

Moderne Präventionsstrategien zu HIV/Aids

H. Langanke

Gemeinnützige Stiftung Sexualität und Gesundheit (GSSG), Köln

Schlüsselwörter

Aids, HIV, Sexualität, sexuelle Gesundheit, Aufklärung, Prävention, Menschenrechte, Standards, Verhaltensprävention, Safer Sex, Risikomanagement, HIV-Therapie, ART, Exposition-Prophylaxe, sexuell übertragbare Infektion, STI, Beratung

Zusammenfassung

Im Grunde sind Präventionsbotschaften im Zusammenhang mit HIV seit den frühen Tagen von Aids vergleichsweise einfach. Den Austausch von möglicherweise virushaltigen Körperflüssigkeiten zu vermeiden, war und ist dabei stets oberstes Gebot. Ob diese Empfehlung mit Enthaltensamkeit („abstinence“), einem sexuellen Ausschließlichkeitspostulat („be faithful“) oder dem Nutzen von Kondomen („condoms“) verbunden wurde, hängt vor allem mit der ideologischen Haltung der Aufklärenden zusammen. Bis heute prägt die

se ABC-Formel der Prävention die Aidsaufklärung in vielen Ländern.

Doch im Laufe der drei Jahrzehnte, in denen weltweit zur HIV-Prävention geforscht wird, wurde die Wirksamkeit der verschiedenen Optionen untersucht. Es entstanden neue Konzepte und Strategien. Die von deutschen Fachleuten mit dem Begriff Safer Sex bezeichneten Verfahren haben sich ausdifferenziert. HIV-Prävention ist heute mehr denn je mit anderen sexuell übertragbaren Infektionen (STI) verbunden, gleichzeitig spielen Überlegungen zum Thema Menschenrechte und Konzepte zur Förderung der sexuellen Gesundheit eine große Rolle. Nicht zuletzt haben die modernen Medikamente zur HIV-Behandlung (Anti-retrovirale Therapien, ART) große Bedeutung für die Prävention bekommen. Dieser Beitrag gibt einen Überblick, welche Möglichkeiten zur HIV-Prävention heute existieren, wie sie eingesetzt werden können und welchen Entwicklungsstand neue Mittel aufweisen.

Keywords

AIDS, HIV, sexuality, sexual health, sex education, prevention, human rights, standards, behavioural prevention, safer sex, risk management, ARV, exposition prophylaxis, sexual transmitted diseases, STD, counselling

Summary

Prevention used to be simple in the early days of HIV/AIDS. Do not exchange any bodily fluids was the main imperative. Depending on ideological backgrounds and conditions, prevention therefore relied on the simple ABC of abstinence, being faithful and condom use. Still, this ABC is used in HIV prevention of many countries. However, thirty years of experience and prevention research have brought up new concepts, strategies and technology. What is called Safer Sex has become more differentiated. HIV prevention nowadays is closely linked to STI prevention. Human rights play a major role as well as sexual rights and models of sexual health. Above all, anti-retroviral medication (ARV) has become crucial in HIV prevention. This article names the options in modern HIV prevention and reflects on their impact especially in medical services.

Korrespondenzadresse

Harriet Langanke
Gemeinnützige Stiftung Sexualität und Gesundheit (GSSG)
Odenwaldstraße 72
51105 Köln
Tel.: 02 21 / 3 40 80 40
Fax: 02 21 / 3 40 80 41
E-Mail: Harriet.Langanke@t-online.de

Modern prevention strategies in HIV/AIDS
Med Welt 2012; 63: 139–142

Von Menschenrechten und anderen Grundlagen der HIV-Prävention

Kaum eine andere Krankheit ist so eng mit einem fortwährenden Diskurs über Menschenrechte verbunden wie Aids. Schon als Anfang der 1980er-Jahre die ersten Fälle bekannt wurden, war klar: Die sexuellen Ansteckungswege, auf denen sich das HI-Virus verbreitet, fordern die Gemeinschaft und die Individuen heraus, sich mit ihrer

Haltung zu Sexualität und Gesundheit zu befassen. Anfangs ging es dabei vor allem um den Umgang der westlichen Gesellschaften mit männlicher Homosexualität. Später kamen dann die Länder des südlichen Afrikas mit ihren zumeist heterosexuellen Übertragungswegen hinzu. Stets stellte sich die Frage, wie sich Staat und Gesellschaft zum Sexualleben ihrer Bürger stellen.

