



KompL@t

Newsletter der Deutschen AIDS-Hilfe e.V.
zum Kompetenznetz HIV/AIDS

Ausgabe 2 / 2009



Liebe Leserin, lieber Leser,

mit dieser Ausgabe nehmen wir den Wunsch vieler Studienteilnehmenden auf und werden den Newsletter auch in gedruckter Form an alle Zentren des Kompetenznetzes ausliefern.

Hinzugekommen ist auch die Möglichkeit alle Ausgaben des KompL@ts wie auch weitere Informationen über das Kompetenznetz auf der Webseite der [Deutschen AIDS Hilfe](#) abzurufen.

Viel Spaß beim Lesen des Newsletters, der sich dieses Mal mit Forschungsprojekten rund um die HIV- und STD-Prävention beschäftigt.

Mit besten Grüßen
Steffen Taubert

Inhalt

- [Keine Viruslast = Keine HIV-Übertragung? Studie zu Viruslast und Medikamentenspiegel im Enddarm](#)
- [„Nicht mit dem erhobenen Zeigefinger“- Studie zu Ärztlicher HIV/STD-Prävention](#)
- [Bedeutung der Postexpositions-Prophylaxe Befragung von Ärztinnen und Ärzten im Kompetenznetz HIV/AIDS](#)
- Deutsche AIDS-Hilfe zieht Beteiligung am SÖDAK zurück
- Kurzmitteilungen

Juni 2009

BESTELLUNG DES NEWSLETTERS

<http://www.kompetenznetz-hiv.de>

Menuefeld: Patienten → Newsletter für Patienten

Keine Viruslast = Keine HIV-Übertragung? Studie zu Viruslast und Medikamentenspiegel im Enddarm

Das Kompetenznetz startet eine neue Studie, die herausfinden will, ob eine nicht nachweisbare Viruslast im Blut gleichzusetzen ist mit einer effektiven Unterdrückung der Viruslast in den Vaginal- und Rektalsekreten.

Die Veröffentlichung des so genannten „EKAF-Papiers“, also der Einschätzung der Schweizer Eidgenössischen Kommission für Aids Fragen (EKAF) zur (Nicht-)Infektiosität von HIV-positiven Menschen, deren Viruslast unter der Nachweisgrenze ist, löste in Fachkreisen eine breite Diskussion aus. Was bedeuten diese Empfehlungen für Menschen mit HIV? Kann nun beim Sex zwischen serodiskordanten Paaren auf Kondome verzichtet werden, wenn bestimmte Kriterien erfüllt werden? Die Deutsche AIDS-Hilfe beschäftigte sich in den vergangenen Monaten intensiv mit den Einschätzungen der EKAF und veröffentlichte dazu im April dieses Jahres ein eigenes Positionspapier. Die DAH unterstreicht, „dass eine Übertragung bei sexuellen Kontakten ohne Kondom unwahrscheinlich ist, wenn folgende Voraussetzungen erfüllt sind:

Die Viruslast des HIV-positiven Partners/ der HIV-positiven Partnerin ist seit mindestens sechs Monaten unter der Nachweisgrenze.

Die antiretroviralen Medikamente werden konsequent eingenommen.

Bei den Sexualpartnern/ -partnerinnen liegen keine Schleimhautdefekte z.B. als Folge sexuell übertragbarer Infektionen vor.“¹

Forschungssituation zu Analverkehr und Viruslast unbefriedigend

Einige Wissenschaftler kritisierten jedoch, dass sich die EKAF bei ihren Empfehlungen überwiegend auf Langzeitbeobachtungen von heterosexuellen Paaren bezieht. Sie schlussfolgerten, dass die Daten nicht auf den

