



Informationen zu HIV für die medizinische Praxis



Impressum

Herausgeberinnen:

Deutsche Aidshilfe e. V.

Wilhelmstraße 138
10963 Berlin
www.aidshilfe.de
dah@aidshilfe.de

Bundesärztekammer

Arbeitsgemeinschaft der deutschen Ärztekammern
Herbert-Lewin-Platz 1
10623 Berlin
www.bundesaerztekammer.de
info@baek.de

In Kooperation mit:

Verband medizinischer Fachberufe e. V.

Gesundheitscampus-Süd 33
44801 Bochum
www.vmf-online.de
info@vmf-online.de



2020 | **Bestellnummer:** 028007

Konzept und Redaktion: Kerstin Mörsch, Holger Sweers und Heike Gronski

Bei den abgebildeten Personen handelt es sich um Models.

Titelfoto: sturti / iStockphoto.com

Portraits S. 5: Die Hoffotografen; Renata Chueire

Innenfotos: DAH / Renata Chueire: S. 11, 12, 18, 32, 39 | Adobe Stock: Andrey Popov (S. 4), Saklakova (S. 8), reddish (S. 10), Lightfield Studios (S. 24), pikselstock (S. 27), DragonImages (S. 32), jarun011 (S. 35), jes2uphoto (S. 36), VadimGuzhva (S. 43) | iStockphoto.com: rclassenlayouts (S. 8), Yobro10 (S. 14), Tomml4 (S. 20), peopleImages (S. 44) | Hellfirez / photocase.com (S. 39)

Gestaltung und Satz: Carmen Janiesch

Druck: X-PRESS Grafik & Druck GmbH, Nunsdorfer Ring 13, 12277 Berlin Marienfelde

Spenden für die DAH:

Deutsche Aidshilfe e. V.

IBAN: DE27 1005 0000 0220 2202 20 | BIC: BELADEBEXX
online: www.aidshilfe.de

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

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

Inhalt

- 5 Vorwort der Bundesärztekammer und der Deutschen Aidshilfe
- 9 HIV in Deutschland: Zahlen und Fakten
- 12 Infektionsschutz im Praxisbetrieb
 - 14 Was tun nach einem Übertragungsrisiko?
 - 15 Sofortmaßnahmen nach möglicher Exposition
 - 16 HIV-Post-Expositions-Prophylaxe (PEP)
- 18 Datenschutz und Schweigepflicht
- 21 Gemeinsam für Akzeptanz und gegen Diskriminierung von Menschen mit HIV
- 22 HIV und Aids im Detail
 - 22 HIV/Aids und antiretrovirale Therapie (ART)
 - 25 Übertragung
 - 28 Schutz vor sexueller HIV-Übertragung
 - 28 *Kondome/Femidome*
 - 28 *Schutz durch Therapie*
 - 29 *Prä-Expositions-Prophylaxe (PrEP)*
 - 30 Diagnostik
 - 33 *Beratung zum HIV-Test und informierte Einwilligung*
 - 33 *Formen des HIV-Tests*
 - 36 *Testergebnis und Bestätigungstest*
 - 38 Erste Schritte im Leben mit HIV
- 40 Krankheitsverlauf
 - 40 Akute HIV-Infektion
 - 42 Asymptomatische HIV-Infektion
 - 42 Symptomatische HIV-Infektion
 - 43 Aids
- 45 Weitere Informationen und wichtige Adressen



Vorwort

von Dr. med. (I) Klaus Reinhardt, Präsident der Bundesärztekammer,
und Sylvia Urban, Vorstand Deutsche Aidshilfe



Sehr geehrte Leser*innen, liebe Kolleg*innen,

HIV ist dank des medizinisch-wissenschaftlichen Fortschritts mittlerweile eine gut behandelbare chronische Infektion. Die heutzutage eingesetzten HIV-Medikamente unterdrücken die HIV-Vermehrung im Körper und verhindern die Ausbildung einer Aids-Erkrankung. Menschen mit HIV können bei frühzeitiger Diagnose und frühem Behandlungsbeginn mit einer normalen Lebenserwartung¹ und einem Leben ohne größere medizinische Einschränkungen rechnen. Selbst bei fortgeschrittener HIV-Infektion oder bei Aids-Symptomen bestehen gute Chancen, dass sich das Immunsystem wieder erholt, wenn eine Behandlung eingeleitet wird.

Allerdings lebten in Deutschland Ende 2018 geschätzt über 10.000 Menschen mit HIV, ohne es zu wissen. Seit Jahren wird rund ein Drittel der Neudiagnosen erst bei fortgeschrittenem Immundefekt gestellt, etwa 15 Prozent der Diagnosen erfolgen sogar erst bei aidsdefinierenden Symptomen. Einer der Gründe, sich nicht testen zu lassen, ist weiterhin die Angst vor Diskriminierung.

1 [https://www.thelancet.com/journals/lanhiv/article/PIIS2352-3018\(17\)30066-8/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanhiv/article/PIIS2352-3018(17)30066-8/fulltext);
Kurzlink: t1p.de/h092



Trotz der erheblichen therapeutischen Fortschritte und einer guten medizinischen Versorgungslage in Deutschland berichten Menschen mit HIV, dass sie aufgrund ihrer Infektion auch im Gesundheitswesen Diskriminierung erfahren.² Dabei geht es nicht nur um Erfahrungen wie zum Beispiel eine verweigerte Behandlung. Auch unnötige Hygienemaßnahmen oder die – zum Teil auch unbedachte – Preisgabe sensibler Informationen zum Beispiel auf Überweisungsscheinen werden als diskriminierend empfunden.

Solche erlebten oder befürchteten negativen Reaktionen können dazu führen, dass Menschen sich nicht auf HIV testen lassen und dass Menschen mit HIV nicht offen und selbstbewusst mit ihrer Infektion umgehen.

Die Gründe für Diskriminierung sind unterschiedlich. Zum einen können Vorurteile die Ursache sein, da viele HIV-Patient*innen Personengruppen angehören, die aufgrund bestimmter Merkmale in unserer Gesellschaft ausgegrenzt werden. Zum anderen dürften Furcht vor Ansteckung oder Unsicherheiten zu ungewollter Diskriminierung führen.

Genau hier setzt diese Broschüre an. Denn die Grundlage für eine erfolgreiche Behandlung von HIV ist nicht nur die lebenslange Einnahme der Medikamente und die Begleitung der Patient*innen durch regelmäßige Kontrolluntersuchungen, sondern nachweislich auch ein vertrauensvolles Verhältnis zwischen medizinischem Team und Patient*innen.³ Dafür ist es hilfreich, dass nicht nur die behandelnden Ärztinnen



- 2 Die 2012 unter 1.148 Menschen mit HIV durchgeführte Umfrage „positive stimmen“ zeigte zum Beispiel, dass jeder fünften befragten Person im Jahr vor der Umfrage eine medizinische Behandlung verweigert wurde und dass zehn Prozent nicht in eine Arztpraxis gingen, als es nötig gewesen wäre – bei denen, denen eine Behandlung verweigert worden war, waren es sogar 18 Prozent (siehe „positive stimmen verschaffen sich gehört“, Deutsche Aidshilfe 2012, online unter t1p.de/cn6z abrufbar, und dazu den ausführlichen Ergebnisbericht unter t1p.de/m2gx).
- 3 <https://bmcmecine.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12916-014-0142-1>;
Kurzlink: t1p.de/jsdb

und Ärzte, sondern alle an der Versorgung Beteiligten über die wesentlichen Punkte rund um HIV/Aids informiert sind und sich im Umgang mit den Patient*innen sicher fühlen.

