

ÄRZTLICHE SEXUALANAMNESE (HIV/STI)

- Diagnostik und Therapie von HIV/STI
- PrEP, PEP und Prävention
- Umgang mit HIV in der Arztpraxis

IMPRESSUM

Deutsche Aidshilfe e. V.
Wilhelmstr. 138, 10963 Berlin
www.aidshilfe.de, dah@aidshilfe.de
Inhaltlich verantwortlich: Silke Eggers,
Steffen Taubert

REDAKTION

Irene Dause
Silke Eggers
Mirja Leibnitz
Armin Schafberger
Holger Sweers
Steffen Taubert

TEXTE

Silke Eggers
Alexander Hahne
jana maria knoop/transinterqueer
Dr. Christoph Mayr
Dr. Dirk Sander
Armin Schafberger MPH
Dipl.-Psych. Steffen Taubert

GESTALTUNG/SATZ

Nora Lorz Design

FOTOS

iStock.com/traveler1116 (Titel)
Renate Chueire/DAH (S.13, 23, 24, 26, 28)

DRUCK

X-Press Grafik & Druck GmbH
2. Auflage, 2020
Bestellnummer: 026122

SPENDEN FÜR DIE DAH

Deutsche Aidshilfe e. V.
IBAN: DE27 1005 0000 0220 2202 20
BIC: BELADEVB33XXX
online: www.aidshilfe.de

Sie können die Deutsche Aidshilfe e. V. (DAH) auch unterstützen, indem Sie Fördermitglied werden. Nähere Informationen finden Sie unter www.aidshilfe.de.

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

Das Projekt »HIV/STI-Prävention und Beratung in der ärztlichen Praxis« wird unterstützt vom Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. (PKV). Die PKV unterstützt seit vielen Jahren die Prävention von HIV und Aids. Neben der Durchführung von Fortbildungen für Ärztinnen und Ärzte fördert sie die Deutsche Aidshilfe e.V. bei der Umsetzung der bundesweiten Onlineberatung www.aidshilfe-beratung.de.



Verband der Privaten
Krankenversicherung

INHALT

Vorwort	05
Gespräche über Sexualität fallen selten leicht.....	06
Sexuelle Orientierung, geschlechtliche Identität und Gesundheit	07
Sexualanamnese.....	12
HIV	15
HIV-Präexpositionsprophylaxe (PrEP)	19
HIV-Postexpositionsprophylaxe (PEP)	22
Syphilis (Lues).....	24
Gonokokken- und Chlamydien-Infektion.....	26
Ablauf der HIV/STI-Diagnostik	27
Empfehlenswerte Schutzimpfungen	28
Umgang mit HIV-Patient_innen in der Arztpraxis	29
Praxis Vielfalt: Gütesiegel für LSBTIQ-freundliche und kultursensible Arztpraxen	30
Gendergerechter Patientenbogen.....	31
Quellenverzeichnis	32
Register	33
Ärztfortbildung »LET'S TALK ABOUT SEX!«/Literatur	34

HINWEIS FÜR DIE LESER_INNEN

Um ein breites Spektrum von Menschen ansprechen zu können, die sich als Männer oder Frauen, zwischen den Geschlechtern oder darüber hinaus identifizieren, bzw. eine Zuordnung verweigern, verwenden wir in dieser Broschüre neben der Nennung der männlichen und weiblichen Form (z. B. Ärztinnen und Ärzte) auch den Unterstrich (z. B. Ärzt_innen).

Außerdem finden sich die Bezeichnungen trans* und inter* (als Adjektiv) oder Trans* und Inter* (als Substantive). Es handelt sich dabei um Oberbegriffe für ein breites Spektrum von Identitäten, Lebensweisen, Konzepten und Körperlichkeiten – auch für Menschen, die sich geschlechtlich nicht verorten (lassen) möchten.

Trans* ist ein Oberbegriff für alle Menschen, deren Geschlechterleben nicht bzw. nicht vollständig und/oder dauerhaft mit der ihnen bei ihrer Geburt zugewiesenen Geschlechtsrolle übereinstimmt.

Inter* steht für Menschen, die mit einem Körper geboren sind, der den binären geschlechtlichen Standards und Normen von Mann und Frau nicht entspricht. Das Sternchen steht für die Vielfalt der mit trans* und inter* ausgedrückten Identitätsaspekte oder -merkmale (z. B. Transgender, transident, intergeschlechtlich).

VORWORT

HIV und andere Geschlechtskrankheiten (sexuell übertragbare Infektionen/sexually transmitted infections, STI) werden oft nicht erkannt, weil Symptome unspezifisch sind oder Sexualität und sexuelle Gesundheit in der Kommunikation zwischen Ärzt_innen und Patient_innen nicht thematisiert werden. Jedes Jahr erkranken in Deutschland noch über 1.000 Menschen an Aids beziehungsweise einem schweren Immundefekt. Die meisten, weil sie nichts von ihrer HIV-Infektion wissen.

Vor allem Frauen, ältere Menschen oder schwule Männer, die sich nicht als solche zu erkennen geben, sind der Gefahr einer späten HIV-Diagnose und damit einer Aids-Erkrankung ausgesetzt. Sie als Ärzt_in können viel dazu beitragen, das zu ändern – vor allem durch Offenheit, Akzeptanz und Respekt für verschiedene Lebensweisen.

In der Anamnese auch über Sexualität zu sprechen hilft herauszufinden, ob und wann ein Test auf HIV oder andere sexuell übertragbare Infektionen angebracht ist. Dies kann entscheidend sein, um spätere leidvolle Krankheitsfolgen zu verhindern. Und das Wissen um typische Marker-Erkrankungen wie zum Beispiel Gürtelrose kann Leben retten.

In dieser Broschüre stellen wir Richtlinien zur Diagnostik und Sexualanamnese vor und beschreiben, wie eine ärztliche Gesprächsführung zu sensiblen Themen wie der Sexualität gelingen kann. »Klinische Steckbriefe« zu HIV/Aids und wichtigen sexuell übertragbaren Infektionen, zum Umgang mit HIV-positiven Patient_innen sowie zu neueren medizinischen Präventionsmethoden (PrEP, »Schutz durch Therapie«) komplettieren das Medium und ermöglichen Ärzt_innen, einen aktuellen und praxisorientierten Überblick zur Thematik zu gewinnen.

Das vorliegende Heft dient als Arbeitshilfe im Fortbildungsprojekt »HIV/STI-Prävention und Beratung in der ärztlichen Praxis« – einer Kooperation zwischen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), der Deutschen AIDS-Gesellschaft (DAIG), der Deutschen Aidshilfe, der Deutschen Arbeitsgemeinschaft niedergelassener Ärzte in der Versorgung HIV-Infizierter (dagnä), der Deutschen STI-Gesellschaft (DSTIG) sowie dem Kompetenznetz HIV/AIDS. Weitere Informationen dazu unter: www.hiv-sti-fortbildung.de.

Kooperationspartner:



GESPRÄCHE ÜBER SEXUALITÄT FALLEN SELTEN LEICHT

Gespräche über Sexualität fallen in den meisten Situationen nicht leicht. Hiervon ist auch die Kommunikation zwischen Ärzt_innen und Patient_innen nicht ausgenommen. Studien belegen jedoch, dass die Mehrzahl der Patient_innen einem Gesprächsangebot zu Fragen der sexuellen Gesundheit positiv gegenüberstehen [1]. Entscheidend für die Akzeptanz einer Sexualanamnese ist, dass der Kontext der Fragen verstehbar ist. Fragen zum Sexualverhalten, zu sexuellen Funktionsstörungen oder zum HIV-Schutzverhalten sollten nie bedrängend gestellt werden, sondern Patient_innen eine Möglichkeit bieten, Probleme oder Sorgen in ihren eigenen Worten und in ihrem Tempo zu erläutern.

Die meisten Patient_innen wünschen aktiv angesprochen zu werden.

In der Regel entstehen Gespräche über Sexualität in der ärztlichen Praxis dann, wenn Patient_innen über spezifische Beschwerden berichten. In einer vertrauensvollen Arzt-Patient-Beziehung können aber durchaus auch ohne konkreten Anlass einige Basisfragen zur sexuellen Gesundheit gestellt werden.

Anlässe, die ein Gespräch über Sexualität ermöglichen:

- ❖ direkt oder indirekt geäußertes Patient_innenwunsch (»Ich wollte mal wegen einer Freundin fragen ...«)
- ❖ Diagnose einer HIV-Infektion oder einer anderen sexuell übertragbaren Infektion (STI = sexually transmitted infection)
- ❖ organische oder psychische Erkrankungen, die Auswirkungen auf die Sexualität haben (z.B. Testosterondefizit, koronare Herzkrankheit, Depression, Suchterkrankung)
- ❖ Medikamente mit unerwünschten Wirkungen, die sich auf die Sexualfunktion auswirken (z.B. Antidepressiva/SSRI, Beta-blocker, bestimmte Antiepileptika).

GESCHLOSSENE ODER OFFENE FRAGEN?

Manche Mediziner_innen wundern sich, warum Gespräche bei ihnen immer so extrem kurz sind und bei anderen länger bzw. intensiver – oder vice versa. Ursache ist oft eine unbewusste Präferenz in der Art, Fragen zu stellen und zuzuhören.

Dabei haben sowohl offene als auch geschlossene Fragen ihren Sinn in der Gesprächsführung, sollten aber bewusst und situativ angepasst eingesetzt werden.

GESCHLOSSENE FRAGEN

Geschlossene Fragen dienen in erster Linie dazu, gezielte Informationen zu gewinnen.

Beispiele:

»Leben Sie in einer Partnerschaft?«

»Gab es außerhalb der Partnerschaft sexuelle Kontakte?«

»Wie viele Partner oder Partnerinnen hatten Sie in den letzten 12 Monaten?«

Vorteil: Informationen können schnell abgerufen werden. Bei einigen sensiblen Themen wirken sie weniger zudringlich als offene Fragen.

Nachteil: Antworten gehen nie über den gebotenen Rahmen hinaus. Menschen fühlen sich oft nicht richtig verstanden und angenommen, wenn geschlossene Fragen hintereinander (»wie Gewehrsalven«) gestellt werden.

OFFENE FRAGEN

Beispiele:

»Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Sexualität?«

»Wie kommen Sie zu der Idee, sich mit HIV infiziert zu haben?« – »Was ist passiert?«

»Was wissen Sie über Schutzmöglichkeiten vor HIV?«

Vorteil: Offene Fragen bieten sich gut für einen Gesprächseinstieg an. Patient_innen können das erzählen, was ihnen am Herzen liegt. Ärzt_innen bekommen Informationen, die sie mit geschlossenen Fragen nicht erhalten hätten. Offene Fragen ermöglichen, Interesse und Zuwendung zu signalisieren.

Nachteil: Antworten können die Gesprächsdauer verlängern, wenn die Befragten häufig abschweifen. Menschen mit geringer Sprachkompetenz können sich überfordert fühlen.

Offene Fragen bieten sich für einen Gesprächseinstieg an.

SEXUELLE ORIENTIERUNG, GESCHLECHTLICHE IDENTITÄT UND GESUNDHEIT

Wie die hier wohl über Schwule und Lesben denken?« oder »Ob ich mich hier oute – oder erst mal lieber nichts sage?«: Solche oder ähnliche Fragen stellen sich Menschen mit nichtheterosexueller Orientierung in sozialen Situationen immer wieder, auch in Arztpraxen und Kliniken. Menschen mit nichtheterosexueller Orientierung, trans*, inter* Personen sowie Menschen, die sich nicht in der Zweigeschlechternorm einordnen, werden in der Literatur oft auch mit dem Kürzel »LGBTIQ« (engl.) oder »LSBTIQ« (dt.) bezeichnet (LSBTIQ = lesbische, schwule, bisexuelle, trans*, inter*, queere Personen).

Homo- oder Bisexualität ist keine Krankheit und deshalb seit über 20 Jahren aus den Klassifikationen für psychiatrische Erkrankungen in der »International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems« (ICD) gestrichen. Auch trans* und inter* Personen erleben ihre geschlechtliche Identität nicht als Krankheit und kämpfen seit Jahren um gesellschaftliche Anerkennung und Entpathologisierung. Anders als Homo- und Bisexualität wird Trans* in der ICD-10 noch immer als »Störung der Geschlechtsidentität« gelistet. In den letzten Jahren haben sich aber auch hier fachliche Meinungen geändert. In der ICD-11 soll die Kategorie »Transsexualität« verschwinden und der mehr phänomenologischen Beschreibung einer »Genderinkongruenz« weichen.

Auch wenn sich gesellschaftlich viel getan hat, gibt es in der Allgemeinbevölkerung nach wie vor Vorurteile, mit denen sich fast jede_r aus der LSBTIQ-Community auseinandersetzen muss. Je nach Lebens-, Arbeits- und Wohnsituation führen solche Vorurteile zu Stigmatisierung und Ausgrenzung. Die Folge sind negative Auswirkungen auf physische und seelische Gesundheit.

Studien zeigen, dass homo- und bisexuell lebende Menschen sowie trans* und inter* Personen häufiger unter Depressionen und anderen psychischen Problemen leiden als die Gesamt-

bevölkerung [2, 3]. Erklärt wird dies mit dem durch Ausgrenzung und Diskriminierung verbundenen »Minority-Stress« [4]. Die Furcht vor Diskriminierung und Abwertung ist ein wesentlicher Grund dafür, dass sich viele im Gesundheitswesen entweder gar nicht »outen« oder nur dann, wenn sie direkt darauf angesprochen werden.

Auf diese Weise werden Chancen für die HIV-Prävention verpasst. Denn HIV und Syphilis kommen überdurchschnittlich häufig bei Männern vor, die Sex mit anderen Männern haben (HIV: etwa 75 % aller Neuinfektionen). Wissen Ärzt_innen hingegen um die sexuelle Orientierung und geschlechtliche Identität, können Sie spezifische Gesundheitsrisiken besser einschätzen und eine risikoadaptierte HIV/STI-Diagnostik durchführen.