¹ Das Positionspapier „HIV-Therapie und Prävention“ ist im Internet abrufbar unter: URL: http://www.aidshilfe.de/media/de/0904_DAH-Papier_HIV-Therapie_und_Praevention.pdf



von vielen schwulen Männern praktizierten Analverkehr zu beziehen sind. Diese Kritik lässt jedoch außer Acht, dass auch in heterosexuellen Beziehungen Analverkehr vorkommt und davon auszugehen ist, dass diese Daten in die Langzeitbeobachtungen eingeflossen sind. Gleichwohl gibt es keine Forschung zu explizit homosexuellen Analverkehr. Die Forschungssituation hinsichtlich der viralen Situation beim Geschlechtsverkehr im Rektum kann allgemein als unbefriedigend bezeichnet werden. Zusammenhänge zwischen der Viruslast im Blut und den genitalen Sekreten wurden bisher ausschließlich über Messungen der Virusmengen im Sperma und im Vaginalsekret erforscht.² Über die Viruslast im Rektalsekret, also dem Flüssigkeitsfilm auf der Darmschleimhaut des Rektums, gibt es wenige, zum Teil umstrittene Forschungsergebnisse.³

Diese Wissenslücke gilt es nun zu schließen. Das Kompetenznetz HIV/AIDS hat in den vergangenen Wochen eine Studie gestartet, bei der geprüft werden soll, inwieweit eine gut wirkende antiretrovirale Therapie nicht nur die Viruslast im Blut, sondern auch im Analsekret reduziert.

Im weiteren soll geprüft werden, wie es sich mit der Viruslast im Analsekret, aber auch im Vaginalsekret und im Ejakulat verhält, wenn ein Patient eine weitere sexuell übertragbare Infektion erwirbt. Weiterhin wollen die Forscher herausfinden, ob eine sexuelle Stimulierung die Virusmenge in diesen Sekreten verändert und ob eine Dildostimulierung eine geeignete Methode ist, einen Geschlechtsverkehr zu simulieren. Schließlich soll untersucht werden, wie sich die Medikamentenkonzentration in den jeweiligen Sekreten zueinander verhält und wie die antivirale Wirksamkeit dort ist.

² Die Mehrzahl der Studien zeigt, dass eine nicht nachweisbare Viruslast im Blut in der Regel auch zu einer deutlich gesenkten Viruslast im Ejakulat und im Vaginalsekret führt. Vgl. u.a.

Vernazza PL, et al. (2000). Potent antiretroviral treatment of HIV infection results in suppression of the seminal shedding of HIV. The Swiss HIV Cohort Study. AIDS. 14(2): 117-21. **sowie**
Vettore MV et al. (2006). Genital HIV-1 viral load is correlated with blood plasma HIV-1 viral load in Brazilian women and is reduced by antiretroviral therapy. J Infect.; 52: 290-3.

³ Eine Ausnahme ist hier die Studie von Zuckermann (2004), der herausfand, dass die Viruslast im Rektum insgesamt höher sein kann als im Blut. Eine kritische Auseinandersetzung mit dieser und anderer Studien findet sich im HIV-Report 1/2008 der Deutschen AIDS-Hilfe. URL:
<http://www.hivreport.de/hivreport.php?id=5900>

Die Projektgruppe, die aus Mediziner/innen der Ruhr-Universität Bochum um Professor Brockmeyer sowie Bernd Vielhaber und Meike-Angela Czajka (ehemals DAH-Vorstand) besteht, erarbeitete ein zweiphasiges Studienkonzept. In der ersten Phase, der Vorstudie, soll zunächst an 25 Teilnehmer/innen geprüft werden, ob die Viruslast und die Medikamentenkonzentration in den Geschlechtsorganen immer gleich hoch sind oder ob sie sich nach Anal- oder Vaginalverkehr ändern. Sobald diese Fragen beantwortet sind, folgt die geplante Hauptstudie mit 150 Teilnehmern.

Verändert sexuelle Stimulierung die Viruslast?

Da eine Viruslastmessung kurz nach dem Sex kaum realisierbar ist (wer möchte schon unmittelbar nach dem Geschlechtsverkehr in die Klinik fahren?) plant das Forscherteam, im Studienzentrum eine Geschlechtsverkehrähnliche Situation mit Dildostimulierung zu schaffen.

