



HIV-Infektionen früh erkennen - Aktiv beraten und informieren





AIDS-Aufklärung Schweiz

Die AIDS-Aufklärung Schweiz ist ein gemeinnütziger ärztlicher Verein, der von Spenden finanziert und durch ehrenamtliche Tätige unterstützt wird. Sie bezieht keine staatlichen Subventionen und ist auch politisch unabhängig. Gegen 600 Ärzte sind Vereinsmitglieder. Als eine Nichtregierungsorganisation (NGO) trägt der Verein den «Special Consultative Status with the Economic and Social Council of the United Nations».

Ärzte gegen Aids

Die Ärzte der AIDS-Aufklärung Schweiz setzen sich seit mehr als 20 Jahren gegen die Ausbreitung der HIV-Infektion ein. Früh erkannten sie, wie wichtig das Engagement gerade von Ärzten ist. Deshalb machten sie es sich zur Aufgabe, mit wissenschaftlicher Information die Ärzteschaft und die Bevölkerung von der Wichtigkeit der HIV-Prävention zu überzeugen. Leider ist in den letzten Jahren die notwendige Aufmerksamkeit für die HIV-Infektion einer fatalen Gleichgültigkeit gewichen. In den Medien fristet das Thema ein Mauereblümchen Dasein und junge Menschen kennen die Bedeutung der HIV-Prävention zu wenig oder verdrängen die Risiken. Gerade deshalb engagieren sich die Ärzte der AIDS-Aufklärung Schweiz weiterhin mit unverminderter Kraft gegen die in allen Ländern zunehmende HIV-Epidemie.

Informationen über HIV und STI

Auf unserer Homepage www.aids-info.ch erfahren Sie in mehreren Sprachen die Informationen zur HIV-Infektion und anderen sexuell übertragbaren Infektionen (STI). Diese und weitere Publikationen können Sie direkt von aids-info.ch downloaden oder bestellen.

AIDS-Aufklärung Schweiz

Postfach 970

8810 Horgen

Email: info@aid-info.ch

www.aids-info.ch

HIV-Infektionen früh erkennen

Aktiv beraten und informieren

Kurt April

Die Behandlungsmöglichkeiten einer HIV-Infektion haben sich dank neuester antiretroviraler Therapie (ART) deutlich verbessert. Leider suchen Betroffene jedoch häufig erst in einem späten Stadium einen Arzt auf. Umgekehrt versäumen es Ärzte noch zu oft, bei entsprechenden Symptomen oder Risikokonstellationen einen HIV-Test zu empfehlen. Durch breiteres Testen könnten zum einen viele HIV-Infizierte rechtzeitig behandelt und zum anderen die HIV-Epidemie eingedämmt werden.

Schätzungsweise 30 – 50 % der HIV-Infektionen werden in Deutschland in einem späten Stadium, d. h. bei weniger als 350 CD4-Zellen/ μ l, diagnostiziert. Die Entwicklung der letzten Jahre im Bereich HIV/Aids ist geprägt von einer stetigen Verbesserung der antiretroviralen Therapie (ART) mit einer Lebensverlängerung um Jahrzehnte, geringer Morbiditätsrate und besserer Lebensqualität. Bei den heute noch auftretenden Aids-Erkrankungen befinden sich bis zu 90 % unbehandelte Patienten, bei denen die frühe HIV-Diagnose verpasst wurde. Als Risikofaktoren für späte Diagnosen werden vor allem ein höheres Lebensalter, ein heterosexueller Transmissionsweg und eine ausländische bzw. nicht-weiße Herkunft ermittelt. Besonders alarmierend ist die überdurchschnittlich häufige späte HIV-Diagnose bei Heterosexuellen, denn der heterosexuelle Übertragungsweg ist unterdessen in

den meisten europäischen Ländern der häufigste.

Späte Diagnose – schlechtere Prognose

Es besteht kein Zweifel, dass eine späte HIV-Diagnose mit einem erhöhten Mortalitäts- und Morbiditätsrisiko assoziiert ist. Je tiefer die CD4-Zellen bei Therapiebeginn, desto höher diese Risiken. Selbst nach Beginn mit ART bleiben diese Risiken über viele Jahre bestehen.

ART vermindert Übertragungsrisiko stark

Inzwischen ist gut bekannt, dass ART nicht nur Morbidität, Mortalität und

Kosten vermindert, sondern auch das Übertragungsrisiko. Eine südafrikanische Studie konnte bei serodiskordanten, heterosexuellen Partnerschaften ein um 92 % vermindertes Übertragungsrisiko zeigen, wenn der HIV-infizierte Partner therapiert wird. Eine Vergleichsgruppe mit diskordanten Paaren mit angestrebter hundertprozentiger Kondombenutzung schneidet schlechter ab – das Übertragungsrisiko wird hier um ca. 85 % gesenkt. Die ART-Behandlung gilt heutzutage als die wirksamste Intervention in der Prävention. Ein weiterer Punkt ist für die HIV-Prävention entscheidend: Patienten, die von ihrer HIV-Infektion

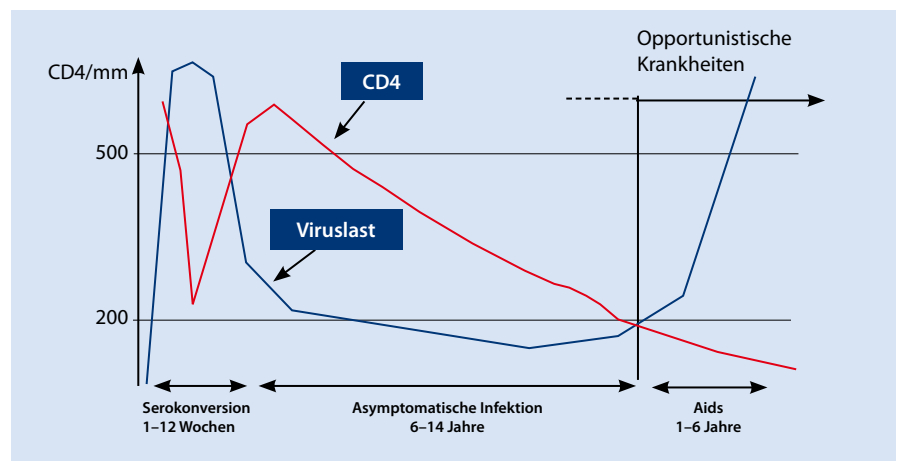


Abb. 1: Verlauf der HIV-Infektion

wissen, verhalten sich in der Sexualität deutlich risikoärmer.

Frühe Phase wird oft verpasst

Drei bis sechs Wochen nach der Übertragung von HIV treten in 50 bis 70 % der Fälle die Symptome der Primoinfektion auf (Abb. 1). Die akute Phase verläuft oft unbemerkt, weil die Symptome mit einer Grippe oder Mononukleose verwechselt werden (vgl. Übersicht 1) oder keine Symptome auftreten.

In den ersten Wochen der HIV-Infektion ist der Viral Load (Abb. 1) und damit auch die Infektiosität ausgesprochen hoch. Epidemiologische Studien weisen darauf hin, dass ein gewichtiger Anteil der HIV-Übertragungen gerade dann geschieht. Eine frühe HIV-Diagnose zu stellen oder auszuschließen ist deshalb von besonderer Bedeutung. Die betroffene Person kann beraten werden, wie sie ihre(n) Partner vor einer Ansteckung schützt. Der Nutzen einer entsprechenden Verhaltensänderung ist in dieser Phase am höchsten. Eine antiretrovirale Therapie kann indiziert sein, muss allerdings von einem HIV-Spezialisten abgeklärt werden.

Eine frühe antiretrovirale Therapie senkt Morbidität und Mortalität und verringert das Übertragungsrisiko.

Breiteres HIV-Testen und Beraten auf Initiative des Arztes

Ärzte sollten häufiger die Möglichkeit nutzen, den Patienten einen HIV-Test vorzuschlagen. Die WHO und die UNAIDS veröffentlichten 2007 die Richtlinien zu „provider initiated counselling and testing (PICT)“, wonach der Arzt dem Patienten, der ihn aufsucht – meist aus anderen Gründen – einen HIV-Test vorschlägt. Die Initiative soll also beim Arzt liegen und nicht mehr beim Patienten, wie unter dem früheren Programm „voluntary counselling and testing (VCT)“.

Die Ärzte sind aufgerufen, umzudenken und breiter die Indikation für einen HIV-Test zu stellen und die Patienten aktiv vom Sinn eines HIV-Tests zu überzeugen.

Symptome und Befunde der akuten HIV-Infektion (Primoinfektion)

- Fieber, Arthralgie, Myalgie
- Krankheitsgefühl, Müdigkeit
- Pharyngitis
- Kopfschmerzen
- Myalgien und Arthralgien
- Diarrhoe, Übelkeit und Erbrechen
- Lymphadenopathie
- Erythematöse Pharyngitis
- Orale und genitale Ulzera
- Hautausschlag
- Aseptische Meningitis/Enzephalitis
- Reaktive Lymphozyten

Übersicht 1

Medizinische Indikationen für einen HIV-Test

Die Bestätigung bzw. der Ausschluss einer HIV-Infektion ist Teil der rationalen medizinischen Abklärung. Kommt aufgrund von Klinik- und/oder Laborbefunden eine HIV-Infektion als Ursache oder Begleiterkrankung infrage, informiert der Arzt den Patienten über die Notwendigkeit eines HIV-Tests. Bei einer Primoinfektion ähneln die Symptome einer Mononukleose (Übersicht 1). Bei unklaren Symptomen und Krank-

Klinische Indikationen für einen HIV-Test

- Symptome der akuten HIV-Infektion (siehe Übersicht 1)
- Mononukleoseähnliches Krankheitsbild
- Generalisierte, periphere Lymphadenopathie
- Herpes Zoster bei < 40-Jährigen
- Candida albicans
- Seborrhoische Dermatitis, orale Haarleukoplakie, unklare Exantheme
- Analkarzinom, Dysplasie der Cervix uteri
- Hodgkin-Lymphom
- Neurologische Krankheitsbilder (Demenz, Meningitis, Enzephalitis, Facialisparese, Polyneuropathie)
- Wasting-Syndrom
- Sexuell übertragbare Infektionen (Syphilis, Gonorrhoe, Chlamydien, Lymphogranuloma venereum, Herpes genitalis, Condylomata accuminata, Hepatitis A, B und C)
- Aidsdefinierende Erkrankungen

Übersicht 2

heitsbildern (Übersicht 2) muss an eine fortgeschrittene HIV-Infektion gedacht werden.

HIV-Screening bei Risikoverhalten und Routineuntersuchungen

Bei Hinweisen auf riskantes Sexualverhalten schlägt der Arzt einen HIV-Test vor. Lange Zeit wurde vor allem Angehörigen der „Risikogruppen“ (Homosexuelle, Drogenabhängige und Migranten aus Subsahara-Afrika) ein HIV-Test ans Herz gelegt. Sinnvoller ist es jedoch, den HIV-Test bei allen Menschen mit Risikoverhalten zu initiieren, wozu nicht nur die oben genannten Risikogruppen gehören. In den meisten europäischen Ländern dominieren inzwischen die heterosexuellen Übertragungswege, wenn auch die Prävalenz bei den angestammten Risikogruppen um das 10- bis 30-Fache höher ist. Für den Hausarzt ist es damit schwieriger geworden, die Indikation für einen HIV-Test zu stellen. Er kommt zunächst nicht darum herum, eine Risikoanamnese des Sexualverhaltens aufzunehmen. Risiken auszuschließen ist einfacher als Risiken zu bestimmen. Kein Risiko haben alle, die sexuell abstinert oder in einer ausschließlich monogamen Beziehung leben und keine anderen Übertragungswege aufweisen wie iv-Drogenkonsum.. Bei allen anderen muss aufgrund der Sexualanamnese das Risiko im Gespräch mit dem Patienten bestimmt werden. Besser ein HIV-Test zu viel als einer zu wenig entspricht den Richtlinien der UNO.

Bei der Schwangerschaftsbetreuung und bei Kinderwunsch gehören das Erheben der Risikoanamnese bezüglich sexuell übertragbarer Krankheiten und die Initiierung eines HIV-Tests schon lange zum State of the Art.

Unklarer ist die Situation beim medizinischen Check-up sowie der gynäkologischen Jahreskontrolle. Auch heute noch gehen viele Menschen von der Meinung aus, dass der Arzt so gravierende Diagnosen herausfindet, ohne dass der Patient ein so heikles Thema ansprechen muss. Dieser Wunsch des Durchschnittspatienten sollte mit einbezogen werden. Beim Check-up sollte meiner Meinung

Gespräch mit Herrn W.

Herr W. berichtet, dass die Schwellung im rechten Knie seit sechs Tagen besteht – ohne Unfall oder Verletzung am Knie. Bei der urogenitalen Anamnese berichtet er über ein Brennen beim Wasserlassen seit drei Wochen. Einziger Befund bei der körperlichen Untersuchung: ein geschwollenes, überwärmtes rechtes Knie. Danach bespricht der Hausarzt die möglichen Ursachen und das weitere Vorgehen mit dem Patienten. Als Differenzialdiagnose denkt er an Gonorrhoe oder eine andere sexuell übertragbare Krankheit (STI). Er spricht den Patienten folgendermaßen direkt darauf an:

HA: Bei der Ursache Ihres geschwollenen Knies könnte es sich um rheumatische Erkrankungen oder eine Infektion durch verschiedene Viren oder Bakterien handeln. Als Verursacher kommen auch sexuell übertragbare Mikroben infrage, die Gonorrhoe, Hepatitis B, HIV, Syphilis oder eine Chlamydien-Infektion hervorrufen. Leben Sie in einer Partnerschaft?

Hr. W.: Ja

HA: Mit einer Frau?

Hr. W.: Ja

HA: Seit wann?

Hr. W.: Seit zwei Jahren.

HA: Und vorher?

Hr. W.: Habe ich keine feste Beziehung gehabt.

HA: Wie viele sexuelle Kontakte haben Sie damals gehabt?

Hr. W.: Zwischen 10 und 20.

HA: Auch aus Risikogruppen?

Hr. W.: Ich denke nicht, ... obwohl, es waren auch One-Night-Stands dabei.

HA: Haben Sie immer Kondome benutzt?

Hr. W.: Meistens.

HA: Und haben Sie in den letzten zwei Jahren noch andere Sexualkontakte gehabt?

Hr. W.: Ja, zwei oder drei.

HA: Waren es geschützte Sexualkontakte?

Hr. W.: Ja, allerdings kann ich mich bei einem nicht erinnern, da habe ich zu viel getrunken. Wissen Sie, ich bin kein Kind von Traurigkeit, aber ich verhalte mich nicht unverantwortlich. In meinem Bekanntenkreis befinden sich keine Homosexuellen oder Drogenabhängigen, und Prostituierten-Besuche habe ich nicht nötig. Deshalb kann es auch keine HIV-Infektion sein.

HA: Ich glaube Ihnen gerne, dass Sie sich nicht unnötig Risiken aussetzen wollen. Nur geschehen heutzutage die meisten HIV-Ansteckungen auf heterosexuellem Weg. Und was Sie nicht vergessen dürfen: Etwa 30 % dieser Ansteckungen werden vielleicht zehn Jahre nicht diagnostiziert. Wir müssen annehmen, dass sich das HI-Virus unerkannt von einem zum anderen hangelt und am Schluss der Infektionskette geht der Weg des



Fotolia

Virus verloren. Höchstens noch zwei oder drei Glieder dieser Kette können nachverfolgt werden. Und die meisten denken, sie hätten nie ein Risiko gehabt.

Bei Ihnen können wir eine sexuell übertragbare Krankheit nicht ausschließen. Deshalb würde ich vorschlagen, Sie auf die infrage kommenden STI zu testen: Gonorrhoe, HIV und Hepatitis. Was meinen Sie?

Hr. W.: Ja gut, schaden tut es ja nicht. ...

HA: Bei der nächsten Konsultation übermorgen werden wir die Laborresultate zur Verfügung haben und können Diagnose, Behandlung, alles Weitere besprechen. ...

nach nur bei expliziter Ablehnung auf einen HIV-Test verzichtet werden. Das heißt, dass der Patient informiert wird, dass neben dem Cholesterin, den weißen und roten Blutzellen, Leber- und Nierenwerten auch das Blut auf HIV getestet wird. Legt der Patient keinen Widerspruch ein, ist juristisch der „Informed Consent“ eingehalten. Bleibt keine Zeit für eine weitergehende Risikoanamnese, würde ich allerdings beim Besprechen

der Testresultate auch bei einem HIV-negativen Resultat explizit auf den HIV-Test zurückkommen und nicht einfach pauschal informieren: „Das Blut ist in Ordnung.“ Es ist notwendig, dem Patienten zu erläutern, dass ein negatives Testresultat eine HIV-Übertragung innerhalb der letzten drei Monate nicht ausschließt, und zu fragen, ob er denn ein Risikoverhalten aufweise und wann der letzte Risikokontakt stattgefunden

habe. Anschließend kann sich ein weiteres Gespräch über HIV-Übertragung und -Prävention ergeben.

Das Arzt-Patienten-Gespräch

Die Patienten können unendlich viele Informationen aus dem Internet abrufen und tun es auch. Leider führt das oft nicht zum informierten, sondern zum desinformierten Patienten. Selbst der gebildete Patient ist überfordert mit dieser Informationsflut. Aus diesem Grunde ist das Arzt-Patienten-Gespräch ein wichtiger Teil der Prävention. Der Arzt kann Fehlinformationen und Halbwahrheiten korrigieren und Informationen für die individuellen Situationen des Patienten richtig gewichten.

Eine ähnliche Wirkung erzielen sachgerechte Patientenbroschüren, Faltblätter, Bücher und gut aufgebaute Homepages. Durch gutes Informationsmaterial können Patienten für übertragbare Krankheiten sensibilisiert und informiert werden, wie mit der Broschüre „HIV/Aids-Aktuell“ (vgl. Kasten S. 39). Der Hausarzt kann die Broschüre dem Patienten direkt mitgeben, wenn bei einer Konsultation das Thema angeschnitten oder ein HIV-Test empfohlen oder durchgeführt wurde. Manchen Ärzten fällt es auf diese Weise auch leichter, das heikle Thema Sexualität bei der nächsten Konsultation anzuschneiden wie „Sind Sie dazu gekommen, die Broschüre über HIV zu lesen? ... Wie sehen Sie Ihr persönliches Risikoverhalten?“

Die aktive Gesprächsführung beim Thema Risikoverhalten und Sexualität

In der Praxis ist das Arzt-Patienten-Gespräch über Anamnese und Diagnose von sexuellen Problemen der schwierigste Aspekt, der auch am meisten mit Fehlern behaftet ist. Viele Ärzte erwarten von den Patienten, dass sie dieses Thema ansprechen. Die Patienten umgekehrt erwarten vom Arzt, dass sie auf Aids oder STI zu sprechen kommen, falls es notwendig ist. Viele Ärzte zögern, bei ihren Patienten sexuelle Fragen anzusprechen, weil sie sich in diesem Gebiet nicht kompetent genug fühlen oder befürchten, solche Gespräche könnten dem Patienten unangenehm sein. Der erste

HIV-Broschüre zur Unterstützung der Ärzte

Die neue, reich bebilderte Broschüre der AIDS-Aufklärung Schweiz „HIV/Aids-Aktuell“ ist für junge Leute, aber auch für alle anderen sexuell aktiven Personen geschrieben. Die Broschüre unterstützt die Ärzteschaft bei der niederschweligen HIV-Testung und Beratung. Die Ärzte können die Broschüre bei jedem HIV-Test persönlich mitgeben. Gerade wenn der Praxisalltag nicht viel Zeit für ein ausführliches Gespräch zulässt, besteht die Möglichkeit für die Patienten, sich damit auf die nächste Konsultation vorzubereiten. Gleichzeitig eignet sie sich gut zum Auflegen im Wartezimmer. Ihre Patienten können sich so vertieftes Wissen über die Krankheit, die Übertragungswege und Prävention aneignen. Auf der Homepage www.aids-info.ch kann die Broschüre heruntergeladen werden.



Schritt zur besseren Kommunikation ist, dass der Arzt sich diesem Problem bewusst wird und es dann aktiv angeht. Bei der Gesprächsführung ist ein sachlicher, aber direkter Stil angebracht. Der Patient soll das Gefühl haben, der Arzt rede über sexuelle Fragen in demselben Ton, wie wenn er nach Symptomen der Herzinsuffizienz fragt.

Der Einstieg und die Aufrechterhaltung des Gesprächs

Daran denken und direkt nach dem Sexualverhalten fragen, lautet die Devise. Herr W., ein 23-jähriger Mann, sucht das erste Mal einen Hausarzt mit einem seit sechs Tagen geschwollenen rechten Knie auf. Nach einer körperlichen Untersuchung und einer kurzen Anamnese denkt der Hausarzt unter anderem an

eine sexuell übertragbare Krankheit. Das Gespräch, das sich darüber entwickelte, ist im Kasten auf S. 36 wiedergegeben. Der Patient präsentiert sich einsilbig, gibt wenn möglich nur Ja-Nein-Antworten. Der Hausarzt fragt unbeirrt weiter, höflich, sachlich, aber direkt. Bemerkt er Fehlmeinungen, berichtigt er klar, ohne einen belehrenden Ton anzuschlagen. Aufbauend auf den Antworten, abwechselnd mit Erklärungen, fragt der Arzt weiter, wodurch mit der Zeit doch ein kleines Gespräch entsteht. Häufig muss der Arzt beharrlich – aber in wohlwollendem Ton – das Gespräch aufrechterhalten. Der Patient spürt das Wohlwollen und den Respekt des Arztes auf emotionaler Ebene: Da braucht es gar keine großen Worte. So kann sich langsam ein Gespräch ergeben. Der Patient bemerkt aber genauso ablehnende Gefühle, die aus persönlichen Motiven stammen können. Dann versendet das Gespräch zumeist unbefriedigend.

Im Laufe des Gesprächs sollte man die Frage nach einer Partnerschaft und einer möglichen Infektionsquelle nicht vergessen. Bei einer STI-(Verdachts-) Diagnose soll auch die Frage diskutiert werden, wie und ob der Patient den Partner informieren könnte oder müsste und wie er sich am besten bezüglich Sexualität verhält.

Bei Verdacht auf eine sexuell übertragbare Krankheit ist es sinnvoll, gleichzeitig einen HIV-Test durchzuführen, denn die HIV-Infektionen sind relativ häufig mit einer STI vergesellschaftet. Die HIV-Infektion ist wie ein Chamäleon, d. h. sie kann sich mit ganz unterschiedlichen Symptomen präsentieren. So kann bei vielen Symptomen und Befunden der Tabellen 1 und 2 ohne Umschweife über das Symptom der Einstieg in die Sexualanamnese gefunden werden. ■



Dr. med. Kurt April,
Facharzt für Psychiatrie
und Psychotherapie
CH-8810 Horgen

Literatur:

1. Adler A, Mounier-Jack S, Coker RJ. Late diagnosis of HIV in Europe: definitional and public health challenges. *AIDS Care* 2009, 21: 284-93.
2. Robert-Koch-Institut. *Epidemiologisches Bulletin* Nr. 48, 30.11.2009.
3. Wolbers M, Bucher HC, Furrer H, et al. Delayed diagnosis of HIV-Infection and late initiation of antiretroviral therapy in the Swiss HIV Cohort Study. *HIV Med* 2008;9:397-405.
4. Lucas SB, Curtis H, Johnson MA. National review of deaths among HIV-infected adults. *Clin Med* 2008;8:250-2.
5. Delpierre C, Lauwers-Cances V, Pugliese P, et al. Characteristics trends, mortality and morbidity in persons newly diagnosed HIV positive during the last decade: the profile of new HIV diagnosed people. *Eur J Public Health* 2008 ;18:345-7.
6. Sterne J and When to Start Consortium. When should HIV-1-infected persons initiate ART? Collaborative analysis of HIV cohort studies. *Abstract 72LB, 16th CROI 2009, Montréal.*
7. Lanoy E, Mary-Krause M, Tattevin P, Perbost I, Poizot-Martin I, Dupont C, Costagliola D; ANRS C004 French Hospital Database on HIV Clinical Epidemiological Group. Frequency, determinants and consequences of delayed access to care for HIV infection in France. *Antivir Ther.* 2007;12:89-96.
8. ART Cohort Collaboration. Importance of baseline prognostic factors with increasing time since initiation of highly active antiretroviral therapy: collaborative analysis of cohorts of HIV-1-infected patients. *J AIDS* 2007;46:607-15.
9. Kaufmann GR, Furrer H, Ledergerber B, et al. Characteristics, determinants, and clinical relevance of CD4 T cell recovery to <500 cells/uL in HIV type 1-infected individuals receiving potent antiretroviral therapy. *Clin Inf Dis* 2005;41:361-72.
10. Krentz HB, Auld MC, Gill MJ. The high cost of medical care for patients who present late (CD4 < 200 cells / microL) with HIV infection. *HIV Med* 2004;5: 93-8.
11. Attia S, Egger M, Müller M, Zwahlen M, Low N. Sexual transmission of HIV according to viral load and antiretroviral therapy: systematic review and meta-analysis. *AIDS* 2009, 23: 1397-404.
12. Donnell D, Baeten JM, Kiarie J, et al. Heterosexual HIV-1 transmission after initiation of antiretroviral therapy: a prospective cohort analysis. *Lancet* 2010; 375:2092-98.
13. Fauci AS, Clifford L. *Die HIV-Erkrankung: AIDS und verwandte Krankheitsbilder: Harrisons Innere Medizin. Band 1. 17.Auflage. 2009. ABW Wissenschaftsverlag GmbH, Berlin*
14. HIV/Aids in der Schweiz am 30. Juni 2010. *Bundesamt für Gesundheit. Bulletin* 2010;39: 719-21
15. Pantazis N, Toulomi G, Vanhems p, et al. The effect of antiretroviral treatment of different durations in primary HIV infection. *AIDS* 2008;22:22441-2450.
16. Jenness SM, Murrill CS, Liu KL, Wendel T, Begier E, Hagan H. Missed opportunities for HIV testing among high-risk heterosexuals. *Sex Transm Dis* 2009;36:704-10.
17. Burns FM, Johnson AM, Nazroo J, et al. Missed opportunities for earlier HIV diagnosis within primary and secondary healthcare settings in the UK. *AIDS* 2008;22:115-22.
18. WHO/UNAIDS. *Guidance on provider initiated HIV testing and counselling in health facilities.* 30. May 2007.
19. Branson BM, Handsfield HH, Lampe MA, et al. Revised recommendations for HIV testing of adults, adolescents, and pregnant women in health-care settings. *MMWR Recomm Rep* 2006, 55: 1-17.
20. Buddeberg C, Jecker E, Klaghofer R, Dietz C, Götzmann L: *Sexualmedizin in der ärztlichen Grundversorgung, Entwicklungen 1980—2004. Schw. Rundsch Med (Praxis)* 2007;96:721—725.
21. Grover SA et al. The prevalence of erectile dysfunction in the primary care setting. *Arch Intern Med* 2006; 166: 213—219.
22. Laumann EO, Nicolosi A, Glasser DB, et al. Sexual problems among women and men aged 40-80 y: prevalence and correlates identified in the Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors. *Int J Impot Res.* 2005;17:39-57.R
23. *Revised Recommendations for HIV-Screening of Pregnant Women: Perinatal Counseling and Guidelines Consultation. Morb Mortal Wkly Reorts.* 9.11.2010, Vol.50 (RR19):49-86.
24. *Nationales HIV&STI-Programm 2011-2017. Bundesamt für Gesundheit.* 2010; S.15

Sonderdruck aus **Der Allgemeinarzt**

Heft 6/2011

33. Jahrgang

Seiten 34–37

ISSN 0172-7249

Organ für Fortbildung und Praxis des Deutschen
Hausärzteverbandes e. V.,

der SGAM – Sächsische Gesellschaft für
Allgemeinmedizin e. V. und der

practica – Fortbildung zum Mitmachen



© Kirchheim Verlag Mainz

KIRCHHEIM



Die AIDS-Aufklärung Schweiz unterstützt: Der HIV-Test auf Initiative des Arztes

“Provider induced counselling and testing (PICT) bezeichnet die durch den Arzt initiierte Durchführung eines HIV-Tests und die Beratung des Patienten in Situationen, bei denen das Vorliegen einer HIV-Infektion möglich erscheint. Die aktualisierten Empfehlungen verfolgen drei Ziele: der Arzt soll a) die HIV-Primoinfektion nicht verpassen, b) bei unklaren Symptomen und Krankheitsbildern an eine fortgeschrittene HIV-Infektion denken und c) bei Hinweisen auf riskantes Sexualverhalten das präventive Beratungsgespräch führen und den HIV-Test vorschlagen.”

Bundesamt für Gesundheit. Bulletin 2010;11:364-366

Patientenbroschüren

Die Broschüren unterstützen die Ärzteschaft bei der niederschweligen HIV-Testung und Beratung.

Die Ärzte können die Broschüren bei jedem HIV-Test dem Patienten persönlich mitgeben, um sich auf die nächste Konsultation vorzubereiten.

Sie eignen sich gut zum Auflegen im Wartezimmer!



Informationen, Bestellung oder Download:

www.aids-info.ch