pro familia
Deutsche Gesellschaft für Familienplanung, Sexualpädagogik + Sexualberatung e.V.

Familienplanungs-RUNDBRIEF

Ausgabe August 2006 Nr. 2

Inhalt

Impressum	2
Einleitung	3
HIV und Schwangerschaftsverhütung	3
HIV-Infektion und Kinderwunsch	6
HIV-Infektion und Schwangerschaft	7
HIV bei MigrantInnen in Deutschland	11
HIV in Zahlen	15
Postexpositionsprophylaxe (PEP)	16
Materialien zu HIV	17
Pille danach	19
IPPF News	19
Hinweise	
Änderung der Fachinformation zu Liviella® (Tibolon)	20
Misslungene Entfernungen von Implanon®	20
Potenzmittel aus dem Internet	21
Buchbesprechung	21
Veranstaltungen	21

Herausgegeben von pro familia Deutsche Gesellschaft für Familienplanung, Sexualpädagogik und Sexualberatung e.V.
Bundesverband · Stresemannallee 3 · D-60596 Frankfurt am Main
Tel. 069/63 90 02 · Fax 069/63 98 52 · http:/ /www.profamilia.de

Impressum: © 2006
Herausgeber: pro familia-Bundesverband
Redaktion. Helga Seyler, Frauenärztin, Hamburg
Dr. med. Ines Thonke, Frankfurt am Main
Anschrift: pro familia-Bundesverband
Stresemannallee 3
60596 Frankfurt am Main
E-Mail: rundbrief@profamilia.de
Internet: www.profamilia.de/Angebot/Publikationen/Familienplanungsrundbrief
Gefördert von der Bundeszentrale für gesundheitliche
Aufklärung (BZgA).

Einleitung

Für pro familia, einen Verband für Sexualaufklärung und Sexualberatung, war die Thematik HIV/AIDS seit den 80er Jahren immer gegenwärtig. Der sich seit dieser Zeit ständig verbesserte Wissensstand wurde kontinuierlich im ihrem Dienstleistungsangebot angemessen berücksichtigt, so z.B. in der Sexualpädagogik, der Fort- und Weiterbildung und den Informationsbroschüren. Heute wie damals sieht sich pro familia in der Verantwortung, die fachlichen Entwicklungen und wissenschaftlichen Fortschritte, aber auch möglicherweise veränderte Bedarfe von Betroffenen und Risikogruppen zu Prävention und Behandlung kontinuierlich zu verfolgen und in ihren Arbeitsbereichen zu berücksichtigen.
Trotz großer Aufwendungen für Information und Prävention wird in den letzten Jahren in Deutschland ein Anstieg der Neuinfektionen registriert, was dazu führt, dass die Bundesregierung mit einer neuen Initiative neue Projekte und Maßnahmen fördert. Die Schwerpunkte liegen bei der Aufklärung und Prävention, Solidarität, Antidiskriminierung und Unterstützung der Forschung.

Als eine Ursache für die weltweite Zunahme von HIV-Infektionen ist aus Expertensicht die ungenügende Verknüpfung von Dienstleistungen zu HIV/ AIDS und zu sexueller und reproduktiver Gesundheit anzusehen.
Die internationale Dachorganisation von pro familia IPPF folgt dieser Einschätzung und die neue Generaldirektorin Gill Greer hat dies bei ihrem Arbeitsantritt noch einmal betont. Bereits im Jahr 2005 hat die IPPF das Thema HIV/ AIDS zu einem Schwerpunkt ihres strategischen Rahmenplans gemacht und sich damit verpflichtet, ihr Angebot auf dem Gebiet Prävention und Gesundheitsversorgung von HIV/ AIDS in den nächsten 10 Jahren nachhaltig auszuweiten.
Welche Gründe für den Anstieg von Neuinfektionen in Deutschland verantwortlich sind und welche Schlüsse sich daraus für die pro familia-Tätigkeitsbereiche ergeben, kann an dieser Stelle noch nicht abschließen beantwortet werden. Fest steht jedoch, dass sich pro familia den Rechten von KlientInnen verpflichtet hat. Ein besonderes Anliegen muss es dabei sein, das Recht von Menschen auf sexuelle Rechte und Gesundheit zu unterstützen sowie sich für das Recht auf Elternschaft von HIV-infizierten Frauen und Männern einzusetzen. Aus diesem Grund wurde das Thema HIV/ AIDS als Schwerpunktthema für diesen Familienplanungs-Rundbrief gewählt und nähert sich den Bereichen, die in der Beratung von pro familia große Bedeutung haben: Verhütung, Kinderwunsch, Schwangerschaft, Sofortmaßnahmen bei ungeschütztem Verkehr und die Situation von MigrantInnen.

HIV und Schwangerschaftsverhütung

Helga Seyler

Kondome

Von Menschen mit einer HIV-Infektion wird erwartet, dass sie zum Schutz ihrer SexualpartnerInnen beim Geschlechtsverkehr konsequent Kondome benutzen, und dass damit auch die Verhütungsfrage geklärt ist.

Aber nicht allen Frauen bietet das Kondom genug Sicherheit zur Schwangerschaftsverhütung. Außerdem wird es, besonders bei Frauen mit sehr niedriger Viruslast, nicht immer und regelmäßig benutzt.

Deswegen haben auch Frauen mit HIV-Infektion Bedarf an einer auf ihre gesundheitlichen Bedürfnisse und den Lebensstil abgestimmten Verhütungsberatung.

Einen nachgewiesenen Schutz vor einer HIV-Übertragung bieten nur Kondome. In der Beratung sollte immer auch auf den Schutz vor anderen sexuell übertragbaren Infektionen hingewiesen werden, da Frauen mit HIV-Infektion ein größeres Risiko haben, solche Infektionen zu bekommen und die nicht behandelbaren Virusinfektionen (HPV, Herpes, Hepatitis) in diesen Fällen seltener ausheilen.

Auch wenn beide Partner HIV-positiv sind, haben Kondome einen Nutzen. Sie können eine Infektion mit anderen Virus-Stämmen verhindern, die den Krankheitsverlauf negativ beeinflussen können. Insbesondere die Übertragung von HIV-Stämmen, die durch antiretrovirale Behandlung (ART) Resistenzen gegen einige dieser Medikamente entwickelt haben, kann die weitere Behandlung erschweren.

Darüber sollte auch in der Verhütungsberatung von HIV-infizierten Frauen und Männern informiert werden und auch bei der Anwendung von anderen Verhütungsmitteln die zusätzliche Anwendung von Kondomen empfohlen werden.

Frauen und Paare, die nur mit Kondomen verhüten, sollten auch immer über die Möglichkeiten der **Postkoitalverhütung** für den Fall einer Panne bei der Kondomanwendung informiert werden. Es ist möglich, ihnen ein Rezept für die Pille da

nach anzubieten, damit sie für den Notfall eine Packung zu Hause aufbewahren können.

Hormonale Kontrazeptiva

Sie bieten eine sehr hohe Verhütungssicherheit. Sie haben nach bisherigen Erkenntnissen keine Auswirkungen auf den Verlauf der HIV-Infektion.

Die tägliche Pilleneinnahme kann eine zusätzliche Belastung sein, wenn Frauen schon im Rahmen der ART viele Medikamente regelmäßig einnehmen müssen. Möglicherweise ist dann die Anwendung des Vaginalrings, des Verhütungspflasters oder Implantats angenehmer.

Aus kleinen Untersuchungen gibt es Hinweise auf Wechselwirkungen zwischen antiretroviralen Medikamenten und hormonellen Kontrazeptiva. Einige Medikamente können den Abbau von oralen Kontrazeptiva in der Leber beschleunigen und die Wirkspiegel senken. Dadurch kann die Verhütungswirkung beeinträchtigt sein. Der Abbau der Hormone kann aber auch gehemmt werden, und die Wirkspiegel können dadurch erhöht werden. Dadurch kann es zu Nebenwirkungen wie Übelkeit kommen, aber auch zu einer Zunahme gesundheitlicher Risiken (zum Beispiel erhöhtes Thromboserisiko). Umgekehrt kann die Anwendung von hormonellen Kontrazeptiva die Wirkspiegel einiger antiretroviraler Medikamente senken und deren Wirkung beeinträchtigen und zu einer Resistenzentwicklung der HI-Viren führen.

Über die Auswirkungen dieser Wechselwirkungen in der Praxis gibt es bisher noch wenige Daten und Erfahrungen. Es ist bisher auch nicht bekannt, ob die Beobachtungen aus Studien, die alle mit oralen Kontrazeptiva durchgeführt wurden, auch für die Anwendung von Vaginalring, Pflaster, Implantate oder Injektionen gelten.

Die empfohlenen Konsequenzen sind unterschiedlich. Bei einigen antiretroviralen Medikamenten wird von der gleichzeitigen Anwendung hormoneller Kontrazeptiva abgeraten. (WHO 2004, HIV.Net 2005). Um die Wirksamkeit der ART zu beurteilen, können jedoch auch die Blutspiegel dieser Medikamente kontrolliert werden.

Wenn neben der HIV-Infektion zusätzliche eine Hepatitis-Virus-Infektion mit erhöhten Leberwerten besteht, können hormonelle Verhütungsmittel wegen der Leberbelastung kontraindiziert sein.

Das **Kupfer-IUP** ist eine sehr bequeme Verhütungsmöglichkeit für Frauen, für die eine durch Kupferspiralen u.U. verstärkte Regelblutung akzeptabel ist. Das mit der Anwendung verbundene leicht erhöhte Risiko für Unterleibsinfektionen scheint kein Problem zu sein, so lange keine ausgeprägte Immunschwäche und fortgeschrittene Aids-Erkrankung besteht. Auf den Schutz vor sexuell übertragenen Infektionen mit Kondomen sollte aber immer hingewiesen werden.

Vor der Einlage ist eine sorgfältige Untersuchung auf genitale Infektionen notwendig, um das kurz nach der Einlage erhöhte Risiko für Unterleibsinfektionen möglichst gering zu halten.

Bei Aids-Erkrankung mit ausgeprägter Immunschwäche empfiehlt die WHO, ein bereits liegendes IUP zu belassen, so lange keine Probleme auftreten. Dann ist jedoch eine besonders sorgfältige Kontrolle auf Unterleibsinfektionen wichtig. Wenn eine Frau bisher nicht mit IUP verhütet hat, sollte sie in dieser Situation kein IUP gelegt bekommen (WHO 2004).

Die **Hormonspirale** kann ebenfalls von Frauen mit HIV-Infektion angewendet werden. Es ist zwar wenig darüber bekannt, ob Medikamenten-Wechselwirkungen die Verhütungswirkung der Hormonspirale beeinträchtigen können, dies wird jedoch als unwahrscheinlich angesehen. Ob das Hormon der Hormonspirale die Wirkspiegel von antiretroviralen Medikamenten beeinflussen kann, ist nicht bekannt.

Zum Einfluss der Hormonspirale auf das Risiko von Unterleibsinfektionen gibt es widersprüchliche Daten. Eine große Studie der WHO zeigt keine Unterschiede im Vergleich zum Kupfer-IUP, eine andere Studie zeigt ein geringeres Risiko bei jungen Frauen (Andersson 1994, UNDP 2002/2003). Die WHO rät bei ausgeprägter Immunschwäche auch von der Einlage einer Hormonspirale ab.

Barrieremethoden für die Frau wie Diaphragma, Portiokappe oder das Frauenkondom können ebenfalls Verhütungsmöglichkeiten sein.

Das Frauenkondom bietet wahrscheinlich den gleichen Schutz vor einer HIV-Übertragung und anderen Infektionen, wie Kondome für Männer. Die Verhütungssicherheit ist wie die von Portiokappen und Diaphragma etwas geringer als die von Kondomen.