Nach einer ausführlichen Patienteneinweisung wird mit jedem/jeder Studienteilnehmer/in ein Termin vereinbart, an dem jeweils eine anale, bzw. vaginale Viruslastmessung vor sowie eine Messung nach der Stimulierung und ferner eine Viruslastmessung des Ejakulats erfolgt. Für die Stimulierung kann sich der/ die Studienteilnehmer/in aus einem Set an Dildos bedienen und in einen Extraraum ungestört zurückziehen.

Wenn die Vorstudie zeigt, dass die Stimulierung tatsächlich einen Effekt auf die Viruslast hat, dann soll dieses Forschungsdesign auch in der anschließenden Hauptstudie verwendet werden. Stellt sich im Zuge der Vorstudie heraus, dass die Stimulation die vaginale resp. anale Viruslast nicht beeinflusst, dann wird in der Hauptstudie auf die Stimulation verzichtet. In der Hauptstudie will man dann die Viruslast und Medikamentenkonzentration von Blut und Genitalsekreten von über 150 Teilnehmern vergleichen. Zudem soll auf STDs, wie Syphilis oder Tripper, aber auch asymptomatische STI gescreent und deren Einfluss auf die Viruslast erfasst werden.

Einen Teil der finanziellen Mittel für die Studie erhält das Kompetenznetz vom Schweizer Bundesamt für Gesundheit. Weitere Förderer der Studie werden derzeit noch gesucht.

Patientinnen und Patienten, die Interesse an der Teilnahme haben, können sich mit der Projektkoordinatorin Frau Dr. Potthoff in Verbin-

dung setzen (E-Mail: a.potthoff@klinikum-bochum.de).

“Nicht mit dem erhobenen Zeigefinger!”

Gespräche über Sexualität, Schutz und Risikoverhalten werden oft gewünscht, sind aber nicht in jeder Arzt-Patientenbeziehung möglich

In welchem Rahmen ist HIV- und STD-Prävention in der Arztpraxis durchführbar? Was tun Ärztinnen und Ärzte bereits und was wünschen sich die Patienten? Ist die Entwicklung eines spezifischen Fortbildungsprogramms sinnvoll und würde eine solche Fortbildung auch genutzt werden?

Um Antworten auf diese Fragen zu erhalten, beauftragte die Deutsche AIDS-Hilfe vor knapp zwei Jahren das Institut für Medizinmanagement und Gesundheitswissenschaften der Universität Bayreuth mit der Durchführung einer Befragung von Ärztinnen und Ärzten sowie Patienten. Fokus der Studie war die Gruppe der MSM, die von HIV-Neudiganosen besonders betroffen ist.

Um es vorwegzunehmen: Die Studie liefert keine eindeutige Antwort, ob Prävention beim Arzt funktionieren kann oder nicht. Vielmehr beschreiben die Forscherinnen Angelika Wolf und Julika Loss die Bedingungen, die für Präventionsgespräche in der Arztpraxis förderlich bzw. hinderlich erscheinen. Sie gehen auf die grundlegenden Bedürfnisse der Patienten und Ärzte ein.

Die beiden Wissenschaftlerinnen sprachen dazu mit über 30 schwulen Männern in Berlin und Franken über ihre Erfahrungen mit ärztlicher Beratung zu HIV/AIDS. Mit der Wahl der Regionen versuchten sie, den Unterschieden bei der städtischen und ländlichen Versorgung Rechnung zu tragen. Parallel zur Patientenbefragung erhoben die Forscherinnen die Einstellungen und Erfahrungen der Ärztinnen und Ärzte in drei Fokusgruppendifkussionen (mit je 6-8 Tn) sowie sieben Einzelinterviews. Die Fokusgruppen fanden in Berlin, die Einzelinterviews im Raum Franken statt (Näheres dazu im ausführlichen Forschungsbericht).

Scham und Tabus behindern Gespräche um Sexualität

Die Forscherinnen schildern in ihrem Bericht, wie die Kommunikation um Sexualität immer noch stark von Scham und Tabus besetzt ist.

