

post

März/April 2008

ISSN: 1860 7691

ISSN: 1863-5547



Magazin der Hessischen AIDS-Hilfen
und der Hannöverschen AIDS-Hilfe

AIDS-Hilfe Hessen e.V.

Friedberger Anlage 24, 60316 Frankfurt

aidshilfe-hessen@t-online.de

Tel.: 069 / 590711 Fax: 069 / 590719

Hannöversche AIDS-Hilfe e.V.

Lange Laube 14 (Eingang Stiftstr.)

30159 Hannover

Tel.: 0511 / 360606-0 Fax: 0511 /

36069666

Mo 10.00-12.00, Di 10.00-19.00, Mi

10.00-16.00, Do 12.00-16.00

info@hannover.aidshilfe.de

www.hannover.aidshilfe.de

AIDS-Hilfe Darmstadt e.V.

Elisabethenstr. 45, 64283 Darmstadt

info@darmstadt.aidshilfe.de

Tel.: 06151 / 28073 Fax 06151 /

28076

Mo, Di, Do 9.00 – 17.00, Mi 13.00 -

17.00, Fr 9.00 - 15.00

AIDS-Hilfe Frankfurt e.V.

Friedberger Anlage 24, 60316 Frankfurt

info@frankfurt.aidshilfe.de

www.frankfurt-aidshilfe.de

www.aidsonline.de

Tel.: 069 / 4058680 Fax: 069 /

40586840

Mo – Do 10.00 – 13.00, 14.00 - 17.00

AIDS-Hilfe Fulda e.V.

Friedrichstr. 4, 36037 Fulda

aidshilfe.fulda@t-online.de

www.sozialnetz.de/aidshilfe

Tel.: 0661 / 77011 Fax: 0661 / 241011

Mo, Di, Do 11.00 – 13.00, 14.00 –

16.00

Sprechstunde im Gesundheitsamt Lau-

terbach, Gartenstraße 31, Mi 15.00 –

16.00

AIDS-Hilfe Gießen e.V.

Diezstr. 8, 35390 Gießen

ah-gi@t-online.de

Tel.: 0641 / 390226 Fax 0641-394476

Mo, Mi, Fr. 9.00 – 12.00

Sprechstunde im Gesundheitsamt Her-

born, Schloßstr. 20, Mi 8.30 - 11.00

Sprechstunde im Gesundheitsamt

Friedberg, Europaplatz, Do 10.30 –

12.3

AIDS-Hilfe Hanau e.V.

Alfred-Delp-Str. 10, 63450 Hanau

info@aidshilfe-hanau.de

www.aidshilfe-hanau.de

Tel.: 06181 / 31000 Fax: 06181 / 31001

Mo 10.00 – 13.00, Di 14.00 – 20, Do 14.00- 19.00

Sprechstunde Gelnhausen, Sekos, Bahnhofstr., 2. Mi. im Monat 15.00 – 18.00; Sprechstunde Schlüchtern, Pro-Familia, Gartenstr. 3, 1. Mi im Monat 15.00 – 18.00

AIDS-Hilfe Kassel e.V.

Motzstr. 1, 34117 Kassel

info@kassel.aidshilfe.de

www.kassel.aidshilfe.de

Tel.: 0561 / 97975910 Fax 0561 /

108569

Mo, Di, Mi und Fr von 10.00 – 13.00

Do von 13-00 – 16.00

AIDS-Hilfe Marburg e.V.

Bahnhofstr. 27, 35037 Marburg

mail@marburg.aidshilfe.de

www.marburg.aidshilfe.de

Tel.: 06421 / 64523 Fax: 06421 /

62414

Mo, Mi, Do 10.00 bis 13.00, Mo

14.00 – 16.00, Do 19.00 – 21.00

AIDS-Hilfe Offenbach e.V.

Frankfurter Str. 48, 63065 Offenbach

info@offenbach.aidshilfe.de

www.offenbach.aidshilfe.de

Tel.: 069 / 883688 Fax 069 / 881043

Mo + Do 10.00 – 12.30 + 13.30 –

16.00, Di 16.00 – 20.00

AIDS-Hilfe Wiesbaden e.V.

Karl-Glassing-Str. 5, 65183 Wiesbaden

ahwiesbaden@t-online.de

www.aidshilfe-wiesbaden.de

Tel: 0611 / 302436 Fax: 0611 /

377213

Mo, Di, Do, Fr. 10.00 - 14. 00



Liebe Leserinnen & Leser!

