennen und mit dem*der Klient*in über Wege zu sprechen, wo sie bearbeitet werden könnten.

Eine weitere Möglichkeit ist, sich mit der ratsuchenden Person über das Phänomen „Angst/Ängstlichkeit“ eher allgemein auszutauschen. Wir versuchen dann herauszufinden, welche Strategien der*die Klient*in schon kennt, um das Ausmaß der Angst/Ängstlichkeit zu reduzieren. Ohne auf den Inhalt der Angst oder dahinterliegende Themen einzugehen, können Fragen helfen, die den Fokus auf angstfreie Momente am Tag oder in der Woche lenken.

- Was hat dir in der Vergangenheit geholfen, wenn du ängstlich warst? (Variante: Was hat dir in der Vergangenheit zumindest ein klein wenig geholfen, wenn du ängstlich warst?)
- Wann ist die Angst besonders groß? Wann ist sie weniger vorhanden?
- Was war an den Tagen anders, an denen die Angst kleiner war?

Wenig hilfreich

„Jeder macht Fehler.“

„Sag nicht, dass du dumm bist, du bist nicht dumm!“

- Das soll zwar beruhigen, führt aber dazu, dass das Gespräch über die Ängste abbricht.

„Ja, was du getan hast, war zwar ziemlich blöd, aber es war nichts Riskantes!“

„Diesmal hast du Glück gehabt. Sei dankbar, dass der Test negativ ist!“

- Der*die Berater*in verlässt seine*ihre Rolle und fängt an zu bewerten, dies kann zu Schuldgefühlen der ratsuchenden Person beitragen.

„Hörst du mir überhaupt zu? Wir haben das schon dreimal durchgekaut!“

- Klient*innen zu zurechtzuweisen kann ein Zeichen sein, dass wir bereits verstrickt sind in einem Beratungsprozess. Wir werden ärgerlich, weil es nicht vorangeht, und erleben Ohnmacht, Hilflosigkeit oder Ungeduld. Solche Gefühle sind okay und sehr nachvollziehbar – vor allem, wenn Ratsuchende uns doch so „uneinsichtig“ erscheinen. Wir sollten allerdings vermeiden, unseren Ärger darüber, dass die Beratung nicht so läuft, wie wir uns das wünschen, über aggressive Kommentare auszuagieren. Der*die Klient*in fühlt sich in der Folge abgelehnt und die Beratungssituation kann kippen. Besser ist es, bei eigener Überforderung die Antworten knapp und sachlich zu halten und das Gespräch dann zu beenden. „Ich habe alles gesagt, was ich Ihnen dazu sagen kann ...“

Eher hilfreich

„Kannst du mir mehr über deine Erfahrung erzählen? Was meinst du mit: ‚das war dumm, was ich getan habe‘ ...“?

- Zeigt Interesse und gibt den Gefühlen der ratsuchenden Person einen Raum.

„Wann hast du angefangen, dich so ängstlich zu fühlen?“

„Warst du nach dem letzten negativen Testergebnis so ängstlich wie dieses Mal? Wenn nicht, was ist dieses Mal anders?“

„Wann ist deine Angst am größten/intensivsten? Was ist anders, wenn die Angst nicht so groß ist?“

„Wann im Alltag ist die Angst besonders groß? Was trägt neben den Symptomen noch zu deiner Angst bei?“

- Mitunter gibt es „Trigger“, die Angst vor HIV oder anderen STIs fördern, aber gar nichts mit HIV oder Sexualität zu tun haben, z. B. berufliche Überforderung oder unbewältigte soziale Konflikte. Ein Blick auf diese Themen kann eventuell helfen, Verbindungen zwischen Lebensgestaltung und Angsterleben herzustellen.

„Wie wirkt sich diese Angst auf deine Beziehungen aus?“

- Dies kann ein Einstieg in ein Gespräch sein, in dem es um die Angst geht. Es kann den Kontext der Angst erhellen und Klient*innen dabei helfen, sich zu öffnen und für sie schwierige Themen zu besprechen.

4. Ideen zur Angstbewältigung entwickeln

Bei Menschen mit überstarken HIV/STI-bezogenen Ängsten können sich diese Angstgefühle in verschiedenen Verhaltensweisen äußern. Einige Menschen wiederholen den Test mehrfach, recherchieren zwanghaft im Internet oder rufen immer wieder unterschiedliche Aidshilfen mit derselben Frage an. Dieses Sicherheitsverhalten ist typisch für hypochondrische Störungen, bringt aber nur kurzfristige Erleichterung und löst die Angst nicht nachhaltig.

Sich gedanklich von den möglichen Konsequenzen einer Erkrankung zu distanzieren, fällt diesen Personen schwer. Manche Menschen vermeiden Sex ganz oder teilweise bzw. erleben Sex nur unter Drogen, da diese auch Angst reduzieren können. Andere Menschen vermeiden geradezu jeglichen Gedanken an eine mögliche Infektion und suchen kein Testangebot auf, obwohl es möglicherweise sinnvoll wäre.

Ideen zur Angstbewältigung können die HIV-Beratung in einer sinnvollen Art erweitern. Die ratsuchende Person sollte bei der Suche nach Möglichkeiten der Angstbewältigung aktiv einbezogen und empowert werden. Indem der*die Klient*in sich nicht auf sein*ihr Angstverhalten konzentriert (z. B. das Anrufen von Hotlines, das Surfen im Internet nach HIV-Symptomen, das wiederholte Testen usw.), kann er*sie seine*ihre Energie auf die Ursache der Angst und/oder deren Lösung umlenken.