Ob sich Patient_innen ihren Ärzt_innen gegenüber »outen«, hängt in hohem Maße davon ab, inwieweit sie ihr Gegenüber als offen und akzeptierend erleben:

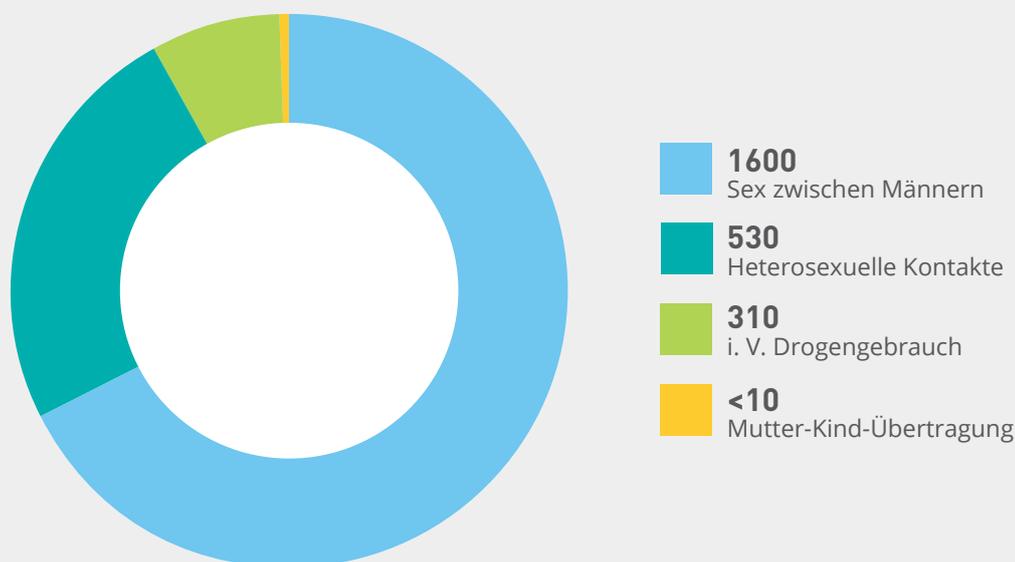
- Hat die Ärztin vielleicht schon einmal etwas Positives über einen offen homosexuell lebenden Schauspieler X gesagt – oder sich im Gegenteil sogar abwertend geäußert?
- Was für Plakate und Broschüren finden sich im Wartezimmer?
- Gibt es vielleicht auf dem Patientenbogen die Möglichkeit, die eigene sexuelle Orientierung oder geschlechtliche Identität anzugeben, oder bilden die Fragen nur die »heterosexuelle Norm« ab?

Erleben Menschen in ärztlicher Behandlung Akzeptanz, ist der wesentliche Schritt für eine Beratung zu Fragen der Sexualität und zu sexuell übertragbaren Infektionen getan.

Ein Beispiel, welche Fragen in einen Patientenbogen eingebaut werden könnten, findet sich auf Seite 31 dieser Broschüre.

»Minority-Stress« durch Erfahrungen von Diskriminierung und Abwertung

HIV NEUINFEKTIONEN 2018 NACH INFEKTIONSWEG (Schätzung des RKI)



Quelle: RKI 2019 [5]

MÄNNER, DIE SEX MIT MÄNNERN HABEN

Bei Männern, die Sex mit Männern haben (MSM), können spezifische Gesundheitsrisiken vorliegen, die sich über die Anamnese eruieren lassen. Dabei kann es hilfreich sein, folgende Themen im Blick zu haben:

SEXUELL ÜBERTRAGBARE INFEKTIONEN (STI) SOWIE HEPATITIS A/B/C

Bei MSM kommen HIV und andere sexuell übertragbare Infektionen häufiger vor als in der Allgemeinbevölkerung. Die Deutsche STI-Gesellschaft sowie das Robert-Koch-Institut empfehlen deshalb regelmäßige Untersuchungen auf HIV/STI. Die Frequenz der Untersuchungen hängt von der Anzahl der Sexualpartner und den gewählten Sexualpraktiken ab (siehe S. 27).

ALKOHOL, TABAK, »PARTYDROGEN«

Kneipen, Bars und Clubs sind ein wichtiger Teil der »schwulen Szene«, denn hier findet schwules Leben offen statt, und andere Männer kennenzulernen, ist leichter als im meist heterosexuellen Alltagsumfeld. Viele Männer erleben ihre »schwule Sozialisation« damit in einem Umfeld, in dem Alkohol, Tabakkonsum oder auch sogenannte Partydrogen dazugehören. Grundsätzlich sprechen einige Faktoren dafür,

dass homosexuelle Männer ein höheres Risiko für Suchterkrankungen haben könnten. So sind homosexuelle Jugendliche – neben den Schwierigkeiten, die fast alle Jugendlichen während der Pubertät und des Erwachsenwerdens haben – zum Teil erheblichen zusätzlichen Belastungen (etwa durch das Coming-out vor sich selbst und anderen) ausgesetzt, die sich im Erwachsenenalter oft fortsetzen.

Außerdem kann das Selbstwertgefühl beschädigt werden durch Erfahrungen von Diskriminierung und Gewalt oder infolge des Gefühls, der (vermeintlich) männlichen Geschlechtsrolle nicht immer zu entsprechen und dafür abgewertet zu werden. Diese Stressoren erfordern Bewältigungsstrategien, die sich auch negativ auf die Gesundheit auswirken können. Neben den herkömmlichen Angeboten für Menschen mit Suchterkrankungen gibt es in einigen größeren Städten auch spezifische Angebote für schwule Männer, die einen holistischen Ansatz in Prävention und Gesundheitsförderung verfolgen. Informationen dazu bieten z.B. Beratungsstellen für Schwule und Lesben sowie regionale Aidshilfen.

Mehr als 90 % aller Syphilis-Infektionen entfallen auf Männer. Die meisten davon auf Männer, die Sex mit Männern haben.

TRANS*

»Trans*« ist ein Oberbegriff für alle Menschen, die nicht oder nicht nur in dem ihnen bei der Geburt zugewiesenen Geschlecht bzw. der damit verbundenen Geschlechterrolle leben können oder wollen. Hierzu zählen Transsexuelle, Transidente, Transgender, manche Transvestiten, Dragkings und -queens, Cross-Dresser, Tunten und viele mehr. Entscheidend ist dabei letzten Endes selbstverständlich immer die Selbstbezeichnung der betreffenden Person.

Viele trans* Personen gleichen ihren Körper mittels Hormonen und chirurgischer Eingriffe an und/oder wählen den Weg der offiziellen Vornamens- und/oder Personenstandsänderung. Doch nicht alle trans* Personen gehen diesen Weg. Wichtig ist: Es gibt sehr verschiedene Arten und Weisen, die Geschlechtsangleichung (Transition) zu betrachten und durchzuführen. Dabei ist die Selbstdefinition der Person entscheidend und nicht, ob Hormone, Operationen oder rechtliche Veränderungen durchgeführt wurden.

INFORMIERTE UND SENSIBLE ANSPRACHE

Sind Sie unsicher, fragen Sie nach, mit welchem Vornamen und welchem Pronomen ein_e Patient_in angesprochen werden möchte. Sollten Sie sich dabei einmal versprechen, entschuldigen Sie sich einfach kurz, korrigieren Sie sich und fahren Sie fort. Sollten gewünschte Anrede und verwendeter Vorname Ihrer Auffassung nach nicht zusammenpassen, bemühen Sie sich bitte dennoch darum, dem Wunsch Ihres_r Patient_in nachzukommen.

Machen Sie gegebenenfalls einen Vermerk in Ihrer Datenbank, um zu gewährleisten, dass die Person auch von Ihren Mitarbeiter_innen entsprechend angesprochen wird.

Informationen für trans* Personen und Professionelle bietet u.a. der Verein TransInterQueer (www.transinterqueer.org).

Textgrundlage dieses Beitrages sind die Broschüren für Ärzt_innen von TRIQ e.V. [18,19]



KÖRPERLICHE UNTERSUCHUNGEN VON MENSCHEN MIT TRANS* ODER INTERGESCHLECHTLICHER IDENTITÄT

Geschlechtsorgane wie Brüste, Penis, Vagina, die Sie eventuell untersuchen müssen, lassen sich für viele trans* oder inter* Personen nicht oder nur eingeschränkt in Übereinstimmung mit ihrer geschlechtlichen Identität bringen. Meist ist die Begegnung mit Ihnen nicht die erste Erfahrung mit körperlichen Untersuchungen, sondern schließt an eine Reihe von Erlebnissen an, die oftmals als sehr unangenehm, demütigend oder sogar als traumatisierend empfunden wurden (z.B. gynäkologische Untersuchungen bei männlichen trans* Personen, urologische Untersuchungen bei weiblichen trans* Personen).

Als Unterstützung können Sie erfragen, wie der_die Patient_in selbst die zu untersuchenden Körperteile bezeichnet, und diese Bezeichnungsweise entsprechend verwenden. **Erläutern Sie auf Wunsch genau, was Sie tun**, ggf. mit Erklärungen, warum das notwendig ist. Fragen Sie die_den Patient_in, ob Sie Körperteile anfassen dürfen, und **holen Sie sich aktiv das Einverständnis dazu**.

Beschreiben Sie dem zu untersuchenden Menschen Schritt für Schritt, was Sie tun möchten (Berührungen, Einführen von Instrumenten etc.) und fragen Sie nach dessen Einwilligung, **bevor Sie beginnen**, dies zu tun.

Achten Sie auch verstärkt auf Signale der Patient_innen. Untersuchungsmethoden, die bei nicht trans* bzw. inter* Patient_innen in der Regel kaum Unbehagen verursachen, können für diese Patient_innen-gruppe traumatisierend sein.

Über Intergeschlechtlichkeit informiert die deutsche Vertretung der Internationalen Vereinigung Intergeschlechtlicher Menschen (IVIM) unter <https://oigermany.org>

INTERGESCHLECHTLICHKEIT

Intergeschlechtliche Menschen (Inter*) sind Menschen, deren genetische, hormonelle oder körperliche Merkmale weder ausschließlich männlich noch ausschließlich weiblich sind, sondern gleichzeitig typisch für beide oder nicht eindeutig als eines von beiden definiert sind. Diese Merkmale können sich in den sekundären Geschlechtsmerkmalen (wie Muskelmasse, Haarverteilung, Brüste und Statur) oder in den primären Geschlechtsmerkmalen (wie den Fortpflanzungsorganen und Genitalien) und/oder in den chromosomalen Strukturen und Hormonen zeigen.

Intergeschlechtlichkeit kann sich in verschiedenen Lebensphasen zeigen – bei der Geburt, während der Kindheit, im Jugend- oder Erwachsenenalter. Vielfach werden auch heute noch Kinder mit »uneindeutigem Geschlecht« durch Operationen einem Geschlecht »zugeordnet«. Diese zwangsweise Zuordnung zu einem Geschlecht wird von Inter*-Aktivist_innen massiv kritisiert, da es intergeschlechtlichen Menschen die Möglichkeit nimmt, ein eigenes Verhältnis zu ihrer Geschlechtlichkeit zu entwickeln. Wird bei der Schwangerschaftsvorsorge festgestellt, dass ein Kind intergeschlechtlich geboren würde, wird Eltern häufig zum Schwangerschaftsabbruch geraten. Intergeschlechtlichen Erwachsenen wird aufgrund einer möglichen Vererbung der Intergeschlechtlichkeit oft gleich ganz von einer Schwangerschaft abgeraten bzw. zu einer Abtreibung geraten. Intergeschlechtliche Menschen fordern eine Abkehr von dieser Form der Diskriminierung und Entwürdigung.

Nicht wenige intergeschlechtliche Menschen haben negative Erfahrungen mit Ärzt_innen gemacht. Einige meiden Arztbesuche sogar konsequent und nehmen lieber schwere Leiden in Kauf. Nehmen Sie es daher wertschätzend zur Kenntnis, wenn sich ein intergeschlechtlicher Mensch hilfesuchend an Sie wendet.

GESTALTUNG DES WARTEBEREICHS

Viele Homo- und Bisexuelle wie auch trans* und inter* Personen haben gelernt, ihre Umwelt auf Signale hin zu überprüfen, wie offen sie mit »anderen« geschlechtlichen Identitäten umgeht. Offenheit können Sie unter anderem durch die Auswahl der Fragen im Patientenbogen und durch eine entsprechende Gestaltung

des Wartebereichs signalisieren. Hier einige Möglichkeiten:

- ❖ Plakate von Selbsthilfeorganisationen, Beratungsstellen oder Aidshilfen
- ❖ Plakate und Broschüren zu Themen, die (auch) sexuelle Minderheiten berühren: HIV und andere sexuell übertragbare Infektionen, Safer Sex, Partydrogen, Hepatitis-Schutzimpfung, Patientenverfügung usw.
- ❖ Aushang eines »Antidiskriminierungs-Statements«, das deutlich macht: Hier bekommen Menschen die bestmögliche Behandlung – und zwar unabhängig von ihrer geschlechtlichen Identität, ihrer sexuellen Orientierung, ihrer Hautfarbe, ihrer Herkunft und ihrer Religion.

Plakate und Broschüren für das Wartezimmer, die sich mit HIV/Aids beschäftigen oder auf wichtige Gesundheitsthemen der von HIV betroffenen Bevölkerungsgruppen eingehen, erhalten Sie kostenlos bei der Deutschen Aidshilfe und der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). Bestellungen online: www.aidshilfe.de sowie www.bzga.de.



Plakat zum Welt-AIDS-Tag 2016.

