

AUSGEWÄHLTE  
ERGEBNISSE  
DER PILOTPHASE

# HIV-Schnelltest und Beratung in Köln



# Ausgewählte Ergebnisse der Pilotphase des Beratungs- und HIV-Schnelltest-Angebotes von Checkpoint/Check Up im Rahmen des BuT-Projektes der Aidshilfe NRW e.V.

Verantwortlich: **Uschi Peters** (Checkpoint), **Felix Laue** (Check Up)  
Zusammenstellung: **Rainer Rybak** (Check Up)

**Setting** Die Pilotphase des anonymen Beratungs- und HIV-Schnelltest-Angebotes von Checkpoint (SchwIPS e.V.) und Check Up (Aidshilfe Köln e.V.) im Rahmen des Beratungs- und Testprojektes (BuT) der Aidshilfe NRW e.V. umfasste vier Abendtermine (jeweils Donnerstag ab 19:00 Uhr, am 20.11.2008; 27.11.2008; 04.12.2008; 11.12.2008 in den Räumen des Checkpoints, Pipinstraße 7). Der HIV-Antikörpertest Determine™ HIV-1/2 (Inverness Medical) wurde - mittels Vollblut aus der Fingerbeere - von Ärzten durchgeführt. Die Testberatung und Mitteilung der Schnelltestergebnisse erfolgte durch zwei qualifizierte Berater (Dipl. Sozialpädagogin/Dipl. Pädagoge). Zur Strukturierung der Beratungsgespräche und für statistische Zwecke wurde ein pseudonymisierter Fragebogen eingesetzt, der von den Nutzern des Angebotes während der Wartezeit ausgefüllt werden konnte.

Für die notwendigen Bestätigungstests (Western Blot) der reaktiven Antikörpertests, erfolgte eine zusätzliche Blutentnahme durch die Ärzte. Die Untersuchung der Proben wurde vom Labor Wisplinghoff und Kollegen (Köln) durchgeführt, die Mitteilung der Ergebnisse der Laboruntersuchung erfolgte jeweils am darauffolgenden Montag ab 17:00 Uhr in einem persönlichen Gespräch.

Ehrenamtliche Kräfte (die bereits mehrheitlich das BuT-Grundlagentraining der Aidshilfe NRW e.V. absolviert haben) wurden zur Betreuung der Testwilligen und für logistische Aufgaben eingesetzt.

**Zusammensetzung der Nutzer des Angebotes** Insgesamt wurde das Testangebot von 162 Personen genutzt. Bei 157 Personen wurde nach dem Beratungsgespräch ein Schnelltest durchgeführt. In 8 Fällen (5%) war der HIV-Antikörper-Schnelltest reaktiv. Die Laboruntersuchung bestätigte 7 von 8 der reaktiven Tests (d.h. ein Suchtestergebnis war falsch reaktiv). Zwei Personen holten das Ergebnis des Bestätigungstests nicht ab.

Hauptzielgruppe des anonymen Beratungs- und HIV-Schnelltest Angebotes sind Männer, die (auch) Sex mit Männern haben, unabhängig davon ob sie sich als homosexuell (schwul) beziehungsweise bisexuell bezeichnen, oder diese Kategorien für sich ablehnen. Diese Gruppe wird im folgenden als **MSM** bezeichnet. Davon abzugrenzen sind die Männer, die angaben ausschließlich heterosexuelle Kontakte zu haben (im folgenden **Hetero-Männer** genannt). Das Angebot wurde auch von **Frauen** aufgesucht. In den Beratungsgesprächen stellte sich heraus, dass der überwiegende Teil der weiblichen Nutzer Sexkontakte/Beziehungen mit MSM-Männern hatten und somit ein erhöhtes HIV-Infektionsrisiko vorlag.

Die Nutzer des Angebotes verteilten sich im Mittel wie folgt auf die oben aufgeführten Kategorien:

**MSM: 74%, Hetero-Männer: 17% Frauen: 9%**

Abbildung 1 zeigt die Verteilung für die einzelnen Testtermine.

