

INFO - Telefon - Online - Beratung

Nr. 49 Mai 2009

Redaktion: Corinna Gekeler, Karl Lemmen und Armin Schafberger
Herausgegeben von der Deutschen AIDS-Hilfe e.V.

Inhalt

	Seite
HIV-Therapie und Prävention	
DAH-Positionspapier zur Rolle der Viruslast	1
Kriminalisierung einer Popsängerin: Höchst bedenklich	3
Positiv schwanger: Arbeitshilfe für Berater und Arztpraxen	5
„Ins Netz gegangen“ Forum-Band zu Sex und Prävention im Internet	5
PEP und HIV-Prävention: Ergebnisse einer Befragung	6
Erfolg: Halbes Jahr bundesweite Telefonberatung der Aidshilfen	7
Testwochen von <i>Ich weiß was ich tu</i> (iwwit)	8
Einreise in die USA: Noch keine Verbesserung für HIV-Positive	10
INFO+ Broschüre und Plakat zu Virushepatitis 2009	10
Wissenswertes zum HIV-Test	
Welche Aussage ist zu welchem Zeitpunkt möglich?	11

HIV-Therapie und Prävention

DAH-Positionspapier zur Rolle der Viruslast

Nach 12 Monaten intensiver innerverbandlicher Diskussion legen Vorstand und Delegiertenrat der DAH das lange erwartete Positionspapier zur „HIV-Therapie und Prävention“ vor, das die „Grundlage für unsere weitere Arbeit“ darstellt und somit eine hohe Bedeutung für Berater/innen in Aidshilfen hat. Darin finden sich nicht nur Zahlen, Daten und Fakten zum HIV-Übertragungsrisiko, sondern auch lebensnahe Empfehlungen zur Umsetzung dieses Wissens. Diese werden als eine sinnvolle Ergänzung der bisherigen Präventionsbotschaften gesehen, die gleichzeitig wichtige Informationen für das individuelle Risikomanagement beinhalten.

Die Stärke des Positionspapiers basiert auf ausführlichen Erläuterungen und dem Abwägen von Argumenten und lebenspraktischen Umsetzungsmöglichkeiten. Deshalb kann INFO hier den Inhalt des Papiers nur skizzenhaft vorstellen und die Lektüre des gesamten Papiers empfehlen. Berater/-innen findet darin konkrete Unterstützung in der Frage, wem in welcher Situation das Wissen über den Zusammenhang von Viruslast und Übertragungsrisiko etwas bringt und warum.

Zentrale Botschaft

Bei sexuellen Kontakten ohne Kondom mit einem / einer HIV-positiven Partner/in ist eine HIV-Übertragung unwahrscheinlich, wenn folgende Voraussetzungen erfüllt sind:

- Die Viruslast des HIV-positiven Partners / der HIV-positiven Partnerin ist seit mindestens sechs Monaten unter der Nachweisgrenze,
- die antiretroviralen Medikamente werden konsequent eingenommen,

- bei den Sexpartner(inne)n liegen keine Schleimhautdefekte (z. B. als Folge sexuell übertragbarer Infektionen) vor.

Sexuell übertragbare Infektionen erhöhen das Risiko einer HIV-Übertragung, indem sie über den Entzündungsprozess bzw. den Defekt in der Schleimhaut beim HIV-positiven Partner eine Austrittsstelle und beim HIV-negativen Partner eine Eintrittsstelle darstellen.

Die Deutsche AIDS-Hilfe verweist aber darauf, dass nicht nur sexuell übertragbare Infektionen wie Syphilis oder Herpes, sondern auch andere Ursachen die Schleimhäute am Penis, im Darm oder in der Scheide schädigen können, z.B. eine geschwürige Darmentzündung (Morbus Crohn).

Für wen?

Wie die Schweizer Eidgenössische Kommission für Aidsfragen (E-KAF) erachtet auch die Deutsche AIDS-Hilfe diese Information als besonders wichtig für feste Partnerschaften, in denen einer der Partner HIV-positiv ist. Nach einer gemeinsamen, informierten Entscheidung für die „Methode Viruslast“ empfiehlt die DAH regelmäßige Arztbesuche, um die Wirksamkeit der Medikamente und die Abwesenheit von Schleimhautdefekten zu überprüfen.

Die DAH erkennt zwar an, dass es zur Frage „Viruslast und Infektiosität“ für Männer, die Sex mit Männern haben (MSM), kaum epidemiologisch „harte“ Daten gibt und dass sich daran in den nächsten Jahren voraussichtlich nichts ändern wird. Sie argumentiert aber, es sei logisch naheliegend und durch Modellrechnungen belegt, dass auch bei HIV-positiven MSM unter erfolgreicher Therapie die Infektiosität drastisch reduziert sei und man bei der oben beschriebenen Strategie zur Risikoreduzierung mit einer vergleichbaren Risikosenkung wie bei der Verwendung von Kondomen rechnen könne.

2

Grundsätzliches

Das Positionspapier benennt Ausgangspunkte der HIV-Prävention, nach denen die „Viruslastmethode“ eine wichtige Ergänzung der Präventionsbotschaften ist.

