



ÄRZTLICHE SEXUALANAMNESE (HIV/STI)

- …❖ Diagnostik und Therapie von HIV/STIs
- …❖ PrEP, PEP und Prävention
- …❖ Umgang mit HIV in der ärztlichen Versorgung

IMPRESSUM

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

REDAKTION

Irene Dause
Silke Eggers
Jonas Hamm
Mirja Leibnitz
Nadja Feldmeier
Armin Schafberger
Holger Sweers
Leon Steffen Taubert

TEXTE

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

GESTALTUNG/SATZ

Nora Lorz Design

FOTOS

iStock.com/traveler1116 (Umschlag)
iStockphoto.com: S. 13 SDI Productions
#1342134434 ; S.30 gorodenkoff #1757616516;
S.35 Nadzeya Haroshoka #2207279837
Renate Chueire/DAH (S. 23, 24, 26, 27, 28))

DRUCK

Königsdruck Printmedien
und digitale Dienste GmbH
3. Auflage, 2025 Bestellnummer: 026123

SPENDEN FÜR DIE DAH

Deutsche Aidshilfe e.V.
IBAN: DE27 1005 0000 0220 2202 20
BIC: BELADEBEXXX
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.

Let's talk about Sex – »HIV/STI-Prävention und Beratung in der ärztlichen Praxis« ist ein Projekt der Deutschen Aidshilfe in Kooperation mit dem Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG) und dem Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. (PKV) .



Verband der Privaten
Krankenversicherung



Bundesinstitut für
Öffentliche Gesundheit

INHALT

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
Schutzimpfungen/Prophylaxe	28
Umgang mit HIV-Patient*innen in der Praxis.....	31
Let's talk about Sex!-Kommunikation über Sexualität in der ärztlichen Praxis.....	32
Gendergerechter Patient*innenbogen	33
Quellverzeichnis.....	34
Weitere Fortbildungsmöglichkeiten/Literatur und Medien.....	36
Register	37
Weitere Informationen und Verweisungsangebote	38

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. sich nicht zuordnen, verwenden wir in dieser Broschüre das Gendersternchen (z. B. Ärzt*innen, Patient*innen).

Bei den Bezeichnungen trans* und inter* 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 Geschlechtserleben nicht (nur) 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, STIs) werden oft nicht erkannt, weil Symptome unspezifisch sind oder Sexualität und sexuelle Gesundheit in der Kommunikation zwischen Ärzt*innen sowie 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 {5}.

Vor allem heterosexuelle Männer und 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 unterschiedliche 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« – Weitere Informationen sowie aktuelle Termine unter: www.hiv-sti-fortbildung.de.



Bundesinstitut für
Öffentliche Gesundheit



Verband der Privaten
Krankenversicherung

Ein Projekt der Deutschen Aidshilfe in Kooperation mit dem Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BfÖG) und dem Verband der privaten Krankenversicherung e.V. (PKV)

Sowie in enger Zusammenarbeit mit DAGNÄ, DAIG, DSTIG und dem Kompetenznetz HIV/AIDS



Deutsche Arbeitsgemeinschaft
ambulanter tätiger Ärztinnen und Ärzte für
Infektionskrankheiten und HIV-Medizin e.V.



GESPRÄCHE ÜBER SEXUALITÄT FALLEN SELTEN LEICHT

Die meisten Patient*innen wünschen aktiv angesprochen zu werden.

Offene Fragen bieten sich für einen Gesprächseinstieg an.

Gespräche über Sexualität fallen in den meisten Situationen nicht leicht. Hiervon ist auch die Kommunikation zwischen Ärzt*innen sowie 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 verstehtbar 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.

In der Regel entstehen Gespräche über Sexualität in der ärztlichen Praxis dann, wenn Patient*innen über spezifische Beschwerden berichten. In einer vertrauensvollen Ärzt*in-Patient*in-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 geäußerter Wunsch der*des Patient*in (»Ich wollte mal wegen einer Freundin fragen ...«)
- ❖ Verdacht oder 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, Betablocker, 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, evtl. werden nicht alle benötigten Informationen gegeben. 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?« – »Mögen Sie mir erzählen was passiert ist?«

»Was wissen Sie über Schutzmöglichkeiten vor HIV?«

»Welche Art von sexuellen Kontakten hatten Sie?«

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.

SEXUELLE ORIENTIERUNG, GESCHLECHTLICHE IDENTITÄT UND GESUNDHEIT

Wie die hier wohl über Schwule und Lesben denken?« oder »Ob ich mich hier als trans* Person oute – oder erst mal lieber nichts sagen?«: Solche oder ähnliche Fragen stellen sich queere Menschen in sozialen Situationen immer wieder, auch in Arztpraxen und Kliniken. Menschen mit nicht-heterosexueller Orientierung, trans* und inter* Personen sowie nicht-binäre 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).

Die sexuelle Orientierung einer Person beschreibt zu welchem Geschlecht oder Geschlechtern sich diese sexuell und/oder romantisch hingezogen fühlt.

Unter geschlechtlicher Identität versteht man die eigene Wahrnehmung und das eigene Empfinden der Zugehörigkeit zu einem oder auch mehreren/keinen Geschlechtern. Dies kann, muss aber nicht mit dem bei der Geburt zugeschriebenem Geschlecht übereinstimmen.

Homo- oder Bisexualität ist keine Krankheit und deshalb seit über 30 Jahren aus den Klassifikationen für psychiatrische Erkrankungen in der »International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems« (ICD) gestrichen.

Auch transgeschlechtliches Erleben ist keine Krankheit und trans* Personen kämpfen seit Jahren um gesellschaftliche Anerkennung und Entpathologisierung. In der ICD-11, die seit 1.1.2022 international gilt, wurde Transsexualität durch den Begriff »Geschlechtsinkongruenz« ersetzt und ist nicht mehr als psychische Störung klassifiziert. Sie wird nun als ein Zustand im Zusammenhang mit sexueller Gesundheit behandelt und nicht mehr als »Störung der Geschlechtsidentität«. Diese Änderung soll Stigmatisierung reduzieren und den Zugang zu gesundheitlicher Versorgung sicherstellen.

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 Aus-

grenzung. Die Folge sind negative Auswirkungen auf die 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 Gesamtbevölkerung [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. 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:

- Gibt es auf dem Patient*innenbogen die Möglichkeit, die eigene sexuelle Orientierung oder geschlechtliche Identität anzugeben, oder bilden die Fragen nur die »heterosexuelle Norm« ab?
- Was für Plakate und Broschüren finden sich im Wartezimmer?
- Sind die Fragestellungen meiner Ärzt*innen so, dass eine Offenheit für unterschiedliche sexuelle Identitäten und Lebensweisen zu erkennen sind?
- Wurde in der Praxis schon mal über Patient*innen getuschelt, die nicht den heteronormativen Vorstellungen entsprachen?

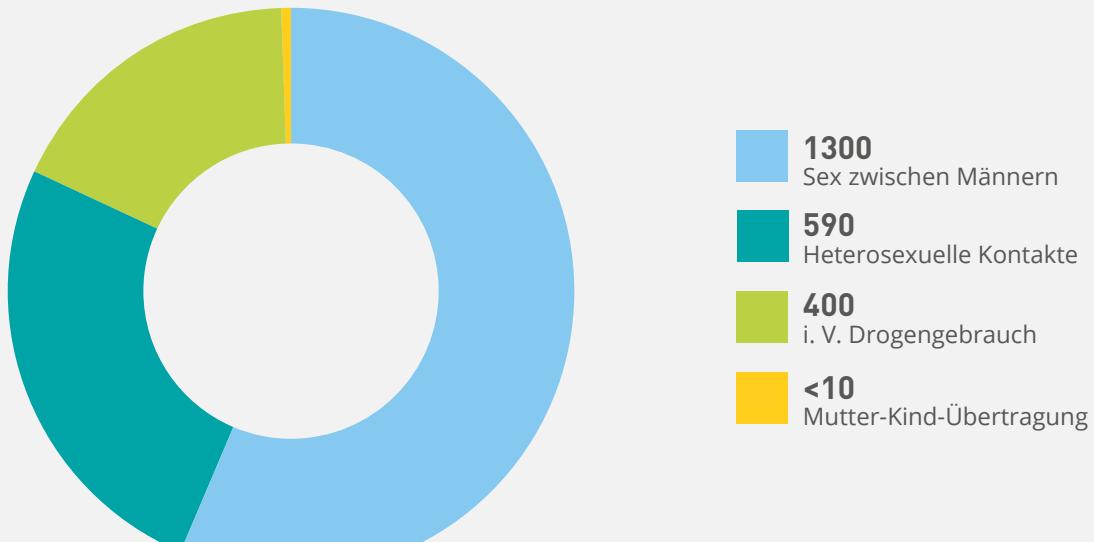
Erleben Menschen in ärztlicher Versorgung eine Akzeptanz ihres Lebensstils, ist der wesentliche Schritt für eine Beratung zu Fragen der Sexualität und zu sexuell übertragbaren Infektionen getan.

Ein Beispiel, welche Fragen in einem Patientenbogen eingebaut werden könnten, findet sich auf Seite 33 dieser Broschüre.