## Zusammensetzung der Nutzer des Angebotes (Fortsetzung)

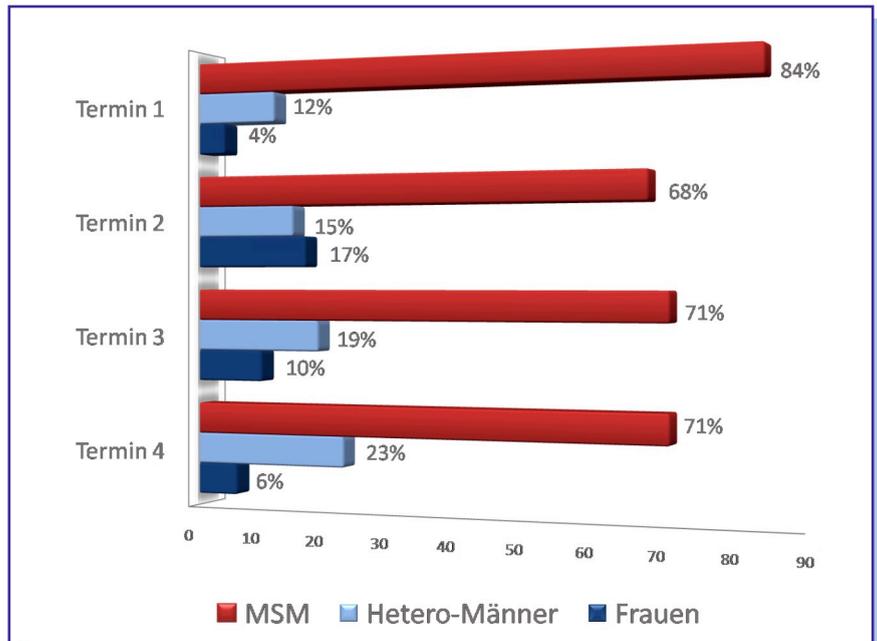


Abbildung 1: Verteilung der Nutzer bei den Testterminen. Angaben in Prozent. n = 157

Zusätzlich wurde im Fragebogen abgefragt, ob die Nutzer des Angebotes selbst beziehungsweise ihre Familie nach Deutschland migriert waren. Über einen Migrationshintergrund verfügten insgesamt 39 Personen (24%).

Insgesamt lagen nach Abschluss der Erprobungsphase 152 auswertbare Fragebögen vor, die nicht immer komplett oder eindeutig ausgefüllt wurden. Die im folgenden dargestellten Zahlen beziehen sich auf die eigentliche Hauptzielgruppe des Schnelltest-Angebotes, also auf Männer die (auch) Sex mit Männern haben (MSM). Für diese Gruppe liegen im Ganzen 114 Fragebögen vor.

## HIV-Test: Häufigkeit, Alter, Gründe

Jeder vierte Mann (23%) ließ im Rahmen des Beratungs- und HIV-Schnelltest-Angebotes zum ersten mal seinen Serostatus abklären. Ein weiteres Viertel (26%) hatte sich bereits viermal oder öfter und jeder Dritte (32%) zwei- bis dreimal auf HIV-Antikörper testen lassen. 19 Prozent der Teilnehmenden waren einmal getestet.

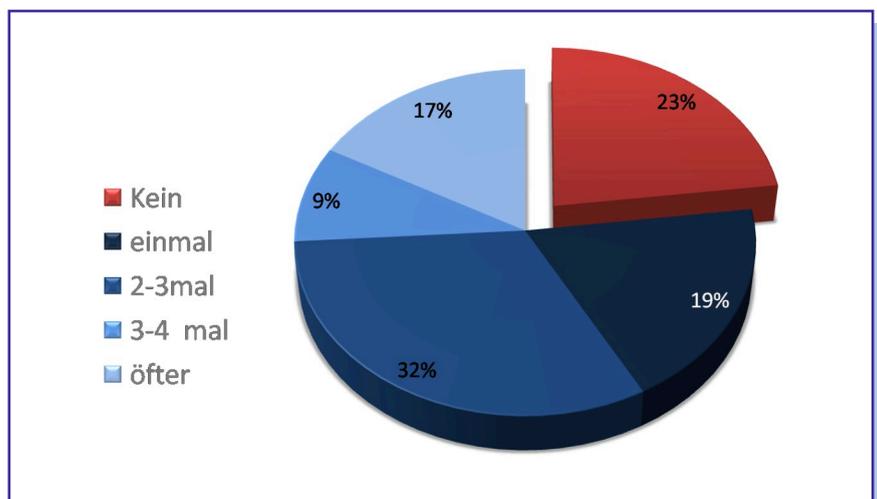


Abbildung 2: Häufigkeit der HIV-Tests. Angaben in Prozent. n = 114

**HIV-Test:  
Häufigkeit, Alter,  
Gründe  
(Fortsetzung)**

Von den Teilnehmern die bereits getestet waren, hatten 40 Prozent im selben oder im Vorjahr eine Testmöglichkeit in Anspruch genommen. Bei 30 Prozent lag der letzte Test auf HIV-Antikörper zwei bis drei Jahre zurück. Bei eben so vielen (30%) waren seit dem letzten HIV-Test vier oder mehr Jahre vergangen, wobei es bei dieser Gruppe besonders fraglich ist, ob der zuletzt ermittelte negative Serostatus noch Gültigkeit besitzt.