Dies hat mitunter folgenreiche Auswirkungen: wenn zum Beispiel ein Patient – bereits mit deutlichen Anzeichen einer HIV-Infektion – keinen HIV-Test angeboten bekommt und sich über eine verschleppte Diagnose der Therapiebeginn bedrohlich nach hinten verschiebt. „Irgendwo tut man’s (dann) unterdrücken und fragt dann halt doch nicht“, schildert dieser HIV-positive Mann die Reaktion seines ehemaligen Arztes auf seine Frage hin, weshalb er nicht schon viel früher einen Test angeboten bekommen hätte. Neben Scham scheint auch das wenig ausgeprägte Bewusstsein über homosexuelle Normen dazu zu führen, dass Ärztinnen und Ärzte in Franken Schwierigkeit haben, Hinweise ihrer schwulen Patienten zu verstehen und konstruktiv auf sie einzugehen.

Loss und Wolf berichten auf der anderen Seite aber auch von gelungener Kommunikation zwischen Ärzten und Patienten. Das betrifft vor allem jene Mediziner/innen, die häufiger Kontakt mit schwulen Männern haben. Als Voraussetzung für das Gelingen beschreiben die Bayreuther Forscherinnen das Vorhandensein eines gleichen Erfahrungshorizontes (z.B. Szenekenntnisse des Arztes), eine ähnliche Sprache sowie eine generelle Offenheit beider Gesprächspartner.

Der Großteil aller befragten Patienten wünscht sich vom Arzt ausreichend Zeit, Akzeptanz der Sexualität, Vertrauen und fachliche Kompetenz. Gespräche über Risiko- und Schutzverhalten werden vor allem dann akzeptiert, wenn sie „behutsam“ angegangen werden, sprachlich angemessen sind und im Kontext der Behandlung stehen (HIV-Test, Kondomversagen, vorhandene STDs).

Auf Seiten der Ärztinnen und Ärzte, so Wolf und Loss, gäbe es oft Angst, Patienten mit Fragen zu Sexualität und Schutz vor STDs zu verschrecken. Zudem meinen einige der Mediziner/innen, dass die meisten schwulen Männer gut informiert sind. Als besonders frustrierend wird erlebt, wenn sich Patienten trotz eines guten Wissensstands „unsafe“ verhielten. Gleichwohl fühlt sich eine größere Anzahl der interviewten Mediziner/innen sowohl



in Berlin als auch in Franken dafür zuständig, die Prävention von HIV und STDs zu unterstützen. Als Barrieren für das intensivere Gespräch werden Zeitnot und die „Übermacht“ der Labormedizin genannt.

Ärzte wünschen sich interaktive Fortbildungen

Die befragten Ärztinnen und Ärzte äußerten Interesse an einer spezifischen Fortbildung zu HIV/STD-Prävention. Allerdings befürchtet ein Teil der Befragten, dass sie kaum Zeit für weitere Fortbildungen haben. Eine solche Fortbildung sei nur dann für sie interessant, wenn sie einen hohen praktischen Wert besitzt. Im Vordergrund sollten der kollegiale Austausch und praktische Übungen stehen. Dazu gehört gegebenenfalls auch ein Videofeedback des eigenen Beratungsverhaltens.

Einige Ärztinnen und Ärzte, so Loss und Wolf, wünschen sich zudem Hilfsmittel, um Beratungsgesprächen eine bessere Struktur geben zu können. In diesem Zusammenhang wurde der Einsatz von Sexualanamnesebogen vorgeschlagen. Viele Ärzte vor allem im ländlichen Raum erwarten sich eine neue und offenere Medienkampagne und Broschüren für die Praxis. Ein HIV/STD-Präventionszertifikat

würde vor allem das Gespräch in den ländlichen Arztpraxen befördern.

DAH plant die Entwicklung eines Fortbildungscurriculums für Ärztinnen/Ärzte

Auf Basis der Studienergebnisse plant die Deutsche AIDS-Hilfe, nun ein modulares Fortbildungscurriculum für interessierte Ärztinnen und Ärzte entwickeln zu lassen. Ziel ist es, den Medizinern bei ihren Präventionsbemühungen eine Unterstützung zu bieten. Über die Fortbildung soll eine bessere Vernetzung von Aidshilfe und medizinischem System erreicht werden.