Für Diaphragma und Portiokappe ist ein Schutz vor der Übertragung von Infektionen nicht belegt. Sie verhindern zwar während der Anwendung, dass Krankheitserreger in den Gebärmutterhals geraten. Ob und welche Schutzwirkung damit verbunden ist, ist jedoch völlig unklar.

Unklar ist auch, wie sich die empfohlene kombinierte Anwendung mit Nonoxinol-haltigen Verhütungsgelen auswirkt. Nonoxinol inaktiviert zwar

HIV und einige andere Viren und Bakterien. Bei mehrfacher täglicher Anwendung von größeren Mengen kann es jedoch die Vaginalschleimhaut schädigen und hat bei der Anwendung durch Sex-Arbeiterinnen zu einer höheren Übertragungsrate von HIV-Infektionen geführt (WHO/Conrad 2001).

Deswegen sollte HIV-infizierten Frauen möglicherweise die Anwendung von Verhütungsgel auf Milchsäurebasis mit dem Diaphragma und der Portiokappe empfohlen werden.

Bei Anwendung von Diaphragma oder Portiokappe ist die zusätzliche Anwendung von Kondomen zum Schutz von Infektionen sinnvoll. Dabei ist zu beachten, dass als Nonoxinol-haltiges Spermizid in Deutschland zur Zeit nur Ortho Creme® erhältlich ist. Diese enthält Mineralöl, das die Reißfestigkeit von Latexkondomen beeinträchtigen kann. Auch deshalb ist die Anwendung von Milchsäuregel eher zu empfehlen.

Natürliche Familienplanung

Die Methoden der natürlichen Familienplanung (Beobachtung von Aufwachtemperatur und Muttermundschleim) können bei Frauen mit HIV/AIDS durch verschiedene Faktoren beeinträchtigt werden. Zum Beispiel können einige Medikamente den Muttermundsschleim verändern, so dass seine Beurteilung beeinträchtigt wird. Bei einer Aids-Erkrankung kann Fieber die Auswertung der Aufwachtemperatur erschweren. Auch Zyklusstörungen bei Frauen mit Aids, oder bei Frauen, die Drogen konsumieren, können die Möglichkeiten der Fruchtbarkeitswahrnehmung beeinträchtigen.

Sterilisation

Eine Sterilisation muss sorgfältig überlegt sein, da sie nur schwer und mit unsicherem Erfolg rückgängig zu machen ist. Ein bekanntes Risiko dafür, dass die Entscheidung später bereut wird, sind Stress- und Umbruchsituationen. Deswegen sollte besonders in der ersten Zeit nach der Diagnose einer HIV-Infektion mit der Entscheidung zu einer Sterilisation abgewartet werden. Insbesondere bei einem Schwangerschaftsabbruch oder einer Geburt sollte eine Sterilisation nur dann gleichzeitig durchgeführt werden, wenn sie auch vor der Schwangerschaft schon länger geplant war.

Mikrobizide

In der Presse werden immer wieder große Erwartungen an die Entwicklung sogenannter Mikrobizide geweckt. Darunter werden chemische Substanzen verstanden, die bei vaginaler Anwendung gleichzeitig sexuell übertragbare Krankheiten und Schwangerschaften verhüten sollen. Anders als Nonoxinol sollten sie keine Schleimhautreizungen hervorrufen und auch die natürliche Bakterienflora der Scheide nicht beeinträchtigen.

Keine der zur Zeit untersuchten Substanzen wird in absehbarer Zeit auf den Markt kommen. Außerdem ist nach dem bisherigen Stand der Forschung nicht zu erwarten, dass sie einen auch nur annähernd vergleichbaren Schutz wie Kondome bieten werden, weder bei der Verhütung von Infektionen noch von Schwangerschaften. Deswegen werden sie dort, wo eine Akzeptanz gegenüber der Anwendung von Kondomen besteht, keine wirkliche Alternative dazu bieten. Sie ersetzen auch nicht die Anstrengungen, die Akzeptanz von Kondomen zu verbessern. Möglicherweise könnten sie aber bei kombinierter Anwendung die Schutzwirkung von Kondomen erhöhen.

Literatur

Andersson K, Odlind V, Rybo G. Levonorgestrel-releasing and copper-releasing (Nova T) IUDs during five years of use: a randomized comparative trial. Contraception 1994; 49: 56-72

IMAP statement on contraception for adolescents/young people in the era of HIV and AIDS. IPPF Medical Bulletin. Volume 40, No.2 June 2006

IMAP statement on the management of HIV infection within sexual and reproductive health services. IPPF Medical Bulletin. Volume 39, No 1 March 2005

Hoffmann C, Rockstroh JK, Kamps BS (Hrsg). HIV-Net 2005. Steinhäuser Verlag Wuppertal 2005. www.hiv.net

Sinding SW. Incorporation of HIV/AIDS interventions into sexual and reproductive health programmes. IPPF Medical Bulletin 2004; 38 Nr 2

UNDP/UNFPA/World Bank Special Programme and Research, Development and Research Training in Human Reproduction. Research on reproductive health at WHO – pushing the frontiers of knowledge. Biennial report 2002/2003

WHO. Eligibility criteria for contraceptive use. 2004;

WHO/Conrad. Technical consultation on Nonoxinol-9. Summary Report. Geneva 9-10 October 2001

HIV-Infektion und Kinderwunsch

Durch verbesserte Therapiemöglichkeiten leben Menschen mit einer HIV-Infektion deutlich länger und ihre Lebensqualität hat sich verbessert. Hierdurch können sie ihre Lebensperspektiven „normalisieren“, wozu in vielen Fällen auch der Wunsch nach eigenen Kindern gehört.

Der gleichberechtigte Zugang zu Methoden der assistierten Reproduktion von Menschen mit und ohne HIV-Infektionen wird in vielen Ländern gefordert, ist aber nur selten gesetzlich (z.B. Frankreich) oder in Richtlinien (USA) geregelt.

In Deutschland existieren deutliche Unterschiede in den Zugangsmöglichkeiten von HIV-infizierten Frauen und Männern. Reproduktionsmedizinische Zentren bieten Frauen deutlich seltener den Zugang zu Diagnostik, Beratung und Behandlung an. Dagegen gewinnt die Aufbereitung von Sperma HIV-positiver Männer an Akzeptanz und das Angebot hierzu ist in den letzten Jahren gestiegen.

Erstberatung

In einer ersten Beratung zum Thema sollten umfassende Informationen zur notwendigen Basisdiagnostik und den Behandlungsmöglichkeiten vermittelt werden. Weiterhin sollten auch psychosoziale, finanzielle und die weitere Lebensplanung betreffende Aspekte sowie mögliche aktuelle Probleme besprochen werden. Wichtig ist es ebenfalls, auf die Belastungen, die im Zusammenhang mit der Diagnostik und Behandlung entstehen können, hinzuweisen. Das Paar sollte in diesem Rahmen seine mit dem Kinderwunsch möglicherweise bestehenden Ängste ansprechen können.

Kinderwunsch bei HIV-positivem Mann

In jedem Fall werden vor der Behandlung beide Partner allgemeinmedizinisch, gynäkologisch bzw. andrologisch untersucht. Auch der Infektionsstatus wird geprüft.

Das Sperma des HIV-positiven Mannes wird in reproduktionsmedizinischen Zentren aufbereitet. Dabei werden die Zellen, die möglicherweise eine HIV-Infektion übertragen können, von den Samenzellen getrennt. Die auf HIV negativ getesteten Spermien können auf verschiedenen Wegen übertragen werden, je nach Samenqualität oder möglichen Einschränkungen der Fruchtbarkeit der Frau:

IUI (intrauterine Insemination, das Sperma wird wenige Stunden vor dem Eisprung mittels Katheter in Gebärmutter und Eileiter eingebracht), IVF (in-vitro-Fertilisation) und ICSI (intracytoplasmatische Spermieninjektion).

Über folgende Punkte muss das Paar aufgeklärt werden:

Auch wenn das Verfahren der Spermienaufbereitung und –testung sehr sicher ist, ist das Risiko einer Infektion nicht 100-prozentig auszuschließen.

Ein Behandlungserfolg kann nicht garantiert werden.

Die Kosten unterscheiden sich je nach Art des Verfahrens erheblich. Die Krankenkassen sind nicht zur Übernahme der Kosten verpflichtet, wenn einer der Partner HIV-positiv ist. Im Rahmen von Kulanzregelungen wurden bis zur Einführung des Gesundheitsmodernisierungsprogramms die Kosten insbesondere für IUI häufig übernommen. Diese Regelungen sind seltener geworden, im Einzelfall sind aber Kostenübernahmen noch möglich.

Voraussetzung für die Behandlung ist der Ehestatus des Paares.

Kinderwunsch bei HIV-positiver Frau

Wenn keine Fruchtbarkeitsstörungen vorliegen, kann das Paar eine Selbstinsemination durchführen. Der Ovulationszeitpunkt kann durch verschiedene Maßnahmen wie Temperaturmessung und Bestimmung der LH-Ausscheidung im Urin[1] festgestellt werden. Das Sperma kann bei geschütztem Geschlechtsverkehr mit einem spermizidfreien Kondom aufgefangen werden und mit diesem, einer Portiokappe oder Diaphragma oder mit einer Spritze in die Vagina eingeführt werden.

Kinderwunsch, wenn beide Partner HIV-positiv sind

Den Paaren wird in der Regel ungeschützter Geschlechtsverkehr zum Zeitpunkt des Eisprungs empfohlen.

---

[1] LH ist das in der Hirnanhangsdrüse produzierte Eisprung-auslösende Hormon. Es kann mit Hilfe von Teststreifen im Urin bestimmt werden.

Fruchtbarkeitsstörungen

Prinzipiell können bei Fruchtbarkeitsstörungen von HIV-Positiven alle Methoden der assistierten Reproduktion angewendet werden. Die Diagnostik und Behandlung bei weiblichen Fruchtbarkeitsstörungen wird allerdings nur in wenigen Reproduktionszentren angeboten[2] Da die Kosten der Behandlung selbst getragen müssen, sind möglicherweise viele Paare nicht in der Lage, die Kosten für die Behandlungszyklen aufzubringen. Andere Frauen suchen schon jetzt ein spezialisiertes Zentrum im Ausland auf (z.B. Frankreich, Spanien, Belgien).

Quelle:
Ulrike Sonnenberg-Schwan. HIV und Kinderwunsch. In: Hoffmann C, Rockstroh JK, Kamps BS (Hrsg). HIV-Net 2005. Steinhäuser Verlag Wuppertal 2005. www.hiv.net

hiv.net ist ein deutschsprachiger, umfangreicher Informationsdienst. Hierzu gehört ein Fachbuch, das jährlich überarbeitet wird. Das Buch ist im Internet kostenlos unter www.hiv.net als pdf-Format verfügbar.

HIV-Infektion und Schwangerschaft

Helga Seyler

Schwangerschaften sind bei HIV-infizierten Frauen in Deutschland zwar immer noch Einzelfälle. Die Zahl steigt jedoch mit der zunehmenden Zahl von HIV-infizierten Frauen langsam an.

Ein großer Teil der Infektionen wird erstmals in der Schwangerschaft festgestellt. Aber auch immer mehr Frauen, die von ihrer HIV-Infektion wissen, verwirklichen ihren Kinderwunsch. (siehe vorangehender Beitrag.)

Zahlen

Das Robert-Koch-Institut (RKI) geht von jährlich etwa 250-300 Kindern aus, die in Deutschland von HIV-infizierten Müttern geboren werden. 2005 wurden 23 Neuinfektionen bei Kindern und Neugeborenen gemeldet, 13 der Kinder waren in Deutschland geboren (RKI 2006). In 17 Fällen ist die HIV-Infektion der Mutter als Übertragungsweg bekannt. Das RKI geht davon aus, dass die Zahl der infizierten Kinder bei optimaler Betreuung und Behandlung aller HIV-infizierten Schwangeren deutlich gesenkt werden könnte. Voraussetzung dafür ist, dass alle HIV-Infektionen in der Schwangerschaft erkannt werden, was oft nicht der Fall ist.