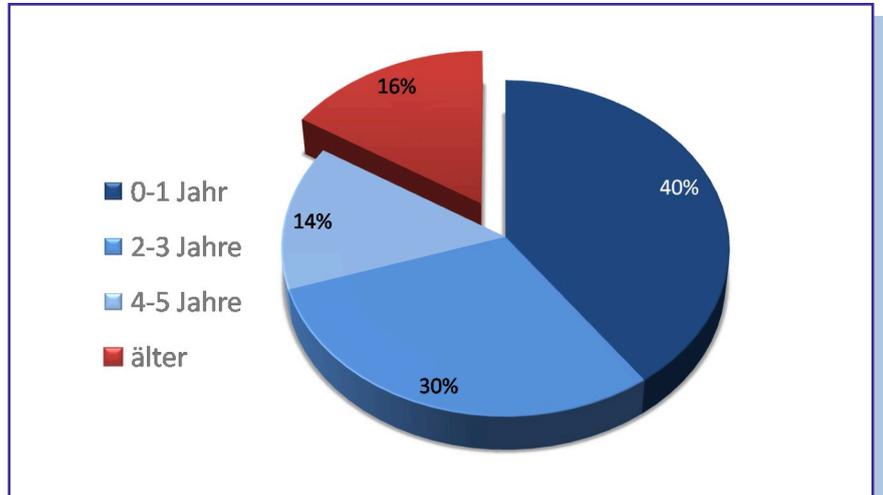


Abbildung 3: Alter des letzten HIV-Tests. Angaben in Prozent. n = 112

Befragt nach den Gründen einen HIV(-Schnell)-Test durchführen zu lassen, gab jeder Dritte (36%) an, eine/mehrere konkrete Risikosituation(en) erlebt zu haben. Für fast genauso viele (34%) war der Test eine Routinekontrolle ohne spezielle vorherige Risikosituation(en). Ein Viertel (25%) gab eine neue Beziehung als Grund für den HIV-Antikörpertest und die Abklärung des Serostatus an.