Dieser Schritt ist erst möglich, nachdem die ratsuchende Person zugestimmt hat, dass sie sich mit deiner Hilfe mit den Ängsten und den damit verbundenen Gefühlen auseinandersetzen möchte. Die Bereitschaft, sich für einen Moment primär mit der Angst zu beschäftigen, ist ein notwendiger Distanzierungsschritt zu den dysfunktionalen Gedanken über mögliche HIV-Risikosituationen.

Wenig hilfreich

„Du musst über die Ängste hinwegkommen!“

- Klient*innen müssen prinzipiell nichts. Ein solcher Satz kann als platt empfunden werden und lädt nicht dazu ein, eine Lösung zu finden.

„Ich habe dir schon so viele Lösungen genannt und weiß langsam nicht mehr, was ich dir noch sagen soll ...“

- Das kann ein authentisches Gefühl sein und möglicherweise erlebst du gerade dieselbe Ohnmacht, die dein*e Klient*in auch sehr gut kennt. (*Konkordante Gegenübertragung*). Wenn du diese Empfindung zum Anlass nimmst, über das Thema Hilflosigkeit zu sprechen, könnte es den Beratungsprozess voranbringen. Formulierst du den Satz allerdings wie oben, zeigt dies, dass deine Vorschläge möglicherweise unverständlich oder unrealistisch für die ratsuchende Person waren und die Beratungseinheit findet dadurch ein Ende.

Eher hilfreich

„Es kann verlockend sein, ... [das Angstverhalten, z. B. noch mal Testen] zu wiederholen. Aber ... [das von dem*der Klient*in genannte Verhalten] scheint deine Angst nicht nachhaltig zu lindern. Was denkst du dazu?“

„Wenn du dich sehr ängstlich fühlst oder einen starken Drang verspürst, ... [das Angstverhalten] zu wiederholen, beobachte, was dies verursacht. Bist du dabei allein? Wie spät ist es? Was gibt es in deiner Umgebung?“

- Du kannst der ratsuchenden Person helfen, ihr eigenes Angstverhalten zu studieren und darauf einzuwirken. Mit der Zeit kann sie so lernen, die Quellen und Trigger ihrer Angst zu identifizieren.

„Ist es möglich, dieses angstverstärkende Verhalten einzuschränken oder zu reduzieren? Was ist im Moment für dich realistisch?“

„Was hilft dir generell, dich in Phasen der Angst besser zu fühlen?“

- Möglicherweise gibt es Erfahrungen mit Entspannungsmethoden, Gesprächen mit Freund*innen oder Sport, auf die der*die Klient*in zurückgreifen kann. Die Erfahrung, dass es möglich ist, Angst zu reduzieren, ohne auf irrationales Testen zurückzugreifen, kann die Selbstwirksamkeit von Klient*innen erhöhen.

5. Wiederholtes Testen kritisch hinterfragen

Wiederholtes Testen geht nicht auf die zugrundeliegenden Ängste von Menschen ein: die irrationalen HIV-Ängste. Vielmehr kann es den Kreislauf der Angst verstärken.

Bei vielen Menschen lindert das Testen die Angst nur vorübergehend, wenn überhaupt. Unnötige Tests können stattdessen sogar die Vorstellung verstärken, dass es tatsächlich ein Risiko oder einen Grund für einen Test gebe.

Trotzdem kann es mitunter Sinn machen, einen Test durchzuführen, auch wenn die geschilderte Situation dies nicht unbedingt rechtfertigt: zum Beispiel, um die Ängste des*der Klient*in etwas zu lindern, sodass er*sie sich besser auf dich einlassen kann und offen für den weiteren Beratungsverlauf ist.



Wenig hilfreich

„Wir werden Sie heute nicht testen.“

- Wenn die Entscheidung, nicht zu testen, bei dem*der Berater*in liegt und sich die ratsuchende Person dagegen wehrt, entsteht eine asymmetrische Belastungssituation; in der Regel ist für Klient*innen so keine Lernerfahrung möglich.

„OK, wir werden Sie ein letztes Mal testen, aber nur noch einmal.“

- Testen, um Klient*innen zu beruhigen, ist keine nachhaltige Strategie. Manchmal tun wir dies, weil wir jemanden nicht mehr aushalten können – die dysfunktionale Verhaltensspirale wird dadurch jedoch nicht verändert. (Gleichwohl kann es trotzdem auch okay sein, einen Test nochmals durchzuführen. Es sollte dann aber eine bewusste Entscheidung unter Berücksichtigung der Angstdynamik sein.)



Eher hilfreich

„In der Vergangenheit haben Sie vielleicht festgestellt, dass Tests Ihre Ängste kurzzeitig lindern, aber dann kommen die Ängste wieder. Wenn es einen anderen Weg gäbe, diese Sorgen zu lösen, hätten Sie Interesse daran, ihn zu erkunden?“

- Die Identifizierung des Angstzyklus des*der Klient*in hilft ihm*ihr, Einsicht in seine*ihre Erfahrungen zu gewinnen; und ermutigt zu alternativen Handlungen, welche die Angst nachhaltig reduzieren können.

