

HIV-BERATUNG

AKTUELL

TEST

trans*sensible Testberatung, STI-Tests, Selbsttest

#positivarbeiten

Deklaration gegen Diskriminierung

Chemsex-Konsum

Neue Studienergebnisse

02 / 2019

INHALT

Andere Zielgruppe, gleicher Test! Handreichung für eine trans*sensible Testberatung	2
STI-Tests: Wann ist es genug?	5
Chlamydien: Infektion im Enddarm auch ohne Analverkehr möglich	6
#positivarbeiten: Über 50 Arbeitgeber unterzeichnen Deklaration gegen Diskriminierung	7
Wie ist es mit dem Stillen?	8
Zwischen Lustgewinn und Gewalterfahrung: Neue Studienergebnisse zum Chemsex-Konsum	9
Sie ist wieder da!: Infomappe für die Beratung	12
Gesundheits-Apps: Schöne neue Welt mit Sicherheitslücken	14
Kondom und PrEP: Keine gleichberechtigten Formen der Prävention!?	16
HIV-Selbsttest in Deutschland: Vorbehalte ausgeräumt	18
Impressum	20

VORWORT

Liebe Leser_innen,

HIV-Beratung *aktuell* soll inklusiver werden und Diversität besser abbilden. Nicht nur mit unseren Inhalten – in dieser Ausgabe u. a. mit einem Beitrag zur Beratung von Trans_Menschen –, sondern auch durch ihr Form. Mit dem neuen Layout setzen wir Regeln der Barrierefreiheit um und hoffen, damit die Beiträge leichter lesbar bzw. „anhörbar“ zu machen. Über Anregungen, wie wir diesen Prozess weiter voranbringen freuen wir uns sehr!

Zentral beschäftigen uns in dieser Ausgabe mit Themen des im Juni in Hamburg stattgefundenen Deutsch-Österreichischen AIDS-Kongress (DÖAK). Viel diskutiert wurde dort u.a. die Frage, auf welche STIs getestet und welche behandelt werden sollten. Armin Schafberger, Medizinreferent der DAH, reflektiert diese Debatte in seinem Beitrag „STI-Tests: Wann ist es genug?“.

Katja Schraml greift die Kongressdebatte um Empfehlungen für HIV-positive Müttern auf, die Stillen wollen. Ja, das geht, aber es gibt nach wie vor ein „aber...“

In weiteren Beiträgen geht es um Erfahrungen mit dem assistierten Selbsttest, den neuen Gesundheits-Apps der Krankenkassen, die Ergebnisse einer Befragung von Männern, die Sex mit Männern haben, (MSM) zum Chemsex-Konsum sowie eine Bestandsaufnahme zum HIV-Selbsttest.

Viel Spaß bei der Lektüre und einen schönen Sommer wünschen

Steffen Taubert und Werner Bock.

ANDERE ZIELGRUPPE, GLEICHER TEST!

HANDREICHUNG FÜR EINE TRANS*SENSIBLE TESTBERATUNG

„Trans*“ ist ein Sammelbegriff für Menschen, deren Geschlecht gar nicht, nicht vollständig, nicht nur oder nur zeitweise mit dem Geschlecht übereinstimmt, das ihnen bei der Geburt zugewiesen wurde. „Trans*“ beschreibt somit eine Vielzahl von geschlechtlichen Selbstverständnissen, Geschlechtsrepräsentationen und Körperlichkeiten. Menschen, die sich als „trans*“ bezeichnen, können u. a. transident, genderqueer, transgender, nicht binär, agender, genderfluid und ... sein.

Diese Vielfalt macht es nicht leicht, generelle Aussagen über Trans*Menschen zu treffen. Die nachfolgenden Hinweise für die Beratung sollten deshalb auch nicht als „eiserne Regeln“ verstanden werden, sondern sensibler für die Belange Rat suchender Trans*Menschen machen.

DISKRIMINIERUNG ALS VERSORGUNGSBARRIERE IM GESUNDHEITSSYSTEM

Durch die Biografien vieler Trans*Menschen zieht sich das Erleben verschiedener Diskriminierungs-, Stigmatisierungs- und Gewalterfahrungen, sowohl im privaten als auch im öffentlichen Leben. Viele Trans*Menschen müssen, um in ihrem Geschlecht anerkannt zu werden, medizinische Eingriffe und medizinisch-psychiatrische Untersuchungen über sich ergehen lassen.

Vielfach werden dabei diskriminierende und/oder gewaltvolle Erfahrungen wie unsensible, von Neugier geprägte Befragungen zu

Intimität und Sexualität, das Absprechen und Infragestellen der Identität, aber auch körperliche Grenzüberschreitungen erlebt. Dies führt bei vielen zu einer großen Skepsis gegenüber dem medizinischen und psychosozialen Versorgungssystem. Viele Trans*Menschen suchen daher kaum Beratungseinrichtungen, medizinische Praxen oder andere Einrichtungen des Gesundheitswesens auf – aus Angst vor erneuter Diskriminierung.

GRUNDSÄTZE EINER TRANS*SENSIBLEN BERATUNG

Die Aidshilfen sind eine wichtige Schnittstelle im Bereich der sexuellen Gesundheit[-svorsorge]. Sie bieten meist nicht nur Beratung und Tests zu HIV und/oder STIs an, sondern leisten auch Bildungsarbeit, um zu einem selbstbestimmten und lustvollen Umgang mit der eigenen Sexualität zu befähigen.

Für eine trans*sensible Beratung, die die potenziellen Diskriminierungserfahrungen der Ratsuchenden berücksichtigt, lassen sich an schon bestehende Grundsätze der Aidshilfearbeit wie Empowerment, Lebensweisenakzeptanz, Empathie und die Orientierung an den Ratsuchenden anknüpfen. Ein erster Schritt, um die Aidshilfen zugänglicher für Trans*Menschen zu machen, ist die Darstellung der regulären Angebote in einer Weise, von der sich auch Trans*Menschen angesprochen fühlen.

Durch die Verwendung einer genderneutralen



In der Beratung sollte berücksichtigt werden, dass Trans*Menschen häufig schon vielfältige negative Erfahrungen mit dem Sozial- und Gesundheitswesen gemacht haben. Foto: Renata Chueire/DAH

und gendersensiblen Sprache auf Flyern und Plakaten, in Bewerbungstexten und beim Onlineauftritt kann Trans*Menschen vermittelt werden, dass auch Trans*Perspektiven berücksichtigt werden. Wenn die Aidshilfen in ihren Medien Bilder einsetzen, kann überlegt werden, wie sich „Körperlichkeiten“ in ihrer Vielfalt darstellen lassen. Auch wenn Trans*Menschen in den Aidshilfen arbeiten, kann dies Vertrauen schaffen und Barrieren abbauen.

(KEINE) VORANNAHMEN ÜBER GESCHLECHTLICHE SELBSTBEZEICHNUNGEN

Häufig ganz automatisch ordnen wir das Geschlecht eines Menschen anhand unserer Wahrnehmung des Körpers, der Kleidung, des Auftretens oder des Namens ein. Dies führt jedoch in die Irre. Zum einen besteht die Möglichkeit einer Vielzahl von Brüchen bei der Darstellung der geschlechtlichen Identität. Zum anderen ist es wichtig zu wissen, dass sich nicht jede_r in der binären Geschlechtseinteilung von weiblich oder männlich wiederfinden. Für eine trans*sensible Beratung ist es wichtig, solche verinnerlichten Normierungen der Zweigeschlechtlichkeit zu hinterfragen.

Bereits beim Empfang kann es zu diskriminierenden Situationen kommen, wenn Ratsuchenden das falsche Geschlecht, z. B. durch Formulierungen wie „Und Sie sind Herr ...?“, zugewiesen wird. Ratsuchende sollten deswegen mit geschlechtsneutralen Formulierungen angekündigt werden, z. B. mit „Dein Beratungstermin ist da“. Im Beratungsgespräch selbst kann nach der geschlechtlichen Selbstbezeichnung und der gewünschten Anrede gefragt werden: „Wie möchtest du angesprochen werden?“

Neben der Verwendung der gängigen Pronomen „sie“ und „er“ gibt es ebenfalls Trans*Menschen, die ohne Pronomen angesprochen werden wollen oder ein anderes Pronomen für sich gewählt haben. Auch kann die/der Berater_in bei der Vorstellung mitteilen, welches Pronomen sie/er selbst nutzt, um Sensibilität und Offenheit zu vermitteln. Dies geschieht auch, wenn die Anreden und Pronomen der jeweiligen

Mitarbeiter_innen auf der Website oder in der E-Mail-Signatur formuliert werden.

Grundsätzlich gilt, dass im Sinne einer Lebensweisenakzeptanz von der Norm abweichende Lebensweisen und Selbstbezeichnungen weder pathologisiert noch infrage gestellt, sondern bedingungslos akzeptiert werden sollten.

THEMATISIERUNG VON KÖRPERN IN DER TESTBERATUNG

Über Körper, Sexualität oder bestimmte Körperstellen zu sprechen, kann für Trans*Menschen schwierig sein. Manche Trans*Menschen verbinden (phasenweise) negative Empfindungen mit dem eigenen Körper oder Teilen davon. Erschwerend kommt hinzu, dass das Sprechen über Körper meist binärgeschlechtlich aufgeladen ist und bestimmte Körperteile mit einem Geschlecht in Verbindung gebracht werden. So negieren z. B. Formulierungen, die Vaginen mit Weiblichkeit und Penisse mit Männlichkeit gleichsetzen, Trans*Lebensweisen.