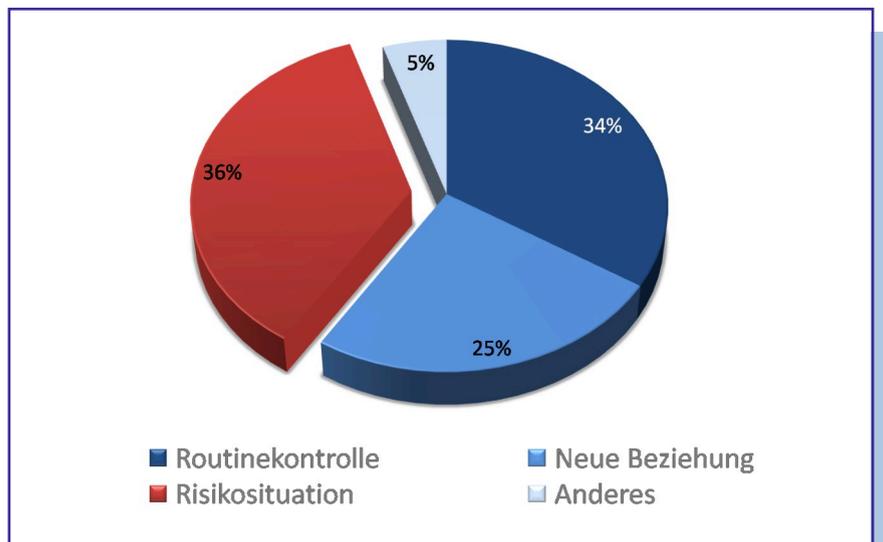


Abbildung 4: Gründe für den HIV-Test. Angaben in Prozent. n = 113

## Umgang mit Risiken

Auch wenn das Eingehen eines Risikokontaktes nicht immer der ausschlaggebende Grund für die Durchführung eines HIV-Schnelltestes war, gab der weit überwiegende Teil der Befragten (87%) an, solche Risikosituationen in der Vergangenheit erlebt zu haben. In der deutlichen Mehrheit der Fälle (62%) handelte es sich dabei um ungeschützten **Analverkehr (UAV)**. Nur knapp halb so viele (27%) berichteten von riskanten Spermakontakten beim **Oralverkehr (OVmSK)** mit anderen Männern. Nur 7 Prozent der beschriebenen Risikokontakte ereigneten sich beim Sex mit Frauen (ungeschützter vaginaler Verkehr (UVV) beziehungsweise Oralverkehr mit Vaginalsekret- oder Menstruationsblut-Kontakt (OVmVSK)).

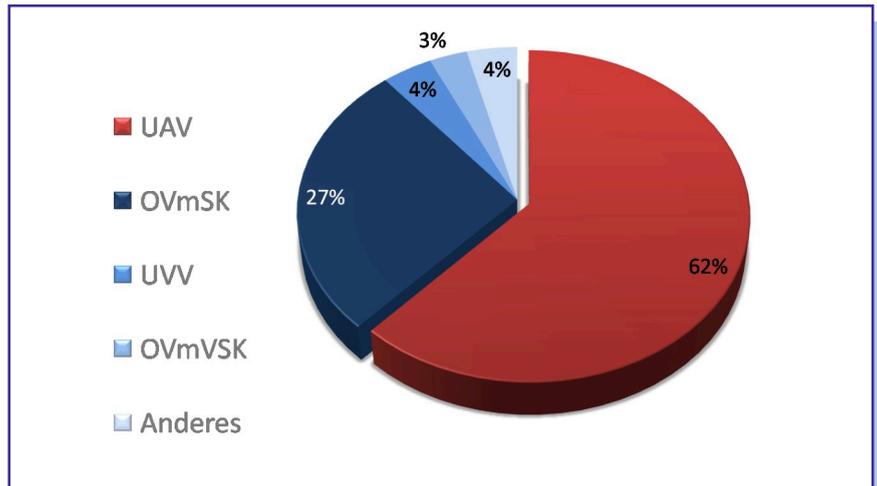


Abbildung 5: Verteilung nach Risikosituationen. Angaben in Prozent.

In fast allen Fällen (93%) handelte es sich bei den Episoden ungeschützten Analverkehrs um mehr oder minder bewusst eingegangene Risiken: Nur in 7 Prozent wurde ein Kondomunfall (z.B. Bersten oder Abrutschen des Kondoms) als Grund für diese Risikosituation benannt.

56 Prozent gaben an, beim ungeschützten Analverkehr der insertive Partner gewesen zu sein. Demnach betraf der kleinere Anteil von 44 Prozent die Risikokontakte, bei denen die Befragten die rezeptive Position einnahmen. Bei nur 40 Prozent der Episoden ungeschützten rezeptiven Analverkehrs wurde im Körper des Partners ejakuliert; in der Mehrheit wurde dies also vermieden.

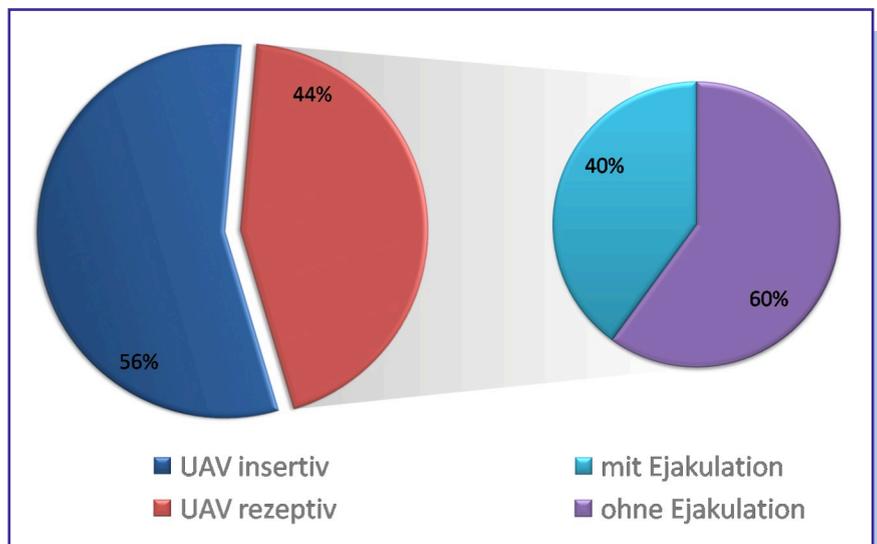


Abbildung 6: Ungeschützter Analverkehr. Verteilung insertiv/rezeptiv. Angaben in Prozent.

