
HIV°REPORT.DE

HERAUSGEGEBEN VON DER DEUTSCHEN AIDS-HILFE E. V.

Ausgabe Nr. 08/2009 vom 28.07.2009

INHALT

Schweinegrippe.....2

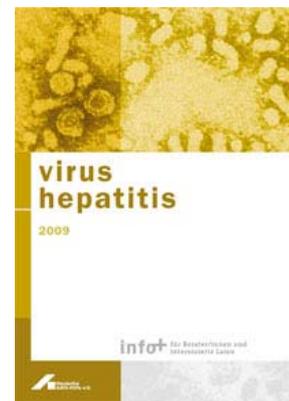
**A/H1N1 und HIV – ein Update von der
5. IAS-Konferenz in Kapstadt..... 2**

**Ethische Probleme im Fall eines
massiven Ausbruchs..... 3**

**EKAF – Interview mit deutschen HIV-
Experten.....4**

INFO+ Virushepatitis 2009

Die Broschüre aus der Reihe INFO+ richtet sich an Berater / Beraterinnen sowie interessierte Laien. Vor jedem Kapitel fasst ein Textblock "das Wichtigste in Kürze" knapp zusammen. Die vordere Umschlagseite enthält eine Übersichtstabelle zu



Medikamenten

gegen die chronische Hepatitis B. In der Broschüre enthalten ist ein Einleger / kleines Plakat (26 x 40 cm gefaltet) mit einer Übersichtstabelle zu den Virushepatitiden A-E. DIN A 5, 82 Seiten, Bestellnummer 026070 [online bestellen](#)



Plakat

Virushepatitis

**Übersichtstabelle zu
Virushepatitiden**

Übertragungsweg,

Inkubationszeit, akuter und chronischer Verlauf, Langzeitfolgen und Immunität / Impfung.

Textgleich mit dem kleinen Plakat aus der Broschüre, aber größer, im

DIN A2 Format Bestellnummer 056001



EKAF – Interview mit deutschen HIV-Experten

Die Redaktion des HIV.Report hatte am Rande des 1. SÖDAK (1. Deutsch / Österreichisch / Schweizerischer AIDS-Kongress) in St. Gallen die Gelegenheit, mit führenden deutschen HIV-Experten ein Interview zur [EKAF²-Information](#) zu führen³.

Das Interview mit Prof. Dr. Jürgen Rockstroh aus Bonn, Prof. Dr. Hans-Jürgen Stellbrink aus Hamburg, Dr. Hans Jäger aus München und Dr. Peter Gute aus Frankfurt führte Bernd Vielhaber.

Wie beurteilen Sie die Daten zur sexuellen Übertragbarkeit, wenn die Viruslast unter antiretroviraler Therapie nicht mehr nachweisbar ist und keine ulzerierenden genitalen Erkrankungen vorliegen?

Dr. Peter Gute (Frankfurt): Das hängt davon ab, welche Maßstäbe man an die Bewertung der Datenlage anlegen will. Streng wissenschaftlich gesehen ist die Datenlagen relativ dünn – vor allem im Bereich des Analverkehrs. Ich sehe aber, dass es sehr schwer ist, belastbare Daten zu bekommen. Ich halte allerdings die Datenlage für ausreichend gut, um zu einer Empfehlung zu kommen. Was man bei der Diskussion nicht vergessen darf: Wir haben ja seit vielen Jahren praktische Erfahrungen, die die Einschätzung der EKAF voll unterstützen.

Dr. Hans Jäger (München): Bislang kann man sagen, dass die EKAF-Debatte ein Turbo-Booster für das Gesamtkonzept Prävention ist – egal, was da rauskommt. Ich kann mich nicht erinnern, dass wir jemals so

intensive Diskussionen über Prävention geführt haben, wie in der Zeit nach EKAF. Die Daten, die dem EKAF-Statement zugrunde liegen, werden von einigen Experten als nicht ausreichend angesehen. Die Frage ist aber, reichen sie mir aus, um entsprechende Beratungsangebote zu machen, wenn danach gefragt wird. Mir reichen diese Daten aus.

Prof. Dr. Jürgen Rockstroh (Bonn): Ich glaube, dass die Daten zur sexuellen Übertragbarkeit von HIV erst noch einmal wissenschaftlich ergänzt werden müssen. Die Daten lassen einfach zu viele Fragen offen. Das kompliziert auch die Diskussion. Wir können zum Beispiel Fragen, wie die Übertragung in Abhängigkeit von verschiedenen Sexualpraktiken ist, nicht richtig beantworten. Wir haben wenig Verständnis davon, wie HIV im Analkanal oder in der Schleimhaut angereicht ist. In welcher Konzentration ist es da? Verhält es sich konkordant zur Plasmaviruslast unter Therapie oder ist es anders? Wie wissen ja, dass die mit dem Analkanal zusammenhängenden Sexualpraktiken mit einem Blutungsrisiko verbunden sind und damit sicherlich – im Vergleich zum vaginalen Geschlechtsverkehr – mit einem erhöhtem Übertragungsrisiko. Ich glaube, es bleibt einfach noch ein nicht sicher zu bestimmendes Restrisiko. Was ich erfreulich finde ist, dass aus der EKAF letztendlich die Initiative für Forschungsbemühungen gekommen ist. Andrew Phillips beispielsweise bereitet gerade eine Studie an über tausend MSM vor, in der er auch der Frage nach der Prävalenz und den Übertragungsrisiken nachgehen will. Ich glaube, dass man das wirklich braucht, um dann zu ganz verlässlichen und dann auch wissenschaftlich fundierten Empfehlungen zu kommen.

