

HIV•REPORT.DE

HERAUSGEGEBEN VON DER DEUTSCHEN AIDS-HILFE E.V.

Ausgabe Nr. 7/2008 vom 17.07.2008

INHALT

Positionen und Diskussionspapiere zur HIV-Prävention und der Stellungnahme der EKAF.....2

Diskussionspapiere der Bundesgeschäftsstelle der Deutschen AIDS-Hilfe e.V. Stand Juni 20082

Teil 1: Alles wird anders und alles bleibt gleich! Die Bedeutung der HIV-Viruslast für die Prävention. Allgemeiner Teil.....2

Teil 2: Stabile und wirksame antiretrovirale Therapie (sART) und Abwesenheit weiterer sexuell übertragbarer Krankheiten (STD). Information zur Beratung.....5

Stellungnahme von Ulli Würdemann, Michéle Meyer, Michael Jähme, Matthias Hinz und anderen zur EKAF-Information9

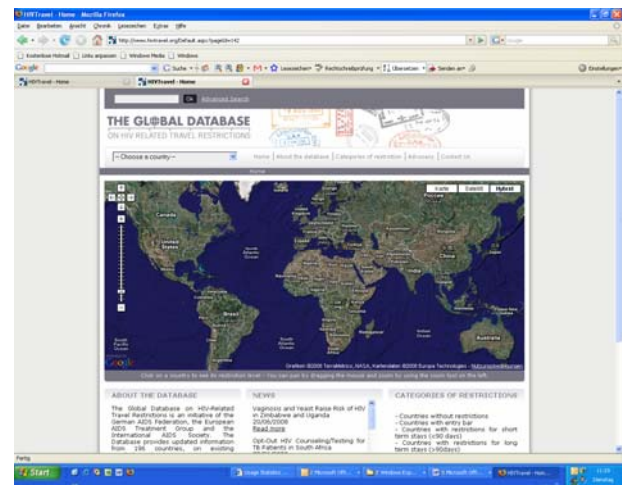
Silence=Death? oder: Ich weiß was ich tu!9

MEMORANDUM des AIDS-Ausschusses der Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern 11

Zur Prävention der HIV-Infektion in Deutschland 11

Neue Webseite zu Einreisebestimmungen

Die neue Homepage www.hivtravel.org steht in Zukunft allen Menschen mit HIV weltweit mit aktuellen Informationen rund um das Thema Reisen zur Verfügung.



Die Webseite ist noch im Aufbau begriffen. In Zukunft werden die Inhalte in verschiedenen europäischen Sprachen verfügbar sein.

Das Projekt entstand in Zusammenarbeit von

[Deutsche AIDS-Hilfe e.V.](http://www.deutscheaids-hilfe.de)



[European AIDS Treatment Group](http://www.eatg.eu)



[International AIDS Society](http://www.iasociety.org)



Positionen und Diskussionspapiere zur HIV-Prävention und der Stellungnahme der EKAF

Wie in der letzten HIVReport-Ausgabe angekündigt, folgen hier – zur Anregung bei der (innerverbandlichen) Meinungsbildung – unterschiedliche Papiere zur HIV-Prävention.

Die Redaktion und die Herausgeberin machen an dieser Stelle deutlich, dass diese Papiere nicht notwendiger Weise die Meinung der Redaktion oder der Herausgeberin widerspiegeln.

Für die im Folgenden angedruckten Positionen zeichnen ausschließlich die Unterzeichner / Herausgeber der jeweiligen Papiere verantwortlich.

Diskussionspapiere der Bundesgeschäftsstelle der Deutschen AIDS-Hilfe e.V. Stand Juni 2008

Die folgenden zwei Papiere (1. Allgemeiner Teil und 2. Informationen zur Beratung) wurden von der Bundesgeschäftsstelle als Diskussionspapiere im Juni in die Mitgliedsorganisationen der DAH gegeben. Beide Papiere stellen noch keine abschließende Position dar, sondern sollen die Diskussion im Verband unterstützen. Im Herbst 2008 (Termin steht noch nicht fest) wird bei der Tagung „Prävention wohin“ das Papier endgültig bearbeitet. Nach der Tagung ist dann mit einem Haltungspapier der DAH zum EKAF-Thema „Viruslast unter der Nachweisgrenze“ zu rechnen.

Teil 1: Alles wird anders und alles bleibt gleich! Die Bedeutung der HIV-Viruslast für die Prävention. Allgemeiner Teil

Therapie und Prävention

Die antiretrovirale Therapie hat die Lebenserwartung und die Lebensqualität von Menschen mit HIV in den letzten Jahren deutlich verbessert. Sie hat darüber hinaus eine Wirkung, die bislang fast ausschließlich als erwünschter Nebeneffekt wahrgenommen wurde: Eine stabile und funktionierende antiretrovirale Therapie senkt die Infektiosität von Menschen mit HIV erheblich. Seit einigen Jahren wird angesichts steigender HIV-Neuinfektionen daher auf internationalen Aids-Konferenzen von Wissenschaftlern gefordert, diese Erkenntnis auch für die Gestaltung neuer Präventionsbotschaften aktiv zu nutzen.

Diese Forderung gewann 2007 an Bedeutung: Die Forschung zu einem Impfstoff gegen HIV und zum Diaphragma sowie die Entwicklung von Mikrobiziden hatten schwere Rückschläge erlitten, sodass diese Mittel als Optionen der HIV-Prävention in weite Ferne gerückt sind. Demgegenüber weiß man seit Jahren, dass mit der antiretroviralen Therapie schon heute eine bedeutende Senkung der Infektiosität und damit der HIV-Neuinfektionszahlen erreicht werden kann.

Die Eidgenössische Kommission für Aidsfragen (EKAF) in Bern (Schweiz) hat am 30. Januar 2008 Aussagen zur Infektiosität HIV-infizierter Menschen veröffentlicht und damit erstmalig die antiretrovirale Therapie in die Prävention integriert. Nach Einschätzung der EKAF können diskordante¹ Paare unter folgenden Voraussetzungen auf Kondome verzichten: wenn die Viruslast des HIV-positiven Partners/der HIV-positiven Partnerin dauerhaft unter der Nachweisgrenze liegt, die Therapie konsequent eingehalten und kontrolliert wird (stabile und wirksame antiretrovirale Therapie, kurz: sART) und bei beiden Partnern keine anderen sexuell übertragbaren Erkrankungen (STD²) vorliegen. Die letzte Bedingung macht ungeschützten Sex mit Gelegenheitspartnern schwierig – die Option ist daher auf feste Partnerschaften beschränkt.

Die Deutsche AIDS-Hilfe e.V. begrüßt, dass es durch den Anstoß der Schweizer Kollegen nun auch zu einer Debatte über die Auswirkungen

¹ diskordante Partnerschaft: ein/e Partner/in ist HIV-positiv, der/die andere Partner/in ist HIV-negativ

² STD = sexually transmitted diseases



der antiretroviralen Therapie auf die HIV-Prävention kommt.

Die Veröffentlichung der EKAF hat in der Fachwelt kontroverse Reaktionen hervorgerufen. Weitestgehend Konsens besteht darüber, dass die präventive Wirkung der stabilen und wirksamen antiretroviralen Therapie sowie die Abwesenheit von STD (sART ohne STD) durch wissenschaftliche Daten für Oral- und Vaginalverkehr gestützt wird. Für die Abschätzung der Infektiosität bei Analverkehr bei nicht nachweisbarer Viruslast hingegen fehlen bislang weitestgehend sowohl wissenschaftliche Daten zur Grundlagenforschung als auch epidemiologische Daten³.

In der Prävention orientiert sich die Arbeit der Deutschen AIDS-Hilfe e.V. seit je an den Lebenswelten ihrer Zielgruppen und an der Epidemiologie. Zu einer glaubwürdigen HIV-Prävention gehört unabdingbar, auch entlastende wissenschaftliche Erkenntnisse zu kommunizieren und diejenigen Bereiche zu benennen, in denen noch nicht genug Erkenntnisse vorliegen.

Zwar herrscht unter Experten weitestgehend Konsens, dass unter den genannten Bedingungen auch die Infektiosität beim Analverkehr deutlich sinkt. Dissens gibt es allerdings darüber, ob noch ein relevantes Infektionsrisiko vorliegt oder ob es vernachlässigbar gering ist. Die Deutsche AIDS-Hilfe e.V. wird sich dafür einsetzen, dass diese Forschungslücke geschlossen wird.

Alles wird anders

Gerade für Menschen, deren Leben unmittelbar durch HIV geprägt ist – vor allem Infizierte, Lebenspartner/innen und Familienangehörige – hat die Frage der Infektiosität eine hohe emotionale und auch soziale Bedeutung. Das Wissen um das geringe HIV-Übertragungsrisiko bei erfolgreicher antiretroviraler Therapie kann entlasten, die Diskussion darüber auf gesellschaftlicher Ebene der Stigmatisierung HIV-Positiver entgegenwirken.