Hierzu gehören:

- Information als Grundlage für Kommunikation, selbstbestimmtes und verantwortungsvolles Handeln,
- Die Frage, wie sicher „sicher genug“ ist (SafeR Sex)
- Neutrale Informationen und allgemeine Empfehlungen
- Freiwilligkeit, auch bei der HIV-Therapie und
- Selbstverantwortung, Mitverantwortung und Verantwortung für andere

Lebensnahe Umsetzung für alle Zielgruppen

Das Positionspapier geht auf die Aussagekraft der Studien für individuelle Risikosituationen und Entscheidungen ein. Eine Entscheidung für oder gegen die „Methode Viruslast“ hängt nicht nur davon ab, ob der positive Partner / die positive Partnerin die oben genannten Bedingungen erfüllt, sondern kann je nach Lebenssituation unterschiedliche Gründe haben. Das Papier geht deshalb konkret auf die Bedeutung der Viruslast für sowohl Positive (mit und ohne HIV-Therapie) als auch Ungetestete und Negative ein. In weiteren Unterkapiteln wird auf die Bedeutung der Viruslast für Drogengebraucher(innen), Menschen in Haft sowie für Frauen mit Kinderwunsch, Schwangere und Stillende eingegangen.

Ebenfalls thematisiert wird die Rolle der Beziehung zwischen den Beteiligten bei der Entscheidung für oder gegen „Viruslast-Methode“: Eine „funktionierende Kommunikation“ zwischen den Partner(inne)n wird als Voraussetzung benannt, sich auf die „Methode Viruslast“ einzulassen.

Kondom oder „Viruslast-Methode“ – oder beide?!

Besonders für Beratungssituationen interessant ist die Listung aller Stärken und Schwächen von sowohl Kondomen als auch der „Viruslast-Methode“. Beide Strategien zur Vermeidung einer HIV-Übertragung bergen trotz konsequenter Anwendung (Kondom) beziehungsweise Erfüllung der Bedingungen (Viruslast) immer ein geringes Restrisiko.

Kondome können auch ohne Abklärung von Vorbedingungen eingesetzt werden, reduzieren darüber hinaus das Risiko für andere sexuell übertragbare Infektionen und bieten gleichzeitig einen Schutz vor ungewollter Schwangerschaft. Auf der anderen Seite sind Anwendungs- und Materialfehler möglich und ihre Effektivität sinkt bei nicht durchgehender Verwendung.

Die „Viruslast-Methode“ hat den Vorteil, dass sie auch „kleine Risiken“ abdeckt, die sich durch das Kondom nicht reduzieren lassen oder bei denen Kondome normalerweise nicht verwendet werden (z.B. Spermaschlucken, Spermaspiele mit Schleimhautkontakt, Blutkontakt). Dass eine Schwangerschaft möglich ist, kann ein Vor- oder auch Nachteil sein. Zu den Nachteilen dieser „Methode“ gehört, dass sie keinen Schutz vor anderen sexuell übertragbaren Krankheiten bietet, dass die Bedingungen für ihren Einsatz komplex sind und dass die Viruslast unbemerkt ansteigen kann, z.B. infolge eines Therapieversagens.

Das „Restrisiko“ ist jedoch in beiden Fällen „vernachlässigbar gering“. Es versteht sich, dass sich durch die Kombination der Methoden (Kondomgebrauch trotz Viruslast unter der Nachweisgrenze) das Restrisiko gegen Null senken lässt.

INFO empfiehlt das Lesen des gesamten Positionspapiers. Man findet es auf der DAH-Homepage: www.aidshilfe.de

Kriminalisierung einer Popsängerin Auf allen Ebenen höchst bedenklich

Die Verhaftung der *No Angels* Sängerin Nadja B. im Zuge eines Ermittlungsverfahrens wegen einer vermutlichen HIV-Übertragung ruft rundum Kritik hervor: über das Vorgehen der Staatsanwaltschaft, die Vorverurteilung durch bestimmte Medien, die möglichen Folgen für die HIV-Prävention und über den gesellschaftlichen Umgang mit HIV-Positiven.

Der „Fall“ an sich

Ein Mann behauptet, seine Ex-Freundin sei HIV-positiv und habe ihn vor Jahren wissentlich infiziert. Statt einer in einem solchen Fall üblichen Vorladung und Vernehmung wird die Frau von ihrem Arbeitsplatz in Handschellen abgeführt, weil sie zu Hause nicht anzutreffen war. Im konkreten Fall besteht weder Gefahr auf Flucht oder Verdunklung, da es sich um eine allein erziehende Mutter mit festem Wohnsitz handelt. Allein die „Wiederholungsgefahr“ wird als Grund angeführt, um das überfallsartige Vorgehen der Staatsanwaltschaft zu rechtfertigen und die Frau für zehn Tage in Untersuchungshaft zu nehmen.

So weit, so unverhältnismäßig wie erschreckend. Aber es kommt noch schlimmer: Erstens ist der Arbeitsplatz der Frau ein gut besuchtes Popkonzert. Zweitens ist sie prominent. Die Staatsanwaltschaft nimmt dies zum Anlass, sie als „Person von öffentlichem Interesse“ zu betrachten und Details des laufenden Ermittlungsverfahrens öffentlich zu verkünden, die dann in vielen Medien unter voller Namensnennung breitgetreten werden.