Ein modulares Fortbildungsprogramm sollte, so der wissenschaftliche Beirat des Projekts, sowohl Ideen für Kongressworkshops, als auch für Seminare bei den Kassenärztlichen Vereinigungen oder spezielle Gruppenangebote für erfahrene Schwerpunktärzte enthalten. Weiterhin soll es um die Entwicklung eines Sexualanamnese-Bogens gehen.

Autorinnen der Studie:

Angelika Wolf, M. A. und Dr. Julika Loss.

Institut für Medizinmanagement und Gesundheitswissenschaften

Universität Bayreuth, 95440 Bayreuth

Postexpositions-Prophylaxe

Befragung von Ärztinnen und Ärzten im Kompetenznetz HIV/AIDS

Wie oft kommt eine PEP (Postexpositions-Prophylaxe) nach einem sexuellen Risiko zum Einsatz und welche Rolle spielt sie in der HIV-Prävention? Diese Fragen untersuchten die Psychologen Dr. Phil. C. Langer (Ludwig-Maximilians-Universität München) und Jochen Drewes (Freie Universität Berlin) für die wichtigste Gruppe im Infektionsgeschehen: Männer, die Sex mit Männern haben (MSM). In Zusammenarbeit mit dem Kompetenznetz HIV/AIDS befragten sie Ärztinnen und Ärzte in 25 HIV-Schwerpunktpraxen und Kliniken über ihre Erfahrungen mit der PEP im Jahr 2007.

Zur Bedeutung der Postexpositionsprophylaxe (PEP) in der HIV-Prävention – Ergebnisse einer Befragung von Schwerpunktzentren – zeigt die Bedeutung der PEP als Präventionsinstrument im konkreten Fall auf, bestätigt jedoch keine anhaltenden Effekte auf das Risikoverhalten. Die Befragung weist Aufklärungsbedarf nach; beispielsweise zum richtigen Zeitpunkt eines PEP-Starts und zur Kostenübernahme.

Warum diese Befragung?

Dass es sehr unterschiedliche Einschätzungen zu Umfang und Bedeutung der PEP gab, wurde Phil Langer 2007 auf dem 3. Japanisch-Deutschen HIV/AIDS-Symposium des Kompetenznetzes in Hiroshima deutlich. Er präsentierte erste Ergebnisse seiner Studie „Positives Begehren“⁴ und ging auf die Schnittstelle zwischen Biomedizin und Prävention ein. Er wunderte sich, dass die PEP von der anwesenden Ärzteschaft als völlig irrelevant eingeschätzt wurde. Danach stellte er fest, dass es kaum geeignete Daten zur PEP gibt, da deren Einsatz nicht meldepflichtig ist. Dank der Praktiker, die an das Kompetenznetz angeschlossen sind, konnte er zusammen mit Jochen Drewes die

⁴ Langer, Phil: Positives Begehren (2009). Qualitative Interviewstudie im Auftrag der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung und Kompetenznetz HIV/AIDS, finanziert von der PKV und GlaxoSmithKline.



Relevanz der PEP aus Sicht von HIV-Ärztinnen und Ärzten untersuchen.

128-mal PEP bei MSM

Es antworteten 27 Ärztinnen und Ärzte, von denen circa 70 Prozent niedergelassen und 30 Prozent in Kliniken praktizierten. Insgesamt führten die Befragten 234-mal eine PEP durch. Davon entfiel knapp über der Hälfte (128) auf MSM. Von nur einer PEP wurde eine nicht erfolgreiche Verhinderung der HIV-Übertragung (aus unbekanntem Gründen) berichtet. In zwölf Fällen war der Verlauf unbekannt und in dreizehn Fällen wurde die PEP aufgrund von Nebenwirkungen abgebrochen.

PEP und Prävention

Literaturstudien von Langer und Drewes ergaben, dass zumeist „Unfälle“ als Anlass für eine PEP benannt werden. Das könnte auf ein ausgeprägtes Schutzverhalten hinweisen. Bei MSM mit höherem Risikoverhalten kam mit Einführung der PEP die Frage auf, inwiefern das Wissen um die PEP zu einer stärkeren Sorglosigkeit führen könnte. Die meisten Studien zeigen, dass eine PEP zwar zu einem Wachrütteln („wake-up call“), aber selten zu anhaltenden Verhaltensänderungen führt. In der vorliegenden Befragung verneinten die befragten Ärzte mehrheitlich eine präventive Wirkung der PEP.