In Schwerpunktzentren, die in der Arbeitsgemeinschaft HIV in Gynäkologie und Geburtshilfe[3] zusammengeschlossen sind, wurden zwischen 1999 und 2003 knapp 600 Schwangerschaften betreut und die gewonnenen Daten veröffentlicht (Gingelmaier 2005).

1/3 dieser Infektionen (203 von 595) wurde erstmals in der Schwangerschaft festgestellt. Die Mehrzahl der Frauen ist durch heterosexuellen Geschlechtsverkehr infiziert worden. 53 % der Frauen kamen aus Ländern mit einer hohen Rate an HIV-Infektionen, 27% der Frauen stammten aus Industrieländern und wurden bei heterosexuellem Geschlechtsverkehr infiziert. Bei 15 % erfolgte die Infektion durch Konsum von intravenösen Drogen.

In diesen 595 Schwangerschaften wurden 10 Kinder mit HIV infiziert, damit lag die Übertragungsrate bei 1,68%. Die Arbeitsgemeinschaft geht davon aus, dass die Übertragungsrate bei frühzeitiger Diagnose der HIV-Infektion der Schwangeren und verbesserter Betreuung weiter gesenkt werden könnte.

HIV-Test in der Schwangerschaft

Ein HIV-Test sollte allen Schwangeren angeboten werden. Er ist im Rahmen der Mutterschaftsvorsorge-Richtlinien eine Leistung der gesetzlichen Krankenkassen. Für nicht krankenversicherte Frauen gibt es Möglichkeiten der kostenlosen Untersuchung in AIDS-Beratungsstellen oder in STD-Beratungsstellen der Gesundheitsämter. Meist können in den Gesundheitsämtern auch Untersuchungen auf andere sexuell übertragbare Krankheiten durchgeführt werden (wie Hepatitis, Lues, Chlamydien).

Wichtig ist, dass auch Schwangere vor dem HIV-Test über Konsequenzen des Tests informiert und beraten werden, und selbst entscheiden, ob sie die Untersuchung wünschen. Ein wesentlicher Aspekt bei der Beratung sollte die mögliche Ver-

[2] Die Autorin Sonnenberg-Schwan bietet telefonische Informationen zu Adressen von reproduktionsmedizinischen Zentren, die ein Angebot für HIV-positive Paare bereitstellen unter Tel.:089-43766972.

[3] Adresse siehe unten

ringerung des Übertragungsrisikos für das Kind bei optimaler Betreuung und Behandlung in der Schwangerschaft sein. Es kann dabei auf < 2 % gesenkt werden. Ohne diese speziellen Maßnahmen wird das Risiko in Deutschland auf 15-20 % geschätzt, in Afrika beträgt es bis zu 40 %.

Diese Beratung kann bei schwieriger sprachlicher Verständigung bei Migrantinnen ein Problem sein. Die AWMF-Leitlinien (siehe Literaturangaben) empfehlen das Einbeziehen von Dolmetscherdiensten in diesem Fall. Diese Empfehlung ist angesichts der fehlenden Kostenträger selbst dort praxisfern, wo solche Dienste verfügbar sind. Deshalb ist es oft notwendig, sich mit der Übersetzung durch Angehörige zu behelfen, auch wenn diese bei dem oft sehr heiklen Thema problematisch sein kann (siehe Beitrag HIV-infizierte MigrantInnen). Inzwischen haben so gut wie alle Migrantinnen von HIV und AIDS gehört, und verbinden eine Vorstellung damit. Die starke Tabuisierung des Themas in vielen Communities von MigrantInnen und die Angst vor Ausgrenzung im Falle einer Infektion kann jedoch dazu führen, dass ein Test abgelehnt wird (siehe Beitrag HIV-infizierte MigrantInnen).

Bei positivem Testergebnis

Wenn in der Schwangerschaft erstmals eine HIV-Infektion festgestellt wird, sind die meisten Frauen völlig überrascht und unvorbereitet. Sie brauchen dann intensive psychosoziale Begleitung und Unterstützung, um den Schock zu verarbeiten. Das Ergebnis des HIV-Tests sollte immer in einem persönlichen Gespräch mitgeteilt werden.

Wichtig sind außer den Gesprächen mit der Schwangeren selbst auch gemeinsame Gespräche mit Angehörigen, soweit es die Frau wünscht. Ein wesentliches Thema ist die Information über das Übertragungsrisiko für das Kind. Das bei optimaler Betreuung sehr niedrige Risiko ist meist sehr erleichternd und entlastend. Aber auch Informationen über die notwendigen Untersuchungen und Behandlungen sind wichtig.

Ein weiteres Thema ist die Information des Partners, die Testung bei ihm und der mögliche Infektionsschutz für ihn.

Diese Beratung und Begleitung sollte von der behandelnden Frauenärztin begonnen werden. Sie kann aber auch in einer AIDS-Beratungsstelle oder in einem Schwerpunktzentrum zur Betreuung von HIV-infizierten Schwangeren weitergeführt werden. Die Frauen sollten auch über die mögliche Unterstützung in Beratungsstellen und Selbsthilfegruppen informiert werden.

Bei der weiteren Betreuung der Frauen sollte die bisherige FrauenärztIn mit einem Zentrum mit HIV-Schwerpunkt zusammenarbeiten. Viele dieser Zentren haben sich in der Arbeitsgemeinschaft HIV in Gynäkologie und Geburtshilfe innerhalb der Arbeitsgemeinschaft für Infektiologie und Infektionsimmunologie der DGGG zusammen geschlossen. Dort kann am besten die weitere Abklärung der Infektion und die notwendige antiretrovirale Behandlung (ART) durchgeführt werden.

Auch die Geburt sollte in einem Zentrum mit HIV-Schwerpunkt und angeschlossenem Perinatalzentrum durchgeführt werden.

Betreuung bei der FrauenärztIn

Die eigentliche Schwangerenvorsorge wird von der bisherigen FrauenärztIn weitergeführt. Dabei ist über die übliche Betreuung hinaus die frühzeitige Feststellung und Behandlung von vaginalen Infektionen sehr wichtig. Diese erhöhen das Risiko für eine Frühgeburt und einen vorzeitigen Blasensprung mit der Folge eines erhöhten Übertragungsrisikos der HIV-Infektion für das Kind. Durch vermehrte Entzündungszellen in der Vagina ist wohl auch die vaginale Infektion selbst mit einem erhöhten Übertragungsrisiko für das Kind verbunden.

Bei durch die HIV-Infektion beeinträchtigter Immunabwehr ist das Infektionsrisiko erhöht. HPV-Infektionen heilen oft nicht aus, es können häufiger Kondylome auftreten, oder Zellveränderungen am Gebärmutterhals. Deshalb ist auch ein regelmäßiger Krebsabstrich wichtig.

Schwangere mit HIV-Infektion haben häufiger Frühgeburten oder einen vorzeitigen Blasensprung. Wie weit vaginale Infektionen, die ART[4] oder andere Faktoren der Grund dafür sind, ist nicht geklärt.

Der Umgang mit eventueller pränataler Diagnostik muss besprochen werden. Wenn eine ART schon zu Beginn der Schwangerschaft notwendig ist, ist eine Schädigung des Kindes nicht auszuschließen. Es gibt zwar bisher keine eindeutigen Hinweise für eine erhöhte Fehlbildungsrate, aber auch zu wenige Daten, um diese auszuschließen. Deswegen muss die schwangere Frau bzw. das Paar über mögliche vorgeburtliche Untersuchungen, aber auch die Konsequenz eines möglichen Schwangerschaftsabbruchs beraten werden. Eine Fruchtwasserpunktion sollte möglichst nicht durchgeführt werden, da sich dadurch das Infek-

[4] ART: Antiretrovirale Therapie

tionsrisiko für das Kind erhöhen kann. Stattdessen kommen spezielle Ultraschalluntersuchungen in einem qualifizierten Zentrum in Frage.

Bei der Verordnung von Medikamenten in der Schwangerschaft muss an mögliche Wechselwirkungen mit der ART gedacht werden. Sowohl die Wirkung der ART als auch die der anderen Medikamente kann verändert sein.

Deswegen sollten notwendige medikamentöse Behandlungen mit dem Zentrum für die Behandlung der HIV-Infektion abgesprochen werden. Die Frauen müssen auch nach der Einnahme von rezeptfreien Medikamenten befragt werden. Insbesondere Methadon-substituierte Frauen oder Frauen mit Konsum anderer Drogen müssen ausführlich und verständlich über wechselseitige Interaktionen zwischen Drogen und antiretroviraler Therapie/Prophylaxe informiert werden. Es besteht die Möglichkeit, dass die Wirkung der Substitution beeinträchtigt wird und Entzugssymptome auftreten, wenn die Dosis nicht angepasst wird.

Betreuung im HIV-Schwerpunktzentrum

In einem auf Behandlung von HIV-Infektionen spezialisierten Zentrum wird der Zeitpunkt und die Art der antiretroviralen Behandlung (ART) besprochen.

Die Bestimmung der Viruslast und der Lymphozyten-Untergruppen ist Grundlage der Entscheidung, ob die Schwangere aus eigener Indikation antiretroviral behandelt werden sollte, oder ob diese Behandlung erst später zum Schutz des Kindes durchgeführt wird (die so genannte Transmissionsprophylaxe[5]). Diese Untersuchung sollte alle zwei Monate wiederholt werden, um die ART gegebenenfalls zu anzupassen. Die letzte Kontrolle, die 2 Wochen vor der Geburt des Kindes stattfindet, ist Grundlage für die Entscheidung, welche Medikamente das Neugeborene zum Schutz vor einer Infektion bekommt.

Im HIV-Schwerpunktzentrum werden auch die notwendigen Kontrolluntersuchungen durchgeführt (Blutbild, weitere Untersuchungen entsprechend den medikamentenspezifischen Nebenwirkungen). Bei Hämoglobin-Werten unter 10 g/dl muss evtl. die ART umgestellt werden. Bei antiretroviralen Medikamenten, die das Risiko für einen Schwangerschaftsdiabetes erhöhen, sollte ein Zuckerbelastungstest durchgeführt werden.

Wenn keine mütterliche Indikation besteht, wird die ART ab der 32. Schwangerschaftswoche bis zur Geburt zum Schutz des Kindes durchgeführt, entweder mit nur einem Medikament oder mit einer Medikamenten-Kombination.

Geburt durch Kaiserschnitt

Die Geburt durch Kaiserschnitt vor Beginn der Wehen (möglichst in der 38. Schwangerschaftswoche) reduziert das Übertragungsrisiko für das Kind ganz wesentlich. Sie ist deswegen bis auf wenige Ausnahmen Standard. Lediglich, wenn ein Blasensprung schon mehr als 4 Stunden besteht, kann ein Kaiserschnitt das Infektionsrisiko nicht mehr reduzieren.

Der Kaiserschnitt sollte mit einer speziellen blutarmen Technik von damit erfahrenen GeburtshelferInnen durchgeführt werden, um den Kontakt des Kindes mit dem infektiösen mütterlichen Blut möglichst zu vermeiden.

Betreuung des Neugeborenen

Direkt nach der Geburt werden Mundhöhle und Naseneingang von eventuell HIV-kontaminiertem Fruchtwasser gereinigt, und Fruchtwasser aus dem Rachen und Magen abgesaugt. Später werde alle Körperöffnungen (Ohren, Augen, Anus und Genitale) ebenfalls gereinigt. Das Neugeborene wird sofort nach der Geburt für 2-4 Wochen antiretroviral behandelt.

Da Stillen die Infektionsrate bei den Kindern verdoppelt sollten HIV-infizierte Mütter ihre Kinder nicht stillen, wenn es ausreichend sichere Alternativen gibt. Lediglich in Gegenden ohne sauberes Trinkwasser, oder wenn Mütter keine andere Nahrung für das Kind kaufen können, wird das Stillen empfohlen, da hier das Risiko für das Kind, an einer Darminfektion oder Mangelernährung zu sterben, überwiegt.