Ein möglicher erster Schritt zur Distanzierung von den eigenen Ängsten könnte das Aufschieben des Sicherheitsverhaltens – im konkreten Fall also des häufigen Testens – sein.

Besser als ständiges Testen auf Grund eines Ereignisses, das kein wirkliches Risiko darstellt, ist ein festgelegtes Testintervall (z. B. zweimal jährlich). Sollte eine HIV-Übertragung stattgefunden haben, würde ein Zeitraum von sechs Monaten immer noch ausreichen, um eine wirkungsvolle ART zu starten.

Wenn du von Tests abraten willst ...

Fasse das (fehlende) Risiko, die Angstmuster, die Testergebnisse und andere Umstände des*der Klient*in zusammen:

„Ich schlage vor, dass wir heute keinen Test machen. Und stattdessen machen wir einen Plan, um Ihre Angst zu bekämpfen, denn das scheint das dringendste Problem zu sein.“

„Was hältst du davon, dich heute nicht testen zu lassen?“

- Um als Strategie wirksam zu sein, muss der Verzicht auf den Test eine Entscheidung des*der Klient*in oder zumindest eine gemeinsame Anstrengung sein. Die Entscheidung, nicht zu testen, sollte Klient*in und Berater*in verbinden, anstatt sie in eine Konfrontation zu führen.

„Wir können einen Test durchführen; nicht, weil Sie ein tatsächliches Risiko haben, sondern weil ich sehe, wie Ihre Ängste unserem Gespräch in die Quere kommen werden.“

- Hier wird das Testen als eine Möglichkeit angeboten, eine Verbindung mit dem*der Klient*in aufzunehmen. Wenn die ratsuchende Person sehr ängstlich ist, kann die Durchführung des Tests die Angst soweit deeskalieren, dass sie sich auf die Erforschung der Ursachen einlassen kann.

6. Bewusste Gestaltung von Pre- und Posttestberatung

Der Abschluss eines Beratungsgesprächs sollte bewusst gestaltet werden und folgt dabei in der Pretestberatung diesen Schritten:

1. Zusammenfassen der Einschätzung des Übertragungsrisikos
2. Zusammenfassen der im Beratungsgespräch (vor allem von dem*der Klient*in) erkannten Hintergründe der Ängste sowie der Möglichkeiten, diese zu beeinflussen
3. Empfehlung für oder gegen den Test

Auch die Posttestberatung sollte bewusst gestaltet werden. Auch wenn in vielen Testeinrichtungen negative Testergebnisse mittlerweile eher kurz, zum Teil auch online, vermittelt werden, sollte bei sehr ängstlichen Klient*innen überlegt werden, der Ergebnismitteilung ausreichend Raum zu geben. Denn das Gespräch bietet die Möglichkeit, die Bedeutung des Testergebnisses noch einmal zu reflektieren.

Der Aufbau einer Posttestberatung von ängstlichen Klient*innen kann folgenden Aufbau haben:

1. Mitteilung des Testergebnisses
2. Beantwortung von Fragen
3. Kurzes Erinnern der Gesprächsinhalte aus der Pretestberatung, zum Beispiel der Erkenntnisse zur Angstthematik oder der dahinterliegenden Themen
4. Informationen über Unterstützung und Therapiemöglichkeiten (z. B. Paarberatung, lebensweltorientierte Sexualberatung, Psychotherapie, Selbsthilfegruppen)

Wenig hilfreich

„Ich hoffe, dass Sie nun davon überzeugt sind, HIV-negativ zu sein ...“

*„Wenn Sie das nicht beruhigt, sollten Sie vielleicht eine*n Therapeut*in/Psychiater*in aufsuchen. Wir können Ihnen nicht helfen.“*

- Solche Hinweise sind direktiv und kommen nicht aus der Perspektive des*der Klient*in.

Eher hilfreich

„Welche Dinge haben in der Vergangenheit solche Ängste bei dir ausgelöst und wie bist du damit umgegangen?“

- Dies hilft der ratsuchenden Person, auf Erfahrungen aufzubauen, indem eigene Stärken hervorgehoben werden.

„Du hast während deines Kampfes mit der Angst viel durchgemacht. Was hast du für dich gelernt? Fällt dir etwas ein, das du aus dieser Zeit in Erinnerung behalten möchtest?“

- Diese Fragen fördern einen Abschluss des Beratungsanlasses. Abschlüsse sind wichtig, weil sie die Erfahrung der ratsuchenden Person anerkennen und einen Zeitpunkt für die Veränderung markieren.

7. Umgang mit Bemerkungen, die dich triggern

Manchmal verletzen uns Klient*innen oder lösen etwas aus, das uns emotional beschäftigt.

Häufige Auslöser sind:

- Abfällige Bemerkungen über Menschen, die mit HIV leben oder Gruppen, die gemeinhin mit HIV in Verbindung gebracht und/oder diskriminiert werden
- Deine Kompetenz oder die Arbeit deiner Organisation wird in Frage gestellt.
- Enthüllungen über Missbrauch, Betrug oder aggressives Verhalten
- Das Beratungsthema ist sehr nah an einem emotional besetzten Thema, mit dem sich auch die*der Berater*in persönlich beschäftigt.