Um HIV/STI-Übertragungsrisiken richtig einschätzen zu können, ist es für Berater_innen jedoch in der Regel wichtig zu wissen, welche Körperteile beim Sex beteiligt waren. Hierfür müssen die Fragen konkret werden. Wie kann dies sensibel und respektvoll geschehen? Anstatt zu fragen „Hattest du Vaginal- oder Analverkehr?“, könnte die allgemeinere Frage gestellt werden: „Welche Körperbereiche waren bei der Risikosituation beteiligt?“ Wenn die/der Ratsuchende von aktivem oder passivem Sex berichtet, kann danach gefragt werden, mit welchen Körperöffnungen und/oder Körperflüssigkeiten sie/er in Kontakt gekommen ist.

Um keine verletzenden (Fremd-)Bezeichnungen zu verwenden, ist es wichtig, die verwendeten Bezeichnungen der Ratsuchenden zu übernehmen oder diese nach den bevorzugten Formulierungen zu fragen.

Wie auch sonst in der Testberatung sollte bedacht werden, dass es vielfältige Formen von Sex und Sexpraktiken gibt. Penetration muss nicht, kann aber Teil von Sex sein. Die/der Berater_in sollte hierüber keine Vorannahmen treffen. Auch sagt Trans*Sein nichts über die Sexualität und das Begehren eines Menschen aus.

ÜBEN, ÜBEN, ÜBEN!

Viele Aidshilfemitarbeiter sind bereits für queere Lebensweisen sensibilisiert. Trotzdem schleichen sich immer wieder normative Annahmen oder Formulierungen über das Geschlecht ein. Zweigeschlechtliche Stereotype sind meist so sehr verinnerlicht, dass es manchmal schwierig ist, überhaupt wahrzunehmen, wenn Vorannahmen oder Sprache darauf basieren. Wenn bei der Anrede oder beim Sprechen über Körper und Sexualität Fehler gemacht werden, können diese zu Verletzungen führen und sich negativ auf das Vertrauensverhältnis auswirken.

Die Berater_innen sollten offen mit Fehlern umgehen, diese korrigieren und sich dafür entschuldigen. Es kann sinnvoll sein, in Rollenspielen oder Gesprächen mit Kolleg_innen verschiedene, auch neue Pronomen oder trans*sensibles Sprechen über Körper zu üben.

Zum Üben zählt auch, sich selbst, die eigenen Annahmen oder vielleicht sogar Widerstände zu reflektieren. Reflexionsfragen können z. B. sein:

- Was bedeutet für mich Weiblichkeit/Männlichkeit?
- Welches Geschlecht ordne ich anhand welcher Aspekte meinem Gegenüber zu?
- Warum fällt es mir schwer, eine präferierte Anrede zu verwenden?
- Sind Fragen, die ich zu Körper und möglichen Operationen stelle, für eine Risikoeinschätzung tatsächlich relevant?
- Welches Wissen über Trans*Lebensweisen habe ich und woher?
- Welches trans*spezifische Wissen fehlt mir, um einen sensiblen Umgang zu ermöglichen?

Ivo Boenig

WILLST DU DICH INTENSIVER MIT DEM THEMA AUSEINANDERSETZEN?

- IWWIT: Schwul. Trans*. Teil der Szene! <https://www.iwwit.de/trans/>
- Netzwerk Trans*-Inter*-Sektionalität (2016): Intersektionale Beratung von/zu Trans* und Inter*. Ein Ratgeber zu Transgeschlechtlichkeit, Intergeschlechtlichkeit und Mehrfachdiskriminierung. https://transintersektionalitaet.org/wp-content/uploads/2017/01/web_tis_brosch_auf1_3_161229.pdf
- Queeres Netzwerk Niedersachsen e. V. (2018): Abinäre Personen in der Beratung. Eine praktische Handreichung für Berater*innen und Multiplikator*innen. https://q-nn.de/wp-content/uploads/TiN_Brosch%C3%BCre_Abin%C3%A4rePersonen_Online-1.pdf
- Trans Recht e. V. (2017): Trans*-Sexualität. Informationen zu Körper, Sexualität und Beziehung für junge Trans* Menschen. https://trans-recht.de/wordpress/wp-content/uploads/2018/01/trans_sexualitaet_broschuere_web.pdf
- Fortbildungsreihe der Bundesvereinigung Trans* e. V.: Transgeschlechtliche Menschen kompetent beraten. <https://www.bv-trans.de/fortbildungsreihe-transgeschlechtliche-menschen-kompetent-beraten>

Ivo Boenig hat Soziale Arbeit (BA) und Geschlechterforschung (MA) studiert und bringt Erfahrungen aus der eigenen Trans*Biografie mit. Seit 2014 arbeitet er in der Aidshilfe Kassel e. V. und hat im Frühjahr 2018 das Angebot der Trans*Beratung Kassel mit aufgebaut.

STI-TESTS: WANN IST ES GENUG?

In letzter Zeit verzeichnen wir eine Intensivierung der HIV- und STI-Test-Empfehlungen. Doch viel Testen und Behandeln muss nicht immer gut sein. Eine kritische Betrachtung der aktuellen Entwicklungen.

Vor Jahren hatten wir MSM empfohlen, sich (mindestens) einmal im Jahr testen zu lassen. Nur Menschen mit vielen wechselnden, unterschiedlichen Partner_innen waren häufigere Tests empfohlen worden. Die Einführung der Präexpositionsprophylaxe (PrEP) hat die Screeningempfehlungen nun sexpartnerunabhängig vereinheitlicht. PrEP-Nutzer_innen sollen viermal pro Jahr zum HIV- und STI-Check. Mit der Einführung von Versorgungsverträgen wird diese Frequenz auf Menschen ausgedehnt, die die PrEP – zumindest zeitweise – nicht nehmen. Aus „einmal im Jahr“ wird „einmal im Quartal“.

BLUTTESTS LÜGEN NICHT

Um es eindeutig zu sagen: Die im Folgenden formulierte Kritik an zu vielen Tests trifft nicht auf die Bluttests auf Syphilis, HIV und Hepatitis B/C zu. Die Blutentnahme ist unproblematisch. Bei positivem Befund ist klar, dass behandelt werden muss. Eine frühe Behandlung ist besser als eine späte. Diese Bluttests lügen nicht.

Aber wie ist mit den anderen STIs? Durch neue Analysegeräte wird zunehmend nicht nur auf Gonokokken und Chlamydien, sondern auch auf viele andere Erreger getestet. Das allein ist schon problematisch. Denn wenn auf mehr Erreger getestet wird, wird auch mehr behandelt. Aber muss das sein?

Die Sensitivität der Geräte ist auch ein Problem. Die Untersuchungen sind zu genau; sie finden nicht nur Erreger auf tatsächlich entzündeter Schleimhaut, sondern auch harmlose Besiedlungen oder Bakterientrümmern auf einer schon seit zwei Wochen ausgeheilten Schleimhautentzündung. Die Folge: verstärkter Antibiotikaeinsatz auch

in harmlosen Situationen oder bei Menschen mit ausgeheilter Infektion.

STIS NEHMEN NICHT AB, TROTZ VIEL TESTENS

Mit der Einführung der häufigen STI-Screenings im Rahmen der PrEP bestand die Hoffnung, das Vorkommen von STIs in der Community könne durch die vielen Screenings reduziert werden. Bisher ist dies eine Hoffnung geblieben. Stichhaltige Belege für die These fehlen. Eher im Gegenteil: In einem Review wurde überprüft, ob die vierteljährlichen Screenings im Rahmen der PrEP-Studien zu einer Reduktion von STIs geführt haben. Zwölf Studien konnten in dem Review ausgewertet werden. Das Ergebnis: In drei Studien stieg die Chlamydienprävalenz sogar an, in zwei Studien die Gonorrhöprävalenz, und nur in zwei Studien sank die Gonokokkenprävalenz. Nun räumen selbst die Autor_innen ein, dass es methodisch schwierig sei, den Nutzen solcher Screenings zu beweisen, vor allem wenn im Umfeld der Studien die STIs zunehmen. Aber wenn eine so weitreichende Maßnahme wie ein vierteljährliches Screening einführt wird, sollten stichhaltigere Belege dafür vorliegen, dass das Screening auch nutzt. Denn jedes Screening zeitigt auch negative Effekte.

So befürchten einige Wissenschaftler, dass durch zu häufigen Antibiotikaeinsatz Resistenzen entstehen könnten. Diese Resistenzen könnten an andere Bakterien auf der Schleimhaut weitergegeben werden. Frau/man bekomme z. B. einen Tripper erst mal weg; die Resistenzen würden aber noch einige Jahre in anderen, überlebenden Bakterien schlummern.

Komme es zu einer weiteren Infektion mit Gonokokken, bevor die Resistenzen verschwunden seien, erhielten die Gonokokken das Resistenzgen von den anderen Bakterien, und in der Population sei zwar anfangs ein Rückgang der nicht resistenten Gonokokken vorzuweisen, mittelfristig würden die Fälle aber durch resistente Gonokokken ersetzt. Das müsse nicht, könnte aber so sein.

VOM MYKOPLASMENSCREENING EHER ABRATEN

Ein besonderer Fall sind Mykoplasmen. Die meist harmlosen Mykoplasmen sind aufgrund häufiger Resistenzen nicht leicht zu therapieren. Die Antibiotika, die in zweiter Linie (bei Resistenzen) eingesetzt werden, verursachen zum Teil schwere Nebenwirkungen, die in seltenen Fällen auch zum Tod führen können. Wenn nun Mykoplasmen in das Screeningprogramm aufgenommen und Hunderttausende MSM viermal im Jahr auf Mykoplasmen untersucht werden und 10–30 % der untersuchten MSM Mykoplasmen-positiv sind, dann kommt es dazu, dass auch seltene und schwere Nebenwirkungen in relevantem Maß auftauchen. Zu viel Testen und Behandeln kann also auch schaden und sogar töten.