Für einen Teil der diskordanten Paare eröffnet sich mit „sART ohne STD“ eine neue Präventionsoption. Generell aber bewirkt die Nachricht, dass die antiretrovirale Therapie unter bestimmten Bedingungen die Infektionsgefahr so

³ die EKAF hingegen unterscheidet nicht zwischen den verschiedenen Sexualpraktiken (Oral- Vaginal- und Analverkehr) und bewertet das Risiko insgesamt als vernachlässigbar gering.

weit senkt, dass eine sexuelle Übertragung stark reduziert oder sogar unwahrscheinlich ist, eine Reduktion der Angst.

Der Einsatz gegen Diskriminierung und Stigmatisierung und die Förderung von Solidarität mit Betroffenen war immer ein unverzichtbarer Bestandteil einer erfolgreichen HIV-Prävention und ist eine der zentralen Aufgaben der Deutschen AIDS-Hilfe. Neue Möglichkeiten in der Prävention, z. B. im Jahr 2007 die Beschneidung oder 2008 die „sART ohne STD“ verunsichern jedoch und lassen die Befürchtung aufkommen, die bisher sehr erfolgreiche Prävention könnte Schaden nehmen. Die Deutsche AIDS-Hilfe e.V. nimmt diese Befürchtungen ernst, sieht aber keine Erosion der Prävention, sondern wird sich dafür einsetzen, die Prävention mit den aktuellen Erkenntnissen zu ergänzen und zu stärken. Die neue Option wird dazu beitragen, dass die Prävention zielgruppengenaue, glaubwürdiger und noch stärker lebensweltorientiert gestaltet werden.

Die Erkenntnisse über den Zusammenhang zwischen Viruslast und Infektiosität wird und soll zudem auch Auswirkungen auf die Rechtssprechung haben. Die erfolgte oder (z. B. durch Kondomverzicht) in Kauf genommene HIV-Übertragung wird gegenwärtig strafrechtlich als Körperverletzung oder versuchte Körperverletzung verfolgt. Künftig wird das erheblich verminderte Übertragungsrisiko unter erfolgreicher antiretroviraler Therapie berücksichtigt werden müssen und sollte den Tatbestand der versuchten Körperverletzung nicht mehr erfüllen.

Alles bleibt gleich

Die alten Präventionsbotschaften bleiben unverändert erhalten und sind nach wie vor Kern der Präventionsarbeit. Für den Sex mit Gelegenheitspartnern oder neuen Partnern empfiehlt die Deutsche AIDS-Hilfe e.V. nach wie vor Safer Sex – nicht nur zum Schutz vor HIV, sondern auch zur Reduktion anderer sexuell übertragbarer Krankheiten.

Aufgaben der HIV- und STD-Prävention

Die Präventionsanstrengungen sollten der epidemiologischen Entwicklung folgen:

- Ein großer Teil der HIV-Neuinfektionen geht von Personen aus, die von ihrer HIV-Infektion noch nichts wissen oder noch keine Therapie einnehmen.
- Ein großer Teil der HIV-Neuinfektionen betrifft Bevölkerungsgruppen mit höhe-



rem Infektionsrisiko, die sog. Zielgruppen der Präventionsarbeit der DAH.

- Sexuell übertragbare Erkrankungen stellen einen wichtigen Faktor bei der HIV-Übertragung dar.

Die Deutsche AIDS-Hilfe e.V. sieht sich in ihrer bisherigen Strategie bestärkt: Sie führte schon vor Jahren HIV-Testkampagnen bei Männern durch, die Sex mit Männern haben, damit mehr Männer, die ein Risiko hatten, zum Test gehen und eine eventuelle HIV-Infektion in einem frühen Stadium erkannt und rechtzeitig behandelt werden kann. Dieser Weg muss weiter ausgebaut werden. Differenzierte Testkampagnen werden auch in Zukunft, z. B. im Rahmen der MSM-Kampagne und bei i.v. Drogengebraucher(inne)n, durchgeführt werden.

In den letzten Jahren hat die Deutsche AIDS-Hilfe e.V. in ihre HIV-Präventionsarbeit verstärkt auch andere STDs integriert, vor allem deshalb, weil diese die Übertragung von HIV begünstigen. Im Erhalt und Ausbau von niedrigschwelligen, kostenfreien und anonymen Angeboten der HIV- und STD-Beratung und -Testung für Menschen mit höherem Risiko sieht die Deutsche AIDS-Hilfe e.V. eine wichtige Aufgabe der Präventionsarbeit.

Die Prävention wird komplexer

Der Erfolg von Safer Sex liegt auch darin begründet, dass die Botschaft kurz und prägnant ist („beim Bumsen Kondome, beim Blasen raus bevor's kommt“). An sie wird man sich selbst „im Eifer des sexuellen Gefechts“ noch erinnern können, an komplexe Botschaften aber wohl kaum.

Trotz der Klarheit und der hohen Wirksamkeit von Kondom-Botschaften steigen weltweit die HIV-Infektionszahlen. Denn Wissen um die Schutzwirkung von Kondomen wird nicht in jeder Situation (z. B. Alkoholkonsum, erektile Dysfunktion, Unsicherheit, Fehlannahmen, „rosarote Brille“) in Handlung umgesetzt und gesellschaftliche Verhältnisse wie z.B. Mangel an Bildung oder Armut wirken vielerorts der Prävention entgegen. Die Prävention braucht zusätzlich neue „Pfeile im Köcher“ zur Bekämpfung der Epidemie. Am Beispiel der Beschneidung wird deutlich, dass die HIV-Prävention auch auf solche Methoden nicht verzichten kann, die weniger prägnant und sogar weniger effektiv sind als Kondome: Die WHO hat im Frühjahr 2007 die Beschneidung des heterosexuellen Mannes (vor allem in Ländern mit hoher HIV-Prävalenz) mit in das Präventionspaket genommen – obwohl die

Beschneidung „nur“ eine Schutzwirkung von 60 % für nur einen der beiden Sexualpartner bietet. Die Beschneidung wird vor allem in Ländern südlich der Sahara in die Prävention integriert und braucht intensive Aufklärung, um der Fehlannahme, man sei nach einer Beschneidung geschützt, entgegenzuwirken.

Die Option „sART ohne STD“ hingegen ist unter Idealbedingungen mindestens so effektiv wie die Verwendung von Kondomen bei nicht unterdrückter Viruslast. Die Herausforderung der Option „sART ohne STD“ liegt hier im Erreichen der optimierten Bedingungen, also in der Einhaltung der komplexen Voraussetzungen (keine STD, Therapiekontrolle, Therapietreue), der Definition der in Frage kommenden Personen und in der Vermeidung von Fehlannahmen. Fehlannahmen und Mythen⁴ rund um HIV und Aids sind vielfältig, und die Thematisierung und „Bearbeitung“ solcher Mythen gehört zum festen Repertoire der Präventionsarbeit der Deutschen AIDS-Hilfe.

Neue Präventionsoptionen wie die Beschneidung und „sART ohne STD“ sind komplexer als die Kondom-Botschaften und erfordern eine gründliche Beratung und Information, um Fehlinformationen entgegenzuwirken. Das Wissen um neue Optionen darf kein „Geheimwissen“ bleiben. Im Gegenteil: es gibt eine moralische Verpflichtung zur Kommunikation. Präventionsagenturen wie die Deutsche AIDS-Hilfe e.V. können und dürfen sich zu neuen Präventionsoptionen nicht passiv verhalten, weil sich die Menschen ihrer Zielgruppen sonst bei weniger verlässlichen Quellen informieren.

STDs als ein wichtiger „Motor“ der HIV-Epidemie rücken durch die EKAF-Informationen zunehmend in den Fokus der HIV-Prävention. Die Deutsche AIDS-Hilfe wird sich dafür einsetzen, dass Screening-Verfahren für STD, Diagnostik und Therapie gerade für Menschen mit höherem Risiko für eine HIV-Infektion zugänglich sind bzw. geschaffen werden.

Die Prävention wird vielfältiger und komplexer. Aber mit qualifizierter Information und Beratung wird sie auch passgenauer und erfolgreicher.

⁴ Einige Fehlannahmen und Mythen seien als Beispiele genannt: „Eine Infektion kann man dem Partner ansehen“, „Wenn er ohne Gummi will, wird er negativ sein“, „Wenn er ohne Gummi will, wird er positiv sein“, „Wenn ich nur eindringe, also der Aktive bin, kann mir nichts passieren“, „Die Infektion ist heilbar“.