Vorverurteilung

Da die Staatsanwaltschaft rechtsstaatliche Errungenschaften wie Unschuldsvermutung und Geheimhaltung laufender Ermittlungen offen-

sichtlich missachtet hat, 'überführen' viele Medien die somit Vorverurteilte mit ihren Mitteln. Presse- und Medienrechtler kritisieren diese Missachtung der Persönlichkeitsrechte, die auch bei Personen öffentlichen Interesses im ausgewogenen Verhältnis zur Pressefreiheit stehen müssen. In den Worten der AIDS-Hilfe Frankfurt: „In eklatanter Weise wurde damit der Schutz der menschlichen Würde einem nachgeordneten Rechtsgut geopfert.“

Strafrecht und Prävention

„Die Erfahrung anderer Länder, die stärker als Deutschland auf strafrechtliche Abschreckung setzen, zeigt, dass das Strafrecht sich nicht als Mittel der Prävention eignet. Zudem steht die verfassungsrechtliche Legitimation einer Strafverfolgung in hohem Maße in Frage“ (INFO 45). Für die DAH ist die Justiz keine Akteurin der HIV-Prävention in Deutschland und darf es auch nicht sein. In ihrer Pressemitteilung zum aktuellen Fall heißt es weiter: „Die deutsche Politik der HIV- und Aidsbekämpfung wird aber gerade deshalb als beispielhaft betrachtet, weil sie von der Verantwortung jedes einzelnen, von der Solidarität und der Bekämpfung jeder Art von Stigmatisierung ausgeht. (...) Seit den 1990er Jahren haben die Verurteilungen im Zusammenhang mit HIV-Übertragungen zugenommen. Das ist nicht ohne Auswirkungen auf die Präventionsarbeit im HIV/Aids-Bereich geblieben. Die öffentlichkeitswirksame Bestrafung von Menschen mit HIV/Aids kann aber leicht die Illusion entstehen lassen, der Staat habe das Problem unter Kontrolle, und so Personen dazu veranlassen, ihr Schutzverhalten (Safes Sex) zu vernachlässigen. Die DAH geht weiterhin von gemeinsamer Verantwortung aller Beteiligten in einvernehmlichen sexuellen Kontakten aus. Das war und bleibt die Basis unserer Arbeit.“

Aus diesem Grund hat sich die DAH auch dem internationalen Positionspapier des Open Society Institutes „Zehn Gründe gegen die Kriminalisierung der HIV-Übertragung“ angeschlossen. Das von der

DAH ins Deutsche übersetzte Papier gibt wichtige Argumentationshilfen gegen eine Kriminalisierung der HIV-Übertragung.

Konkrete Auswirkungen

Durch den Fall gingen bei Aidshilfen nicht nur mehr Anfragen ein, sondern auch üble Beschimpfungen „der Positiven“ und der („verantwortungslosen“) Haltung von Aidshilfe.

Die Kriminalisierung von HIV-Übertragungen und das stigmatisierende Klima führen sicherlich bei einigen dazu, sich trotz Risikoverhaltens nicht testen zu lassen beziehungsweise ihre Infektion zu verheimlichen. Hierzu die AIDS-Hilfe Frankfurt: „Damit werden unsere Präventionsaussagen konterkariert. Seit langem vertreten wir die Ansicht, dass nur der verantwortungsvoll mit einer Infektion umgehen kann, der früh um sie weiß und haben deshalb in den letzten Jahren dazu aufgerufen, sich bei einem begründeten Verdacht auf eine Infizierung testen zu lassen. Es ist absehbar, dass sich als Folge der Affäre um die verhaftete Sängerin die Einstellung breit macht, es sei besser, sich nicht testen zu lassen, nach dem Motto: Was ich nicht weiß, macht mich nicht heiß und unangreifbar für strafrechtliche Verfolgung.“

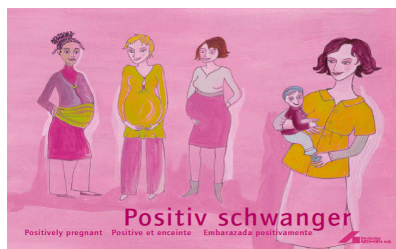
Quellen:

- Pressemitteilung der AIDS-Hilfe Frankfurt
- Pressemitteilung der Deutschen AIDS-Hilfe
- „Zehn Gründe gegen die Kriminalisierung der HIV-Übertragung“, zu finden auf www.aidshilfe.de
- INFO 45

Positiv schwanger

Arbeitshilfe für Beratungsstellen und Arztpraxen

Mit der Arbeitshilfe will die DAH die Beratung HIV-positiver Schwangerer in Arztpraxen, Aidshilfen und anderen Beratungsstellen unterstützen. „Positiv schwanger“ verbleibt in der Beratungsstelle, um die Kommunikation zwischen Beraterin und Klientin –oftmals Migranten- zu verbessern. Pro Arztpraxis reicht also eine Broschüre aus, pro Aidshilfe (je nach Größe) reichen wenige Exemplare.



Die bereits dritte aktualisierte Auflage erscheint in vier Sprachen: Deutsch, Englisch, Französisch und Spanisch.

Die Texte der Mappe erläutern sehr gut verständlich, was während und nach einer Schwangerschaft zu beach-

ten ist, damit Mutter und Kind gesund bleiben und sich das Kind nicht mit HIV infiziert. In der letzten Umschlagsseite liegt ein Kalender, der der Schwangeren mitgegeben und separat nachbestellt werden kann.

Natürliche Geburt

Neu ist die Thematisierung der Möglichkeiten der natürlichen Geburt statt eines Kaiserschnitts zur Vermeidung einer HIV-Übertragung auf das Kind. Eine natürliche Geburt ohne Risiken ist bei nicht nachweisbarer Viruslast in den letzten Schwangerschaftswochen möglich. Es wird jedoch auch darauf hingewiesen, dass eine natürliche Geburt für HIV-Positive leider nur in wenigen Kliniken möglich ist.