»Minority-Stress« durch Erfahrungen von Diskriminierung und Abwertung

HIV NEUINFEKTIONEN 2024 NACH INFektionsweg

(Schätzung des RKI)



Quelle: RKI 2025 [5]

MÄNNER, DIE SEX MIT MÄNNERN HABEN

Mehr als 90 % aller Syphilis-Infektionen entfallen auf Männer. Die meisten davon auf 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 (STIs) 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/STIs. 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 »Partydrogen« und Chemsex¹ 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, queere Personen sowie regionale Aidshilfen.

¹ Unter »Chemsex« versteht man umgangssprachlich die Einnahme von Drogen beim Geschlechtsverkehr. Bewusstsein verändernden Substanzen wie Crystal, Mephedron, GHB etc. werden dabei zur Steigerung der Lust und Enthemmung beim Sex genutzt. Ursprünglich wurde der Begriff in der schwulen/queeren Szene geprägt.

TRANS*

»Trans*« ist ein Oberbegriff für alle Menschen, die sich nicht (nur) mit dem ihnen bei der Geburt zugeschriebenen Geschlecht bzw. der damit verbundenen Geschlechterrolle identifizieren.

Dies sind beispielsweise trans* Frauen (Frauen, die bei der Geburt den Geschlechtseintrag "männlich" erhalten hatten), trans* Männer (Männer, die bei der Geburt den Geschlechtseintrag "weiblich" erhalten hatten), aber auch Menschen, die sich geschlechtlich nicht verorten (lassen) möchten, z.B. nicht-binäre Menschen. Das Sternchen* schafft den Raum für verschiedene Identitäten wie beispielsweise trans-ident, transgender oder nicht-binär. Entscheidend ist dabei letztendlich selbstverständlich immer die Selbstbezeichnung der betreffenden Person.

Viele trans* Personen gleichen ihren Körper mittels Hormonen und/oder chirurgischer Eingriffe an und/oder wählen den Weg der offiziellen Vornamens- und/oder Personenstandsänderung.

Nach dem Selbstbestimmungsgesetz (SBGG) kann seit Sommer 2024 in Deutschland eine Personenstandsänderung, d. h. eine Änderung des Geschlechtseintrags und/oder der Vornamen erfolgen. Zuerst muss die Änderung beim Standesamt schriftlich angemeldet werden, anschließend ist nach einer Frist von drei Monaten eine persönliche Erklärung zur Eintragung möglich.

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 die gewünschte Anrede und der verwendete Vorname Ihrer Auffassung nach nicht zusammenpassen, bemühen Sie sich bitte dennoch darum, dem Wunsch Ihrer Patient*innen nachzukommen.

Machen Sie gegebenenfalls einen Vermerk in Ihrer Datenbank, um zu gewährleisten, dass die Person auch bei zukünftigen Terminen und von allen Mitarbeitenden entsprechend angesprochen wird.

Informationen für trans* Personen und Fachpersonen bietet u. a. der Verein Bundesverband Trans* (www.bundesverband-trans.de). Hier finden Sie unter Mitgliedsorganisationen auch eine Karte und die Adressen regionaler Anlaufstellen bundesweit.

Broschüren zu
Trans* und Inter*
für Ärzt*innen vom
BVT und TRIQ e.V.
[16,17]



KÖRPERLICHE UNTERSUCHUNGEN VON MENSCHEN MIT TRANS* ODER INTERGESCHLECHTLICHER IDENTITÄT

Vergeschlechtlichte Körperteile / 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 genau, was Sie tun, ggf. mit Erklärungen, warum das notwendig ist. Fragen Sie die Patient*innen, ob Sie Körperteile anfassen dürfen, und holen Sie sich aktiv das Einverständnis dazu ein.

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*innengruppe sehr belastend oder retraumatisierend sein.

INTERGESCHLECHTLICHKEIT

Vertiefende Infos
gibt es beim
Bundesverband
»Intergeschlecht-
liche Menschen e.V.
(www.im-ev.de).

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 chromosomal 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. Intergeschlechtlichen Erwachsenen wird aufgrund einer möglichen Vererbung der Intergeschlechtlichkeit oft von einer Schwangerschaft abgeraten. 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 Ärzt*innenbesuche sogar konsequent und nehmen lieber schwere Leiden in Kauf. Nehmen Sie es daher wertschätzend zur Kenntnis, wenn sich ein inter* 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 Patient*innenbogen 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, Patient*innenverfügung 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 (DAH) und dem Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG). Bestellungen online: www.aidshilfe.de sowie www.bioeg.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 www.praxis-vielfalt.de).



HINWEISE FÜR EINE INKLUDIERENDE GESPRÄCHSFÜHRUNG

- ☞ Gewöhnen Sie sich an, ihre Fragen so zu stellen, dass eine Partnerschaft sowohl mit Frauen als auch Männern oder nicht-binären Personen 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. Dasselbe gilt für Frauen die Sex mit Frauen haben. 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 den Kontext stellen und 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 Sexualpartnerinnen oder -partner hatten.«** Diese Aussage signalisiert zudem, dass Sie als Ärzt*in die Möglichkeit von gleichgeschlechtlichem Sex, von Vielfalt in der Sexualität und von wechselnden Partner*innen in Betracht ziehen und Ihrem Gegenüber ein Angebot zum Gespräch und zur Gesundheitsvorsorge machen.
- ☞ Unterscheiden Sie zwischen Ihrem persönlichen und Ihrem professionellen Interesse. Denken Sie beispielsweise bei trans*/inter* 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, stellen Sie Ihre Fragen in den Kontext** und überlegen Sie sich, ob Sie dieselben Fragen bei anderen Patient*innen ebenso stellen würden.

PATIENTEN 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*e Ärzt*in ihre Ärztin sie zum Sexuelleben befragt

90,9%
möchten, dass ihr*e Ärzt*in sie auf Sexualität anspricht

15,0%
ist das Thema peinlich

76,2%
der Personen, denen ein solches Arzt*in-Patient*in Gespräch eigentlich peinlich ist, würde ein Gesprächsangebot des Arztes/der Ärztin trotzdem befürworten

SEXUALANAMNESE

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

- ① Situations-Check
- ② Kontext herstellen
- ③ Hinweise zur Vertraulichkeit
- ④ Risikoanamnese
- ⑤ Gesprächsabschluss

① SITUATIONS-CHECK

- Bin ich gerade offen für das Thema?
- Habe ich/hat der*die Patient*in ausreichend Zeit?
- Ist der Ort für das Gespräch angemessen?

② 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 gern einige persönliche Fragen stellen. Ist das für Sie in Ordnung?«

Befragungen zeigen, dass sich die Mehrheit aller Patient*innen wünscht, dass ihr*e Ärzt*in ihnen aktiv ein Gespräch zu Fragen der Sexualität anbietet. Unabhängig von den Symptomen einer STI 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?«

③ HINWEISE ZUR VERTRAULICHKEIT

Informieren Sie Patient*innen darüber, dass alle Gesprächsinhalte der ärztlichen Schweigepflicht unterliegen und welche Informationen Sie in der Patient*innenakte 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 alle Mitarbeiter*innen in der Praxis sensibel mit Themen der sexuellen und geschlechtlichen Vielfalt wie Homosexualität oder Trans* umgehen können. Medizinische Fachangestellte sind oft diejenigen, mit denen die Patient*innen zuerst Kontakt haben. Alle zusammen tragen Sie dazu bei, dass ihre Patient*innen sich akzeptiert fühlen.



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 Vaginalverkehr. 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 die Sie sonst nicht nutzen würden.
- 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« des Bundesinstituts für Öffentliche Gesundheit (BIÖG). Das Webportal www.zanzu.de bietet in 14 Sprachen leicht verständliche und zum Teil mit Grafiken unterstützte Informationen zu sexueller und reproduktiver Gesundheit. Die Webseite kann zur Klärung von Sprachbarrieren im Ärzt*in-Patient*in-Gespräch oder auch von Patient*innen allein genutzt werden.



4 HIV/STI-BEZOGENE SEXUALANAMNESE/ RISIKOANAMNESE

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

- Ungefähreres Datum des letzten Sexualkontakte 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 Menschen dem binären Muster von Männlichkeit und Weiblichkeit folgen und um

trans* und inter* Personen zu inkludieren, kann eine neutrale Formulierung hier passender sein.
»Hatten Sie Sex mit unterschiedlichen Personen?«

- HIV-Serostatus und ggf. Behandlungsstatus der Partner*innen. Wenn der*die Partner*in HIV-positiv ist, die Viruslast aber durch eine antiretrovirale Therapie unterhalb der Nachweisgrenze liegt, besteht kein HIV-Übertragungsrisiko beim Sex!

*»Wissen Sie, ob eine*r Ihrer Partner*innen schon einmal eine sexuell übertragbare Infektion hatte?«*

»Wurde die Infektion behandelt?«

»Sind auch Sie untersucht und behandelt worden?«

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

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 Ärzt*in-Patient*in-Beziehung sinnvoll sein, gelegentlich nachzufragen, ob sich am Lebensstil etwas geändert hat.

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.

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

Drogenkonsum bedingt erhöhtes Risiko

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 STIs einschließlich HIV anzubieten.