TESTEMPFEHLUNGEN ALS „WORK IN PROGRESS“

Durch Tests können wir bei Symptomlosen Krankheiten früh erkennen und behandeln und somit Leid vermeiden. Tests können jedoch auch zu unsinnigen Behandlungen und zu Schaden führen. Es gilt, Nutzen und Schaden für die Klient_innen gut abzuwägen und diese darüber zu informieren. Dieser Abwägungsprozess ist nicht immer leicht. Soll viermal pro Jahr auf Gonokokken und Chlamydien getestet werden?

Sollen überhaupt Rachenabstriche genommen – und soll bei positivem Befund im Rachen antibiotisch therapiert werden? Das ist unklar. Vielleicht erfahren wir noch im Lauf des Jahres 2019 Ergebnisse aus Australien, wo der prophylaktische Einsatz von Gurgellösungen erprobt wird. Vielleicht kann damit der Antibiotikaeinsatz bei Rachenbefall erspart werden.

Sollen Symptomlose auf Mykoplasmen getestet werden? Der Nutzen ist mehr als fraglich, der potenzielle Schaden hoch. Die Debatte ist nicht interessenfrei, denn es geht auch darum, die Abrechnung weiterer STI-Erreger zu etablieren. Wir raten derzeit von einem Mykoplasmascreening ab.

AS

Beim diesjährigen Jahrestreffen der Checkpoints in Berlin werden wir die Frage der Sinnhaftigkeit einzelner Testungen intensiv diskutieren. Das Treffen findet vom 09. bis zum 11.10.2019 in Berlin statt, Anmeldung unter <https://www.aidshilfe.de/event/jahrestreffen-checkpoints-0>.

CHLAMYDIEN: INFEKTION IM ENDDARM AUCH OHNE ANALVERKEHR MÖGLICH

Für Bergsteiger ist die Direttissima der direkt, schnurstracks zum Gipfel führende Weg. Chlamydien kennen die Direttissima abwärts: vom Rachen direkt durch den Darm in den Enddarm. Die Hinweise verdichten sich, dass es eine Chlamydienbesiedlung im Enddarm durch Bakterien gibt, die sich erst im Rachen niederlassen und dann abwärts ziehen, ohne den „Umweg“ über die Sexpartnerin/den Sexpartner.

Schon länger ist bekannt, dass bei Frauen, die beteuern, keinen Analverkehr gehabt zu haben, im Enddarm Chlamydien zu finden sind. Die Quote der Frauen, die ohne Analverkehr im Rektum Chlamydien haben, unterscheidet sich nicht von der Quote derjenigen, die aufnehmenden Analverkehr praktizierten. Solche Befunde werden vor allem damit erklärt, dass Chlamydien durch die Nähe von Vagina und Darm dorthin „verschleppt“ worden sein könnten, z. B. bei der Körperhygiene oder beim Sex.

Nun kommt allerdings die Studie einer Arbeitsgruppe um Teresa Batteiger [1] mit heterosexuellen Männern zu dem gleichen Befund. Dort fanden sich Chlamydien im Enddarm von Männern, die anale Praktiken verneinten, aber „Lecken“ (Cunnilingus) oder Anilingus praktiziert hatten. Der Harnröhrenausgang bei Männern ist so weit

vom Anus entfernt, dass die Hypothese einer Keimverschleppung von genital nach anal nicht greift.

Im Gegensatz zu früheren Studien mit heterosexuellen Männern wurde nun die sexuelle Anamnese gründlicher erhoben. Allerdings war die Zahl der Männer, bei denen die Infektion des Anus auf Cunnilingus oder Anilingus zurückgeführt wurde, mit zwei von 84 (2,4 %) gering. Aber es stützt die bisherigen Annahmen. Dass Chlamydien die Passage durch den Magen-Darm-Trakt überleben, ist durch eine In-vitro-Studie bereits bekannt. Chlamydien überleben auch bei niedrigem pH-Wert, wie er im Magen vorkommt [2]. Zudem wurden Chlamydien nicht nur im Rektum, sondern auch im Wurmfortsatz, also im oberen Ende des Dickdarms, gefunden [3].

Allerdings gibt es auch eine Studienlage, die gegen die „Direttissima-Theorie“ spricht. Die Prävalenz von Chlamydien im Enddarm von Frauen ist höher als die bei heterosexuellen Männern. Das wiederum spricht erst einmal für die Theorie der Keimverschleppung von vaginal nach rektal. Aber es könnte auch für die „Direttissima-Theorie“ sprechen, meinen die Autor_innen der Arbeitsgruppe um Batteiger.

Die Frau nehme beim Blasen eines Penis eine höhere Zahl von Chlamydien auf (direkter und dauerhafter Kontakt zur Harnröhre) als der Mann beim Lecken der Frau. Denn die Chlamydien sitzen nicht auf dem äußeren Genitale der Frau, sondern in der Harnröhre (die etwas versteckt im Scheidenvorhof endet) und auf dem Gebärmutterhals.

Keimverschleppung oder Direttissima durch den Darm in den Enddarm? Die Debatte ist noch nicht endgültig entschieden. Aber die „Direttissima-Theorie“ hat ein paar Punkte gutgemacht.

AS

[1] Batteiger T. A. et al.: Detection of Rectal Chlamydia trachomatis in Heterosexual Men Who Report Cunnilingus. Sexually Transmitted Diseases, Band 46, Nummer 7, Juli 2019

[2] Moncada J., Schachter J.: In vitro survival of Chlamydia trachomatis in a low pH environment, in: Chernesky M. A. et al. (Hrsg.): Chlamydia Infections: Proceedings of the fourteenth International Symposium on Human Chlamydial Infections 2018: 131-133

[3] Borel N. et al.: Chlamydiae in human intestinal biopsy samples. Pathogens and Disease, Band 76, Ausgabe 8, November 2018: 76

#POSITIVARBEITEN: ÜBER 50 ARBEITGEBER UNTERZEICHNEN DEKLARATION GEGEN DISKRIMINIERUNG



Mehr als 50 namhafte Unternehmen und Organisationen haben am 12.06.2019, am Vortag des DÖAK in Hamburg, eine Deklaration gegen Diskriminierung von Menschen mit HIV im Arbeitsleben unterzeichnet.

Sie haben damit öffentlich ein Zeichen gesetzt, ein zeitgemäßes Bild vom Leben mit HIV vermitteln zu wollen, und konkrete Maßnahmen für einen respektvollen und selbstverständlichen Umgang mit HIV-positiven Kolleg_innen angekündigt. Die Arbeitgeberdeklaration #positivarbeiten ist auf Initiative der DAH entstanden. Die Liste der Unterzeichner_innen reicht von

weltweit tätigen Großunternehmen bis zu Einzelhandelsgeschäften, von Verbänden über Städte bis zu lokalen Einrichtungen. Auch über 50 Mitgliedsorganisationen der DAH haben die Deklaration schon unterzeichnet. Nach der Erstunterzeichnung in Hamburg sollen nun möglichst viele weitere Unternehmen und Organisationen die Deklaration unterzeichnen.

Infos zu der Deklaration, die digitale Pressemappe sowie alle Unterzeichner_innen, Text- und Videostatements finden sich unter www.positiv-arbeiten.de und unter dem Hashtag #positivarbeiten.

Silke Eggers (Kontakt: silke.eggars@dah.aidshilfe.de)

**Erstunterzeichner der Deklaration
„Für Respekt und Selbstverständlichkeit:
Für einen diskriminierungsfreien Umgang mit HIV-
positiven Menschen im Arbeitsleben“**

Accenture PLC • Aperto GmbH • Agentur für Arbeit Hamburg • Arbeitskreis Jugend- und Drogenberatung im Kreis Warendorf e. V. • Dipl.-Ing. Silke Anna Linnemann, Architektin • Art & Design Werbeagentur GmbH & Co. KG • Behörde für Arbeit, Soziales, Familie und Integration Hamburg • Stadt Bochum • Robert Bosch GmbH • Caritasverband für das Erzbistum Berlin e. V. • Daimler AG • DAK-Gesundheit • Deutsche Bahn AG • Deutsche Bank AG • Deutsche Druck- und Verlagsgesellschaft mbH • Josef Sattler GmbH – Deutsche Eiche • Stadt Dortmund • Deutsches Rotes Kreuz e. V. • DRK-Kreisverband Wolfenbüttel e. V. • DRK-Landesverband Hamburg e. V. • DRK-Landesverband Niedersachsen e. V. • Drogenhilfe Schwaben gGmbH • Elsevier B. V. • Flughafen Dortmund GmbH • Gasteig München GmbH • Stadt Fürth • Gewerkschaft Erziehung und Wissenschaft Nordrhein-Westfalen • GlaxoSmithKline PLC • GLS Gemeinschaftsbank eG • IBM Deutschland GmbH • IMAGE Ident Marketing GmbH • Lorenz IT-Dienstleistungen Ltd. & Co. KG • KARE Design GmbH • Lyra Apotheke • Münchener Kammerorchester e. V. • Norddeutscher Rundfunk • Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband, Landesverband Berlin e. V. • Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband – Gesamtverband e. V. • Der Paritätische Wohlfahrtsverband Hamburg e. V. • PricewaterhouseCoopers GmbH • Reichshof Hamburg Curio Collection by Hilton • SAP SE • Schön Klinik Bad Bramstedt SE & Co. KG • Techniker Krankenkasse • Stadt Mannheim • megaherz GmbH • Stadt München • Stadt Nürnberg • Piratenpartei Deutschland • Staatstheater am Gärtnerplatz, München • Stadtreklame Nürnberg GmbH • Tech Data GmbH & Co. OHG • Vivantes – Netzwerk für Gesundheit GmbH • zahlreiche Aidshilfeorganisationen (Stand 11.06.2019)



WIE IST ES MIT DEM STILLLEN?