Damit Sie und Ihr Praxisteam Patient*innen mit HIV bestmöglich unterstützen können, finden Sie in dieser Broschüre wichtige Informationen rund um das Thema HIV und Aids. Außerdem bietet sie Tipps aus der Beratungspraxis, die es Ihnen erleichtern sollen, Menschen mit HIV sowie Patient*innen mit vielfältigen sexuellen, sprachlichen und kulturellen Hintergründen bedürfnisgerecht und diskriminierungsfrei zu begegnen.

Die Länder der WHO-Euro-Region sowie die Mitglieder der Europäischen Union haben sich mit der Verabschiedung der Nachhaltigkeitsziele der Vereinten Nationen verpflichtet, HIV, Hepatitis und weitere sexuell übertragbare Infektionen bis 2030 einzudämmen.

Sie können entscheidend dazu beitragen, bis zum Jahr 2030 die 95-95-95-0-Ziele der Vereinten Nationen zu erreichen.⁴ Dies bedeutet:

- 95 % aller HIV-Infizierten kennen ihre Diagnose
- 95 % davon werden behandelt
- 95 % davon haben eine Viruslast unterhalb der Nachweisgrenze
- 0 % werden aufgrund ihrer Infektion diskriminiert.

Gerade ein vertrauensvoller und diskriminierungsfreier Umgang trägt dazu bei, dass Menschen sich in die medizinische Versorgung begeben und sich dort testen und behandeln lassen.

Gemeinsam können wir HIV eindämmen und die Folgen einer HIV-Infektion minimieren – herzlichen Dank für Ihr Engagement!

Dr. Klaus Reinhardt und Sylvia Urban

4 UNAIDS: Understanding Fast Track. Accelerating Action to End the AIDS Epidemic by 2030. UNAIDS: Geneva 2015. Kurzlink: t1p.de/d7cn





HIV in Deutschland: Zahlen und Fakten

- ▶ Laut Statistik des Robert-Koch-Instituts lebten Ende 2018 etwa 71.000 Männer und 17.000 Frauen in Deutschland mit HIV.⁵
- ▶ Über 10.000 Menschen in Deutschland lebten mit HIV, ohne es zu wissen. In der Folge werden rund ein Drittel aller HIV-Neudiagnosen erst bei fortgeschrittenem Immundefekt gestellt, etwa 15 Prozent sogar erst bei aidsdefinierenden Symptomen. Zudem besteht bei einer unerkannten Infektion ein hohes Risiko für eine weitere Verbreitung des Virus. Einer der Gründe, sich nicht testen zu lassen, ist Angst vor Diskriminierung.⁶
- ▶ HIV ist heute eine gut behandelbare, chronische Infektion. Die heutzutage eingesetzten Medikamente führen dazu, dass mit gängigen Untersuchungsmethoden keine HI-Viren im Blut nachweisbar sind (Reduktion der Viruslast unter die Nachweisgrenze). Bei einer Viruslast unter der Nachweisgrenze ist HIV auch sexuell nicht übertragbar. Durch die Behandlung wird ein Immundefekt verhindert, so dass keine Aids-Erkrankung auftritt.
- ▶ Der größte Teil der Neuinfektionen (2018: etwa 2.400) geht auf Sex zwischen Männern zurück (2018: etwa zwei Drittel), gefolgt von heterosexuellen Kontakten und intravenösem Drogengebrauch.

5 Quelle hierzu und zu den folgenden Zahlen: RKI, Epidemiologisches Bulletin 46/2019; Kurzlink: t1p.de/myv6

6 Hierzu gibt es zahlreiche Studien; vgl. z. B. Sean D. Young/Eran Bendavid, The relationship between HIV testing, stigma, and health service usage, in: AIDS Care, 2010, 22(3): 373–380; online abrufbar unter dem Kurzlink t1p.de/mpd9.

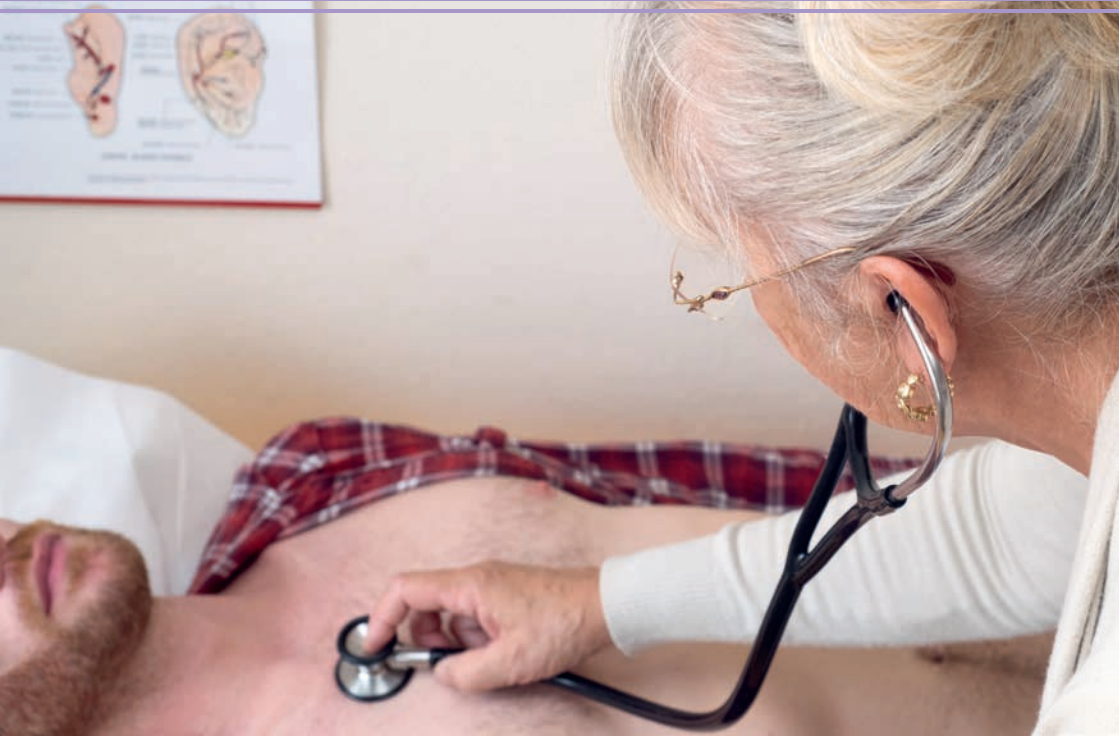




- ▶ Menschen mit HIV können ohne Angst vor Übertragungen auf Partner*innen oder Kinder Eltern werden. Mutter-Kind-Übertragungen kommen heute so gut wie nicht mehr vor: Allen Schwangeren muss ein HIV-Test angeboten werden, und mit antiretroviralen Medikamenten lassen sich Infektionen des Babys verhindern. Frauen mit HIV können bei Begleitung durch HIV-Spezialist*innen vaginal entbinden und auch stillen.⁷
- ▶ Im medizinischen Kontext besteht – auch bei unbehandelten Patient*innen – bei Einhaltung der üblichen Hygiene- und Arbeitsschutzmaßnahmen keine Infektionsgefahr, weder für das Team noch für andere Patient*innen. Selbst bei Arbeitsunfällen, zum Beispiel Stich- oder Schnittverletzungen mit HIV-kontaminierten Instru-