Weitere Maßnahmen:

- Anamnese des Impfstatus bei impfpräventablen STIs (Hepatitis A/B, HPV, Mpox)
- Information darüber, dass HIV bei einer Virenmenge 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, AKUELLEN HIV-ÜBERTRAGUNGSRISIKO

- vor bis zu 48 (72) Stunden: Post-Expositionsprophylaxe anbieten. Ob eine PEP bis zu 72 Stunden noch sinnvoll sein kann ist umstritten. (siehe Seite 22).
- innerhalb der letzten sechs Wochen: Gibt es Hinweise auf eine akute HIV-Infektion? Wenn ja, dann ist zusätzlich zum Kombinationssuchtest (4. Generation/Labortest) ein Nukleinsäurenachweis (NAAT/PCR) zu erwägen.
- vor über sechs Wochen: Kombinationssuchtest (4. Generation/Labortest)

5 GESPRÄCHSABSCHLUSS

- Beratungsinhalte am Ende des Gesprächs kurz zusammenfassen.
 - Einfühlungsvermögen in die Situation zeigen und Zuversicht vermitteln. Keinen Druck in Richtung Verhaltensänderung ausüben: Patient*innen entscheiden selbst, ob und welche Präventionsmaßnahmen sie annehmen.
 - Vereinbarung treffen, wie das Testergebnis übermittelt werden soll.
 - Weiterführende Angebote machen und/oder auf Informations- und Beratungsangebote (zum Beispiel von Aidshilfen oder Queeren Beratungsstellen) 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 die Person einfach noch nicht der richtige Zeitpunkt. Verweisen Sie darauf, dass Sie das Gespräch gern – falls gewünscht – zu einem späteren Zeitpunkt noch einmal aufnehmen können.

EPIDEMIOLOGIE

- In Deutschland lebten Ende 2024 ca. 97.700 Menschen mit HIV. Das Robert-Koch-Institut schätzt, dass davon ca. 8.200 Menschen noch nicht von ihrer HIV-Infektion wissen [5].
- In Deutschland gab es 2024 etwa 2.300 Neuinfektionen, davon entfallen 1.800 auf Männer, 510 auf Frauen.
- knapp 57% der Neuinfektionen entfallen auf Männer, die Sex mit Männern haben, 26% gehen auf heterosexuelle Kontakte zurück, 17% auf intravenösen Drogenkonsum [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 STIs empfohlen.

ÜBERTRAGUNG

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

- Häufigstes Risiko: Anal- und Vaginalverkehr ohne Kondom/internes Kondom¹ 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.²
- Wirksam antiretroviral behandelte Menschen mit HIV sind nicht infektiös.

- Eine Mutter-Kind-Übertragung kann durch eine rechtzeitige Behandlung der Mutter während der Schwangerschaft (sowie bei mehr 50 HIV-Kopien/ml durch eine Postexpositionsprophylaxe beim Neugeborenen) verhindert werden. Bei erfolgreicher antiretroviraler Therapie der Mutter sind vaginale Geburten und Stillen möglich.

KRANKHEITSVERLAUF AKUTE HIV-INFektION

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 fehldiagnostiziert.

Grippeähnliche Symptomatik bleibt oft unerkannt

- Häufige Symptome bei Erwachsenen: 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/ μ l und/oder bei Auftreten aidsdefinierender Erkrankungen (siehe Seite 17).

¹ auch als »Femidom« bekannt, ² laut Deutsch-Österreichische Leitlinie zur medikamentösen Postexpositionsprophylaxe (PEP) nach HIV-Infektion besteht daher auch KEINE Indikation für eine PEP nach Oralverkehr, selbst bei Aufnahme von Sperma nicht.

Der sichere Ausschluss einer HIV-Infektion mit Antikörpertest ist 6 Wochen nach einem Risikokontakt möglich

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

Kosten des HIV-Tests werden von Krankenkassen übernommen

Extrabudgetäre Abrechnung über EBM-Kennziffer 32006 außerhalb des üblichen Laborbudgets

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.

SUCHTEST

- … Kombinationstests (Antikörpertests der 4. Generation) weisen sowohl Antikörper (gegen HIV-1 und HIV-2) als auch Antigen p24 (HIV-1) nach. Einsetzbar sind sie 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 nach 6 Wochen möglich. Bei Schnell- oder Selbsttests gilt eine diagnostische Lücke von 12 Wochen.
- … Ein direkter Virusnachweis (Nukleinsäurenachweis/NAAT) als Suchtest 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.

BESTÄTIGUNGSTEST

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

- … Beim Immunoblot/Western Blot werden verschiedene Antikörper gegen HIV dargestellt, z. B als Fraktionen (Banden). Spätestens drei Monate nach der Infektion (Abschluss Serokonversion) haben sich alle Banden im Western Blot vollständig ausgebildet.
- … Der direkte Virusnachweis (Nukleinsäurenachweis/NAAT) bestätigt ebenfalls die HIV-Infektion. Es gilt zu berücksichtigen, dass sowohl bei einer seltenen HIV-2-Infektion (in Deutschland ca. 0,5 % aller Infektionen) als auch im seltenen Fall eines Elite-Controllers (mit Viruslast unter der technischen Nachweisgrenze) ein HIV-1-NAAT negativ sein kann. Bei Verdacht auf HIV-2 wird dann eine HIV-2-NAAT durchgeführt. Das bestätigte, positive Testergebnis wird vom Labor nichtnamentlich an das RKI gemeldet. Das Labor löst die Meldung aus, sie wird von den einsendenden Ärzt*innen ergänzt.

KOSTENERSTATTUNG

- … Kostenerstattung durch die GKV, wenn Symptome oder eine 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 des fortgeschrittenen Immundefekts diagnostiziert, die Hälfte davon bereits mit aidsdefinierenden Erkrankungen. [5, 7]. In diesen Fällen ist die HIV-Behandlung aufgrund häufig vorliegender begleitender Infektionen und des Immunrekonstitutionssyndroms (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. Gleichermaßen gilt für aidsdefinierende Erkrankungen, die bereits auf einen schweren Immundefekt hinweisen.



SYMPOTOME

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

FIEBER

HAUTAUSSCHLAG

ORALE ULCERA

ARTHRALGIE

PHARYNGITIS

APPETITVERLUST

GEWICHTSVERLUST

ALLGEMEINE ABGESCHLAGENHEIT

MUSKELSCHMERR-ZEN (MYALGIE)

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 Anamnesegepräch, 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.

INFJEKTIONSKRANKHEITEN:

- ➡ 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, Mpox)

ALLGEMEINSYMPOTOME/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

MALIGNE ERKRANKUNGEN:

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

Quelle: [8,9]

GESCHÄTZTER ANTEIL DER MENSCHEN MIT HIV IN DEUTSCHLAND

HIV INFektION



97.700
Menschen leben
in Deutschland mit HIV

HIV DIAGNOSTIZIERT



92 % (89.600)
Menschen mit HIV
wurden bereits diagnostiziert

HIV NICHT DIAGNOSTIZIERT



8 % (8.200)
Menschen wissen noch
nichts von ihrer HIV-Infektion
bzw. wurden noch
nicht diagnostiziert

Quelle: RKI 2025 (5)

THERAPIE

Die Deutsch-
Österreichischen
Leitlinien zur
Therapie der
HIV-1-Infektion
finden sich unter
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 mindestens zwei oder drei Substanzen unterschiedlicher Wirkklassen wie z. B. Integrase-Inhibitoren (II), Nukleosidische Reverse-Transkriptase-Inhibitoren (NRTI), Nichtnukleosidische Reverse-Transkriptase-Inhibitoren (NNRTI), Protease-Inhibitoren (PI), Entry-Inhibitoren oder Capsid-Inhibitoren.
- Therapiebeginn: Je früher, desto besser! Zahlreiche 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).
- Die Therapie erfolgt meist durch orale Medikation (1 x täglich). Seit 2020 steht auch eine Zweifachkombination zur Verfügung, die alle 2 Monate intramuskulär verabreicht wird. Ein weiteres Medikament wirkt nach subkutaner Gabe für 6 Monate. Es wurde in Europa 2022 für die Therapie und 2025 für die PrEP (s.u.) zugelassen, ist in Deutschland aber nicht auf dem Markt.
- Weiter erforscht werden langwirksame orale Medikamente (die z. B. eine Woche wirken) sowie weitere intramuskulär oder subkutan lang wirksame Medikamente sowie Antikörper.
- 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.

HIV-PRÄEXPOSITIONS-PROPHYLAXE (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 und verfügbar: 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 zulasten der GKV verordnet werden [10].

Seit 2025 ist mit Lenacapavir (Handelsname Yeytuo) eine HIV-PrEP in Europa zugelassen (wenn auch bisher nicht auf dem Markt), die nur noch alle 6 Monate subkutan injiziert werden muss. Yeytuo ist besser als TDF/FTC auch für andere Gruppen als MSM in Studien erforscht (Frauen, trans* Personen). Dass Yeytuo in Deutschland auf den Markt kommt, ist unwahrscheinlich.