Teil 2: Stabile und wirksame antiretrovirale Therapie (sART) und Abwesenheit weiterer sexuell übertragbarer Krankheiten (STD). Information zur Beratung

Eine stabile und wirksame antiretrovirale Therapie senkt die Viruslast im Blut bis unter die Nachweisgrenze, wodurch auch die Infektiosität gesenkt wird. Für die sexuelle Übertragung ist die Viruslast in den genitalen und rektalen Sekreten entscheidend; sie kann sich von der im Blut gemessenen

Viruslast unterscheiden, also auch höher sein. Nach einigen Monaten erfolgreicher Therapie gleicht sich jedoch die Viruslast in den genitalen Sekreten im Allgemeinen der Viruslast im Blut an. Bei Vorliegen von STDs kann die Viruslast in den genitalen und rektalen Sekreten höher sein als im Blut.

Eine stabile und wirksame antiretrovirale Therapie kann bei Abwesenheit weiterer STDs (sART ohne STD) die bisherigen Präventionsoptionen unter bestimmten Voraussetzungen und eingegrenzt auf bestimmte Sexualpraktiken sinnvoll ergänzen. Die Botschaft bedeutet generell eine Entlastung für HIV-positive Menschen und ihre Sexualpartner.

Voraussetzungen

Folgende Voraussetzungen müssen erfüllt sein:

- Der/die HIV-positive Patient/in hält die Vorschriften der antiretroviralen Therapie (ART) konsequent ein, und der behandelnde Arzt/die behandelnde Ärztin kontrolliert regelmäßig die Laborwerte.
- Die Viruslast (VL) liegt seit mindestens sechs Monaten unter der Nachweisgrenze (derzeit 20–50 Kopien/ml).
- Es liegen keine anderen sexuell übertragbaren Infektionen (STDs) oder andere ulzerierende Erkrankungen der Genitalien oder des Mundes vor. Denn bei Geschwüren, Entzündungen oder Schleimhautverletzungen kann die HIV-Konzentration in den umgebenden Schleimhäuten und Sekreten – auch bei erfolgreich behandelten Patient(inn)en – deutlich erhöht sein, so etwa in der Flüssigkeit der Bläschen bei einer Herpes-simplex-Infektion, im Geschwür beim Primäraffekt einer Syphilis oder in der entzündlichen Flüssigkeit bei einer rektalen Gonorrhö.

Die letztgenannte Voraussetzung ist die problematischste: Von der Abwesenheit anderer

sexuell übertragbarer Erkrankungen⁵ kann man mit Sicherheit nur nach aktuellen negativen Ergebnissen entsprechender Blut- bzw. Abstrichuntersuchungen (ggf. auch oral und rektal) ausgehen. Die Abwesenheit von Symptomen ist hier nicht gleichbedeutend mit Abwesenheit von Infektionen! Bei der Beratung von HIV-diskordanten Paaren sollte die mögliche »Einschleppung« von STDs durch Kontakte mit anderen Partnern angesprochen werden.

Vaginalverkehr

Unter den genannten Voraussetzungen ist das HIV-Übertragungsrisiko bei Vaginalverkehr ohne Kondom auch bei Ejakulation in der Vagina vernachlässigbar gering.

Begründung: Ausgehend von Studienergebnissen rechnet man damit, dass das HIV-Übertragungsrisiko unter den oben genannten Bedingungen pro Sexualakt in einem Bereich zwischen 1:100.000 und 1:1.000.000 liegt. Dabei wird angenommen, dass sich die Viruslast in Genitalsekreten (Samen-/Vaginalsekret) unter wirksamer antiretroviraler Therapie in der Regel in gleicher Weise verhält wie im Blut, das heißt, dass ein Rückgang der Viruslast um einen Faktor von 100–1.000 erfolgt. Zwar gibt es vereinzelt Ausnahmen, die aber epidemiologisch bedeutungslos sind. Allerdings sollte auf solche Fälle im Beratungsgespräch hingewiesen werden.

Zu beachten ist, dass in der Beratung nicht nur eine Risikokalkulation pro Sexualakt, sondern auch eine Kalkulation des kumulativen Risikos wichtig ist. Das kumulative Risiko berücksichtigt die Häufigkeit des Sexualakts pro Zeiteinheit. Bei diskordanten Paaren sollte das Risiko über mehrere Jahre berechnet werden (bei

⁵ Bislang gibt es noch keinen (internationalen) Konsens darüber, welche STD an welchen Lokalisationen relevante Faktoren für eine HIV-Übertragung sind. Vor allem ulzerierende STD (Syphilis und Herpes) erhöhen das HIV-Übertragungsrisiko um ein Mehrfaches. Auch über die Bedeutung von Gonokokken- und Chlamydien-Infektionen besteht weitestgehend Konsens. Schwieriger ist die Bewertung von Pilzinfektionen oder Trichomonaden. Bei einem von UNAIDS initiierten Expertentreffen am 4. Juni 2008 wurde die Notwendigkeit einer Klärung der STD-Diagnostik betont und damit der Klärungsprozess begonnen.



1.000 Sexualakten und einem Pro-Kontakt-Risiko von 1:100.000 beträgt das kumulative Risiko 1:100).

Oralverkehr (Fellatio)

Unter den genannten Voraussetzungen und dem Ausschluss ulzeröser Erkrankungen der Mundhöhle ist das HIV-Übertragungsrisiko bei Oralverkehr⁶ auch mit Ejakulation in den Mund und Schlucken von Sperma für die aufnehmende Person vernachlässigbar gering.

Begründung: Oralverkehr birgt – unabhängig von der sexuellen Orientierung – auch bei nachweisbarer Viruslast im Vergleich zu ungeschütztem vaginal- und Analverkehr ein lediglich geringes Risiko. Geht man davon aus, dass das Transmissionsrisiko bei nicht nachweisbarer Viruslast um den Faktor 100–1.000 sinkt (siehe vaginalen Verkehr), errechnet sich ein Transmissionsrisiko bei erfolgreicher antiretroviraler Therapie von 0,0005 bis 0,00005 %, also maximal 5 Übertragungen pro 1–10 Millionen Sexualkontakten. Dies stellt selbst bei einer häufig ausgeübten Sexualpraktik – entscheidend ist das kumulative Risiko – ein vernachlässigbar kleines Risiko dar.

Analverkehr

Im Gegensatz zum vaginalen Verkehr gibt es für die Frage, ob die Option „sART ohne STDs“ auch für den ungeschützten Analverkehr (unabhängig davon, ob Mann/Mann oder Mann/Frau) eine ähnliche Risikoreduzierung bietet, bislang keine aussagekräftigen wissenschaftlichen Studien.

Begründung: Bislang mangelt es sowohl an Grundlagenforschung (zu der Frage, wie hoch unter bestimmten Bedingungen die Viruslast im Flüssigkeitsfilm der Darmschleimhaut ist) als auch an Kohortenstudien (z.B. Partnerstudien, bei denen ein Partner HIV-negativ und der andere HIV-positiv ist). Eine Analogie zur Risikoeinschätzung beim vaginalen Verkehr kann derzeit nicht vorgenommen werden, da das HIV-Übertragungsrisiko (bei nachweisbarer Viruslast) bei aufnehmendem Analverkehr pro

⁶ Oralverkehr bei der Frau (Cunnilingus) birgt bereits unabhängig von der Viruslast ein vernachlässigbar kleines Risiko und wird daher in diesem Papier nicht weiter diskutiert.

Sexualkontakt grundsätzlich höher ist als bei aufnehmendem vaginalen Verkehr⁷.

Von einem hohen oder sehr hohen Risiko bei *nicht* nachweisbarer Viruslast und Abwesenheit von STDs geht zwar kaum ein Experte aus. Strittig ist aber, ob noch ein relevantes Risiko vorliegt oder ob das Risiko wie beim vaginalen Verkehr vernachlässigbar gering ist⁸. Die DAH strebt gemeinsam mit Partnern in der Wissenschaft an, diese Forschungslücke zu schließen.

Erweiterung von Präventionsbotschaften

Grundlage für eine Erweiterung von Präventionsbotschaften sind wissenschaftlich begründete Einschätzungen von Übertragungsrisiken. Neue Präventionsoptionen sollten mindestens eine Risikoreduktion erbringen, die dem derzeitigen Goldstandard (Kondom) entspricht.

Zur Sicherheit von Kondomen in Sachen HIV-Infektionsschutz liegt keine randomisierte Interventionsstudie vor. Eine Cochrane-Analyse von Kohortenstudien mit heterosexuellen Paaren belegt eine Reduktion der HIV-Inzidenz um 80 %. Diese Berechnung spiegelt neben Kondomunfällen auch Compliance-Probleme wider. Für Paare, die im korrekten Gebrauch von Kondomen geübt sind und „Kondomunfallsrisi-

⁷ Risikokalkulationen erfolgen auf Grundlage von Studien mit diskordanten Paaren oder Seroinzidenzstudien. In der deutsch-österreichischen Leitlinie zur HIV-Postexpositionsprophylaxe (www.daignet.de) wird das HIV-Transmissionsrisiko für den einmaligen Sexualkontakt wie folgt kalkuliert: rezeptiver Analverkehr mit bekannt positivem Partner 0,82 %, mit unbekanntem Partner 0,27 %; rezeptiver vaginaler Verkehr 0,05–0,15 %. Solche Einschätzungen geben nur einen groben Anhalt für das Risiko, da verschiedene Studientypen zur Kalkulation herangezogen werden und die Viruslast oder das Vorliegen von STDs in diesen Studien in der Regel nicht berücksichtigt ist. Im Einzelfall kann daher das Risiko um ein Mehrfaches höher oder aber auch niedriger sein. Deutlich wird lediglich, dass das HIV-Transmissionsrisiko für rezeptiven Analverkehr deutlich über dem für rezeptiven vaginalen Verkehr liegt.