Inhalt

- 1 Editorial
- 3 Offener Brief der AH Offenbach
- 5 Impressum
- 6 Verantwortung und HIV-Prävention
von Dr. Dr. Stefan Nagel
- 13 Die HIV-Prävention wird einfacher - also komplexer!
von Prof. Pietro Vernazza
- 16 HIV-infizierte Menschen ohne andere STD sind unter wirksamer antiretroviraler Therapie nicht infektiös
von Prof. Pietro Vernazza
- 22 HIV-Prävention in der Krise?
von Prof. Martin Dannecker
- 27 Wenn ich direkt gefragt werde, empfehle ich weiterhin, das Kondom zu benutzen
Dr. Peter Gute & Michael Bohl im Gespräch
- 35 Die Welt zu Gast bei Freunden
von Iris Hufnagel
- 36 Der Anblick eines Schuhwarenschauenstellers ist höchst unmoralisch
von Paolo Mantegazza
- 38 Macht Leder Lust
von Dr. Rosita Nenno
- 41 Rainer Schilling geht in Rente
von Bernd Aretz
- 45 Leserbriefe
- 45 Überzogene Risikostrategie?
von Prof. Dr. Stoll
- 47 Waschen Schneiden Legen
von Florian Mildenerger

Diese Ausgabe erscheint in erweitertem Umfang. Zur Debatte über die Bedeutung der Viruslast für die Sexualität dokumentieren wir mit freundlicher Genehmigung des Präsidenten der Eidgenössischen Kommission für Aids Fragen Prof. Pietro Vernazza und der schweizerischen Ärztezeitung zwei grundlegende Stellungnahmen. Zum selben Themenkreis gibt es einen Leserbrief von Prof. Stoll aus Hannover, ein Interview mit Michael Bohl von der AHF und Dr. Peter Gute, dem Frankfurter HIV-Schwerpunktarzt. Die Rede in der Frankfurter Paulskirche zum WAT von Dr. Dr. Stefan Nagel zur Verantwortung, Überlegungen von Prof. Martin Dannecker und ein offener Brief der AH Offenbach runden das Feld ab.

Danach ist klar, die Aussagen zum Risikomanagement müssen verfeinert werden. Dazu bietet die kommende Kampagne der DAH „Ich weiss was ich tu“ reichlich Gelegenheit. HIV-Test und ggfs. Behandlung können nicht nur den Ausbruch schwerer Erkrankungen verhindern sondern auch mehr Freiheit im sexuellen Umgang in vertrauensvollen Beziehungen geben. Die gesamte schwule Szene ist aufgerufen, sich an dieser Kampagne zu beteiligen. In diesem Zusammenhang der Hinweis an schwule Radio-redakteure: Für das Seminar der DAH am 12./13. April in Frankfurt sind noch Plätze frei. Informationen können bei der Redaktion angefordert werden.

Rainer Schilling vom Schwulenreferat der D.A.H. ist in Rente gegangen. Wir würdigen

2 Editorial

diesen Kämpfer um den Erhalt schwuler Lebenswelten und für mehr Respekt im Umgang miteinander durch einen Beitrag, der zeitgleich auch in ADAM erscheint. Die Zusammenarbeit mit ihm hat uns geprägt. Danke Rainer!

Sein Nachfolger ist Dr. Dirk Sander, dem wir die Untersuchung „Man kann es therapieren, aber man wird es nie los“ verdanken. Er hat erfolgreich die Vorarbeiten zur neuen Präventionskampagne geleistet, die jetzt von Matthias Kuske mit seinem Team als Kampagnenmanager betreut wird. Die Arbeit von Matthias Kuske ist vielen bekannt, da er wesentlich an der nordrheinwestfälischen Herzenslustkampagne beteiligt war.

Hinweisen möchten wir Sie auf eine Ausstellung, die ab Ende April im Deutschen Ledermuseum in Offenbach zu sehen ist: Macht Leder Lust. Unser Titelbild zeigt einen Tiroler Berghüter aus den Beständen des Museums.

Dies ist die letzte hessisch-hannöversche Ausgabe der posT. Alle bisher erschienen Ausgaben – es sind 19 Stück – und ein Gesamtinhaltsverzeichnis sind eingestellt unter <http://offenbach.aidshilfe.de> und <http://hannover.aidshilfe.de>. Dort muss man sich durch Aktuelles zum Journal durchklicken. Wir bedanken uns für die Unterstützung, die wir von der Hannöverschen Aids-Hilfe und den Hessischen Aids-Hilfen erfahren haben.