² EKAF=Eidgenössische Kommission für Aidsfragen

³ Eine gekürzte und bearbeitete Fassung wird im Spätherbst im Jahrbuch 2008/2009 der Deutschen AIDS-Hilfe erscheinen



Prof. Dr. Hans-Jürgen Stellbrink (Hamburg): Ich finde diese Daten sind unter epidemiologischen Gesichtspunkten überzeugend. Das heißt, wir haben weniger Infektionen und es kann dadurch gelingen, die Infektionsraten zu reduzieren. Aber was die individuelle Situation der Leute angeht, da würde ich mich dem anschließen was Jürgen Rockstroh gesagt hat. Da finde ich das individuelle Infektionsrisiko noch nicht so klar, wie das durch das EKAF-Statement suggeriert wird, zumal die Daten auch in einer ganz anderen Population erhoben wurden. Nur ein Beispiel: Leute die dort untersucht wurden hatten eine Viruslast im natürlichen Verlauf von unter 1.000. Das heißt, die haben nie eine höhere Viruslast – bis auf vielleicht interkurrente Infektionen [Das bezieht sich auf die Studie aus Afrika.]. Menschen, die eine Therapie bekommen, haben aber unter Umständen – wenn sie eine Woche lang ihre Medikamente nicht nehmen – genau die gleiche Viruslast, wie vor Therapiebeginn auch. Und sind sich dessen nicht bewusst. Ich würde daher immer trennen. Die epidemiologischen Aspekte – da ist klar, wir reduzieren die Transmissionsraten. Wunderbar. Aber der individuelle Aspekt – da bin ich mir nicht so sicher, ob wir schon so weit sind, den Leuten zu sagen, das ist so gut wie ein Kondom oder besser als ein Kondom.

Was glauben Sie, wie müsste die Datenlage aussehen, damit international eine Befriedung einkehrt und die Datenlage als ausreichend angesehen wird.

Gute: Also im Sinne der evidenzbasierten Medizin wären natürlich randomisierte kontrollierte klinische Studien das non plus ultra. Das ist aber aus verschiedenen Gründen – zuallererst ethischen natürlich – nicht machbar. Ich denke, dass prospektive Beobachtungsstudien hier die besten Möglichkeit sind. Man könnte da die diskordanten Paare einschließen die wir alle – bzw. deren positive „Teile“ – wir alle in der Behandlung

haben. Neben regelmäßigen Blutkontrollen und HIV-Testungen bei den Negativen, sollten auch – etwa per Fragebögen – das Sexualverhalten, die Sexualpraktiken, Frequenzen usw. abgefragt werden, damit man im Falle einer Übertragung Anhaltspunkte für das konkrete Risiko bekommt. Es gibt ja eine Reihe dieser Studien bei heterosexuellen diskordanten Paaren. Es müssen aber mehr Daten zu schwulen Paaren erhoben werden. Außerdem sind Fragen offen, die eher im Bereich der Grundlagenforschung liegen. Wie verhält sich die Viruslast im Analkanal im Verhältnis zur Viruslast im Blut, Sperma und Vaginalsekret beispielsweise.

Jäger: Mein dumpfes Gefühl ist, wenn man das auf der internationalen Ebene diskutiert, hat man es eher mit politischen Problemen zu tun hat, als mit wissenschaftlichen. Wissenschaftlich würde man sich bei schwulen Männern mehr Daten wünschen – das ist gar keine Frage, da ist die Datenlage sehr dünn. Das hält mich aber trotzdem nicht davon ab davon auszugehen, dass die derzeitige Datenlage das von der EKAF definiert Konzept rechtfertigt. Es ähnelt manchmal etwas einer Duisberg-Debatte. Es sind schon sehr verkrustete Fronten da und es erfolgt ein Austausch von bekannten Statements. Immer wieder findet man dann aber doch gute Forschungsprojekte, die den einen oder den anderen Standpunkt etwas weiter untermauern. Aber für eine generelle Akzeptanz muss die Denke geschaffen werden, dass nicht alle Menschen mit Kondomen gut auskommen und dass wir neben den Kondomen eine zweite Säule – und das ist die biomedizinische Prävention – brauchen. Und davon ist das EKAF-Konzept ein ganz wichtiger Unterpunkt. Ich bin mir nicht sicher, ob die Initiierung einer solchen Kohorte uns im Gesamtverständnis weiterhelfen würde. Wenn das so wäre, würde ich das stärker unterstützen. Aber wir alle, die wir über viele Jahre Erfahrung haben, haben natürlich, bevor sie per EKAF definiert



wurde, die Erfahrung gemacht, dass in einigermaßen stabilen Zweierbeziehungen – seien sie nun hetero- oder homosexuell – die Infektionsgefahr für den negativen Partner enorm nach unten geht, wenn die Viruslast unter Kontrolle ist. Diese Erfahrungen liegen ja vor. Die würden durch eine Kohorte noch etwas untermauert werden. Dann hätte die Kohorte auch ein paar Ausnahmen – siehe den Frankfurter Patienten [aus der Praxis von Dr. Peter Gute].

Eine Diskussion über eine 100%ige Sicherheit, wie sie im Zusammenhang mit der EKAF geführt wird, ist vollkommen kontraproduktiv. Beim Kondom ist eine solche Debatte glücklicherweise längst verlassen worden. Kein Mensch glaubt doch, dass ein Kondom eine 100%ige Sicherheit hat. Würde am Kondom eine mit der EKAF-Debatte vergleichbare Debatte geführt, wäre das verheerend. Wir hätten überhaupt gar keine Prävention.

Rockstroh: Es gibt da ja bislang wenig Untersuchungen zu bestimmten Bereichen. Es gibt Untersuchungen zu Sperma, es gibt Untersuchungen zu Vaginalflüssigkeit. Aber zu allem was den Anus im Weitesten Sinne betrifft, obwohl das ja ein herrliches Organ ist, gibt es eigentlich keine Arbeiten. Und ich glaube, dass wir dazu grundsätzlich verstehen müssen, in welchem Verhältnis das Virus im Kompartiment Blut im Verhältnis zu anderen Kompartimenten zu finden ist. Wir wissen ja durchaus, dass sich Sperma und Blut nicht einheitlich verhalten. Wir wissen, dass ZNS und Blut sich überhaupt nicht einheitlich verhalten. Und wir wissen auch, dass kleine Änderungen – zum Beispiel im ZNS – Bedeutung haben. Es treten mehr neurokognitive Störungen auf. Ich kann also nicht sagen, dass eine geringe Viruslast keine Bedeutung hat. Zum Beispiel dieser Frankfurter Fall, bei dem ein supprimierter HIV-Positiver offensichtlich HIV auf seinen negativen Partner übertragen hat – obwohl man das sicherlich auch kontrovers diskutieren kann, aber zumindest ist das ein Fall,