Da während der Schwangerschaft mütterliche Antikörper ins kindliche Blut übertreten und dort bis zum 2. Lebensjahr nachgewiesen werden können, ist der HIV-Antikörpertest beim Kind in diesem Zeitraum noch positiv. Deswegen kann eine Infektion nur durch Virusnachweis mit PCR[6] festgestellt oder ausgeschlossen werden. Bei allen Kindern sollte jedoch zusätzlich die Veränderung vom positiven zum negativen HIV-Antikörpertest verfolgt werden.

[5] Transmission : Übertragung der Infektion, hier von der schwangeren Mutter auf ihr Kind

[6] Polymerase-Chain-Reaktion, ein gentechnisches Verfahren, das HIV-Virus direkt nachzuweisen

Bekannte HIV-Infektion und Kinderwunsch

Für Frauen, die vor einer geplanten Schwangerschaft von ihrer HIV-Infektion wissen, und schon antiretroviral behandelt werden, stellt sich die Frage, ob die Behandlung zum Schutz des Embryos vor möglichen Schädigungen durch die ART während der ersten 3 Monate der Schwangerschaft unterbrochen werden kann. Dieser Entscheidung ist nicht einfach, und es gibt keine klaren Richtlinien dafür. Die Risiken einer Therapieunterbrechung für die Mutter (Fortschreiten der Immunschwäche, Ausbildung von Resistenzen des HIV-Virus gegen antiretrovirale Medikamente) sowie ein möglicherweise erhöhtes Übertragungsrisiko auf das Kind müssen in jedem Einzelfall sehr sorgfältig abgewogen werden.

Die Behandlung sollte dann jedoch erst nach einem positiven Schwangerschaftstest unterbrochen werden, und nicht bereits vor einer möglichen Schwangerschaft, da es bis zum Schwangerwerden unter Umständen länger dauern kann.

Faktoren, die das Übertragungsrisiko auf das Kind beeinflussen

In der Veröffentlichung der Arbeitsgemeinschaft HIV in Gynäkologie und Geburtshilfe werden verschiedene Faktoren genannt, die möglicherweise das Infektionsrisiko für das Kind beeinflussen.

Ein wesentlicher Faktor für die Erhöhung des Infektionsrisikos beim Kind ist, dass die HIV-Infektion erst spät in der Schwangerschaft oder nach der Geburt des Kindes erkannt wird und deswegen keine Maßnahmen zum Schutz des Kindes getroffen werden können. Deswegen sollte möglichst allen Frauen zu Beginn der Schwangerschaft ein HIV-Test empfohlen werden.

Außerdem wird auch eine Incompliance[7] der Schwangeren als Faktor für ein erhöhtes Übertragungsrisiko genannt. Auf mögliche Ursachen dafür wird nicht eingegangen.

Es erscheint jedoch wichtig bei der Betreuung, mögliche Ursachen der „Incompliance“ herauszufinden, und zu besprechen. Außer unangenehmen Nebenwirkungen der ART, bei denen ein möglicher Wechsel der Medikamente geprüft werden sollte, ist wohl oft die Angst, das Kind durch die Medikamente zu schädigen, der Grund, sie nicht konsequent einzunehmen. Diese Sorge kann nicht völlig ausgeräumt werden, muss jedoch gegenüber dem Infektionsrisiko für das Kind abgewogen werden. Bei sprachlichen Verständigungsproblemen kann diese Beratung sehr schwierig werden.

Die Ursache für „Incompliance“ kann aber auch in schwierigen Lebensumständen liegen. Besonders Migrantinnen mit ungeklärtem Aufenthaltsstatus haben oft Lebensbedingungen, die die gesundheitliche Versorgung massiv erschweren. Wenn sie zum Beispiel keine gesicherte Unterkunft haben oder das Geld für Lebensmittel fehlt, sind diese Probleme oft drängender als die Sorge um die eigene oder die Gesundheit des Kindes. Deshalb brauchen diese Frauen dringend Unterstützung bei der Verbesserung ihrer Lebensbedingungen. Es gibt regional unterschiedliche Projekte der AIDS-Hilfen, von Flüchtlingsorganisationen oder anderen Einrichtungen, die solche Unterstützung anbieten. (siehe auch Beitrag MigrantInnen mit HIV-Infektion).

Auch drogenabhängige Schwangere sind oft nicht ausreichend in der Lage, ihre Alltagsprobleme ohne Unterstützung zu bewältigen und brauchen Betreuung in dafür spezialisierten Einrichtungen.

Literatur

Deutsch-Österreichische Empfehlungen zur HIV-Therapie in der Schwangerschaft und bei HIV-exponierten Neugeborenen. Gemeinsame Erklärung der Deutschen AIDS-Gesellschaft (DAIG), der Österreichischen AIDS-Gesellschaft (ÖAG), des Kompetenznetzes HIV/AIDS u. a. Juni 2005. AWMF-Leitlinien-Register Nr. 055/002 http://www.uni-duesseldorf.de/AWMF/

Gingelmaier A, Hollwitz B, et al. Schwangerschaftsverlauf und kindliches Outcome bei 599 HIV-exponierten Schwangerschaften an deutschen Schwerpunktzentren 1999-2003. Geburtsh Frauenheilk 2005; 65: 1058-63

Hoffmann C, Rockstroh JK, Kamps BS (Hrsg). HIV-Net 2005. Steinhäuser Verlag Wuppertal 2005. www.hiv.net

Epidemiologisches Bulletin des Robert-Koch-Instituts, Sonderausgabe A/2006

Adressen

Arbeitsgemeinschaft für HIV in Gynäkologie und Geburtshilfe c/o Dr. Andrea Gingelmaier, Ludwig-Maximilian-Universität, 1. Frauenklinik Innenstadt, Maistraße 11, 80337 München, Tel 089 51 60 42 85

[7] Nicht-Einhalten der Behandlungsempfehlungen oder empfohlenen Untersuchungen

Dort können die Adressen weiterer Schwerpunktzentren zur Betreuung von HIV-positiven Schwangeren erfragt werden. Hotline für ÄrztInnen, die HIV-positive Schwangere betreuen: 0178/282 02 82

HIV bei MigrantInnen in Deutschland

Helga Seyler

In vielen Ländern, speziell afrikanischen Ländern südlich der Sahara, einigen asiatischen Ländern und neuerdings auch in Osteuropa ist die Rate an HIV-Infizierten und Aids-Kranken um ein Vielfaches höher als in Deutschland. In einigen afrikanischen Ländern ist mehr als 10% der Bevölkerung HIV-infiziert, in einigen Regionen sind dort von den jüngeren Frauen 35% und mehr HIV-positiv. Sehr viel größer ist in diesen Ländern auch die Zahl der HIV-positiven Frauen insgesamt. Während der Anteil der Frauen bei den HIV-Infizierten in Deutschland gut 20% beträgt, sind in afrikanischen Ländern mehr als die Hälfte der Infizierten Frauen.

Über die Infektionsrate in unterschiedlichen Gruppen von in Deutschland lebenden MigrantInnen gibt es keine genauen Zahlen, wahrscheinlich ist sie in einigen Gruppen jedoch auch deutlich höher als im Durchschnitt der deutschen Bevölkerung. Zum Teil haben sich die Menschen im Herkunftsland infiziert, zum Teil auch in Deutschland.

Von den in der Meldestatistik des RKI seit Beginn der Meldungen erfassten etwa 27 000 HIV-Erstdiagnosen betreffen knapp 15 % Menschen aus Hochrisikoländern (RKI 2006).

Die Meldestatistik zeigt auch den unterschiedlichen Geschlechteranteil zwischen deutschen und MigrantInnen. 21% der gemeldeten Erstinfektionen insgesamt betreffen Frauen (bei den durch heterosexuellen Kontakt infizierten Menschen, die nicht aus Ländern mit hoher Infektionsrate kommenden, beträgt der Anteil von Frauen etwa 45 %). Von den HIV-infizierten aus Ländern mit hoher Infektionsrate sind etwa 55 % Frauen.

Beim Thema HIV ist besonders zu berücksichtigen, dass MigrantInnen keine einheitliche Gruppe sind. Außer den Unterschieden, die die verschiedenen Herkunftsregionen betreffen, spielen auch die Unterschiede in Bezug auf den kulturellen Hintergrund, Bildung und soziale Situation eine große Rolle. Das Spektrum reicht von Einwanderern, die hier in der zweiten oder dritten Generation mit deutschem Pass leben, Menschen mit akademischer Bildung, die als Flüchtlinge oder ArbeitsmigrantInnen nach Deutschland gekommen sind bis zu Sexarbeiterinnen, die mehr oder weniger freiwillig und ohne Papiere in der Prostitution arbeiten. Diese Menschen sind natürlich in sehr unterschiedlicher Weise von HIV und Aids betroffen.

Problemfelder

MigrantInnen müssen mit den unterschiedlichen Schwierigkeiten des Lebens in der Fremde fertig werden, wie Verständigungsschwierigkeiten bei geringen Deutschkenntnissen, mangelnde Kenntnisse der Strukturen in Behörden, dem Gesundheitswesen oder Hilfesystemen, Armut, Ausgrenzung und Diskriminierung durch die deutsche Gesellschaft. Durch die vordringlichen Probleme bei der Bewältigung des Alltags bleibt oft keine Zeit und Energie übrig, sich um die eigene Gesundheit zu kümmern. Eine HIV-Infektion vergrößert die ohnehin schon bestehenden Probleme massiv.

Für den schlechteren Zugang von MigrantInnen zu gesundheitlicher Versorgung spielen mehrere Faktoren eine Rolle. MigrantInnen wissen oft weniger über das Spektrum der Angebote der gesundheitlichen und psychosozialen Versorgung. Menschen ohne Krankenversicherung und mit unklarem Aufenthaltsstatus sind meist völlig aus der gesundheitlichen und psychosozialen Versorgung ausgegrenzt.

Außerdem erschweren kulturelle Unterschiede im Umgang mit Krankheit und Gesundheit die Kommunikation mit ÄrztInnen und medizinischem Personal.

Die gesundheitliche Versorgung wird besonders durch Verständigungsprobleme wegen geringer Deutschkenntnissen erschwert. Auch wenn Leitlinien und Empfehlungen zur gesundheitlichen Versorgung von MigrantInnen professionelle Sprach- und Kulturmittlung für unabdingbar ansehen, gibt es in den wenigsten Regionen Angebote oder Kostenträger dafür.

Das Dolmetschen durch Angehörige oder Bekannte ist bei heiklen und intimen Themen oft keine gute Alternative. Speziell, wenn es um eine HIV-Infektion geht, befürchten viele MigrantInnen

Diskriminierung und Ausgrenzung innerhalb der eigenen Community und verschweigen deswegen ihre Infektion gegenüber Angehörigen oder Bekannten. Insbesondere innerhalb der Partnerschaft kann die Information über eine HIV-Infektion zu massiven Konflikten und Vorwürfen führen, wenn sexuelle Außenkontakte als Infektionsquelle vermutet werden.

Aus diesem Grund sind fremde DolmetscherInnen gerade bei diesem Thema extrem wichtig.

Das größte Problem für MigrantInnen mit HIV-Infektion ist häufig der Umgang der eigenen Landsleute bzw. der Community mit dem Thema. HIV-Infektionen stellen angesichts der hohen Infektionsraten in einigen Ländern, der schlechteren gesundheitlichen Versorgung und der schwierigen Lebensbedingungen allgemein eine sehr viel größere Bedrohung dar, als für die meisten deutschen Bevölkerungsgruppen. Das führt oft zu einer besonders starken Tabuisierung des Themas mit der Folge, dass HIV-infizierte Menschen in der eigenen Community ausgegrenzt werden. Für Menschen mit Minderheitenstatus hat jedoch die Unterstützung im sozialen Netz der eigenen Gruppe eine viel größere Bedeutung, weil sie auch in der Mehrheitsgesellschaft benachteiligt und ausgegrenzt sind.