Lasse nicht zu, dass deine Trigger das Gespräch dominieren. Achte darauf, ob du in der Lage bist, die Beratung auf eine faire, nicht wertende und klient*innenzentrierte Weise fortzusetzen. Wenn ja, mache weiter. Wenn nicht, wende vorher eingeübte Bewältigungsstrategien an:

Beispiele:

- tief durchatmen, auf den eigenen Atem konzentrieren
- das Gespräch unterbrechen, ggf. den Raum kurz verlassen, um z. B. ein Glas Wasser zu holen
- Verstörung ansprechen
- Kolleg*innen um Rat bitten



Wenig hilfreich

„Aids ist keine Strafe!“

„Was du gesagt hast, ist wirklich homophob!“

„Nun, ich gehöre zu der sozialen Gruppe, die Sie gerade schlechtgeredet haben!“

*„Du **musst** aufhören, das zu sagen.“*

- Wenn du wütend, abweisend oder argumentativ wirst, verschiebt sich der Fokus auf ein abstraktes Problem, zum Beispiel eine politische Haltung, statt die Voreingenommenheit des*der Klient*in als Teil seiner*ihrer Angst anzuerkennen. Konzentriere dich auf die Gefühle, die hinter der Aussage stehen, und nicht auf deren Wahrhaftigkeit oder Fairness.

„Sie sollten Ihrem Partner sagen, dass Sie ihn betrogen haben. Das ist das Richtige.“

- Sei vorsichtig, wenn du merkst, dass du deine eigene Agenda durchsetzen willst.



Eher hilfreich

„Was würde es für dich bedeuten, HIV zu bekommen?“

„Wenn du so über [eine bestimmte Gruppe von Menschen] denkst, wie fühlst du dich dann, wenn du Sex mit ihnen hast?“

- Kann das Verständnis des*der Berater*in für die Weltanschauung der ratsuchenden Person stärken, um mehr zu verstehen, auf was die Ängste der ratsuchenden Person gründen.

„Können wir während dieser Sitzung das Wort anstelle von [Begriff, den du ablehnst] verwenden? Das würde mir helfen, dich besser zu verstehen und mit dir im Kontakt zu bleiben.“

- Eine Möglichkeit, Grenzen für das Beratungsgespräch zu setzen.

„Welche Auswirkungen hat es für dich/euch, wenn du deine Außenbeziehung deinem Partner verschweigst?“

- Du versuchst, den*die Klienten*in zu verstehen, anstatt ihm*ihr deine Version der Moral aufzuzwingen.

Strategien nach dem Beratungsgespräch

- Sprich mit anderen Berater*innen über das, was du erlebt hast. Nutze die Möglichkeit zur kollegialen Beratung, Intervention oder Supervision.
- Erwarte nicht zu viel von dir: Du bist nicht für die Lösung der Probleme des*der Klient*in verantwortlich, sondern kannst nur Begleiter*in und Unterstützer*in sein.
- Sei freundlich mit dir, wenn du das Gefühl hast, dass du nicht so effektiv warst, wie du es gerne gewesen wärst.
- Überlege, was du gelernt hast und woran du noch arbeiten kannst.
- Als Berater*in gehört es zu deinem professionellen Handeln, anderen auch deine Grenzen aufzuzeigen. Wenn dir das manchmal schwer fällt, lobe dich ruhig dafür, dass du etwas Schwieriges geschafft hast.

8. Selbstfürsorge für Berater*innen

Menschen dabei zu helfen, emotionale Schmerzen, Schuldgefühle, Selbstwürfe und Beziehungsschwierigkeiten zu erkennen und zu untersuchen, kann Berater*innen stark fordern und eigene Themen berühren. Aus diesem Grund ist es wichtig, eigene Grenzen zu akzeptieren und hilfreiche Methoden zu kennen, um sich wieder ins Gleichgewicht zu bringen.

Selbstfürsorge bedeutet für jede*n etwas Anderes, sie kann eine Reihe von Aktivitäten umfassen, die ein „Ausbrennen“ verhindern sowie das geistige und körperliche Wohlbefinden verbessern. Auch effektivere Beratungsstrategien können Teil der Selbstfürsorge sein – sie helfen Berater*innen, schwierige Interaktionen leichter zu bewältigen.

Schutz vor Burn-Out und Überlastung liegt aber nicht nur in der Verantwortung der einzelnen Berater*innen. Jede Arbeitsstelle muss die Gesundheit der Menschen, die für sie arbeiten, schützen. Deshalb sollten Ressourcen zur Verfügung gestellt werden, die die kollegiale Unterstützung fördern. Dies kann z. B. durch Angebote von Intervention, Supervision und kontinuierlicher Weiterbildung verwirklicht werden.

Zudem kann es helfen, sich mit Kolleg*innen zusammzusetzen und Stressoren zu benennen, die das Team neben der Klient*innenarbeit zusätzlich belasten. In dem Zusammenhang kann überprüft werden, wie es um gesundheitsförderliche Strukturen steht, z. B.

Rückzugsorte nach der Klient*innenarbeit oder eine förderliche Struktur des Beratungsangebotes (zwei Kolleg*innen vor Ort, falls eine Beratung einmal schwierig wird), für das Team verbindliche Leitlinien für den Umgang mit besonders fordernden Klient*innen etc.