der immerhin in [dem wissenschaftlichen Fachmagazin] *AIDS* publiziert wurde. Das lässt uns zum Beispiel darüber nachdenken, ob in anderen Kompartimenten als dem Blut Anreicherungen da sind. Und dazu würde ich gerne Studien haben, die sich grundlagenwissenschaftlich mit diesen Kompartimenten und dem Analgewebe im weitesten Sinne beschäftigen. Außerdem sollte man populationsbasiert untersuchen und erfassen, wie denn überhaupt das epidemiologische Risiko des Analverkehrs ist. Also zum einen in einer Population die Übertragungswahrscheinlichkeit untersuchen, und zum anderen das Kompartiment als solches.

Stellbrink: Wenn der öffentliche Auftrag an die Ärzteschaft lauten würde, die Infektionsrate in der Bevölkerung zu senken, dann fände ich das auf der Grundlage dieser Daten ein vernünftiges Unterfangen, Menschen breitflächig eine Therapie anzubieten und mehr Leute zu behandeln. Aber was das individuelle Risiko angeht, muss man doch klar sagen, dass wird nie ein Null-Risiko sein. Das heißt, die Frage ist nicht so sehr, wie hoch ist das Restrisiko – wann gebe ich meinen Patienten absolut freie Hand – sondern, wie gehe ich mit einem geringen Restrisiko um. Und das liegt auch in der Psychologie der Menschen begründet. Wir haben viele Leute, die kommen jetzt aus Angst vor Schweinegrippe, weil sie vor 14 Tagen mal auf dem Bauernhof waren [Heiterkeit] – so ungefähr. Oder die ganzen Fragen um die Postexpositionsprophylaxe bei Leuten, die kein erkennbares Risiko haben. Da ist die Frage, wie geht man mit extrem geringen Risiken um. Das hängt dann – wie gesagt – ganz stark von der Psychologie der Einzelperson ab. Und ich glaube nicht, dass man einen Grenzwert einziehen kann und sagen kann, ab [einer Übertragungswahrscheinlichkeit von] 1:1 MIO bedeutet dass [Risiko] Null.



Rockstroh: Es ist doch im Grunde wie bei der Hepatitis C. Bei mit Hepatitis C monoinfizierten Patienten gibt es die öffentliche Empfehlung, dass man keinen Safer-Sex machen muss, weil das Übertragungsrisiko extrem gering ist. Trotzdem gibt es sexuell übertragene Hepatitis C-Fälle. Da hat man sich zwar am Anfang gestritten, aber mittlerweile sind wir uns alle einig – jetzt mal völlig außerhalb der akuten MSM-Epidemie.

Heterosexuell übertragene Fälle von Hepatitis C sind eine maximale Rarität. Wir haben damals ja die Partnerinnen von Hämophilen untersucht und da gab es nur eine einzige sexuelle Übertragung von Hepatitis C. Und man darf dabei nicht vergessen, dass es verschiedene Risiko-Szenarien gibt: etwa Regelblutungen und auch Analverkehr. Das Risiko ist sehr gering. Immerhin wissen die Leute dass es trotzdem möglich ist und es findet dann eben eine Einzelfallentscheidung auf der Basis des Risikos statt.

Stellbrink: Und es ist ja irgendwie auch eine Entmündigung der Menschen, wenn man ihnen von einem Restrisiko nicht gewichtet erzählt.

Das würde ja für den ganzen Bereich des Safer Sexes auch gelten. [Stellbrink: Das sehe ich ganz genauso.] **Der ist ja auch nicht risikofrei.** [Stellbrink: Ja.] **Das ist aber in der Kommunikation sowohl in der Arzt-/Patient-Beziehung als auch – soweit wie ich das beobachten kann und es rückgemeldet wird – der AIDS-Hilfe im Laufe der letzten Jahre ein wenig untergegangen.**

Stellbrink: Da kann ich nur noch einmal sagen: Das ist eine Frage des öffentlichen Auftrags. Wenn ich den Auftrag habe, den Leuten eine realistische Empfehlung zu geben, die die Infektionsübertragung drastisch reduziert, dann ist das natürlich eine richtige Botschaft, zu sagen: Safer-Sex ist super. Aber wenn ich einen Patienten vor

mir habe, der fragt: Ist das denn für mich als HIV-Negativen ohne Risiko?, dann muss ich ihm sagen: Nein. [Rockstroh: Ja.] Und wie du dieses Risiko bewertest, ist eine Frage wie du mit Risiko umgehst. Manche Menschen schaffen es nicht mehr unbefangenen Sex zu haben. Das tut mir in der Seele weh, weil ich denke das geht trotzdem. Dann muss man ihnen sozusagen Brücken bauen, damit sie mit dem Risiko umgehen können. Das ist ein psychologischer Prozess. Das hat eigentlich nichts mit irgendeiner Zahl des Risikos zu tun.

Jäger: Mir ist nicht ganz klar, ob das Konzept EKAF in der Lage oder geeignet ist, Restrisiken ab- oder aufzufangen. Es taugt glaube ich besser für den großen Bereich derjenigen, die keine Kondome verwenden. Wir können denjenigen ein Präventionskonzept anbieten, die sonst ohne eins dastehen würden. Wir sehen in der Praxis, dass die Beratungstiefe für die Prävention seit der EKAF-Debatte deutlich zugenommen hat. Und wir können uns in der Praxis im Moment sehr gut auf die Patienten konzentrieren, die – aus welchen Gründen auch immer – eine nachweisbare Viruslast haben, um mit ihnen darüber zu diskutieren, wie erfreulich und schön es – was die Übertragbarkeit angeht – wäre, wenn die keine mehr hätten. Diese Gespräche sind früher nicht im Entferntesten so häufig geführt worden wie jetzt.