Die EBM-Ziffern 01920 bis 01922 (Beratung, Einleitung und Kontrolle der PrEP) können nur von Vertragsärzt*innen berechnet werden, die über eine Genehmigung der KV gemäß Anlage 33 zum Bundesmantelvertrag- Ärzte [10] verfügen. Für den Antrag bei der KV müssen bestimmte Kriterien erfüllt sein: (Kompetenz, Hospitation, Fortbildungspunkte, praktische Erfahrung). Diese 2019 erstmals formulierten Kriterien wurden 2024 abgeändert, um die Teilnahme von Ärzt*innen an der PrEP-Versorgung zu erleichtern (z. B. Reduktion der Hospitation- und Fortbildungsstunden) Weitere Informationen unter www.kbv.de.

Die privaten Krankenkassen haben (Stand November 2025) keine einheitliche Regelung. Für Selbstzahlende (Privatrezept) kosten die günstigsten Generika ca. 50 €/Monat.

FÜR WEN PREP IN FRAGE KOMMT

Im Bundesmantelvertrag [10] zur PrEP ist aufgeführt, für wen die PrEP verordnungsfähig ist. Das deckt sich mit den Empfehlungen der Deutsch-

Österreichischen-PrEP-Leitlinien {19}: 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; Sexarbeitende; 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 Selbst-einschätzung 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 (annähernd 100 %) vor einer HIV-Übertragung.

Die HIV-PrEP mit 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 sollte vor Beginn einer PrEP eine Hepatitis-B-Diagnostik und ggf. eine Hep B-Schutzimpfung erfolgen.

EINNAHMESCHEMATA

Die PrEP-Tabletten werden täglich eingenommen. Zu unterscheiden ist zwischen einer kontinuierlichen PrEP und einer »anlassbezogenen« PrEP rund um Risiken. Bei der kontinuierlichen PrEP wird das Medikament über einen langen Zeitraum (Monate, Jahre) eingenommen – solange man sich vor HIV schützen will. Bei der anlassbezogenen PrEP (»PrEP bei Bedarf«) erfolgt die Einnahme lediglich für einige Tage, wenn man seine Risiken eingrenzen und »planen« kann.

PrEP-Start:

Die Europäische Aids-Gesellschaft (European AIDS Clinical Society, EACS) informiert in ihren Leitlinien (<https://eacs.sanfordguide.com/en/eacs-hiv/art/eacs-pre-exposure-prophylaxis>) darüber, dass die Wirksamkeit der anlassbezogenen PrEP in klinischen Studien zwar nur

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

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

für Männer, die Sex mit Männern haben, und trans* Frauen evaluiert wurde, sie aber für andere Gruppen (z. B. Frauen oder Menschen, die Drogen intravenös konsumieren) durch Studien zur Pharmokinetik bzw. Pharmakodynamik gestützt wird. Auch die britischen Leitlinien von 2025³ und die Deutsche Aidshilfe vertreten diese Position.

Um den PrEP-Beginn möglichst einfach zu machen, empfiehlt die Deutsche Aidshilfe daher allen Nutzenden, die PrEP mit einer Doppeldosis = 2 Tabletten auf einmal frühestens 24 Stunden bis spätestens 2 Stunden vor dem ersten möglichen HIV-Kontakt zu beginnen.

PrEP-Schutzphase:

Im Zeitraum mit einem HIV-Risiko 1 Tablette täglich, alle 24 h (+/- 2 h)

PrEP-Beenden (Stopp):

Nach dem letzten HIV-Risiko als Schutzabsicherung weiterhin 1 Tablette täglich für

- … 2 Tage bei Analverkehr (eindringend und aufnehmend) und bei eindringendem Vaginal-/ Neovaginalverkehr.
- … 7 Tage bei aufnehmenden Vaginal-/ Neovaginalverkehr

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 HIV-Kombinations-suchtest und ggf. zusätzlich HIV-NAAT. 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.

Weitere Informationen: Leitlinie der Deutschen AIDS-Gesellschaft zur HIV-PrEP [19]



PRÄVENTION / »SAFER SEX«



KONDOM



SCHUTZ DURCH
THERAPIE



PREP

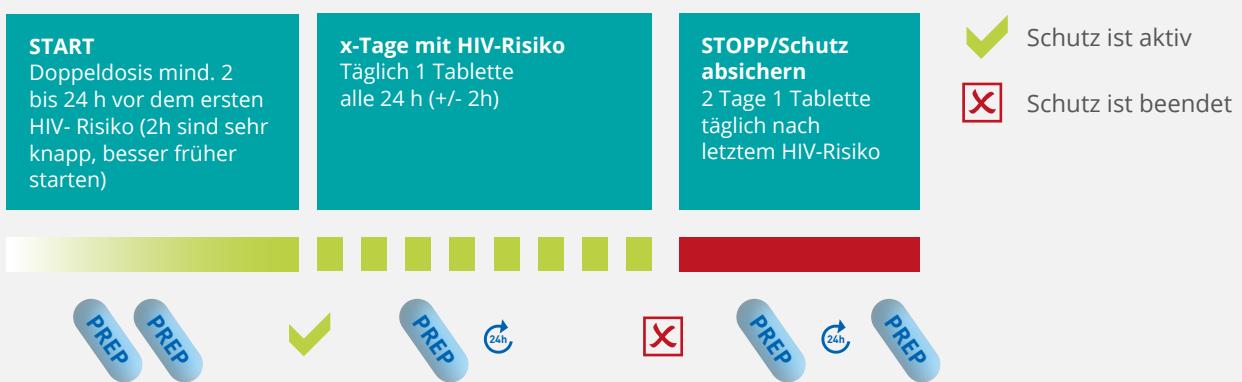
Um das Risiko einer HIV-Übertragung auf sexuellem Wege zu verhindern, gibt es drei Strategien, die unter dem Begriff »Safer Sex« zusammengefasst werden.

- … Verwendung von Kondomen
(bieten auch einen eingeschränkten Schutz vor anderen sexuell übertragbaren Infektionen.)
- … Schutz durch Therapie = bei wirksamer antiretroviraler Behandlung
(N = N: Nicht nachweisbar = nicht übertragbar!) [13,14]
- … Prä-Expositions-Prophylaxe (PrEP) = vorsorgliche Einnahme eines HIV-Medikaments von HIV-negativen Personen zur Verhinderung einer HIV-Infektion

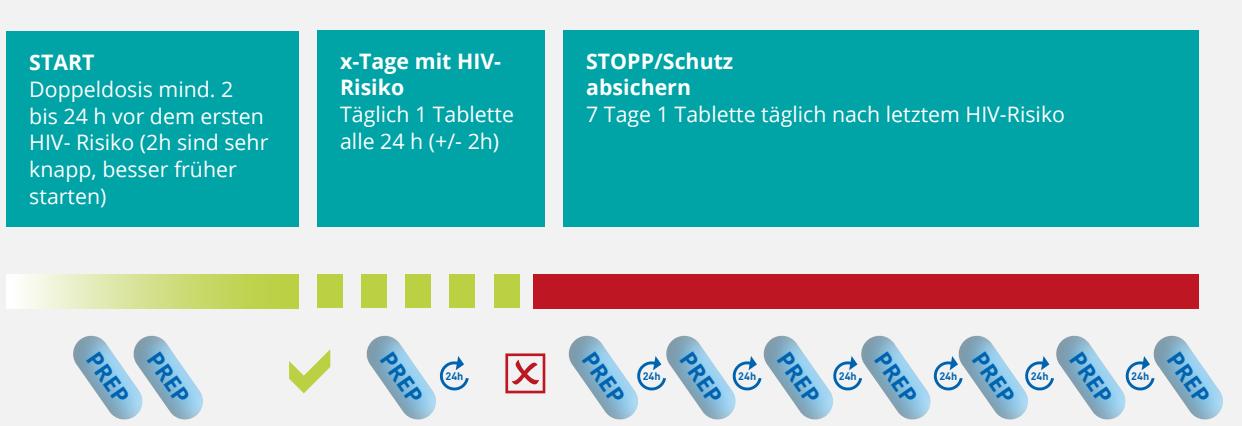
³ BASHH/BHIVA: Guideline on the Use of HIV Pre-exposure Prophylaxis (2025), online als PDF abrufbar unter https://www.bashh.org/_userfiles/pages/files/files/prep_2025.pdf; siehe dazu: <https://magazin-hiv/magazin/neue-britische-leitlinien-hiv-prep-juli-2025/>. ⁴ Die Deutsch-Österreichischen Leitlinien von 2024 erwähnen den Start der PrEP mit einer Doppeldosis nur im Zusammenhang mit MSM und weist darauf hin, dass es sich beim Schema der anlassbezogenen PrEP um einen Off-Label-Gebräuch handele. Auf der Basis von Studien zu Medikamentenkonzentrationen werde davon ausgegangen, dass in der Koproktschleimhaut am 3. Tag und im weiblichen Genital am 7. Tag nach Beginn der Einnahme einer kontinuierlichen PrEP eine ausreichende Schutzwirkung gegeben sei.