Das Antidiskriminierungs-Statement kann Teil einer Gesamtstrategie zum Entstehen einer kultursensiblen Arztpraxis werden. Mit dem Projekt »Praxis Vielfalt« unterstützt die Deutsche Aidshilfe Ärzt_innen, die ihre Praxis in diesem Sinne weiterentwickeln möchten (nähere Informationen auf S. 30).



HINWEISE FÜR EINE INKLUDIERENDE GESPRÄCHSFÜHRUNG

- Gewöhnen Sie sich an, ihre Fragen so zu stellen, dass eine Partnerschaft sowohl mit einer Frau als auch einem Mann denkbar ist. Noch offener ist eine Formulierung, die keine Festlegung auf ein Geschlecht vorsieht.
- Nicht jeder Mann, der Sex mit Männern hat, versteht sich selbst als homosexuell oder schwul (oder bisexuell). Es gibt auch heterosexuelle Männer, die nur gelegentlich Sex mit Männern haben, vielleicht auch verheiratet sind. Sie haben eine andere Identität als Männer, die schon viele Jahre offen schwul oder bisexuell leben. Um keine unpassenden Zuschreibungen zu machen, ist es sinnvoll, im Gespräch deskriptiv zu bleiben und Begriffe der sexuellen Identität (»homosexuell«, »lesbisch«) erst zu verwenden, wenn sie von dem_der Patient_in verwendet werden.
- Wenn Sie Ihre Frage in einen Aussagesatz verpacken, ist das oft weniger konfrontativ und lässt Ihrem Gegenüber die Möglichkeit, nicht zu antworten. Hier ein Beispiel: **»Um Ihre Gesundheitsrisiken richtig einschätzen zu können, wäre es hilfreich für mich, zu wissen, ob Sie im vergangenen Jahr mehr als zehn unterschiedliche Partnerinnen oder Partner hatten.«** Diese Aussage signalisiert zudem, dass Sie als Arzt/Ärztin die Möglichkeit von gleichgeschlechtlichem Sex und von wechselnden Partner_innen in Betracht ziehen und Ihrem Gegenüber ein Angebot zur Gesundheitsvorsorge machen.
- Unterscheiden Sie zwischen Ihrem persönlichen und Ihrem professionellen Interesse. Denken Sie beispielsweise bei trans*/intergeschlechtlichen Patient_innen daran, dass Sie nicht die erste Person sind, die Fragen nach körperlichen Veränderungen oder dem sexuellen Verhalten etc. an Ihr Gegenüber richtet und dass diese Fragen von vielen als Übergriff erlebt werden. **Vermeiden Sie Fragen, die nicht medizinisch indiziert sind**, und überlegen Sie sich, ob Sie dieselben Fragen bei anderen Patient_innen ebenso stellen würden.

PATIENT_INNEN SIND OFFEN FÜR GESPRÄCHE ÜBER SEXUALITÄT UND PRÄVENTION

59,8%
finden, dass Fragen zur Sexualität als Teil der Anamnese ins Erstgespräch gehören



95%
finden es normal, dass ihr Arzt/ihre Ärztin sie zum Sexualleben befragt

90,9%
möchten, dass ihr Arzt/ihre Ärztin sie auf Sexualität anspricht

15,0%
ist das Thema peinlich

76,2%
der Personen, denen ein solches Arzt-Patient-Gespräch eigentlich peinlich ist, würden ein Gesprächsangebot des Arztes/der Ärztin trotzdem befrworten

SEXUALANAMNESE

Für eine auf HIV/STI bezogene Sexualanamnese bietet sich folgender Aufbau an:

- ❶ **Situations-Check**
- ❷ **Kontext herstellen**
- ❸ **Hinweise zur Vertraulichkeit**
- ❹ **Risikoanamnese**
- ❺ **Gesprächsabschluss**

❶ SITUATIONS-CHECK

- ❖ Bin ich gerade offen für das Thema?
- ❖ Habe ich/hat der_die Patient_in ausreichend Zeit?
- ❖ Ist der Ort des Gesprächs angemessen?

❷ KONTEXT HERSTELLEN

Patient_innen sollte grundsätzlich der Hintergrund des Gesprächs erläutert werden.

»Einige Ihrer Symptome weisen auf eine sexuell übertragbare Infektion hin. Um die richtigen Untersuchungen durchführen zu können, möchte ich Ihnen gerne einige persönliche Fragen stellen. Ist das okay?«

Befragungen zeigen, dass sich die Mehrheit aller Patient_innen wünscht, dass ihr Arzt/ihre Ärztin

ihnen aktiv ein Gespräch zu Fragen der Sexualität anbietet. Unabhängig von den Symptomen einer Infektionserkrankung kann es sinnvoll sein, in jede ausführliche (hausärztliche) Anamnese einige Basisfragen zur sexuellen Gesundheit mit einzubauen:

»Wie geht es Ihnen mit Ihrer Sexualität?«

»Wie zufrieden sind Sie derzeit mit Ihrer Sexualität?«

❸ HINWEISE ZUR VERTRAULICHKEIT

Informieren Sie Patient_innen darüber, dass alle Gesprächsinhalte der ärztlichen Schweigepflicht unterliegen, und welche Informationen Sie in der Patientenakte vermerken. Wenn es Ihnen wichtig ist, die sexuelle Orientierung oder geschlechtliche Identität festzuhalten, fragen Sie nach, ob das in Ordnung ist. Stellen Sie sicher, dass auch Ihr Praxispersonal sensibel mit Themen wie Homosexualität oder Trans* umgehen kann – denn Ihre Fachangestellten sind zumeist diejenigen, mit denen die Patient_innen zuerst Kontakt haben. Das Verhalten Ihrer Mitarbeitenden hat wesentlichen Einfluss darauf, ob man sich bei Ihnen akzeptiert fühlt. Über das Projekt "Praxis Vielfalt" können Ärzt_innen und Praxispersonal gemeinsam kostenfreie Schulungen buchen. (siehe Seite 30)

Hinweis auf ärztliche Schweigepflicht hilft bei sensiblen Gesprächsthemen Vertrauen aufzubauen



SEXUALITÄT UND SPRACHE

- ❖ Achten Sie darauf, welche Begriffe Patient_innen zur Beschreibung ihrer Sexualität und ihrer Beziehungen benutzen. Versuchen Sie, nicht zu schnell in Kategorien zu denken. Viele Menschen assoziieren mit »Sex« oder »Geschlechtsverkehr« ausschließlich eindringenden vaginalen Verkehr. Befragungen zeigen hingegen, dass andere Menschen auch Praktiken wie Oralverkehr, Analverkehr oder gemeinsames Masturbieren als »Sex« verstehen [6]. Klarheit bringt hier nur ein sensibles Nachfragen.
- ❖ Ob Sie nun »Fellatio«, »Oralverkehr«, »Französisch« oder »Blasen« sagen: Stellen Sie sicher, dass Ihr Gegenüber versteht, was Sie meinen, aber verbiegen Sie sich nicht, indem Sie Bezeichnungen Ihrer Patient_innen übernehmen.
- ❖ Fragen Sie nach, wenn Ihnen unklar ist, was z.B. mit »untenrum« oder »intensiv gestreichelt« gemeint ist. In der Regel finden Menschen es gut, wenn ihr Gegenüber ehrliches Interesse zeigt.
- ❖ Bei Verständigungs- oder Sprachproblemen kann der Einsatz von Bildmaterial und Grafiken die Beratung unterstützen. Hilfreich für die Kommunikation mit Menschen, die nicht oder schlecht Deutsch sprechen, ist das Webportal »Zanzu« der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Das Webportal www.zanzu.de bietet in 13 Sprachen leicht verständliche und zum Teil mit Grafiken unterstützte Informationen zu sexueller und reproduktiver Gesundheit. Die Webseite kann zur Klärung von Sprachbarrieren im Arzt-Patient-Gespräch oder auch von Patient_innen alleine genutzt werden.



4 HIV/STI-BEZOGENE SEXUALANAMNESE/ RISIKOANAMNESE

Um Risiken für eine HIV/STI-Übertragung richtig einschätzen zu können, sollten die »3 P« besprochen werden:

- ❖ PARTNER_INNEN
- ❖ PRAKTIKEN
- ❖ PRÄVENTION

PARTNER_INNEN

Hintergrund: Bei häufig wechselnden Partner_innen erhöht sich das Risiko für sexuell übertragbare Infektionen deutlich. Männer, die Sex mit Männern haben, haben ein deutlich erhöhtes Risiko für sexuell übertragbare Infektionen. Deshalb sollten folgende Punkte erfragt werden:

- ❖ Ungefähres Datum des letzten Sexualkontakts sowie Anzahl der Sexualpartner_innen der vergangenen drei Monate.
- ❖ Geschlecht oder geschlechtliche Identität der Partner_innen: *»Hatten Sie Sex mit Männern, mit Frauen oder mit beiden Geschlechtern?«*

- ❖ Da nicht alle trans* oder inter* Personen dem binären Muster von Männlichkeit und Weiblichkeit folgen, kann eine neutrale Formulierung hier passender sein. *»Hatten Sie Sex mit unterschiedlichen Personen?«*.
- ❖ HIV-Serostatus und ggf. Behandlungsstatus des Partners_der Partnerin. Wenn der_die Partner_in HIV-positiv ist, die Viruslast aber durch eine antiretrovirale Therapie unterhalb der Nachweisgrenze liegt, besteht kein Übertragungsrisiko mehr!

Wissen Sie, ob eine_r Ihrer Partner oder Partnerinnen schon einmal eine sexuell übertragbare Infektion hatte?

Würde die Infektion behandelt?

Sind auch Sie untersucht und behandelt worden?«

Hinweis: Einige Paare leben monogam, andere promisk, manche phasenweise so oder so. Um Risiken für sexuell übertragbare Infektionen richtig einschätzen zu können, kann es bei einer langjährigen Arzt-Patient-Beziehung sinnvoll sein, gelegentlich nachzufragen, ob sich am Lebensstil etwas geändert hat.

Die HIV/STI-bezogene Sexualanamnese findet sich in Kurzform (als Checkliste) im Anhang dieses Heftes.

PRAKTIKEN

Bestimmte Sexualpraktiken sind mit einem erhöhten HIV/STI-Risiko verbunden. In der Regel äußern sich Menschen erst auf Nachfrage dazu. Auch über Schutzverhalten (wie z.B. Kondomgebrauch) sprechen die meisten Patient_innen erst auf Nachfrage. Um Übertragungsrisiken realistisch einschätzen sowie eine angemessene Diagnostik (z.B. Anal- oder Rachenabstrich) durchführen zu können, gilt es, aktiv nachzufragen.

»Gab es vaginalen Geschlechtsverkehr?

Hatten Sie aufnehmenden oder eindringenden Analverkehr? Haben Sie beim Vaginal- oder Analverkehr Kondome verwendet?«

Wenn Menschen ohne Symptome kommen und einen HIV-Test wünschen, ist nachzufragen, ob überhaupt Übertragungsrisiken vorliegen.

Im Kontext von Sexualität nutzen Menschen aus vielerlei Gründen Alkohol und andere Substanzen. Häufig geht es darum, Hemmungen abzubauen oder ein intensiveres Erleben zu ermöglichen, mitunter auch darum, sexuelle Funktionsstörungen selbst zu behandeln. Der Konsum von Drogen und anderen Substanzen kann dazu führen, dass sich das Risiko für die Übertragung von sexuell übertragbaren Infektionen erhöht. Es wird vermutet, dass die Gründe dafür in Schleimhautverletzungen durch längeren, intensiveren Sex liegen oder der Substanzkonsum konsequentes Schutzverhalten erschwert.

Drogenkonsum
bedingt erhöhtes
Risiko

Mittels einer **Alkohol- und Drogenanamnese** kann beurteilt werden, ob Patient_innen ein unproblematisches Konsumverhalten haben oder Unterstützung brauchen.

PRÄVENTION

Der Informationsstand ihrer Patient_innen kann sehr unterschiedlich sein. Um ihr Risiko angemessen einschätzen zu können, sind Fragen wie die folgenden hilfreich:

»Wie schützen Sie sich vor HIV und anderen Geschlechtskrankheiten? Wann haben Sie sich das letzte Mal auf HIV und andere Geschlechtskrankheiten testen lassen?«

Sollte bei Patient_innen schon eine STI diagnostiziert worden sein, kann es sinnvoll sein, auch Untersuchungen auf andere STI einschließlich HIV anzubieten.

Weitere Maßnahmen:

- ❖ Anamnese des Impfstatus bei impfpräventablen STIs (Hepatitis A/B, HPV)
- ❖ Information darüber, dass HIV bei einer Viruslast unter der Nachweisgrenze auch sexuell nicht übertragbar ist
- ❖ Information über die Möglichkeit der HIV-Präexpositionsprophylaxe (PrEP)
- ❖ Bei Bedarf: Beratung zum Kondomgebrauch und zu Anwendungsproblemen (Liegen sexuelle Dysfunktionen vor, die einen Kondomgebrauch verhindern?)

BEI EINEM RELEVANTEN, AKTUELLEN HIV-ÜBERTRAGUNGSRISIKO

- ❖ vor bis zu 72 Stunden: Post-Expositionsprophylaxe anbieten (siehe Seite 22).
- ❖ innerhalb der letzten sechs Wochen: Gibt es Hinweise auf eine akute HIV-Infektion? Wenn ja, dann ist zusätzlich zum Kombinationsuchtest (4. Generation/Labortest) ein Nukleinsäurenachweis (PCR) zu erwägen.
- ❖ vor über sechs Wochen: Kombinationsuchtest (4. Generation/Labortest)

5 GESPRÄCHSABSCHLUSS

- ❖ Beratungsinhalte am Ende des Gesprächs kurz zusammenfassen.
- ❖ Zum Abschluss Einfühlungsvermögen in die Situation zeigen und Zuversicht vermitteln. Keinen Druck in Richtung Verhaltensänderung ausüben: der_die Patient_in entscheidet selbst, ob und welche Maßnahmen der Prävention er_sie annimmt.
- ❖ Vereinbarung treffen, wie Testergebnisse übermittelt werden sollen.
- ❖ Weiterführende Angebote machen und/oder auf Informations- und Beratungsangebote (zum Beispiel von Aidshilfen oder Schwulen- und Lesbenberatungsstellen) verweisen.