7 Siehe Deutsch-Österreichische Leitlinie zur HIV-Therapie in der Schwangerschaft und bei HIV-exponierten Neugeborenen, 2020; Kurzlink: t1p.de/xwx3



menten oder bei Benetzung offener Wunden und Schleimhäute mit HIV-haltigen Flüssigkeiten, kann das Ansteckungsrisiko durch Sofortmaßnahmen und gegebenenfalls eine HIV-Post-Expositions-Prophylaxe minimiert werden ([siehe S. 16](#)).

- ▶ Während HIV medizinisch gut behandelbar ist, führen Faktoren wie Diskriminierung oder fehlender Zugang zur medizinischen Versorgung häufig zu Beeinträchtigungen von Gesundheit und Wohlbefinden. So kommt es vor, dass Menschen mit HIV Behandlungen verweigert werden, unnötige Hygienemaßnahmen getroffen oder ihre Daten preisgegeben werden.⁸

8 Laut „Kontaktstelle HIV-bezogene Diskriminierung“ der Deutschen Aidshilfe handelte es sich 2019 bei etwa zwei Dritteln der 100 Meldungen an die Stelle um Beschwerden über Diskriminierung im Gesundheitswesen; [vgl. auch Fußnote 2, S. 6](#).



Infektionsschutz im Praxisbetrieb

Grundsätzlich muss das Praxisteam immer davon ausgehen, dass der Infektionsstatus der Patient*innen nicht bekannt ist. Manche wissen nichts von ihrer bereits bestehenden Infektion, zum anderen kann es sein, dass Patient*innen aus Angst vor Ablehnung eine Infektion nicht offenlegen.

Die Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO)⁹ enthalten kein eigenes Kapitel zur Prävention von HIV oder anderen blutübertragbaren Infektionen, sondern verweisen primär auf die bei allen Patient*innen einzuhaltenden Maßnahmen der Basishygiene (Standard Precautions).¹⁰

Diese sind:

- ▶ Tragen von Einmalhandschuhen bei Kontakt mit möglicherweise virushaltigen Flüssigkeiten (Blut, Sekrete, Exkrete) oder wahrscheinlich kontaminierten Flächen
- ▶ Tragen eines Schutzkittels oder einer Schürze, um Arbeitskleidung vor direktem Kontakt mit möglicherweise kontaminierten Materialien zu schützen
- ▶ Tragen eines Mund-Nasen-Schutzes und einer Schutzbrille oder eines Gesichtsschutzschildes, wenn mit Verspritzen/ Tröpfchenbildung von möglicherweise kontaminierten Flüssigkeiten zu rechnen ist
- ▶ Sicherer Abwurf von gebrauchten Spritzen und Skalpellen.

Unbegründet sind Maßnahmen im Umgang mit Menschen mit HIV, die über die Standardhygienemaßnahmen hinausgehen (z. B. räumliche Abgrenzung, Behandlung an Randzeiten und besondere Reinigung, unnötige Schutzkleidung). Die Maßnahmen werden außerdem als diskriminierend empfunden.

9 KRINKO: Infektionsprävention im Rahmen der Pflege und Behandlung von Patienten mit übertragbaren Krankheiten, 2015; Kurzlink: t1p.de/pi94

10 Kurzlink: t1p.de/ykzn





Was tun nach einem Übertragungsrisiko?

Sollte durch einen Arbeitsunfall doch einmal ein Übertragungsrisiko für eine Infektionskrankheit bestehen, z. B. durch eine Stich- oder Schnittverletzung mit einem kontaminierten Instrument, sind Sofortmaßnahmen zu ergreifen, die das Infektionsrisiko minimieren. Dies gilt nicht nur für eine mögliche Übertragung von HIV, sondern auch von anderen per Blut übertragbaren Krankheitserregern wie Hepatitis-B- oder Hepatitis-C-Virus (HBV/HCV).

Sofortmaßnahmen nach möglicher Exposition

- **Kontamination nicht intakter Haut:** gründlich mit Wasser spülen, danach mit satt in Hautantiseptikum getränktem Tupfer großzügig desinfizieren
- **Kontamination der Lippen/Mundhöhle:** Material ausspucken, zuerst mehrmals mit Wasser, dann kurz mit Chlorhexidin oder Octenidin spülen
- **Kontamination des Auges:** mit reichlich Wasser spülen
- **Stich/Schnittverletzung:** Blutfluss nicht unterbinden, nicht manipulieren. Mit Händedesinfektionsmittel spülen.

Kein Risiko einer HIV-Übertragung besteht, wenn die Viruslast durch eine antiretrovirale Therapie stabil unter der Nachweisgrenze liegt. HIV-Patient*innen sind meist gut über die Viruslast informiert, da sie regelmäßig kontrolliert wird.

Der_die Betriebs- oder Durchgangsärzt*in berät zum weiteren Vorgehen – zum Beispiel dazu, ob eine HIV-Post-Expositions-Prophylaxe (PEP) zu empfehlen ist (siehe S. 16) – und bezüglich weiterer Maßnahmen wie Schutzimpfungen (Tetanus- und HBV-Impfschutz, ggf. weitere) oder serologischer Untersuchungen (Antikörper gegen HIV und HCV, ggf. weitere).

HIV-Post-Expositions-Prophylaxe (PEP)

Nach einer (mutmaßlichen) beruflichen HIV-Exposition kann eine rechtzeitig begonnene HIV-PEP (eine vierwöchige Behandlung mit bestimmten HIV-Medikamenten) eine Infektion in vielen Fällen verhindern. Wichtig ist, möglichst schnell damit zu beginnen – nach Möglichkeit innerhalb von 24 Stunden, besser noch innerhalb von zwei Stunden. Es ist ein D-Arzt-Verfahren durchzuführen. Bei mehr als 72 Stunden zwischen Exposition und möglichem Prophylaxebeginn kann nach derzeitigem Kenntnisstand eine Prophylaxe nicht mehr empfohlen werden.

Bei bekannter, wahrscheinlicher oder möglicher Schwangerschaft sowie für Stillende gelten zum Schutz des Embryos bzw. Neugeborenen besondere Medikamenten-Empfehlungen.