Hilfreiche Strategien

- Achte auf deine Gefühle und nimm negative Gefühle ernst. Sie können eine hilfreiche Informationsquelle sein und dir helfen, deine Grenzen zu spüren oder das Anliegen deines*deiner Klient*in besser zu verstehen.
- Sorge nach einem intensiven Klient*innengespräch für dich. Tausche dich mit Kolleg*innen aus, trinke etwas oder verschaffe dir etwas Bewegung. Tue das, was dir guttut und – wenn möglich – mache eine Pause, bevor du mit dem*der nächsten Klient*in in den Kontakt gehst. Manchen hilft es auch, sich Notizen zu den eigenen Gefühlen zu machen – und so Klarheit über das eigene Befinden zu bekommen, um dann auch wieder Abstand zu entwickeln.
- Nach einem anstrengenden Dienst kann es hilfreich sein, sich über Sport, Kontakt mit guten Freund*innen oder anderen schönen Erfahrungen wieder mit sich selbst und positiven Aspekten der Welt zu verbinden.
- Menschen in helfenden Berufen haben ein deutlich erhöhtes Risiko für ein Burn-Out. Achte auf Anzeichen von beruflichem Burn-Out bei dir selbst oder Kolleg*innen:
 - Zunehmend zynisch, kritisch, wütend oder reizbar zu sein

- Energieverlust und das Gefühl verspüren, vor unüberwindbaren Hindernissen zu stehen
- Verlust der Fähigkeit, Freude am Leben und an der Arbeit zu haben
- Wende dich an deine Teamleitung/ deine*n Vorgesetzte*n, wenn du merkst, dass dich die Arbeit immer stärker belastet und scheue dich nicht, professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen.

9. Professionell weiterverweisen

Ob in einer Psychotherapie, Paarberatung oder Selbsthilfegruppe: Über die eigenen Ängste und Bedürfnisse zu sprechen stellt eine wirksame Möglichkeit dar, Ängste abzubauen und eine größere Selbstsicherheit zu erlangen.

Obwohl die Wirksamkeit von Psychotherapie und Selbsthilfe bei psychischen Gesundheitsbeeinträchtigung vielfach belegt ist, fällt es vielen (auch Professionellen) nicht leicht, Klient*innen direkt drauf anzusprechen. Mitunter besteht die Sorge, dem Gegenüber mit diesem Thema zu nahe zu treten. Die meisten Menschen erleben es jedoch sehr positiv, wenn ihre psychische Not als solche gesehen wird und sie auf professionelle Hilfsmöglichkeiten respektvoll angesprochen werden. Je selbstverständlicher wir über Angebote, wie einer Psychotherapie oder Selbsthilfegruppe sprechen, desto eher nehmen es ratsuchende Menschen an.

Psychotherapie

Bei rechtzeitiger Behandlung können Menschen mit einer hypochondrischen Störung oder Angsterkrankung von einer Psychotherapie im hohen Maße profitieren. In einer Kurzberatung in der Aidshilfe können die verschiedenen Wege zu einer Psychotherapie dargestellt werden. Klient*innen sollten im Gespräch motiviert werden, nicht gleich die „Flinte ins Korn“ zu werfen, wenn sie nach ein oder zwei Anrufen noch keinen Therapieplatz gefunden haben. Da ambulante Psychotherapeut*innen oft keine freien Plätze haben, muss etwas Wartezeit eingeplant werden. Zudem ist Psychotherapie etwas sehr Persönliches, nicht jede*r Therapeut*in passt zu jeder*m Klient*in.

Die Kassenärztlichen Vereinigungen können über ihre Terminservicestellen bei der Suche nach freien Therapieplätzen helfen. Sie sind verpflichtet, einen Sprechstundentermin für ein Erstgespräch innerhalb von vier Wochen zu organisieren. Die Terminservicestellen sind bundesweit über die Rufnummer 116117 erreichbar. Einige bieten auch Terminvermittlung über das Internet an. Ein bundesweiten Überblick findest du unter ► <https://www.krankenkassen.de/gesundheit/terminservicestelle/>

Wenn es nicht möglich ist, in einer Region ein*n Psychotherapeut*in zu finden, besteht die Möglichkeit, eine Psychotherapie im Kostenerstattungsverfahren bei einem*r Psychotherapeut*in ohne Kassenzulassung aufzunehmen. Dieser Anspruch ist in § 13 Absatz 3 SGB V gesetzlich geregelt. Allerdings ist es nötig nachzuweisen, dass mensch

mehrere Ablehnungen von Psychotherapeut*innen bekommen hat bzw. die Terminservicestellen nicht weiterhelfen konnten. Die Krankenkasse muss diesem Vorgehen vor Aufnahme der Therapie gesondert zustimmen.