Wenn Ihr Gegenüber kaum oder nur sehr oberflächlich auf Ihre Fragen zur Sexualität antwortet, muss dies nicht zwangsläufig bedeuten, dass Ihre Fragen falsch formuliert oder »zu viel« waren. Vielleicht war es für den Patienten_die Patientin einfach noch nicht der richtige Zeitpunkt. Verweisen Sie darauf, dass Sie das Gespräch gerne – falls gewünscht – zu einem späteren Zeitpunkt noch einmal aufnehmen können.

EPIDEMIOLOGIE

- In Deutschland lebten Ende 2018 mehr als 87.900 Menschen mit HIV. Das Robert-Koch-Institut schätzt, dass ca. 10.600 Menschen noch nicht von ihrer HIV-Infektion wissen [5].
- In Deutschland gab es 2018 etwa 2.400 Neuinfektionen, knapp 67% davon bei Männern, die Sex mit Männern haben [5].

Männer, die Sex mit Männern haben (MSM), tragen ein erhöhtes Risiko, sich mit HIV zu infizieren. Zum einen liegt das an der größeren HIV-Prävalenz in dieser Gruppe, zum anderen daran, dass Analverkehr (ohne Kondom) die Sexpraktik mit dem höchsten Risiko einer HIV-Übertragung ist. Auch für bestimmte andere sexuell übertragbare Infektionen ist das Risiko für MSM erhöht. Aus diesem Grund werden sexuell aktiven MSM regelmäßige Untersuchungen auf STI empfohlen.

ÜBERTRAGUNG

Aufnahme infektiöser Flüssigkeiten (Blut, Sperma, Vaginalsekret), intensiver Kontakt zwischen den Schleimhäuten von Penis und Enddarm/Scheide.

- Häufigstes Risiko: Anal- und Vaginalverkehr ohne Kondom/Femidom oder andere Schutzmaßnahmen
- Beim Oralverkehr besteht nur dann ein – sehr geringes – Übertragungsrisiko, wenn über Sperma oder Blut eine große Menge Viren mit dem Mund aufgenommen wird. Die Mundschleimhaut ist viel stabiler als die von Enddarm oder Scheide, und der Speichel verdünnt virushaltige Flüssigkeiten. Weltweit sind nur wenige Fälle bekannt, in denen es beim Oralverkehr zu einer HIV-Übertragung kam.
- Wirksam antiretroviral behandelte HIV-Positive sind nicht infektiös.
- Eine Mutter-Kind-Übertragung kann durch eine rechtzeitige Behandlung der Mutter während der Schwangerschaft sowie durch eine Postexpositionsprophylaxe beim Neugeborenen verhindert werden. Bei erfolgreicher antiretroviraler Therapie der Mutter ist Stillen unter engmaschiger ärztlicher Begleitung möglich.

KRANKHEITSVERLAUF

AKUTE HIV-INFEKTION

- Dauer: bis 3 Monate nach der Ansteckung..
- Kurz nach der Ansteckung vorübergehend sehr starke Virusvermehrung (mit Schädigung des Immunsystems, vor allem im Darm).
- Maximale Viruslast: im Blut durchschnittlich zweieinhalb Wochen und im Sperma etwa einen Monat nach der Infektion (höchste Infektiosität).
- Eine bis vier, meist zwei bis drei Wochen nach der Infektion treten oftmals grippeähnliche Symptome auf, die etwa 7–10 Tage andauern. Diese werden oft als schwere Erkältung oder als Influenza fehlagnostiziert.
- Häufige Symptome bei Erwachsenen (eher unspezifisch): Fieber, Krankheitsgefühl, Hautausschlag, Muskel- und Gelenkschmerz, Halsschmerzen, Geschwüre im Mund, Appetitlosigkeit, Gewichtsverlust, Lymphknotenschwellungen.

LATENZPHASE/PHASE MIT ALLGEMEINEN SYMPTOMEN

- Über Monate bis viele Jahre häufig keine oder unspezifische Symptome; trotzdem weitere Virusvermehrung und Schädigung des Immunsystems und der inneren Organe (z.B. Niere).
- Ggf. Lymphknotenschwellungen, Nachtschweiß, Durchfälle.

SCHWERER IMMUNDEFEKT (AIDS)

- Bei CD4-Helferzellen < 200/µl und/oder bei Auftreten aidsdefinierender Erkrankungen (siehe Seite 17).

DIAGNOSTIK

HIV kann durch einen Antikörpertest oder den direkten Virusnachweis (PCR) diagnostiziert werden. Welches Testverfahren gewählt wird, hängt davon ab, wie lange ein Übertragungsrisiko zurückliegt. Vor der Durchführung der HIV-Diagnostik ist das Einverständnis des Patient_in einzuholen.

Grippeähnliche Symptomatik bleibt oft unerkannt

Sicherer Ausschluss einer HIV-Infektion mit Antikörpertest erst 6 Wochen nach einem Risikokontakt möglich

Direkter Virusnachweis (PCR) bei Verdacht auf akute HIV-Infektion

Kosten des HIV-Tests werden von Krankenkassen übernommen

SUCHTEST

❖ Kombinationstests (Antikörpertests der 4. Generation) weisen sowohl Antikörper (gegen HIV-1 und HIV-2) als auch Antigen p24 (HIV-1) nach. Einsetzbar ist der Kombinationstest bereits ab dem 14. Tag nach dem letzten Infektionsrisiko – dann steigt i.d.R. der p24-Spiegel an. Ab 2½ Wochen nach einer Risikosituation werden vom Kombinationstest 50 % der positiven Proben erkannt. Ein sicherer Ausschluss einer HIV-1-Infektion ist mit einem im Labor durchgeführten Kombinationstest jedoch erst nach 6 Wochen möglich. Bei Schnell- oder Selbsttests muss von einer diagnostischen Lücke von 12 Wochen ausgegangen werden.

BESTÄTIGUNGSTEST

Die Diagnose »HIV-positiv« gilt nur nach einem Bestätigungstest als gesichert:

- ❖ Beim Western Blot werden Antikörper gegen HIV als Fraktionen (Banden) dargestellt. Spätestens drei Monate nach der Infektion (Abschluss Serokonversion) haben sich alle Banden im Western Blot vollständig ausgebildet.
- ❖ Der direkte Virusnachweis (Nukleinsäurenachweis/NAAT) kann auch als Bestätigungstest verwendet werden. Dies geht allerdings nur, wenn die Viruslast größer als 1000/ml ist, da ein Ergebnis im niedrigen Viruslastbereich falsch positiv sein kann. Ein NAAT-Bestätigungstest kommt v.a. bei Verdacht auf eine akute Infektion in Frage, wenn noch keine Antikörper messbar sind; er kann eine Infektion in manchen Fällen bereits 5–7 Tage nach einer HIV-Übertragung nachweisen. 11 Tage nach Infektion werden vom Test 50 % aller Proben als positiv erkannt. HIV-2 (in Deutschland ca. 0,5 % aller Infektionen) wird durch die in Deutschland üblichen HIV-1-Nukleinsäurenachweise nicht sicher erkannt. Das bestätigte, positive Testergebnis wird vom Labor nicht-namentlich an das RKI gemeldet.

KOSTENERSTATTUNG

- ❖ Kostenerstattung durch die GKV, wenn Symptome oder eine ausführliche Anamnese den Verdacht auf eine STI nahelegen – auch bei symptomarmen oder symptomlosen Krankheitsverläufen!

- ❖ Da HIV eine meldepflichtige Erkrankung ist, kann die Diagnostik über die EBM-Kennziffer 32006 außerhalb des üblichen Laborbudgets abgerechnet werden.

MITTEILUNG EINES POSITIVEN HIV-TESTERGEBNISSES

Mit der Mitteilung des Testergebnisses gilt es deutlich zu machen, dass HIV heute eine gut behandelbare, chronische Erkrankung mit einer fast normalen Lebenserwartung ist. Dies kann viele Ängste nehmen. Gleichzeitig kann die Diagnose nach wie vor ein einschneidendes Erlebnis darstellen. Die Ergebnisübermittlung sollte daher immer persönlich und im geschützten Rahmen stattfinden – also ohne Anwesenheit weiterer Personen.

Nicht immer kann Ihr Gegenüber die Diagnose sofort vollständig an sich heranlassen. Sie können fragen, ob eine Vertrauensperson informiert werden soll. Es kann auch hilfreich sein, einen weiteren Termin anzubieten sowie auf Beratungsangebote der Aidshilfen zu verweisen.

SPÄTDIAGNOSEN VERHINDERN

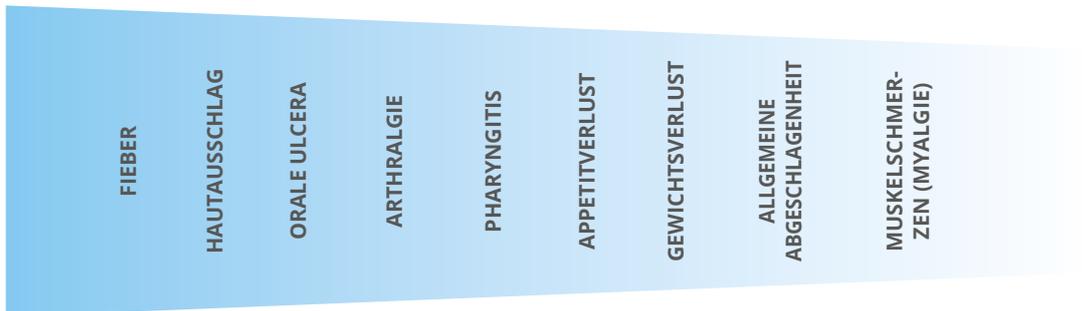
Ein Drittel aller HIV-Infektionen wird erst im Stadium Aids diagnostiziert. Die Hälfte aller HIV-Neudiagnosen gelten als »Late presentation« [7]. Bei den »Late-Presentern« ist die HIV-Behandlung aufgrund häufig vorliegender begleitender Infektionen und des Immundefizitsyndroms (IRIS) oft komplizierter als in einem früheren Infektionsstadium.

Ein Grund für späte Diagnosen liegt darin, dass die HIV-Infektion symptomarm verlaufen kann bzw. dass die Symptome unspezifisch sind. Aufgrund zu später Diagnose erkranken und sterben auch heute noch Menschen an Aids. Außerdem besteht für ihre Sexualpartner_innen ein Infektionsrisiko.

Indikator-Erkrankungen können eine wichtige Hilfestellung zur frühzeitigen Diagnostik darstellen. Indikator-Erkrankungen treten bei Menschen mit HIV überproportional häufig auf und sollten dazu führen, dass eine ausführlichere Sexualanamnese durchgeführt bzw. ein HIV-Test angeboten wird. Gleiches gilt für aidsdefinierende Erkrankungen, die bereits auf einen schweren Immundefekt hinweisen können.



Diese Symptome können Anzeichen einer akuten (primären) HIV-Infektion sein:



Vor allem bei einer **Kombination** von **Fieber mit Hautausschlag** bei Erwachsenen sollte man an eine **HIV-Infektion** denken. Allerdings: Oft treten in der akuten Infektionsphase nur ein bis zwei Symptome auf, die auch wieder verschwinden. Bei der Diagnostik kann man sich deshalb nicht allein auf das Vorliegen von Symptomen verlassen. Entscheidend ist ein ausführliches Anamnesegespräch, in dem mögliche Transmissionsrisiken abgeklärt werden. Schildern Patient_innen relevante Transmissionsrisiken, ist ein HIV-Test auf jeden Fall anzuraten.

Diese Indikatoren und aidsdefinierenden Erkrankungen können Anzeichen einer chronischen HIV-Infektion sein:

Die folgenden Krankheiten beziehungsweise Symptome können viele Ursachen haben, treten aber besonders oft bei einer länger bestehenden HIV-Infektion auf (in vielen Fällen gehäuft oder wiederholt ohne andere erkennbare Ursache). Ein HIV-Test kann den Verdacht bestätigen oder eine HIV-Infektion als Ursache ausschließen.