Ab Mai wird sie bundesweit im bisherigen Format erscheinen, allerdings mit einem neuen Titel. Michel Bochow hat „positive Wechselwirkungen“ vorgeschlagen, die ständig nachdenkende Redaktion liebäugelte kurz mit „Denk!“, verwarf das aber wieder, da zu pädagogisch. „Der Flegel“ erschließt sich erst auf den zweiten Blick. Über Vorschläge aus dem Kreis der Leserinnen und Leser würden wir uns sehr freuen.

Bleiben Sie uns bitte auch unter neuem Titel gewogen.

Ihre Redaktion aus Offenbach

Kalle Ohnemus und Bernd Aretz



Selbstportrait der posT Redaktion

Offener Brief der Aids-Hilfe Offenbach e.V.

In der Gedenkveranstaltung der Aids-Hilfe Frankfurt e.V. (http://epaper.gabmagazin.de/2008-01/24-25_thema_aids.pdf) zum 1. Dezember 2007 in der Paulskirche haben die Rednerinnen und Redner verdienstvollerweise die aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisse offen kommuniziert und einen breiten ethischen Diskurs zu Fragen der Verantwortung angestoßen. Sie haben darüber hinaus die aktuellen politischen Debatten kritisch hinterfragt. Dafür gebührt ihnen Respekt und Dank.

Sie haben dies nämlich gegen den Zeitgeist und all zu platte Vorstellungen, wo denn HIV-Gefahren lauern und wo Prävention ansetzen kann, getan. Sie haben damit ihre Verantwortung wahrgenommen, aufzuzeigen, wo denn tatsächlich Gefahren bestehen.



Offensichtlich sind sie, wie dem Kommentar von David Profit in der Januar-Ausgabe der Gab zu entnehmen ist, gründlich missverstanden worden, weil es wohl schwer ist, von lange gepflegten falschen Vorstellungen Abschied zu nehmen. Die Reden sind nachzulesen im Internet auf der Seite <http://www.frankfurt-aidshilfe.de>. Das zu tun lohnt. Auch wenn man vielleicht nicht jeder Einschätzung folgen mag – wie etwa den Randbemerkungen von Ortwin Passon zu den Politikerbezügen – so lohnt es doch, sich ein paar Fakten zu vergegenwärtigen, die in der Wissenschaft inzwischen unbestritten sind:

Wenn man die internationalen Studien zur Kenntnis nimmt, dann weiß man, dass mehr als die Hälfte der neuen

HIV-Infektionen dadurch zu Stande kommen, dass frisch Infizierte vor der Serokonversion, also bevor die Infektion überhaupt durch einen Antikörper-Test nachweisbar wäre, ihre Viren weitergeben. Das Problem liegt zu einem wesentlichen Teil in der Unsitte des negativen Serosortings, bei dem scheinbar Negative ebensolche Partner für flüchtige Begegnungen suchen. Der/Die medikamentös gut behandelte HIV-Positive ist wohl kaum in der Lage, jemanden mit HIV zu infizieren, jedenfalls dann, wenn nicht weitere Geschlechtskrankheiten vorliegen. In vielen Arztzimmern wird das hinter verschlossenen Türen und in der Schweiz durch das Bundesamt für Gesundheit ganz öffentlich kommuniziert. Von Positiven zu verlangen, sie sollten ihren Status offen kommunizie-

4 Debatte

ren, wenn sie dann gleichzeitig völlig irrational aus dem sexuellen Geschehen ausgesondert werden, ist vermessen. Wir sind allerdings der Auffassung, dass wir an Verhältnissen arbeiten müssen, in denen es möglich ist, auch über HIV leichter und selbstverständlicher zu reden. Michael Bohls Rede tut deswegen so gut, weil sie den Weg freimacht, sich von durch die Therapieerfolge inzwischen überflüssigen Ängsten zu verabschieden. Erst dies ermöglicht es, leichter miteinander über HIV zu kommunizieren.



Strafrecht hat in der einvernehmlichen Sexualität nichts zu suchen. Wer sich schützen will kann dies leicht tun, sollte es im Bereich der flüchtigen Begegnungen sicher auch tun. Wer es nicht tut sollte außerhalb besonderer Vertrauensbeziehungen dem anderen keinen Vorwurf deswegen machen, sondern sich an die eigene Nase packen. Wer anderes fordert, weist einseitig jede Verantwortung für das eigene Verhalten von sich. Man mag zwar beklagen, dass Teile der Szene Kondome ablehnen. Das ist unvernünftig und respekt-

los gegenüber den Partnern. Die Konsequenz daraus kann jedoch nicht der Ruf nach dem Staatsanwalt sein sondern nur die Erkenntnis, dass einem solche Sexualpartner nicht bekommen und man lieber auf den Kontakt verzichten sollte. Und wenn man weiß, dass man sich an manchen Orten nicht mit seinen Schutzwünschen durchsetzen kann, dann sollte man die Orte eben meiden, so wie ein nicht mehr trinkender Alkoholkranker Absturzkneipen besser meidet. Stefan Nagel, Psychoanalytiker und Philosoph, hat sich in seinem Beitrag zur Verantwortung aller deutlich geäußert. Die Verantwortung alleine den von ihrer Infektion wissenden Positiven zuzuweisen, und nur die sind strafrechtlich im Blick, ist unverantwortlich und ein Armutzeugnis für den scheinbar Negativen.