⁸ Die EKAF (Schweiz) kommt zu der Einschätzung, dass die vorliegenden Studien zu heterosexuellen diskordanten Paaren auch das Transmissionsrisiko Analverkehr beinhalten, da heterosexuelle Paare in relevantem Maße auch Analverkehr praktizierten. Existierte ein relevantes Risiko, so die EKAF, dann müsste sich das in Infektionszahlen in den heterosexuellen Kohorten abbilden. Die Deutsche AIDS-Hilfe teilt diese Einschätzung nicht. Uns liegen keine aussagekräftigen Studien vor, die Auskunft über die Häufigkeit von Analverkehr vor allem bei diskordanten heterosexuellen Paaren geben. Aufgrund der unterschiedlichen Ausgangslage für das HIV-Transmissionsrisiko bei nachweisbarer Viruslast (sehr hoch bei Analverkehr, hoch bei vaginalen Verkehr, gering bei Oralverkehr) betrachten wir jede Sexualpraktik gesondert.



ken“ (z. B. Alkoholkonsum) vermeiden, wird daher in Präventionsstudien meist eine Senkung der HIV-Inzidenz um 95 % angenommen. In der San Francisco Young Men's Health Study wurde für selbstberichteten konsequenten Kondomgebrauch bei rezeptivem Analverkehr der gleiche Schutzeffekt von 95% bei schwulen Männern errechnet.

Die Option „sART ohne STDs“ stellt für Vaginal- und Oralverkehr bei den oben genannten Bedingungen somit eine Ergänzung oder Alternative zu Safer Sex dar (für Analverkehr ist die Einschätzung von Experten uneinheitlich). Die Risikokalkulation ergibt für Oral- oder Vaginalverkehr eine mindestens so hohe Sicherheit wie der Gebrauch eines Kondoms.

Allerdings müssen bei dieser Option – anders als beim Kondom – optimierte Voraussetzungen geschaffen werden. Sicherzustellen, dass keine STDs vorliegen, ist angesichts dessen, dass sie viel leichter übertragbar sind als HIV, besonders schwierig. Zudem existiert noch keine Leitlinie bzw. kein Konsens, mit welchen diagnostischen Methoden welche STDs ausgeschlossen werden sollten.

Die Option „sART ohne STDs“ erfordert ein hohes Maß an Information und Beratung beider Partner, um Fehlinformationen und Missverständnissen entgegenzuwirken.

Die Abklärung der individuellen Situation in der Beratung ist unerlässlich, denn die Option „sART ohne STD“ kann für die Beziehung in einer diskordanten Partnerschaft zu einer großen Entlastung führen.

Rechtliche Situation

Ratsuchende sollten in der Beratung darauf hingewiesen werden, dass die Rechtssprechung die Höhe der Viruslast bislang nur unzureichend berücksichtigt. Nach wie vor gibt es Fälle, in denen der HIV-positive Partner wegen einer „in Kauf genommenen HIV-Übertragung“ (z. B. durch Kondomverzicht) strafrechtlich belangt wird – selbst wenn ein Gutachter im Gerichtsverfahren eine extrem niedrige Übertragungswahrscheinlichkeit (von z. B. 1:100.000 oder mehr) bescheinigt.

Begrenzung der Option „sART ohne STDs“

Für Gelegenheitskontakte ist die Option „sART ohne STDs“ aufgrund des nicht bekannten STD- und HIV-Status der Sexualpartner nicht

geeignet, denn hier birgt sie ein erhebliches HIV-Risiko.

Für Gelegenheitskontakte und Sex mit neuen Partnern ist die Verwendung von Kondomen nach wie vor die beste Präventionsoption: nicht nur zum Schutz vor HIV, sondern auch zur Reduktion von STDs.

Literatur (Auswahl)

Antiretrovirale Therapie / Viruslast und HIV-Transmission. Heterosexuelle

- Barreiro P, et al. (2006). Natural pregnancies in HIV-serodiscordant couples receiving successful antiretroviral therapy. *J Acquir Immune Defic Syndr*; 43:324-6.
- Bernasconi E, et al. (2001). HIV transmission after suspension of highly active antiretroviral therapy. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2001;27:209.
- Castilla J, et al. (2005). Effectiveness of highly active antiretroviral therapy in reducing heterosexual transmission of HIV. *J Acquir Immune Defic Syndr*;40:96-101.
- Chakraborty H, et al. (2001). Viral burden in genital secretions determines male-to-female sexual transmission of HIV-1: a probabilistic empiric model. *AIDS*;15:621-7.
- Melo M, et al. (2006). Demographic characteristics, sexual transmission and CD4 progression among heterosexual HIV-1 serodiscordant couples followed in Porto Alegre, Brazil.: XVI International AIDS Conference: Abstract no. TUPE0430
- Quinn TC, et al. (2000). Viral load and heterosexual transmission of human immunodeficiency virus type 1. Rakai Project Study Group *N Engl J Med*; 342:921-9.

Antiretrovirale Therapie und HIV-Transmission. Homosexuelle Männer

- Porco TC, et al. (2004). Decline in HIV infectivity following the introduction of highly active antiretroviral therapy. *San Francisco Young Men's Health Study. AIDS*; 18:81-8.

HIV-Viruslast in genitalen und rektalen Sekreten

- Cu-Uvin, et al (2000). Effect of highly active antiretroviral therapy on cervicovaginal HIV-1 RNA. *AIDS*;14:415-21.
- Cu-Uvin S, et al. (2006). Association between paired plasma and cervicovaginal lavage fluid HIV-1 RNA levels during 36 months. *J Acquir Immune Defic Syndr*;42:584-7.
- Kovacs A, et al. (2001) Determinants of HIV-1 shedding in the genital tract of women. *Lancet*; 358:1593-601.



- Neely MN, et al (2007). Cervical shedding of HIV-1 RNA among women with low levels of viremia while receiving highly active antiretroviral therapy. *J Acquir Immune Defic Syndr.*; 44:38-42.
- Nunnari G, et al. (2002) Residual HIV-1 disease in seminal cells of HIV-1-infected men on suppressive HAART: latency without ongoing cellular infections. *AIDS*; 16:39-45.
- 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.
- 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.
- Zuckerman RA, et al. (2004) : Higher Concentration of HIV RNA in Rectal Mucosa Secretions than in Blood and Seminal Plasma, among Men Who Have Sex with Men, Independent of Antiretroviral Therapy. *J Inf Dis* 190:156-161

Viruslast und HIV-Transmission / Bedeutung der akuten Infektion

- Brenner BG, et al. (2007) High rates of forward transmission events after acute/early HIV-1 infection. *J Infect Dis*. 2007;195:951-9.
- Pilcher CD, et al. (2004). Brief but efficient: acute HIV infection and the sexual transmission of HIV. *J Infect Dis.*;189:1785-92.
- Yerly S, et al. (2001) Acute HIV infection: impact on the spread of HIV and transmission of drug resistance. Swiss HIV Cohort Study. *AIDS*;15:2287-92.
- Yerly S, et al. (2001). HIV drug resistance and molecular epidemiology in patients with primary HIV infection. Swiss HIV Cohort Study. 8th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, Chicago, 4–8 February. Abstract 754.

Bedeutung von STD für die HIV-Transmission

- Chesson HW, Pinkerton SD (2000). Sexually transmitted diseases and the increased risk for HIV transmission: implications for cost-effectiveness analyses of sexually transmitted disease prevention interventions. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2000; 24:48-56.
- Cohen MS, et al. (1997). Reduction of concentration of HIV-1 in semen after treatment of urethritis: implications for prevention of sexual transmission of HIV-1. *Lancet*;349:1868-73.
- Sadiq ST, et al. (2002). The effects of antiretroviral therapy on HIV-1 RNA loads in seminal plasma in HIV-positive patients

with and without urethritis. *AIDS*;16:219-25.