PREP-EINNAHMESCHEMATA

Für eindringenden Sex und aufnehmenden Analverkehr



Für aufnehmenden Vaginalverkehr oder Neovaginalverkehr



HIV-POSTEXPOSITIONSPROPHYLAXE (PEP)

Eine Postexpositionsprophylaxe (PEP) mit antiviralen 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. [13]

SOFORTMASSNAHMEN BEI EXPOSITION

Nach jeder HIV-Exposition sollen zunächst die folgenden Sofortmaßnahmen unverzüglich in der nachfolgenden Reihenfolge eingeleitet werden:

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

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 POST-EXPOSITIONS- PROPHYLAXE

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 STIs (z. B. Lues-Serologie) und 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 ein PEP-Beginn zwischen 48 und 72 Stunden nach dem Risiko noch sinnvoll sein kann, ist umstritten.
- … Standard-Dauer: 28 oder 30 Tage

- … **TDF/FTC + RAL (Raltegravir)**
- … **TDF/FTC + DTG (Dolutegravir)**
- … **TAF/FTC + BIC (Bictegravir)**

TDF=Tenovoviridisoproxil, TAF=Tenovoviralafenamid, * Bei Schwangerschaft sollten TAF/FTC und BIC nicht verwendet werden.

Bei Vorliegen weiterer Informationen (z. B. negativer HIV-Test des* der Partner*in, 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« (Schutzzimpfungsrichtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses: www.g-ba.de).

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

VAGINAL- ODER ANALVERKEHR OHNE KONDOM

⇒ mit bekannt HIV-positiven Sexualpartnerinnen und -partnern	
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
VAGINAL- ODER ANALVERKEHR MIT KONDOM	✗ Keine PEP
ORALVERKEHR MIT ODER OHNE KONDOM	✗ Keine PEP
VERGEWALTIGUNG	PEP anbieten (nach ungeschütztem Anal- oder Vaginalverkehr)



SOFORTMASSNAHMEN NACH EINER HIV-EXPOSITION (Grundlage: Deutsch-Österreichische Leitlinie zur HIV-PEP, 2022, {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			⇒ Besteht Schutz gegen Hepatitis B? Ggf. Impfung
Stichverletzung mit altem Blut (z.B. Kanüle in Sandkasten)	⇒ Bluten lassen Nicht Quetschen	⇒ Waschen mit Wasser und Seife	
Stich-/Schnittverletzung mit frischem Blut			⇒ PEP-Indikation durch Ärzt*in klären. HIV-Test. Optimaler Start der PEP innerhalb 2 h, gut innerhalb 24 h, max. 72 h
Blutspritzer oder Sperma im Auge		⇒ Ausspülen mit Leitungswasser	
Vaginal- oder Analverkehr ohne Kondom	⇒ Vaginal- oder Anal-spülung wird NICHT empfohlen (fehlende Daten)	⇒ Penis: Vorhaut und Eichel unter fließendem Wasser mit Seife waschen. Kein Druck ausüben! Urinieren!	⇒ Hepatitis B und Hepatitis C Test
Gemeinsamer Gebrauch von Spritzbestecken bei Drogenkonsum			⇒ Ggf. Hepatitis B Impfung

SYPHILIS (LUES)



EPIDEMIOLOGIE

2024 gab es über 9.519 gemeldete Infektionen. Der Frauenanteil lag bei 7,6 %, der Männeranteil bei 92,2 %, mit der Geschlechtsangabe »divers« wurden knapp 0,2 % gemeldet.

Betrachtet man die Infektionswege, so sind ca. 82 % der Meldungen auf Sex zwischen Männern zurückzuführen, 17,9 % auf heterosexuellen Transmissionsweg und acht Fälle (0,1 %) auf die vertikale Transmission (konnatale Syphilis). [18].

**Schmerzärmerer
Primäraffekt bleibt
oft unentdeckt.**

**Bei Syphilis immer
auch an HIV denken!**

1. Stadium (Primäraffekt, wenige Tage bis Wochen nach der Übertragung): hirsekorngroßes, 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 NeuroLues (geistiger Verfall). Heutzutage nur noch sehr selten auftretend.

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.

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: Lumbal-punktion.

- Da Syphilis-Erreger und HIV häufig gemeinsam übertragen werden, sollte bei einer Syphilis-Diagnose auch ein HIV-Test angeboten werden (und vice versa).

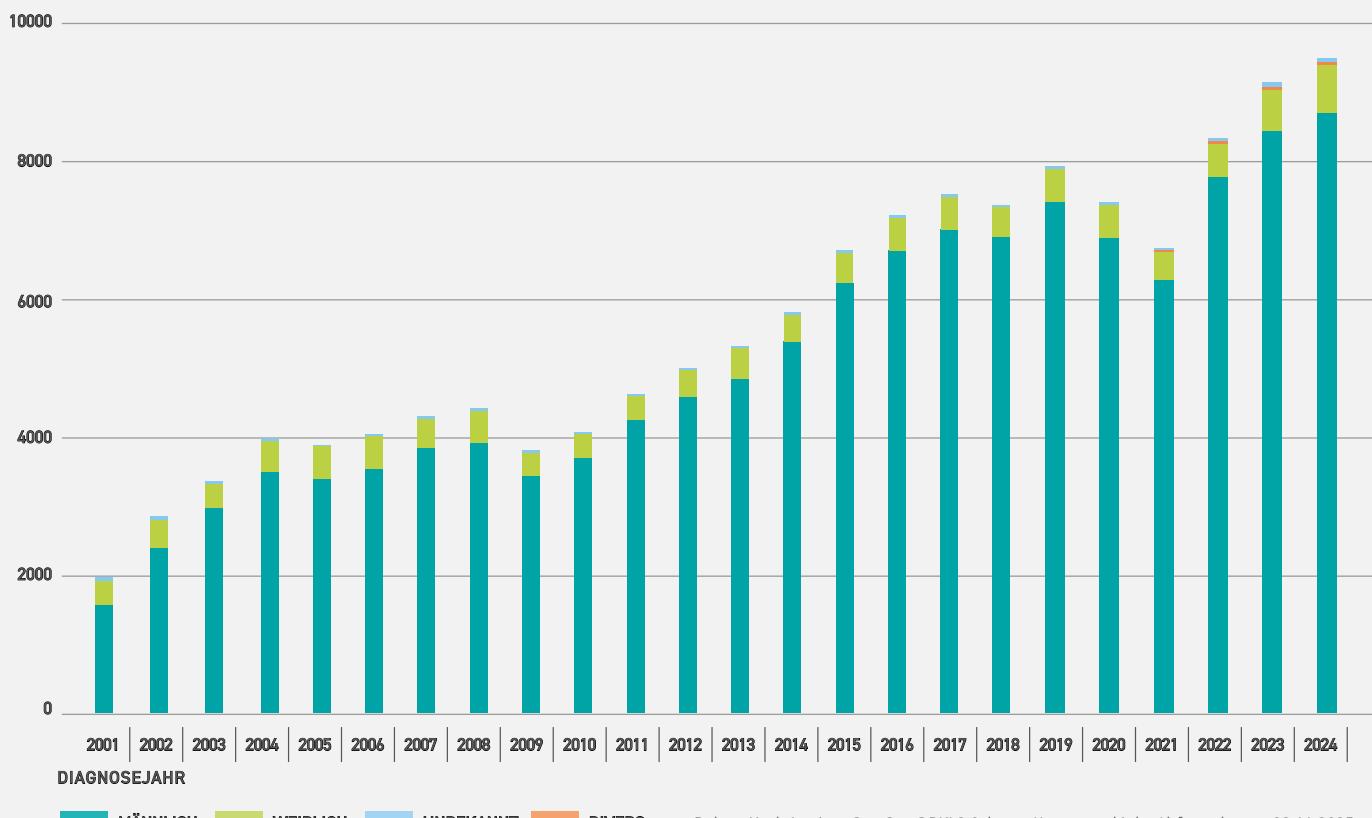
THERAPIE

Frühsyphilis (Dauer < 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. tgl. über 10 Tage oder Doxycyclin 2 x 100 mg p.o. über 14 Tage.

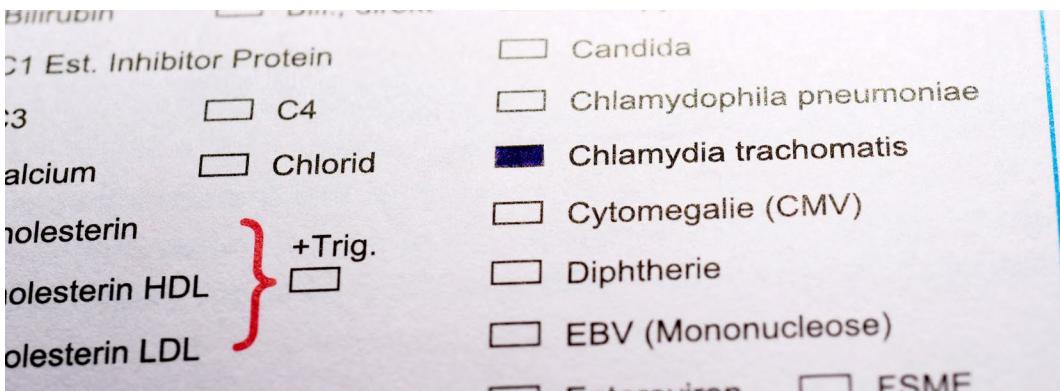
Spätsyphilis (> 1 Jahr oder unbekannte Dauer): Benzathin-Penicillin, 2,4 Mio I.E. 3 mal, d.h. an den Tagen 1, 8 und 15 (gluteal li/re jeweils 1,2 Mio). Alternativen (z. B. bei Allergie): Ceftriaxon 2 g i.v. tg. über 14 Tage oder Doxycyclin 2 x 100 mg p.o. tg. über 28 Tage

Achtung: Jarisch-Herxheimer-Reaktion: Ab Sex-kundärstadium kann zur Prophylaxe Prednisolon 1mg/kg KG p.o. oder i.v. 30-60 min vor erster Penicillingabe verabreicht werden.