Auf den Münchner Aidstagen im März 2019 waren die Aussagen der Expert_innen zum Thema „Stillen“ sehr vorsichtig. Auf einer Session mit ca. 100 Anwesenden positionierte sich der Großteil dahingehend, dass er seinen Patientinnen vom Stillen abraten würde. Ähnlich klangen die Einschätzungen der meisten Vortragenden auf dem DÖAK im Juni 2019. Damit folgen die deutschen Ärzt_innen den aktuellen Leitlinien, Frauen mit HIV auch unter antiretroviraler Therapie (ART) weiterhin einen Stillverzicht zu empfehlen.

Demgegenüber verabschiedeten die British HIV Association, die European AIDS Clinical Society und das US Department of Health and Human Service neue Leitlinien, in denen sie Frauen mit HIV unter der Nachweisgrenze die Wahl lassen zu stillen, wenn sie es möchten – sofern vom Gesundheitswesen genügend Information und Unterstützung bereitgestellt würden.

Die Eidgenössische Kommission für sexuelle Gesundheit aus der Schweiz hat sich ähnlich positioniert. Auch wenn das Stillen aufgrund der aktuellen Datenlage noch nicht aktiv empfohlen werden könne, befürworte sie eine gemeinsame Entscheidungsfindung, wenn sich HIV-positive Mütter überlegen zu stillen, eine unvoreingenommene Zurverfügungstellung von Informationen und eine optimale medizinische Unterstützung.

Die Frage „Stillen – ja oder nein?“ ist eine Entscheidung, bei der das Für und Wider abgewogen werden muss. Für das Stillen sprechen z. B. eine bessere Mutter-Kind-Bindung, ein geringeres Stigmatisierungspotenzial, weniger Allergien und eine bessere Infektabwehr beim Kind sowie ein geringeres Brustkrebsrisiko bei der Frau.

Gegen das Stillen spricht das nicht vollständig auszuschließende HIV-Übertragungsrisiko (auch wenn es so gering ist, dass es bei der

Erfüllung der Voraussetzungen nicht berechnet oder beziffert werden kann). Zudem gehen HIV-Medikamente in die Muttermilch über – auch wenn die Menge und Dauer der Medikamentenaufnahme im Vergleich zu HIV-positiven Kindern gering sind, sind negative Auswirkung nicht auszuschließen.

Unsicherheit besteht hinsichtlich der Bedeutung einer lokalen Entzündung, z. B. einer Mastitis. Unklar ist ferner die Bedeutung der HIV-Übertragung durch HIV-infizierte Immunzellen in der Milch.

In einem 2018 erschienenen Artikel in The Lancet fordern Wissenschaftler_innen mehr Forschung, um eindeutiger Empfehlungen abgeben zu können, denn die bisherige Datenlage verzeichne immer noch vereinzelt Übertragungen, auch bei nicht nachweisbarer Viruslast. Es gebe noch keine ausreichende Evidenz dafür, dass „U = U“ (oder „n = n“) im Stillkontext gelte. Auch wenn das Risiko bei nicht nachweisbarer Viruslast wahrscheinlich gering sei, gebe es noch offene Fragen, die einer genaueren Untersuchung bedürften.

Auf dem DÖAK stellte Annette Haberl die neuesten Daten aus dem HIV-Schwangerschaftsregister vor. Zu 408 Kindern liegen Daten zum Stillen vor. 13 (3,2 %) wurden gestillt. Keines der gestillten Kinder wurde HIV-positiv!

Weitere Studienergebnisse werden erwartet. Zwei Studien des HIV-Centers am Universitätsklinikum Frankfurt am Main zu „HIV und Stillen in Deutschland“, HELENE und SISTER, sind in vollem Gang. Anfang nächsten Jahres werden erste Ergebnisse erwartet.

Mehr zu diesem Thema im aktuellen HIVreport zu N = N, abrufbar ab Mitte/Ende Juli unter hivreport.de.

Katja Schraml

ZWISCHEN LUSTGEWINN UND GEWALTERFAHRUNG

NEUE STUDIENERGEBNISSE ZUM CHEMSEX-KONSUM

INTERVIEW MIT PROF. DR. DANIEL DEIMEL

Der German Chemsex Survey ist eine der ersten wissenschaftlichen Studien, die Chemsex, also Sex unter dem Einfluss bestimmter Drogen, unter MSM untersucht. Die Studie ist ein Kooperationsprojekt der Katholischen Hochschule Nordrhein-Westfalen, der Universität Duisburg-Essen, des LVR-Klinikums Essen und der DAH. Ein Interview des IWWIT-Teams mit dem Leiter der Studie, Prof. Dr. Daniel Deimel, über die Ergebnisse und deren Folgen für die Präventionsarbeit (leicht gekürzt).

Prof. Dr. Daniel Deimel, was genau haben Sie in Ihrer Studie untersucht?

Für den German Chemsex Survey haben wir uns für die Dynamiken und Hintergründe von Chemsex bei MSM interessiert. Uns war besonders wichtig, Datenmaterial zu sammeln, damit wir diese Population besser beschreiben können. Dazu haben wir eine sehr umfangreiche Onlinebefragung durchgeführt und dabei Themen abgefragt wie z. B. psychische Gesundheit, Substanzkonsum, traumatische Erfahrungen, Sexualität, soziale Unterstützung, Lebensqualität, Community und Hilfesysteme. Insgesamt haben wir eine Datenbasis von 1050 Männern.

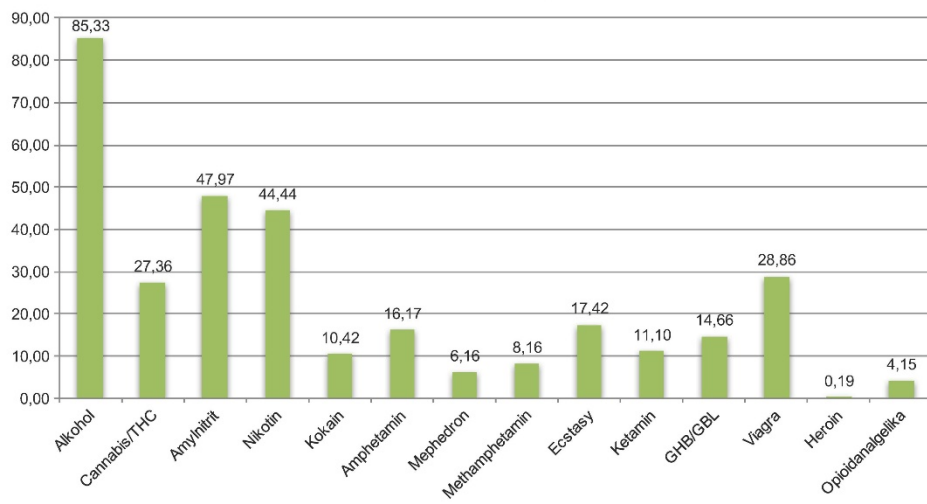
45 % der Konsument_innen gaben an, dass sich ihre Sexualität durch den Drogenkonsum verändert habe

Was sind die Kernergebnisse dieser Studie?

Zuerst einmal war auffällig, dass die Männer in unserer Stichprobe in der Regel überdurchschnittlich gut gebildet sind und ein überdurchschnittlich hohes Einkommen haben. Die sexuelle Kontaktaufnahme hat in zwei Dritteln der Fälle auf Onlinedatingplattformen und nur zu einem Drittel in sozialen Nahräumen, also z. B. Bars oder Saunen, stattgefunden. Die Gründe für Substanzkonsum können sehr unterschiedlich sein. Diese reichen von Spaß und Entspannung über intensiveres sexuelles Erleben, sexuelle Leistungssteigerung und das Ausleben sexueller Phantasien bis hin zu „Probleme vergessen“ und „die eigene Identität ausleben“.

45 % der Konsumenten gaben an, dass sich ihre Sexualität durch den Substanzkonsum verändert habe. 9 % der Befragten wünschen sich dabei Hilfe, dies wieder zu ändern. Relativ häufig kam auch intravenöser Drogenkonsum, also das sogenannte Slamming, vor, in der Regel der klassischen Chemsex-Drogen wie Ketamin, Mephedron und Crystal Meth.

Substanzkonsum: 30-Tage Prävalenz



Angaben in %; N = 1.016-1.037.

Insgesamt gaben 11 % der Männer an, dies schon einmal gemacht zu haben. Das ist insofern viel, als intravenöser Drogenkonsum eher mit Opioidkonsum in Verbindung gebracht wird.

Können Sie etwas zu dem körperlichen und psychischen Zustand der Männer sagen, die Chemsex praktizieren?

Wenn es um die körperliche Gesundheit geht, entsprechen die Männer in unserer Stichprobe laut eigener Einschätzung in etwa dem gesellschaftlichen Durchschnitt bzw. stehen teilweise sogar besser da. Signifikant schlechter ist allerdings die mentale Gesundheit. So zeigen 13 % klinisch relevante Anzeichen für eine depressive Störung und 12 % für eine posttraumatische Belastungsstörung. Das sind äußerst hohe Werte! Ebenfalls sehr hoch liegt mit 6 % der Anteil der Männer, die bereits einen Suizidversuch unternommen haben.