Für die Frage, ob eine HIV-PEP empfohlen oder angeboten wird, sind die Viruslast der HIV-infizierten Person (Indexperson) und die Art der Verletzung bzw. Kontamination entscheidend. Zur Abklärung einer möglichen HIV-Medikamentenresistenz sollte zudem gefragt werden, ob die Indexperson mit antiretroviralen Medikamenten behandelt wird und wenn ja, mit welchen.

Die folgende Tabelle gibt an, in welchen Situationen laut „Deutsch-Österreichischer Leitlinie zur medikamentösen Postexpositionsprophylaxe nach HIV-Exposition“¹¹ eine HIV-PEP empfohlen wird, angeboten werden soll oder nicht indiziert ist:



11 Kurzlink: t1p.de/e6eu; Kurzlink zur Kurzfassung: t1p.de/cc03

Expositionsereignis	Viruslast > 50 Kopien/ml oder unbekannt	Viruslast < 50 Kopien/ml
Einbringung von mehr als 1 ml Blut oder anderer Körperflüssigkeit mit potenziell hoher Viruskonzentration	PEP wird empfohlen	PEP wird empfohlen
(Blutende) perkutane Stichverletzung mit Injektions- oder anderer Hohlraumnadel; Schnittverletzung mit kontaminiertem Skalpell, Messer oder Ähnlichem	PEP wird empfohlen	PEP soll angeboten werden
<ul style="list-style-type: none"> - Oberflächliche Verletzung (z. B. mit chirurgischer Nadel) ohne Blutfluss - Kontakt von Schleimhaut oder verletzter/geschädigter Haut mit Flüssigkeit mit potenziell hoher Viruskonzentration 	PEP soll angeboten werden	PEP ist nicht indiziert
<ul style="list-style-type: none"> - Perkutaner Kontakt mit anderen Körperflüssigkeiten als Blut (wie Urin oder Speichel) - Kontakt von intakter Haut mit Blut - Haut- oder Schleimhautkontakt mit Körperflüssigkeiten wie Urin und Speichel 	PEP ist nicht indiziert	PEP ist nicht indiziert

Adressen von Stellen, in denen rund um die Uhr eine HIV-PEP begonnen werden kann, finden sich auf der Seite der Deutschen Aidshilfe unter aidshilfe.de.¹²

12 Kurzlink: t1p.de/5gg3





Datenschutz und Schweigepflicht

Datenschutz und Schweigepflicht gelten auch für die HIV-Infektion.¹³ Die auf eine Person bezogene Information über den HIV-Status darf grundsätzlich nicht ohne die Zustimmung der Patient*innen an Dritte weitergegeben werden.¹⁴ Ein ungewolltes Offenlegen einer HIV-Infek-

13 Nichtnamentlich ist von den Laboren der direkte oder indirekte Nachweis des Krankheitserregers dem Robert-Koch-Institut gemäß Infektionsschutzgesetz zu melden.

14 In seltenen Ausnahmefällen kann zum Schutz von Leben und Gesundheit bei konkreter Gefährdung Dritter unter engen Voraussetzungen auch ohne Einwilligung des_der Patienten_in eine Berechtigung zur Offenbarung patientenbezogener Informationen gegenüber Dritten zulässig sein; siehe Bundesärztekammer/Kassenärztliche Bundesvereinigung, Hinweise und Empfehlungen zur ärztlichen Schweigepflicht, Datenschutz und Datenverarbeitung in der Arztpraxis (Kurzlink: [t1p.de/6z79](https://www.t1p.de/6z79)).



tion kann auch heute noch schwerwiegende Folgen haben. Menschen mit HIV müssen daher – wie alle anderen Patient*innen auch – grundsätzlich selbst bestimmen können, wer von ihrer Infektion erfährt.

Patient*innen sind nicht verpflichtet, von ihrer Infektion zu berichten, auch nicht gegenüber dem Personal in der Gesundheitsversorgung.

Das Grundrecht der informationellen Selbstbestimmung ist durch die 2018 in Kraft getretene Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) der Europäischen Union gestärkt worden. Die Bundesärztekammer und die Kassenärztliche Bundesvereinigung haben Informationen zur Datenschutzgrundverordnung für die Praxis zusammengestellt.^{15,16}

- **Ermöglichen Sie Patient*innen, den Anamnesebogen unbeobachtet auszufüllen.**
- **Gespräche über Diagnosen müssen so geführt werden, dass niemand mithören kann.**
- **Patientenbezogene Daten müssen so aufbewahrt werden, dass sie nicht von Unbefugten einzusehen sind.**
- **Achten Sie konsequent auf den Datenschutz: Keine Markierungen auf Patientenunterlagen, Zugang nur für behandelndes und betreuendes Personal.**
- **Berücksichtigen Sie gegebenenfalls den Wunsch der Patient*innen, die HIV-Infektion nicht auf Überweisungen zu vermerken.**

15 Bundesärztekammer/Kassenärztliche Bundesvereinigung, Hinweise und Empfehlungen zur ärztlichen Schweigepflicht, Datenschutz und Datenverarbeitung in der Arztpraxis (Kurzlink: t1p.de/6z79), und Technische Anlage zu den Empfehlungen zur ärztlichen Schweigepflicht, Datenschutz und Datenverarbeitung in der Arztpraxis (2018, Kurzlink: t1p.de/nege).

16 Kassenärztliche Bundesvereinigung, Informationen für die Praxis – Datenschutz-Grundverordnung, März 2018; online abrufbar unter dem Kurzlink t1p.de/aaax





Gemeinsam für Akzeptanz und gegen Diskriminierung von Menschen mit HIV

Menschen mit HIV brauchen neben guter medizinischer Behandlung heute vor allem gesellschaftliche Unterstützung: durch den Abbau von Diskriminierung und durch Begleitung bei der Bewältigung von Ausgrenzungserfahrungen.

Sie als Beschäftigte im Gesundheitssystem können durch offenen und einfühlsamen Umgang mit HIV-positiven Patient*innen hierzu entscheidend beitragen:

- ▶ **Mit Leitsätzen oder einem Praxisaushang können Sie signalisieren, dass Sie offen und nicht wertend mit Patient*innen umgehen.**
- ▶ **Ein offener, akzeptierender Umgang mit den Patient*innen und unter den Mitarbeiter*innen schafft Vertrauen und kann die Kommunikation über sensible Informationen und Fragen deutlich erleichtern.**
- ▶ **Offenheit und Akzeptanz können Sie auch signalisieren, indem Sie Broschüren oder Poster zum Beispiel der Deutschen Aidshilfe auslegen oder aushängen.**

HIV und Aids im Detail

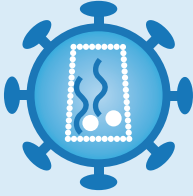
Im Folgenden haben wir Ihnen wichtige Informationen zu HIV zusammengestellt, die Sie bei der Behandlung und Beratung von Patient*innen mit potenzieller oder bestätigter HIV-Infektion unterstützen sollen. Neben Informationen zu dem HI-Virus, der antiretroviralen Therapie, den Übertragungswegen und dem Krankheitsverlauf geben wir insbesondere auch Hinweise zum Risiko-Assessment, den verschiedenen Test-Möglichkeiten und der Bedeutung der Ergebnisse.