INFEKTIONSKRANKHEITEN:

- Herpes zoster, Herpes-simplex-Infektionen innerer Organe (Lunge, Bronchien, Speiseröhre) oder Herpes-simplex-Erkrankung > 1 Monat, mononukleoseähnliche Erkrankung
- Zytomegalie-Virus-Infektion des Auges, zerebrale Toxoplasmose
- wiederkehrende bakterielle Lungenentzündungen, Pneumocystis-Pneumonie, Tuberkulose und andere Mykobakteriosen
- Candidose der Speiseröhre, Luftröhre, Bronchien oder orale Candidose (v.a. mit Fieber) und rezidivierende vaginale Candidosen
- Kryptokokkose
- HIV tritt außerdem häufiger bei Menschen auf, die andere sexuell übertragbare Infektionen haben (z.B. Syphilis, Gonorrhö, Hepatitis C)

ALLGEMEINSYMPTOME/LABOR:

- Wasting (extremer Gewichtsverlust), Lymphadenopathie
- chronische Diarrhö unklarer Genese
- seborrhoische Dermatitis/seborrhoisches Exanthem
- Leukozytopenie/Thrombozytopenie > 4 Wochen

ERKRANKUNGEN VON GEHIRN UND NERVENSYSTEM:

- Enzephalopathie, periphere Neuropathie

MALIGN ERKRANKUNGEN:

- Zervixkarzinom, Analkarzinom, Kaposi-Sarkom
- Morbus Hodgkin, Non-Hodgkin-Lymphome, primäre ZNS-Lymphome

GESCHÄTZTER ANTEIL DER MENSCHEN MIT HIV IN DEUTSCHLAND

HIV INFEKTION



87.900
(81.600-93.900)

HIV DIAGNOSTIZIERT



88%
77.300
(71.300-82.800)

HIV NICHT DIAGNOSTIZIERT



12%
10.600
(Menschen wissen nichts von Ihrer HIV Infektion bzw. wurden von Ärzten nicht diagnostiziert)

Quelle: RKI 2019 [5]

THERAPIE

Aktuelle Leitlinien
der Deutschen
AIDS-Gesellschaft
für die HIV-Therapie:
www.daignet.de

- ❖ Die Behandlung erfolgt i.d.R. durch HIV-Schwerpunktärzt_innen. Adressen finden sich zum Beispiel unter www.dagnae.de.
- ❖ Zur Therapie der HIV-Erkrankung stehen derzeit über 20 Einzelsubstanzen und zahlreiche Kombinationspräparate zur Verfügung, die das Eindringen des Virus in seine Zielzellen verhindern oder die für den HIV-Vermehrungszyklus wichtigen Enzyme hemmen.
- ❖ Standard ist eine Kombinationstherapie mit drei Substanzen unterschiedlicher Wirkklassen. Empfohlene Kombinationen für einen Therapiestart sind z.B. ein Protease-Inhibitor (PI) oder ein Integrase-Inhibitor (II) oder ein Nicht-nukleosidischer Reverse-Transkriptase-Inhibitor (NNRTI) plus zwei Nukleosidische Reverse-Transkriptase-Inhibitoren (NRTI).
- ❖ Therapiebeginn: Neuere Studien belegen den Nutzen eines frühen Therapiebeginns – unabhängig von der Zahl der Helferzellen oder der Höhe der Viruslast.
- ❖ Vor Therapiebeginn sollte ein Resistenztest erfolgen, da resistente Viren übertragen werden können (in < 10 % der Fälle).
- ❖ Wenn durch eine Dreifach-Kombination die Viruslast stabil unter die Nachweisgrenze gesenkt wurde, ist nach neueren Erkenntnissen auch eine Weiterführung der Therapie mit einer ausgewählten Zweifachkombi möglich.
- ❖ Verlaufskontrolle: Bei erfolgreicher Therapie sinkt die Viruslast in der Regel nach zwei bis drei Monaten unter die Nachweisgrenze, die je nach Verfahren um die 40 oder 20 Viruskopien/ml Blut liegt. Die CD4-Zellzahl steigt über Monate und Jahre wieder an. Die Viruslast und die Helferzellzahl werden in der Regel im Abstand von drei Monaten kontrolliert.
- ❖ Die HIV-Therapie muss lebenslang durchgeführt werden. Therapiepausen erhöhen die Morbidität und Mortalität.

Die Deutsch-Österreichischen Leitlinien zur Therapie der HIV-1-Infektion finden sich unter www.daignet.de.

HIV-PRÄEXPOSITIONSPROPHYLAXE (PREP)

Bei dieser Schutzmethode nehmen HIV-negative Menschen entweder täglich oder vor und nach sexuellen Kontakten (»anlassbezogen«) ein HIV-Medikament ein, um sich vor einer Ansteckung mit HIV zu schützen.

ZUGELASSENE SUBSTANZEN UND VERORDNUNG

Für die Präexpositionsprophylaxe ist in Europa eine Kombination aus zwei antiretroviralen Medikamenten zugelassen: Tenofovir-Disoproxil (TDF) + Emtricitabin (FTC). Neben dem Original-Präparat Truvada® gibt es mehrere deutlich günstigere Generika. Seit September 2019 können die HIV-PrEP sowie die erforderlichen Untersuchungen zu Lasten der GKV verordnet werden [10]. Die EBM-Ziffern 01920 bis 01922 (Beratung, Einleitung und Kontrolle der PrEP) können nur von Vertragsärzten berechnet werden, die über eine Genehmigung der KV gemäß Anlage 33 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte [11] verfügen. Für den Antrag bei der KV müssen z.B. folgende Kriterien erfüllt sein: 16 Stunden Hospitation und 8 Fortbildungspunkte im Bereich HIV/STI. Eine Liste für Hospitationsplätze bietet die dagnä [12] auf ihrer Homepage www.dagnae.de

Die **privaten Krankenkassen** haben (Stand Dezember 2019) keine einheitliche Regelung. Für Selbstzahler (Privatrezept) kosten die günstigsten Generika ca. 40€/Monat.

FÜR WEN DIE PREP INFRAGE KOMMT

Im Bundesmantelvertrag [11] zur PrEP ist aufgeführt, für wen die PrEP verordnungsfähig ist. Das deckt sich mit den Empfehlungen der Deutsch-Österreichischen-PrEP-Leitlinien: Personen ab 16 Jahren, die ein substantielles HIV-Infektionsrisiko haben, z.B. Männer, die Sex mit Männern sowie trans*Personen, die analen Geschlechtsverkehr ohne Kondom haben; Partner_innen von HIV-positiven Menschen, deren Viruslast nicht oder noch nicht unter der Nachweisgrenze liegt; drogeninjizierende Personen, die keine sterilen Spritzbestecke verwenden und – nach individueller Risikoprüfung – Personen mit Geschlechtsverkehr mit Personen, bei denen eine undiagnostizierte HIV-Infektion wahrscheinlich sein kann.

Aufgrund der hohen Rate einer zutreffenden Selbsteinschätzung sollte die Anfrage nach einer PrEP von Patient_innen ernst genommen werden.

WIRKSAMKEIT

Studien belegen die Schutzwirkung der PrEP. Sie bietet bei zuverlässiger Einnahme einen optimalen Schutz vor einer HIV-Übertragung. In Studien wurden 86%, bei guter Compliance 99 % Risikoreduktion erreicht. Bei Männern wirken die Medikamente bereits nach zwei Tagen der Einnahme. Dabei spielt es keine Rolle, ob aktiver vaginaler Verkehr oder aktiver oder passiver

Interesse die PrEP verschreiben zu können?
Infos: Bundesmantelvertrag Anlage 33, § 4 und www.dagnae.de



PRÄVENTION / »SAFER SEX«

Um das Risiko einer HIV-Übertragung auf sexuellem Wege zu verhindern, gibt es drei Strategien, die unter dem Begriff »Safer Sex« zusammengefasst werden.

- Verwendung von Kondomen
(Bieten auch einen eingeschränkten Schutz vor anderen sexuell übertragbaren Infektionen.)
- Schutz durch Therapie = wirksame Behandlung eines/einer HIV-Positiven mit einer antiretroviralen Therapie. (**N = N: Nicht mehr nachweisbare Viruslast = Nicht mehr infektiös!**) [13,14]
- Prä-Expositionsprophylaxe (PrEP) = vorsorgliche Einnahme eines HIV-Medikaments durch den/die HIV-negativen Partner_in zur Verhinderung einer HIV-Übertragung

Analverkehr praktiziert wird. Bei Frauen (bzw. bei aufnehmendem vaginalen Verkehr) dauert es länger, bis sich durch die PrEP im weiblichen Genitaltrakt ein ausreichender Schutz aufbaut. Deshalb sollten Frauen mindestens 7 Tage vor einem Sexualkontakt mit der PrEP beginnen. TDF/FTC ist auch gegen Hepatitis B wirksam.

Eine Hepatitis B wäre während der PrEP also gut therapiert. Bei Absetzen der PrEP kann es - bei nicht erkannter Hepatitis B - ggf. zu einem schweren Rebound kommen. Daher muss vor Beginn einer PrEP eine Hepatitis-B-Diagnostik und ggf. eine Hep B-Schutzimpfung erfolgen.

EINNAHMESCHEMATA

Zu unterscheiden ist zwischen einer kontinuierlichen PrEP und einer anlassbezogenen PrEP. Bei der kontinuierlichen PrEP wird das Medikament täglich und über einen langen Zeitraum (Monate, Jahre) eingenommen. Bei der anlassbezogenen PrEP (»PrEP bei Bedarf« oder »Wochenend-PrEP«) erfolgt die Einnahme lediglich für einige Tage, um sich in einer bestimmten Situation vor einer HIV-Übertragung zu schützen. Die »PrEP bei Bedarf« eignet sich aufgrund der schlechteren Anflutung des Medikaments im weiblichen Genitaltrakt nicht für Frauen.

NEBENWIRKUNGEN

TDF/FTC ist in der HIV-Therapie schon seit 2005 auf dem Markt und gilt als gut verträglich.

Neben meist passageren Nebenwirkungen (Schwindel, Durchfall, Übelkeit) senkt Tenofovir die glomeruläre Filtrationsrate – daher sollte die Kreatinin-Clearance kontrolliert werden.

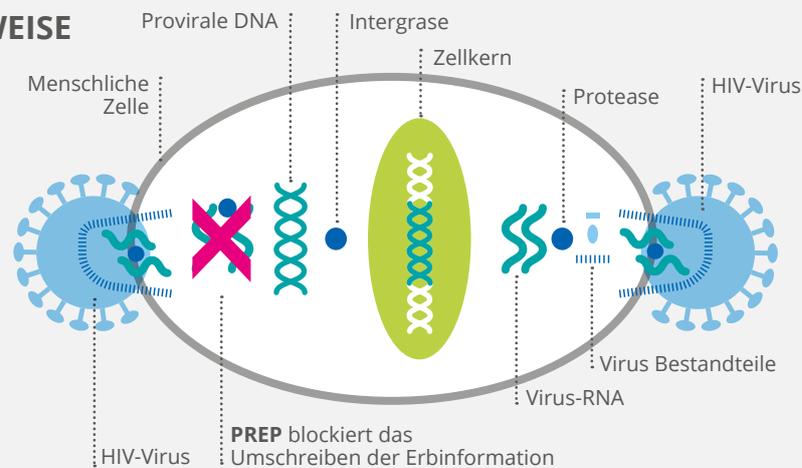
ÄRZTLICHE BEGLEITUNG EINER PREP-VERORDNUNG

Für die Verordnung einer PrEP gelten folgende Schritte:

- ❖ Ausschluss einer bestehenden HIV-Infektion durch einen aktuellen (max. 14 Tage alten) HIV-Kombinationssuchtest. Außerdem gilt es, auf Symptome einer akuten HIV-Infektion zu achten.
- ❖ Beratung zur Anwendung der PrEP und zu anderen Schutzmöglichkeiten.
- ❖ STI-Diagnostik (Syphilis, Gonokokken und Chlamydien) und ggf. Therapie.
- ❖ Kreatinin-Clearance < 60 ml/min ist eine Kontraindikation. Bei < 80 ml/min PrEP sorgfältig abwägen.
- ❖ Hepatitis-B-Diagnostik/Impfstatus vor PrEP-Start prüfen, ggf. impfen.
- ❖ Follow-up-Untersuchungen: alle drei Monate HIV- und Syphilis-Diagnostik, alle 3 – 6 Monate Gonokokken-/Chlamydien-Diagnostik und alle 6 – 12 Monate Hepatitis-C-Diagnostik.

Leitlinie HIV-PrEP auf der Webseite der DAIG: www.daignet.de (Rubrik HIV-Leitlinien)

WIRKUNGSWEISE PREP



Das Kombinationsmedikament **Emtricitabin/Tenofovir verhindert** in einer infizierten Körperzelle die **Umschreibung der viralen RNA in DNA**, so dass die viralen Bestandteile nicht in den Zellkern eingebaut werden können.

WIE GEHT'S? PREP TÄGLICH

MÄNNER
(MSM, Hetero)



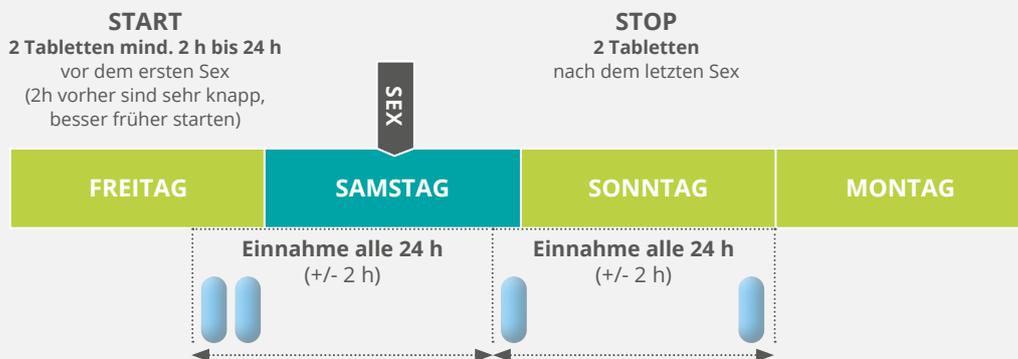
Zu Stopp gibt es noch keine einheitlichen Empfehlungen

FRAUEN



Zu Stopp gibt es noch keine einheitlichen Empfehlungen

WIE GEHT'S? PREP ON DEMAND (AUS IPERGAY-STUDIE)



HIV-POSTEXPOSITIONSPROPHYLAXE (PEP)

Eine Postexpositionsprophylaxe (PEP) mit antiretroviralen Medikamenten kann verhindern, dass es nach einer Exposition mit virushaltigem Material zu einer HIV-Infektion kommt. Nach der Leitlinie der Deutschen AIDS-Gesellschaft ist eine Indikation nur dann gegeben, wenn tatsächlich ein relevantes Risiko vorlag. [15]

SOFORTMASSNAHMEN BEI EXPOSITION

Nach jeder HIV-Exposition sollen zunächst die folgenden Sofortmassnahmen unverzüglich (in Sekunden) in der nachfolgenden Reihenfolge eingeleitet werden:

Stich-/Schnittverletzung

- ❖ Spontanen Blutfluss nicht sofort unterbinden, da potenziell infektiöses Material dadurch ausgespült wird. Sonstige Manipulationen an der Wunde nach Möglichkeit vermeiden, insbesondere Quetschen und Ausdrücken direkt im Einstichbereich, um keine Erregerverschleppung in tiefere Gewebsschichten zu begünstigen.
- ❖ Nach der spontanen Blutung ggf. Stichkanal bzw. Schnittverletzung spreizen und Spülung mit Wasser/Seife oder Antiseptikum (z. B. Betaseptic® oder anderes Händedesinfektionsmittel oder Hautantiseptikum auf Basis von Ethanol) durchführen.
- ❖ Hautexposition (geschädigte oder entzündlich veränderte Haut): Gründliches Waschen mit Wasser und Seife. Danach, falls verfügbar, vorsichtiges Abreiben der Hautoberfläche mit großzügiger Einbeziehung des Umfelds um das kontaminierte Areal mit einem mit Hautantiseptikum satt getränkten Tupfer.