54 % hatten zudem schon Suizidgedanken. Was uns aber am meisten bewegt hat, waren die Werte zu Traumata und Sexualität. 42 % der Männer berichteten, dass in ihrer Vergangenheit bereits sexuelle Grenzen verletzt wurden. Darüber hinaus gaben 15 % aller Männer an, dass sie bereits Gewalterfahrungen beim Sex erlebt haben, und 12 % berichteten, dass ihnen bereits gegen ihren Willen Substanzen verabreicht wurden, was juristisch einem Körperverletzungsdelikt entspricht.

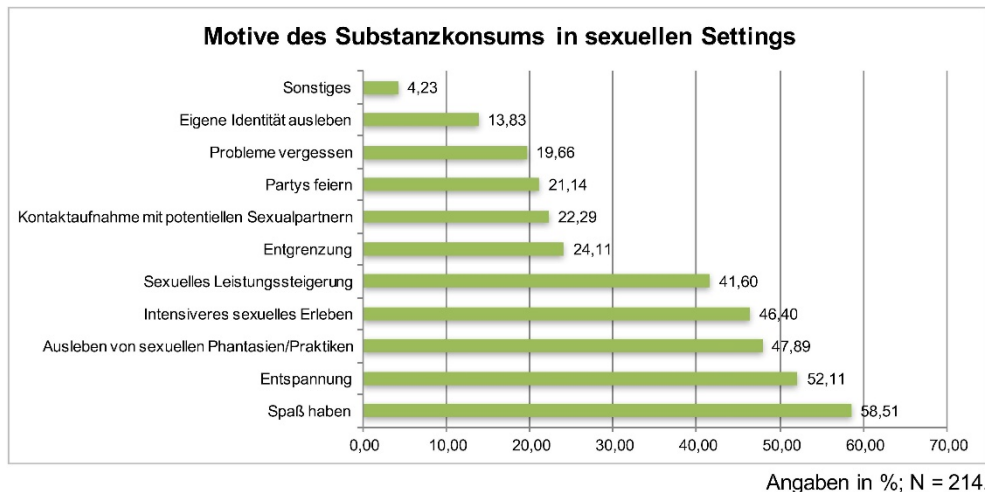
Wie sieht es mit dem sozialen Umfeld der Chemsex-Praktizierenden aus?

Das ist in der Tat interessant, da es ja auch um die Frage der Kompensation von Belastungen geht. Leider gaben 24 % an, sehr geringen Zugang zu sozialer Unterstützung zu haben. Außerdem war hier die Einsamkeit signifikant höher, als wir dies aus Daten aus der Allgemeinbevölkerung kennen.

Was bedeutet das für die schwule Community und für Prävention, Beratung und Therapie?

Wir hoffen, besonders in Bezug auf die sexuellen Grenzverletzungen eine Diskussion in der schwulen Community anzustoßen. Konkret

sollten wir uns fragen: Wie gehen wir miteinander um? Wie achtsam sind wir miteinander? Werden sexuelle Grenzverletzungen offen thematisiert oder verschwiegen? In der #MeToo-Debatte haben wir ja gesehen, welch schambesetztes Thema es bereits für Frauen ist, über sexuelle Gewalterfahrungen zu sprechen. Das Stigma, solch eine Grenzverletzung anzuzeigen, ist für Männer womöglich sogar noch größer.



Darüber hinaus wäre es wichtig, unsere unterschiedlichen Hilfesysteme besser zu vernetzen, da diese sehr segmentiert ausgerichtet sind. So gehen schwule Männer mit Fragen zu Lifestyle und Gesundheit zur Aidshilfe; der Substanzkonsum wird in der Suchthilfe bearbeitet, und mit psychischen Problemen wird ein Psychotherapeut_in aufgesucht. Hier brauchen wir eine bessere Öffnung der unterschiedlichen Bereiche sowie eine Vernetzung der einzelnen Institutionen.

Schlussendlich müssen wir aber auch unsere Präventionsstrategien für diese Zielgruppe an die Ergebnisse der Studie anpassen und verbessern. Zum Beispiel war auffällig, dass 67 % der Männer, die sich Drogen spritzen, keine Spritzentauschprogramme in Anspruch nehmen. Hier haben wir eine ähnliche Situation wie Anfang der 1980er-

Jahre bei den Heroinkonsumenten. Hier muss sich die Präventionsarbeit also verändern.

Was ist Ihre Botschaft an Chemsex-Praktizierende?

Sehr achtsam sein und sich sehr stark mit dem Thema „Schadensminderung“ auseinandersetzen. Man sollte sich bewusst sein, wie Substanzen miteinander wirken und welche Risiken mit Mischkonsum verbunden sind.

Man sollte auch immer mal wieder kritisch die eigenen Motive des Konsums hinterfragen. Schlussendlich sollte man sich sofort und sehr schnell professionelle Hilfe holen, sobald Gefühle von Einsamkeit, Suizidgedanken oder Fragen nach dem Sinn des Lebens hochkommen. Das kann die Aidshilfe sein; das kann aber auch die Suchtberatung, eine psychiatrische Einrichtung oder eine Psychotherapie sein.

Jeff Mannes für iwwit/DAH

DAH-BROSCHÜRE „CHEMSEX – ERSTE HILFE“

Zu der Broschüre gehören Informationen, wann es Ermessensspielräume gibt und wann nicht und wann ein Rettungsdienst gerufen werden sollte. Außerdem gibt die Broschüre Tipps, wie sich die häufigsten Notfälle im Zusammenhang mit Chemsex vermeiden lassen.

Download: <https://www.aidshilfe.de/shop/pdf/10483>

SIE IST WIEDER DA!

INFOMAPPE FÜR DIE BERATUNG

Es gibt eine neue Auflage des DAH-Standardwerks für Berater_innen, der „Infomappe für die Beratung in Aidshilfe“. Sie wurde einer gründlichen Überarbeitung unterzogen, sowohl inhaltlich als auch in der Erscheinungsweise. Seit letztem Monat gibt es sie online als PDF; demnächst ist sie auch gedruckt erhältlich.

Download: www.hiv-beratung-aktuell.de/infomappe

PRINT UND ONLINE – AKTUELL UND ZWEIFELSIG

Die_der eine mag es lieber digital, die/der andere lieber „handfest“. Beides ist künftig möglich. Die gedruckte Form wird zukünftig nicht mehr als Broschüre, sondern als Sammlung erscheinen. So können wir bei Änderungen zukünftig einzelne Kapitel überarbeiten und müssen nicht gleich die ganze Mappe neu drucken. Die Ausdrücke könnt ihr dann unkompliziert im Ordner austauschen.

Wer die Infomappe in digitaler Form verwendet, kommt mit einem Klick zu weiteren Informationen, z. B. zu den Adressen der HIV-Test-Stellen oder der Kliniken, die die PEP anbieten.

Alle Leser_innen der Infomappe können sich zukünftig für einen Newsletter eintragen und werden dann automatisch informiert, wenn ein Kapitel der Infomappe aktualisiert wurde oder wenn es eine neue Ausgabe gibt. So seid ihr immer auf dem neuesten Wissensstand.

Auch inhaltlich wurde die Mappe überarbeitet. Hier sind die wichtigsten Änderungen.

SAFER SEX – MEHR ALS KONDOME

Alle Infos zu Kondomen, PrEP und Schutz durch Therapie sind nun im Kapitel „Schutz vor HIV“ zusammengefasst. Das verdeutlicht, dass es verschiedene Wege gibt, sich vor HIV zu schützen. In der Beratung geht es auch darum, gemeinsam mit den Ratsuchenden die jeweils passende Safer-Sex-Strategie zu besprechen.

CHECKLISTE FÜR DIE BERATUNG

In der HIV- und STI-Beratung geht es um weit mehr, als nur von einer bestimmten Sexpraktik auf eine HIV-Übertragung zu schließen, denn viel mehr Fragen sind von Belang: Welche Faktoren erhöhen bzw. verringern im konkreten Fall die Übertragungswahrscheinlichkeit? Was wissen wir über den HIV-Status der Sexpartnerin/des Sexpartners? Was folgt aus der Betrachtung der Situation? Ist eine PEP oder ein HIV-Test sinnvoll? Eine kurze Checkliste – die wir neu in die Infomappe aufgenommen haben – hilft, an diese Punkte zu denken.



VOM BEGRIFF „RISIKO“ ZU „ÜBERTRAGUNGSWAHRSCHEINLICHKEIT“

„Ungeschützter Analverkehr ist ein hohes HIV-Risiko“ ist eine Aussage, die ich schon häufiger im Kreis von Berater_innen gehört – oder in der Onlineberatung gelesen – habe. Dabei ist sie in dieser Verkürzung nicht richtig. Analverkehr, auch wenn er „ungeschützt“ ist, ist erst mal eine Sexpraktik, kein Risiko. Ein Risiko besteht erst dann, wenn der Analverkehr ungeschützt mit einem Menschen stattfindet, der HIV-positiv ist und eine hohe Viruslast hat.

Der Begriff „Risiko“ hatte wohl zu Beginn der Aidskrise, als es noch keine wirksamen HIV-Medikamente gab, seine Berechtigung, denn eine

HIV-Infektion bedeutete meist den Ausbruch von Aids. Mit einem ungeschützten Sexkontakt riskierte frau/man damals tatsächlich ihr/sein Leben.

Heute kann frau/man mit einer HIV-Infektion alt werden. Ein Mensch kann mit einer HIV-Infektion Sex haben, ohne Angst haben zu müssen, Sexpartnerinnen oder Sexpartner anzustecken. Die überwiegende Mehrheit der Menschen mit HIV in Deutschland nimmt die Kombitherapie und hat eine Viruslast unter der Nachweisgrenze. Kurz: Ein Leben mit HIV muss heute kein Drama mehr sein. Deswegen plädiere ich dafür, auch sprachlich zu entdramatisieren und statt von „HIV-Risiko“ von „HIV-Übertragungswahrscheinlichkeit“ zu sprechen. In der neuen Infomappe haben wir diesen Wandel bereits vollzogen.