Von diesen ideologischen, ob politisch oder religiös motivierten Haltungen hängt vieles ab: Ob und welche Aufklärung zu

HIV stattfindet; welche Informationen den Menschen zugänglich sind; welche Mittel ihnen zur Verfügung stehen; wie sie diese Mittel anwenden.

Auch in Deutschland herrschte zu Beginn der HIV-Zeitrechnung ein ideologischer Dissens. Einige Politiker vertrauten auf Such- und Verfolgungsstrategien aus der Seuchenbekämpfung. Sie wollten die Menschen mit dem Virus finden und sie mit möglichst allen Mitteln an der Weitergabe der Infektion hindern, um die nicht-infizierten Menschen zu schützen. Andere

vertrauten auf die Fähigkeit der Einzelnen, sich schützend zu verhalten und setzten auf so genannte Lernstrategien. Die Verfechter dieser Strategien haben sich letztlich durchgesetzt. Sie bilden die Grundlage für die im internationalen Vergleich so erfolgreiche deutsche HIV-Prävention.

Heute würde dieser Ansatz auch als „rights based approach“ bezeichnet werden, also als eine auf den universellen Menschenrechten basierende Herangehensweise. In Deutschland hat die Deutsche STI-Gesellschaft, Gesellschaft zur Förderung sexueller Gesundheit (DSTIG) im Jahr 2010 Standards für die Prävention von STI (STI: sexually transmitted infections, sexuell übertragbare Infektionen, wozu auch HIV/Aids gehören) vorgelegt, die genau diesem Ansatz entsprechen und die HIV-Prävention in den größeren konzeptionellen Zusammenhang der sexuellen Gesundheit stellen.

Sechs Standards für die Prävention

Eine Expertengruppe, in der sich verschiedene Fachdisziplinen und gesellschaftliche Sektoren abbildeten, hat die Standards im Laufe von drei Jahren entwickelt. Sie wurden von zahlreichen in der HIV-Prävention engagierten Akteuren in Deutschland unterzeichnet und in zentralen staatlichen (1) und nichtstaatlichen Publikationen veröffentlicht. Die Präventionsstandards sind Gegenstand von Fortbildungen im öffentlichen Gesundheitsdienst wie bei Nichtregierungsorganisationen.

Die sechs Standards, an denen die Prävention von HIV und anderen STI in Deutschland gemessen werden kann, lauten:

1. Eine fachlich fundierte Prävention basiert auf einem umfassenden Verständnis sexueller Gesundheit im Sinne der Definitionen und Stellungnahmen der WHO (World Health Organization) und der WAS (World Association for Sexual Health).
2. Prävention orientiert sich an einem aufgeklärt-humanistischen Menschenbild, das das ethisch-moralische Spannungsfeld zwischen Eigenverantwortlichkeit und sozialer Verantwortung reflektiert. Es besteht das Primat der Eigenverant-

wortung bei gleichzeitigem Respekt vor der Selbstbestimmung des/der Anderen und dessen/deren Recht auf körperliche und seelische Unversehrtheit.

3. Prävention besteht aus der Einheit von Verhaltens- und Verhältnisprävention und erfolgt als Primär-, Sekundär- oder Tertiärprävention.
4. Prävention bietet im Zusammenhang mit der Wahrung des Rechts auf Gesundheit umfangreiche Möglichkeiten, es müssen aber auch die ihr eigenen Grenzen respektiert werden.
5. Strategien und Maßnahmen der Prävention werden – wenn irgend möglich – auf der Basis wissenschaftlicher Erkenntnisse erarbeitet. Erkenntnisse, Erfahrungen und Methoden aus allen relevanten Disziplinen und Wissensgebieten werden berücksichtigt. Prävention muss sich wissenschaftlicher Evaluation unterziehen.
6. Risiken und Nebenwirkungen von Präventionsmaßnahmen werden genau ermittelt, negative Auswirkungen möglichst ausgeschlossen, zumindest aber minimiert.

Zur Erläuterung und für die praktische Anwendung der Standards existieren begleitende Kommentare. So werden die sechs Standards durch den Blick auf die gesellschaftliche und die individuelle Ebene ergänzt.