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

Aufklärung und Sichtweise der (potenziellen) Nutzer

Die Autoren stellen fest, dass das Wissen um die Möglichkeiten und Details der PEP insbesondere unter MSM erhöht werden sollte, damit die richtigen Personen zur richtigen Zeit die Möglichkeit einer PEP erhalten.

Sie empfehlen weitere Untersuchungen zu folgenden Fragen:

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

Grundlagen der Postexpositionsprophylaxe

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

Leider ist dies bei potenziellen Nutzern wenig bekannt, so dass manche Erfolg versprechende PEP nicht rechtzeitig begonnen werden kann. In Deutschland weisen Studien auf einen Bekanntheitsgrad der PEP von 40 Prozent unter MSM im Jahr 2003 hin. Auch in der Befragung schätzte knapp die Hälfte der Ärzte, dass die PEP lediglich „teils-teils“ bekannt sei. Damit wird noch keine Aussage darüber getroffen, inwiefern insbesondere das begrenzte Zeitfenster bekannt ist.

Zwölf der 27 befragten Mediziner geben an, dass sie im Jahr 2007 bei 65 MSM eine PEP nicht empfehlen konnten. Dies lag meist entweder am zu großen Zeitfenster zwischen Risikokontakt und Arztbesuch oder am Fehlen eines ausreichenden Risikos. Damit wurde immerhin gut einem Drittel der Patienten der Wunsch nach einer PEP verweigert.

Kostenerstattung

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

Die Finanzierung der nicht-beruflichen PEP ist seit Ende 2007 durch den Gemeinsamen Bundesausschuss in der Schutzimpfungsrichtlinie geregelt (www.g-ba.de -Richtlinien), die in der PEP-Leitlinie der DAIG zitiert wird.

Da die Kostenübernahme einer PEP davor strittig war, besteht bei einigen Ärzten noch Skepsis und bei manchen Krankenkassenmitarbeitern noch Unkenntnis über die Neuregelung. Einzelne Mediziner deuteten an, bei der Durchführung der PEP auf Medikamenten-Muster zurückzugreifen.

PEP = Notfall = Ambulanz

Da die PEP eine Notfallintervention ist, wird ein bedeutender Teil der betroffenen MSM Notfallambulanzen lokaler oder regionaler Krankenhäuser aufsuchen. Die Deutsche AIDS-Hilfe stellte anhand eigener Recherchen und Angaben aus regionalen Aidshilfen eine Liste der Kliniken zusammen, die rund um die Uhr eine PEP nach einer relevanten sexuellen Risikosituation bereithalten. Hinweise auf weitere Adressen sind willkommen.

Fortbildung für Ärztinnen und Ärzte

Langer und Drewes sehen eine wichtige Rolle der Ärztinnen und Ärzte (über das Kompetenznetz hinaus), was den Bekanntheitsgrad der PEP bei ihren Patientinnen und Patienten und insbesondere bei diskordanten Paaren betrifft. Ihrer Meinung nach sollte die PEP deutlicher in das Gesamtkonzept der HIV-Prävention einbezogen werden. Ebenso das Abklären von STDs bei Risikokontakten. Dazu gehört auch eine PEP-Situation. Das Projekt der Deutschen Aids-Hilfe zur Erstellung von Fortbildungscurricula für Ärztinnen und Ärzte, die mit MSM arbeiten, halten sie für einen wichtigen Schritt in diese Richtung.

Weitere Empfehlungen

Im Gespräch ergänzt Langer, es bestehe Aufklärungsbedarf über die Kostenerstattung; insbesondere wenn diese in die ärztliche Entscheidungsfindung für oder gegen eine PEP eingehe. Auch sei sicherlich nicht allen Ärztinnen und Ärzten klar, dass lediglich zehn Prozent Therapieabbrüche aufgrund von Nebenwirkungen für eine starke Patientenmotivation sprechen. Ebenfalls wünschenswert wäre es seiner Meinung nach, wenn PEP-Patientinnen und Patienten mehr über Verlauf und Nebenwirkungen der PEP aufgeklärt werden würden.