## Umgang mit Risiken (Fortsetzung)

Befragt nach den Gründen für das Eingehen der Risikosituation antworteten die Nutzer des Beratungs- und Schnelltest-Angebotes wie folgt:

17%	„...ich bin davon ausgegangen, dass mein Partner HIV-negativ war.“
17%	„...ich hatte ein Gefühl des Vertrauens.“
14%	„...ich habe Drogen und/oder Alkohol konsumiert und die Kontrolle verloren.“
10%	„...ich wollte dem Partner möglichst nah sein.“
9%	„...wenn der Partner HIV-positiv gewesen wäre, hätte er es mir gesagt.“
9%	„...mein Sexpartner wollte es ohne Kondom und ich konnte/wollte nicht nein sagen“
6%	„...ich weiß nicht wie es dazu kam.“
6%	Sonstige Gründe
4%	„...ich bekomme mit Kondomen keine/nur schwer eine Erektion.“
4%	„...ich hatte Lust dieses Risiko einzugehen.“
3%	„...ich hatte kein Kondom dabei.“
1%	„...ich benutze nie Kondome“

**Tabelle 1:** Gründe für das Eingehen von Risikokontakten. Angaben in Prozent. Mehrfachnennungen möglich

Unter anderem wollten wir von den Teilnehmern wissen, ob sie neben Safer Sex noch andere **Strategien der Risikoreduzierung** anwenden. Dies war bei mehr als drei von vier Männern (78%) der Fall, 22 Prozent gaben an, ausschließlich Safer Sex zu praktizieren.

Von den „Risikoreduzierern“ gab ein knappes Drittel (29%) an, ungeschützten Sex nur mit ihrem festen Partner innerhalb einer monogamen Beziehung zu praktizieren.<sup>1</sup>

Eben so viele (29%) praktizieren „**Serosorting**“, jedoch in stark unterschiedlicher Ausprägung in Bezug auf die Validität dieser Risikoreduzierungsstrategie: So erfragen nur vier von 10 Männern tatsächlich den Serostatus ihrer Sexpartner, der weitaus größere Teil (61%) belässt es bei Mutmaßungen („**Seroguessing**“). Für ein Drittel (32%) derjenigen, die versuchen den Serostatus aufgrund von Merkmalen und Verhaltensweisen zu erspüren, reicht bereits ein gesundes Aussehen der Gelegenheitspartner um beim Sex auf Kondome zu verzichten.

## Umgang mit Risiken (Fortsetzung)

Jeder vierte Mann (24%), der Risikoreduzierungsstrategien anwendet, versucht sich/seinen Partner dadurch zu schützen, in dem beim Analverkehr auf eine Ejakulation im Körper verzichtet wird („**Dipping**“, „**Withdrawal before Ejaculation**“, „**Coitus interruptus**“). Dieser relativ hohe Anteil wird auch dahingehend bestätigt, dass bei den Fragen zu Risikokontakten 60 Prozent der Befragten angeben, ungeschützten Analverkehr zu praktizieren ohne das dabei Sperma im Körper des Partners deponiert wurde.

Immerhin noch 10 Prozent glauben ihr Infektionsrisiko dadurch senken zu können, in dem sie beim Analverkehr ohne Kondom ausschließlich den insertiven Part übernehmen („**Seropositioning**“) und weitere sechs Prozent halten sich aufgrund ihres Beschneidungsstatus für weniger gefährdet.<sup>2</sup>

Die **Höhe der Viruslast** eines seropositiven Partners wird nur von zwei Prozent der Befragten in die Überlegungen zum Risikomanagement mit einbezogen.<sup>3</sup>