Denn präventives Verhalten ist zum einen von äußeren Umständen und damit auch von der gesellschaftlichen Ebene abhängig. Wichtige Einflussfaktoren sind hier die allgemeine Lebenswirklichkeit, insbesondere die sozialen Bedingungen und Normen, unter denen die Menschen leben, und die Ressourcen, über die sie jeweils verfügen. Hinzu kommt das objektive Vorhandensein von Voraussetzungen für präventives Verhalten (z. B. von Wissen, Impfstoffen, Diagnostik, Therapie). Auch die Zugänglichkeit und Verfügbarkeit (z. B. leicht erreichbare und niedrigschwellige Beratungs- und Betreuungsangebote) zählt.

Zum anderen betonen die Standards die individuelle Ebene. Denn präventives Handeln setzt beim Individuum Wissen, Wollen und Können voraus.

Erst wenn die Menschen über alle notwendigen Informationen verfügen, um sich oder andere zu schützen, wenn diese

Informationen korrekt, verständlich und gut zugänglich sind, können sie sie nutzen. Neben dem Wissen zählt auch das Wollen. Prävention gelingt besser, wenn Menschen den Willen haben, sich oder andere zu schützen, wenn aus ihrer Sicht die Vorteile der Prävention gegenüber ihren Nachteilen überwiegen. Bevor aus Wissen und Wollen präventives Handeln resultieren kann, muss auch die individuelle Kompetenz gesichert sein. Um Wissen und Wollen prinzipiell und situativ anzuwenden, bedarf es verschiedener Fähigkeiten, die gelernt werden müssen. Erst im Handeln setzen Menschen ihr Wissen, Wollen und Können um. Ein entsprechendes Verhalten wird erlernt und ggf. durch Übung, Gewohnheit, Erfahrungen, Überzeugungen gefestigt.

Ob und wie die Standards in der Prävention wirksam werden, kann sowohl intrinsisch – also von denen, die in der Prävention arbeiten – als auch extrinsisch, also von außen, überprüft werden. Diese Überprüfung (Evaluation) ist elementar, um den Erfolg von Präventionsmaßnahmen kontinuierlich zu überprüfen und sie weiterzuentwickeln.

Risk-Management, Safer Sex mit und ohne Barrieren, STI und ART

Einer Aufzählung und Beschreibung der Präventionsmöglichkeiten, die aktuell zur Verfügung stehen oder sich in der Entwicklung befinden, sei vorausgeschickt: Keine Strategie, keine Maßnahme zur HIV-Prävention kann absolute Sicherheit bieten. So kann selbst bei lebenslanger sexueller Enthaltensamkeit eine HIV-Infektion erwerben, wer eine Transfusion mit virushaltigem Blut erhält. Andererseits sind nach 30 Jahren Erfahrung mit HIV die Infektionsrisiken gut bekannt und entsprechend deutlich reduzierbar. Der große Erfolg der HIV-Prävention in Deutschland lässt sich nicht zuletzt an den im Vergleich zu den Nachbarländern vergleichsweise niedrigen Prävalenzen und Inzidenzen von HIV-Infektionen ablesen.

Was bis heute in der HIV-Prävention erfolgreich war, darf also weiter als funktionierend, zielführend und damit als sinnvoll

betrachtet werden. Deshalb gehören neben dem ursprünglichen Präventions-ABC (Abstinenz/sexuelle Enthaltensamkeit; sexuelle Ausschließlichkeit/being faithful; Kondomgebrauch) auch die Strategien des Risikomanagements in den Reigen bewährter und moderner Präventionsmittel.

Risikomanagement in der HIV-Prävention beschreibt das Verhalten, mit dem Menschen versuchen, die ihnen bekannten Risiken möglichst gering zu halten, ohne dabei völlig auf das von ihnen Gewünschte zu verzichten. Solch ein Verhalten wird von Fachleuten wegen der großen Fehlerquote beim Sex nur in Einzelfällen empfohlen, von den Menschen aber immer wieder praktiziert. Der Begriff **Safer Sex** zeigt mit seinem Komparativ, dass damit eine relative Sicherheit und keine absolute („Safe“ Sex) zu finden ist. Selbst Kondome mit ihrer sehr guten Barriere-Wirkung können nicht immer perfekten Schutz bieten.

Dennoch gehört das klassische **Männerkondom** zum wichtigsten Utensil der erfolgreichen HIV-Prävention. Wenn es von guter Qualität ist, richtig passt und fachgerecht mit ausreichend Gleitgel benutzt wird, schützt es sehr erfolgreich vor HIV und zudem vor einer Reihe anderer sexuell übertragbarer Krankheitserreger.