SYPHILIS NACH GESCHLECHT



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 Sexarbeiter*innen sowie bei Männern nachzuweisen, die Sex mit Männern haben. Der Nachweis von LGV (Serotypen L1-3) ist seit September 2022 nicht-namentlich meldepflichtig (§7, Infektionsschutzgesetz), der Nachweis von Chlamydien der Serotypen D-K hingegen nicht.

»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.dstig.de

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 Chlamydienerkrankungen 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 (meist als kombinierte NAAT für CT/GO). Ergänzend Kultur- und Resistenzbestimmung. Chlamydienscreening (1 x jährlich) als GKV-Leistung für junge Frauen bis zum vollendeten 25. Lebensjahr.

THERAPIE

Gonorrhö: Kombinationstherapie Ceftriaxon 1-2 g (i.v./i.m.) einmalig + Azithromycin 1,5 g p.o. einmalig. Die GO-Therapie wirkt somit auch gegen Chlamydien (Azithromycin).

Chlamydien: Doxycyclin 2 x 100 mg tgl. 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 6 Wochen nach Therapiestart (hoch sensitive NAAT weist sonst abgestorbene Bakterien als positiven Befund nach).

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 Bindegewebe mit Gonokokken (Gonoblenorrhoe).

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. 12ff.] HIV [S. 15ff.], Gonokokken/Chlamydien [S. 26] und Syphilis/Lues [S. 24f.].

Für die Durchführung eines HIV-Tests bedarf es einer Einwilligung der Patient*innen. Eine schriftliche Einwilligung ist nicht erforderlich. Sollten Patient*innen einen anonymen Test wünschen, kann auf die anonymen Testangebote der Aidshilfen, Testprojekte wie Checkpoints und Gesundheitsämter verwiesen werden.

Bei erhöhtem Risiko wird – je nach Risikoeinschätzung – eine HIV-/STI-Routineuntersuchung alle drei bis zwölf Monate empfohlen.

Menschen, die intravenös Drogen konsumieren, sowie Migrantinnen und Migranten 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 Infektionserkrankungen betreffen, gelten eigene Laborziffern. Der HIV-Antikörpertest oder ein direkter Virusnachweis (z. B. bei Verdacht auf eine akute HIV-Infektion) und andere meldepflichtige STIs können deshalb über die EBM-Kennziffer 32006 sogar außerhalb des üblichen Laborbudgets abgerechnet werden.

*Bei erhöhtem HIV-Übertragungsrisiko:
Testung alle 3-12 Monate*

Im Weiteren gelten folgende Abrechnungsziffern:

	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

SCHUTZIMPFUNGEN/PROPHYLAXE



Schutzimpfung bei sexuell aktiven MSM empfohlen

HPV-IMPFUNG

STIKO-Empfehlung:

- …✿ Mädchen und Jungen zwischen 9 und 14 Jahren, spätestens bis zum Alter von 17 Jahren sollen versäumte Impfungen nachgeholt werden (GKV-erstattungsfähig).
- …✿ auch Erwachsene, die in der Jugend keine Impfung erhalten haben, können von der Impfung profitieren. Zum Teil erstatten die Krankenkassen die Kosten (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 Hepatitis-B-Erkrankung zu erwarten ist, z. B. HIV-positive Menschen oder Hepatitis-C-Infizierte.
- …✿ Personen mit beruflichem Risiko.
- …✿ Personen mit erhöhtem Expositionsrisko, z. B. intravenös drogengebrauchende Menschen, 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: Entweder aufgrund von verletzungsträchtigen Sexpraktiken wie z. B. »Fisten« oder bei der gemeinsamen Benutzung von Spritzen beim »Chemsex« (Gebrauch von Drogen zum Sex).

IMPFUNG GEGEN GONOKOKKEN

Nach ersten Studien bietet die Impfung gegen Meningokokken B auch einen Teilschutz gegen Gonokokken. Der Impfstoff Bexsero® ist seit 2013 in der EU gegen Meningokokken zugelassen, Verabreichung von 2 Impfdosen im Abstand von mind. 4 Wochen. Weitere Studien werden erwartet, bislang (Ende 2025) gibt es weder eine Zulassung gegen Gonokokken noch eine STIKO-Empfehlung oder eine Leitlinie. Die Impfwirkung gegen Gonokokken wird als Zusatznutzen betrachtet bei Personen, die auch ein Risiko für eine Meningokokken-Infektion haben.

MPOX-IMPFUNG

Mpox werden ausgelöst durch das Monkeypox-Virus (MPXV), ein Orthopoxvirus, das mit den humanen Pockenviren verwandt ist. Reservoir sind Nagetiere in Zentralafrika. 2022 kam es zu einer Pandemie, Übertragungen erfolgten v. a. durch sexuelle Aktivitäten unter Männern.

STIKO-Empfehlung:

- ❖ Personen mit erhöhtem Risiko, v. a. MSM, trans* und nicht-binäre Personen, die Sex mit Männern haben und häufig die Partner wechseln, sowie Sexarbeitende.

Impfung (Imvanex®) ist – anders als der frühere Pockenimpfstoff – ein Totimpfstoff und kann auch Immungeschwächten verabreicht werden.

Personen, die früher (vor den 1980er Jahren) gegen Pocken geimpft wurden, benötigen nur eine Impfdosis. Alle anderen benötigen zwei Impfdosen im Abstand von >28 Tagen. HIV-Positive benötigen immer 2 Impfdosen

ANTIBIOTISCHE STI-PROPHYLAXE MIT DOXYCYCLIN ZUR PRÄVENTION VON SYPHILIS- UND CHLAMYDIENINFEKTIONEN

In einigen Studien wurde für Männer und trans* Frauen die Wirkung von Doxycyclin als PrEP (Prä-Expositions-Prophylaxe) oder PEP (Post-Expositions-Prophylaxe) untersucht.

- ❖ Doxy-PEP: Einmalige Einnahme von 200 mg Doxycyclin möglichst frühzeitig, spätestens 72 Stunden nach dem Sex. Es handelt sich um keine klassische PEP, da die Medikation nicht als Notfall, sondern meist geplant erfolgt.
- ❖ Doxy-PrEP: Tägliche Einnahme von 100 mg Doxycyclin über mehrere Tage, Wochen, Monate.

Die Prophylaxe (Die PEP ist besser erforscht als die PrEP.) wirkt gut gegen Syphilis und Chlamydien (Mind. 4 von 5 Infektionen werden verhindert.), aufgrund bestehender Resistenzen jedoch kaum oder überhaupt nicht gegen Gonokokken.

Außer den bekannten Nebenwirkungen von Doxycyclin (Magen-Darm-Beschwerden, Photosensibilisierung der Haut) werden zunehmende Antibiotika-Resistenzen und negative Auswirkungen auf das Mikrobiom befürchtet.

Doxycyclin ist günstig und wird für andere Indikationen häufig verordnet. Daher ist davon auszugehen, dass der Einsatz der Doxy-Prophylaxe auch ohne ärztliche Verordnung und ärztlichen Rat erfolgt. Es kann sinnvoll sein, nach dem Einsatz aktiv nachzufragen.

Im angloamerikanischen Raum wird die Methode (v. a. als Doxy-PEP) ärztlicherseits aktiver eingesetzt, in den USA und Großbritannien existieren bereits Leitlinien zur Doxy-PEP.

CHECK-UP: GESUNDHEITSUNTERSUCHUNG FÜR ERWACHSENE BEINHALTET LABORTEST AUF HEPATITIS B UND C

Zwischen dem Alter von 18 und 35 Jahren haben gesetzlich Versicherte einmalig Anspruch auf die Gesundheitsuntersuchung. Ab dem 35. Geburtstag kann der Check-up alle drei Jahre in Anspruch genommen werden.

Die Gesundheitsuntersuchung wird ohne Mengenbegrenzung zum festen Preis honoriert. Die Vergütung erfolgt extrabudgetär.

Für die Abrechnung gibt es im EBM die Gebührenordnungsposition (GOP) 01732 (Gesundheitsuntersuchung bei über 18-Jährigen). Diese darf von Allgemeinmediziner*innen, Hausarztinternist*innen und praktisch tätigen Ärzt*innen abgerechnet werden.



Impfungen, die in der Schutzimpfungs-Richtlinie des G-BA aufgeführt sind, werden von allen gesetzlichen Krankenkassen bezahlt. Die Vergütung erfolgt ohne Mengenbegrenzung zum festen Preis und ebenfalls extrabudgetär.

Seit Oktober 2021 beinhaltet die Gesundheitsuntersuchung auch einen einmaligen Hepatitis-B- und Hepatitis-C-Test.