DINA4 quer

DAH-Bestellnummer: 026007

Forum-Band „Ins Netz gegangen“

MSM: Sex und Prävention im Internet

Der neue DAH-Band präsentiert Erkenntnisse und Erfahrungen rund um das Thema „Internet, Sex und Prävention“ am Beispiel schwuler, bisexueller und anderer Männer, die Sex mit Männern haben (MSM). Der Einfluss des Internets auf das Sex- und Risikoverhalten wird aus verschiedenen fachlichen Perspektiven und anhand von Studien beleuchtet. Inwiefern das ´reale´ mit dem ´virtuellen´ Selbst übereinkommt beziehungsweise wie diese einander beeinflussen, steht bei den Betrachtungen immer wieder im Mittelpunkt. Es werden auch die Gefahren des „digitalen Exhibitionismus“ genannt, beispielsweise wenn es um Angaben zu Schutzverhalten oder Serostatus geht.

Ein Schwerpunkt des Bandes liegt bei den Erfahrungen und Möglichkeiten des Internets als Arbeitsort für Präventionisten. So wird die gemeinsame Online-Beratung der Aidshilfen, der *Health Support* auf Gayromeo sowie die Kampagne *Ich weiß was ich tu* für MSM (alle DAH) von ihrem jeweiligen Leiter sehr anschaulich vorgestellt. Man erfährt viel über die speziellen Anforderungen, die das Medium an Arbeitsweise, Kompetenzen und Selbstreflexion der ehren- und hauptamtlich Engagierten stellt.

Der Band richtet sich an alle Präventionisten und Beraterinnen und Berater in Aidshilfen. Auch wer nicht im Online-Bereich arbeitet, erhält wichtige Einblicke in fachliche Entwicklungen und Teile von Lebenswelten seiner Zielgruppen.

Ins Netz gegangen – Schwule Männer, Sex und Prävention im Internet

AIDS-Forum DAH Band 53

DAH-Bestellnummer: 030053

PEP und HIV-Prävention

Ergebnisse einer Befragung in HIV-Schwerpunktzentren

Wie verbreitet ist die PEP (Postexpositions-Prophylaxe) nach einem sexuellen Risiko unter MSM in Deutschland und welche Rolle spielt sie in der HIV-Prävention? Diese Fragen untersuchten die Psychologen Dr. Phil C. Langer (Ludwig-Maximilians-Universität München) und Jochen Drewes (Freie Universität Berlin), indem sie in Zusammenarbeit mit dem Kompetenznetz HIV/Aids Ärztinnen und Ärzten in Schwerpunktpraxen und Kliniken befragten. Es wurden an 25 Zentren des Kompetenznetzes 77 Fragebögen geschickt, die sich auf das Jahr 2007 bezogen. Es antworteten 27 Ärztinnen und Ärzte, von denen circa 70 Prozent niedergelassen und 30 Prozent in Kliniken praktizierten.

128mal PEP bei MSM

Insgesamt führten die an der Befragung teilnehmenden Ärzte 234mal eine PEP durch, wovon knapp über der Hälfte (128) auf MSM entfiel. Von nur einer PEP wurde eine nicht erfolgreiche Verhinderung der HIV-Übertragung (aus unbekanntem Grund) berichtet, in zwölf Fällen war der Verlauf unbekannt und in 13 Fällen wurde die PEP aufgrund von Nebenwirkungen abgebrochen.

PEP und Prävention

Literaturstudien von Langer und Drewes ergaben, dass zumeist „Unfälle“ Anlass für eine PEP benannt werden, was auf ein ausgeprägtes Schutzverhalten hinweisen könnte. Bei MSM mit höherem Risikoverhalten kam mit Einführung der PEP die Frage auf, inwiefern das Wissen um die PEP zu einer stärkeren Sorglosigkeit führen könnte. Studien belegen den Zusammenhang nicht, allerdings auch nicht das Gegenteil. Die meisten Studien zeigen, dass eine PEP nur bei wenigen zu einem Wachrütteln („wake-up call“) oder gar zu anhaltenden Verhaltensänderungen führt. In der vorliegenden Studie von Langer vernein-

ten die befragten Ärzte eine präventive Wirkung der PEP mehrheitlich.

Sie gaben an, dass nur bei weniger als einem Fünftel die HIV-Exposition innerhalb einer Beziehung stattgefunden hatte. Häufig seien es die HIV-positiven Sexpartner, die ihre negativen oder ungetesteten Partner nach einem infektionsrelevanten Kontakt über die Möglichkeiten einer PEP informieren und zur Einleitung einer PEP bewegen.

Was man wissen sollte

Eine PEP sollte innerhalb von ein bis zwei Stunden, möglichst jedoch in den ersten 24 Stunden begonnen werden; nach 48 bis 72 Stunden ist sie zwar laut Leitlinie noch möglich, vermutlich aber nicht mehr wirklich sinnvoll (einige Kliniken lehnen daher nach über 48 Stunden eine PEP ab).

Leider ist dies innerhalb der Szene wenig bekannt, so dass manche Erfolg versprechende PEP nicht rechtzeitig begonnen werden kann. In Deutschland weisen Studien auf einen Bekanntheitsgrad der PEP von 40 Prozent unter MSM im Jahr 2003 hin. Auch in der Befragung durch die Autoren kam knapp die Hälfte der befragten Ärzte zu der Einschätzung, dass die PEP lediglich „teils-teils“ bekannt ist.