Und: Wir sehen Patienten die sich entschließen eine Therapie zu machen, um ihren Partner zu schützen. Die wollen gar nicht alle auf Kondome verzichten, sondern sie wollen einen möglichst hohen Schutz erreichen.

Und: Wir sehen, dass sich Patienten entschuldigen und nicht mehr als „Virenschleudern“ fühlen. Ich verstehe sowieso nicht warum sie sich vorher so gefühlt haben, aber manche haben sich so gefühlt. Die fühlen sich durch das Konzept doch sehr entlastet. Und solche Entlastung sind natürlich in sich schon wieder präventiv.



Nochmals auf die Studienlage zurückkommend: Würde wie eine Beobachtungsstudie an serodiskordanten schwulen Paaren aus deutschen Behandlungszentren helfen? Die sind ja da. Und jeder hat sie unter längere Beobachtung. [Rockstroh und Stellbrink. Ja. Ja.] **Das wäre eine relativ einfache Geschichte, sich das strukturiert anzuschauen.**

Rockstroh: Das ist auch das, was der Andrew Phillips machen will. Er wird serodiskordante Paare untersuchen – er nennt das „people in a stable partnership“. Da wird natürlich zuerst gefragt „What is a stable partnership?“ und offensichtlich gibt es da auch ganz unterschiedliche Vorstellungen. Aber du hast natürlich völlig recht. Das ist die Population, die man untersuchen müsste. Völlig richtig.

Stellbrink: Ganz klar.

Und wenn da jemand sich das Virus von außen holt – das ist ja in der SWISS-Cohort-Study auch passiert – ist das im Zweifelsfalle ja auch [Rockstroh: Die koppeln das an phylogenetische Analysen, wo dann sozusagen immer geguckt wird, ist das denn auch wirklich von dem. Also es macht wirklich Sinn.] **nachvollziehbar.**

Jäger: Ich halte die Diskussion um Studien an dieser Stelle für gefährlich. Sie bedeutet doch, dass das Konzept derzeit nicht als tragfähig betrachtet wird. Es ist aber tragfähig. Die Diskussion über Studien kann nur darauf aufbauen, dass wir bereits ein tragfähiges Konzept haben, das noch weiter abgesichert werden soll. Viele sagen in der Diskussion über Studien: Bis diese Studien nicht vorliegen, ist das Konzept für mich nicht tragfähig. Und das ist für eine Präventionsbotschaft der Tod. Man kann keine Präventionsbotschaften senden, die so zerfleddert und zerfasert werden, wie es momentan in der EKAF-Diskussion geschieht. Die Lücken in der Datenlage können in ab-

sehbarer Zeit nicht vernünftig gestopft werden. Das ist wie bei jedem neuen Konzept. Übrigen ist ja jedes neue Konzept bei HIV – testen oder nicht testen, melden oder nicht melden, AZT oder kein AZT, Viruslast durchführen oder nicht – glücklicherweise immer kontrovers diskutiert worden und bei allen diesen Konzepten haben sich die richtigen Konzepte durchgesetzt. Deswegen bin ich als Optimist natürlich der Überzeugung, dass sich das EKAF-Konzept nach weiterer Diskussion ausreichender durchsetzen wird. In der Praxis hat es sich ja bereits weitgehend durchgesetzt.

Das ist eine Rückmeldung, die von relativ vielen Ärzten kommt. Sie bauen die EKAF in ihre Beratungspraxis ein und sagen, dass sich an vielen Stellen die ewigen Diskussionen über „wann mit einer Therapie beginnen“ entspannen. [Stellbrink: Absolut, ja.] **Es gibt der ART eine zusätzliche positive Konnotation. Und da es doch für weit über 90% der HIV-Positiven der größte Horror ist, jemanden anderes anzustecken...**

Stellbrink: Das finde ich ist übrigens ein ganz wichtiger Punkt. Es gibt vielleicht Einzelne, die nicht verantwortungsvoll mit ihrer HIV-Infektion umgehen. Aber der überwiegende Teil der Menschen mit HIV geht extrem verantwortungsvoll damit um und hat eher das Problem, dass für sie eine erfüllte Sexualität gar nicht mehr lebbar ist. Und deswegen ist natürlich der gesellschaftliche Vorwurf, die Leute seien verantwortlich dafür, dass sie andere infizieren, ungerechtfertigt. Die Leute gehen überwiegend so verantwortlich damit um, wie man es nur kann.

Der französische Nationale AIDS-Rat hat in seiner Stellungnahme vom April den Versuch gemacht, die EKAF-Stellungnahme in praktisches Handeln umzumünzen und ist zu einer Test-and-Treat-Strategie gekommen. Das hat auf der praktischen Ebene natürlich deutli-



che Konsequenzen. Die Haltung zur VCT-Strategie wird in Frage gestellt und eine Opt-out-Strategie – auch ohne vorherige Beratung – nach US-amerikanischen Muster diskutiert. Der AIDS-Rat hat in seiner Stellungnahme darauf hingewiesen, dass eine biomedizinische Präventionsstrategie à la EKAF, Tendenzen verstärken könnte, die HIV-Negativen aus der Verantwortung für die Prävention zu entlassen, weil ja die HIV-Positiven unter Therapie nicht mehr ansteckend sind. Wie würden Sie das für Deutschland sehen?

Jäger: Zunächst einmal halte ich es nicht für sinnvoll, von dem EKAF-Papier auf eine sozusagen „volksgesundheitliche“ Komponente zu schließen. Wir haben natürlich die Möglichkeit – und sollten das auch tun – theoretisch darüber nachzudenken, wie wir die Epidemie weiter eindämmen können. Dazu gehören Überlegungen häufiger zu testen – nur nach vorheriger Absprache und unter Beachtung des Selbstbestimmungsrechts des Patienten. Dazu gehören aber auch Konzepte wie die Eradikation, die hier [auf dem SÖDAK] leider nicht ausführlich genug diskutiert werden. Es gibt eine Reihe von Konzepten die mir einfallen, um die Epidemie in westliche Ländern einzugrenzen. In anderen Ländern wird das schwieriger sein. Übrigens: alle diese Strategien basieren auf denselben Prinzipien mit denen wir bisher AIDS betrieben haben: Nur mit Kenntnis und Einverständnis des Patienten. Ich bin aber schon der Meinung, dass wir nicht jeden Patienten eine halbe Stunde beraten müssen. Das kann durchaus auch schneller gehen. Ich bin der Meinung, dass wir Schnelltests brauchen. Ich bin schon der Meinung, dass uns verschiedene Konzepte von niedrighwelliger Testung ein Stück weiterbringen könnten.