Aus englischen Studien wissen wir, dass etwa drei Viertel der heutigen Aids-Todesfälle darauf zurückzuführen sind, dass Menschen erst im Vollbild Aids mit der HIV-Diagnose konfrontiert werden. Sie sind dann häufig in einem gesundheitlichen Zustand, in dem mitunter leider jede Hilfe zu spät kommt. Die Gründe dafür, sich nicht testen zu lassen, sind vielfältig. Viele haben Ängste vor Ausgrenzung. Wenn man die Diskussion verfolgt und sich ein wenig im Internet umschaute, nach welchen Kriterien Partner für sexuelle Begegnungen gesucht werden, ist dies durchaus nachvollziehbar. Berufliche Nachteile sind auch nicht von der Hand zu weisen.

Neben den Frischinfizierten wird HIV im Wesentlichen übertragen durch nicht behandelte Infizierte, nicht nur aber vor allem wenn weitere Geschlechtskrankheiten bei ihnen oder den Partnern vorliegen. Zu erinnern ist daran, dass ein wesentlicher Teil der sexuell aktiven Menschen um seine Infektion nicht weiß. Die Schätzungen gehen von etwa einem Drittel aller Infizierten in der BRD aus.

Will man daran etwas ändern, ist es sinnvoll, die Test- und Behandlungsbereitschaft zu erhöhen und allgemein das Bewusstsein für sexuelle Gesundheit zu stärken. Dazu gehören die Hepatitis A und B Schutzimpfung als Selbstverständlichkeit, wie auch der gelegentliche Check auf die häufig lange symptomlos verlaufende Syphilis und andere sexuell übertragbare Krankheiten.

Wer sich näher informieren will, sollte die posT - das Magazin der Hessischen und der Hannöverschen Aids-Hilfen - zur Kenntnis nehmen. Sie ist zum Download eingestellt unter <http://offenbach.aidshilfe.de>. Dort ist sie zu finden unter Aktuelles, Journal.

Abschließend ist festzustellen, dass für den Schutz jede/r einzelne für sich verantwortlich ist. Diese Aufgabe ist auch an die Aids-Hilfen nicht delegierbar. Dass zurzeit ganz unterschiedliche Einschätzungen und Informationen durch die Welt geistern, ist in Zeiten des Umbruchs nicht vermeidbar. Das kann und darf aber Aids-Hilfen nicht davon abhalten, die aktuellen Erkenntnisse deutlich zu kommunizieren. Dass Sexualität gefährlich ist und bleibt ist

keine Erkenntnis, für die es erst HIV bedurft hätte.

Also noch einmal Dank an die Aids-Hilfe Frankfurt, dass sie, um die Schwierigkeiten der Diskussion wissend, verantwortungsvoll Stellung bezogen hat.

Der Vorstand und die hauptamtlichen und in der Prävention tätigen ehrenamtlichen MitarbeiterInnen der Aids-Hilfe Offenbach e.V.

Impressum

Hrsg.: Aids-Hilfe Offenbach e.V. in Kooperation mit der Hannöverschen Aids-Hilfe e.V.

Redaktionsanschrift:

posT - c/o Aids-Hilfe Offenbach

Frankfurter Straße 48

63065 Offenbach am Main

eMail: posT-Redaktion@t-online.de

Redaktion: Bernd Aretz (ba) & Kalle

Ohnemus (kho)

Erscheinungsweise: zweimonatlich

ViSdPG: Kalle Ohnemus

Fotos (soweit nicht anders angegeben):

Bernd Aretz

Mit Beiträgen von: Bernd Aretz, Mi-

chael Bohl, Prof. Dr. Martin Danne-

cker, Dr. Peter Gute, Iris Hufnagel,

Michael Jähme, Paolo Mantegazza,

Florian Mildenberger, Dr. Dr. Stefan

Nagel, Dr. Rosita Nenko, Prof. Dr.