12 der 27 befragten Ärzte geben an, dass sie im Jahr 2007 bei 65 MSM eine PEP nicht empfehlen konnten. In der Mehrzahl der Fälle wurde dies mit einem zu großem Zeitfenster zwischen Risikokontakt und Arztbesuch oder mit dem Fehlen eines ausreichenden Risikos begründet. Damit wurden immerhin gut einem Drittel der Patienten der Wunsch nach einer PEP abgelehnt.

Kostenerstattung

Die Kosten der PEP werden von den gesetzlichen Krankenkassen (GKV) übernommen werden, wenn eine Notsituation vorliegt – aber nur dann ist eine PEP auch medizinisch indiziert.

Die Finanzierung der nicht-beruflichen PEP ist seit Ende 2007 durch den Gemeinsamen Bundesausschuss in der Schutzimpfungsrichtlinie geregelt (www.g-ba.de -Richtlinien). Die Formulierungen der Schutzimpfungsrichtlinie werden in der PEP-Leitlinie der DAIG zitiert. Früher war die Kostenübernahme einer PEP strittig. Daher bestehen bei manchen Ärzten noch Zweifel oder Skepsis über die Kostenübernahme und bei manchen Sachbearbeitern von Krankenkassen ggf. noch Unkenntnis über die neue seit Ende 2007 geltende Situation.

Die befragten Ärzte berichteten von insgesamt sechs Fällen, in denen die Kostenübernahme durch die GKV ein Problem darstellte. Einige Ärzte deuteten an, auf Medikamenten-Muster bei der Durchführung der PEP zurückzugreifen. In einem Fall wurde eine PEP abgelehnt, weil der Patient nicht bereit war, die Kosten privat zu tragen.

Ausblick + Fragen

Da die PEP eine Notfallintervention ist, wird ein bedeutender Teil der betroffenen MSM Notfallambulanzen lokaler oder regionaler Krankenhäuser oder auch niedergelassene Ärzte aufsuchen. Und diese gehören mehrheitlich nicht dem Kompetenznetz an und wurden somit durch diese Befragung nicht erfasst.

Die Autoren der Befragung empfehlen weitere Untersuchungen zu folgenden Fragen:

- Wie sieht die PEP aus Patientensicht aus?
- Wie ist der Kenntnisstand bezüglich der PEP bei MSM?
- Woher beziehen schwule und bisexuelle Männer ihr Wissen?
- Welche Differenzen in Bezug auf Alter, sozialen Status, Risikobewusstsein oder HIV-Status lassen sich feststellen?
- Welchen präventiven Nutzen sehen die Patienten bzw. MSM in der PEP?

Sie sehen eine wichtige Rolle der Ärztinnen und Ärzte bei der Verbesserung der präventiven Funktion der PEP, insbesondere was deren Bekanntheit bei diskordanten Paaren betrifft. Weiterhin konstatieren sie, dass das Wissen bei MSM um die Möglichkeiten und Grenzen erhöht werden muss, damit die richtigen Personen zu richtigen Zeit die Möglichkeit einer PEP erhalten.

Neue Rufnummer findet große Resonanz

Halbes Jahr bundesweite Telefonberatung der Aidshilfen

Am 1 Oktober 2008 startete die gemeinsame Telefonberatung der Aidshilfen unter der bundesweiten Nummer 0180-33-19411. An ihr beteiligen sich 27 Aidshilfen mit mehr als 130 haupt- und ehrenamtlichen Beraterinnen und Beratern. Wie hat sich das neue Angebot entwickelt? Der Koordinationskreis Telefonberatung zog nach den ersten sechs Monaten Bilanz.

Die erreichten Ziele:

- Ein nutzerfreundliches Telefonberatungsangebot
- Eine effektivere Telefonberatung vor Ort
- Sicherung und Weiterentwicklung der Telefonberatung

Erreichbarkeit

Das Ziel, 62 Stunden in der Woche kompetente Beratung zu bieten, wurde problemlos erreicht. Gegenseitige Vertretungen werden im internen Forum angemeldet und laufen sehr unkompliziert. Hier zeigt sich viel Teamgeist und Identifikation mit dem gemeinsamen Projekt.

Anruferzahlen und Auslastung

Die 0180-33-19411 wurde erstaunlich schnell bekannt. Bereits im ersten Monat (Oktober 2008) wurden über 300 Beratungsgespräche ge-

führt, im März 2009 waren es schon fast 600. Insgesamt waren es im ersten halben Jahr fast 2.800 Beratungen. Dies verdeutlicht die noch stets große Rolle des Mediums Telefon in der HIV-Prävention und dass Aidshilfe in der Vergangenheit eher ein Problem der Erreichbarkeit hatte. Die Anruferzahl wirkt sich positiv auf die Auslastung der Beratungsteams aus, die in ihren übernommenen Zeitfenstern mehr Anrufe beantworten können, wodurch sie im Vergleich zu vorher teilweise doppelt ausgelastet sind.

Themen der Beratung

Hauptthemen der Beratung sind ganz klar Fragen nach einem Ansteckungsrisiko, gefolgt von Fragen zum HIV-Test. Reine Informationsfragen können sehr schnell beantwortet werden. 42 Prozent der Gespräche sind kürzer als fünf Minuten. Bei den anderen Anrufen handelt es sich um intensivere Beratungen. Dabei haben wir es nicht selten mit Menschen zu tun, die sehr übertriebene Ängste vor einer HIV-Infektion haben. Dahinter stecken oft ein schlechtes Gewissen oder Schuldgefühle (Fremdgehen, Bordellbesuche etc). Drogengebrauch oder Migration spielen am Telefon so gut wie keine Rolle.