Viele Infizierte verschweigen aus Angst vor Diskriminierung und Ausgrenzung ihre Infektion gegenüber den eigenen Landsleuten und der Familie. Die fehlende Unterstützung in der eigenen Community erschwert das Leben mit einer HIV-Infektion zusätzlich zu den oft schon schwierigen Bedingungen durch das Leben in der Fremde. Zum Beispiel ist die Behandlung durch die Geheimhaltung der HIV-Infektion erschwert. Es ist nicht einfach, ohne gute Begründung regelmäßig eine Vielzahl von Medikamente einzunehmen.

Die Angst vor der Ausgrenzung trägt auch dazu bei, dass viele Menschen mit hohem Risiko oder Verdacht auf eine Infektion das Nichtwissen vorziehen, und sich nicht oder erst sehr spät testen lassen, und damit erst spät behandelt werden können.

Die Tabuisierung und das Nichtwissen wollen der eigenen Infektionen verhindern einen angemessenen Schutz vor einer HIV-Übertragung. Insgesamt besteht oft nur wenig Wissen über die Übertragungswege und Schutzmöglichkeiten. Stattdessen gibt es zahlreiche falsche Vorstellungen, wie die Infektion übertragen werden kann (zum Beispiel durch Händeschütteln) oder vermieden werden kann.

Da über das Thema nicht gesprochen werden darf, kann auch zwischen Sexualpartnern nicht über Schutzmaßnahmen gesprochen und verhandelt werden. Bei der Verwendung von Kondomen könnte der Verdacht entstehen, dass die betreffende Person HIV-positiv ist. Und wenn jemand von seiner HIV-Infektion weiß, ist die Motivation, die SexualpartnerInnen zu schützen größer, als bei Nichtwissen.

Menschen mit unklarem Aufenthaltsstatus

Grundsätzlich bestehen bei Menschen mit unklarem Aufenthaltsstatus und ohne Krankenversicherung in Bezug auf eine (mögliche) HIV-Infektion die gleichen Probleme und Möglichkeiten der gesundheitlichen Versorgung, wie bei anderen Erkrankungen (siehe auch gesundheitliche Versorgung von Migrantinnen, FPR 4-02).

Relativ gut geregelt ist der Zugang zu einem HIV-Test, genauso wie die Untersuchung auf andere sexuell übertragbare Infektionen. Zumindest in den größeren Städten gibt es die Möglichkeit einer kostenlosen und oft auch anonymen Testung in STD-Beratungsstellen der Gesundheitsämter oder in AIDS-Beratungsstellen. Auch Beratung über Infektionsrisiken und Schutzmöglichkeiten wird in diesen Einrichtungen angeboten.

Wenn eine HIV-Infektion festgestellt wird, ist jedoch dringend und rasch eine sehr aufwändige weitere Diagnostik und wahrscheinlich auch teure medikamentöse Behandlung notwendig. Dafür gibt es in Deutschland für Menschen mit unklarem Aufenthaltsstatus keinen geregelten Zugang. Einige Schwerpunktpraxen, die HIV-Infizierte betreuen, versorgen solche Menschen „irgendwie“ mit. Die Vermittlung in diese Praxen erfolgt oft über Aids-Beratungsstellen oder Flüchtlingsorganisationen.

Es sollte auch die Möglichkeit geprüft werden, ob eine Legalisierung des Aufenthalts wegen der Behandlungsnotwendigkeit aus humanitären Gründen möglich ist. Hierfür ist die Zusammenarbeit mit einer erfahrenen Flüchtlinsberatungsstelle oder AnwältIn notwendig. Eine Legalisierung kann möglich sein, wenn im Herkunftsland die notwendigen Ressourcen und Medikamente für eine ausreichende Behandlung nicht vorhanden sind.

Die meisten Einrichtungen und Projekte wie auch die AIDS-Hilfen bieten psychosoziale Beratung und Betreuung für HIV-infizierte unabhängig vom Aufenthaltsstatus an.

Psychosoziale Unterstützung und Beratung

Die Angebote der AIDS-Hilfen und vieler anderen Projekte, wie Beratung zu HIV-Infektionen oder psychosoziale Beratung und Betreuung für HIV-Infizierte, richten sich an Menschen mit und ohne Migrationshintergrund. Die Einrichtungen der AIDS-Hilfe haben sich in den letzten Jahren intensiv mit der Problematik von HIV und AIDS bei MigrantInnen auseinandergesetzt und interkulturelle Kompetenz aufgebaut[8]. Sie haben zum Teil spezielle Angebote entwickelt und arbeiten oft mit MigrantInnenprojekten und Flüchtlingsorganisationen zusammen.

Viele Einrichtungen suchen den Kontakt zu den Communities von MigrantInnen, um die Situation der HIV-Infizierten dort und in Zusammenarbeit mit den Landsleuten zu verbessern.

Inzwischen gibt es auch Projekte von (HIV-positiven) MigrantInnen, die HIV/Aids zum Thema machen, und eine Basis für die Vernetzung und gegenseitigen Unterstützung von HIV-Infizierten bieten wollen (zum Beispiel afroleben+). Sie arbeiten teilweise mit deutschen Einrichtungen zusammen.

Prävention

Auch die Präventionsarbeit in MigrantInnengruppen mit hohem Infektionsrisiko wird durch die Tabuisierung von HIV-Infektionen erschwert. Die Communities öffnen sich nur schrittweise für die präventive Arbeit. Für die meisten Organisationen von MigrantInnen ist es neu, sich überhaupt mit Gesundheitsthemen zu beschäftigen.

Die AIDS-Hilfen und andere Einrichtungen versuchen zunehmend, Kontakte zu diesen Organisationen und den Communities herzustellen und eine Zusammenarbeit aufzubauen.

Ein besonders schwieriges und brisantes Thema in der Zusammenarbeit zwischen deutschen Projekten und MigrantInnengruppen ist die Auseinandersetzung mit rassistischen Vorurteilen[9]. Migrantinnen und insbesondere Migranten müssen befürchten, als bedrohliche Risikogruppe stigmatisiert zu werden, die sexuell promisk lebt, den notwendigen Schutz vor Infektionen ignoriert, und damit auch ein Infektionsrisiko für Deutsche darstellt. MigrantInnen befürchten oft auch, dass die deutschen Projekte den Stil und die Ziele der Präventionsansätze dominieren, und ihnen zu wenig Raum lassen, eigene Ansätze zu entwickeln.

Schon eine explizit auf spezielle (marginalisierte) Zielgruppen gerichtete Präventionsarbeit kann Aspekte der Diskriminierung und Stigmatisierung beinhalten, indem diese Gruppen öffentlich mit dem Stigma von HIV-Infektionen in Zusammenhang gebracht werden.

Für deutsche Projekte ist es oft schwierig, in der Zusammenarbeit mit MigrantInnen deutlich zu machen, dass die eigenen Ansätze unterschiedliche Lebensstiele akzeptieren und die Eigenverantwortung der MigrantInnen im Umgang mit HIV respektieren. Eine vertrauensvolle Zusammenarbeit kann nur schrittweise aufgebaut werden. Aus Sicht der MigrantInnen sollten die deutschen Projekte dabei in erster Linie ihr Wissen zur Verfügung stellen und die Communities darin unterstützen, eigene, ihren Verhältnissen und Bedürfnissen entsprechende Präventionskonzepte zu entwickeln. Sie sollten auch die Gründung von eigenen Selbsthilfegruppen und Projekten unterstützen.

Wichtig ist auch, dass Informationsmaterial und Broschüren sprachlich und stilistisch auf die Bedürfnisse und Gewohnheiten der speziellen Zielgruppe ausgerichtet sind. Insbesondere kulturspezifische Normen und Werte müssen bei einem Thema berücksichtigt werden das so heikle Themen wie Sexualität betrifft. Auch der Wissensstand in Bezug auf medizinische Informationen und Informationen über Körpervorgänge muss berücksichtigt werden.

Nach Erfahrungen der Münchener Aids-Hilfe bevorzugen MigrantInnen häufig Informationsmaterial aus den Herkunftsländern gegenüber in Deutschland erstellten und in die jeweilige Sprache übersetzte Broschüren.

Mit diesem Wissen wurde z.B. eine Informationsbroschüre für HIV-positive Schwangere der Deutschen Aids-Hilfe von einer afrikanischen Grafikerin illustriert (siehe Materialien).

Es gibt in Deutschland unterschiedliche Angebote zur Prävention von HIV-Infektionen in MigrantInnengruppen sowie zur Betreuung von HIV-Infizierten MigrantInnen. Oft sind es lokale Projekte, die in Kooperation von mehreren Einrichtungen wie der AIDS-Hilfe und MigrantInnen-Projekten getragen werden. Viele Projekte sind auch international bzw. europaweit vernetzt und es finden internationale Tagungen und Konferenzen statt.

---

[8] Siehe dazu den Tagungsbericht: Migrants in AIDS Service Organisations: meeting the challenge

[9] Zum Problem der rassistischen Vorurteile im Zusammenhang mit der HIV-Prävention siehe Haour-Knipe und Sachbericht der Münchner AIDS-Hilfe

Beispiele für Projekte von und für Migrantinnen

Das Netzwerk **Afroleben+** organisiert in Deutschland regionale Selbsthilfegruppen. Außerdem gibt es ein Forum im Internet (www.afroleben.de), über das Betroffene auch anonym Kontakt mit anderen Betroffenen aufnehmen können. So können sie oft zum ersten mal über die Infektion sprechen und Unterstützung bekommen, ohne Ausgrenzung aus dem eigenen sozialen Netz zu riskieren. Das Netzwerk arbeitet mit der AIDS-Hilfe zusammen.

Es formuliert auf seiner Internetseite das Bestreben, die Eigenständigkeit in der Präventionsarbeit und Unterstützung von HIV-infizierten zu erreichen und dabei mit deutschen Projekten wie der AIDS-Hilfe zusammenzuarbeiten.

Ein internationales Projekt ist **TAMPEP** (Transnational AIDS / STD Prevention Among Migrant Prostitutes in Europe, www.amnestyforwomen.de). Es hat sich zur Aufgabe gemacht, die Aufmerksamkeit von migrierten Sexarbeiterinnen gegenüber HIV/AIDS und anderen sexuell übertragbaren Krankheiten zu erhöhen.

TAMPEP entwickelt und etabliert neue Strategien und Methoden der AIDS/STD-Prävention für und mit migrierten Prostituierten in Europa. Das Netzwerk spricht Frauen und Transvestiten/transsexuelle Sexarbeiterinnen aus mehr als 30 Staaten in Mittel- und Osteuropa, Südostasien, Afrika und Lateinamerika an. Es versorgt migrierte Sexarbeiterinnen mit Aufklärungs- und Informationsmaterialien, die ihrem kulturellen Hintergrund angepasst sind. Ziel ist auch die Stärkung und Förderung der Selbstachtung der Sexarbeiterinnen.

Darüber hinaus setzt sich TAMPEP auf der lokalen sowie nationalen und internationalen Ebene für die Rechte von migrierten Sexarbeiterinnen ein.

AIDS & Mobility Europe
(http://www.aidsmobility.org) ist ein Netzwerk zur Unterstützung von europäischen Organisationen, die HIV/AIDS-Prävention und Versorgung für MigrantInnen, und besonders für Jugendliche, anbieten. Das Netzwerk schafft Möglichkeiten zum Austausch von Wissen und Erfahrung zwischen Fachleuten im Gesundheitsbereich und MitarbeiterInnen von Nicht-Regierungs-Organisationen. Dafür gibt es die „National Focal Points (NFP)“ für verschiedene Regionen. Das Netzwerk hat seinen Sitz in den Niederlanden.