Kondome und HIV-Transmission

- Weller SC, Davis-Beaty K (2006). Condom effectiveness in reducing heterosexual HIV transmission (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2002, Issue 1. Art. No.: CD003255. DOI: 10.1002/14651858.CD003255

Oralverkehr und HIV-Transmission

- Campo J, et al. (2006). Oral transmission of HIV. Reality of fiction? An update. *Oral Diseases* 12: 219 – 228
- Cohen MS, et al. (2000). Limits on oral transmission of HIV-1. *The Lancet* 356: 272
- del Romero J, et al. (2002). Evaluating the risk of HIV transmission through unprotected orogenital sex. *AIDS* 16: 1296–1297
- Edwards S, Carne C (1998). Oral Sex and the transmission of viral STIs. *Sex Transm. Inf.* 74: 6-10

Risikokalkulationen für die sexuelle HIV-Transmission

- Deutsche AIDS-Gesellschaft und Österreichische AIDS-Gesellschaft (2007). Postexpositionelle Prophylaxe der HIV-Infektion. Deutsch-Österreichische Empfehlungen. www.daignet.de
- Fisher M et al., (2006) UK Guideline for the use of PEP for HIV following sexual exposure. *Int J of STD & AIDS*. 17:81-92
- Vittinghoff E, et al. (1999). Per-Contact-Risk of Human Immunodeficiency Virus Transmission between Male Sexual Partners. *American Journal of Epidemiology* 150: 306 - 311

Zusammenfassungen zu „sART ohne STD“

- Vernazza P. et al. Eidgenössische Kommission für Aidsfragen (2008). HIV-infizierte Menschen ohne andere STD sind unter wirksamer antiretroviraler Therapie sexuell nicht infektiös Schweizerische Ärztezeitung; 89: 5; S. 165-169
- Vielhaber B. (2008) Viruslast in Genitalsekret und Transmissionswahrscheinlichkeit. HIVReport der Deutschen AIDS-Hilfe e.V., 10. Januar 2008. www.hivreport.de



Stellungnahme von Ulli Würdemann, Michéle Meyer, Michael Jähme, Matthias Hinz und anderen zur EKAF-Information

Silence=Death? oder: Ich weiß was ich tu!

Die Eidgenössische Aids-Kommission für Aids-Fragen (EKAF, Bern/Schweiz) hat am 30. Januar 2008 ein Statement veröffentlicht, demzufolge Positive unter erfolgreicher Therapie (Viruslast mind. 6 Monate nicht nachweisbar) ohne sexuell übertragbare Infektionen „sexuell nicht infektiös“ sind. Zuvor war dieser Sachverhalt bereits seit Jahren auf wissenschaftlichen Konferenzen diskutiert worden. Die Deutsche Aids-Hilfe bemüht sich seitdem um eine eigene Stellungnahme, auch in Zusammenarbeit mit Robert-Koch-Institut und Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Bisher ist es leider ergebnislos bei dem Bemühen geblieben.

Wir begrüßen das Statement der EKAF und die breite Information der Öffentlichkeit,

sowie die daraus resultierende breite Debatte.

Die Stellungnahme der EKAF bedeutet für Menschen mit HIV und Aids und ihre Partner, dass

- ein tabuisiertes Thema, die (eigene) HIV-Infektion, enttabuisiert und wieder Thema von Gesprächen wird.
- sich die Wahrnehmung von Positiven verändert, wieder mehr der Realität annähert.
- Positive weniger als Gefahr erlebt, Toleranz und Teilhabe steigen werden.
- auch das Selbstbild von Positiven sich verändert, normalisieren kann.
- die juristische Bewertung sich verändern wird.

Zudem wird durch die Veröffentlichung der EKAF die Kluft zwischen Präventions-Botschaften und Lebenspraxis geringer. Aids-hilfe gewinnt so auch wieder eine größere

Nähe an die Lebensrealität der Menschen und Glaubwürdigkeit ihrer Kampagnen zurück.

Wir fordern:

Information

Die Stellungnahme der EKAF sowie die verfügbaren Daten sind vorurteilsfrei und offen für jeden verständlich zu kommunizieren. Wissen darf nicht instrumentalisiert werden. Verschweigen ist Ausdruck von Mißtrauen. Information vorzuenthalten ist unethisch. Jeder Positive (& jeder Partner von Positiven) hat ein Recht auf Information über die Chancen und Risiken, die das EKAF-Statement für seine Lebenssituation bedeuten.

Keine Informations-Willkür

Die derzeitige Situation, dass nur ausgewählte Patienten bei ausgewählten Ärzten die Chancen des EKAF-Statements erfahren und umsetzen können, ist zynische Doppelmoral und unerträgliche Zensur. Wir fordern Information statt scheinbar wohlmeinender Klientelisierung. Niemand hat das Recht zu entscheiden, wer **'mündig genug' für diese Informationen ist, und wer nicht.**

Sich den veränderten Realitäten stellen

Will Prävention nicht vollends unglaubwürdig werden, muss sie sich **den veränderten Realitäten aktiv stellen** – statt durch Schweigen oder fehlende Information die Entstehung neuer Mythen zu begünstigen. Weiteres Schweigen vergrößert nur den bereits angerichteten Schaden.

Mut zur eigenen Haltung

Aidshilfe hat (ihrem Leitbild zufolge) das Ziel, dass „jeder Einzelne informiert, selbstbestimmt und verantwortungsvoll mit dem Risiko von HIV und Aids umgehen kann“. Die durch die EKAF aufgeworfenen Fragen, Information und daraus resultierenden Botschaften gehören zu den **Kern-Aufgaben der DAH**. Die DAH hat



die hierfür erforderlichen Kompetenzen und fachkundigen Mitarbeiter. Die DAH ist nicht Interessenvertreter einer Gesundheits-Bürokratie, sondern ihrer Mitgliedsorganisationen sowie der Menschen mit HIV und Aids und ihrer Partner.

Es ist höchste Zeit, dass die DAH jetzt wieder den **Mut zu eigener Haltung** zurückgewinnt!

Wissenslücken schließen

Diejenigen Punkte, zu denen Dissens zwischen den Beteiligten besteht, müssen ebenfalls klar und öffentlich benannt werden. Es reicht nicht, mantrahaft das Fehlen von Daten und Evidenz zu wiederholen. Wo Datenlücken bestehen (wie scheinbar bei der Beurteilung des Übertragungsrisikos bei Analverkehr oder der Auswirkung verschiedener STDs) fordern wir **Datenlücken zu schließen**, entsprechende **Studien** sind zu konzipieren und durchzuführen. Hier ist auch das Kompetenznetz HIV gefordert.

Gleichheit im Maßstab

Risiken dürfen **nicht mit zweierlei Maß gemessen** werden. Der Grad an Evidenz, der für die Aussagen zur Kondomverwendung reichte, muss auch für Aussagen zur Infektiosität bei erfolgreicher Therapie (ohne STDs) genügen. Der Beweis einer Abwesenheit von Risiko ist nicht möglich!

Kaum jemand bezweifelt, dass eine erfolgreiche Therapie mit Viruslast unter der Nachweisgrenze die Infektiosität mindestens so stark senkt wie die Benutzung von Kondomen. **„Wirksame Therapie ohne STDs“ ist mindestens genauso effektiv wie Kondome. Dies muss auch laut gesagt werden!** Diejenigen Punkte des Statements, zu denen weitgehender Konsens auch zwischen Forschern und Prävention besteht (z.B. Oral-

/Vaginalverkehr) sind entsprechend offen zu kommunizieren statt sie weiterhin zu verschweigen.

Wissen darf nicht instrumentalisiert werden! Erfolgreiche Therapie ohne STDs kann auch Safer Sex sein!

Autorinnen: Ulli Würdemann, Michèle Meyer, Michael Jähme, Matthias Hinz.

Erstunterzeichnende Personen und Organisationen:

Engelbert Zankl, Achim Teipelke, Wolfgang Vorhagen, Peter Smit (Amsterdam), Claudius A. Meyer, Frank Wieting, Bernd Aretz, Hermann Jansen, Birgit Krenz, Olaf Lonczewski, Gaby Wirz, Guido Kissenbeck, Werner Heidmeier, Konstantin Leinhos, Rolf Ringeler, Sven Karl Mai, Michael Bohl, Wolfgang Fannasch, Norbert Dräger, Felix Gallé, Dr. Axel Hentschel, Prof. Dr. Martin Dannecker, Rainer Wille, Wolfgang Richter, Stefan Schwerin, Bernard George, Carsten Schatz, Claudia Fischer-Czech, ... u.a.

(Erstunterzeichnung war nur möglich am Rande der Fachtagung „Ethische Perspektiven“ und des 126. Positiventreffens.)

- „positiv e.V.“, Projekt bundesweite Positiventreffen, Mitglied der DAH;

- „LHIVE“ - Organisation der Menschen mit HIV/Aids in der Schweiz;

- das „126.Bundesweite Positiventreffen“ in der Akademie Waldschlösschen mit 60 Teilnehmerinnen und Teilnehmern.

Neben vielen Anderen haben sich am 25.6.08 auch „Positiv e.V.“ und das 126. bundesweite Positiventreffen in der Akademie Waldschlösschen der folgenden Erklärung vom 19.6.2008 angeschlossen.



VORSICHT!