HIV-Ansteckungsrisiken	40,2 %
HIV-Test	21,0 %
Schutz vor HIV	7,4 %
STD's	5,7 %
Seelische Probleme	4,4 %
Leben mit HIV	3,3 %
Partnerschaft	3,3 %

Drei Viertel der Anrufer sind männlich, ein Fünftel wird von den Berater(inn)en also homo- oder bisexuell eingeschätzt.

Qualität der Beratung

Ein erster Schritt zur Qualitätsentwicklung war die Verständigung auf gemeinsame Qualitätsstandards, die Bestandteil des Vertrages sind. Alle Telefonberater/-innen verpflichten sich schriftlich zu Verschwiegenheit und zum Datenschutz. Die regionalen Aidshilfen tragen dafür Sorge, dass die Beratung in einer ungestörten Atmosphäre und nur von einem Festnetzanschluss aus erfolgt. Es wird sichergestellt, dass Rufnummern von Ratsuchenden auf dem Display nicht sichtbar sind.

Die teilnehmenden Aidshilfen benennen nur Telefonberater/-innen für die gemeinsame Telefonberatung, die eine fundierte Ausbildung durchlaufen haben und vor Ort in ein Team eingebunden sind. So wird die Möglichkeit für Reflexion und Fortbildung sichergestellt.

Austausch im Beraterteam

Alle Telefonberater/-innen haben die Möglichkeit des fachlichen Austausches in einem eigens hierfür eingerichteten Internetforum. Dieser Austausch findet bereits statt, ist aber noch ausbaufähig. Da sich die meisten Telefonberater/-innen nicht persönlich kennen, braucht es sicher noch eine gewisse Zeit, die Scheu zu überwinden, sich vor 130 Leuten mit seiner Meinung im Forum zu zeigen. Dies bestätigen Erfahrungen mit vergleichbaren Projekten, wie zum Beispiel bei den Präventionisten bei gayromeo.

Fortbildungen

Gemeinsame Fortbildungen als eine Möglichkeit für das persönliche Kennenlernen sind in Vorbereitung. So ist für den Sommer 2009 ein Telefonberatermeeting in Berlin für zumindest einen Teil der Berater/-innen geplant. Für 2010 gibt es Überlegungen zu regionalen Weiterbildungstreffen.

Fazit

Die neue Beratungsnummer 0180-33-19411 wurde überraschend schnell von Ratsuchenden angenommen. Dadurch konnte die Auslastung der Telefonberatung erheblich verbessert werden. Die organisatorische Zusammenarbeit funktioniert sehr unkompliziert.

Herausforderungen für die Zukunft sind die Konzeption von Fortbildungseinheiten und eine Förderung des fachlichen Austauschs. Hier muss geschaut werden, was über Internet leistbar ist und wo es persönliche Begegnungen braucht.

Nach dem ersten halben Jahr kann man sagen: Die gemeinsame Telefonberatung ist ein Erfolgsmodell, das über die eigentliche Beratungsarbeit hinaus auch zur verbandsinternen Kommunikation beiträgt und so die Identifikation mit dem Verband fördert. Wir sehen guten Mutes in die Zukunft.

Die Mitglieder des Koordinationskreises Telefonberatung

- Werner Bock, Deutsche AIDS-Hilfe
- Ulrich Breitbach, AIDS-Hilfe Oberhausen (in Vertretung von Melanie Luczak, AH Hagen)
- Joschi Moser, AIDS-Hilfe Schwäbisch-Gmünd
- Tom Scheel, Aids Centrum Rostock
- Johanna Schneider, Münchner AIDS-Hilfe
- Claudia Veth, Berliner AIDS-Hilfe

Testwochen von *Ich weiß was ich tu* (iwwit)

Bewerbung und Evaluation von Testangeboten

Vom September bis November 2009 werden Test- und Beratungsangebote zu HIV und STIs zielgruppennah beworben und von der FU Berlin evaluiert. Die bundesweiten HIV-Testwochen sollen dazu bei-

tragen, Kenntnis und Bewusstsein über bestehende Testangebote in den Zielgruppen nachhaltig zu verbessern.

Die Teilnahme an den HIV-Testwochen bietet den Projekten die Möglichkeit zum Erfahrungsaustausch und zum Wissenszuwachs durch die Evaluation. Zudem sorgt die bundesweite Bewerbung im Rahmen der IWWIT-Kampagne für Aufmerksamkeit. Alle teilnehmenden Projekte werden ausreichend Möglichkeit haben, ihre Arbeit darzustellen.

Die HIV-Testwochen sind Teil der Evaluation der IWWIT-Kampagne durch die FU Berlin. Die Evaluationsergebnisse werden veröffentlicht, um sie für die Qualitätsentwicklung von Präventions- und Testprojekten nutzbar machen zu können.

Teilnahme

An den Testwochen können alle Projekte teilnehmen, die sich an die Zielgruppe MSM richten. Und zwar unabhängig davon, ob die Projekte bereits installiert sind oder noch geplant werden und ob sie dauerhaft angelegt oder zeitlich begrenzt sind.