Die Website bietet Informationen über die verschiedenen Aktivitäten, Angebote und Veranstaltungen von AIDS & Mobility bzw. der National Focus Points, eine Datenbank für die Suche nach Literatur und Materialien sowie Veröffentlichungen zum herunterladen.

Das Netzwerk organisiert auch ein Austauschprogramm, um MitarbeiterInnen von Organisationen den Besuch von Einrichtungen in anderen Ländern zu ermöglichen.

Außerdem engagiert sich das Netzwerk politisch für die Bedürfnisse von MigrantInnen und ethnischen Minderheiten.

Deutsche AIDS-Hilfe e.V.: Infos für die Beratung von Migrant(inn)en
www.aids-laenderberichte.de

Das Projekt www.aids-laenderberichte.de soll Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus Aidshilfen und anderen Einrichtungen unterstützen, die HIV-positive Migrant(inn)en beraten und begleiten. Für diese Arbeit ist es wichtig, die Situation in den Herkunftsländern der Klient(inn)en zu klären, vor allem den Stand der medizinischen Versorgung von Menschen mit HIV und Aids.

Dazu Matthias Schwager von der Aids-Hilfe Dresden: "Unser Projekt hilft, solche wertvollen Ergebnisse anderen zugänglich zu machen. Bereits 150 Berichte und Links für fast alle Länder dieser Welt stehen für die Recherche zur Verfügung."
Über die Berichte und Links hinaus werden auf der Seite auch Informationen zu den rechtlichen Hintergründen geboten - ideal für jene, die in die Beratungsarbeit mit HIV-positiven Migrant(inn)en einsteigen.

Kontakt und weitere Informationen:
Ansprechpartner: Matthias Schwager
E-Mail: aids-laenderberichte@gmx.de

Literatur

Deutsche AIDS-Hilfe e.V. AIDS und Migration. AIDS-Forum DAH Band 41. Dezember 2000

Epidemiologisches Bulletin des Robert-Koch-Instituts, Sonderausgabe A/2006

Haour-Knipe M. Migration und HIV/Aids in Europa. http://www.iom.int/en/PDF_Files/Hivaids/hivaids_europe_ge.pdf

Münchner AIDS-Hilfe e.V./Psychosoziale Beratungsstelle/Sachbericht 2004. Prävention im MigrantInnenbereich. http://www.muenchner-aidshilfe.de

Jahresbericht 2004 der Deutschen AIDS-Hilfe e. V. Internationale Perspektive http://www.aidshilfe.de/media/de/Jahresbericht%20klein.pdf

Migrants in AIDS Service Organisations: meeting the challenge. Report of the seminar organised by Deutsche AIDS-Hilfe and VIA in Berlin, 26-28 May 2000 http://www.aidsmobility.org/inc/pdf.cfm?pdf=germanyreport3.pdf

HIV in Zahlen

Die Gesamtzahl der Ende 2004 in Deutschland lebenden HIV-infizierten Menschen wird auf 46 500 geschätzt. Die Gesamtzahl der seit Beginn der Epidemie bis 2004 Infizierten wird auf ca. 73 000 geschätzt. Demnach sind bisher etwa 27 000 Menschen an der Infektion gestorben.

Der Anteil der infizierten Männer liegt bei 83 %, der von Frauen bei 17 %, infizierte Kinder sind in weniger als 1 % betroffen.

In Deutschland prägen Männer, die Sex mit Männern haben (MSM), die HIV-Epidemie am stärksten. Weiterhin sind MigrantInnen aus Ländern bzw. Regionen mit einer starken HIV-Verbreitung sowie i.v.DrogengebraucherInnnen die am stärksten von der HIV-Infektion betroffenen Gruppen.

Neuinfektionen

Die Zahl der Neuinfektionen (Inzidenz) bei in Deutschland lebenden Personen wird für das Jahr 2005 auf 2600 geschätzt. Der Frauenanteil liegt bei 13 %.

Tendenzen in einzelnen Betroffenengruppen

Männer, die Sex mit Männern haben (MSM)

Aktuell wird die Zahl der Neuinfektionen in dieser Gruppe auf 1800 pro Jahr geschätzt. Bis zum Jahr 2001 ging die Zahl der Neuinfektionen zurück. Von 2002 bis 2004 stieg die Zahl um 50%. Da im gleichen Zeitraum auch eine Zunahme von Syphilisinfektionen in diese Betroffenengruppe registriert wurde, geht man davon aus, dass homosexuelle Männer sich nicht mehr so konsequent vor Infektionen schützen. Die meisten Neuinfektionen werden in der Altersgruppe von 30-39 Jahre festgestellt.

Intravenöse DrogengebraucherInnen

Die Anzahl an Neuinfektionen liegt in dieser Betroffenengruppe bei 200- 250 pro Jahr. Der Anteil der Frauen liegt bei 28%. Seit dem Jahr 1993 ist ihr Anteil an den Neuinfektionen von 13,2% auf 5,6% gesunken. Der Anteil von Personen nichtdeutscher Herkunft liegt in dieser Gruppe mit ca. 38 % sehr hoch. Laut Robert Koch Institut kann diese Zahl im Zusammenhang mit der sehr schnellen Ausbreitung von HIV in Osteuropa gesehen werden.

Heterosexuelle Übertragung

Unverändert infizieren sich in den letzten Jahren in Deutschland ca. 200-250 Personen durch heterosexuellen Geschlechtsverkehr. Der Anteil der Frauen liegt bei 45 %. Insgesamt infizieren sich in Deutschland immer noch wenige Menschen auf diesem Wege, allerdings wächst diese Gruppe am schnellsten an. 1988 wurden ca. 2,3 % der HIV-Infektionen durch heterosexuelle Kontakte erworben, 2004 ca. 12,8%.

MigrantInnen aus Regionen mit hoher HIV-Infektionsrate

Die Zahl der in Deutschland lebenden Personen aus Hochprävalenzländern[10] wird auf 500 000 geschätzt. Es ist unklar, wie viele davon HIV-infiziert sind.

Bei den festgestellten HIV-Infektionen lässt sich meist der Infektionszeitpunkt nicht bestimmen und es bleibt unklar, ob die Infektion im Herkunftsland oder in Deutschland erworben wurde. Es wird jedoch davon ausgegangen, dass sich ein großer Teil dieser Menschen im Herkunftsland infiziert hat. 20 % aller Neuinfektionen in Deutschland werden bei Personen aus Hochprävalenzländern festgestellt. Der Anteil der Frauen beträgt 60 %. Zwei Drittel aller Übertragungen durch heterosexuelle Kontakte betreffen diese Personengruppe.

Die steigende Zahl erfasster HIV-Infektionenbei Menschen aus Hochprävalenzregionen werden zum einen damit erklärt, dass diese Menschen sich häufiger testen lassen und damit die bestehenden Infektionen häufiger festgestellt werden. Zum anderen wird aber auch die weiter ansteigende Infektionsrate in den Herkunftsländern dafür verantwortlich gemacht.

Die Zahlen weisen auch auf das erhöhte Infektionsrisiko von Frauen gegenüber den Männern in

[10] Länder, in denen mehr als 1 % der erwachsenen Bevölkerung im Alter zwischen 14 und 49 mit HIV infiziert sind (z.B. Länder im südlichen Afrika, teilweise Mittelamerika und Karibik)

und aus Hochprävalenzregionen hin. Folgende Besonderheiten werden hierfür als Ursachen genannt:

- biologisch haben Frauen ein höheres Infektionsrisiko, wenn sie mit einem infizierten Mann Verkehr haben als umgekehrt

- Die Tabuisierung von Sexualität führt dazu, dass Frauen und Mädchen schlechter über Infektionen und mögliche Schutzmaßnahmen informiert sind

- Geringer sozialer Status bzw. gesellschaftliche Stellung beeinflusst den Zugang zu Bildung und führt zu Abhängigkeit der Frauen in der Partnerbeziehung. Deshalb können sie Schutzmaßnahmen schlechter durchsetzen.

- In Kriegs- und Konfliktregionen besteht die Gefahr sexueller Gewalt

Die Situation HIV-positiver Frauen in Deutschland zeichnet sich im besonderen Maß durch soziale Isolation, Diskriminierung und schwierige ökonomische Verhältnisse aus, insbesondere bei akut drogenabhängigen Frauen.

Quelle:
Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Themenheft 31: HIV und AIDS, Juni 2006
http://www.rki.de/cln_011/nn_226040/DE/Content/GBE/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsT/hiv__aids,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/hiv_aids

Frauen und HIV/AIDS factsheet
Hrsg: Österreichische Gesellschaft für Familienplanung ÖGF in Kooperation u.a. mit pro familia und IPPF

Postexpositionsprophylaxe (PEP)

Wenn es zu einem Kontakt mit infektiösen Körperflüssigkeiten einer HIV-positiven Person gekommen ist gibt es die Möglichkeit, eine Übertragung der Infektion durch eine vorbeugende Behandlung mit antiretroviralen Medikamenten zu verhindern.

Dabei müssen die antiretroviralen Medikamente, die z.T. schwere Nebenwirkungen verursachen, über einen Zeitraum von 4 Wochen eingenommen werden.

Die PEP sollte so schnell wie möglich begonnen werden (optimal innerhalb von 2 Stunden, möglichst innerhalb von 24 Stunden und spätestens nach 72 Stunden).

Eine Infektion kann damit nicht in jedem Fall verhindert werden.

Der Schutz vor Kontakt mit infektiösen Körperflüssigkeiten sollte auch deshalb nicht vernachlässigt werden. Bei Infektionsrisiken in medizinischen Berufen sollten die Schutzmaßnahmen eingehalten werden.

Infektionsrisiko

Das Risiko der Übertragung einer HIV-Infektion hängt von unterschiedlichen Faktoren ab, die im Einzelfall abgewogen werden müssen.

- Art und Dauer des Kontakts mit der Körperflüssigkeit

- Infektiosität der Körperflüssigkeit (hohe Viruslast im Blut bedeutet wahrscheinlich höheres Infektionsrisiko)

Ein Infektionsrisiko scheint nur dann vorhanden, wenn HIV- kontaminierte Körperflüssigkeit in den Körper gelangt. Der Kontakt auf gesunder Haut birgt kein Risiko.

Durch Sofortmaßnahmen nach Kontakt mit infiziertem Blut, Sperma und Vaginalflüssigkeit lässt sich das Infektionsrisiko vermindern (z.B. auswaschen, desinfizieren).

Folgende Indikationen können eine PEP begründen

- Verwendung eines HIV-infizierten Injektionsbestecks bei Gebrauch von IV-Drogen

- Schnitt- oder Stichverletzung mit Instrumenten, die mit HIV-infiziertem Blut benetzt sind

- ungeschütztem Geschlechtsverkehr mit einer HIV-positiven Person

- direkter Kontakt infizierter Körperflüssigkeiten mit entzündeter oder geschädigter Haut oder mit Schleimhäuten (Oralverkehr mit Kontakt zu HIV-infiziertem Sperma).

In allen Fällen ist es wichtig zu wissen, ob die PatientIn bzw. der Partner/die Partnerin wirklich HIV-positiv ist. Bei unbekanntem Infektionsstatus muss im Einzelfall abgewogen werden, ob eine Schnelltestung durchgeführt werden soll. Dabei muss das Einverständnis des jeweiligen Menschen eingeholt werden. Außerdem muss die geringere Zuverlässigkeit des Schnelltests und

die durch das Abwarten des Ergebnisses bedingte Verzögerung des Beginns der PEP bedacht werden.

Im Zweifelsfall wohin?

Die Beurteilung eines Infektionsrisikos sollte gemeinsam mit einem erfahrenen Arzt /Ärztin bevorzugt in einem HIV-Schwerpunktzentrum erfolgen. Am Wochenende und nachts kann die Notfallaufnahme einer Klinik aufgesucht werden, jedoch besteht nicht in allen Kliniken das Angebot zur Notfallbehandlung.