Stoll und Prof. Pietro Vernazza

Titelbild: Tiroler Weinberghüter; Deut-

sches Ledermuseum Offenbach

ISSN: Hessenausgabe: 1863 - 5547

ISSN: Hannoverausgabe: 1860 - 7691

Druck: Druckhaus Marburg

Auflagenhöhe: 2300, März 2008



Verantwortung und HIV-Prävention

Ansprache zum Welt-Aids-Tag 2007 in der Paulskirche
zu Frankfurt am Main von Dr. Dr. Stefan Nagel
Dieter Gumowski und Werner Wolf gewidmet

Meine sehr geehrten Damen und Herren!

Wäre es nicht eine in diesem Zusammenhang relativ unangemessene und mir von Rang und Rolle kaum zustehende Assoziation, könnte ich versucht sein, meine Ausführungen mit den berühmten Eingangsworten eines päpstlichen Rundschreibens [Pius des XI. vom 4. März 1937] zu beginnen, die da lauten: „Mit brennender Sorge ...“ Auslöser meiner Beunruhigung ist die in den letzten Jahren angesichts einer Zunahme von HIV-Neuinfektio-

nen entstandene Debatte über Verantwortung, die auch der heutigen Veranstaltung ihren Schwerpunkt und ihre Bedeutung verleiht. Ich war lange der naiven Ansicht, alles Wesentliche zum Thema Verantwortung sei bereits in den achtziger Jahren diskutiert und geklärt worden. Mein Alter macht es mir möglich, mich nur zu gut an diese im Hinblick auf AIDS entsetzlichen Zeiten zu erinnern. Brennende Sorge — vielleicht berechtigt, wenn nicht meine, so doch die Würde des Themas und dieses Ortes zu der pathetischen Formel —, brennende Sorge also berei-

ten mir einige in neuem Gewand wiederkehrende Thesen von damals. Alle Argumente, mit denen verantwortliches Verhalten eingefordert wird -natürlich auch die meinen-, müssen sich, erscheinen sie auf den ersten Blick auch noch so einleuchtend und noch so moralisch, logischerweise gefallen lassen, selbst auf ihre Verantwortlichkeit geprüft zu werden. Gemessen an bestimmten ethischen Grundsätzen halten etliche der aktuell vorgebrachten Argumente einer solchen Prüfung aber nicht wirklich stand und sind unter Prävention Gesichtspunkten geradezu kontraproduktiv. Mit Niklas Luhmann könnte man sagen: „Angesichts dieser Sachlage ist es vielleicht die vordringlichste Aufgabe der Ethik, vor Moral zu warnen.“

Die folgenden Überlegungen sind als eine derartige Warnung gedacht.

Zunächst irritiert mich die häufig äußerst vage Verwendung des Begriffs Verantwortung. Dieser Begriff kann nämlich religiöse, ethische, juristische, politische, geschichtliche, soziale, psychologische und sogar biologische Implikationen beinhalten. Es kann sich also um Verantwortung im Sinne eines Rechtfertigungszwanges gegenüber Gott, gegenüber einem Moralkodex, gegenüber dem Gesetz, gegenüber dem Staat, gegenüber einer Tradition oder unseren Nachfahren oder der ‚Solidargemeinschaft‘, gegenüber anderen Menschen überhaupt, gegenüber uns selbst und unserem Gewissen oder ganz allgemein gegenüber ‚dem Leben‘ handeln. Kurz zur Begriffsgeschichte: Der Ausdruck ‚verantworten‘ findet sich schon

im Mittelhochdeutschen und hat dort zunächst die Bedeutung von ‚(auf eine Frage) antworten‘. Ab dem 15. und 16. Jahrhundert erscheint er dann allmählich in religiösen, ethischen, juristischen, politischen und sozialen Zusammenhängen. Seine eigentliche Karriere aber macht er im Zuge der Reformation bei Martin Luther im Sinne der Verantwortung des „Christenmenschen“ vor seinem Gewissen und letztlich vor Gott sowie später in der Aufklärung und dem damit verbundenen Übergang in eine säkulare bürgerliche Gesellschaft. Mehr und mehr tritt er an die Stelle des älteren, parallel allerdings weiterhin verwendeten Begriffs der Schuld und bedeutet, sich vor einer jeweils bestimmten Instanz für seine Gedanken, Worte und Taten rechtfertigen zu müssen. Ähnliches gilt im Englischen für den Begriff ‚responsibility‘ und im Französischen für ‚responsabilité‘.