Eine Beschreibung des Verfahrens findet sich in einem Faltblatt der Deutschen Psychotherapeuten Vereinigung (https://www.dptv.de/fileadmin/Redaktion/Bilder_und_Dokumente/Wissensdatenbank_oeffentlich/Broschuere/DPTV-Faltblatt_Kosten.pdf) sowie unter www.therapie.de

Selbsthilfegruppen

Selbsthilfegruppen können in vielen Bereichen Unterstützung bieten. Leider gibt es nur wenige Selbsthilfeangebote für Menschen mit krankheitsbezogenen Ängsten. Mitunter kann es hilfreich sein, Klient*innen auf Angst-Selbsthilfegruppen zu verweisen, wenn es diese in der Region gibt. Suchmaschinen für Selbsthilfegruppen finden sich u. a. hier:

NAKOS:

► <https://www.nakos.de/adressen/datenbanksuche/>

Bundesverband der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen e. V. unter:

► <https://www.bapk.de/angebote/selbsthilfenetz-psychiatrie.html>

Die Deutsche Angst-Hilfe:

► <https://www.angstselbsthilfe.de/angebote/dash-gruppensuche/>

Weitere Online Gruppen:

► <https://digitale-selbsthilfe.de/finden/datenbank-digitale-selbsthilfe-gruppen/>

Paarberatung

Wenn Menschen einen HIV oder STI-Test wünschen, tauchen nicht selten Beziehungsthemen in der Beratung auf. Diese können einzeln oder – meist besser – mit den Partner*innen gemeinsam angegangen werden. Aidshilfe-Berater*innen sollten die Adressen von Paarberatungsstellen vorrätig halten bzw. wissen, auf wen sie innerhalb ihrer eigenen Einrichtung verweisen können.

Sexualberatung

Sexualberatung ist keine Kassenleistung und muss in der Regel selbst bezahlt werden. Sie wird durch freiberuflich tätige Sexualtherapeut*innen angeboten in Beratungseinrichtungen wie ProFamilia. Auch die Deutsche Aidshilfe bildet seit 2023 Berater*innen in Sexualberatung aus. Diese werden im Besonderen darin geschult, Menschen zu beraten, die Sexualität außerhalb der Norm leben. Mehr Informationen dazu unter: www.aidshilfe.de/Sexualberatung

WAS IST WAS?

Hypochondrie

(Überzeugung, krank zu sein)

Phobische Störungen

(z. B. Angst vor einer Ansteckung trotz Safer Sex)

Zwangshandlungen

(Beruhigung der Angst durch z. B. Rituale oder Wiederholungen)

In der aktuell gültigen International Classification of Diseases (ICD-10) werden Zustände, bei denen Menschen unter Angst vor körperlichen Erkrankungen leiden, unter folgenden Kategorien psychischer Störungen gefasst:

F45 Somatoforme Störungen

Das Charakteristikum ist die wiederholte Darbietung körperlicher Symptome in Verbindung mit hartnäckigen Forderungen nach medizinischen Untersuchungen trotz wiederholter negativer Ergebnisse und Versicherung der Ärzt*innen, dass die Symptome nicht körperlich begründbar sind. Wenn somatische Störungen vorhanden sind, erklären sie nicht die Art und das Ausmaß der Symptome, das Leiden und die innerliche Beteiligung des*der Patient*in.

F45.2 Hypochondrische Störung

Vorherrschendes Kennzeichen ist eine beharrliche Beschäftigung mit der Möglichkeit, an einer oder mehreren schweren und fortschreitenden körperlichen Krankheiten zu leiden. Die

Patient*innen manifestieren anhaltende körperliche Beschwerden oder anhaltende Beschäftigung mit ihren körperlichen Phänomenen. Normale oder allgemeine Körperwahrnehmungen und Symptome werden von den betreffenden Patient*innen oft als abnorm und belastend interpretiert und die Aufmerksamkeit meist auf nur ein oder zwei Organe oder Organsysteme des Körpers fokussiert.

Depression und Angst finden sich häufig und können dann zusätzliche Diagnosen rechtfertigen

Bei der hypochondrischen Störung meinen die betroffenen Personen, bereits erkrankt zu sein, also z. B. Aids oder eine HIV-Infektion erworben zu haben. Eine besondere Form der hypochondrischen Störung ist die HIV-Phobie, bei der die Angst vor der Ansteckung im Vordergrund steht. Einige Fachleute, aber nicht alle, würden die HIV-Phobie eher im Bereich der Angsterkrankungen sehen.

F40.– Phobische Störungen

Eine Gruppe von Störungen, bei der Angst ausschließlich oder überwiegend durch eindeutig definierte, eigentlich ungefährliche Situationen hervorgerufen wird. In der Folge werden diese Situationen typischerweise vermieden oder mit Furcht ertragen. Die Befürchtungen der Patient*innen können sich auf Einzelsymptome wie Herzklopfen oder Schwächegefühl beziehen, treten aber häufig gemeinsam mit sekundären Ängsten auf – etwa vor dem Sterben, Kontrollverlust oder dem Gefühl, wahnsinnig zu werden. Allein die Vorstellung, dass die phobische Situation eintreten

könnte, erzeugt meist schon Erwartungsangst. Phobische Angst tritt häufig gleichzeitig mit Depression auf. Ob zwei Diagnosen, phobische Störung und depressive Episode, erforderlich für diese Diagnose sind, richtet sich nach dem zeitlichen Verlauf beider Zustandsbilder und nach therapeutischen Erwägungen zum Zeitpunkt der Konsultation.

Mitunter finden sich bei Klient*innen mit überstarken Ängsten auch Zwangshandlungen, für die die ICD-10 auch eine Klassifikation hat.

F42.1 Vorwiegend Zwangshandlungen [Zwangsrituale]

Die meisten Zwangshandlungen beziehen sich auf Hygiene (besonders Händewaschen), wiederholte Kontrollen, die garantieren, dass sich eine möglicherweise gefährliche Situation nicht entwickeln kann, oder übertriebene Ordnung und Sauberkeit. Diesem Verhalten liegt die Furcht vor einer Gefahr zugrunde, die die Patient*innen bedroht oder von ihnen ausgeht; das Ritual ist ein wirkungsloser oder symbolischer Versuch, diese Gefahr abzuwenden.