Sie finden hier außerdem Verweise und Links zu weiterführenden Informationen sowie zu Beratungsstellen und spezialisierten Ärzt*innen für die HIV-spezifische Behandlung Ihrer Patient*innen.

HIV/Aids und antiretrovirale Therapie (ART)

Das Humane Immunschwäche-Virus (HIV) befällt vor allem Zellen des Immunsystems (z.B. CD4-Zellen) und schwächt so die Fähigkeit des Körpers, Krankheitserreger und fehlerhafte Körperzellen zu bekämpfen – sofern keine HIV-Medikamente genommen werden.

Antiretrovirale Medikamente unterdrücken die HIV-Vermehrung und verhindern Aids. Mit einer rechtzeitig begonnenen antiretroviralen Therapie (ART) hat man gute Chancen auf eine normale Lebenserwartung bei relativer Beschwerdefreiheit.



HIV ist ein **Retrovirus**. Die HIV-Erbsubstanz liegt als einsträngige RNA vor, die in infizierten Zellen durch das viruseigene Enzym Reverse Transkriptase in doppelsträngige DNA umgeschrieben und dann in die menschliche DNA eingebaut wird. Anschließend produzieren die infizierten Zellen neue Virusbausteine, die aus den Wirtszellen „ausknospen“ und als Virionen weitere Zellen infizieren.

Meist muss nur eine Tablette täglich mit mehreren Wirkstoffen eingenommen werden, die an verschiedenen Stellen des HIV-Vermehrungszyklus ansetzen. Mittlerweile gibt es ein erstes Präparat, das nur alle zwei Monate intramuskulär injiziert werden muss.

Die antiretrovirale Therapie (ART) kann allerdings das Immunsystem nicht völlig wiederherstellen und die Viren nicht wieder aus dem Körper entfernen. Die Medikamente müssen daher nach jetzigem Stand lebenslang eingenommen werden.

Ohne HIV-Medikamente führt eine HIV-Infektion fast immer nach mehreren Monaten oder Jahren zu Aids (Acquired Immune Deficiency Syndrome, erworbenes Abwehrschwäche-Syndrom) mit lebensbedrohlichen Krankheiten. Aids-Symptome bilden sich aber durch HIV-Medikamente meist zurück, und es bestehen gute Chancen, dass sich das Immunsystem wieder erholt.



Übertragung

HIV ist generell im Vergleich zu anderen sexuell übertragbaren Infektionen schwer übertragbar.¹⁷ Im Alltag besteht keinerlei Übertragungsrisiko, und bei einer erfolgreichen HIV-Therapie ist HIV (auch sexuell) nicht übertragbar.¹⁸ Außerdem kommen Mutter-Kind-Übertragungen unter ART praktisch nicht mehr vor, und Frauen mit HIV können vaginal entbinden und auch stillen.

Damit es zu einer HIV-Übertragung kommt, muss eine ausreichende HIV-Menge in die Blutbahn, auf offene Hautstellen oder auf bestimmte Schleimhäute gelangen – vor allem die Anal- und Vaginalschleimhaut, die Schleimhaut am Gebärmutterhals, aber auch die Schleimhäute am Penis (Harnröhreneingang, Bändchen, Innenseite der Vorhaut).

Bei Menschen mit HIV ohne medikamentöse Behandlung reicht die HIV-Menge für eine Übertragung nur in Blut, Sperma, dem Flüssigkeitsfilm auf den Schleimhäuten von Rektum, Vagina und Gebärmutterhals sowie in Muttermilch aus.

Das Risiko einer HIV-Übertragung ist erhöht, wenn sich sehr viele Viren im Blut und den Körperflüssigkeiten befinden. Das ist zum Beispiel zwei bis vier Wochen nach einer frischen HIV-Infektion der Fall, weil sich das Virus dann besonders stark vermehrt. Die meisten Menschen wissen zu diesem Zeitpunkt noch nichts von ihrer Infektion, deshalb finden in dieser Phase die meisten HIV-Übertragungen statt.

17 Während das statistische Übertragungsrisiko pro HIV-Exposition für aufnehmenden vaginalen Verkehr auf 0,04 Prozent und für einführenden vaginalen Verkehr auf 0,08 Prozent geschätzt wird (zum Vergleich: aufnehmender Analverkehr 1,38 Prozent, einführender Analverkehr 0,11 Prozent; siehe Roger Pebody, Estimated HIV risk per exposure, Mai 2020, aidsmap.com; Kurzlink: t1p.de/i0yg), geht das Robert-Koch-Institut z. B. bei Syphilis-Exposition von einem Pro-Kontakt-Risiko von etwa 30 Prozent aus (RKI-Ratgeber Syphilis, online abrufbar unter t1p.de/80tr).

18 Weltgesundheitsorganisation (WHO): Viral suppression for HIV treatment success and prevention of sexual transmission of HIV, Juli 2018; Kurzlink: t1p.de/30w4



- Bei Alltagskontakten besteht keinerlei Ansteckungsgefahr (körperliche Berührung, Husten, Niesen, gemeinsame Benutzung von Toiletten etc.).
- Im medizinischen Arbeitsablauf sind die Standardhygienemaßnahmen ausreichend.
- Bei Arbeitsunfällen (z. B. bei Stich- oder Schnittverletzungen mit HIV-kontaminierten Instrumenten oder bei Benetzung von offenen Wunden und Schleimhäuten mit HIV-haltigen Flüssigkeiten) ist das Risiko einer HIV-Übertragung sehr gering. Man nimmt an, dass es weltweit insgesamt nur um die 100 Fälle gab, fast alle vor der breiten Einführung der ART.¹⁹ Minimiert werden kann das Risiko durch Sofortmaßnahmen und gegebenenfalls eine unverzüglich (innerhalb von 48 Stunden) begonnene vierwöchige medikamentöse HIV-Post-Expositions-Prophylaxe (siehe S. 16).
- Deutlich ansteckender als HIV sind Hepatitis-B-Viren (HBV) und Hepatitis-C-Viren (HCV). Während etwa das durchschnittliche Infektionsrisiko nach einer perkutanen HIV-Exposition auf 0,3 Prozent geschätzt wird, liegt es bei Hepatitis C bei schätzungsweise 1,8 und bei Hepatitis B zwischen 6 und 30 Prozent.²⁰



19 aidsmap.com: Needlestick injuries, discarded needles and the risk of HIV transmission, Juni 2019; Kurzlink: t1p.de/7p23



20 Risk and Management of Blood-Borne Infections in Health Care Workers, 2000; Kurzlink: t1p.de/et74



Für Beratungsgespräche in der Praxis sind auch Informationen zum Schutz vor sexueller HIV-Übertragung wichtig. Gerade das Konzept einer Prävention durch Therapie oder auch die Prä-Expositions-Prophylaxe, die mit dem Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) für bestimmte Risikopatient*innen als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung zugelassen wurde, sind vielen Menschen noch nicht bekannt.