Das nachfolgende Memorandum stellt eine Extremposition zur HIV-Prävention dar. Die Redaktion von HIVReport hat lange überlegt, ob dieses Papier abgedruckt werden kann. Eigentlich finden wir, dass solchen Positionen keinen Raum gegeben werden sollte.

Diese Positionen wurden bereits in den 1980er Jahren öffentlich debattiert. Seinerzeit wurde – auch auf Druck der sich gründenden und erstarkenden AIDS-Hilfe-Bewegung – politisch die immer noch gültige Strategie der HIV-Prävention beschlossen.

Dass heute – in einer bemerkenswerten zeitlichen Nähe zur EKAF-Veröffentlichung – diese politische Entscheidung und die darauf fußende Präventionsvereinbarung in einer so drastische Weise erneut in Frage gestellt wird, ist allein Grund genug, das Papier zu veröffentlichen. Scheinbar ist es nach 25 Jahren erneut notwendig, sich öffentlich und kraftvoll gegen Ausgrenzung und Zwangsmaßnahmen zu positionieren.

Das Memorandum enthält darüber hinaus Argumentationsmuster und Grundhaltungen, die im Zuge der Diskussion über die Veröffentlichung der EKAF auch eingesetzt werden.

MEMORANDUM des AIDS-Ausschusses der Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern

Zur Prävention der HIV-Infektion in Deutschland

1. Epidemiologie der HIV-Infektionen in Deutschland Ende 2007

Ähnlich wie in vergleichbaren Nachbarländern gleicht die HIV-Ausbreitung in Deutschland einer nicht zu beherrschenden Dynamik. So sind seit 1998 bis zum 1. Halbjahr 2007 etwa 20.000 HIV-infizierte Menschen hinzugekommen^[9]. Diese Steigerung trotz laufender Präventionskampagnen wirft Fragen auf nach den kollektiv- und individual-psychologischen Hintergründen sowie gesellschaftlichen Entwicklungen für die offensichtlich unzureichende Wirksamkeit der gegebenen Präventionsstrategie^[10].

⁹ RKI (2007). HIV-Infektionen und AIDS-Erkrankungen in Deutschland, Aktuelle epidemiologische Daten (Stand vom 01.09.2007), Halbjahresbericht 1/2007 aus dem Robert Koch-Institut, Epidemiologisches Bulletin B/2007.

¹⁰ Wir beziehen uns in den folgenden Ausführungen auch auf Veröffentlichungen aus unserem Arbeitskreis „AIDS-Ausschuss der Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern“; diese werden aber nicht ausdrücklich zitiert: 1. Dennin, Lafrenz et al., Sexuologie 10 (1):33-40 (2003); 2. Prävention und Rehabilitation 18 (3):121-129 (2006); 3. Bundesgesundheitsbl., –Gesundheitsforsch. – Gesundheitsschutz

2. Strategien der Bundesregierung zur HIV-Prävention

Seit Auftreten von HIV-Infektionen in Deutschland und Erkennen ihrer gesundheitspolitischen Bedeutung wurde die Notwendigkeit gesehen, mit Präventionskampagnen der epidemischen Ausbreitung gegen zu steuern. Die zugrunde liegende Strategie wurde auf Basis der New Public Health (NPH)^[11] entwickelt.

Sie wurde als einzige Alternative zur Old Public Health (OPH) gesehen, die auf Ermittlung von Infektionsquellen und Unterbrechung von Infektionsketten beruht. Die NPH-Strategie dagegen beinhaltet i[m].w[esentlichen]. Aufklärung zu Übertragungswegen und Propagierung „einfacher“ Schutzmaßnahmen (safer sex bzw. safer use); zusammen mit dem Angebot auf freiwillige, anonyme oder vertrauliche HIV-Testung und Beratung, sowie durch öffentlich vermitteltes Lernen sollen zeitstabile und wirksame Verhaltensänderungen in den Lebensbe-

50 (4):456-464 (2007); 4. Sinn et al., Prävention und Rehabilitation - im Druck (2007).

¹¹ Rosenbrock R. (2001), Was ist New Public Health? Bundesgesundheitsbl. – Gesundheitsforsch. – Gesundheitsschutz 44, 753-762.



reichen der Sexualität und des Drogengebrauchs erreicht werden [¹², ¹³]. Mit dieser, vom liberalen Gedankengut geprägten Strategie des gesellschaftlichen Lernens ist ein Vertrauens- und Erwartungsvorschuss an bereits von der HIV-Infektion betroffene wie noch HIV-naive aber sexuell risikobereite („at-risk“) Mitmenschen neben „intravenös Drogengebrauchen“ (IVDU) verbunden, neue HIV-Infektionen zu vermeiden.

Diese Botschaften per se sind unbestritten richtig und für jeden Mitbürger zugänglich. Aber, prinzipienethische Normen wie „niemand Schaden zufügen“ bleiben vage oder werden verschwiegen.

Die geltende Präventionsstrategie beruht auf einer realitätsfernen Annahme, d.h., es wird versucht, den Menschen – seine biologisch-natürliche Ausstattung übersehend – vermittels Lernstrategien anders zu formen als es seiner Natur entspricht. Die Zielsetzung, nur über Kommunikation [¹⁴] und breitenwirksame Information – d.h., an die kognitive Ebene gerichtete rationale Präventionsbotschaften – bei Menschen verantwortliches Verhalten herbeizuführen ist insofern trügerisch, weil es rational steuerbare Tatsituationen voraussetzt – und diese sind für die hier bestimmende Sexualität, verbunden mit all ihren individuellen Triebstrukturen und der Drogensucht, nicht maßgebend. Sie können allein für die einerseits natürlichen Lebensführungen wie Sexualtrieb neben andererseits Drogensucht nicht effektiv wirksam sein. Irrig ist die Annahme, dass bei Menschen mit dominierender sexueller Triebdynamik beim Impulsdurchbruch rationale Steuerungselemente die Situationsgestaltung kontrollierend bestimmen – und das heißt hier: selbstkontrollierend vermeiden, unter Umständen wissentlich oder unwissentlich das HIV aktiv zu übertragen oder passiv zu erwerben. Der rationale Ermessungsspielraum zur Eigenkontrolle im emotionalen Bereich ist zur Verhaltenssteuerung begrenzt!

¹² Marcus U. (2007), Präventionsstrategien zur Eindämmung der HIV-Epidemie – Erfolge, Probleme und Perspektiven. Bundesgesundheitsbl. – Gesundheitsforsch. – Gesundheitsschutz 50: 412-421

¹³ Rosenbrock R. (2007), AIDS-Prävention – ein Erfolgsmodell in der Krise; Bundesgesundheitsbl. – Gesundheitsforsch. – Gesundheitsschutz 50: 432-441

¹⁴ S. auch J. Habermas, „Theorie des kommunikativen Handelns“ (s. Pinzani A., Jürgen Habermas, 2007).

Für das derzeit bestimmende Modell der NPH als alleinige Grundlage der Präventionsarbeit gibt es keine Gegenkontrollen, die auf der Basis einer wissenschaftlich reproduzierbaren Beweisführung objektive Bewertungen erlauben würden – im Sinn der Popper'schen Falsifikationstheorie. Zudem besteht die Gefahr, dass die liberalen Elemente der NPH für gruppen-spezifische Interessen missbraucht werden.

Die steigenden HIV-Prävalenzen für die vergangenen 20 Jahre belegen, dass die Strategien auf Basis der NPH nicht die notwendigen zeitstabilen Verhaltensänderungen bewirkt haben. Die Warnungen dazu aus unserer Arbeitsgruppe an das Bundesministerium für Gesundheit wurden zurückgewiesen mit dem Hinweis, „... dass sich Verhaltensänderungen nicht innerhalb kurzer Zeiträume erreichen lassen...“ (¹⁵) Die Zunahme der HIV-Prävalenzen wie –Inzidenzen seither belegen (¹) die Richtigkeit unserer Voraussagen und (²), dass die allein geltende NPH-Präventionsstrategie keinen relevanten Präventionseffekt bewirken kann. Auch im neuen Aktionsplan der Bundesregierung [¹⁶] werden Kenntnisse aus der Verhaltensforschung diverser Disziplinen nicht berücksichtigt; vielmehr ist darin auch die Mentalität zu vieler Betroffener konkludent übernommen worden, die ohne Gedanken an eine sozialverantwortliche Rückkoppelung gravierende Folgen für das Gemeinwesen in Kauf nehmen.

3. Die Quellen der HIV-Ausbreitung: Die wissentlich und unwissentlich HIV-Infizierten

- a. Wegen der strikt Personen-Gebundenen Übertragung neben i.v. Drogengebrauch sind HIV-Infizierte die weitertragenden Kräfte der regionalen Epidemien als Teil der HIV-Pandemie; zu viele wissent-

¹⁵ Entnommen einer Korrespondenz mit dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG), 1997. Diese Auffassung wurde in einem Schreiben des BMG, 12/2005, mit Hinweis auf die epidemiologischen Entwicklungen z.T. relativiert.