Kontamination des Auges

- ❖ Auge unverzüglich mit reichlich Wasser ausspülen.

ABLAUF EINER POSTEXPOSITIONSPROPHYLAXE

1 RISIKOCHECK

- ❖ Klären, ob tatsächlich eine Risikosituation vorlag.
- ❖ Informationen zu Sexualpartner_innen einholen (HIV-positiv? Liegen Informationen zur HIV-Therapie oder zur Resistenzsituation vor? Ist ein freiwilliger HIV-Test bei Partner_in möglich?).

- ❖ Vor PEP-Beginn HIV-(Schnell-)Test, um eine bestehende HIV-Infektion auszuschließen.
- ❖ Untersuchung auf andere STI, (Lues-)Serologie bzw. Impfstatus erheben.
- ❖ Laboruntersuchungen: Blutbild, Transaminasen, Kreatinin, Harnstoff, Blutzucker.
- ❖ Erfassung der regelmäßig eingenommenen Medikamente und Drogen, um Wechselwirkungen auszuschließen.

2 DURCHFÜHRUNG

- ❖ PEP so früh wie möglich beginnen: optimal innerhalb der ersten 2 Stunden, gut innerhalb der ersten 24 Stunden, spätestens nach 48 Stunden. Ob eine PEP bis zu 72 Stunden nach dem Risiko noch sinnvoll sein kann, ist umstritten.
- ❖ Standard-Dauer: 28 oder 30 Tage
- ❖ Standard-Medikation: Kombinationstherapie mit **Tenofoviridisoproxil/Emtricitabin 200/245mg 1x1 (Truvada® oder Generikum) plus einem Integrase-Inhibitor**
- ❖ a) **Raltegravir (Isentress®) 400mg 2x1**
- ❖ b) **Raltegravir (Isentress®) 600mg 1x2**
- ❖ c) **Dolutegravir (Tivicay®)* 50mg 1x1**

* Dolutegravir sollte bei Frauen, die schwanger sind oder während der PrEP schwanger werden könnten, wegen möglicher Fehlbildungen (Neuralrohrdefekte) beim Fötus nicht eingesetzt werden.

Bei Vorliegen weiterer Informationen (z.B. negativer HIV-Test des Partners_der Partnerin, Resistenzen bei Partner_in) kann eine begonnene PEP auch vorzeitig abgebrochen oder verändert werden.

3 KOSTENERSTATTUNG

Wenn eine PEP erforderlich ist, um »eine absehbare Erkrankung zu verhüten«, so ist nach §23 Abs. 1 Nr. 3 in Verbindung mit §31 SGB V »die Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung gegeben« (Schutzimpfungsrichtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses: www.g-ba.de).

PEP-Leitlinie der Deutschen AIDS-Gesellschaft:
www.daignet.de

SITUATIONEN, NACH DENEN EINE PEP EMPFOHLEN ODER ANGEBOTEN WERDEN SOLL:

VAGINAL- ODER ANALVERKEHR OHNE KONDOM

→ mit bekannt HIV-positiven Sexualpartner_innen

Viruslast > 1000/ml oder nicht bekannt oder ohne ART	✓ PEP empfehlen
Viruslast = 50-1000/ml	✓ PEP anbieten
Viruslast < 50/ml	× Keine PEP

→ mit einem_einer Partner_in mit unbekanntem HIV-Serostatus

Partner_in ist MSM oder bisexuell oder aktiv i.v. Drogen gebrauchend oder aus Hochprävalenzregion (z.B. Subsahara-Afrika)	✓ PEP anbieten
Partner_in ist heterosexuell	× Keine PEP

VAGINAL- ODER ANALVERKEHR MIT KONDOM

× Keine PEP

ORALVERKEHR MIT ODER OHNE KONDOM

× Keine PEP

VERGEWALTIGUNG

× Keine generelle Indikation
(Nach individueller Risikoabschätzung)



SOFORTMASSNAHMEN NACH EINER HIV-EXPOSITION (Grundlage: Deutsch-Österreichische Leitlinie zur HIV-PEP, 2018 [16])

Sperma im Mund	→ Ausspucken! Falls Ejakulat tief im Rachen: schlucken	→ Mundhöhle fünfmal kurz (je 15 Sek.) mit Wasser spülen	Keine HIV-PEP-Indikation
Blut/Sperma auf der Haut			
Stichverletzung mit altem Blut (z.B. Kanüle in Sandkasten)	→ Bluten lassen Nicht quetschen	→ Waschen mit Wasser und Seife	Besteht Schutz gegen Hepatitis B? Ggf. Impfung
Stich-/Schnittverletzung mit frischem Blut			
Blutspritzer oder Sperma im Auge		→ Ausspülen mit Leitungswasser	PEP-Indikation durch Arzt/Ärztin klären. HIV-Test. Optimaler Start der PEP innerhalb 2 h, gut innerhalb 24 h, max. 72 h
Vaginal- oder Analverkehr ohne Kondom	→ Vaginal- oder Analspülung wird NICHT empfohlen (fehlende Daten)	→ Penis: Vorhaut und Eichel unter fließendem Wasser mit Seife waschen. Keinen Druck ausüben! Urinieren!	
Gemeinsamer Gebrauch von Spritzbestecken beim Drogenkonsum			

SYPHILIS (LUES)



Schmerzbarer Primäraffekt bleibt oft unentdeckt

Bei Syphilis immer auch an HIV denken!

EPIDEMIOLOGIE

2018 gab es über 7.332 gemeldete Infektionen. Etwa 85 Prozent der Meldungen mit Angaben zum Infektionsweg entfielen auf Männer, die Sex mit Männern haben (MSM) [17].

ÜBERTRAGUNG

Infektiös ist der intensive Kontakt mit dem Primäraffekt bzw. mit den Haut- und Schleimhautveränderungen (1. und 2. Stadium). Treponemen sind gewebeständige Bakterien – sie werden beim Sex aus dem infizierten Gewebe »herausgerieben«, die Übertragung benötigt »Druck«. Neben Vaginal- und Analverkehr ist der Oralverkehr ein effektiver Übertragungsweg.

SYMPTOME UND LOKALISATION

Unbehandelt verläuft eine Syphilis typischerweise in drei Stadien, wobei die unten genannten Symptome auftreten können, aber nicht müssen.

1. Stadium (Primäraffekt, wenige Tage bis Wochen nach der Übertragung): Hirsekorn-großes, schmerzloses/schmerzarmes Geschwür an der Eintrittspforte; oft unerkannt (z.B. intravaginal, intraanal, oral). Lymphknotenschwellung. Nach 2–6 Wochen bildet sich der Primäraffekt zurück.

2. Stadium (Systemisches Stadium; meist 4 bis 10 Wochen nach der Infektion): Fieber mit Müdigkeit, Appetitlosigkeit, Kopf- und Gelenkschmerzen, Nachtschweiß, Lymphknotenschwellungen, nicht juckender und nicht nässender, manchmal schuppender fleckiger oder linsenförmiger Ausschlag (insbesondere an Rumpf, Handflächen und Fußsohlen). Mehrfach wiederkehrende Krankheitsepisoden bis ca. zwei Jahre nach der Infektion. Spätlatenz: Phase ohne Symptome, mitunter lebenslang, manchmal aber auch nur wenige Monate. In etwa 30 % der Fälle Spontanheilung.

3. Stadium (Jahre oder Jahrzehnte nach der Infektion): Am und im Körper auftretende, gummiartig verhärtete Knoten (Gummen), Befall von Leber, Herz, Magen, Blutgefäßen, Skelett und Gelenken sowie des zentralen Nervensystems. Entwicklung einer Neuro-Lues (geistiger Verfall). Heutzutage nur noch sehr selten auftretend.

DIAGNOSTIK

- ❖ **Suchtest:** Serologisch (z.B. TPHA, TPPA), reagiert auch nach Ausheilung positiv (Serumnarbe).
- ❖ Bei sichtbarem Ulcus oder anderen Epithel-läsionen ist auch ein Abstrich und NAAT (Nukleinsäurenachweis) möglich.
- ❖ **Bestätigungstest:** Erfolgt im Labor aus gleicher Blutprobe (z.B. FTA-Abs, IgM/IgG Elisa oder IgM/IgG Western Blot).
- ❖ **Aktivitätstest:** Lipoidantikörper und/oder treponemenspezifisches IgM. Die Unterscheidung, ob eine behandlungsbedürftige (aktive) Syphilis oder eine alte (ausgeheilte oder austherapierte) Syphilis vorliegt, wird i.d.R. vom Labor vorgenommen und kann v.a. bei Reinfektionen schwierig sein.

- ❖ Aktivitätstests dienen auch zur Beurteilung des Therapieerfolgs bzw. des Therapieverlaufs.
- ❖ Bei neurologischen/psychiatrischen Symptomen und Verdacht auf NeuroLues: Lumbalpunktion.
- ❖ Da Syphilis-Erreger und HIV häufig gemeinsam übertragen werden, sollte bei einer Syphilis-Diagnose auch ein HIV-Test angeboten werden (und vice versa).

THERAPIE

Frühsyphilis (< 1 Jahr): Benzathin-Penicillin einmalig 2,4 Mio I.E. i.m. (gluteal li/re jeweils 1,2 Mio). Alternativen bei Allergie: Ceftriaxon 2 g i.v. über 10 Tage oder Doxycyclin 2 x 100 mg über 14 Tage.

Spätsyphilis (> 1 Jahr oder unbekannte Dauer): Benzathin-Penicillin, 2,4 Mio I.E. für 3 Wochen an den Tagen 1, 8 und 15 (gluteal li/re jeweils 1,2 Mio). Alternativen bei Allergie: Ceftriaxon 2 g i.v. über 10 bis 14 Tage oder Doxycyclin 2 x 100 mg p.o. über 28 Tage oder Erythromycin 4 x 500 mg p.o. über 28 Tage.

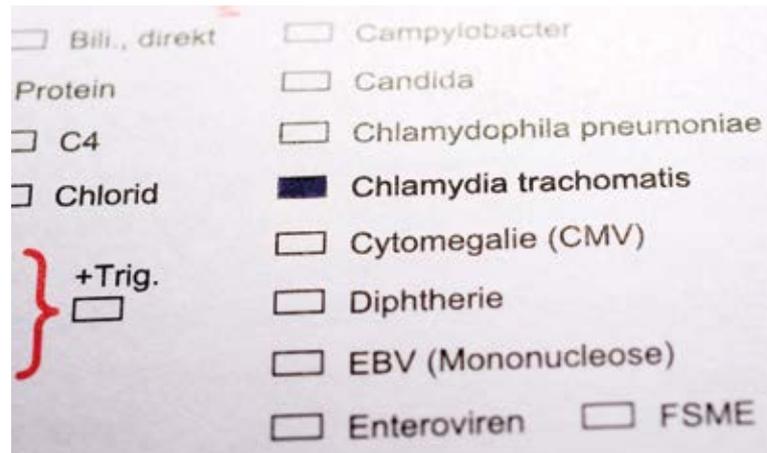
SYPHILIS NACH GESCHLECHT



DIAGNOSEJAHR

Quelle: Abfrage SurfStat (www.rki.de 04.06.2018)

GONOKOKKEN- UND CHLAMYDIEN-INFEKTION



EPIDEMIOLOGIE

Chlamydien (CT): Häufigste bakterielle STI, vermehrtes Vorkommen bei Frauen und Männern unter 25 Jahren. Generell verursacht durch *Chlamydia trachomatis* der Serotypen D–K. Eine Besonderheit ist *Chlamydia trachomatis* der Serotypen L1, L2 und L3, hier spricht man vom Lymphogranuloma venereum (LGV). Diese bislang extrem seltene Tropenkrankheit ist in den letzten Jahren gehäuft in Europa bei Sexarbeiterinnen und Sexarbeitern sowie bei Männern nachzuweisen, die Sex mit Männern haben.

Gonorrhö (GO): Nach den Chlamydien die zweithäufigste bakterielle STI. Gehäuftes Vorkommen bei Sexarbeiterinnen und Männern, die Sex mit Männern haben. Infektion im Rachen ist selbstlimitierend (max. 8 Wochen), Dauer der Infektion im Rektum wahrscheinlich Monate. In ca. 10–50 % der Fälle liegt zusätzlich zur Gonorrhö eine Chlamydien-Infektion vor.

ÜBERTRAGUNG

Eine Infektion ist bei allen sexuellen Praktiken möglich, bei denen es zu direktem Kontakt mit infektiösen Schleimhäuten kommt (Vaginal-, Anal- und Oralverkehr). Auch eine Übertragung vom Rachen auf die männliche Harnröhre beim Oralverkehr ist möglich (und vice versa), ebenso eine Infektion der Bindehaut mit Gonokokken (Gonoblenorrhoe).