HIV-TEST INKLUSIVE HIV-SELBSTTEST

Die Möglichkeiten, sich auf HIV testen zu lassen bzw. sich selbst zu testen, werden immer vielfältiger. Seit dem letzten Jahr ist der HIV-Selbsttest frei verkäuflich. Auch diese Veränderungen sind im Kapitel „HIV-Test“ berücksichtigt.

NEU: ANTIDISKRIMINIERUNGSBERATUNG

Neben der Aufklärung war der Kampf gegen Diskriminierung immer schon ein zentraler Bestandteil der Aidshilfearbeit. Heute lässt sich sagen, dass Menschen mit HIV weniger mit medizinischen Problemen zu tun haben, aber leider immer noch mit Diskriminierung in unterschiedlichen Bereichen. Um sich dagegen zu wehren, brauchen sie Information und Unterstützung. Dem tragen wir mit dem neuen Kapitel „Antidiskriminierungsberatung in Aidshilfen“ Rechnung.

Ich wünsche euch viel Freude bei der Beratung und hoffe, dass die Infomappe dabei sehr hilfreich ist. Rückmeldungen zur neuen Mappe – auch kritische – sind willkommen. Schreibt einfach an

Werner.Bock@dah.aidshilfe.de.

WB

NEUER PROJEKTKOORDINATOR DER CHECKPOINTS



Mein Name ist Carlo Kantwerk; ich bin 39 Jahre alt und übernehme am 01.07.2019 die Projektkoordination der Checkpoints, worauf ich mich sehr freue. Seit April 2016 bin ich in verschiedenen Positionen für die DAH tätig. Bisher habe ich in der Seminarverwaltung gearbeitet, war aber auch schon in der Reisekoordination von „ICH WEISS WAS ICH TU“ und zuletzt mit der Projektabrechnung der Veranstaltungen der DAH betraut.

Ich bin also schon etwas herumgekommen. Mein externer beruflicher Werdegang ist ähnlich vielfältig und reicht von einer Ausbildung als Zootierpfleger bis zu einem Studium der Sozialwissenschaften. Dabei lag ein Schwerpunkt auf den Methoden der empirischen Sozialforschung und auf Fragen der Ungleichheitsforschung.

Unter anderem habe ich vor, in der Projektkoordination der Checkpoints der Erhebung und Auswertung von Daten eine wichtige Bedeutung beizumessen und hoffentlich möglichst schnell technischen Support leisten zu können. Alles Weitere gibt es am besten in einem persönlichen Gespräch mit mir zu erfahren. In jedem Fall freue ich mich auf die neue Herausforderung und die vielfältigen Aufgaben, die vor mir liegen.

Bis demnächst

Carlo Kantwerk

GESUNDHEITS-APPS

SCHÖNE NEUE WELT MIT SICHERHEITSLÜCKEN

Schon seit einigen Monaten werben Krankenkassen bei ihren Versicherten für sogenannte Gesundheits-Apps. Sie sollen die Kommunikation mit Ärzt_innen, Apotheker_innen und anderem medizinischem Personal erleichtern, Doppeldiagnosen verhindern und auf mögliche Medikamenteninteraktionen hinweisen. Der aktuelle HIVreport 1/2019 geht der Frage nach, wie sinnvoll diese Apps sind und welche Risiken sie in sich bergen.

Die derzeit auf dem Markt befindlichen Apps haben eine Gemeinsamkeit: Die Anwender_innen können hier ihre medizinische Diagnosen, Laborwerte und Medikationslisten abspeichern, und/oder ihre Ärzt_innen bitten, Praxisdaten direkt auf das Smartphone zu überspielen. Verpflichtet sind Ärzt_innen oder Kliniken dazu jedoch nicht; es gibt hierfür auch keine Vergütung. Häufig fehlen Kliniken und Arztpraxen auch die entsprechenden Schnittstellen zur Praxis-/Kliniksoftware. Die Infrastruktur, die hinter den Smartphone-Apps steckt, wird „elektronische Gesundheitsakte“ (eGA) genannt.

Ganz anders die elektronische Patientenakte (ePA): Spätestens Ende nächsten Jahres sollen die Krankenkassen allen Versicherten eine ePA einrichten bzw. anbieten. Dann werden Ärzt_innen und andere Therapeut_innen auch dazu verpflichtet sein, ihren Patient_innen Patientenakten digital zur Verfügung zu stellen. Für die Patient_innen ist die Teilnahme an der ePA freiwillig.

Der Unterschied zwischen „Patientenakte“ und „Gesundheitsakte“ ist kein unbedeutendes Wortspiel. Während hinter der ePA ein halbwegs gut ausgearbeitetes System von Regelungen des Datenschutzes steht, ist die eGA kaum reguliert. Der Gesetzgeber hat der eGA lediglich einen

kurzen Paragraphen im fünften Sozialgesetzbuch gewidmet; zur Ausgestaltung der eGA gibt es keine gesetzlichen Vorgaben.

Ein wichtiger Unterschied besteht zudem darin, dass bei der ePA die Anbieter von Gesundheitsdienstleistungen (also z. B. niedergelassene Ärzt_innen oder Kliniken) für den Schutz der Patientendaten zuständig sind. Bei der eGA hingegen geht die Verantwortung auf die Patient_innen über.

Die folgenden Apps beziehen sich nur auf die eGA.

„TK-SAFE“

TK-Safe steht den über 10,3 Millionen Versicherten der Techniker Krankenkasse (TK) kostenfrei zur Verfügung. Auf Wunsch können die Patient_innen durch die TK alle zurückliegenden Abrechnungsdaten ihrer Ärzt_innen und Zahnärzt_innen einspeisen lassen. Hinzu kommt eine Übersicht über alle in den letzten Jahren verordneten Medikamente und durchgeführten Impfungen.

Diese Abrechnungsdaten sind allerdings immer schon paar Monate alt, weil es zwischen den Ärzt_innen und den Krankenkassen keine taggenaue Abrechnung von Leistungen gibt.

Neben einem Überblick über die von der Ärztin/dem Arzt an die Krankenkasse weitergeleiteten Diagnosen erhalten die Patient_innen zudem einen ggf. spannenden Eindruck davon, welche Leistungen ihre Ärztin/ihr Arzt mit der Krankenkasse abgerechnet hat. Medikamente, die die Patient_innen selbst kaufen, können mit der Smartphone-App eingescannt werden. Arztbriefe können, sofern die Ärzt_innen bei dem freiwilligen System „TK-Safe-Gesundheitsakte“ mitmachen, ebenfalls erfasst werden.

Die Daten werden verschlüsselt übertragen und auch verschlüsselt auf einem Server von IBM abgespeichert. Die TK habe deshalb, so die TK gegenüber dem HIVreport, auch keinen Zugriff auf die Patientendaten.

TK-Safe kann genutzt werden, um an Impfungen erinnert zu werden oder andere Gesundheitsempfehlungen zu bekommen. Für diese zuschaltbare Extrafunktion muss die App die Erlaubnis einholen, personenbezogene Daten und Abrechnungsdaten auszuwerten. Dann werden personalisierte Gesundheitsempfehlungen auf der Basis der Abrechnungsdaten und einiger persönlicher Daten wie Geburtsdatum und Geschlecht übermittelt. Die App wertet derzeit keine Smartphonedaten (wie z. B. Schrittzähler) aus. Die TK erhält, so die TK gegenüber dem HIVreport, keine Rückmeldung über die erteilten Gesundheitstipps.

SMARTPHONE-APP „VIVY“

Die „persönliche Gesundheitsassistentin“ Vivy ist zu 70 % ein Tochterunternehmen der Allianz SE. Sie wird von 21 gesetzlichen und vier privaten Krankenkassen genutzt und steht derzeit über 25 Millionen Versicherten zur Verfügung. Mit dabei sind u. a. die DAK-Gesundheit, die IKK Südwest, die IKK classic und viele Betriebskrankenkassen.

Alle Daten, so Vivy, werden in Rechenzentren in Deutschland gespeichert. Die Datenübertragung von den Arztpraxen (bzw. den Smartphones der Nutzer_innen) auf den Server erfolgt verschlüsselt (asymmetrische Ende-zu-Ende-Verschlüsselung, mehr Infos auf der Website von Vivy: <https://www.vivy.com/sicherheit/>).

Die Nutzer_innen können z. B. ihren Impfpass digitalisieren, einen Notfallpass anlegen oder Vorsorgeuntersuchungen und Medikamente eintragen. Eine „digitale Assistentin“, die anonymisierte Nutzerdaten an Vivy sendet, kann aktiviert werden. Vivy antwortet darauf mit individualisierten Empfehlungen zu einem gesünderen Lebensstil und zu „passenden Angeboten für deine Versicherung“, so Vivy auf der Website. Wenn Fitnesstracker genutzt werden, können sie mit der App verbunden werden.

Ein wesentlicher Bestandteil der Vivy-App ist die Möglichkeit, mit den gesammelten Daten ein „biologisches Alter“ zu berechnen und im Verlauf zu beobachten. Vivy gibt jedoch nicht preis, welche Parameter für die Berechnung verwendet werden und welche Empfehlungen die App mit den akkumulierten Daten entwickelt. Somit ist auch die Evidenz der Gesundheitsempfehlungen nicht nachvollziehbar. Des Weiteren behält sich Vivy vor, die erhobenen Daten ggf. zu Werbezwecken („passende Angebote für deine Versicherung“ bzw. „mögliche Zusatzleistungen deiner Versicherung“) zu nutzen.