¹⁶ Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMSG) et al.: Aktionsplan zur Umsetzung der HIV/AIDS-Bekämpfungsstrategie der Bundesregierung, Stand März 2007. 2. überarbeitete Auflage. BMSG, BIMBF und BMZ (Hrsg.), Berlin, Bonn 2007



lich HIV infizierte Personen (¹⁷) verbreiten ihr HI-Virus unter Nichtbeachtung gemeinhin anerkannter ethischer Normen (z.B. „Nicht die Gesundheit anderer verletzen oder gar töten“; denn grundsätzlich gilt: die HIV-Infektion ist eine Körperverletzung mit in der Regel Todesfolge).

- b. Neben den wissentlich HIV-Infizierten stellen die unwissentlich HIV-Infizierten ein brisantes Potenzial für die HIV-Ausbreitung dar: Zu Beginn der HIV-Epidemie in Deutschland und Einführung der Präventionskampagnen dürfte die Zahl dieser unwissentlich HIV-Infizierten nur einige hundert betragen haben; derzeit ist von wenigstens 15.000 Personen auszugehen. Die Progression bis zum klinisch manifesten Stadium – AIDS – verläuft bei den Betroffenen über viele Jahre unbemerkt; gerade durch die unauffällige und stetige Akkumulierung von HIV-Infizierten birgt sie eine dynamische Verbreitungstendenz. Diese systemimmanente Schwachstelle bildet ein wachsendes, aber ein lange Zeit verborgenes Reservoir, aus dem über Jahrzehnte – womöglich über Generationen? – unerkannt HIV-Neuinfektionen gespeist werden. Hierin liegt eine zunehmend unkalkulierbare Gefahr, auf die wir das BMG bereits 1997 hingewiesen haben. Die gesundheitliche Schädigung durch die HIV-Übertragung, einer „Infektion mit meist infauster Prognose“, beschädigt das grundgesetzlich geschützte Recht auf körperliche Unversehrtheit – im erweiterten Sinn ist sie schließlich als eine Verletzung der Menschenwürde des Neu-Infizierten anzusehen (Die Würde des Menschen ist unantastbar; sie zu achten und zu schützen ist Verpflichtung aller staatlichen Gewalt, Art .1, Abs. 1, GG).

4. Die ungebrochene Dynamik der HIV-Verbreitung aufgrund gesellschaftlicher Entwicklungen

- a. Das sozialstaatliche Gemeinwesen unserer demokratischen Staatsordnung ist geprägt vom Modell der offenen Gesellschaft; das Leitbild dieses liberalen Gesellschaftssystems setzt bei seinen Mitbürgern das Befolgen ethischer Wertennormen voraus

¹⁷ Es sei ausdrücklich erwähnt, dass sich unter den HIV-Infizierten frühzeitig Selbsthilfegruppen organisiert haben, die verantwortungsvoll für die Ziele der HIV-Prävention arbeiten.

– das entspricht einer verantwortungsethischen Begründung.

- b. Zu den Grundrechten in der deutschen Verfassung gehört das Recht auf die freie Entfaltung der Persönlichkeit – hier in Kurzform Persönlichkeitsrecht genannt – und das Recht auf körperliche Unversehrtheit, insbesondere den Lebensschutz.
- c. Aber solche Wertesysteme, die an religiös oder weltanschaulich begründete ethische Normen gebunden sind sowie informelle Regeln unserer über Jahrhunderte entwickelten Zivilgesellschaften werden zunehmend in Frage gestellt oder gar nicht erst beachtet: HIV-Infizierte verstoßen mit der HIV-Übertragung auf Partner gegen elementare Menschenrechte und Inhalte des GG.
- d. Damit spiegelt sich eine Situation wider, die wesentlich bestimmt ist durch die Nichtbeachtung wichtiger Prinzipien und Vorschriften des GG; sie haben vielfach ihre Evidenz, Klarheit und Bestimmtheit verloren, die eigentlich normative Kraft des GG ist gerade für viele der hier Angesprochenen ohne Verbindlichkeit verblieben:
Die hier Angesprochenen: Die aufgrund ihrer Sexualkonstellation zum promiskuen Risiko bereiten Menschen – unabhängig ob in geplanten Situationen anonymer Begegnungen, professionell organisierten Szenetreffen oder spontanen partnerschaftlichen Beziehungen – und IVDUs, die das Persönlichkeitsrecht zur missbräuchlichen Selbstbestimmung ausnutzen.
- e. Die Auslegungen der Persönlichkeitsrechte haben aktuell nahezu kritiklos Vorrang vor den Verpflichtungen für die Gesellschaft erlangt! Sie haben teilweise zu Lebensstilen mit vielfältigsten Möglichkeiten der Bedürfnisbefriedigung geführt – bewusst geplant oder von Mitläufern genutzt; und das ist oft verbunden mit sozial destruktivem Potenzial. Mit diesen gesellschaftlichen Entwicklungen ist gerade im soziseuellen Bereich das Verantwortungsprinzip für die hier Angesprochenen verloren gegangen; das betrifft insbesondere die Eigenverantwortung und die Verantwortung für Partner. Die Individualethik hat ihre sozial regulierende Wirkung bei den hier Angesprochenen verloren.
- f. Aus der ungezügelter Liberalisierungseuphorie hat sich eine neue ‚Wertennorm‘ abseits der Prinzipienethik etabliert – mit dem ‚Recht auf maximierte Selbstbestimmung‘ als hedonistisches Leitmotiv. Dieser Wandel in der Wertauffassung meinungsbildender Kreise unserer Gesellschaft bedeutet, dass das Paradigma unserer sozialstaatlichen Ordnung in Frage gestellt wird; denn diese neue ‚Wertennorm‘ außerhalb be-



währter sozialer und ethischer Regeln wird als ein unausgesprochener Rechtfertigungsgrund für fortschrittliche, neue Lebensstile mit vielfältigen Risiken ausgelegt.

g. Diesen gesellschaftlichen Entwicklungen ist mit der Präventionsstrategie auf Basis der NPH nicht Rechnung getragen worden. Es waren lebensfremde Illusionen, Menschen würden die eigene hedonistische Veranlagung beim „erotischen Affekt“ den richtigen Präventionsbotschaften rational unterordnen! Der Vertrauensvorsprung und die überzogene Toleranz haben dem biologisch vorprogrammierten, systemimmanenten Belohnungssystem „Eigennutz“^[18] Spielräume zum Schaden an sich selbst und der Gesellschaft geöffnet; ethische Betrachtungsweisen und deren Anmahnung zeigen keine Wirkung mehr, gelten als anachronistische Übel – der Solidargedanke bleibt ausgeklammert! Wohl aber wird mit selbstgerechter Forderung nach Risikoabsicherung für sich selbst unter Berufung auf die Prinzipienethik die Solidarität der Gesellschaft bei Schadeneintritt in Anspruch genommen wenn nicht sogar eingeklagt. Die Bundesregierung und ihre nachgeordneten Organe jedoch überlassen es dem Gesundheits- und Sozialversorgungsnetzwerk, diese selbst verursachten, aber vermeidbaren Schäden zu regulieren.

h. Das Persönlichkeitsrecht eröffnet dem Individuum richtigerweise Verhaltensfreiheiten, diese müssen aber dort enden, wo die Rechte anderer verletzt werden. Denn der individualisierte Freiheitsbegriff hat mit dazu beigetragen, dass die mit der NPH verbundene erforderliche „Eigenverantwortung“ kaum beachtet wird. Danzinger weist auf diese Problematik hin: „... a growing recognition of a possible weakness inherent in a strictly voluntarist approach to HIV prevention may herald a new approach to AIDS control ... by shifting the terms of debate away from individual rights towards a better understanding of individual and social responsibilities“^[19].

i. ‚Freiheit ohne Grenzen‘, Freiheit ohne Selbstbeschränkung birgt nachteiliges Potenzial [s. Fn. I, 4.]: Das nahezu ultimative Recht zur Selbstbestimmung ohne rechtsverbindende Grenzziehungen hat dazu geführt, dass Menschen mit selbst- und sozial-

schädlichem Verhalten ihren Freiraum in vielen Lebensbereichen bestimmen können. Der mit den Präventionskampagnen festgelegte juristische Sonderstatus der HIV-Infektion – HIV exceptionalism^[20, 21] – ist in diesem Kontext mit einer staatlichen Duldung zur Körperverletzung anderer Menschen mit schwersten gesundheitlichen Folgen einhergegangen – nahezu um jeden Preis, auch den eines anderen menschlichen Lebens. Die Ausblendung individueller Konsequenzen, d.h., ohne i. d. Regel Ahndungen befürchten zu müssen, hat zu einer nahezu „Normalisierung“ dieser Art von Gewaltanwendung geführt^[22]. Stillschweigend wird damit geduldet, was aus strafrechtlicher Sicht justitiabel ist.

j. In der geltenden Präventionsstrategie hat der Gesetzgeber Verpflichtungen nach dem GG außer Acht gelassen: Art. 1 Abs. 3, Die nachfolgenden Grundrechte binden Gesetzgebung, vollziehende Gewalt und Rechtsprechung als unmittelbar geltendes Recht; z.B. Art. 2 Abs.1, Jeder hat das Recht auf die freie Entfaltung seiner Persönlichkeit, soweit er nicht die Rechte anderer verletzt und nicht gegen die verfassungsmäßige Ordnung oder das Sittengesetz verstößt und Abs. 2, Jeder hat das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit. Die Freiheit der Person ist unverletzlich. In diese Rechte darf nur auf Grund eines Gesetzes eingegriffen werden.