Schutz vor sexueller HIV-Übertragung

Sicheren Schutz vor einer sexuellen HIV-Übertragung bieten

Kondome/Femidome

Kondome oder Femidome beim vaginalen Verkehr und beim Analverkehr schützen vor HIV. Hundertprozentige Sicherheit bieten Kondome/Femidome allerdings nicht, denn sie können z. B. reißen oder abrutschen (meist durch Anwendungsfehler oder durch Verwendung einer nicht passenden Größe). Über den Schutz vor HIV hinaus senken Kondome/Femidome das Risiko einer Ansteckung mit anderen Geschlechtskrankheiten.

Schutz durch Therapie

HIV-Medikamente unterdrücken die HIV-Vermehrung im Körper. Die Zahl der HIV-Kopien („Viruslast“) im Blut, im Sperma sowie im Flüssigkeitsfilm auf den Schleimhäuten von Vagina, Penis und Enddarm ist bei erfolgreicher HIV-Therapie (Viruslast unter der Nachweisgrenze) so gering, dass HIV sexuell nicht übertragen werden kann.²¹



²¹ Eine Übersicht zu wichtigen Studien zum Schutz durch die HIV-Therapie findet sich unter dem Kurzlink t1p.de/t1o9.

Prä-Expositions-Prophylaxe (PrEP)

Zur medikamentösen HIV-Prophylaxe PrEP wird ein Medikament aus der HIV-Behandlung eingesetzt. Die beiden antiretroviralen Wirkstoffe Tenofovir und Emtricitabin gelangen unter anderem in die Zellen derjenigen Schleimhäute, die beim Sex mit HIV in Kontakt kommen können. Wenn HIV dann in diese Zellen eindringt, können sich die Viren nicht vermehren, eine Infektion wird verhindert.

Verordnet wird die PrEP zur täglichen Einnahme zusätzlich zu weiteren Safer-Sex-Maßnahmen.²² Seit dem 1. September 2019 übernehmen gesetzliche Krankenkassen die Kosten für die PrEP-Medikamente und Begleituntersuchungen bei Menschen mit substanziellem HIV-Risiko ab 16 Jahren. Die privaten Krankenversicherungen haben eigene Regelungen.

Die PrEP-Verordnung ist in der Anlage 33 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte geregelt.²³ Insbesondere befähigt zur Verordnung sind Ärztinnen und Ärzte aus der spezialisierten Versorgung von Patient*innen mit HIV/Aids gemäß der Qualitätssicherungsvereinbarung HIV/Aids nach § 135 Absatz 2 SGB V (§ 4 Abs. 1 der Anlage 33 BMV-Ä). Liegt die Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung vor, können fachlich befähigte Ärzt*innen ein Kassenrezept für drei Monate PrEP ausstellen und die Begleituntersuchungen verordnen.

Die PrEP kann auch auf Privat Rezept verschrieben werden, Medikamente und Untersuchungen müssen die Patient*innen dann selbst bezahlen.

22 Neben der täglichen Einnahme laut Zulassung gibt es auch ein anlassbezogenes Einnahmeschema für Männer, das ebenfalls zuverlässig schützt. Weitere Informationen zur HIV-PrEP finden sich unter aidshilfe.de/hiv-prep (Kurzlink: t1p.de/1jb1).

23 Vereinbarung über die HIV-Präexpositionsprophylaxe zur Prävention einer HIV-Prävention gemäß § 20j SGB V; Kurzlink: t1p.de/tsno



Diagnostik

Risiko-Assessment

Vielen Menschen fällt es schwer, zurückliegende HIV-Risiken richtig einzuschätzen, und oft werden Risiken auch verdrängt. Fragen zur sexuellen Gesundheit sind daher ein wichtiger Bestandteil im Gespräch zwischen Arzt*Ärztin und Patient*in.

Die Deutsche Aidshilfe empfiehlt deshalb, dass sich Menschen mit wechselnden Sexualpartner*innen routinemäßig mindestens einmal jährlich auf HIV und andere Geschlechtskrankheiten untersuchen lassen.

Tipps zum strukturierten Gespräch über sexuelle Gesundheit und eine mögliche HIV-Testung

Mit einer strukturierten Gesprächsführung können Sie eine offene Kommunikation über Sexualität fördern und auch das Thema HIV-Test ansprechen – etwa entlang der „Checkliste HIV/STI-bezogene Sexualanamnese“²⁴ der Deutschen Aidshilfe. Hilfreich dafür ist es, den Hintergrund der einzelnen Fragen zu erläutern (z. B. zur Einschätzung von Übertragungsrisiken), auf die ärztliche Schweigepflicht hinzuweisen und darüber zu informieren, was Sie in der Patientenakte vermerken.



24 Deutsche Aidshilfe: Checkliste HIV/STI-bezogene Sexualanamnese; Kurzlink: t1p.de/3ncg

Gemäß der PPP-Regel gilt es in jedem Gespräch die folgenden Dimensionen zu berücksichtigen: Partner*innen, Praktiken, Prävention.

Folgende Daten sollten erhoben werden:

- Ungefähres Datum des letzten Sexualkontakts sowie Anzahl der Sexualpartner*innen der vergangenen drei Monate
- Geschlechtsidentität 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 Geschlechtskrankheiten
- Haben Partner*innen Geschlechtskrankheiten in der jüngeren Anamnese?
- Bei Symptomen Angabe der Lokalisation (Mund/Rachen, Vagina, Penis, Analbereich, Haut ...).
- Gibt es Schleimhautverletzungen?
- Empfehlung zum Testverfahren und Vereinbarung, wie das Testergebnis übermittelt werden soll
- Ggf. Empfehlung einer HIV-Post-Expositions-Prophylaxe (PEP), wenn die mutmaßliche HIV-Exposition nicht länger als 48 Stunden (ggf. 72 Stunden) zurückliegt ([siehe S. 16](#)).





Beratung zum HIV-Test und informierte Einwilligung

Vor der Durchführung von HIV-Tests muss das Einverständnis der Patient*innen eingeholt werden. Das gilt auch für HIV-Tests im Rahmen der Schwangerenvorsorge. Im Mutterpass wird nur die Durchführung des Tests vermerkt, nicht das Ergebnis.

Für eine informierte Einwilligung ist es wichtig, dass die Patient*innen folgende Punkte verstehen:

- ▶ Welche Formen des HIV-Tests gibt es?
- ▶ Wo kann man sich testen lassen und was kostet der Test?
- ▶ Was sagt das Ergebnis eines HIV-Tests aus?
- ▶ Was ist ein Bestätigungstest?
- ▶ Was ist die diagnostische Lücke (auch diagnostisches Fenster genannt)?