SYMPTOME UND LOKALISATION

Besiedelt werden Schleimhäute von Rachen, Harnröhre, Scheide und Enddarm. Im Rachen und Rektum fast immer symptomlos (Ausnahme

LGV), beide Lokalisationen sind daher stille Reservoir für die Erreger. Urethral verlaufen Chlamydieninfektionen beim Mann zu ca. 50 %, bei der Frau zu ca. 75 % symptomlos. Gonokokkeninfektionen führen beim Mann in den meisten Fällen nach wenigen Tagen zu den »klassischen« Symptomen Brennen, Jucken, Schmerzen beim Wasserlassen; bei der Frau häufiger symptomlos.

DIAGNOSTIK

Erststrahlurin und/oder Abstrich (rektal/anal, pharyngeal, urethral, vaginal). Die sensitivste Methode ist der Nukleinsäurenachweis (kombinierte NAAT für CT/GO). Ergänzend Kultur- und Resistenzbestimmung. Chlamydien-Screening (1 x jährlich) als GKV-Leistung für junge Frauen bis zum vollendeten 25. Lebensjahr.

THERAPIE

Gonorrhö: Kombinationstherapie Ceftriaxon 1,0 g (i.v./i.m.) + Azithromycin 1,5 g p.o. einmalig. Die GO-Therapie wirkt somit auch gegen Chlamydien (Azithromycin).

Chlamydien: Doxycyclin 2 x 100 mg p.o. für 7 Tage, bei LGV für 21 Tage. Alternativ (2. Wahl) Azithromycin 1,5 g p.o. einmalig bzw. bei LGV 1,5 g an Tag 1, 8 und 15 oder Erythromycin 4 x 500 mg p.o. über 3 Wochen.

Therapiekontrolle mit NAAT bei Gonokokken zur Vermeidung falsch positiver Befunde frühestens 2 Wochen und bei Chlamydien (intrazellulär) frühestens 8 Wochen nach Therapiestart (hoch sensitive NAAT weist sonst abgestorbene Bakterien als positiven Befund nach).

»Rachentripper«:
Eine Gonorrhö-Übertragung ist auch beim Oralverkehr möglich.

Bei der Behandlung von STIs auch an die Partner_innen denken!

Weiterführende Informationen: Leitfaden STI-Therapie der Deutschen STI-Gesellschaft: www.dsti.de

ABLAUF DER HIV/STI-DIAGNOSTIK

Vor Durchführung eines HIV-Tests erfolgt ein Beratungsgespräch. Da viele Menschen nicht wissen, dass es bei allen Tests eine »diagnostische Lücke« gibt, ist es wichtig, auf diese Tatsache am Anfang der Anamnese einzugehen. Liegen keine oder unspezifische Symptome vor, gilt es über eine Sexual- und Risikoanamnese zu klären, welche Diagnostik durchgeführt werden soll (siehe Kapitel »Sexualanamnese« [S. 13f.] HIV [S. 15ff.], Gonokokken/Chlamydien [S. 26] und Syphilis/Lues [S. 24f.]).

Für die Durchführung eines HIV-Tests bedarf es einer ausdrücklichen Einwilligung des Patienten_ der Patientin. Eine schriftliche Einwilligung ist nicht erforderlich. Sollten Patient_innen einen anonymen Test wünschen, kann auf die anonymen Testangebote der Aidshilfen und Gesundheitsämter verwiesen werden.

Bei erhöhtem Risiko wird eine HIV/STI-Routineuntersuchung alle drei bis sechs Monate empfohlen (siehe hierzu die AWMF-Leitlinie der Deutschen STI-Gesellschaft [16] unter www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/059-006.html).

Menschen, die intravenös Drogen konsumieren, sowie Migrant_innen aus Hepatitis-C-Hochprävalenzgebieten (z.B. Ägypten, Pakistan, zahlreiche afrikanische und asiatische Länder) sollte zusätzlich eine HCV-Serologie angeboten werden.

KOSTENERSTATTUNG DURCH GKV

Ergibt die Sexualanamnese ein erhöhtes Risiko für das Vorliegen einer HIV-Infektion oder einer anderen sexuell übertragbaren Infektion, erfolgt eine risikoadaptierte Labordiagnostik. Die Erstattung der Kosten für eine Untersuchung auf HIV und andere sexuell übertragbare Infektionen ist eine Regelleistung der GKV. Für diagnostische Maßnahmen, die meldepflichtige Infektionserkankungen betreffen, gelten eigene Laborziffern. Der HIV-Antikörpertest oder ein direkter Virusnachweis (z. B. bei Verdacht auf eine akute HIV-Infektion) können deshalb über die EBM-Kennziffer 32006 sogar außerhalb des üblichen Laborbudgets abgerechnet werden.

Im Weiteren gelten folgende Abrechnungsziffern:

Bei erhöhtem HIV-Übertragungsrisiko: Testung alle 3-6 Monate

HIV/STI-DIAGNOSTIK IN DER GEBUHRENORDNUNG

	EBM	GOÄ
HIV-Antikörper und p24-Ag	32575	4395
HBV-Core-Antikörper	32614	4393
HBV-Surface-Antikörper	32617	4381
HCV-Antikörper	32618	4406
Chlamydia-trachomatis-DNA, -RNA	32826	4253
Neisseria-gonorrhoeae-NAAT	32836	4524
Lues-Antikörper, TPPA und TPHA (IgG/IgM)	32566	4232



Schutzimpfung bei
sexuell aktiven MSM
empfohlen

HPV-IMPfung

STIKO-Empfehlung:

- Mädchen und Jungen zwischen 9 und 17 Jahren (GKV erstattungsfähig) sowie (nach Indikationsstellung) auch junge Frauen und Männer, die noch keine Impfung hatten und bisher nicht oder kaum HPV-exponiert waren (Kostenerstattung möglich, Vorab-Anfrage bei der Krankenkasse sinnvoll).

HEPATITIS-A-IMPfung

STIKO-Empfehlung:

- Personen mit »Sexualverhalten mit hoher Infektionsgefährdung« (z.B. Analverkehr, Kontakt mit Kot).
- Personen mit beruflichem Risiko.

HEPATITIS-B-IMPfung

STIKO-Empfehlung (Auszug):

- Personen mit »Sexualverhalten mit hoher Infektionsgefährdung«.
- Personen, bei denen wegen bestehender oder zu erwartender Immundefizienz bzw. -suppression oder wegen bestehender Erkrankung ein schwerer Verlauf einer He-

patitis-B-Erkrankung zu erwarten ist, z.B. HIV-Positive oder Hepatitis-C-Infizierte.

- Personen mit beruflichem Risiko.
- Personen mit erhöhtem Expositionsrisiko, z.B. intravenös Drogen Gebrauchende, Gefängnisinsassen, ggf. Patient_innen psychiatrischer Einrichtungen.

Sexuell aktive MSM sollten vor Hepatitis A und B geschützt sein – entweder durch eine Impfung oder durch eine durchgemachte Erkrankung. Prüfen Sie den Impfstatus und bieten Sie ggf. eine Schutzimpfung oder eine Auffrischungsimpfung an.

Auch Hepatitis C kann für homosexuelle Männer ein Thema sein: Die überwiegende Mehrzahl der in den letzten Jahren dokumentierten Fälle von wahrscheinlich sexuell übertragener Hepatitis C betrifft Männer, die Sex mit Männern haben. Im Hintergrund stehen oft verletzungsträchtige Sexpraktiken wie das »Fisten« oder die gemeinsame Benutzung von Spritzen beim »Chemsex« (Gebrauch von Drogen zum Sex).

UMGANG MIT HIV-PATIENT_INNEN IN DER ARZTPRAXIS

Bei frühzeitiger Diagnose und Behandlung mit antiretroviralen Medikamenten haben Menschen mit HIV heute eine annähernd normale Lebenserwartung bei guter Lebensqualität, und Aids lässt sich fast immer vermeiden. Ein positives Testergebnis bedeutet heute also die Diagnose einer chronischen, gut behandelbaren Erkrankung. Geblieben ist jedoch das soziale Stigma der Infektion. Irrationale Ängste vor Ansteckung führen nach wie vor dazu, dass Menschen mit HIV ausgegrenzt werden – ob bei der Partnersuche, am Arbeitsplatz, in der Schule oder im Kindergarten. Menschen mit HIV brauchen heute vor allem gesellschaftliche Unterstützung: durch den Abbau von Diskriminierung und durch individuellen Beistand bei der Bewältigung von Ausgrenzungserfahrungen. Sie als Ärztin oder Arzt können durch offenen und einfühlsamen Umgang mit HIV-positiven Patient_innen hierzu beitragen.

Schon viele Menschen mit HIV mussten erleben, dass man ihr Recht auf Datenschutz und informationelle Selbstbestimmung im Rahmen der medizinischen Versorgung verletzt hat. Dabei gelten für den Datenschutz im Gesundheitswesen besonders strenge Richtlinien. Das – stillschweigende – Einverständnis der Patient_innen mit der Weiterleitung ärztlicher Befunde und sonstiger Daten an Dritte erstreckt sich nur auf diejenigen Beschäftigten, die notwendigerweise und unmittelbar mit ihnen befasst

sind – sei es in der Behandlung, Pflege oder Verwaltung. Von außen sichtbare Markierungen auf Krankenakten oder Krankenbetten, die auf den HIV-Status hinweisen, verstoßen gegen geltendes Datenschutzrecht.

SCUTZMASSNAHMEN, DESINFEKTION, HYGIENE

Die üblichen Maßnahmen zur Hygiene und zum Arbeitsschutz reichen zum Schutz vor HIV völlig aus, denn HIV ist im Vergleich zu anderen STI relativ schwer übertragbar.

Für die Behandlung von HIV-positiven Patient_innen bedarf es also keiner gesonderten Schutz-, Hygiene- oder Desinfektionsmaßnahmen (siehe RKI-Ratgeber HIV-Infektion/AIDS« [17]).

In der medizinischen Versorgung besteht ein HIV-Risiko nur bei Stich- oder Schnittverletzungen mit HIV-kontaminierten Instrumenten bzw. Injektionsbestecken und bei Benetzung offener Wunden und Schleimhäute mit HIV-haltigen Flüssigkeiten. In diesem Fall senken Sofortmaßnahmen sowie ggf. eine Postexpositionsprophylaxe das Ansteckungsrisiko (siehe Seite 21).

Bei erfolgreicher HIV-Therapie ist die »Viruslast« (Virenmenge) im Blut und den anderen Körperflüssigkeiten so gering, dass eine HIV-Übertragung auch bei Verletzungen kaum möglich ist.

Menschen mit HIV werden immer noch ausgegrenzt.

HIV: Keine gesonderten Schutzmaßnahmen nötig!

Weitere Informationen für medizinisches und pflegerisches Personal (z.B.) auch für Ihre Praxismitarbeiter_innen bietet die kostenlose Broschüre »Keine Angst vor HIV!« der Deutschen Aidshilfe.



NICHT ERFORDERLICHE MASSNAHMEN

Nicht erforderlich, aber diskriminierend sind Maßnahmen wie z.B.:

- Behandlung nur am Ende der Sprechzeit
- Sichtbare Warnhinweise in Patientenunterlagen (Dies ist ein Verstoß gegen den Datenschutz!)
- Behandlung in einem eigenen Behandlungsraum
- Tragen von zwei Paar Handschuhen
- Desinfektion der gesamten Flächen im Raum einschließlich des Fußbodens
- Gesondertes Reinigen von Geschirr oder Wäsche.

PRAXIS VIELFALT: GÜTESIEGEL FÜR LSBTIQ-FREUNDLICHE UND KULTURSENSIBLE ARZTPRAXEN



Die Deutsche Aidshilfe vergibt das Gütesiegel »Praxis Vielfalt« und zeichnet damit Arztpraxen und Ambulanzen mit besonderen Kompetenzen in der akzeptierenden und diskriminierungsfreien Behandlung von Menschen mit HIV und von LSBTIQ aus.

Mit dem PRAXIS-VIELFALT-Gütesiegel stärken Arztpraxen ihre Diversity-Kompetenz und erwerben Sensibilität im Umgang mit diesen Patientengruppen. In einem qualitätsgesicherten Teamprozess und auf Grundlage eines modernen Fortbildungscurriculums steigern sie ihr Wissen über diese Gruppen und gewinnen so mehr Handlungssicherheit im Praxisalltag.

Davon profitieren sowohl Patient_innen als auch das Praxis- und Behandlungsteam. Ein vorurteilsfreies Klima macht eine vertrauensvolle Kommunikation erst möglich, führt zu einer effizienteren Behandlung und fördert ein positives Verhältnis zwischen Ärzt_innen und Patient_innen.

Folgende Qualitätskriterien liegen dem Siegel zugrunde:

- ❖ Kenntnis und Berücksichtigung der Lebenswelten von Menschen mit HIV und LSBTIQ-Personen.
- ❖ Kenntnis von speziellen Angeboten für Menschen mit HIV und LSBTIQ-Personen vielfältiger kultureller und sprachlicher Hintergründe und Verweisungskompetenz.
- ❖ Sensibler Umgang mit Diagnosen und persönlichen Daten.

- ❖ Schaffung einer offenen und wertschätzenden Atmosphäre, in der alle Patient_innen die für sie wichtigen Themen auf gleicher Augenhöhe mit den Ärzt_innen ansprechen können.

DAS CURRICULUM

Um das Siegel zu erhalten, sollten möglichst viele derjenigen Mitarbeiter_innen das Curriculum durchlaufen, die Kontakt zu den Patient_innen haben. Der Zeitaufwand liegt bei ca. 1,5 Arbeitstagen über einen Zeitraum von 3–4 Monaten. Das Curriculum umfasst verschiedene Module für Ärzt_innen und für das Praxisteam. Die Arbeitseinheiten sind klar umrissen, leicht verständlich und abwechslungsreich. Genutzt werden z.B. Webinare, E-Learning und Gruppengespräche.