Eine Abgrenzung der dargestellten psychischen Störungen ist nicht immer leicht und bedarf auf jeden Fall einer fachärztlichen oder psychotherapeutischen Diagnostik. Eine Ad-Hoc-Diagnostik in der HIV/STI-Beratung („Phobiker“, „Hypochonderin“) ist auf jeden Fall zu unterlassen und kann von Betroffenen schnell als stigmatisierend und abwertend erlebt werden.

Für das beraterische Vorgehen ist eine genaue Unterscheidung zwischen einzelnen psychischen Störungen und Gesundheitsbeeinträchtigungen nicht so relevant. Wichtig für Berater*innen ist vor allem zu erkennen, ob die Sorge vor HIV so groß ist, dass eine klassische, rein auf das Übertragungsrisiko bezogene Beratungs- und Teststrategie nicht (mehr) ausreicht. In diesen Fällen, also bei Menschen mit großen Ängsten bei geringem Risiko, sollte ein Vorgehen gemäß der in den vorherigen Kapiteln dargestellten Beratungsempfehlungen gewählt werden.

Danksagung

Die Texte dieses Kapitels basieren auf der Arbeit eines Teams von kanadischen HIV/STI-Berater*innen, die sich zu einer „High HIV Anxiety No/Low Risk Working Group“ zusammenschlossen.

2024 wurde diese Handreichung grundlegend überarbeitet und enthält nun ergänzende Empfehlungen von Berater*innen aus Aidshilfen sowie Erfahrungen aus unseren Fortbildungen zu HIV-bezogenen Krankheitsängsten.

Quelle: Counselling Guidelines for Clients with High HIV Anxiety and No/Low Risk. High HIV Anxiety No/Low Risk Working Group, Toronto. 2009 und deren Update 2021 (Hassle Free Clinic).
► https://www.catie.ca/sites/default/files/HIVAnx%20counselguide%20051409_0.pdf

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

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

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

Die Genderbread Person: Aspekte der Identität

Die Genderbread Person (Abb. 1) zeigt, dass die sexuelle und geschlechtliche Identität sich aus verschiedenen Aspekten zusammensetzt, die sich unabhängig voneinander entwickeln und ändern können: Die sexuelle Orientierung kann sich ändern, ohne dass das Einfluss auf

die geschlechtliche Identität nimmt. Das bei der Geburt zugewiesene Geschlecht bestimmt nicht, wie eine Person sich identifiziert oder zu wem sie sich romantisch hingezogen fühlt.