Formen des HIV-Tests

Suchtest der 4. Generation:

Die entnommene Blutprobe wird eingeschickt und im Labor mit einem sogenannten Suchtest der 4. Generation untersucht. Diese Tests können neben Antikörpern gegen HIV-1 und HIV-2 zusätzlich einen Bestandteil des HIV-1-Virus, das HIV-1-Antigen p24, nachweisen. Bei einem reaktiven Testergebnis wird im Labor ein weiterer Test mit einem anderen Verfahren (in der Regel Immunoblot) durchgeführt. Der Bestätigungstest bestätigt das reaktive Ergebnis oder nicht. Die „diagnostische Lücke“ der Antigen-Antikörper-Tests beträgt sechs Wochen, das heißt, man kann eine HIV-Infektion nur dann mit hoher Sicherheit ausschließen, wenn der Labortest frühestens sechs Wochen nach dem

letzten HIV-Risiko durchgeführt wird (so lange kann es dauern, bis genügend Antikörper für einen Nachweis gebildet wurden). Nachweisen kann man eine tatsächlich vorliegende HIV-Infektion aber meist schon deutlich früher (ab etwa zwei Wochen nach der Infektion).

HIV-Schnelltest:

HIV-Schnelltests sind Antikörpersuchtests, die meist mit einer kleinen Menge Blut aus der Fingerbeere funktionieren. Sie liefern bereits nach wenigen Minuten ein Ergebnis. Ist das Ergebnis reaktiv (siehe „[Testergebnis und Bestätigungstest](#)“, S. 36), muss ein Bestätigungstest im Labor durchgeführt werden. Die diagnostische Lücke bei Schnelltests liegt bei zwölf Wochen, das heißt, sicher ausschließen kann man eine HIV-Infektion, wenn der Schnelltest frühestens 12 Wochen nach dem letzten HIV-Risiko durchgeführt wird. Nachweisen können auch Schnelltests eine tatsächlich vorliegende HIV-Infektion früher, etwa ab drei Wochen nach einer Ansteckung.

HIV-Selbsttest:

Selbsttests sind eine Form des Schnelltests und können von den Patient*innen eigenständig durchgeführt werden, zum Beispiel zu Hause. Erhältlich sind sie zum Beispiel bei Aidshilfen, im Internet, in Apotheken und Drogerien. Wichtig ist, dass die verwendeten Tests ein CE-Zeichen haben, für die Anwendung durch Laien entwickelt wurden und in Europa zugelassen sind. Die in Deutschland zugelassenen Selbsttests funktionieren mit einem Blutstropfen aus der Fingerbeere. Bei Selbsttests fällt die sonst übliche Testberatung weg, daher sollten die Patient*innen darauf hingewiesen werden, sich bei Fragen an ihren Arzt*ihre Ärztin oder aber auch die Aidshilfen und andere Einrichtungen zu wenden, die anonym und kostenlos und auch über Telefon und Internet Beratungen durchführen. Auch bei Selbsttests müssen reaktive Ergebnisse durch einen Labortest bestätigt werden, die diagnostische Lücke liegt ebenfalls bei 12 Wochen.



PCR-Test:

Der PCR-Test weist HIV direkt nach. Hauptsächlich wird er zur Kontrolle der HIV-Therapie eingesetzt. Allerdings kann er auch eine HIV-Infektion nachweisen, und zwar bereits ein bis zwei Wochen nach einer möglichen Infektion. Er kostet allerdings mindestens 100 Euro und muss bei dieser Anwendungsform von den Patient*innen selbst bezahlt werden.

Der PCR-Test kann auch als Bestätigungstest eines reaktiven Antikörper-Suchtests eingesetzt werden.

Um eine HIV-Infektion auszuschließen, sollte nur ein Labor-Suchtest, Schnell- oder Selbsttest eingesetzt werden.



Testergebnis und Bestätigungstest

Patient*innen sollten verstehen, dass es einen Unterschied zwischen dem Testergebnis „reaktiv“ und dem (bestätigten) Ergebnis „HIV-Test positiv“ gibt – insbesondere, wenn sie einen Selbsttest machen möchten:

Bei einem reaktiven Suchtest muss ein Bestätigungstest mit einem anderen Verfahren vorgenommen werden, weil Suchtests manchmal aufgrund ihrer hohen Empfindlichkeit (Sensitivität) reagieren, obwohl keine HIV-Infektion vorliegt. Erst wenn auch der Bestätigungstest reagiert, kann das Ergebnis „HIV-Test positiv“ mitgeteilt werden.

*Den Patient*innen sollte klar verständlich dargelegt werden:*

- ▶ Das Ergebnis „**HIV-Test negativ**“ bedeutet, dass im Blut keine HIV-Antikörper oder Antigene gefunden wurden. Die Patient*innen können dann davon ausgehen, dass sie nicht mit HIV infiziert sind, wenn die Blutabnahme frühestens sechs Wochen (beim Labor-Suchtest) oder drei Monate (beim Schnelltest) nach dem letzten HIV-Risiko erfolgte. Das Ergebnis bedeutet nicht, dass die Patient*innen gegen HIV immun sind, sondern dass sie sich weiterhin vor HIV schützen sollten.
- ▶ Das durch einen Bestätigungstest gesicherte Ergebnis „**HIV-Test positiv**“ bedeutet, dass die Patient*innen sich mit HIV infiziert haben und sich so bald wie möglich von einem erfahrenen HIV-Spezialisten oder einer erfahrenen HIV-Spezialistin untersuchen und beraten lassen sollten. HIV-positiv zu sein bedeutet nicht, dass die Patient*innen Aids haben oder Aids bekommen, sondern dass sie mit antiretroviralen Medikamenten Aids verhindern und viele Jahre oder Jahrzehnte gut mit HIV leben können. Wichtig ist auch die Information, dass bei erfolgreicher HIV-Therapie keine sexuelle Übertragung möglich ist, dass Menschen mit HIV dann ohne Angst vor einer Übertragung auf Partner*innen oder Kinder Eltern werden können und dass Frauen mit HIV unter erfolgreicher ART vaginal entbinden und auch stillen können.

Erste Schritte im Leben mit HIV

Ein positives HIV-Testergebnis wirft für die meisten Menschen viele Fragen auf.

Wichtig für die Beratung sind folgende Punkte:

- Betroffene Patient*innen sollen an eine spezialisierte HIV-Ärztin*einen spezialisierten HIV-Arzt überwiesen werden und bald mit der Therapie beginnen

Damit Körper und Immunsystem möglichst wenig durch HIV geschädigt werden, ist ein möglichst früher Therapiebeginn wichtig. Menschen mit HIV sollten daher so bald wie möglich an eine*n erfahrene*n Schwerpunktmediziner*in überwiesen werden, bei der*dem sie sich gut aufgehoben fühlen. Adressen findet man zum Beispiel bei der Deutschen Arbeitsgemeinschaft niedergelassener Ärzte in der Versorgung HIV-Infizierter e.V. (dagnä) unter dagnae.de/aerzte/. In einigen Krankenhäusern gibt es auch HIV-Ambulanzen. Die Aidshilfen beraten gerne.

- Patient*innen sollen über Beratungs- und Unterstützungsmöglichkeiten informiert werden

Aidshilfen in ihrer Nähe finden Patient*innen mit HIV unter aidshilfe.de/adressen, Beratungsmöglichkeiten sind unter aidshilfe.de/beratung gelistet.