In Deutschland nicht ganz einfach erhältlich sind die ebenfalls sehr sicheren **Frauenkondome**, die nicht wie das Männerkondom den Penis schützen, sondern die Vagina auskleiden und Teile der Vulva abdecken. Litt die erste Generation noch unter einem schlechten Image bei Fachleuten und Nutzerinnen, bewähren sich die neueren Frauenkondome in bestimmten Situationen, beispielsweise der Sexarbeit.

Als weiteres Barriere-Mittel gegen HIV-Übertragungen dienen **Lecklappchen**, mit denen sich das äußere Genital von Frauen, aber auch der Anus beim Sex abdecken lassen. Die im Zahnarztbedarf als Dental Dam bezeichneten Folien sollen auch vor dem Kontakt mit Menstruationsblut schützen. Das Repertoire der Barriere-Methoden wäre nicht komplett ohne die in die Vagina einzusetzenden Zervikalbarrieren oder **Diaphragmen**. Deren bislang nicht ausreichender Schutz vor HIV-Infektionen könnte sich deutlich verbessern, wenn wirksame **Mikrobizide** zur Verfügung stehen.

In Ländern mit hoher HIV-Prävalenz

hat sich das Entfernen der männlichen Vorhaut als weiterer Beitrag zu HIV-Prävention erwiesen. Bei entsprechender **Beschneidung** (Zirkumzision) werden Zielzellen für HI-Viren entfernt, die im inneren Blatt der Vorhaut sitzen. Zudem verändert sich ohne den Schutz der Vorhaut das Epithel der Eichel, es wird robuster und weniger empfänglich für HIV.

In die Kategorie Safer Sex fallen neben den Barriere-Methoden auch erotische Massagen, Techniken zur Masturbation („Handentspannung“, wie sie häufig in der Sexarbeit praktiziert wird) und der Verzicht auf Penetration. Hinzu kommt die Strategie **„Raus bevor's kommt“**. Diese Strategie, bei der der Kontakt mit dem männlichen Ejakulat reduziert werden soll, gilt vor allem für den kondomfreien Oralverkehr bei Männern und Frauen, die Sex mit Männern haben. Sie ist für den Penis im Mund als recht sicher vertretbar, da die Beteiligten bei entsprechender Sensibilität den passenden Zeitpunkt bestimmen können und weil der gesunde Mundraum keine Eintrittspforten oder Zielzellen für HI-Viren bietet. Da sich solche jedoch im Rachen befinden können, sollte potentiell HIV-haltiges Sperma nicht geschluckt werden. **Raus bevor's kommt** ist keine sichere Empfehlung für vaginal- und Analverkehr. Fachleute kennen dieses Verfahren – und seine hohe Versagensquote – aus der Schwangerschaftsverhütung. Denn während unbeabsichtigt in den Mund gelangte Samenflüssigkeit umgehend wieder hinausbefördert werden kann, ist das nicht so einfach, wenn das Sperma in Vagina oder Rektum gelangt ist.

Analog zum Begriff Safer Sex beschreibt **Safer Use** den Gebrauch von Drogen, bei dem möglichst auf Injektionen verzichtet wird und andere Konsumwege (z. B. Rauchen) gewählt werden. Grundsätzlich und gerade beim injizierenden Drogengebrauch sind alle Utensilien, die mit Blut oder Körperflüssigkeiten in Kontakt kommen können, nur von einer einzigen Person zu gebrauchen.

Nicht unter den Begriff Safer Sex fällt das **Sero-sorting**. Dieses „Sortieren“ von potenziellen Sexualpartnern findet explizit auf Internet-Dating-Plattformen statt, aber auch bei entsprechenden Veranstaltungen und Partys. Das Sortieren von Men-

schen in jene mit und andere ohne (angenommene!) HIV-Infektion ist mit erheblichen Risiken verbunden. Denn die Vermutung oder Behauptung, „die andere Person wird schon gesund sein“, lässt sich nicht nur wegen des diagnostischen Fensters einer HIV-Infektion nicht absichern. Dennoch ist Sero-sorting implizit im Alltag sehr verbreitet, wenn Menschen sich darauf verlassen, dass ihre Partner ihren jeweiligen HIV-Status kennen und korrekt darüber informieren.