DATENSCHUTZ UND DATENSICHERHEIT BEI DEN KRANKENKASSEN-APPS

Da die Daten auf den Servern – sowohl bei Vivy als auch bei TK-Safe – verschlüsselt sind und auch der Datenaustausch zwischen Smartphone und Server stets verschlüsselt erfolgt, sind die Daten schon recht gut vor unberechtigtem Zugriff gesichert.

Datenschützer_innen haben in den letzten Monaten trotzdem zum Teil massive Kritik an den Apps geäußert. Dabei geht es um die Weitergabe von Daten an Dritte und um die Möglichkeit, Schadsoftware an Ärzt_innen zu senden oder mit technischen Tricks den Account zu knacken.

Die Entwickler der Apps bemühen sich zwar, Schwachstellen zu beheben. Vieles erscheint aber noch nicht perfekt. Auf ihrer Website schreiben die Entwickler_innen der Vivy-App: „Wir betrachten Sicherheit als nie abgeschlossen, sondern als ständigen Prozess der Verbesserung.“

FAZIT: NEUE MÖGLICHKEITEN, DATENSICHERHEIT NOCH VERBESSERUNGSFÄHIG

Ob frau/man die Apps der Krankenkassen nutzen will, muss letztlich jede_r für sich entscheiden. Die Vorteile liegen auf der Hand: Alle relevanten medizinischen Daten sind an einer Stelle übersichtlich

dargestellt. So kann die/der Einzelne neuen Ärzt_innen ihre/seine Gesundheitsbiografie schnell zur Verfügung stellen, digitalisierte Röntgenuntersuchungen einfach weiterleiten und die Gefahr von Medikamenteninteraktionen vermindern, indem frau/man schnell eine Liste der verschriebenen Medikamente erstellt. Da die Ärzt_innen allerdings noch nicht verpflichtet sind, die eGA zu nutzen, ist der praktische Nutzen derzeit begrenzt.

Zu bedenken ist, dass die Apps zur eGA noch permanent nachgebessert werden und sich Schwachstellen erst in der Anwendung zeigen. Ein weiteres Problem besteht darin, dass bei einem Verlust des Smartphones oder bei Unachtsamkeit in der Anwendung der Apps die Verantwortung für einen Datenverlust oder einen möglichen Zugriff Dritter bei den Nutzer_innen liegt. Rechtlich ist zudem noch nicht klar, ob digitale medizinische Daten (z. B. auf dem Smartphone) den gleichen Schutz vor dem Zugriff von Strafverfolgungsbehörden genießen wie Patientenakten bei den Ärzt_innen.

BESSER ABWARTEN

Wer die Möglichkeiten von Gesundheits-Apps nutzen will, sollte ggf. abwarten, bis die ersten unabhängig zertifizierten Anwendungen auf den Markt kommen. Die Haftung für die korrekte und sichere Datenübertragung liegt dann bei den Akteuren im Gesundheitswesen, also bei den Ärzt_innen, Krankenhäusern und Krankenkassen.

Wer den größtmöglichen Schutz ihrer/seiner medizinischen Daten wünscht, aber nicht ganz auf die gebündelte digitale Speicherung ihrer/seiner medizinischen Daten verzichten will, sollte ggf. ganz auf die Smartphone-Apps verzichten und die ePA, wenn sie dann kommt, über ihre/seine PIN-gesicherte Gesundheitskarte („Krankenkassenkarte“) steuern. Das ist vielleicht etwas umständlicher, lässt allerdings weniger Einfallstore für Datenmissbrauch zu.

tau

Ausführlich zu dem Thema: [HIVreport 2019/1](#)

KONDOM UND PREP

KEINE GLEICHBERECHTIGTEN FORMEN DER PRÄVENTION !?

Nach dem Abschied vom Kondom als alleiniger und bester Strategie gegen HIV schlägt die Frage der Bewertung von Safer Sex immer noch hohe Wellen.



Seit über einem Jahr bieten die Aidshilfen bei der Schutzstrategie gegen HIV offiziell eine Auswahl an. Unter dem Slogan „Safer Sex 3.0“ werden Kondom, PrEP und Schutz durch Therapie als gleichwertige Verhütungsmethoden nebeneinander

angeboten: „Du hast die Wahl! Um dich beim Sex wirksam vor HIV zu schützen, kannst du zwischen Kondom, PrEP oder Schutz durch Therapie wählen.“

In der Theorie hört sich das richtig und vernünftig an. Wir als Mitarbeiter_innen oder Berater_innen erkennen hierin die Haltung der Aidshilfen und können jeder/jedem Ratsuchenden mit Informationen helfen, für sich diese Entscheidung zu treffen.

Dass jede_r für seine Entscheidung den gebührenden Respekt verdient, sollte eigentlich klar sein. Bei sexuellen Begegnungen spielen aber auch undurchsichtige oder verborgene Begehren eine Rolle, und wir als Mitarbeiter_innen von Aidshilfen müssten es inzwischen schon

gewohnt sein: Manche lehnen z. B. Kondome als lustmindernd oder störend ab. Analog dazu gibt es mittlerweile eine Abneigung gegen Menschen, die die PrEP nutzen oder sich und ihre Partner_innen durch die ART schützen.

EIN KEIL GEHT DURCH DIE COMMUNITY

Auf Datingportalen geht ein Keil durch die Community, und Menschen werden von vornherein ausgegrenzt, indem ihnen klargemacht wird: Mit dir will ich nicht, wenn du nicht auf meiner Präventionslinie liegst. Haltungen wie „Was? Du nimmst immer noch Kondome?“ oder „PrEP nehmen nur Schlampen, bei denen frau/man sich auf jeden Fall eine STI einfängt“ dienen nur dazu, andere zu diskreditieren und sich selbst als cooler, stärker und sexier dastehen zu lassen.

Jetzt, wo Kondome als alleinige und beste Strategie nicht mehr **das** Mittel zur Prävention darstellen, entbrennen lebhaft geführte Debatten über die beste Methode.

Neben Fragen zur Anwendung der am besten geeigneten Methode ist in der Beratung von MSM immer wieder ein großer Wunsch nach Bewertung und Beurteilung zu hören oder zu lesen. Anscheinend klassifizieren Schwule gern. Sie entwerfen eine Rangordnung, in der es ein Besser und ein Schlechter gibt und das Verhalten der anderen auf- oder abgewertet werden kann. So zumindest ist zu erklären, wie in der schwulen Szene immer wieder eine Abwertung des Verhaltens der anderen erfolgt.

So ist auch zu erklären, warum die IWWIT-Kampagne im Sommer ein Projekt zum Thema „Meine Wahl – dein Respekt“ startet. Die Gleichwertigkeit der drei Safer-Sex-Methoden – Kondom, PrEP und Schutz durch Therapie – wird darin verdeutlicht und einem Phänomen entgegengewirkt, das in der schwulen Szene verstärkt zu beobachten ist: PrEP-Bashing und Kondombashing. Damit ist die lautstarke Ablehnung einer dieser beiden Safer-Sex-Methoden in der Praxis gemeint.

Die Fürsprecher_innen beharren so sehr auf den Vorteilen der von ihnen gewählten Präventionsmethode, dass sie eine regelrechte Abneigung gegen die anderen Methoden hegen. Was auch immer für Argumente ins Feld geführt werden, um die anderen abzuwerten, trifft meist unter die Gürtellinie. Die eigene Angst wird genauso ins Feld geführt wie die angebliche Sorglosigkeit der anderen.

SCHAM ÜBER DIE EIGENE SEXUALITÄT

Vielleicht zeigt sich hier noch einmal die Zerrissenheit der schwulen Welt. Einerseits verspricht die schwule Kultur eine Welt des glückseligen Überflusses, in der jeder seine Lüste ausleben kann: Porno, Vergnügen und Konsum. Andererseits lauern überall Infektionsgefahren sowie Scham über das gesellschaftlich abgewertete Begehren und die unbefriedigte Suche nach Nähe: Frustration, Einsamkeit und Krankheit.

Im Hinblick auf Safer Sex 3.0 lohnt sich noch einmal die Frage, warum die gegenseitige Wertschätzung und ein sensibler Umgang miteinander zugunsten einer Rangordnung, die noch einmal bewertet und ausgrenzt, in Vergessenheit geraten. Dabei hätten es die Menschen viel nötiger, wie ihnen in einer Kampagne gesagt werden könnte: Geht ordentlich miteinander um, und grenzt euch nicht gegenseitig aus. Denn Nähe und Zuneigung hat jede_r nötig. Das ist nicht nur im Kontext mit Beratungen zu sehen.

Klaus Purkart, Projektkoordinator „Livechats“

Die DAH veranstaltet vom 08.11. bis zum 09.11.2019 im Vorfeld der DAH-Mitgliederversammlung den Fachtag „Safer Sex 3.0“. Auf diesem Fachtag soll der Frage nachgegangen werden, wie die unterschiedlichen Präventionswege in alle Zielgruppen transportiert werden können. Hierfür wird es auch einen Workshop zum Umgang mit „PrEP-“ und „Kondombashing“ geben.

HIV-SELBSTTESTS IN DEUTSCHLAND:

VORBEHALTE AUSGERÄUMT

Seit fast einem Jahr sind HIV-Selbsttests nun auch in Deutschland legal erhältlich. Die Bedenken gegen die Freigabe waren in Deutschland größer als in anderen Ländern. Deshalb gehörte Deutschland im Oktober 2018 zu den „Nachzüglern“, obwohl seit Jahren wissenschaftliche Belege für den Nutzen und auch für das Ausbleiben negativer Effekte vorlagen.