Dabei kann der Begriff zwei zeitliche Dimensionen aufweisen. Es kann nämlich einmal darum gehen, sich für Gedanken, Worte und Taten rechtfertigen zu müssen, die man in der Vergangenheit gedacht, gesagt und begangen hat, es kann aber zum anderen auch darum gehen, zukünftige, vor allen Dingen negative Folgen dessen, was man denkt, sagt und tut, abzuwägen und abzuwehren. Letzteres firmiert seit Max Weber unter dem Begriff ‚Verantwortungsethik‘.

Kaum einer der Anwender des Begriffs Verantwortung im Kontext von HIV und Prävention sagt exakt, auf welche dieser Implikationen und zeitlichen Dimensionen er sich bezieht. Das Wort Prävention scheint zwar eher eine in

8 Ethik

die Zukunft gerichtete Intention vorzugeben, nämlich die Verhinderung zukünftiger HIV-Infektionen, nicht selten schwingt aber dennoch ein in die Vergangenheit gerichteter, impliziter Schuldvorwurf an den HIV-Positiven mit. Mit dem Wissen um die Infektionswege und die Möglichkeiten, sie zu blockieren, wird die Tatsache, infiziert zu sein, zunehmend und oft auch von den Betroffenen selbst nicht mehr als ‚unschuldig‘ erlittenes Schicksal, sondern vielmehr als zu verantwortende ‚Schuld‘ verstanden. Allerdings bleibt zunächst meist unklar, vor welcher Instanz sich der Betroffene denn am Ende sowohl für ‚seine‘ Infektion wie für deren mögliche ‚Weitergabe‘ zu rechtfertigen haben wird. Übrigens glaube ich, daß diese Unklarheit häufig Methode hat. Denn so kann der Anwender des Verantwortungsbegriffs seine eigentlichen Absichten in der Präventionsdebatte lange im Dunkeln lassen und sein Gegenüber außerdem dazu provozieren, die Leerstelle spontan mit eigenen Vorstellungen von Schuld und Verantwortung zu füllen. Schuldgefühle sind so leicht zu mobilisieren, besonders wenn es um Sexualität geht. Und da niemand als unverantwortlich dastehen möchte, führt eine unklare Verwendung des Verantwortungsbegriffs schließlich dazu, daß Schuldzuschreibungen von den einen unhinterfragt vorgenommen und von den anderen ebenso unhinterfragt akzeptiert werden (können). Die eigentlich erforderliche, bewußte, sorgfältige, individuell wie gesamtgesellschaftlich vorzunehmende Reflektion und Prüfung der zugrundeliegenden moralischen Kategorien bleibt

jedoch auf allen Seiten aus, wodurch sich diese Kategorien nach und nach als vermeintlich selbstverständlich und maßgeblich implementieren. Von da aus ist es nur ein kleiner Schritt zur juristischen Strafbarkeit und zu unter Umständen weitreichenden gesundheitspolitischen Maßnahmen, wie wir sie denn nun auf uns zukommen sehen. Ein weiterer problematischer Punkt ist die Postulierung unterschiedlicher Verantwortlichkeiten in unterschiedlichen Lebensbereichen, also zum Beispiel die vermeintlich naheliegende Behauptung, daß in einer Partnerschaft andere Formen von Verantwortung herrschen als bei kurzfristigen Sexualkontakten. Präventiv hat sich diese Vorstellung ohnehin schon als Bumerang erwiesen, wie die Neuinfektionsraten in festen Partnerschaften zeigen. Doch unabhängig davon gilt: Wenn wir als freie und mündige Bürger verantwortlich sind für unser Handeln und seine Folgen, dann wird Verantwortung immer und überall zur Pflicht, dann kann es keine verantwortungsfreien Zeiten und Zonen in unserer Gesellschaft geben, nicht einmal oder gerade nicht in einem Darkroom oder an einem anderen Cruising-Ort. Auch im Straßenverkehr gilt beispielsweise verantwortliches Verhalten als notwendig, selbst wenn die anderen Verkehrsteilnehmer weitgehend anonym bleiben. Daß es, bei welcher Art von Verkehr auch immer, zu heftigen affektiven Reaktionen kommen kann, konterkariert das Verantwortungsprinzip keineswegs. Man könnte sogar den Schluß ziehen, daß gerade diese Tendenz zu Impulsdurchbrüchen bei gleichzeitiger

Flüchtigkeit des Kontakts und im Nachhinein fehlender Korrekturmöglichkeit zu einem besonderen Verantwortungsbeußtsein Anlaß sein sollte.