Jetzt zur Verantwortung: Da glaube ich passiert ja schon sehr viel. Ein behandelter Patient übernimmt ja schon durch die Be-

handlung, die nicht immer und in jedem Fall ohne Nebenwirkungen ist, eine erhebliche Verantwortung auf sich, wenn wir über Transmissionen nachdenken. Obgleich heute viele Behandlungen ohne Nebenwirkungen laufen.

Das Zweite ist: Wir wissen, dass der Patient der weiß, dass er HIV-positiv ist, sich verantwortlicher (was immer das sein mag) verhält, als der Patient, der das nicht weiß. Auch da ist schon wieder ein Shift der Verantwortung hin zu den Positiven.

Das Dritte: Ich glaube, dass jemand, der weiß, dass er HIV-infiziert ist, im Allgemeinen einfach grundsätzlich bessere Informationen und einen höheren Kenntnisstand hat, als die Gruppe der Nichtinfizierten. Daher entsteht automatisch eine Konstellation, die – ob wir es wollen oder nicht – dem Infizierten eine zumindest geringgradig höher oder etwas höhere Verantwortung zuschiebt. Ich glaube deshalb, dass das bisherige Konzept der gleichen Verantwortung in der Tat bereits unterhöhlt ist und ich würde das auch nicht weiter postulieren.

Gute: Dem widerspreche ich sehr energisch! Das sehe ich überhaupt nicht so! Ganz im Gegenteil! Aus meiner Sicht hat der HIV-Negative den wesentlichen Teil der Verantwortung. Schließlich ist der Negative derjenige, der das Risiko eingeht! Ich sehe wohl, dass es diese Tendenzen gibt, den muss man aber – EKAF hin oder her – unbedingt entgegen wirken.

Stellbrink: Die Besorgnis kann ich absolut nachvollziehen. Das darf auch nicht geschehen. Ich meine, dass man nicht in einem so sensiblen Bereich wie in der Sexualität so einseitig Verantwortlichkeiten zuweisen kann. Ich denke Prävention ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Und man kann sowieso immer nur eine gewisse Risikominimierung erreichen und kein Null-Risiko. Dafür jemandem die Verantwortung zuzuschieben, das finde ich, ist weder ethisch noch wissenschaftlich gerechtfertigt.



Wenn ich das richtig mitverfolgen kann, ist etwa in der Heteroszene [Rockstroh: Da kenn ich mich nicht aus. (Allgemeine Heiterkeit)] die Verteilung der Verantwortung sehr eindeutig. Die HIV-Positiven haben ihren Serostatus offen zu legen, sie sind für die Verhinderung einer Übertragung zuständig, sie müssen auf einem Kondom bestehen.

Jäger: Eine eindeutige Verantwortungszuweisung kann nicht sinnvoll sein. Kann auch in präventiver Hinsicht nicht sinnvoll sein. Aber wir müssen doch die Realitäten sehen. Und die Realitäten sind im Augenblick die, dass in der Bevölkerung von den HIV-Infizierten erwartet wird, einen etwas größeren Anteil der Verantwortung zu tragen. Das ist nun mal so.

Rockstroh: Das sehe ich ehrlich gesagt nicht so [Stellbrink: Nein. Das sehe ich auch nicht so.] Jeder hat eine Eingenverantwortung. [Stellbrink: Genau.] Und muss davon ausgehen, jeder könnte potenziell HIV-infiziert sein. Das ist ein Abschieben auf denjenigen, der weiß, das er positiv ist. Nein, das finde ich nicht, nein.

Stellbrink: Ein ähnliche Diskussion gibt es ja auch bei der ärztlichen Behandlung. Muss der HIV-Positive seinen Serostatus einem behandelnden Arzt offen legen. Und ich bin der Meinung, dass eindeutig die Persönlichkeitsrechte überwiegen. Betrachtet man etwa die sozialen Konsequenzen für jemanden, der HIV-positiv ist: Wenn er das einem Geschlechtspartner ganz offen sagt, von dem er nicht weiß, ob der das vertraulich handhaben wird. Die [sozialen Konsequenzen] sind so groß, dass man nicht so tun kann, als sei das selbstverständlich. Das ist ja nicht so, wie zu sagen. Ich habe eine koronare Herzerkrankung, sei bitte vorsichtig.

Wird sich der Druck auf die HIV-Positiven erhöhen unter Therapie zu gehen? Eine Therapie nicht unbedingt aus medizinischen Gründen, sondern auch aus präventiven Gründen zu beginnen? Es macht einen Unterschied, wenn ein positiver Partner in einer diskordanten Beziehung eine Therapie mit der Motivation beginnt, seinen Partner zu schützen, oder wenn ein gesellschaftliches Klima (das gilt für das Klima in der Positivenzene genauso) entsteht, in der eine Nicht-Therapie als unverantwortliches Handeln deklariert wird.

Gute: Die Frage nach dem Beginn einer Therapie sollte eine rein medizinische Entscheidung sein. Hier spielen der Nutzen der Therapie für den gesundheitlichen Zustand des jeweiligen Patienten eine Rolle, ebenso aber auch die Nebenwirkungen der Therapie und ihrer Langzeitwirkungen. Aus Gründen der HIV-Prävention sollte man keine Therapie beginnen. Klar, es gibt Ausnahmen – serodiskordante Paare etwa, wo der HIV-Positive alle nur denkbaren Sicherheiten einbauen will, um seinen HIV-negativen Partner beim Sex bloß nicht anzustecken. Klar. Würde man aber die antiretrovirale Therapie als Präventionsinstrument verschreiben, müssten ja alle HIV-Positiven behandelt werden. Ich meine, das wäre aus infektiologischen, biologischen Gründen ja eh sinnvoll, aber die Debatte über den richtigen Zeitpunkt eines Therapiebeginns gibt es ja nicht umsonst. Der Nutzen muss gegen den Schaden – also die Nebenwirkungen, die Langzeitexposition usw. – abgewogen werden. Und hier muss man derzeit ganz klar sagen: Gegen eine Strategie alles was HIV-positiv ist sofort zu therapieren, sprechen die negativen Folgen, die Langzeitnebenwirkungen der derzeit zur Verfügung stehenden Medikamente. Eindeutig.