Mehr Informationen zur IWWIT-Kampagne: www.iwwit.de

Anmeldebögen gibt es bei Peter Wiessner:
Tel: 0221-80 14 96 36 und 0163 456 85 14
Fax: 0221-80 14 96 37
Email: peter-wiessner@t-online.de



Einreise in die USA

Bisher keine Verbesserung für HIV-Positive

Groß war die Freude, als der US-Kongress im Juli 2008 das Gesetz aufhob, das von 1993 bis 2008 die Einreise von Menschen mit HIV in die USA kategorisch ausschloss. Wie sich herausstellte, war die Freude verfrüht, denn für HIV-Positive hat sich bisher rein gar nichts verändert. Noch immer muss prinzipiell die HIV-Infektion offengelegt werden. Dies gilt auch bei Aufenthalten von kurzer Dauer.

Durch die Aufhebung des Gesetzes in 2008 gilt derzeit eine Verwaltungsvorschrift aus dem Jahr 1987, die erst dann aufgehoben werden kann, wenn HIV durch das US Department of Health and Human Services (DHHS) von der Liste der Infektionskrankheiten gestrichen wird, die für die öffentliche Gesundheit als besonders bedrohlich gelten.

Mit der Neubesetzung des DHHS durch Kathleen Sebelius ist damit zu rechnen, dass bald Bewegung in die Sache kommt. Bisher ist jedoch völlig unklar, wie weit die neuen Regelungen die Reisefreiheit für HIV-Infizierte erleichtern werden. Es gibt also Grund genug, politisch am Ball zu bleiben!

Quelle:

Peter Wiessner, David Haerry und Nancy Ordovery: „Aktualisierung der derzeitigen Entwicklungen der Einreisebestimmungen für Menschen mit HIV und AIDS in den USA“

Unter: www.hivtravel.org

Neues aus der Reihe INFO+ Broschüre Virushepatitis 2009

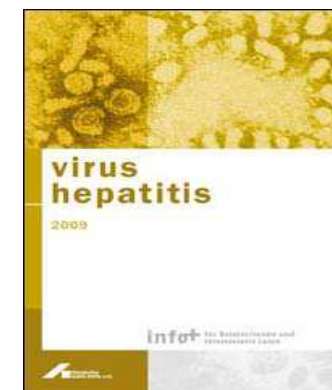
Die neue Broschüre der DAH informiert ausführlich über Leberentzündungen, die durch Viren hervorgerufen werden und darüber, welche Arten von virusbedingten Leberentzündungen es gibt. Es wird auf die Übertragungswege und Schutz-möglichkeiten eingegangen, die von Virus zu Virus (zum Beispiel Hepatitis A und B) unterschiedlich sind. Andere Kapitel beschreiben Diagnose und Therapiemöglichkeiten. Insbesondere auf die Übertragungsrisiken, den Verlauf und die Behandlung von Hepatitiden bei Vorliegen einer HIV-Infektion (Ko-Infektion) wird ausführlich eingegangen.

Die Neuauflage der Broschüre bietet aktuelle Informationen zu neuen Medikamenten zur Behandlung einer chronischen Hepatitis B und stellt diese auf der vorderen Umschlagseite auch in einer Übersichtstabelle dar.

Auch neue Erkenntnisse zur Epidemiologie und zu Übertragungswegen der Hepatitis E wurden aufgenommen. Neu ist auch eine Grafik zu den Nebenwirkungen der Hepatitis C-Therapie und zum Therapieversagen bei Hepatitis C. Zudem bietet die Broschüre aktuelle Informationen zum Meldeweg bei Virushepatitis.

Am Anfang jedes Kapitels wird "das Wichtigste in Kürze" in einem Absatz knapp zusammengefasst. Die Broschüre aus der Reihe INFO+ richtet sich an Berater / Beraterinnen sowie interessierte Laien.

82 Seiten
Broschüre, DIN A 5
DAH-Bestellnummer: 026070



Plakat mit Tabelle zu Virushepatitiden A bis E

Der Broschüre Virushepatitis 2009 liegt ein kleines Plakat (26 auf 40 cm) mit einer Übersichtstabelle zu den Virushepatitiden A bis E bei. Die Tabelle bietet Informationen zu Übertragungswegen, Inkubationszeit, dem akuten und chronischen Verlauf, den Langzeitfolgen und der Immunität beziehungsweise der Impfung auf einen Blick. Die Texte auf dem kleinen Plakat sind die gleichen wie in der Broschüre, aber größer und übersichtlicher in der Darstellung.

Plakat
DIN A2
DAH-Bestellnummer: 056001

Wissenswertes zum HIV-Test

Welche Aussage ist zu welchem Zeitpunkt möglich?

Die Frage, wann der richtige Zeitpunkt ist, um nach einer Risikosituation einen HIV-Test durchführen zu lassen, sorgt immer wieder für Verunsicherung bei Ratsuchenden und Berater(inne)n. Im Einzelfall gilt es, zwischen zwei unterschiedlichen Fragestellungen genau zu unterscheiden:

- Fragestellung 1:
Ich möchte wissen, dass ich mich ganz sicher **nicht mit HIV infiziert** habe.
- Fragestellung 2:
Ich möchte so früh wie möglich erfahren, ob ich mich mit **HIV infiziert** habe.

Bei den meisten Ratsuchenden geht es wohl um **Fragestellung 1**, da sie wissen wollen, ob sie trotz eines eingegangenen Risikos HIV-negativ geblieben sind. Hier gilt nach wie vor die alte Regel: Erst nach 90 Tagen beziehungsweise drei Monaten ist ein negatives Testergebnis praktisch 100 Prozent sicher! Für soviel Sicherheit muss man so lange warten, obwohl viele HIV-Infektionen heute bereits zwischen der dritten bis achten Wochen nachgewiesen werden könnten.