Ziel ist es, durch das Screening unentdeckte, weil zunächst symptomlos oder schleichend verlaufende Infektionen zu erkennen und frühzeitig zu behandeln, um gravierende Spätfolgen zu verhindern.

- Für die Inanspruchnahme des Screenings auf eine Hepatitis-B- und/oder Hepatitis-C-Infektion wurde die GOP 01734 als Zuschlag zur GOP 01732 aufgenommen.
- Für die Hepatitis-Diagnostik wird im ersten Schritt auf das Hepatitis-B-Oberflächenantigen (HBs-Ag) und auf Antikörper gegen das Hepatitis-C-Virus (HCV-AK) getestet.
- Bei einem reaktiven Ergebnis erfolgt eine Bestätigungsdiagnostik auf Virus-DNA (Hepatitis B) bzw. Virus-RNA (Hepatitis C) aus derselben Blutprobe.
- Ferner ist die Überprüfung des Impfstatus Teil der Gesundheitsuntersuchung.
- Weitere Informationen: Kassenärztliche Bundesvereinigung (www.kbv.de)

UMGANG MIT HIV-PATIENT*INNEN IN DER PRAXIS

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 ausgesegnet werden – ob bei der Partner*inensuche, 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 Ärzt*in können durch einen 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. Und auch an diese nur, wenn die Diagnose für ihre Arbeit relevant ist. Von außen sichtbare Markierungen auf Krankenakten oder Krankenbetten, die auf den HIV-Status hinweisen, verstößen gegen geltendes Datenschutzrecht.

SCHUTZMASSNAHMEN, DESINFEKTION, HYGIENE

Die üblichen Maßnahmen zur Hygiene und zum Arbeitsschutz reichen zum Schutz vor HIV völlig aus, denn HIV ist im Vergleich zu anderen STIs 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« [15]).

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 22).

Bei erfolgreicher HIV-Therapie ist die Virusmenge im Blut und anderen Körperflüssigkeiten so gering, dass eine HIV-Übertragung auch bei Verletzungen kaum möglich ist.

Menschen mit HIV werden immer noch ausgesegnet.

HIV: Keine gesonderten Schutzmaßnahmen nötig!

Weitere Informationen für medizinisches und pflegerisches Personal finden Sie auf der Webseite der Deutschen Aidshilfe <https://www.aids-hilfe.de/medien/md-menschen-mit-hiv-in-praxis-klinik-und-pflege/>.



NICHT ERFORDERLICHE MASSNAHMEN

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

- ➡ Behandlung nur am Ende der Sprechzeit
- ➡ Sichtbare Warnhinweise in Patient*innenunterlagen (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

»LET'S TALK ABOUT SEX!«

KOMMUNIKATION ÜBER SEXUALITÄT IN DER ÄRZTLICHEN PRAXIS



UNSER FORTBILDUNGSANGEBOT:

Reden über Sexualität ist wichtig: Als Ärzt*innen, Medizinstudierende und medizinisches Praxispersonal können Sie viel zur sexuellen Gesundheit Ihrer Patient*innen beitragen und dafür sorgen, dass HIV und andere STIs früher diagnostiziert und behandelt werden.

Dazu bietet das Projekt »Let's talk about Sex« kostenfreie Angebote zur Verbesserung der Kommunikation mit Patient*innen anhand praxiserprobter Tools.

In unseren wissenschaftlich evaluierten und interaktiven Workshops wird aktuelles und diagnostisches Grundwissen zu HIV und STIs vermittelt. In Kleingruppen werden Techniken für ein zugewandtes und sensibles Gesprächsverhalten trainiert. Neben dem Standardworkshop gibt es Schwerpunktmodule zu vertiefenden und aktuellen Themen.

Alle Workshops sind für Veranstaltende und Teilnehmende kostenfrei.

Das Projekt ist eine Kooperation der Deutschen Aidshilfe (DAH), des Bundesinstituts für Öffentliche Gesundheit (BIÖG) und der Privaten Krankenkasse e.V. (PKV).

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

Unser Angebot richtet sich z.B. an Qualitätszirkel, Arztpraxen und Klinikteams, Veranstalter von medizinischen Tagungen und Kongressen sowie Medizinstudierende.

Wir kommen zu Ihnen - Mit einer Inhouse-Veranstaltung oder mit einem Online-Seminar. Daneben bieten wir für Einzelinteressierte bundesweite Online-Veranstaltungen an.

MODULE:

- Standardworkshop »HIV/STIs – Sprechen über Sexualität in der ärztlichen Praxis“
- It's not the same - Bedarfe von trans* und nicht-binären Patient*innen in der ärztlichen Kommunikation
- PrEP: HIV-Präexpositionsprophylaxe
- »Bin ich den Dr. Sommer?“ - Reden über Sexualität mit Jugendlichen
- Sexualisierter Substanzkonsum (Chemsex)
- Sowie spezifische Schulungen für Dozent*innen und Tutor*innen

Weitere Infos, Termine und Anmeldung unter www.hiv-sti-fortbildung.de

KONTAKT:

Deutsche Aidshilfe e.V.

Silke Eggers

Silke.Eggers@dah.aidshilfe.de

Tel. (030) 690087-88



GENDERGERECHTER PATIENT*INNENBOGEN

Mit folgenden Fragen können Sie über den Selbstauskunftsformular signalisieren, dass Sie und Ihr Praxispersonal Menschen jeder geschlechtlichen Identität und sexuellen Orientierung offen begegnen und zu sexueller Gesundheit beraten können. Verwenden Sie diejenigen Fragen, die Ihren bestehenden Selbstauskunftsformular am besten ergänzen.

GESCHLECHT

- Mann
.....

Frau
.....

Nicht-binär

Trans*
.....

Inter*
.....

Anderes:

LEBENSSITUATION

- Single / ledig
 - feste Partnerschaft
 - verheiratet/verpartnert
 - wechselnde Partnerschaften
 - keine Angabe

SEXUELLE ORIENTIERUNG

- auf Männer gerichtet
.....
 - auf Frauen gerichtet
.....
 - auf Männer und Frauen gerichtet
 - Anderes:
.....
 - keine Angabe
.....
 - nicht sicher / weiß nicht

SEXUALITÄT

- sexuelle Kontakte mit festem / fester Partner*in
 - Kontakte mit wechselnden Partner*innen
 - aktuell keine sexuellen Kontakte
 - keine Angabe

Hinweis: Die Angaben sind freiwillig. Sie dienen unserem ärztlichen Personal zur Vorbereitung auf das Gespräch mit Ihnen. Alle Angaben werden vertraulich behandelt! Gern können Sie die Fragen auch als Anlass nehmen, dazu das Gespräch mit den Ärzt*innen/dem Praxispersonal zu suchen.

SIND SIE AN EINER BERATUNG ZUR SEXUELLEN GESELLSCHAFTSINTERESSIERT?

- Ja

Nein

QUELLVERZEICHNIS

- [1] Meystre-Agustoni G, Jeannin A, de Heller K, Pécout 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: HIV in Deutschland 2024. Epidemiologisches Bulletin Nr.47 vom 20.11.2025
- [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. Der Vertrag ist seit 1.9.2019 in Kraft und wurde am 1.7.2024 in Teilen geändert (Kriterien zur Teilnahme am Vertrag). Quelle: www.KBV.de
- [11] Deutsche Arbeitsgemeinschaft niedergelassener Ärzte in der Versorgung HIV-Infizierter e.V. www.dagnae.de
- [12] Cohen MS, McCauley MS, Gamble TR. HIV treatment as prevention and HPTN 052. *Curr Opin HIV AIDS*. 2012 Mar;7(2):99-105.
- [13] Deutsche AIDS Gesellschaft. Deutsch-Österreichische Leitlinien zur Postexpositionellen Prophylaxe der HIV-Infektion. Stand 2022. WMF- Register-Nr.: 055/004. URL: www.daignet.de [abgerufen am 1.11.2025]
- [14] S1-Leitlinie 059/006: STI/STD-Beratung, Diagnostik und Therapie. Deutsche STI-Gesellschaft (DSTIG), Robert Koch-Institut (RKI), Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZÖG), Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen (LZG). AWMF-Register Nr. 059/006 [Leitlinien-Detailansicht STI/STD-Beratung]. 2018. URL: <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/059-006> [aufgerufen 01.11.2025]
- [15] Robert-Koch-Institut, RKI-Ratgeber HIV-Infektion/AIDS. URL: https://www.rki.de/DE/Aktuelles/Publikationen/RKI-Ratgeber/Ratgeber/Ratgeber_HIV_AIDS.html [16.06.2022]
- [16] Bundesverband Trans* www.bundesverband-trans.de
- [17] TransInterQueer (TRIQ): <https://www.transinterqueer.org/>
- [18] Robert Koch-Institut. Syphilis in Deutschland 2023 und 2024. Epidemiologisches Bulletin Nr.39 vom 25. September 2025
- [19] Deutsche AIDS Gesellschaft. Deutsch-Österreichische Leitlinien zur HIV-Prae-Expositions-Prophylaxe. Stand 2024. WMF- Register-Nr.: 055/008. URL: www.daignet.de [abgerufen am 1.11.2025]



WEITERE FORTBILDUNGSMÖGLICHKEITEN/ LITERATUR UND MEDIEN



PRAXIS VIELFALT: GÜTESIEGEL FÜR LSBTIQ*-FREUNDLICHE UND KULTURSENSIBLE PRAXEN:

In einem qualitätsgesicherten Teamprozess und auf Grundlage eines modernen Fortbildungsscurriculums steigern sie ihr Wissen 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 sowie Patient*innen.