Jäger: Ich denke, die Realitäten – zumindest in Deutschland – sind nicht so weit. Das mag ja in British Columbia [Provinz in Kanada] oder in Frankreich ein bisschen anders sein. In Deutschland ist die Realität nicht so, dass ich das Gefühl hätte, Patienten fühlten sich – aufgrund öffentlichen oder nicht öffentlichem Drucks – unter Druck gesetzt, aus Präventionserwägungen eine Therapie zu beginnen. Wir haben aber gerade aus allerletzter Zeit Hinweise, die wir vorher schon klinisch gesehen hatten, dass die kumulative Viruslast häufiger zu einem Lymphom führt und es kommen jetzt mehrere Stränge zusammen. Und deswegen glaube ich, dass die medizinische Beratung in der nächsten Zeit – nicht wegen der „Volksgesundheit“, sondern wegen einer Reihe individuell am Patienten festzumachender Gründe – dahin kommen wird, Viruslasten um 30.000 oder 50.000, die wir früher mit links geschultert haben, nicht so stehen zu lassen.

Aber ich denke nicht, dass der Hauptdruck zur Behandlung aus dieser Präventionserwartung kommt. Nein. Das glaube ich nicht. Das wäre auch fatal. Ich bin aber auch nicht grundsätzlich der Meinung, dass es immer sinnvoll ist, früher mit der Therapie zu beginnen. Aber da gibt es gute Gründe, weiter zu diskutieren und Studien fehlen ja nach wie vor dazu.

Stellbrink: Ich glaube, es gibt überhaupt keine Diskussion darüber, dass die Persönlichkeitsrechte im Vordergrund stehen. Da müsste schon wirklich eine Epidemie, wie eine weltweite Schweinegrippeepidemie mit Zehntausenden von Toten grassieren, um eine Einschränkung der Freiheitsrechte rechtfertigen zu können. Und das ist bei HIV nicht so. Wenn man mehr HIV-Patienten unter Therapie bekommen wollte, müsste die Strategie sein, die positiven Aspekte klar herauszustellen, ein niedrigschwelliges Angebot zu bieten, sich testen und sich behandeln zu lassen. Ich würde aber gleichzeitig damit rechnen, dass der Anteil der Men-

schen, die in der chronische Phase der Infektion das Virus übertragen, sinkt und der Anteil der Menschen, die in der Serokonversion das Virus übertragen, steigt. Das ist wahrscheinlich genau das, was im Moment passiert. In Kanada sind es fast 50 % der Neuinfektionen, die auf Ansteckungen bei Menschen in der Serokonversion zurückgeführt werden. Deswegen kann man sagen, es wird sowieso nie möglich sein, die HIV-Übertragung komplett zu unterbinden.

Wenn das epidemiologische Ziel ist, auf lange Sicht die Seroprävalenz zu reduzieren, geht das ja nur über weniger Übertragungen. Das einzige Mittel das zu gewährleisten wäre – neben der Prävention – die antiretrovirale Therapie. Aber ich glaube sowieso, es muss eine kombinierte Strategie sein. Man kann nicht alleine auf die ART zielen. Selbst, wenn das unter Umständen die wirkungsvollste Maßnahme ist. Ich glaube, es muss Prävention im Sinne der Sozialarbeit und der sexuellen Aufklärung sein. Es muss Kondomgebrauch sein. Es muss die Möglichkeit einer ART sein – auch in diskordanten Beziehungen. Und es muss das Bewusstsein über die Möglichkeiten der Postexpositionsprophylaxe sein. Und vielleicht in Zukunft eine Präexpositionsprophylaxe. So das man in der Zukunft eine Verminderung der Übertragungen nicht nur auf einer Ebene erreichen kann, sondern auf ganz verschiedenen Ebenen.

Mikrobizide würde da auch hineingehören.

Stellbrink: Mikrobizide sind auch ein wichtiger Punkt. Insofern ist das jetzt zu einseitig, nur auf die ART zu schießen. Der Aufwand ist immens. Es wird viele Menschen geben, die sich dem entziehen. Und die wir dafür nicht kritisieren können, weil das die Ausübung ihrer Freiheitsrechte ist. Insofern geht es nicht nur mit einer einzigen Strategie.



In dem Moment, wo man mehr Leute getestet und mehr Positive identifiziert, ohne das sich das gesamtgesellschaftliche Klima Menschen mit HIV gegenüber verändert, endet man im Grunde in einer Diskussion, wie wir sie in den 1980er Jahren schon einmal gehabt haben. In der die Deutsche AIDS-Hilfe ja verhältnismäßig vorsichtig mit dem Test umgegangen ist. Nimmt man die ART in das Armamentarium der Prävention auf, was glaube Sie, welche Probleme – etwa versicherungsrechtlicher Natur – tauchen auf, die man um Grunde parallel lösen müsste?

Gute: Na ja, wenn man wirklich eine solche Test-and-Treat-Strategie [Testen und sofortige Behandlung] fahren wollte, käme man wohl kaum darum herum, auf der gesamtgesellschaftlichen Ebene parallel die Diskriminierung und die Stigmatisierung von Menschen mit HIV zu bekämpfen. Die Sicherung von Arbeitsplätzen, die Probleme von HIV-Positiven, sich versicherungstechnisch abzusichern sind zusätzliche Punkte. Das muss man sowieso – Test-and-Treat hin oder her – aber macht man es nicht, würde eine solche Strategie nicht funktionieren – niemand würde mitmachen. Außerdem darf man die „hidden groups“ – Migranten, sozial marginalisierte Gruppen beispielsweise – nicht vergessen. In diesen Gruppen funktionieren die bisherigen Strategien ja schon nur sehr schwer.