IHRE VORTEILE

- ❖ Der Erwerb des Gütesiegels bietet Ihnen einen attraktiven Ansatz zur prozessorientierten Qualitätsentwicklung. Sie stärken ihre Diversity-Kompetenzen und tragen dazu bei, Barrieren im Gesundheitswesen abzubauen.
- ❖ Patient_innen, die ein vorurteilsfreies, offenes und kultursensibles Klima vorfinden, sind selbst offener, fassen schneller Vertrauen und empfehlen die Praxis weiter.
- ❖ Eine offene und vertrauensvolle Kommunikation unter Berücksichtigung von Sprachbarrieren fördert eine gelungene Zusammenarbeit zwischen Ärzt_innen und Patient_innen und führt zu einer effizienteren Behandlung.

Das Projekt wird finanziert durch Mittel des AOK-Bundesverbands. Informationen unter www.praxis-vielfalt.de oder per Mail unter praxis-vielfalt@dah.aidshilfe.de.

QUELLENVERZEICHNIS

- [1] Meystre-Agustoni G, Jeannin A, de Heller K, Pécoud A, Bodenmann P, Dubois-Arber F. Talking about sexuality with the physician: are patients receiving what they wish? *Swiss Med Wkly* 2011; 141: w13178 (doi:10.4414/smw.2011.13178).
- [2] King M et al. 2008. A systematic review of mental disorder, suicide, and deliberate self harm in lesbian, gay and bisexual people. *BMC Psychiatry*. 2008 Aug 18;8:70. doi: 10.1186/1471-244X-8-70.
- [3] Sandfort TG, de Graaf R, Bijl RV, Schnabel P. 2001. Same-sex sexual behavior and psychiatric disorders: Findings from the Netherlands mental health survey and incidence study (NEMESIS). *Archives of General Psychiatry*. 2001, 58
- [4] Meyer I. H., Prejudice, Social Stress, and Mental Health in Lesbian, Gay, and Bisexual Populations: Conceptual Issues and Research Evidence, *Psychological Bulletin*, Vol. 129, No. 5, 2003, pp. 674-697
- [5] Robert Koch-Institut: Schätzung der Zahl der HIV-Neuinfektionen und der Gesamtzahl der Menschen mit HIV in Deutschland. *Epidemiologisches Bulletin* Nr. 46; 14. November 2019
- [6] Reckitt Benckiser Deutschland GmbH. Durex Global Sex Survey 2017. Auswertung der Frage "MQ27 What does 'having sex' mean to you?" Harris Interactive. URL: <https://www.rb.com/de/>
- [7] Zoufaly A, an der Heiden M, Marcus U, Hoffmann C, Stellbrink HJ, Voss L, Van Lunzen J und Hamouda O (2012): Late presentation for HIV diagnosis and care in Germany. *HIV Medicine* 13 (3): 172-181. Epub 07.11.2011. DOI: 10.1111/j.1468-1293.2011.00958.x.
- [8] Raben, D et al. HIV-Indikatorerkrankungen: Leitfaden zur Durchführung von HIV-Tests bei Erwachsenen in Einrichtungen des Gesundheitswesens. [HIV in Europe]. 2009. URL: <http://hiveurope.eu/Finalised-Projects/Guidance-HIV-Indicator-Conditions> [20.12.2016]
- [9] Hecht FM, Busch MP, Rawal B, et al. Use of laboratory tests and clinical symptoms for identification of primary HIV infection. *AIDS* 2002,16:1119-1129
- [10] GKV Spitzenverband. Bundesmantelvertrag-Anlage 33-HIV-Expositionsprophylaxe, URL: https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/aerztliche_versorgung/bundesmantelvertrag/anlagen_zum_bundesmantelvertrag/einzelne_anlagen_zum_bmv/bmv_anlage_33_hiv.jsp (18.12.2019)
- [11] Cohen MS, Chen YQ, McCauley M, et al. Prevention of HIV-1 infection with early antiretroviral therapy. *N Engl J Med*. 2011 Aug 11;365(6):493-505.
- [12] Beschluss des Bewertungsausschusses https://institut-ba.de/ba/babeschlussse/2019-08-14_ba441_3.pdf
- [13] Deutsche Arbeitsgemeinschaft niedergelassener Ärzte in der Versorgung HIV-Infizierter e.V.
- [14] Cohen MS, McCauley MS, Gamblec TR. HIV treatment as prevention and HPTN 052. *Curr Opin HIV AIDS*. 2012 Mar;7(2):99-105.
- [15] Deutsche AIDS Gesellschaft. Deutsch-Österreichische Leitlinien zur Postexpositionellen Prophylaxe der HIV-Infektion Update 2018. WMF-Register-Nr.: 055/004. [Leitlinien für Diagnostik und Therapie der HIV-Infektion]. 2018. URL: <https://daignet.de/site-content/hiv-therapie/leitlinien-1/> [abgerufen am 29.10.2018]
- [16] S1-Leitlinie 059/006: STI/STD-Beratung, Diagnostik und Therapie. Deutsche STI-Gesellschaft (DSTIG), Robert Koch-Institut (RKI), Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen (LZG). AWMF-Register Nr. 059/006 [Leitlinien-Detailansicht STI/STD-Beratung]. 2015. URL: <http://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/059-006.html> [05.10.2016]
- [17] Robert-Koch-Institut, RKI-Ratgeber HIV-Infektion/AIDS. URL: https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Merkblaetter/Ratgeber_HIV_AIDS.html [12.11.2018]
- [18] Trans*: Hinweise für Ärzt_innen, Psycholog_innen, Therapeut_innen und andere Berufsgruppen aus dem Gesundheitswesen. URL: http://www.transinterqueer.org/download/Publikationen/triq_infobroschuere_medizinpsych_berufe.pdf. [abgerufen am 12.11.2018]
- [19] TrIQ; IVIM; OII-Deutschland. INTER*: Hinweise für Ärzt_innen, Psycholog_innen, Therapeut_innen & andere medizinische Berufsgruppen. URL: http://www.transinterqueer.org/download/Publikationen/InterSensibroschuere_2013.pdf. [12.11.2018]
- [20] Robert Koch-Institut. Syphilis in Deutschland im Jahr 2017. Anstieg von Syphilis-Infektionen bei Männern, die Sex mit Männern haben, setzt sich weiter fort. *Epidemiologisches Bulletin* 15. November 2018 / Nr. 46.

REGISTER

A

Adressen für Beratung	36
Aidsdefinierende Erkrankungen	17
Ärztefortbildung.....	34

C

Checkliste: Sexualanamnese	31
Chlamydien.....	26

E

EBM-Ziffer HIV-Test.....	27
--------------------------	----

F

Frage-Typen	6
-------------------	---

G

Geschlechtliche Identität	7
Geschlossene Fragen	6
Gesprächsabschluss.....	14
Gesprächsführung	6, 12
Gonokokken/Gonorrhoe.....	26
Gütesiegel für Arztpraxen.....	30

H

HIV/Aids.....	15ff, 27
HIV-Postexpositionsprophylaxe (PEP).....	22f
HIV-Präexpositionsprophylaxe (PrEP)	19f
Homosexualität.....	7, 8
Humanes Papillomavirus (HPV)	28

I

Impfungen	28
Impressum.....	2
Indikatorerkrankungen (HIV)	17
Inkludierende Gesprächsführung.....	11
Inter*	9

K

Kommunikationstraining	34
Kondome	19
Kostenerstattung Diagnostik.....	27

L

Late-Presenter.....	16
Literatur	32, 34
LSBTIQ	7

M

MSM.....	7, 8
----------	------

O

Offene Fragen.....	6
--------------------	---

P

Patientenbogen.....	31
PEP	22f
PPP-Sexualanamnese.....	13f
Prävention.....	13, 19
Praxis Vielfalt	30
PrEP	19f

Q

Quellenverzeichnis	32
--------------------------	----

R

Risikoanamnese	13f
Routine-Check	27

S

Safer Sex	19
Schutz durch Therapie	19
Schutzimpfungen.....	28
Schutzmaßnahmen Arztpraxis.....	29
Selbstauskunftsbogen für Patient_innen.....	31
Sensible Ansprache	7
Sexualanamnese.....	13f
Sexualität und Sprache	12
Sexuelle Orientierung.....	7
Spätdiagnosen.....	16
Syphilis/Lues.....	24f

T

Testergebnismitteilung	16
Trans*.....	9

U

Umgang mit HIV-Patient_innen.....	29
-----------------------------------	----

W

Wartezimmergestaltung	10
-----------------------------	----

ÄRZTEFORTBILDUNG »LET'S TALK ABOUT SEX!«/LITERATUR

Die Deutsche Aidshilfe e.V. bietet in Kooperation mit der Deutsche Arbeitsgemeinschaft niedergelassener Ärzte in der Versorgung HIV-Infizierter e.V. (dagnä), der DSTIG (Deutsche STI-Gesellschaft e.V.), der DAIG (Deutsche AIDS-Gesellschaft e.V.) sowie der BZgA (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung) ein evaluiertes Fortbildungsprogramm für Ärztinnen und Ärzte an.

Es handelt sich dabei um Inhouse-Veranstaltungen für ärztliche Qualitätszirkel, Kongresse, Kliniken und Universitäten. Dauer: 90 Minuten bis 6 Stunden, je nach Wunsch. Das Projekt wird vom Verband der Privaten Krankenversicherungen e.V. (PKV) unterstützt, die Seminare sind für die Teilnehmenden kostenlos.

MODULE:

- ❖ Methoden der Gesprächsführung (zu Fragen der Sexualität, zu HIV/STI-Übertragungswegen und zum Schutz)
- ❖ Umgang mit HIV in der Arztpraxis
- ❖ Frauen, Sexualität und HIV/STI
- ❖ Sexualität im Alter
- ❖ Party- und Sexdrogen

KONTAKT:

Deutsche Aidshilfe e.V.
Silke.Eggers@dah.aidshilfe.de
Silke Eggers
Tel. (030) 690087-88

Weitere Informationen:
www.hiv-sti-fortbildung.de



LITERATUR

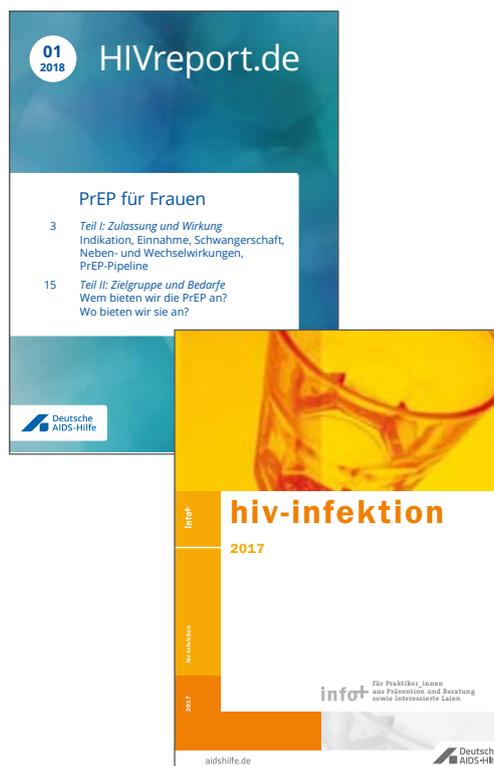
DEUTSCHE AIDSHILFE E.V.

❖ **HIV-Report:** Das kostenlose Medium erscheint mehrmals im Jahr und fasst neue wissenschaftliche Erkenntnisse zu HIV, anderen STI und Virushepatitiden zusammen. Der Schwerpunkt liegt auf Übertragung, Prävention und Diagnostik. Mit Newsletter-Funktion, zu finden auf der Internetseite: www.hivreport.de

❖ **Broschüren:** Über www.aidshilfe.de → Infothek → Material bestellen können Sie sich einen Überblick über unsere Broschüren verschaffen, die zum großen Teil auch als PDF-Dateien heruntergeladen werden können.

BUNDESZENTRALE FÜR GESUNDHEITLICHE AUFKLÄRUNG

❖ Sexuell übertragbare Krankheiten; Präventionsmappe (Text und Bildtafeln zur Information und Beratung für Menschen verschiedener Kulturen), zu finden unter: www.bzga.de



MEDIZIN

Diagnostik und Therapie sexuell übertragbarer Infektionen:

Deutsche STI-Gesellschaft
www.dstig.de

Diagnostik und Therapie der HIV-Infektion sowie Leitlinien zu PEP und PrEP:

Deutsche AIDS-Gesellschaft
www.daignet.de

Europäische Behandlungsstandards für HIV und Hepatitis:

European AIDS Clinical Society
www.eacsociety.org

BERATUNGSANGEBOTE

Allgemeine Informationen sowie Adressen aller relevanten Beratungsstellen:
www.aidshilfe.de

Bundesweite Telefonberatung der Aidshilfen: 0180 33 19411*

Montag bis Freitag
von 9.00 bis 21.00 Uhr
Samstag und Sonntag
von 12.00 bis 14.00 Uhr

*9 Cent/Minute aus dem deutschen Festnetz, maximal 42 Cent/Minute aus deutschen Mobilfunknetzen.

Bundesweite Onlineberatung der Aidshilfen: www.aidsberatung.de

Telefonberatung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA):
01805 555 444*

Montag bis Donnerstag
von 10.00 bis 22.00 Uhr,
Freitag bis Sonntag
von 10.00 bis 18.00 Uhr.

*14 Cent/Minute aus dem deutschen Festnetz, maximal 42 Cent/Minute aus deutschen Mobilfunknetzen.

SELBSTHILFENETZWERKE

Für Menschen mit HIV, allgemein:
www.buddy.hiv

Für heterosexuelle Menschen mit HIV:
www.hetero.aidshilfe.de

Für HIV-positive Migrant_innen:
www.hiv-migration.de/netzwerke

Für Substituierte und (ehemalige) Drogengebrauchende:
www.jes-bundesverband.de