Die deutsche AIDS-Hilfe hat eine Adressenliste von Kliniken zusammengestellt, die die PEP anbieten. Diese kann abgerufen werden unter www.aidshilfe-beratung.de.

Betreuung

Die Einnahme der PEP bedeutet zum einen körperliche Belastung durch die Vielzahl und die Nebenwirkungen der Medikamente (die Abbruchrate der Therapie beträgt 40-50%), zum anderen stellt diese Zeit aufgrund der befürchteten Infektion auch eine große psychische Belastung dar. Aus diesen Gründen sind relativ engmaschige Kontrolluntersuchungen, spätestens nach 14 tagen, empfohlen.

Zulassung und Kostenübernahme

Die antiretroviralen Medikamente, die für die PEP eingesetzt werden, sind für diese Indikation nicht zugelassen. Hierüber muss im Rahmen der Patientenaufklärung informiert werden.

Obwohl die Krankenkassen die Kosten im privaten Risikofall nicht übernehmen müssten (bis zu 1800 €), scheint es in der Regel möglich, zumindest eine Teilerstattungen zu erwirken.

Quelle:

Hoffmann C, Rockstroh JK, Kamps BS (Hrsg). HIV-Net 2005. Steinhäuser Verlag Wuppertal 2005. www.hiv.net

Informationen der Deutschen AIDS-Hilfe (www.aidshilfe.de)

Materialien zu HIV

Die Deutsche AIDS-Hilfe e. V., die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung und die regionalen AIDS-Hilfen haben ein großes Angebot an unterschiedlichen Materialien für die HIV-Prävention sowie Informationen für Betroffene unterschiedlicher Zielgruppen und in verschiedenen Sprachen. Außerdem gibt es Informationen für MitarbeiterInnen von Beratungsstellen und Gesundheitseinrichtungen.

Eine Übersicht über die Materialien der Deutschen AIDS-Hilfe findet sich unter http://www.aidshilfe.de/broschueren

Über die Materialien der BzgA unter www.bzga.de oder www.gib-aids-keine-chance.de

Im Folgenden werden einige Broschüren und Materialien vorgestellt.

Positiv schwanger. Arbeitshilfe mit Kalender nur für Beratungsstellen und Arztpraxen/Kliniken

Die Arbeitshilfe entstand auf Initiative von Ärztinnen, die Sprach- und Verständigungsprobleme und damit erhebliche Defizite bei der Betreuung von HIV-positiven Schwangeren feststellten. Die Arbeitshilfe ist aufwändig bebildert und erläutert in 4 Sprachen (deutsch, englisch, französisch und spanisch), was während und nach einer Schwangerschaft zu beachten ist, damit Mutter und Kind gesund bleiben und sich das Kind nicht mit HIV infiziert.
In der letzten Umschlagsseite liegt ein Kalender. Dieser Kalender kann der Schwangeren zum Eintragen von Terminen mitgegeben und separat mit eigener Bestellnummer nachbestellt werden. Auf dem Kalender kommen die Begriffe HIV und AIDS nicht vor; dies ist wichtig, da HIV-positive Schwangere in ihrem Bekannten- und Freundeskreis nicht zwangsweise "geoutet" werden wollen, wenn jemand per Zufall einen Blick auf den Kalender wirft.
Die Arbeitshilfe verbleibt in der Beratungsstelle; sie dient dazu, dass die Kommunikation zwischen Beraterin und Klientin gelingt. Pro Arztpraxis, Aidshilfe oder Beratungsstelle reichen also ein Exemplar oder wenige Exemplare der Arbeitshilfe aus.

Zu bestellen bei der Deutschen AIDS-Hilfe.

Positive et Enceinte
Positively Pregnant
Grávida e Soropositiva

Die Broschüre informiert HIV-positive Schwangere aus Ländern südlich der Sahara darüber, was sie für ihre eigene Gesundheit und die ihres Kindes tun können, und betont dabei die Bedeutung einer guten ärztlichen Betreuung von Beginn der Schwangerschaft an. Im Mittelpunkt stehen die vorbeugenden Maßnahmen zum Schutz des Kindes vor einer HIV-Übertragung und die verschiedenen notwendigen Untersuchungen, flankiert von allgemeinen Gesundheitstipps. Die in leicht verständlicher Sprache verfasste Broschüre, die vor allem auch den kulturellen Hintergrund der Adressatinnen berücksichtigt, gibt es in Englisch, Französisch und Portugiesisch.

Zu bestellen bei der Deutschen AIDS-Hilfe e.V..

Kondome, Pille & Co. Verhütung für HIV-positive Frauen. 2., ü. Auflage

Als HIV-positive Frau muss man sich nicht nur - wie die meisten Frauen - mit dem Thema Schwangerschaftsverhütung auseinander setzen, sondern dabei auch Besonderheiten beachten, die mit der HIV-Infektion zusammenhängen, z. B. eventuelle Wechselwirkungen zwischen Verhütungsmitteln und HIV-Medikamenten. Die handliche 20-seitige Broschüre gibt dazu die entsprechenden Informationen. Sie zeigt zugleich auf, wie man beim Sex Schäden für die eigene Gesundheit und die des Partners verhütet, und weist auf Beratungsangebote und Möglichkeiten des Austauschs mit anderen HIV-Positiven hin.

Zu bestellen bei der Deutschen AIDS-Hilfe e.V.

…ist da was? - Wichtiges über Krankheiten, mit denen man sich beim Sex anstecken kann

Wesentliche Informationen über sexuell übertragbare Krankheiten (inkl. Aids) in einfacher deutscher Sprache.

Diese Broschüre richtet sich an Menschen, denen eine sehr einfache deutsche Sprache und Bilder entgegenkommen; hierbei ist sowohl an sozial benachteiligte Menschen deutscher Herkunft als auch an Menschen mit Migrationshintergrund und einfachen deutschen Sprachkenntnissen gedacht.

Das Medium beschäftigt sich krankheitsübergreifend mit Ansteckungswegen, Symptomen und Folgen von STDs und gibt Handlungsanleitung bei Ansteckungsverdacht. Der Schutz vor Ansteckung wird ausführlich thematisiert und der Gebrauch von Kondom und Frauenkondom anhand von Abbildungen genau beschrieben. Die Texte werden durch Illustrationen verdeutlicht.

Eine tabellarische Kurzübersicht gibt einen Überblick über wesentliche krankheitsspezifische Informationen zu wichtigen STDs.

Die Broschüre schließt mit Hinweisen bzgl. Beratungsangeboten und weiterführenden Informationen.

Zu bestellen bei der BzgA.

Hebammenforum
Zeitschrift des Bund Deutscher Hebammen e.V.
Ausgabe 1/2006,

Schwerpunktthema HIV und Schwangerschaft.
http://www.bdh.de/index.htm

Buchempfehlung

Dreams & Desires. Sexual and reproductive health experiences of HIV positive women.

Text aus dem Internet, aus dem Englischen übersetzt: An diesen 13 persönlichen Geschichten zeigt sich die umfassende Bedeutung, als Frau mit HIV zu leben, und ihre sexuellen und reproduktiven Bedürfnisse werden deutlich.

Am Beginn des neuen Jahrtausends und zum ersten Mal in der 20jährigen Geschichte der Aids-Epidemie sind mehr Frauen als Männer mit HIV infiziert. Weltweit machen Frauen aufgrund einer Vielzahl soziopolitischer, kultureller und biologischer Faktoren mehr als 50% der infizierten Menschen aus.

Während immer mehr Frauen infiziert werden, ist mit dem besseren Zugang zu antiretroviraler Behandlung die Möglichkeit gestiegen, lange ein produktives und sexuell erfülltes Leben zu leben und gesunde Kinder zu bekommen. Diese Entwicklungen gehen Hand in Hand mit einem wachsenden Bedarf nach Angeboten für die sexuelle und reproduktive Gesundheit von Frauen mit HIV-Infektionen.

Diese 13 Geschichten von Frauen aus der ganzen Welt möchten deutlich machen, was es bedeutet, eine sexuell aktive HIV-positive Frau zu sein. Mit der Unterstützung des starken ICW Netzwerks und einiger seiner Mitglieder zeigt diese Sammlung von Stimmen und Gesichtern mutiger Frauen, wovon HIV-positive Frauen

träumen und was sie sich in Bezug auf ihre sexuelle und reproduktive Gesundheit wünschen.

Die Geschichten (auf Englisch) können einzeln aus dem Internet herunter geladen werden, oder das ganze Buch. Das Buch kann im Internet auch bestellt werden.
http://www.ippf.org/ContentController.aspx?ID=5326

Pille danach

Pille danach: Rezeptfrei in Europa

Die Zahl der europäischen Länder, in denen die Pille danach rezeptfrei verfügbar ist, liegt aktuell bei 17. Frei verkauft wird sie in den Niederlanden, in Norwegen und Schweden. Über die Apotheke ist sie in Belgien, Dänemark, Estland, Finnland, Frankreich, Griechenland, Großbritannien, Island, Irland, Lettland, Luxemburg, Portugal, Slowakei und der Schweiz verfügbar.

Die Liste kann im Internet über www.pro familia.de unter Themen/Pille danach/weltweit abgerufen werden.

Quelle:
http://ec.princeton.edu/questions/dedicated.html

IPPF News

Beide in diesem Jahr publizierten IPPF Medical Bulletins befassen sich im Schwerpunkt mit dem Thema HIV/AIDS.

In der Ausgabe März 2006 geht es um die Bedeutung der Herpes simplex 2-Virusinfektion (HSV-2, genitale Herpesinfektion) für die Bedeutung der Verbreitung von HIV. HSV-2 ist die weltweit am weitesten verbreitete sexuell übertragene Krankheit. Im Verlauf zeigen sich typischerweise wiederkehrende Entzündungen und Geschwüre im Genitalbereich. Dennoch haben 60-80 % der mit HSV-2 Infizierten entweder keine Symptome oder nehmen sie nicht wahr. Die hohen Zahlen in der Bevölkerung beschränken sich auch nicht auf einzelne Gruppen in der Bevölkerung, z.B. Gruppen mit Risikoverhalten. Sie sind insgesamt bei Frauen häufiger zu finden und korrelieren mit steigendem Alter und sexueller Aktivität. In Sambia, Simbabwe und Südafrika fand sich eine HSV-2-Infektion bei 60-70 % der Frauen, die Familienplanungsdienstleistungen in Anspruch nahmen.

Das IPPF- Medical Bulletin befasst sich mit der beunruhigenden Frage, ob eine bestehende HSV-2- Infektion die HIV-Ansteckung fördert. Der Zusammenhang von Genitalgeschwüren und erhöhter Ansteckungsgefahr ist durch viele Studien hinreichend belegt. Hierbei liegt das Ansteckungsrisiko bei Frauen höher als bei Männern. Bei serodiskordanten Partnern[11]scheint sich bei bestehenden HSV-2 Genitalgeschwüren eines HIV-positiven Partners das Ansteckungsrisiko des HIV-negativen Partners deutlich zu erhöhen. Untersucht man das Sekret der Genitalgeschwüre, so finden sich häufig höhere HIV-RNA- Werte als im Blut und dies auch dann, wenn die HSV-2-Infektion keinerlei Symptome oder klinische Zeichen zeigt.

Diese Fakten machen die Kontrolle von HSV-2-Infektionen für die HIV-Inzidenz[12] deutlich, die in der Regel durch antivirale Therapie der HSV-2-Infektion mit Aciclovir empfohlen wird. Auch die Vor- und Nachteile der kombinierten antiviralen Therapie (ART)werden aufgezeigt. Von hoher Bedeutung wäre die Entwicklung einer effektiven HSV-Vaccine, die in Regionen mit hohen HSV-2-Infektionsraten eingesetzt werden könnte.