Jäger: Zunächst einmal sehe ich nicht, dass wir jetzt das grundsätzlich gleiche Klima haben, was uns vor 20 Jahren alle zu einer vorsichtigen Testung hat raten lassen. Wir haben immer noch erhebliche Diskriminierungspotenziale – keine Frage. Aber die sind im Vergleich zu damals trotzdem kleiner geworden. Ich sehe auch, dass Patienten – und ich sehe mehr, nicht viele, aber einzelne solcher Patienten, die sich über das Internet einen Schnelltest bestellen und durchgeführt haben und dann kommen –

ähnlich reagieren, wie andere, die neu zu mir kommen. Ganz anders als früher, wo ein sechswöchiger Stupor die Folge von der Mitteilung eines positiven Ergebnisses war, kommen sie jetzt mit einer grundsätzlichen cooleren „So What“ Einstellung. Also hat sich auch die grundsätzliche Einstellung des Patienten massiv geändert. Deswegen halte ich die öffentliche Meinung in dieser Situation für letztlich wenig gefährdend. Mir geht es eher um die intrapsychische Situation des Patienten. Könnten wir ihn gefährden? Könnten es suizidale Folgen haben? So etwas. Das alles sehe ich im Augenblick nicht. Die Grundreaktionsform, mit dem Testergebnis umzugehen, ist doch eben sehr cool geworden. Und deswegen denke ich, dass wir zwar pluralistisch – und manche mit sehr viel Beratung, aber auch manche mit sehr wenig Beratung – heute sehr niedrigschwellig Leute zum Test führen sollten. Das sollte auch in die Hausarztpraxen Eingang finden. Es sollte, wenn etwa ein Pfeiffer'sches Drüsenfieber vorliegt, auch mal an einen HIV-Test gedacht werden. Da können wir noch viel machen.

Stellbrink: Das Problem ist, wie man vermeiden kann, dass man einen präjudikativen Ansatz darein bringt. Aus der Serie: Wir testen jetzt mal alle schwulen Männer. Damit werden Sie der Sache nicht gerecht. Deswegen finde ich es so wichtig, dass man in der „normalen“ ärztlichen Versorgung bei bestimmten auffälligen Laborwerte oder bestimmte Indikatorerkrankungen – beispielsweise Soor, Tuberkulose, Pneumonie, Lues oder so –selbstverständlich zu einer HIV-Testung rät. Natürlich werden wahrscheinlich 99% der Leute, die man dann getestet, nicht HIV-positiv sein und das ist ja auch gut so. Aber die Wahrscheinlichkeit, dass man dann jemanden findet, der von einem Testergebnis profitiert, die ist natürlich beim Vorliegen dieser Dinge größer. Nur ich finde, das will ich betonen, dass jeder Ansatz, der darauf hinausläuft, Leute aufgrund ihrer sexuellen Präferenzen erst



einmal zu identifizieren und danach zu testen, völlig ins Leere läuft. Die Männer, die sich offen und klar als schwule Männer definieren, haben oft eine ganz offene Einstellung gegenüber einem HIV-Test. Nicht immer, aber oft. Sind im Allgemeinen ganz gut informiert und auch im Einschätzen der eigenen Risiken sicherer. Sie sind eigentlich eine Gruppe, die schon ganz gut von der Prävention versorgt wird. Aber die Leute, die sich über ihre Risiken nicht im Klaren sind, die erreichen Sie natürlich auch nicht, wenn Sie nur Prävention für schwule Männer machen und jemand fasst sich gar nicht als schwul auf, weil er nur mal gelegentliche Kontakte hat.

Der Fall Nadja B. hat ja noch einmal deutlich gemacht, dass das mit Normalisierung und sozialer Akzeptanz bei weitem noch nicht das Ausmaß erreicht hat. Und das ist meine letzte Frage. Wenn ich mich für eine Test-and-Treat-Strategie entscheide und massiv versuche, die Dunkelziffer zu reduzieren – was epidemiologisch ja sicherlich eine wichtige Intervention wäre – produziere ich auch soziale Folgen. Wie müsste sich das Medizinsystem, das AIDS-Hilfe-System und auch die Gesellschaft umstellen, um eine sozial verantwortliche Test-and-Treat-Strategie umsetzen zu können?

Stellbrink: Also zuerst einmal bin ich mir gar nicht so sicher, ob die Öffentlichkeit auf diese Mitteilung so hysterisch reagiert hat, wie die Medien. Ich glaube, diese Skandalisierung in den Medien ist immer sehr viel ausgeprägter, als in der Öffentlichkeit. So eine Person wie Frau B. ist ja immer auch eine gewisse Identifikationsfigur und Projektionsfläche für gewissen Hoffnungen jüngerer Leute. Das heißt, es kann teilweise sogar auch einen gegenteiligen Effekt haben. Das nämlich „eine von uns“ auch positiv ist und zwar eine, die sehr positiv belegt ist. Aber vollkommen klar: Wir erleben täglich, dass Leute am Arbeitsplatz Probleme be-

kommen, dass HIV auch von Seiten der Arbeitgeber und Arbeitskollegen überhaupt nicht offen als Problem benannt wird, sondern unter dem Tisch mit einfließt. Ich glaube, dass man wirklich überlegen muss – wie bei Schwerbehinderte – HIV-infizierte Menschen für eine gewisse Zeit ganz gezielt vor Kündigung zu schützen. Das man vielleicht auch versuchen muss, das Mobbing am Arbeitsplatz aufgrund der HIV-Infektion zu kriminalisieren. Mein Rat im Augenblick an die Patienten ist, in der ersten Zeit sehr vorsichtig mit der Offenbarung im privaten Kreis umzugehen. Sich genau zu überlegen, wen man es sagt und wem nicht. Aber manchmal ist es raus und dann kann man es nicht mehr stoppen. Ich sehe kein Problem, wenn Leute sich testen lassen und dann vermehrt in die Behandlung kommen. Die Zahl der Behandlungen würde sich ausweiten, aber...