Zugenommen hat in den vergangenen Jahren die Bedeutung anderer **sexuell übertragbarer Infektionen** (STI) für die HIV-Prävention. Zum einen sind Infektionen mit sexuell übertragbaren Erregern – abhängig vom Übertragungsweg des jeweiligen Erregers – ein Indikator für ungeschützten Sex. Womit sich dann die Frage nach einem eventuell anzuratenden HIV-Test stellt. Zum anderen führen STI – vor allem, wenn sie akut sind oder bereits zu Erkrankungen geführt haben – zu einer höheren Freisetzung von HI-Viren (Virus Shedding) bei Menschen mit HIV. Bei Menschen ohne HIV schaffen und vergrößern solche STI die Eintrittspforten für HIV. So können STI zum Motor für HIV-Infektionen werden. Erkannte und behandelte STI können HIV-Infektionen hingegen bremsen.

HIV-Therapie als HIV-Prävention

Spätestens seit die Schweizer Eidgenössische Kommission für Aids-Fragen im Jahr 2008 ihr EKAF-Statement veröffentlicht hat, diskutiert die Fachwelt, wie weitgehend eine erfolgreiche **HIV-Therapie** zur HIV-Prävention beiträgt. Nach anfänglicher Skepsis zeigen immer mehr Studien: Mit den Medikamenten der anti-retroviralen Therapien (ART) lassen sich HIV-Übertragungen beim Sex mindestens ebenso gut verhindern wie mit Kondomen – vorausgesetzt, bestimmte Kriterien sind erfüllt. Das wäre zum einen: Die Therapie eines HIV-positiven Menschen ist so erfolgreich, dass seit mindestens sechs Monaten keine Viruslast im Blut mehr nachweisbar ist. Nur dann können auch die anderen beim Sex beteiligten Körperflüssigkeiten

als unbedenklich gelten. Zusätzlich gilt: Die HIV-positive Person muss so gesund sein, dass HI-Viren auch nicht durch Immunreaktionen an anderen Stellen freigesetzt werden. Das kann beispielsweise bei Hautreizungen, Schleimhautschädigungen oder auch bei bestimmten Infektionen mit sexuell übertragbaren Erregern der Fall sein.

Wie weitgehend die verschiedenen ART-Medikamente HIV-Infektionen verhindern können, zeigen auch die Erfolge in der **Prävention vertikaler HIV-Infektionen**. Das Risiko prä-, peri- und postnataler Infektionen von Babys HIV-positiver Mütter lässt sich mit ART-Medikamenten und weiteren Maßnahmen (geplante Geburt, Verzicht auf Stillen) von rund 20% auf unter 1% senken. Diese Mittel können aber nur zum Einsatz kommen, wenn die werdende Mutter von ihrer HIV-Infektion weiß. Daher gehört die Beratung zum HIV-Test für Schwangere und werdende Väter ebenfalls in den Maßnahmenkatalog der HIV-Prävention.

ART-Medikamente werden zur HIV-Prävention auch eingesetzt im Rahmen einer **Post-Expositions-Prophylaxe (PEP)**, beispielsweise nach Nadelstichverletzungen im Medizinbetrieb oder nach einem Kondom-Unfall mit einem HIV-positiven Partner. Obwohl auch die PEP keinen hundertprozentigen Schutz bieten kann, hat sie sich doch vielfach bewährt und ist auch ethisch nicht umstritten. Anders verhält es sich der **Prä-Expositions-Prophylaxe (PrEP)**. Bei der PrEP nehmen Menschen ART-Medikamente zur Vorbeugung ein, um in sexuellen Risiko-Situationen auf andere Schutzmaßnahmen verzichten zu können. Die PrEP ist hinsichtlich ihrer Wirksamkeit (wie viele Tabletten der ART sind nötig?) und aus ethischen Gründen (die ART sollte zuerst HIV-infizierten Menschen zukommen!) sehr umstritten. Sie gilt jedoch bei Kinderwunsch eines HIV-diskordanten Paares als Möglichkeit für eine natürliche Empfängnis.

Pharmakologische HIV-Prävention mit den Medikamenten aus der ART spielt auch in der Forschung nach weiteren Vorbeugemitteln eine wichtige Rolle. Insbesondere **Mikrobizide**, die für den vaginalen und rektalen Schutz vor HI-Viren entwickelt

werden, enthalten Substanzen aus ART-Medikamenten. Außerhalb von Studien werden Mikrobizide jedoch bisher nicht zur HIV-Prävention eingesetzt. Auch die Forschung an einem **Impfstoff** gegen HI-Viren dauert an.

Zwischen den klassischen Präventionsmethoden – wie dem Kondomgebrauch – und dem Einsatz von ART-Medikamenten zur Prävention bestehen gravierende Unterschiede. Barriere-Methoden und Verhaltensstrategien lassen sich unabhängig von ärztlicher Betreuung einsetzen. Doch um sich mit der ART, mit „**Treatment as Prevention**“, zu schützen, brauchen Menschen die Medizin.

HIV-Test

Das beginnt bereits beim **HIV-Test**. Denn im Regelfall stellt sich erst mit der Diagnose die Frage nach der Therapie. Zudem lässt sich ohne regelmäßige Kontrollen bei Arzt oder Ärztin nicht feststellen, ob die Viruslast nachhaltig unter der Nachweisgrenze liegt. Und nicht zuletzt sind ärztliche Un-

Fazit für die Praxis

Wer als Ärztin oder Arzt mit Patienten über HIV-Prävention sprechen will, kommt am Thema Sexualität kaum vorbei. Eine Reflexion der eigenen Werte, Haltungen und Meinungen ist daher für sie wie für alle in der Prävention Engagierten notwendige Voraussetzung. Gute Kommunikation zwischen Behandlern und Patienten auch über sexuelle Themen stärkt das Vertrauen und die Handlungskompetenz der Betroffenen.

Wer als Arzt zu einem HIV-Test rät, kann Patienten zur Beratung an Fachleute verweisen. Denn je besser Patienten vor einem Test beraten sind, umso größer sind ihre Chancen, kompetent mit einer HIV-Diagnose umzugehen. Diese Kompetenz hilft dann auch beim Leben mit der ART. Nicht zuletzt führt gute Compliance dann auch zu verlässlich niedriger Viruslast.

Wer als Arzt HIV-Patienten betreut, wird auch im Sinne gelingender Prävention auf andere STI achten und damit einen Beitrag zur Förderung sexueller Gesundheit leisten.

tersuchungen notwendig, um die anderen Kriterien für ein geringes Infektionsrisiko zu überprüfen – um beispielsweise akute STI auszuschließen.

Vor diesem Hintergrund erhält die Medizin aus Sicht der Prävention neue Bedeutung. Das Szenario klingt einfach: Wer ein Risiko eingegangen ist, sollte einen HIV-Test machen lassen, bei einer Infektion seine Viruslast messen lassen und möglichst früh mit einer ART beginnen.

Doch erfahrene Behandler wissen: Ein positives HIV-Testergebnis zu erhalten, ist nach wie vor ein einschneidendes Erlebnis im Leben der Patienten, das nicht allein unter Präventionsaspekten gesehen werden kann. Deshalb gehört auch weiterhin eine solide **Beratung** zu jedem HIV-Test. Noch gibt es dazu in den meisten Regionen qualifizierte Berater in den Gesundheitsämtern und bei Aidshilfen. Der dort mögliche Schutz durch **Anonymität** erlaubt es den Betroffenen, eigene Strategien für den Umgang mit der Infektion zu entwickeln. Denn zum Leben mit der HIV-Infektion gehört sehr viel mehr, als sich um Prävention zu sorgen. Doch wenn das Leben mit HIV gelingt, steigt die Wahrscheinlichkeit einer erfolgreichen Therapie. Womit sich die Infektiosität reduziert – und womit auch der Prävention gedient ist.

Das Moderne an den aktuellen Präventionsstrategien zur Vermeidung von HIV-Übertragungen besteht nicht zwangsläufig darin, eine einzelne Maßnahme oder eine einzelne Methode als die stets beste auszuwählen. Vielmehr geht es darum, aus den unterschiedlichen Möglichkeiten diejenigen auszuwählen, die für die individuell Beteiligten in den jeweils konkreten Situationen das geringste Risiko bergen.

Ärzte in der HIV-Prävention müssen also nicht nur die unterschiedlichen Strategien und Techniken kennen. Sie müssen mit ihren Patienten auch sehr konkret über deren Sexualverhalten und die damit zusammenhängenden Risiken sprechen. Am besten auf der Basis der Präventionsstandards.

Literatur

1. Epidemiologisches Bulletin 2010; 35: 351–354.