Bereits 2012 wurde ein erster HIV-Selbsttest in den USA zugelassen, der noch mit Mundschleimhaut-Flüssigkeit (kein Speichel!) durchgeführt wurde. Obwohl dieser Test etwas kompliziert in der Anwendung, und die Sensitivität nicht optimal, fand er schnell große Verbreitung z.B. in afrikanischen Ländern. Dort wurden auch einige Studien durchgeführt zur Anwendungssicherheit, Zuverlässigkeit, und auch zu möglichen negativen sozialen oder psychischen Folgen. (siehe dazu <http://www.hivst.org/>)

Allgemeines Fazit:

Der HIV-Selbsttest motiviert Menschen, sich zu testen, er funktioniert, führt zu einem früheren Beginn der HIV-Therapie und es kommt kaum zu Krisen, Partnerkonflikten oder ähnlichem.

„LANGE LEITUNG“

In Europa fand dieser Selbsttest keine Verbreitung. Hier begann erst 2015 ein Umdenken, seit sehr gute HIV-Selbsttests auf Blutbasis (Kapillarblut aus der Fingerbeere) zur Verfügung stehen. Großbritannien und Frankreich waren die ersten, die HIV-Selbsttests nicht nur legalisierten, sondern auch massiv dafür warben.

2016 veröffentlichte die WHO „Guidelines on HIV self-testing and partner notification“ und bezeichnete HIV-Selbsttest als wichtiges Tool, um die globalen 90-90-90-Ziele zu erreichen.

Im Oktober 2018 war es dann nach vielen Debatten auch in Deutschland endlich soweit. Das Gesundheitsministerium ging dann sogar einen konsequenten Schritt weiter als andere europäische Länder und gab den Verkauf von HIV Selbsttests allgemein frei, und beschränkte ihn nicht auf Apotheken.



ES HAT SICH GELOHNT

Nun fast ein Jahr danach kann eine erfreuliche Bilanz gezogen werden.

- Der HIV-Selbsttest wird genutzt!

In Deutschland sind drei HIV Selbsttests zugelassen. Mindestens 30.000 verkaufte HIV-Selbsttests im ersten Quartal 2019 sind nicht schlecht. Vor allem, wenn man sich klarmacht, dass dies weitgehend zusätzliche HIV-Tests sind. In Gesundheitsämtern und Aidshilfen konnte jedenfalls kein Rückgang der Nachfrage nach HIV-Tests festgestellt werden.

- Der HIV-Selbsttest ist sicher!

Dem Paul-Ehrlich-Institut wurden seit Oktober 2018 lediglich drei Anwendungsprobleme gemeldet, bei der Hotline des Exacto HIV-

Selbsttests gingen zehn Anrufe ein. Von den anderen beiden HIV-Selbsttests liegen keine Informationen dazu vor. Bei der Telefon- und Onlineberatung der Deutschen Aidshilfen, die bei allen drei HIV-Selbsttests als Beratungs-Hotline angegeben ist, gab es insgesamt 424 Anfragen, die sich allerdings selten um Anwendungsproblem drehten. Hier standen Fragen nach Bezugsquellen, der Zuverlässigkeit und des diagnostischen Fensters (wie lange nach einem Risiko ist das Testergebnis sicher?) im Vordergrund.

- Der HIV-Selbsttest führt nicht zu psychischen Krisen!

Jedenfalls wurden weder in der Telefon- und Onlineberatung der Deutschen Aidshilfe, noch in lokalen Aidshilfen solche Krisen bekannt. Das bedeutet natürlich nicht, dass niemand nach einem reaktiven HIV-Selbsttest damit Probleme hatte. Aber offenbar waren diese Probleme lösbar ohne die Hilfe von Aidshilfen.

- Der HIV Selbsttest erweitert HIV-Testangebot in Deutschland!

Schon immer war es in Deutschland leicht, bei Gesundheitsämtern oder Aidshilfen anonyme HIV-Tests zu machen, oft sogar kostenlos. Auch viele Arztpraxen bieten HIV-Tests an. Trotzdem werden immer noch viele HIV-Infektionen spät diagnostiziert. Die Gründe dafür sind vielfältig. Ein Grund ist sicher auch, dass die bisherigen Testangebote immer mit einem persönlichen Kontakt bzw. einer persönlichen Beratung verbunden waren. Mit dem HIV-Selbsttest steht nun eine sehr diskrete HIV-Testmöglichkeit zur Verfügung, die quasi ganz ohne persönlichen Kontakt auskommt. Das scheint für viele Menschen ein wichtiges Kriterium zu sein.

Vielen Aidshilfen, die bislang aufgrund der hohen Anforderungen an HIV-Schnelltestangebote (alles unter ärztlicher Aufsicht) kein eigenes Testangebot vorhalten können, bietet der HIV-Selbsttest nun diese Möglichkeit. Viele Menschen, die in Aidshilfen einen HIV-Selbsttest kaufen, wollen ihn auch gleich dort durchführen. Sie fühlen sich sicherer, wenn jemand dabei ist. Assistierte Selbsttests

werden nun von vielen Aidshilfen angeboten. Wobei „Assistieren“ bedeutet, dabei sein, begleiten, aber nicht „Hand anlegen“.

Viele Aidshilfen, die in ihren Checkpoints schon länger HIV- und STI-Tests anbieten, können dies nun auch, wenn keine ärztliche Aufsicht da ist. Und alle, die noch nie HIV-Tests anbieten konnten, können dies nun tun.

Michael Tappe

HIV-SELBSTTEST: ERFAHRUNGEN VOR ORT

Die Aidshilfe Dresden bietet seit einigen Wochen den HIV-Selbsttest an. **Werner Bock** hat mit **Christian Willno** über die ersten Erfahrungen gesprochen.



Foto: Christian Willno/Aidshilfe Dresden

Ihr bietet bei der Aidshilfe Dresden den HIV-Selbsttest kostenlos an. Wie kam es dazu?

Die sächsischen Aidshilfen haben zeitig den Nutzen von HIV-Selbsttests erkannt, aber auch Herausforderungen bei ersten alleinigen Durchführungen vermutet. Durch finanzielle Unterstützung des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales und Verbraucherschutz können die Aidshilfen – somit auch wir – HIV-Selbsttests assistiert und

kostenfrei anbieten. Wir erhoffen uns, so auch für schwer erreichbare Gruppen ein Angebot zu schaffen.

Wie wird das Angebot genutzt, und welche Erfahrungen macht ihr damit?

Es läuft gut an. Im Nachgang realisieren die Testdurchführenden, dass die Handhabung recht einfach ist. Sie sind aber sehr dankbar, dass wir unterstützend zur Seite stehen. Insbesondere die eigene Aufregung führt zu kleineren Anwendungsfehlern, die wir schnell mündlich korrigieren können. Zudem ist die Überbrückung der Wartezeit ein tolles Geschenk, um mit Ratsuchenden über unterschiedliche aidshilfenaher Themen ins Gespräch zu kommen. Weiterhin kann die Unmittelbarkeit zwischen Test und Ergebnis als klarer Vorteil gesehen werden. Es gab auch bereits ein reaktives Ergebnis. Der Mensch wurde erfolgreich an eine auf HIV-Behandlungen spezialisierte Praxis vermittelt.

Wie lässt sich das neue Angebot in euren laufenden Arbeitsalltag integrieren? Gibt es Pläne für die Zukunft?

Wir halten Beratungszeiten vor, bzw. die Kolleg_innen haben direkte Testzeiten festgelegt. Wer innerhalb dieser Zeiten zu uns kommt, kann nach kurzem Vorgespräch den HIV-Selbsttest – begleitet durch uns – durchführen. Darüber hinaus wollen wir den HIV-Selbsttest mobil machen. Durch Kooperationen mit Einrichtungen im ländlichen Raum sollen Testangebote in regelmäßigen Turnussen stattfinden. Gerade hier sehen wir viel Potenzial, Menschen zu erreichen, denen aktuell kein ausreichendes Angebot zur Verfügung steht.

WB

KURZMITTEILUNGEN

JES-NETZWERK

JES, das Netzwerk, das sich für die Interessen und Bedürfnisse Drogen Konsumierender engagiert, hat seit April eine neue Website, zu finden unter www.jes-bundesverband.de.

SEMINAR DATENSCHUTZGRUNDVERORDNUNG (DSGVO)

Das Seminar gibt einen kompakten Überblick über die Herausforderungen, die die DSGVO an Aidshilfen stellt. Den Teilnehmenden werden konkrete Hilfen in der Umsetzung der DSGVO in ihrer Einrichtung an die Hand gegeben. (20. – 22.10.2019, Akademie Waldschlösschen). Info und Anmeldung: <https://www.aidshilfe.de/event/datenschutz-aidshilfe-beratung>

IMPRESSUM

HIV-Beratung *aktuell*

Herausgeber

Deutsche Aidshilfe e. V., Wilhelmstraße 138, 10963 Berlin

Fon: 030 690087-0, Fax: 030 690087-42, www.aidshilfe.de

Redaktion/V. i. S. d. P.

Werner Bock, Steffen Taubert

Texte in dieser Ausgabe

Werner Bock (WB), Ivo Boenig, Silke Eggers, , Jeff Mannes, Klaus Purkart ,Armin Schafberger (AS), Katja Schraml, Steffen Taubert (tau)

Koordination/Kontakt

Steffen Taubert (steffen.taubert@dah.aidshilfe.de)

Lektorat: Dr. Kirsten Nies

Grafikvorlage: Ivo Gadea , Die Goldkinder GmbH