Der SPD-Bundestagsabgeordneten Siegmund Ehrmann wird von der BILD-Zeitung (Ausgabe 17.04.2009) zitiert: „Wenn jemand seinen Körper als Bio-Waffe einsetzt, ist umfassende Berichterstattung ein dringendes öffentliches Anliegen und wichtiger als die Persönlichkeitsrechte der Betroffenen.“ Das hat in der Positivenszene die ohnehin vorhandenen Tendenzen zur Selbststigmatisierung verheerend verstärkt, weil es diese Ängste, jemanden anderen anzustecken, nochmals deutlich verstärkt hat.

Stellbrink: Ich erlebe das täglich. Und ich erlebe die Not der Leute und das geht mir nahe. Deswegen ist für mich die Möglichkeit groß, mit den ganzen Informationen zur Infektiosität entlastend wirken zu können. Das ist natürlich großartig. Aber es gibt immer so einen gewissen Punkt, um zum Anfang zurückzukehren, an dem man wieder darauf zurück kommt, wie der Betreffende mit einem minimalen Restrisiko umgeht. Und das ist sehr unterschiedlich. Einer wird sagen: „Ich nehme das auf gar keinen Fall



für jemanden anderen in Kauf“, und der andere wird sagen: „Ok, das reicht mir“. Aber die Verantwortung dafür, ob einer meiner HIV-Patienten – in der Annahme, sein Risiko sei so niedrig, dass er das nicht müsste – jemand anderes nicht informiert, die Verantwortung kann ich ihm nicht abnehmen.

Der Umgang mit Risiken – wir schweifen jetzt ein wenig ab – ist im Medizinsystem und bei medizinischen Profis ja auch nicht unbedingt von Logik geprägt.

[Stellbrink: Absolut.] **Wenn ich mir ansehe, wie hysterisch mit H1N1 [Stellbrink: Absolut.] und wie vergleichsweise bräsig mit der saisonalen Influenza umgegangen wird, die aber in der Bundesrepublik jedes Jahr 5.000 – 10.000 Tote fordert, dann wird sowohl in der Allgemeinbevölkerung als auch im Medizinsystem die Anzahl der ja völlig überflüssigen Toten völlig anders bewertet, als die 2.500 – 3.000 HIV-Neuinfektionen pro Jahr. Die darüber hinaus ja auch noch deutlich schwieriger zu unterbinden sind, als Influenzaansteckungen, gegen die es eine recht effektive protektive Vakzine gibt.**

Stellbrink: Es ist eine anthropologische Konstante, dass chronische Katastrophen nicht so wahrgenommen werden wie akute. Letztlich ist doch das Problem, wie ich mit dauerhaft bestehenden Risiken umgehe. Und eine Gesellschaft, die hysterisiert ist und glaubt der Grundzustand des Lebens sei die Gesundheit, gibt sich einer Illusion hin. Der Grundzustand des Lebens ist die Gesundheit, die immer wieder von Infektionen bedroht ist. Das finde ich ist eine ganz interessante Parallele: Wenn Leute zu mir kommen und sich gegen Grippe impfen lassen möchten, dann denken sie daran, sich selbst zu schützen. Aber das Ganze hat noch einen zweiten Aspekt: den Riegelungsschutz, also den Schutz der Anderen, die sich nicht durch eine Impfung schützen können, weil die nicht anspricht, weil sie zu

alt sind, oder immunsupprimiert. Das heißt, so lange, wie wir als Bevölkerung nicht akzeptieren, dass wir uns – über den Individualschutz hinaus – einem gewissen geringen Risiko [Nebenwirkungen der Impfung] aussetzen, um auch andere zu schützen, solange fällt es Leuten sicherlich auch schwer zu sagen, wir regeln das Problem HIV nicht durch eine individuelle Verantwortungszuweisung, sondern durch eine gesellschaftliche Strategie, die alle Leute mit einbezieht und mit ihrer Art zu leben akzeptiert. Und dann eben versucht, die Folgen von dem, was wir mit ihnen machen wollen – nämlich sie testen damit wir sie zu ihrem eigenen Vorteil behandeln können wenn sie das brauchen – sozial abzufedern.

Wir sind ja seit Jahren in der Situation, dass der Staat die Individualisierung von Lebensrisiken betreibt, auf der anderen Seite aber für Menschen mit HIV keine Möglichkeit besteht, sich gegen Berufsunfähigkeit zu versichern. Je mehr Positive ich über Testkampagnen sozusagen aufdecke, desto massiver wird natürlich das Problem.

Stellbrink: Wenn man wirklich einen öffentlichen Auftrag hätte, die HIV-Prävalenz innerhalb der nächsten 50 Jahre dramatisch zu reduzieren, dann erforderte das eine gesamtgesellschaftliche Kraftanstrengung. Das bedeutet sehr weite, also sehr niedrigschwellige Testung, niedrigschwelliges Angebot und zwar auch bei Leuten mit Risiko nicht nur sowas wie die Hochzeits-tests der heterosexuellen Pärchen. Das erfordert soziale Anstrengungen, die die Konsequenzen eines positiven Testergebnisses für die Leute abfängt. In arbeitsrechtlicher Hinsicht, in rentenversicherungstechnischer Hinsicht, im Hinblick auf Berufsunfähigkeit. Das wäre unter Umständen teuer. Dazu müsste sich die Gesellschaft entschließen. Aber wenn man das täte, glaube ich, dann hätte man eine Chance, mit dem Mittel der ART langfristig zu einem deutli-



chen Rückgang beizutragen. Nun das ist eine Langzeitstrategie und die erfordert mehr als nur die Testung, nur die ART – genau, wie Sie sagen, die erfordert auch das Konzept der Abfederung der sozialen Konsequenzen.

Herzlichen Dank für das Gespräch!

Autor

Bernd Vielhaber

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

E-Mail: redaktion@hivcommunity.net

Lektorat

Helmut Hartl, München

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

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:

Gilead Science, GlaxoSmithKline, Pfizer, MSD, Tibotec