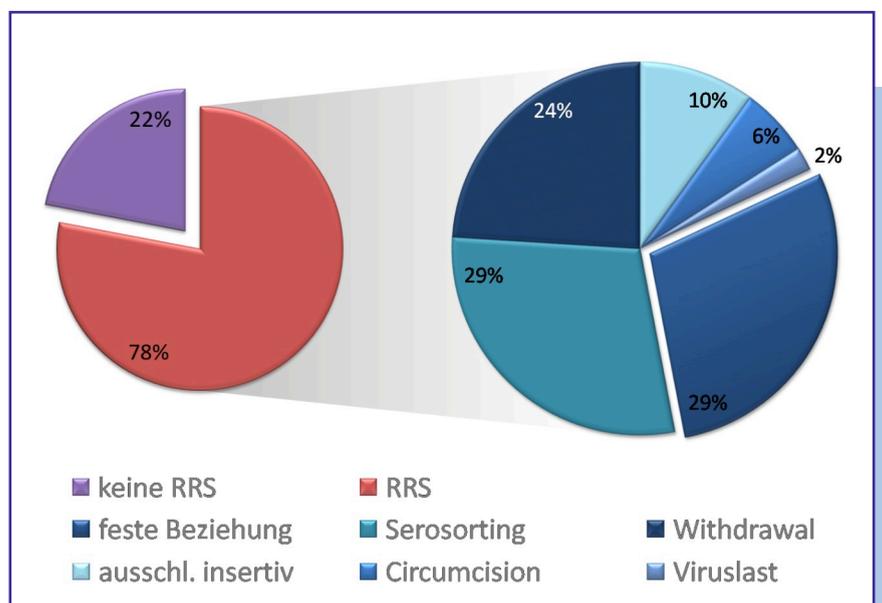


Abbildung 7: Verteilung Risikoreduzierungsstrategien. Angaben in Prozent.

<sup>2</sup>In welchem Umfang eine Beschneidung einen Benefit in bezug auf das HIV-Infektionsrisiko des insertiven Partners beim **Analverkehr** hat, ist bis dato genauso ungeklärt wie die Frage ob ggf. auch der rezeptive Partner von einer Beschneidung des insertiven Partners beim Analverkehr profitiert. Publierte Daten geben den Teilschutz für den beschnittenen insertiven Partner bei **vaginalem Verkehr** mit ca. 60% an. Es ist jedoch mehr als fraglich, ob sich diese Daten, die vor allem aus Sub-Sahara-Afrika stammen und sich ausdrücklich auf Vaginalverkehr beziehen, auf Analverkehr in Mitteleuropa übertragen lassen.

<sup>3</sup>Dies mag vom medizinischen Standpunkt aus erstaunen, ist doch der Sex mit einem serodiskordanten Partner dessen Viruslast unterhalb der Nachweisgrenze liegt und der bestimmte Voraussetzungen erfüllt, ähnlich sicher/sicherer als der bisherige „Goldstandard“ der Kondomverwendung.

## Beziehungsformen/ Partnerzahlen

Etwas mehr als die Hälfte (55%) der Nutzer des Beratungs- und HIV-Schnelltest-Angebotes leben als Single, ein Viertel (25%) in einer sexuell treuen, monogamen Beziehung. Jeder Fünfte (20%) führt eine offene Beziehung, bei der es neben dem Sex mit dem festen Partner/der festen Partnerin auch noch weitere sexuelle Kontakte außerhalb der Beziehung gab.

Von den Männern, die in offenen Beziehungen leben, haben 82 Prozent Absprachen zum Sex mit anderen Partnern getroffen. In fast jeder fünften Beziehung (18%) existieren solche Verabredungen/Vereinbarungen jedoch nicht.

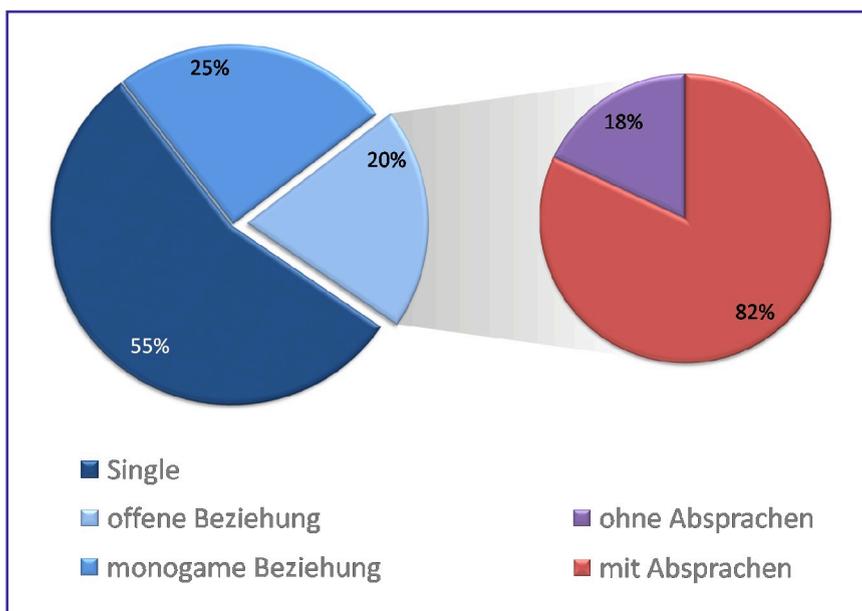


Abbildung 8: Aufteilung nach Beziehungsformen. Angaben in Prozent.