Als noch viel problematischer betrachte ich aber ein ähnlich operierendes und wiederum nur auf den ersten Blick einleuchtendes Argument, nämlich das von einer besonderen oder unterschiedlichen Verantwortung von HIV-positiven im Vergleich zu HIV-negativen Menschen. Selbst wenn das Gleichheitsprinzip des Artikels 3 des Grundgesetzes zuläßt, daß in einer Gesellschaft von Gleichen unterschiedliche Verantwortungsmodalitäten gegeben sein können, habe ich doch gravierende Zweifel, ob ein unterschiedlicher HIV-Status eine solche Ungleichheit zu begründen vermag. Entschließen sich zwei oder mehrere freie, mündige und einverständlich handelnde Menschen innerhalb oder außerhalb einer Partnerschaft zu gemeinsamen sexuellen

Handlungen, dann handeln sie aufgrund ihrer aller Freiheit, Mündigkeit und Einverständnis nicht nur als vor dem Gesetz Gleiche, sondern darüber hinaus als „Ebenbürtige“, wie Hans Jonas das nennt. Ob ihre Handlungen dabei unter Gesundheits- und Präventionsgesichtspunkten rational, also gesund sind, ist unerheblich, denn man ist nicht automatisch unfrei, unmündig und entscheidungsunfähig, bloß weil man *unvernünftig* ist. Ebenso wenig ändert ihr HIV-Status etwas daran, denn man wird auch nicht automatisch unfrei, unmündig und entscheidungsunfähig, wenn oder gar weil man krank ist. Somit ändert sich nichts an der Ebenbürtigkeit und Gleichheit aller Beteiligten, nicht einmal dann, wenn man den HIV-infizierten unter ihnen in der Vergangenheit oder Gegenwart ‚schuldhaftes‘ Verhalten unterstellt. Denn sogar Schuld macht nicht automatisch unfrei, un-



10 Ethik

mündig und entscheidungsunfähig. Im Gegenteil! Wäre es so, gäbe es gar keine *Schuldfähigkeit*. Womit will man unter auf diese Weise Ebenbürtigen also begründen, daß ein HIV-Positiver ‚mehr aufpassen muß‘ als ein HIV-Negativer? Nach Hans Jonas besteht zwischen Ebenbürtigen womöglich sogar überhaupt kein Verantwortungsverhältnis, weil jeder dieser Menschen eben aufgrund von Freiheit, Mündigkeit und Entscheidungsfähigkeit eigenverantwortlich für sich selbst sorgen kann, die Zuständigkeit eines anderen also als nicht mehr notwendig und nicht mehr begründbar entfällt. Halten wir dennoch an der größeren Zuständigkeit von HIV-Positiven in der Prävention fest, behaupten wir damit implizit, daß HIV-Positive und HIV-Negative nicht ebenbürtig und womöglich nicht einmal mehr gleichgestellt sind. Wir diskriminieren dabei übrigens *beide*. Den ‚Kranken‘ würde man paradoxerweise nicht, wie in unserem System sonst üblich, Lasten abnehmen, sondern zusätzliche aufbürden. Die ‚Kranken‘ müßten für die ‚Gesunden‘ sorgen und sie vor unsafem Wünschen und unsafem Verhalten schützen. Zugleich spräche man den ‚Gesunden‘ die Fähigkeit ab, für sich selbst zu sorgen. Ein anderer müßte dafür sorgen, daß der HIV-Negative HIV-negativ bleibt. So nahelegend eine präventive Sonderverpflichtung von HIV-Positiven zunächst erscheint, so gar nicht selbstverständlich ist sie also bei genauer Betrachtung.

Sie wäre außerdem nicht nur ein Verstoß gegen fundamentale Gleichheitsprinzipien, sondern vor allem geradezu

katastrophal für eine wirkliche Prävention. Denn sie kann von jedem vermeintlich oder tatsächlich HIV-Negativen nur als Freibrief verstanden werden, sich seinerseits nicht mehr um Prävention zu kümmern. Folglich darf es, unabhängig davon, ob sich ein HIV-Positiver de facto *besonders* präventiv verhält — das bleibt ihm im Rahmen seines persönlichen Verantwortungsverständnisses natürlich freigestellt —, keinen *besonderen* staatlichen oder gesellschaftlichen Präventionsauftrag an HIV-Positive geben. Wohlgedemerkte, es geht nicht darum, daß HIV-Positive *keine* Verantwortung hätten. Nein, die haben HIV-Positive wie HIV-Negative sehr wohl! Sondern es geht darum, daß beide *keine unterschiedliche* Verantwortung haben, auch nicht graduell, sondern sie haben als Ebenbürtige genau *dieselbe*. Erschwerend hinzu kommt, daß nicht die um ihren Status wissenden und medizinisch gut eingestellten HIV-Positiven das eigentliche Präventionsproblem darstellen, sondern vor allem die nur vermeintlich HIV-Negativen. Im Gegensatz zu dem durchaus und bedauerlicherweise höchst sicheren Status des HIV-Positiven ist der des HIV-Negativen nämlich außerordentlich unsicher. Der HIV-Negative ist sozusagen ein Phantom. Die meisten Menschen, die sich HIV-negativ wähnen, glauben dies aufgrund eines Tests, der je nach dem Monate bis Jahre zurückliegt. Oder sie glauben es sogar ohne jeden Test. Das ist psychologisch zwar verständlich, von der Sache her aber völlig unberechtigt. Wenn überhaupt, sollten also eher die