Dass eine vorliegende HIV-Infektion heute wesentlich schneller nachgewiesen werden kann, hat damit zu tun, dass die Testverfahren in den letzten Jahren erheblich verbessert worden sind. So ermöglichen die modernen p24-Antigen-Antikörper-Kombinationstests einen viel schnelleren Nachweis als die reinen Antikörpertests. Unverändert geblieben ist jedoch die Zeit, die der Körper braucht, um Antikörper gegen das HIV-Virus zu bilden. Obwohl dies in den meisten Fällen zwischen der zweiten und achten Woche passiert, gibt es auch immer wieder einige „Spät-Konverter“, bei denen es bis zu zwölf Wochen dauert, bis die Antikörper nachweisbar sind. Deshalb kann man erst nach der zwölften Woche sicher aussagen, dass sich jemand ganz sicher nicht mit HIV infiziert hat.

Schnelltest und diagnostisches Fenster

Das Ganze gilt selbstverständlich auch für die Anwendung von Schnelltests! Leider lassen sich immer noch einige Kolleg(inn)en von dem Namen irreführen: Schnelltests sind nur in der Anwendung (durch die verkürzte „Laborzeit“) schnell. Sie liefern i.d.R. ein Ergebnis innerhalb von 30 Minuten.

An der Zeitspanne zwischen Risikosituation und Testdurchführung, dem so genannten diagnostischen Fenster, ändert sich durch die Anwendung des Schnelltests nichts. Im Gegenteil: Schnelltest können erst etwas später als p24-Kombinationstests eingesetzt werden, wenn es um den Nachweis einer erfolgten HIV-Infektion (Fragestellung 2)

geht. Für die Klärung der Fragestellung **1** gibt es keinen Unterschied zwischen den Testverfahren, für alle gelten hier die 90 Tage. Wenn man im diagnostischen Fenster testet und ein negatives Ergebnis erhält, muss man nach Ablauf der 90 Tage noch einmal einen Test zur Bestätigung/Überprüfung des Ergebnisses machen.

Die Tabelle rechts soll eine Orientierung ermöglichen, welche Tests **als zuerst eingesetzte Tests (Suchtests)** sinnvoll sind.

MERKE:

1. BEIM TESTEN IM DIAGNOSTISCHEN FENSTER HAT MAN EINEN TRÜBEN BLICK!

2. ALLE TESTS IM DIAGNOSTISCHEN FENSTER – REAKTIVE WIE NEGATIVE - BRAUCHEN DAHER EINE BESTÄTIGUNG!

- Reaktive Tests (PCR oder p24-AK-Kombinationstests bzw. Schnelltests) brauchen einen Bestätigungstest (Western-Blot). Fällt der Bestätigungstest noch negativ aus (weil noch keine AK gebildet sind) wird er nach Tagen wiederholt und ggf. bis dahin ein weiterer Suchtest oder eine PCR durchgeführt.
- Negative Tests (PCR, p-24-Kombinationstests oder reine AK Tests) sollten nach Ablauf der 3-Monats-Frist durch einen Antikörpertest ergänzt werden, da es immer einige Fälle gibt, bei denen die Viruslast (d.h. auch Nukleinsäure und p24) erst spät ansteigt, z.B. bei kleiner Infektionsdosis und/oder langsamer Virusreplikation am Eintrittsort oder wenn das Immunsystem langsamer reagiert und erst spät Antikörper entwickelt werden.

ZEITPUNKT	SUCHTEST = HIV-REAKTIV	SUCHTEST = HIV-NEGATIV
BIS MAX 72 STUNDEN	Klienten sofort zur PEP-Beratung zum Arzt schicken	
TAG 1 - 10	Kein Test sinnvoll	Kein Test sinnvoll
TAG 11 - 13	Ab Tag 11 frühestens ist Infektion mit PCR nachweisbar. Ist aber meist unsinnig, da teuer	Ergebnis „HIV-negativ“ hat keine Aussagekraft, da Virusanstieg später eintreten kann oder eine Infektion mit HIV2 vorliegt (<1% der Fälle in D)
AB WOCHE 3	Ab Tag 14: p24-AK-Kombinationstest möglich. Ergebnis „HIV+“ ist sicher nach Bestätigungstest	Ergebnis „HIV-negativ“ hat keine Aussagekraft, da p24-Antigen nicht 100%-ig sicher nachweisbar ist und auch bei HIV-2-Infektion nicht anschlägt.
AB WOCHE 6	Einsatz von reinen AK-Tests (z.B. Schnelltest) wird möglich. Bei mehr als 60% (vielleicht auch mehr als 90%) der Personen sind AK nachweisbar. Ergebnis „HIV+“ ist sicher nach Bestätigungstest	Ergebnis „HIV-negativ“ hat keine sichere Aussagekraft, noch nicht bei allen Antikörper nachweisbar sind und (im Falle der Verwendung eines p-24-Kombinationstests) das p24-Antigen ggf. nicht mehr nachweisbar ist, weil es durch Antikörper gebunden, ist.
AB WOCHE 8	Bei mehr als 95% der Infizierten sind jetzt AK nachweisbar	Ergebnis „HIV-negativ“ hat keine absolute Aussagekraft, da bei wenigen die Antikörperbildung noch nicht abgeschlossen ist.
AB WOCHE 13	Ab Tag 91: AK sind jetzt bei allen nachweisbar	Das negative AK-Testergebnis ist jetzt sicher. Antikörpertests weisen als einzige Tests sowohl HIV-1 (>99% der Fälle in D) als auch HIV-2 (<1% der Fälle in D) nach.