Der größte Teil der Befragten (41%) gab an, in den vergangenen 12 Monaten vier bis 10 Sexpartner gehabt zu haben. 30 Prozent hatten weniger Partner im Jahr vor dem Test (davon 7 Prozent nur einen einzigen) und fast ebenso viele (29%) mehr als 10 Sexpartner.

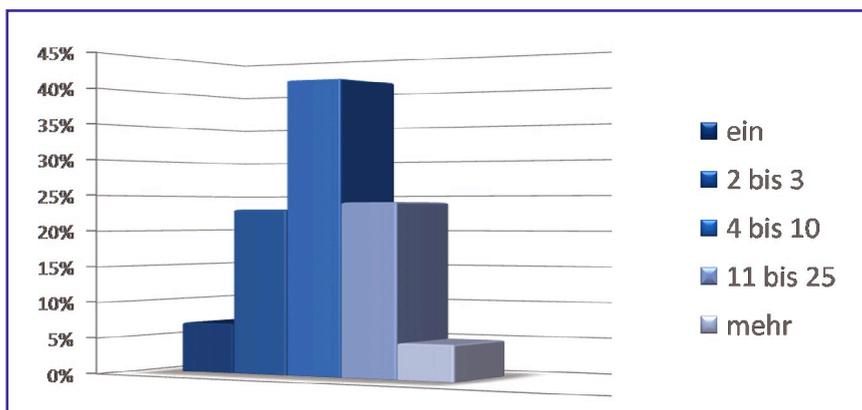


Abbildung 9: Verteilung nach Partnerzahlen. Angaben in Prozent.

## Schlussfolgerungen, Diskussion, Ausblick

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass die anvisierte Zielgruppe durch das Angebot sehr gut erreicht werden konnte: Drei von vier (74%) Nutzern des anonymen Beratungs- und HIV-Schnelltest-Angebotes gehörten zur Zielgruppe der MSM, ein weiteres Viertel (24%) hatte einen Migrationshintergrund. Zudem berichtete ein nicht unwesentlicher Teil der Männer, die im Fragebogen ausschließlich heterosexuelle Kontakte angaben, im anschließenden Beratungsgespräch auch von sporadischen Sexkontakten mit anderen Männern (aus methodischen Gründen ist es leider nicht möglich diese Werte prozentual abzubilden). 23 Prozent der getesteten MSM ließen im Rahmen des Angebotes zum ersten Mal ihren Serostatus abklären und konnten demnach von bisher bestehenden Testangeboten **nicht** erreicht werden.

In wieweit der Anteil von heterosexuellen Männern und Frauen auf die ausführliche Berichterstattung in der Tagespresse zurückzuführen ist (die in den Veröffentlichungen keine Differenzierung hinsichtlich der Zielgruppe vorgenommen hatte!), kann aus den vorliegenden Daten nicht ermittelt werden. Ob sich zukünftig die Nutzerstruktur noch weiter zu Gunsten der Gruppe der Männer, die Sex mit anderen Männern haben, verschiebt, wird die Auswertung von Folgeterminen zeigen.

**Aufgrund der hohen Nutzerfrequenz und Zielgruppenakzeptanz wird das Angebot weiter fortgesetzt und soll möglichst dauerhaft implementiert werden. Hier sind** (vorerst für die Monate Januar bis Mai 2009) **vier intermittierende Intervalle von je drei bis vier Testveranstaltungen geplant.**

Bei der Auswertung der Daten der Fragebögen zeichnen sich einige Themenfelder/Fragestellungen ab, die unter primärpräventiven Gesichtspunkten von besonderem Interesse sind. Da die Gesamtdatenmenge allerdings begrenzt ist, können hier bestenfalls Arbeitshypothesen gebildet werden, die im weiteren Verlauf des Angebotes (und hier speziell innerhalb des Beratungssettings) weiter verfolgt werden sollten. Exemplarisch sind im Folgenden drei dieser Themenfelder kurz umrissen:

### ***Risikofaktor Analverkehr***

Fast 9 von 10 testwilligen Männern (87%) berichten von einer oder mehreren Episode(n) ungeschützten Analverkehrs in der Vergangenheit. Auffällig ist hierbei, dass zu 60% ein Deponieren von Sperma im Körper des Partners vermieden wurde und zwar unabhängig davon, ob diese Praktik in der insertiven oder rezeptiven Position ausgeführt wurde. Da sich der ungeschützte Analverkehr mehrheitlich ohne Ejakulation ereignete, lässt sich vermuten, dass der Verzicht auf die Ejakulation innerhalb des Körpers des Partners (zumindest bei einem nicht unerheblichen Teil der Befragten) im Sinne eines Risikomanagements erfolgte. Offen bleiben muss allerdings die Frage, ob der präventive Wert dieser Risikoreduzierungsstrategie von den Befragten auch tatsächlich richtig eingeschätzt wird: Für den **Insertiven** ist es in Bezug auf das HIV-Infektionsrisiko irrelevant ob die Penetration mit oder ohne Ejakulation erfolgt. Für den **Rezeptiven** mag ein Verzicht auf die Ejakulation das Infektionsrisiko zwar mindern, ist aber in Bezug auf das beim ungeschützten Analverkehr eingegangene Risiko von eher untergeordneter Bedeutung.

## Schlussfolgerungen, *Rolle der Viruslast*

### Diskussion, Ausblick (Fortsetzung)

Die Höhe der Viruslast eines seropositiven Partners wird nur von zwei Prozent der Befragten in die Überlegungen zum Risikomanagement mit einbezogen (vgl. Seite 6). Für dieses auffällig niedrige Ergebnis lassen sich gleich mehrere Deutungsvarianten formulieren:

Möglicherweise ist diese Strategie in ihrer Anwendung für Sex mit Gelegenheitspartnern zu komplex (sie erfordert ein ausgesprochen hohes Maß an Kommunikation zwischen den Partnern!) oder die aktuelle Diskussion um Sex bei Viruslast unter der Nachweisgrenze ist noch gar nicht bis zum „Endverbraucher“ durchgedrungen.

Andererseits muss auch davon ausgegangen werden, dass HIV-Negative und HIV-Positive die Informationen zur Infektiosität bei einer Viruslast unter der Nachweisgrenze unterschiedlich aufnehmen, verarbeiten und erinnern, da diese für beide Gruppen eine unterschiedliche Bedeutung haben. Der weitaus größere Teil der im Rahmen des Test- und Beratungsangebotes erreichten Männer, geht aber davon aus, dass sich ihr negativer HIV-Serostatus durch den Test bestätigt. Somit könnten die Informationen zur Infektiosität bei geringer Viruslast von den Teilnehmern als für sie irrelevant erachtet werden.

#### *„Gefühlte“ Sicherheit?*

Die im ersten Teil dargestellten Zahlen lassen vermuten, dass viele der Männer, die im Rahmen des Beratungs- und HIV-Schnelltest-Angebotes befragt werden konnten, die Sicherheit bei Sexkontakten nicht explizit verbal aushandeln (im Sinne einer „**Negotiated Safety**“), sondern sich häufig **situativ** auf eine eher „gefühlte“ Sicherheit verlassen. Hinweise, die diese Hypothese stützen können, sind etwa die in Tabelle 1 (Seite 5) aufgeführten Gründe für das Eingehen von Risikokontakten. Die fünf häufigst benannten Ursachen (mit Ausnahme der Antwort „Kontrollverlust durch Drogen und/oder Alkohol“) beziehen sich mehr oder weniger explizit auf den Themenkomplex des Vertrauens oder spiegeln (unbestätigte!) optimistische Annahmen und Vermutungen der Befragten über ihre Sexpartner wider. Zusammengefasst machen diese Aussagen 43 Prozent der Nennungen aus. Auch die Bereitschaft zum Kondomverzicht in Abhängigkeit von äußeren Erscheinungsmerkmalen der Sexpartner (vgl. Seite 5 Punkt „Serosorting“) deutet in diese Richtung:

Ein „Gesundes Aussehen“ ist für ein Drittel (32%) derjenigen Männer, die Serosorting betreiben (immerhin 29% der Befragten), ein ausreichender Grund um auf Kondome zu verzichten.