Des Weiteren vermittelt das bundesweite Buddy-Projekt Menschen mit langjähriger Erfahrung im Leben mit HIV, die ehrenamtlich Begleitung bei den ersten Schritten im positiven Leben anbieten. Informationen: buddy.hiv.



Krankheitsverlauf

Das Humane Immundefizienz-Virus (HIV) schädigt vor allem das Immunsystem, wirkt sich ohne Behandlung aber zum Beispiel auch auf Nervensystem und Gehirn, die Augen, die Haut, das Verdauungssystem oder die Nieren aus.

Typisch ist folgender Verlauf:

Akute HIV-Infektion

Kurz nach der Infektion mit HIV vermehrt sich das Virus im Körper sehr stark, sodass sich sehr viele Viren im Blut, im Sperma und im Flüssigkeitsfilm auf den Schleimhäuten von Vagina/Gebärmutterhals, Enddarm und Penis befinden – das Ansteckungsrisiko für andere ist dann zum Beispiel beim Sex ohne Kondom oder andere Schutzmaßnahmen besonders hoch.

Zwei bis vier Wochen nach der Ansteckung treten in den meisten Fällen (aber nicht immer) Symptome auf, zum Beispiel

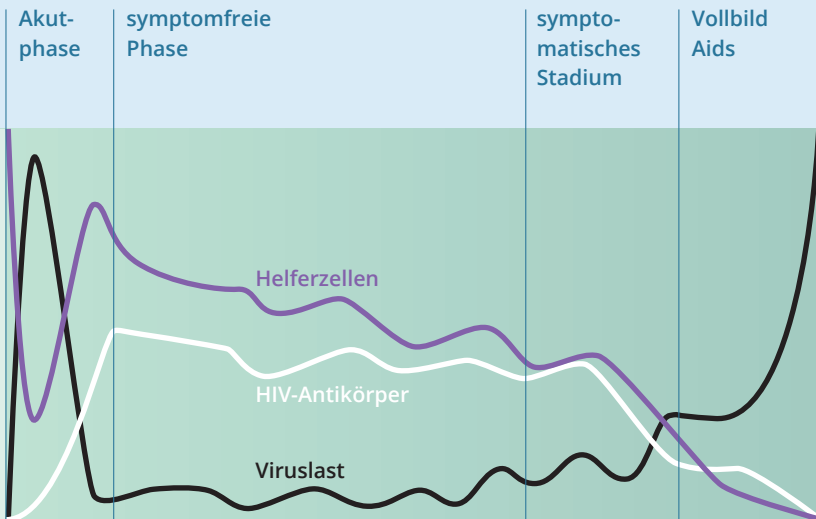
- ▶ Fieber
- ▶ Abgeschlagenheit
- ▶ Müdigkeit oder Unwohlsein
- ▶ starker Nachtschweiß
- ▶ Durchfall
- ▶ Mandel- und Lymphknotenschwellungen
- ▶ Muskelschmerzen
- ▶ Hautausschlag.

Diese Anzeichen einer akuten HIV-Infektion verschwinden nach ein bis zwei Wochen von allein wieder und werden oft fälschlicherweise als Grippe oder Darminfektion gedeutet.

Bereits in dieser Phase zerstört HIV einen großen Teil der Helferzellen der Darmschleimhaut und schädigt so das Immunsystem.

Gleichzeitig beginnt die Bildung von Antikörpern. Diese lassen sich in der Regel spätestens nach sechs Wochen mit einem HIV-Labortest nachweisen.

Beispiel für den Verlauf einer HIV-Infektion ohne antiretrovirale Therapie (ART)



Die Zahl der CD4-Helferzellen nimmt ab, die HIV-Viruslast steigt. Das Vollbild Aids führt ohne Beginn einer antiretroviralen Therapie (ART) in der Regel zum Tod. Durch eine ART können sich aidsdefinierende Symptome aber wieder zurückbilden, Aids ist also nicht zwingend das Endstadium einer HIV-Infektion.

Asymptomatische HIV-Infektion

Nach der akuten Phase mit hoher Virenmehrung folgt meistens eine symptomfreie oder symptomarme Phase mit geringer Virenvermehrung, die mehrere Jahre anhalten kann. Trotzdem verursacht HIV bleibende Schäden an der körpereigenen Abwehr (Immunsystem) und manchen Organen (zum Beispiel den Nieren).

Symptomatische HIV-Infektion

Ohne HIV-Behandlung ist das Immunsystem irgendwann so geschwächt, dass es zu Beschwerden kommt:

- ▶ Nachtschweiß
- ▶ langanhaltende Lymphknotenschwellungen
- ▶ Gürtelrose (Herpes Zoster)
- ▶ Fieber über 38,5 Grad Celsius, das keine andere Ursache hat
- ▶ Durchfall länger als einen Monat
- ▶ Pilzbefall von Mund, Rachen, Vagina (länger als einen Monat)
- ▶ Nervenschädigungen an Armen und Beinen mit Schmerzen, Kribbeln, Taubheitsgefühl.

Aids

Von Aids („Acquired Immune Deficiency Syndrome“ = erworbenes Abwehrschwäche-Syndrom) spricht man bei bestimmten schwerwiegenden Erkrankungen, zum Beispiel bei

- ▶ **Pneumocystis-Pneumonie**
- ▶ **Pilzbefall der Speise- und Luftröhre (Candidose) oder**
- ▶ **bestimmten Krebsarten (zum Beispiel Kaposi-Sarkom).**
- ▶ **Von Aids spricht man ebenfalls bei weniger als 200 Helferzellen pro Mikroliter Blut.**

Aids-Symptome können durch eine HIV-Behandlung aber meist rückgängig gemacht werden, und es bestehen gute Chancen auf eine Erholung des Immunsystems.





Weitere Informationen und wichtige Adressen

Deutsche Aidshilfe

www.aidshilfe.de

- ▶ **Let's talk about Sex** – Trainings zur Kommunikation über HIV/Geschlechtskrankheiten in der ärztlichen Praxis: www.hiv-sti-fortbildung.de
- ▶ **Gütesiegel PRAXIS VIELFALT** – vielfältig gleich behandelt (Zertifizierung für Arztpraxen und Versorgungseinrichtungen, die Menschen mit HIV sowie mit vielfältigen sexuellen, sprachlichen und kulturellen Hintergründen willkommen heißen, ihren Bedürfnissen gerecht werden und eine diskriminierungsfreie Gesundheitsversorgung sicherstellen): www.praxis-vielfalt.de
- ▶ **HIV.Report** – Prävention von HIV, STIs und Hepatitis, neue Leitlinien zur Therapie, Relevantes von Fachkongressen, gesundheitspolitische Themen: www.hivreport.de

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

www.bzga.de

- ▶ **LIEBESLEBEN. Es ist deins. Schütze es** – Prävention von HIV und anderen sexuell übertragbaren Infektionen:
www.liebesleben.de

Robert Koch-Institut

www.rki.de

Deutsche Arbeitsgemeinschaft niedergelassener Ärzte in der Versorgung HIV-Infizierter

www.dagnae.de

Deutsche AIDS-Gesellschaft

www.daignet.de

Überreicht durch: