

### **1. Einleitung**

Im folgenden Beitrag werde ich auf die Unterschiede zwischen Männern und Frauen mit Blick auf Verlauf und Therapie der HIV-Infektion eingehen. Am Modell von AIDS - einer Krankheit, die in den Köpfen vieler noch immer als "Schwulenseuche" herumgeistert - möchte ich aufzeigen, wie wichtig es ist, in Forschung und Medizin zu berücksichtigen, dass es Männer und Frauen gibt und diese sich in vielen Aspekten unterscheiden. Insbesondere hat HIV Sexualität zum Thema gemacht, ein Coming-out der Schwulen und Lesben bewirkt und neben der anfänglichen Hysterie und Panik auch zum Nachdenken angeregt, besonders in der Medizinlandschaft. Frauen mit HIV finden neue Wege, auch in der Forschung. Viele Fragen sind offen, was die Zukunft im Leben mit HIV anbelangt, manche gegenwärtigen Erlebnisse sind erschreckend, andere machen Mut. Auch Krankheit ist mehr, Krankheit - ein Weg zur Gesundheit.

### **2. Frauen sind anders - Männer auch**

#### **2.1. Was ist anders zwischen Mann und Frau?**

Sicher ist den meisten von Ihnen noch aus dem Biologieunterricht bekannt, dass das Geschlecht durch die Chromosomen bestimmt ist, nämlich die Chromosomen XX bei der Frau und XY beim Mann. Dem ist allerdings nicht ganz so. Die ersten 12 Wochen haben alle Embryos die gleichen Geschlechtsorgane. Wenn ein Y-Chromosom vorhanden ist, dann beginnen die primitiven Geschlechtsdrüsen männliche Sexualhormone (=Androgene) zu produzieren, wodurch die männliche Geschlechtsentwicklung erfolgt. Fehlen Androgene, entwickeln sich automatisch weibliche Geschlechtsorgane. Die Sexualhormone bestimmen die Ausbildung und Funktion der Geschlechtsorgane und die Entwicklung der sekundären Geschlechtsmerkmale, wie z.B. Stimmbruch, Brustentwicklung, Bartwuchs, männliche und weibliche Körperformen, Achsel- und Schamhaare. Daneben wirken die Sexualhormone auch auf den Stoffwechsel, die Körperzusammensetzung und das psychische Verhalten. Im Organismus von Männern und Frauen wirken immer sowohl männliche als auch weibliche Hormone, allerdings in einem unterschiedlichen Verteilungsmuster. Die Sexualhormone haben einen Einfluss auf Körpersprache, Körpergeruch, Geruchswahrnehmung, Charakterzüge, Verhaltensweisen, sexuelle Erregbarkeit, Lust, Stimmung, Eifersucht und vorgeburtlich auch auf die sexuelle Orientierung. Verhaltensweisen wie Aggression oder die sexuelle Lust scheinen durch Androgene geprägt zu werden. Hinzu kommt, dass die Sexualhormone und nicht zuletzt die Prägung der Geschlechterrollen durch die Umgebung einen unterschiedlichen Ein-

fluss auf Gesundheit und Krankheit ausüben. Zum anderen sind X und Y-Chromosomen mit jeweils anderen Erbkrankheiten verbunden. Etwa ab dem Grundschulalter wird uns Menschen bewusst, dass das Geschlecht biologisch festgelegt ist und sich im Laufe des Lebens nicht ändert, auch wenn man es sich noch so sehr wünscht. In diesem Alter wissen Mädchen bereits deutlich mehr, sowohl über das eigene, als auch das andere Geschlecht, während Jungen sich eher im eigenen Sexbereich auskennen.

#### **2.2. Was hat Medizin mit Sex zu tun?**

Sex eigentlich ist die Abkürzung von Sexus, der lateinische Begriff für Geschlecht. Spielt der Sex in der Medizin eine Rolle? Wenn wir von Frauenheilkunde sprechen, dann reduziert sich das landläufig lediglich auf Erkrankungen der weiblichen Geschlechtsorgane und die Geburtshilfe. Der Bereich Männerheilkunde wird von den Urologen mit abgedeckt. Wo geht die Medizin den Unterschieden in der Gesundheit und Krankheit von Männern und Frauen nach? Für den gesamten Bereich deutscher medizinischer Forschung und Lehre gilt, dass bisher wenig Augenmerk darauf gerichtet wurde, welche Krankheiten nicht nur eine soziale, sondern auch eine geschlechtstypische Ursache haben. Warum bekommen Frauen oder Männer bestimmte Krankheiten seltener oder weniger schwer? Welche pathophysiologischen oder psychosozialen Ursachen stehen dahinter? Die Geschlechterdifferenz muss auch in der Biochemie, Immunologie und Pharmakologie stärker beachtet werden, um Krankheitsursachen und Therapiemöglichkeiten nachvollziehen zu können. Die Liste unberücksichtigter Fragen der Geschlechterdifferenz in der Medizin ließe sich beliebig verlängern. In der Vergangenheit war die medizinische Forschung häufig geschlechtsblind. Es erinnert an das menschliche Embryonalstadium, wo noch keine sexuelle Differenzierung stattgefunden hat. Die androgene Dominanz in medizinischer Forschung und Lehre führt dazu, dass unser Wissen in der Medizin männlich veranlagt ist.

In den wissenschaftlichen Gremien des Bundesforschungsministeriums beträgt der Frauenanteil 2-5 %. Weniger als 6% Professorinnen sind in der Humanmedizin tätig. Frauen haben kaum Einfluss auf die Entwicklung von medizinischer Forschung und Lehre. Geschlechtsspezifische Epidemiologie, Diagnose und Therapie haben im Medizinstudium keinen Stellenwert. Am Beispiel AIDS lassen sich Versäumnisse der Frauengesundheitsforschung exemplarisch darstellen.

#### **2.3. AIDS - die Schwulenseuche?**

AIDS - Das Auftreten einer neuen Krankheit hat in vielen Bereichen eine bahnbrechende Wirkung gehabt. In Windeseile wurde ein neues Virus entdeckt, das Wissen über das Immunsystem revolutioniert, neue Medikamente und Labormeßmethoden entwickelt. Außerdem

wurde Sexualität zu einem neuen Thema, allerdings nicht nur in der befreienden Form des sexuellen coming-out, sondern auch in Form von gesellschaftlicher Stigmatisierung der Schwulen. Die irri- ge Annahme von einer "Schwulenseuche" führte dazu, dass gerade dieses Krankheitsbild in klassischer Form die Merkmale einer männlich orientierten Medizin aufweist. Die AIDS-Forschung orientiert sich vornehmlich an Männern und repliziert diese Ergebnisse auf Frauen, ungeachtet ob für sie das gleiche gilt.

In Deutschland gehören Frauen zu der "Gruppe" der HIV-infizierten, die am schnellsten wächst und am wenigsten untersucht wird. In den letzten zehn Jahren hat sich der Frauenanteil auf nun 20 % verdoppelt. Durch die größere Schleimhautoberfläche der Scheide und häufige Verletzungen und Entzündungen im Scheidenbereich sind Frauen anfälliger für eine Ansteckung mit HIV. Weltweit sind fast 50 % der HIV-Infizierten weiblichen Geschlechts. Forschungsmittel fließen aus Ländern, in denen sich meistens Männer infizieren. Vieles, was wir heute über Infektionswege und psycho-bio-soziale Kofaktoren der HIV-Infektion wissen, verdanken wir staatlich geförderten Großstudien an Männern in den USA und dem Druck und der guten Organisation der Schwulenbewegung.

#### **2.4. Weise Forschungsweise**

Aber auch Frauen sind inzwischen weltweit aktiv. In den USA läuft seit 1993 ein Projekt, die Women's Interagency HIV Study (WIHS). Die multizentrische longitudinale Studie mit über 2.600 Frauen, davon 80% HIV-positiv, untersucht den frauenspezifischen Krankheitsverlauf und psychosoziale Komponenten wie Gesundheitsvorsorge, Depression, häusliche Gewalt und Lebensqualität. Das Konzept von WIHS (ausgesprochen: *wise*) klingt nicht nur weise, sondern ist es auch. Das zentrale Element der HIV-Studien ist die Women's Interagency, die Mitwirkung von Frauen. Die Studienteilnehmerinnen sind nicht einfach Subjekte, sondern die Frauen wirken direkt an der Organisation mit, indem sie in allen Gremien der Forschungsbeiräte mitbestimmend ansässig sind, auch in der Planungsphase von Studiendesigns. Durch dieses Konzept wird sichergestellt, dass die Forschung nicht an den Bedürfnissen der Frauen vorbeigeht. Es wird nicht über die Köpfe der Patientinnen hinweg gehandelt, sondern mit ihnen gemeinsam gearbeitet.

Ergebnis des Projekts: Zusätzlich zu den gewonnenen neuen Erkenntnissen über Frauen mit HIV dient WIHS auch als Kraftquelle, die den Frauen, die sich beteiligen, Mut macht, Veränderungen zu schaffen, ihr Leben und ihre Gesundheit selbst zu bestimmen und in die Hand zu nehmen. Frauen haben gelernt, ihre eigenen Advokatinnen zu werden, für sich selbst zu sprechen, sich aus der Anonymität, Isolati-

on und Abhängigkeit zu lösen. Hoffnungslosigkeit, Resignation und Ängste wurden abgebaut. Der Zuwachs an Wissen, Kompetenz und Solidarität hat ihnen geholfen, sich auch für andere Frauen einzusetzen, die von HIV bedroht sind.

#### Exemplarisch zusammengefasst einige Ergebnisse der WIHS:

- Aus dem Scheidensekret wurde im Reagenzglas ein Faktor isoliert, der die HIV-Vermehrung in infizierten Zellen um das 50-60-fache stimuliert. Dieser Faktor könnte auch beim Ansteckungsgeschehen eine Rolle spielen.
- HIV-positive Frauen haben 16-fach häufiger eine Infektion mit Warzenviren. Bestimmte Typen davon können die Entstehung von Gebärmutterhalskrebs auslösen. Frauen mit fortgeschrittener Immunschwäche haben das größte Risiko einer Infektion mit diesen krebserregenden Viren. Auch Raucherinnen und Frauen mit vielen Sexualpartnern sind vermehrt gefährdet.
- Unabhängig von Virus-Infektion, höherem Lebensalter und schlechtem Immunstatus begünstigt auch ein Vitamin-A-Mangel das Auftreten von Gebärmutterhalskrebs und sexuell übertragbaren Erkrankungen.
- 800 HIV-positive und 270 HIV-negative Frauen führten ein halbes Jahr lang Menstruations-Tagebücher. Nur bei schlechtem Immunsystem schien HIV einen störenden Einfluss auf den Menstruations-Zyklus zu haben.
- Auswirkungen von HIV auf die Sexualität wurden bei 340 Frauen untersucht. Fehlende Sexualkontakte wurden bei Frauen mit ausgeprägter Immunschwäche und messbarer Viruslast wesentlich häufiger berichtet, was gleichzeitig mit einer höheren Depressionsrate und Herabsetzung der Lebensqualität verbunden war. Gründe für die fehlenden Sexualkontakte waren auch mangelnde sexuelle Lust, was oft durch einen HIV-bedingten Mangel an männlichen Hormonen verursacht wird. Auch Angst vor Schwangerschaft und Ansteckung spielte eine Rolle.

#### **3. Die beste Sorge ist die Vorsorge**

Über die ganzen Kondom- und Verhütungskampagnen dürfen Lust und Spaß am Sex nicht verloren gehen. Die Angst vor Schwangerschaft und deren Folgen macht Sex für Mädchen von Anfang an schwieriger. Sexualerziehung bedeutet auch, die Entwicklung der eigenen Sexualität zu fördern und das Selbstwertgefühl zu stärken. Vorsorge steht sicher auch im Zusammenhang mit sexualisierter Gewalt. Hier geht es nicht nur um Kinder, die plötzlich HIV-positiv werden oder andere sexuell übertragbare Erkrankungen bekommen, sondern allgemein um Vergewaltigung, auch innerhalb der Ehe. Noch immer ist die Vorstellung von Treue als Vorbeugung vor sexuell übertragbaren Krankheiten verbreitet. Mittlerweile heißt der Risiko-

faktor Liebe. Die Auffassung, dass HIV bestimmte Risikogruppen trifft, ist gefährlich, denn das Virus diskriminiert nicht, weder nach Geschlecht, noch nach sexueller Orientierung, Rasse, Schicht, Religion, Nationalität oder sonstigem. Etwa die Hälfte der HIV-positiven Schwangeren in Deutschland haben ihre HIV-Diagnose zufällig bei einem Test im Rahmen der Schwangerschaftsvorsorge erfahren.

Erschreckend ist auch die hohe Anzahl anderer sexuell übertragbarer Erkrankungen, durch Erreger wie Chlamydien, Pilze, Herpesviren, Feigwarzen und viele andere Mikroorganismen, die nicht selten zu ernsthaften Beeinträchtigungen der Gesundheit und ungewollter Kinderlosigkeit führen. Auch für HIV-positive Frauen dienen Kondome nicht nur zum Schutz von HIV-negativen Partnern, sondern auch zum Selbstschutz vor Krankheitserregern, die gerade bei einem geschwächten Immunsystem sehr gefährlich werden können. Wenn Frauen Sex mit Frauen haben, gibt es andere Methoden, wie Latextücher (sogenannte dental-dams) und Fingerlinge oder Gummihandschuhe plus Gleitmittel. Es gibt auch eine Kondomvariante für die Frau, das Femidom, was allerdings teurer und schwieriger zu handhaben ist. Andererseits ist das Femidom eine Möglichkeit die die Frau selbst in der Hand hat.

Mechanische Verhütungsmethoden, wie die sogenannte Spirale, sind insbesondere für HIV-positive Frauen nicht geeignet, weil durch sie das Auftreten von Gebärmutterhalskrebs zusätzlich begünstigt wird und an dem in der Scheide liegenden Rückholfaden besonders leicht Keime in die Gebärmutter aufsteigen können. Zu den sogenannten "Besser als Nichts"-Methoden, den Schaumovula, Cremes oder Gels mit spermienabtötenden Mitteln ist zu sagen, dass sie zum einen nicht nur das Überleben von Spermien, sondern auch von sexuell übertragbaren Erregern erschweren, zum anderen aber bei dauerhaftem Gebrauch die Scheidenschleimhaut reizen, was wiederum empfänglicher für ansteckende Keime macht. Mit dem Gebrauch eines Diaphragmas, welches mit spermienabtötenden Mitteln bestückt ist, erhöht sich die statistische Chance, sich eine sexuell übertragbare Erkrankung (einschließlich HIV) zuzuziehen, um 18%. Die Antibabypille schützt vor ungewollter Schwangerschaft und kann auch den Hormonhaushalt regulieren, hat aber auch ihre Nebenwirkungen, wie z.B. erhöhte Gefahr von Lungenembolien und Venenthrombosen, insbesondere in Verbindung mit Rauchen und sie schützt nicht vor Geschlechtskrankheiten.

Juckreiz, Brennen beim Wasserlassen, vermehrter Ausfluss und Fremdkörpergefühl in der Scheide sind erste Anzeichen von Geschlechtskrankheiten. Ein sehr häufiges Problem von Frauen sind Pilzkrankheiten der Scheide. Zur Vorbeugung ist es sinnvoll, das natür-

lich saure Milieu der normalen Scheidenflora zu erhalten. Dazu eignen sich Scheidenzäpfchen, die Milchsäure oder milchsäureproduzierende Keime enthalten und völlig unschädlich sind. Obwohl sexuell übertragbare Krankheiten nicht immer Symptome zeigen, sollte es zur Gewohnheit werden, sich zwischenzeitlich selbst wenigstens einmal im Monat zu untersuchen. Mit einem Spiegel sind Warzen, wunde Stellen, Bläschen, Ausschlag oder sonstige Auffälligkeiten im Intimbereich gut zu entdecken. Auftretende Stellen, die heller, dunkler oder röter und erhabener als die Umgebung sind, alles was ungewöhnlich erscheint, muss nicht immer gleich ein Hinweis auf eine Erkrankung sein. Um sicher zu gehen, sollte man die bemerkten Veränderungen ärztlich kontrollieren lassen, denn früh erkannt bedeutet schnell gebannt. Frühsymptome sollten deshalb sehr ernst genommen werden und sind Anlass für eine sofortige gynäkologische Untersuchung, auch außerhalb der Routinekontrollen. Auch ohne Krankheitszeichen ist es für HIV-positive Frauen wichtig, sich alle viertel- bis halbjährlich gynäkologisch untersuchen zu lassen.

Wenn eine Schwangerschaft geplant ist, dann empfiehlt es sich, einen HIV-Test anonym und kostenlos einschließlich ausführlichem Beratungsgespräch beim Gesundheitsamt durchführen zu lassen. Das Risiko einer HIV-positiven Mutter das Kind anzustecken lässt sich auf unter 1-2% senken. Aber dazu gehört eine optimale Versorgung und Zusammenarbeit mit einem erfahrenen Behandlungsteam. Doch viele Gynäkologen sind in dieser Hinsicht nicht auf dem neuesten Stand des Wissens. Frauen wird noch immer zu einer Abtreibung, manchmal sogar noch zur Sterilisation geraten. Wenn eine HIV-positive Frau bewusst schwanger werden möchte und dabei ärztliche Unterstützung benötigt, hadern noch häufig Gynäkologen mit sich, eine Fertilitätsdiagnostik oder Hormonuntersuchung durchzuführen. Problematisch wird es, wenn Frauen aus Angst vor dieser Stigmatisierung ihre HIV-Infektion vor dem medizinischen System verheimlichen. So entgehen ihnen die Möglichkeiten, sich selbst und ihr Kind optimal zu schützen. Viele Fragen der HIV-Therapie in der Schwangerschaft und der Wirkung auf das Kind sind noch ungeklärt. Doch die bisherigen Fortschritte sind ermutigend. Nicht nur im Rahmen der Gynäkologie bedarf es in vielen Aspekten frauenspezifischer Studien, um angemessene Empfehlungen für Frauen geben zu können. Voraussetzung für eine optimale Behandlung ist allerdings auch die Diagnose, also der HIV-Test.

#### **4. SMART ist Trend**

##### **4.1. Therapiebeginn bei Frauen mit HIV**

Das Wissen ist im ständigen Fluss. Vor einer Weile gab es die Idee: *hit it hard and early*, aber das Virus schnell mal platt zu hauen ist derzeit noch nicht möglich. Mittlerweile lautet die Empfehlung daher:

*hit it smart*. Smart steht nicht nur für intelligent, sondern auch für eine "strategische moderate antiretrovirale Therapie". Es ist wichtig, eine intelligente Strategie auszutüfteln. Moderat steht hier für das Prinzip: soviel wie nötig, so wenig wie möglich. Das kann im Einzelfall auch Mega-HAART bedeuten. HAART heißt: hoch-aktive-antiretrovirale Therapie. Hält HAART smart? Seit Einführung der HAART kommen HIV-bedingte neurologische Störungen, wie die gefürchtete AIDS-Demenz, wesentlich seltener vor. Da die Zeit des Lebens mit HIV insgesamt länger wird, gibt es aber scheinbar immer mehr neurologische und sonstige langfristige Komplikationen.

Um für sich selbst die passende Strategie der Therapie zu finden, ist es am besten, sich an ÄrztInnen zu wenden, die auf dieses Gebiet spezialisiert sind. Maßgeschneiderte Kleidung lässt man sich schließlich auch von SpezialistInnen anfertigen. Inzwischen haben sich viele HIV-Ambulanzen fachlich auf die Behandlung von Frauen eingerichtet. Die Entscheidung über den Beginn einer HIV-Therapie muss jeder Mensch letztlich selbst treffen, denn er muss die Medikamente auch schlucken. Wer nicht hinter der Therapie steht, dem fällt es noch schwerer, die Disziplin aufzubringen, die nötig ist, sich an den strengen Medikamentenfahrplan zu halten. Damit können Therapiechancen vertan werden, wenn sich resistente Viren entwickeln.

Eine Entscheidungshilfe für oder gegen eine Therapie bieten zum einen Laborwerte, insbesondere die T-Helferzellen und die Messung der HI-Viruslast im Blut. Mehrere große Studien beschreiben, dass die Viruslastmessungen bei Frauen im Vergleich zu Männern bei gleichem Immunstatus und Krankheitsstadium nur etwa halb so hoch ausfallen. Das würde rechnerisch bedeuten, dass Frauen bei der gleichen Viruslast mit der 1.6 fachen Wahrscheinlichkeit AIDS entwickeln. Die Viruslastwerte sind bei Frauen mit T-Helferzellen zwischen 200 bis 500/µl etwa 40% niedriger als bei Männern. Die Differenzen sind so deutlich, dass sie durch Schwankungsbreite im Messverfahren nicht mehr erklärt werden können. Bei T-Helferzellen unter 200/µl gleichen sich die Viruslastwerte jedoch wieder an. Aber gerade in dem T-Helferzellzahlbereich, wo die Viruslast für die Entscheidung zum Therapiebeginn wichtig ist, treten diese deutlichen Unterschiede auf. Welche therapeutischen Konsequenzen sind daraus abzuleiten? Aus hypothetischen Zahlenkonstrukten einen früheren Therapieeinstieg für Frauen zu empfehlen, wäre gewagt, denn wenn man den Krankheitsverlauf von Männern und Frauen betrachtet, scheinen die Viruslastwerte keinen so großen Einfluss zu haben. Es könnte sein, dass Frauen durch die niedrigere Viruslast im Blut einen Vorteil haben, in dem Sinne, dass der Organismus und die Therapie mit weniger Viren zu kämpfen haben. Im Blut zirkulieren allerdings sowieso immer nur 1-2% der HI-Viren, so dass es auch sein könnte, dass die Viren bei

Frauen vermehrt ins Lymphgewebe und in andere Körperflüssigkeiten abwandern. Einige Studien ergaben, dass trotz nicht nachweisbarer Virusmenge im Blut HIV weiter im Scheidensekret und in Lymphknoten gefunden wurden. Das wirft wiederum die Frage auf, wie gut die Medikamente bei Frauen wirken und ob zusätzlich empfindlichere Untersuchungen sinnvoll sind, wie z.B. die Viruslastmessung in der Genitalflüssigkeit (entsprechendes trifft auch auf Männer zu). Die europäische CHIP-Studiengruppe sammelt Daten von über 8000 PatientInnen aus 21 europäischen Ländern, einschließlich Israel. In Krankheitsverlauf und Sterblichkeit gibt es derzeit keine Unterschiede zwischen Männern und Frauen die in HIV-Spezialkliniken behandelt werden. Auf der anderen Seite ist bekannt, dass die Überlebenszeiten positiv mit der Erfahrung der HIV-SpezialistInnen korrelieren. Um für sich selbst den passenden Weg der Therapie zu finden, ist es am besten, sich an ÄrztInnen zu wenden, die sich auf den HIV-Bereich spezialisiert haben.

#### 4.2. Nebenwirkungen der HIV-Therapie bei Frauen

Untersuchungen über frauenspezifische Nebenwirkungen stellen sich als ein Wust unterschiedlicher Medikamentenkombinationen in Studien mit meist unzureichendem Frauenanteil dar. Aus diesem diffusen Datenschwungel ergibt sich kein klares Bild. Allgemein besteht der Eindruck, dass Frauen jedoch insgesamt weniger über Nebenwirkungen klagen. Bei den im folgenden dargestellten Ergebnissen sollte man im Hinterkopf behalten, dass sie im Gegensatz zu den zuvor beschriebenen Forschungsergebnissen alle auf kleinen Studien basieren und daher statistisch schwer verwertbar sind.

Bei manchen Medikamenten wird bei Frauen mehr Juckreiz und Hautausschlag beobachtet. Bei einem Proteasehemmer zeigten Frauen häufiger Hinweise auf Nierenschäden durch das Medikament. Geschlechtsunterschiede gibt es auch bei den Fettumverteilungsstörungen, dem sogenannten Lipodystrophiesyndrom. Diese oft recht entstellenden äußerlichen Veränderungen sind in ihren Ursachen noch ungeklärt und kommen insbesondere im Zusammenhang mit Proteasehemmern vor, können aber auch bei anderen HIV-Medikamenten und auch ohne Therapie im Verlauf der HIV-Infektion auftreten. Frauen erfahren dabei oft immense Zunahmen in ihrer Oberweite, die manchmal bis zu 3 BH-Größen umfassen. Nicht selten erhalten betroffene Frauen von Männern verständnislos mit dem Kommentar, das sähe doch ganz sexy aus. Mehr als die Hälfte derjenigen, die langjährig eine Kombinationstherapie einnehmen, leiden unter diesen körperlichen Veränderungen. In der ersten Euphorie mit HAART wurde dies als tragbarer Nebeneffekt der lebensrettenden Therapie betrachtet. Das Lipodystrophiesyndrom findet nun zunehmend Beachtung, weil viele bereit sind, ihre Therapie abzusetzen, um nicht mehr

so entstellt auszusehen. Parallel zu den äußerlich sichtbaren Veränderungen steigen oft auch die Blutfettwerte und Blutzuckerspiegel. Mit den Problemen von erhöhten Blutfetten haben Männer allerdings stärker zu kämpfen. Die exakte Ursache der Störung bleibt ein Mysterium. Vielleicht hängen die Unterschiede mit hormonellen Faktoren zusammen. Für HIV-positive Frauen spielen die weiblichen Hormone auch eine besondere Rolle für Medikamentenverteilung im Körper. Bei einem HIV-Präparat war die Konzentrationen im Blut bei Frauen fast doppelt so hoch, verglichen mit Männern bei gleicher Dosierung/Kg Körpergewicht. Wissenschaftler spekulieren, ob weibliche Hormone den chemischen Abbau der Medikamente verzögern. Manche Medikamente kommen je nach Phase des Menstruationszyklus in recht unterschiedlichen Dosen im Blut an. Schwankungen können theoretisch erhebliche Konsequenzen nach sich ziehen, wie vermehrte Nebenwirkungen durch Überdosierungen oder auch Therapieresistenzen durch zwischenzeitlich unzureichende Medikamentenwirkspiegel. Manche BehandlerInnen untersuchen auch, wie sich Medikamentenspiegel unter den massiven Hormonveränderungen im Schwangerschaftsverlauf verändern. Gegenstand von Studien sind auch die Auswirkungen der Menopause auf die HIV-Therapie. Viele Hormone und HIV-Medikamente werden von den gleichen Leberenzymen verstoffwechselt. Manchmal setzen Proteasehemmer sogar die Wirksamkeit der Antibabypille außer Kraft.

### **5. Weiblich und positiv**

Frauen mit HIV haben gleich zwei Stempel, weiblich und positiv. Viele Frauen mit HIV werden von Frauenberatungsstellen an AIDS-Einrichtungen verwiesen, auch wenn die Infektion bei ihren Problemen gar nicht im Vordergrund steht. Warum ist HIV kein Thema in Frauenprojekten und -medien? Wie lässt sich das Thema in Frauenprojekte transportieren? Auf diesem Hintergrund fand im Dezember 1998 in Berlin die erste bundesweite Fachtagung "Emma hat AIDS" statt. Sie hatte das Ziel, einen Einblick in die Komplexität der Thematik "Frauen und AIDS" zu verschaffen, damit positive Frauen nicht einfach auf HIV reduziert werden. Wichtig ist dazu, dass MitarbeiterInnen frauenspezifischer Einrichtungen ihre Kompetenz im Bereich HIV erweitern und Unsicherheiten abbauen. Frauen leben anders mit HIV und müssen dementsprechend anders untersucht und behandelt werden. HIV trifft auch die Frauengesundheit. Leben mit HIV bedeutet nicht nur Krankheit. Auch in der Gesundheitspolitik sind Frauen mit HIV aktiv, weiblich, positiv und innovativ.