Corinna Gekeler

Quellen:

Dr. Phil C. Langer (Ludwig-Maximilians-Universität München) und Jochen Drewes (Freie Universität Berlin): *Zur Bedeutung der Postexpositionsprophylaxe (PEP) in der HIV-Prävention – Ergebnisse einer Befragung von Schwerpunktzentren. 2009.*

Postexpositionelle Prophylaxe der HIV-Infektion: Deutsch-Österreichische Empfehlungen, unter: www.hivreport.de

Deutsche AIDS-Hilfe e.V.: Liste der Kliniken, die eine PEP vorhalten, unter: www.hivreport.de

KURZMITTEILUNGEN

Deutsche AIDS-Hilfe zieht Beteiligung am SÖDAK zurück

Die Deutsche AIDS-Hilfe e.V. (DAH) wird sich in diesem Jahr nicht am Deutsch-Österreichisch-Schweizerischen AIDS-Kongress (SÖDAK) in Sankt Gallen/ Schweiz beteiligen. Sie stellt die Mitarbeit am SÖDAK mit sofortiger Wirkung ein.

Dazu erklärt Carsten Schatz, Bundesvorstand der Deutschen AIDS-Hilfe e.V.: „Unserer Entscheidung ist ein gründlicher Abwägungsprozess vorangegangen: Die DAH sieht die Grundlagen der diesjährigen Konferenzsrichtung, wie sie seit (1998) erfolgreich im so genannten Genfer Prinzip auf internationaler und mit dem Essener

Prinzip (1999) auf nationaler Ebene eingeführt wurden, als nicht gegeben an. Die DAH bedauert insbesondere, dass die Einbindung von Menschen mit HIV/AIDS nicht im notwendigen Maße stattgefunden hat. Nicht über, sondern mit den Menschen mit HIV/AIDS und deren Communities als die Experten in eigener Sache zu sprechen, halten wir für ein unverzichtbares Qualitätskriterium für eine zukunftsfähige Präventionsarbeit.“

Die DAH befürwortet den solidarisch geschlossenen Rücktritt des SÖDAK 2009 Community Board (CB) von der Mitarbeit am SÖDAK und schließt sich dieser Konsequenz an. Mit dem Rückzug verbindet der Vorstand der Deutschen AIDS-Hilfe zugleich die Forderung, dass bei zukünftigen Kongressen wieder an die bewährte Zusammenarbeit nach den Vereinbarungen des Essener und Genfer Prinzips angeknüpft und eine Teilnahme der Menschen mit HIV/AIDS aktiv – zum Beispiel durch eine höhere Investitionsbereitschaft für Stipendien – ermöglicht wird.

Die DAH wird die zukünftige Kongressorganisation gerne dabei unterstützen, ein Konzept zu entwickeln, das den Rahmenbedingungen, Bedürfnissen und Erwartungen aller Beteiligten Rechnung trägt.

Neue Webseite im Kompetenznetz

Seit Anfang Juni 2009 hat das Kompetenznetz unter www.kompetenznetz-hiv.de eine neu gestaltete Website. Neben den laufenden Projekte des Netzes werden nun auch Querschnittsdaten der Kohortenstudie ausführlicher dargestellt. Für Studienteilnehmer/innen gibt es einen eigenen Info-Block, in dem u.a. auf Fragen der Datensicherheit eingegangen wird.

Impressum

Herausgeberin:

Deutsche AIDS-Hilfe e.V.
Wilhelmstraße 138, 10963 Berlin
Tel.: 030/690087-88, Fax: -42

Texte: Steffen Taubert, Corinna Gekeler

Redaktion: Steffen Taubert, Deutsche AIDS-Hilfe
steffen.taubert@dah.aidshilfe.de

Lektorat: Oliver Pfannenstil, Klaus Jansen,
PD Dr. Skaletz-Rorowski

Gefördert vom



Bundesministerium
für Bildung
und Forschung