5. Gewichtung kollidierender Grundrechte und sozialstaatliche Aspekte

Angesichts dieser gesellschaftlichen Veränderungen mit Werteverfall im Bereich der Individualethik bzw. zugunsten neuer Wertennormen mit Aufkündigung des Gedankens an Solidarität durch die hier Angesprochenen offenbart sich ein Dilemma im staatlichen Handeln. Die Situation: Durch fortgesetzte Tabuierung werden Prinzipienethische Normen zwar zum Schutz HIV-infizierter angewandt („Solidarität mit Betroffenen“) – aber es bleibt ungesühnt, dass mit

¹⁸ Wickler W., Seibt U., Das Prinzip Eigennutz – Ursachen und Konsequenzen sozialen Verhaltens. Hoffmann und Campe, Hamburg 1977

¹⁹ Danzinger R. (1996) An epidemic like any other? Rights and responsibilities in HIV prevention. Brit Med J; 312:1083-1084

²⁰ Bayer R., Fairchild A.L. (2006), Changing the Paradigm for HIV Testing — The End of Exceptionalism. N Engl J; Med; 355:647-649

²¹ Frieden T.R., Das-Douglas M., Kellermann S.E., Henning K.J. (2005). Applying Public Health Principles to the HIV Epidemic. N Engl J Med. 353 (22), 2397-2402

²² Abgesehen von seltenen Ausnahmesituationen mit direktem Rechtseingriff, die im Artikel 4 in der Fn I erwähnt sind.



der HIV-Übertragung gegen ethische Grundprinzipien verstoßen wird.

- a. 1. Einerseits: Die staatliche Einforderung offiziell im GG fixierter ethischer Normen und Grundrechte als Bestandteil unserer Verfassung; 2. andererseits: Die ideologisch begründeten neuen Wertennormen, die (noch) allgemein anerkannte ethische und soziale Normen vielfach verdrängen, zumindest nicht beachten. Hier: Die seit Beginn der HIV-Epidemie in Deutschland dem Anspruch (1.) gegenläufig praktizierte Duldung der missbräuchlichen Ausnutzung des grundgesetzlich verbürgten Schutzes des Persönlichkeitsrechts mit dem Verstoß gegen das Lebensrecht als höchstem Rechtsgut – verbunden mit dem Verstoß gegen die richtigen Präventionsgebote.
- b. Jede weitere Duldung dieser Situation durch den Staat wie bisher bedeutet eine Begünstigung der HIV-Ausbreitung – und bedeutet damit eine Hinnahme zur Verletzung der Menschenwürde – im Weiteren auch der Menschenrechte.
- c. Dieses Dilemma ist nur aufzulösen mit juristischen Regelungen, die auch die Interessen des Gemeinwesens berücksichtigen.
- d. Als legitim sollte gelten: Ein Gemeinwesen funktioniert nur, wenn jeder einen Teil seiner persönlichen Rechte zugunsten der Gemeinschaft unterordnet. [²³] Diesen allgemein verbindlichen gesellschaftlichen Konsens zu gewährleisten ist Aufgabe des Staates.
- e. Wir sehen dringenden Bedarf zur konkreten normativen Ausgestaltung und Balancierung der Persönlichkeitsrechte mit Bewertung neuer Wertennormen gegen den rechts-ethisch unstrittigen Lebensschutz. Das Prinzip Eigenverantwortung muss mit dieser Vorgabe als verpflichtende Auflage auch legal einforderbar sein.
- f. Ferner zeigt sich ein Dilemma des total fürsorgenden Sozialstaates unter der Last ökonomischer Diktate: Die Duldung ‚neuer Wertennormen‘ hat impliziert, die Nebenfolgen für alle persönlich verursachten Schäden am Verursacher selbst und an Partnern der Ge-

²³ s. Kardinal K. Lehmann, Eröffnungsreferat, Herbstvollversammlung der Deutschen Bischofskonferenz, 26.9.2006, www.cibk.de. (zitiert in Beitrag 4, s. Fn 1); Der grundgesetzlich fixierte Verweis auf das „...Sittengesetz....“ in Art. 2, Abs. 1 GG wird von einzelnen Mitgliedern der hier Angesprochenen offensichtlich als obsolet angesehen; denn nicht selten werden Anmahnungen von Vertretern der Prinzipienethik an das „Sittengesetz“ als neokonservative, wenn nicht sogar als fundamentalistisch-religiöse Moralvorstellungen abgetan.

meinschaft aufzubürden.

6. Folgerungen

- I. Die gegenwärtige Präventionsstrategie allein auf Basis der New Public Health ist unzureichend, die HIV-Ausbreitung in Deutschland einzudämmen, gar zurückzuführen:
 - a. Die Bundesregierung ist aufgefordert, alternative, ergänzende Regelungen zur NPH einzuführen; insbesondere: Die Sonderstellung der HIV-Infektion/AIDS und daraus abgeleitete Sonderregelungen müssen aufgehoben werden.
- II. Es ist erforderlich, wieder eine AIDS-Enquete-Kommission einzusetzen:
 - a. Zur Analyse nach mehr als 20 Jahren Erfahrung mit der geltenden Präventionsstrategie und deren Anpassung an veränderte Situationen.
 - b. Zwecks Abstimmung mit den Mitgliedsländern der Europäischen Union auch auf dieser Ebene ein länderübergreifendes Gremium einzusetzen.

Rostock, im April 2008

Dr. med M. Lafrenz - Mitglied des AIDS-Ausschusses der Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern

Prof. Dr. rer. nat. habil. R. H. Dennin - Mitglied des AIDS-Ausschusses der Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern

Dr. med. Crusius - Präsident der Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern

Dr. med. G. Hauk - Vorsitzender des AIDS-Ausschusses der Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern

Quelle: Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern, August-Bebel-Str. 9a, 18055 Rostock – Dr. med. Andreas Crusius, Präsident der Ärztekammer M-V



Impressum

Autor

Bernd Vielhaber

Fon: 05176 – 976 76 76/ Fax: 05176 – 976 76 77

E-Mail: redaktion@hivcommunity.net

Lektorat

Helmut Hartl, München und Arnold Dörr, DAH

Herausgeber

Deutsche AIDS-Hilfe e.V., Armin Schafberger

Wilhelmstr. 138, 10963 Berlin

Fon: 030 – 69 00 87 30 / Fax: 030 – 69 00 87 42

www.aidshilfe.de

E-mail: hivreport@dah.aidshilfe.de

Bestellung

www.hivreport.de

Rückfragen

Bei technischen Problemen, Bestellung oder Änderung wenden Sie sich bitte an

Uli Sporleder, 030 / 69 00 87 62

E-Mail: uli.sporleder@dah.aidshilfe.de

Diskussionsforum für die Leserinnen und Leser des HIV.Reports:

<http://www.hivcommunity.net/orion/viewforum.php?f=14>

Das Forum ist durch ein Passwort geschützt. Es lautet: HIVREPORTDE (bitte in Großbuchstaben eintippen).

Spendenkonto der Deutschen AIDS-Hilfe e.V.

Kto.-Nr. 220 220 220, Berliner Sparkasse,

BLZ 100 500 00

Wichtige Hinweise!

Die hier genannten Verfahren, Medikamente, Inhaltsstoffe und Generika werden ohne Rücksicht auf die bestehende Patentlage mitgeteilt. Geschützte Warennamen (Warenzeichen) sind nicht als solche gekennzeichnet; es darf daher nicht angenommen werden, dass es sich bei den verwendeten Bezeichnungen um freie Warennamen handelt. Redaktion und Herausgeber übernehmen keinerlei Gewähr für die Richtigkeit der Angaben und haften nicht für Schäden durch etwaige Irrtümer. Wir raten unseren Leserinnen und Lesern, auf die Originaltexte und die Beipackzettel der Herstellerfirmen zurückzugreifen. Dies gilt insbesondere dann, wenn eine Substanz verschrieben werden soll, mit der weder der behandelnde Arzt/die behandelnde Ärztin noch der Patient/die Patientin vertraut sind.

Wir danken für die Unterstützung von:

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung,
Gilead Science, GlaxoSmithKline, Pfizer, MSD,
Tibotec