Quelle: Medical Bulletin Vol. 40 Nr.1, März 2006-
www.ippf.org /resources and information /Medical information /Medical Bulletins

Die Ausgabe vom Juni 2006 beinhaltet den Standpunkt des „International Medical Advisory Panel“ IMAP zum Thema Verhütung in der Adoleszenz im Zeitalter von HIV/AIDS. Die IPPF definiert die Adoleszenz als die Zeit zwischen dem 10. und dem 24. Lebensjahr (im Vergleich geht man z.B. in Deutschland von dem Zeitraum 17-24 Jahre aus, die WHO definiert Adoleszenz als die Zeit 10-20 Jahre).

Obwohl Umstände und Verhalten von jungen Menschen sehr unterschiedlich und vielfältig sind, werden in der Phase der Adoleszenz im Allgemeinen die ersten sexuellen Erfahrungen gemacht und Verhaltensmuster festgelegt. Aus diesen Gründen sind die sexuellen und reproduktiven Bedürfnisse dieser Gruppe ein bedeutender Aspekt der Tätigkeiten in den IPPF- Mitgliedsorganisationen und im strategischen Rahmenwerk der Organisation. Der Medical Bulletin geht auf

[11] ungleicher Infektionsstatus der Partner
[12] Jährliche Anzahl an Neuerkrankungen

Voraussetzungen jugendfreundlicher Dienstleitungen ein und setzt sich mit den Prinzipien der Beratung zu Sexualität und Verhütung auseinander. Das Thema „Sexuell übertragbare Krankheiten und HIV/AIDS“ wird in diesem Kontext ebenso angesprochen wie die Wahl der kontrazeptiven Methode, wobei hier allgemeine Vor- und Nachteile der einzelnen Methoden angesprochen werden und für Detailinformationen auf früherer Medical Bulletins verwiesen wird. Lediglich auf die hormonelle Nachverhütung und die Bedeutung ihrer leichten Verfügbarkeit wird detaillierter eingegangen. In diesem Zusammenhang spricht sich dieser IPPF-Standpunkt für die rezeptfreie Verfügbarkeit aus.

Quelle: Medical Bulletin Vol. 40 Nr.2 June 2006. www.ippf.org /resources and information /Medical information /Medical Bulletins

Weitere IPPF Medical Bulletins, die sich mit dem Thema HIV/AIDS befassen:

IPPF Medical Bulletin Volume 39, Nr. 1, März 2005: IMAP statement on the management of HIV-infection within sexual and reproductive health services

IPPF Medical Bulletin Volume 39, Nr. 2, Juni 2005: IMAP statement on HIV/AIDS: an overview

IPPF Medical Bulletin Volume 39, Nr. 4, Dezember 2005: IPPF guidelines on protection against HIV infection, including post-exposure prophylaxis, in the service setting

IPPF Medical Bulletin Volume 38, Nr. 2, Juni 2004: Incorporation of HIV/AIDS interventions into sexual and reproductive health programmes

IPPF Medical Bulletin Volume 38, Nr. 3, September 2004: Reproductive decision-making for HIV positive persons

Hinweise

Änderung der Fachinformation zu Liviella® (Tibolon)

Aufgrund der vorläufigen Ergebnisse einer Studie zur Untersuchung der Wirkung einer langfristigen Tibolon-Behandlung auf die Rate an Knochenbrüchen wurde die Fachinformation für Liviella® geändert. In der Studie wurde ein erhöhtes Risiko für Schlaganfälle während der Behandlung mit Tibolon im Vergleich zu einer Placebo-Behandlung gefunden. Deshalb werden in der geänderten Fachinformation als Kontraindikationen Verengungen der Herzkranzgefäße, ein Herzinfarkt oder Schlaganfall oder auch kurzzeitige Durchblutungsstörungen im Gehirn (transitorische ischämische Attacken) in der Vorgeschichte angegeben.

Die Studie wurde Anfang des Jahres wegen einer negativen Nutzen-Risiko-Bilanz aufgrund des erhöhten Schlaganfall-Risikos vorzeitig beendet.

Auszug aus der Information des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) vom Juni 2006:

Tibolon ist in Deutschland unter dem Namen Liviella® mit einer Tagesdosis von 2,5 mg zur Behandlung von Wechseljahresbeschwerden bei Frauen zugelassen, deren letzte natürliche Regelblutung mindestens 1 Jahr zurückliegt. Der Wirkstoff ist aber nicht zur Vorbeugung oder Behandlung einer Osteoporose zugelassen. Das absolute Risiko für einen Schlaganfall, das sich in der LIFT-Studie gezeigt hat, bezieht sich auf im Mittel ältere Frauen als diejenigen, die üblicherweise mit Tibolon zur Linderung von Wechseljahresbeschwerden behandelt werden. Das in der LIFT-Studie erkannte erhöhte Schlaganfallrisiko wurde allerdings bei der Behandlung mit einer niedrigeren Dosierung als der aktuell zugelassenen beobachtet. Das Risiko für das Auftreten eines Schlaganfalls unter der Behandlung mit Tibolon entsprechend des aktuell zugelassenen Anwendungsgebietes lässt sich nicht direkt aus diesen Daten herleiten.

www.bfarm.de /Pharmakovigilanz/ Pharmakovigilanz-Aktuell

Literatur:

Grobbee DE. LIFT study to continue as planned. BMJ 2005; 331: 843

Cummings SR. LIFT study is discontinued. BMJ 2006; 332: 667

Misslungene Entfernungen von Implanon®

Die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ) berichtet erneut von einer Meldung über eine misslungene Entfernung des Verhütungs-Implantats Implanon®. Bei einer 21-jährigen Patientin ließ sich das Stäbchen trotz eingehender Suche durch Abtasten, Ultraschall und Magnetresonanztomografie sowie zweimaliger Operation nicht Auffinden. Über einen weiteren Fall wurde ebenfalls dieses Jahr im arznei-

telegramm berichtet. Außerdem gibt es Berichte über diese Komplikation in Internet-Foren.

Die AkdÄ empfiehlt, Implanon® nur mit großer Zurückhaltung und nur nach ausführlicher Aufklärung der Patientin anzuwenden. Der Hersteller wird aufgefordert, röntgenologisch darstellbare Implantate zur Verfügung zu stellen. Außerdem sollte die Fachinformation und die Patientinneninformation korrigiert werden (dort steht, dass „das Implantat jederzeit auf Wunsch der Anwenderin wieder entfernt werden kann“).

Literatur:

Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft. Misslungene Explantation des implantierbaren Kontrazeptivums Implanon®. Deutsches Ärzteblatt 2006; 103: 1519

Netzwerk aktuell. Arznei-telegramm 2006; 36:84

Potenzmittel aus dem Internet

„Rein pflanzliche“ Potenzmittel, die im Internet angeboten werden, haben als Zielgruppe vor allem die Männer, die aufgrund von Erkrankungen und/oder medikamentöser Therapien, keine Phosphodiesterasehemmer wie Sildenafil (Viagra) einnehmen dürfen. Untersuchungen haben neben den pflanzlichen Bestandteilen auch synthetische Sunstanzen gefunden. Die Schweizer Agentur Swissmedic hat 6 Produkte getestet und in 5 davon synthetische Wirkstoffe zur Potenzsteigerung gefunden (Sildenafil, Acetildenafil oder Tadalafil (Cialis). Das bedeutet, dass sich Männer mit Vorerkrankungen oder Medikationen, die diese synthetischen Wirkstoffe verbieten und alternativ die pflanzlichen Mittel zur Potenzsteigerung suchen, durch die enthaltenen verbotenen Substanzen große gesundheitliche Risiken eingehen.

Namen der Produkte wurden bisher nicht genannt. In vergleichbaren Fällen in den USA rät die Zulassungsbehörde, diese Präparate abzusetzen und den behandelnden Arzt/Ärztin aufzusuchen.

Quelle:arznei-telegramm 8/2006

Buchbesprechung

Spätmoderne Beziehungswelten
Report über Partnerschaft und Sexualität in drei Generationen

von Gunter Schmidt, Silja Matthiesen, Arne Dekker, Kurt Starke
VS Verlag für Sozialwissenschaften/GWV Fachverlage GmbH, Wiesbaden 2006

(Rückseite des Buches) Die herkömmliche Familiensoziologie unterschätzt die Dynamik des Wandels des Beziehungslebens, weil sie nichtkonventionellen Partnerschaftsformen zu wenig Beachtung schenkt. Zudem blendet sie die Bedeutung der Sexualität für moderne Beziehungen aus. Die hier präsentierte Studie versucht, beziehungssozilogische und sexualwissenschaftliche Ansätze zu verbinden. Interviewt wurden 776 Männer und Frauen dreier Generationen aus Hamburg und Leipzig, die zum Zeitpunkt der Befragung 30, 45 bzw. 60 Jahre alt waren. Der Wandel von Beziehungsbiographien und Beziehungsformen im frühen, mittleren und höheren Erwachsenenalter wird nachgezeichnet, die Konsequenzen dieses Wandels für das Leben mit Kindern untersucht und das sexuelle Verhalten sowie der Stellenwert der Sexualität in kurzen und langfristigen Beziehungen analysiert.

Veranstaltungen

Positive Begegnungen 2006: Leipzig, 24.-27. August

Konferenz zum Leben mit HIV und Aids

Deutschen AIDS-Hilfe e.V. stattfinden,
vorläufiges Programm und Anmeldung :
http://www.aidshilfe.de/index.php?id=5708&sessionLanguage=de&sessionCountry=DE

Neuer Name - weiterentwickeltes Konzept.
Bereits die Bundespositivenversammlung 2004 in Kassel hatte durch die gemeinsame Programmgestaltung mit der Bundesversammlung der An- und Zugehörigen sowie durch andere Neuerungen wie beispielsweise die "Open Spaces" (siehe unten) ein verändertes Gesicht. Die Themen wurden zumeist gruppenübergreifend und aus mehreren Perspektiven bearbeitet. Als Weiterentwicklung und Folgeveranstaltung werden wir 2006 zum ersten Mal die "Positiven Begegnun-

gen - Konferenz zum Leben mit HIV/Aids" durchführen.

Mit dem neuen Titel betonen wir die Aspekte Kommunikation und Interaktion, mit dem Untertitel "Konferenz zum Leben mit HIV/Aids" stellen wir die Veranstaltung selbstbewusst neben andere Konferenzen im HIV-Bereich. Während aber dort in der Regel *über* Menschen mit HIV/Aids (und ihr soziales Umfeld) gesprochen wird, sind wir bei unserer Konferenz *selbst* Expertinnen und Experten in Sachen "Leben mit HIV/Aids" - deswegen laden wir Euch und Sie zum Mitmachen und Mitgestalten ein!

Mit Gästen aus Medizin, Sozialwissenschaft, Politik und anderen Bereichen wollen wir unsere Themen diskutieren und reflektieren. Ziel ist es, angesichts der sich verändernden sozial- und gesellschaftspolitischen Bedingungen für Menschen mit Behinderungen, mit chronischen Erkrankungen oder eingeschränkter Leistungsfähigkeit, angesichts schwindender Solidarität und der zunehmend begrenzten Möglichkeiten, als Behinderter/chronisch Kranker am sozialen Leben teilzuhaben, gemeinsam klare Standpunkte zu entwickeln und so dazu beizutragen, die Selbsthilfebewegung in Deutschland zukunftsfähig auszurichten.

Um den beschriebenen Veränderungen entgegenwirken zu können, müssen wir unsere Interessen bündeln und sie gemeinsam artikulieren und vertreten. Dies gelingt aus unserer Sicht am besten, wenn wir über Einzelinteressen hinausblicken und mit (möglichen) Bündnispartner(inne)n Positionen erarbeiten und abstimmen - "Positive Begegnungen 2006" soll auch hierfür ein Forum bieten. Die Themenschwerpunkte sind dem vorläufigen Programm zu entnehmen.