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

Hetero- und Cis-Normativität

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

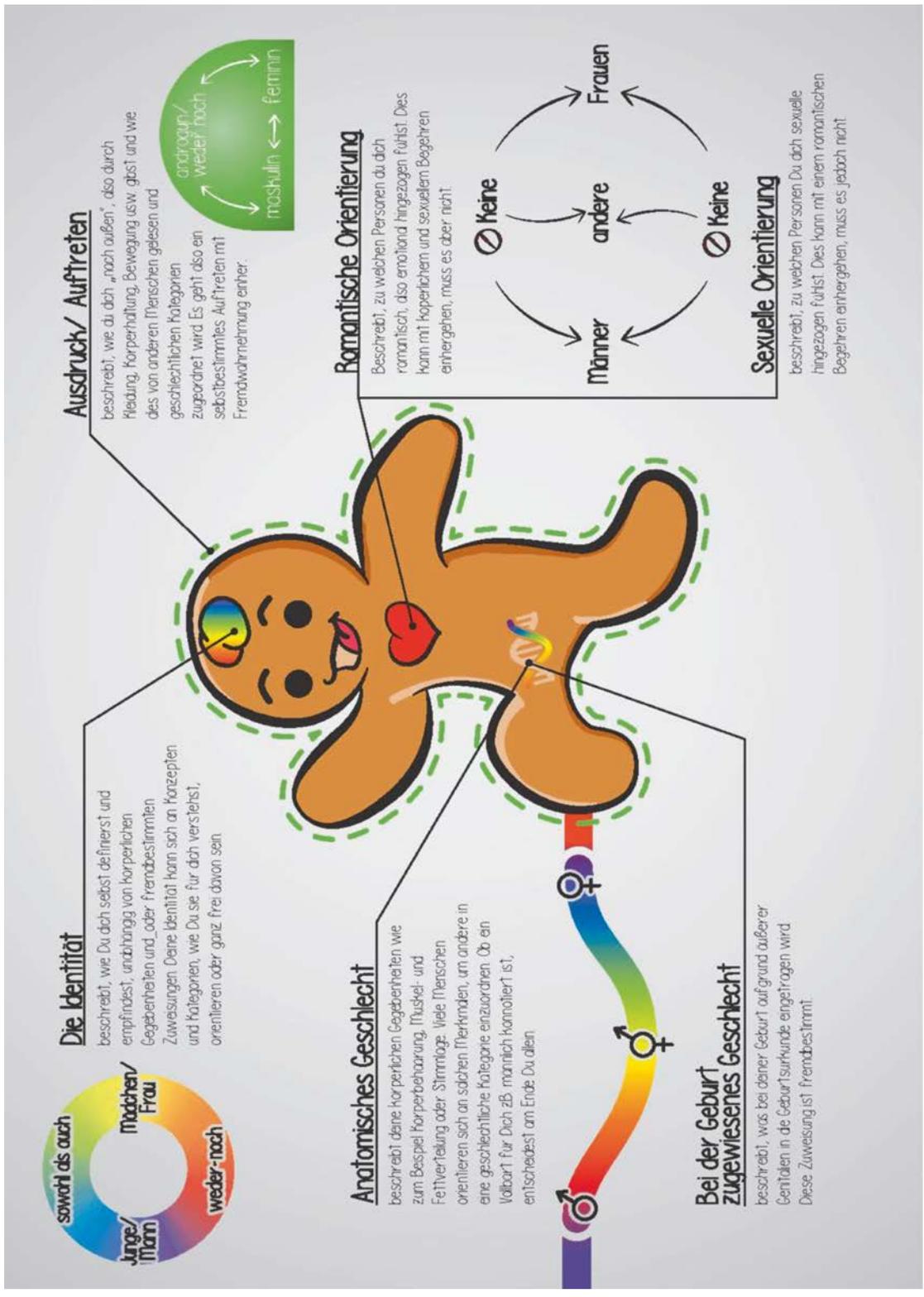


Abb. 1: Luca Siemens unter Verwendung einer Vorlage von Sam Killermann, <https://www.itspronouncedmetrosexual.com/genderbread-person> (creative commons/no copyright).

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

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

Beispielbox

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

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

und können uns mehr auf die ratsuchende Person konzentrieren statt darauf, unsere eigenen Kategorien neu zu sortieren.

Binäres Geschlechtersystem¹

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

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

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

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

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

Cis

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

Trans* und non-binär

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

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

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

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

Geschlechtsinkongruenz und Genderdysphorie/ Körperdysphorie

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

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

Nachfrage statt Vorannahme

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

Beispiel

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

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

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

Beispiel

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

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

Übertragungswege bei Neogenitalien

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

und Schutzmöglichkeiten relevant sein, ob Menschen Neogenitalien haben.

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

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

PrEP

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

Schwangerschaft

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

PEP und HIV-Therapie

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

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

Hormontherapie²

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

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

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

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

Hormontherapien werden in Deutschland von Krankenkassen übernommen.

Wie leben trans* und non-binäre Personen Sexualität?

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

Beispiel

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

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

Begriffe für Genitalien

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

Sensibilität im Beratungssetting

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

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

Transitionswege

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

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

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

Selbstbezeichnungen respektieren

So viel Fremdbestimmung zu erfahren, kann es umso schwerer machen, die eigenen Wünsche auch in Bezug auf

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

Besondere Bedarfe von trans* und non-binären Personen

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

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

Beispiel

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

„männlich“ = Testutensilien für Menschen mit Penis

„weiblich“ = Testutensilien für Menschen mit Vagina.

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

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

Über Körper und Sexualität sprechen

Der Zugang zum eigenen Körper kann durch traumatische Erlebnisse oder Dysphorie erschwert sein. Dysphorie bezeichnet das Unwohlsein, weil die Identität nicht mit dem eigenen Körper oder dessen Außenwahrnehmung übereinstimmt. Das Sprechen über

Körper und Sexualität kann mit negativen Erfahrungen besetzt sein und aus verschiedenen Gründen schwerfallen. Je nachdem, ob eine Person durch Hormoneinnahme und/oder operative Maßnahmen körperliche Angleichungen vorgenommen hat, kann spezifisches Fachwissen nötig sein, um die Möglichkeit von Übertragungswegen richtig einschätzen zu können.

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

Inklusivere Sprache in der Beratung

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

Beispiel

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

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

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

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

Genitalien ≠ Identität

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

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

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

Beispiele für gender-sensible Formulierungen

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

gelistet – neben alternativen Formulierungen, die stattdessen verwendet werden können.

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



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

Empfehlungen für eine gendersensible Beratung

- **Eigene Vorannahmen reflektieren**

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

- **Eigene Sprache reflektieren**

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

- **Authentisch bleiben**

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

- **Ausschreibung von Beratungsangeboten inklusiv gestalten**

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

- **Eigene Pronomen nennen**

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

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

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

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

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

- **Bei Fehlern kurz entschuldigen**

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

- **Kompetenzen kennen**

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

Rückmeldebogen

zur „Infomappe für die Beratung in Aidshilfen“

Bitte kopieren und rücksenden an:

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

- Ich nutze die Infomappe hauptsächlich online
- Ich nutze die Infomappe hauptsächlich als Print-Version

Gesamteindruck (bitte ankreuzen):

Übersichtlich	①	②	③	④	⑤	Unübersichtlich
Informativ	①	②	③	④	⑤	Wenig neue Infos
Nützlich	①	②	③	④	⑤	Überflüssig
Gut verständlich	①	②	③	④	⑤	Unverständlich
Zu kurz	①	②	③	④	⑤	Zu umfangreich
Ansprechend	①	②	③	④	⑤	Wenig ansprechend

Anmerkungen und Anregungen zur Überarbeitung von Text und Gestaltung der Infomappe (evtl. entsprechende Seiten kopieren und mit Anmerkungen versehen):