DAS CURRICULUM

Um das Siegel zu erhalten, sollten möglichst viele derjenigen Mitarbeitenden 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.

Weitere Informationen unter: www.praxis-vielfalt.de oder per Mail an praxisvielfalt@dah.aids-hilfe.de.

E-LEARNING DER DEUTSCHEN AIDSHILFE

Auf der Lernplattform der Deutschen Aidshilfe (lernen.aidshilfe.de) finden Sie vielfältige digitale Bildungsangebote, unter anderem:

- … Was medizinisches Personal über HIV wissen sollte
- … HIV und Pflege (für Pflegekräfte)
- … Naloxon: Erste Hilfe im Drogennotfall

DIGITALE MEDIEN DER DEUTSCHEN AIDSHILFE

Auf dieser Seite (www.aidshilfe.de/medien) finden Sie Dossiers, ePaper und andere Veröffentlichungen der Deutschen Aidshilfe, z.B.:

- … Informationen zu HIV für die medizinische Praxis
- … Menschen mit HIV in Praxis, Klinik und Pflege
- … Elektronische Patient*innenakte (ePA)
- … Stillen und HIV

BROSCHÜREN/MATERIALIEN

Über (www.aidshilfe.de/de/shop) können Sie sich einen Überblick über unsere Broschüren und weitere Materialien verschaffen, die zum größten Teil auch als PDF-Dateien heruntergeladen oder kostenlos bestellt werden können.

Medien zu HIV- und STI-Prävention vom Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG) finden Sie unter: shop.bioeg.de/themen/hiv-sti-praevention/

REGISTER

A

- Adressen für Beratung 38
Aids-definierende Erkrankungen 17
Ärztefortbildung 36, 38

C

- Checkliste: Sexualanamnese 33
Chlamydien 26

E

- EBM-Ziffer HIV-Test 27

F

- Fortbildung 32
Frage-Typen 6

G

- Geschlechtliche Identität 7
Geschlossene Fragen 6
Gesprächsabschluss 14
Gesprächsführung 6, 12
Gonokokken/Gonorrhoe 26

H

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

I

- Impfungen 28ff
Impressum 2
Indikatorerkrankungen (HIV) 17
Inkludierende Gesprächsführung 11
Inter* 9f

K

- Kommunikationstraining 32
Kondome 20
Kostenerstattung Diagnostik 27

L

- Literatur 32
LSBTIQ* 7

M

- Mpox 29
MSM 7, 8

O

- Offene Fragen 6

P

- Patient*innenbogen 33
PEP 22f
PPP-Sexualanamnese 13f
Prävention 13, 20
Praxis Vielfalt 30
PrEP 19ff
Prophylaxe 28ff

Q

- Quellenverzeichnis 34

R

- Risikoanamnese 13f
Routine-Check 27

S

- Safer Sex 20
Schutz durch Therapie 20
Schutzimpfungen 28ff
Schutzmaßnahmen Praxis 31
Selbstauskunftsformular für Patient*innen 33
Sensible Ansprache 7
Sexualanamnese 12f
Sexualität und Sprache 12
Sexuelle Orientierung 7
Spätdiagnosen 16
Syphilis/Lues 24f

T

- Testergebnismitteilung 16
Trans* 9

U

- Umgang mit HIV-Patient*innen 31

W

- Wartezimmergestaltung 10

WEITERE INFORMATIONEN UND VERWEISUNGSAGBOTE:

Informationen zu Diagnostik und Therapie, Leitlinien, Schwerpunktärzt*innen HIV etc.:

Deutsche AIDS-Gesellschaft
www.daignet.de

Deutsche Arbeitsgemeinschaft ambulant tätiger Ärztinnen und Ärzte für Infektionskrankheiten und HIV-Medizin (dagnä)
www.dagnae.de

Deutsche STI-Gesellschaft
www.dstig.de

European AIDS Clinical Society
www.eacsociety.org

BERATUNGSAGBOTE

Allgemeine Informationen sowie Adressen aller relevanten Beratungsstellen:

www.aidshilfe.de
www.kompass.hiv.de

Bundesweite Telefonberatung der Aidshilfen:
 0180 33 19411*
 Montag bis Freitag
 9.00 bis 21.00 Uhr
 Samstag und Sonntag
 von 12.00 bis 14.00 Uhr

*9 Cent/Minute aus allen deutschen Netzen

SELBSTHILFE

Eine Liste und die Links zu Selbsthilfennetzwerken und -gruppen von/für Menschen mit HIV finden Sie unter:
www.aidshilfe.de/de/hiv-selbsthilfegruppen

Eine gute Anlaufstelle gerade für Menschen mit frischer HIV-Diagnose ist das Peerprojekt buddy.hiv
<https://buddy.hiv/de>

Bundesweite Onlineberatung der Aidshilfen
www.aidshilfe-beratung.de

Die Nummern der Infotelefone des Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG) finden Sie unter:
www.bioeg.de/service/infotelefone/

CHECKLISTE: HIV/STI-BEZOGENE SEXUALANAMNESE

Info: Diese Checkliste dient der Strukturierung der Sexualanamnese. Um eine offene Gesprächsatmosphäre zu befördern, ist es hilfreich den Hintergrund der einzelnen Fragen zu erläutern. (z.B. Einschätzung von Übertragungsrisiken). Informieren Sie Patient*innen darüber, dass alle Gesprächsinhalte der ärztlichen Schweigepflicht unterliegen und zudem welche Informationen Sie in der Patientenakte vermerken.

Gemäß der **PPP-Regel** gilt es in jedem Gespräch die folgenden Dimensionen zu berücksichtigen:

PARTNER*INNEN PRAKTIKEN PRÄVENTION

PARTNER*INNEN UND PRAKTIKEN

Folgende Daten sollten erhoben werden (adaptiert nach Britischer Leitlinie, 2019)

- ⇒ Ungefähres Datum des letzten Sexualkontakte sowie Anzahl der Sexualpartner*innen der vergangenen drei Monate
- ⇒ Geschlecht der Partner*innen
- ⇒ Gab es vaginalen, analen oder oralen Sex? Wurden Sexspielzeuge verwendet?
- ⇒ Ist bekannt, ob Partner*innen HIV-positiv sind und ob diese unter wirksamer Therapie sind?
- ⇒ Wurden Kondome (vaginal/anal) verwendet?
- ⇒ Anamnese bisheriger STIs
- ⇒ Haben Partner*innen STIs in der jüngeren Anamnese?
- ⇒ Bei Symptomen: Angabe der Lokalisation (Mund/Rachen, Vagina, Penis, Analbereich, Haut...). Gibt es Schleimhautverletzungen?
- ⇒ Empfehlung für die Testverfahren und Vereinbarung, wie das Testergebnis übermittelt werden soll

VERTIEFENDE FRAGEN BEI BEDARF

- ⇒ Alkohol- und Drogenanamnese

PRÄVENTION: ALLGEMEIN

- ⇒ Anamnese des Impfstatus (u.a. Hepatitis A/B, HPV)
- ⇒ ggf. Angebot der PrEP
- ⇒ ggf. Beratung zu Kondomgebrauch und Anwendungsproblemen (sexuelle Dysfunktionen?)



BEI EINEM RELEVANTEN, AKUELLEN HIV-ÜBERTRAGUNGSRISIKO...

- ⇒ **innerhalb der letzten 72 Stunden:** Post-Expositionssprophylaxe erwägen (Hinweis: eine Post-Expositionssprophylaxe sollte möglichst innerhalb der **ersten 24 Stunden** eingeleitet werden!)
- ⇒ **innerhalb der letzten 6 Wochen:** Hinweise auf **eine akute HIV-Infektion?**
Wenn ja, dann ist zusätzlich zum Kombinationssuchtest (4. Generation/Labortest) ein Nukleinsäurenachweis (PCR) zu erwägen.
- ⇒ **vor über sechs Wochen:** Kombinationssuchtest (4. Generation/Labortest)

Quellen: Brook G, et al. 2019 UK national guideline for consultations requiring sexual history taking. Int J STD AIDS. 2014 May; 25(6): 391-404.
Deutsche AIDS-Gesellschaft. Deutsch-Österreichische Leitlinien zur Postexpositionellen Prophylaxe der HIV-Infektion. AWMF-Register-Nr.: 055/004. 2022
S1-Leitlinie 059/006: STI/STD – Beratung, Diagnostik und Therapie. Deutsche STI-Gesellschaft (DSTIG) et al., AWMF-Register Nr. 059/006.

Herausgeber: Deutsche Aidshilfe e.V. Wilhelmstr. 138, 10963 Berlin. www.hiv-sti-fortbildung.de / Gestaltung: Nora Lorz / Bestandteil der Broschüre
»Ärztliche Sexualanamnese: (HIV/STI)«, Best. Nr.: 026123