HIV-Negativen, weil sie nur in wenigen Fällen sicher wissen können, wie ihr tatsächlicher Status ist, gehalten sein, auf die Einhaltung bestimmter Präventionsregeln zu achten. Sie von dieser Verantwortung zu entlasten, wäre ein vollkommen falsches Signal. Darüber hinaus käme es mit großer Wahrscheinlichkeit zur baldigen Ausgrenzung oder gar Kriminalisierung von HIV-Positiven, was sowohl aus ethischen wie aus präventiven Gründen mit allem Nachdruck abzulehnen ist.

Ein weiteres Problem mit dem Verantwortungsbegriff besteht darin, daß er unabdingbar an den Freiheitsbegriff gekoppelt ist. Verantwortliches Verhalten kann es wie bei jeder moralischen Entscheidung nur geben, wenn man eine echte Wahl zwischen mindestens zwei oder mehreren Möglichkeiten hat. Wird nur die Benutzung des Kondoms als verantwortliches Verhalten zugelassen, alternative Verhaltensmuster aber von vornherein als unverantwortlich diskreditiert, besteht keine wirkliche Wahlmöglichkeit mehr. Verantwortliches Verhalten besteht dann nur noch in der Befolgung einer vorgegebenen Regel oder Norm. An dieser Stelle ist der Verantwortungsbegriff kein ethisch-sittlicher im Sinne eines frei und autonom entscheidenden Subjekts mehr, sondern nur noch die Maske der Forderung nach Gehorsam. Trotzdem kann ja unter gewissen Umständen gehorsame Regelbefolgung durchaus ein verantwortungsvolles Verhalten sein. Dazu darf in einer demokratisch verfaßten Gesellschaft eine Regel aber nicht einfach autoritär vorgegeben werden, sondern

muß, wenn sie letztlich funktionieren und ihre positiven Effekte entfalten soll, in ihrer Sinnhaftigkeit begründbar, einsehbar und letztlich sogar wählbar sein. In der historischen Entwicklung der HIV-Epidemie kommen wir diesbezüglich zumindest in den westlichen Ländern an eine kritische Grenze, in der die bisherige Grundregel, nämlich Prävention über Kondomgebrauch zu betreiben, nicht mehr bedingungslos ableit- und einsehbar ist, ganz abgesehen davon, daß die praktizierte (sexuelle) Realität diese Regel längst außer Kraft gesetzt hat, und zwar keineswegs nur bei den überzeugten ‚barebackern‘. Keine mehr oder weniger repressive Maßnahme wird voraussichtlich imstande sein, sie wieder *in Kraft* zu setzen. Gerade weil angesichts dieser Situation ein präventives Chaos droht, erfordert verantwortliches Denken und Handeln eine Besinnung auf bewußt wählbare Alternativen.

Daß wir dabei über Risiken und einen wie auch immer verantwortlichen Umgang mit Risiken nachdenken müssen ist unvermeidlich. Ein angemessener Begriff von Freiheit ist nicht zu denken ohne Risikoakzeptanz. Eine Gesellschaft, in der man nur noch das vermeintlich oder tatsächlich Richtige tun darf, ist keine *freie* Gesellschaft und keine Gesellschaft von Freien mehr, sei das ‚Richtige‘ auch noch so vernünftig und gesund. Dies heißt *nicht*, daß das in Artikel 2 des Grundgesetzes garantierte Recht auf die freie Entfaltung der Persönlichkeit die Schädigung und Einschränkung der Freiheit seiner selbst und anderer

12 Ethik

einschließt, es heißt aber auch nicht, daß der freie Bürger keinerlei Entscheidungsfreiheit mehr über seine persönlichen Risiken hat. Sonst müßten wir einen Mann wie Reinhold Messner die meiste Zeit seines Lebens hinter Gittern halten, seien es die eines Gefängnisses oder der Psychiatrie, statt ihn als Held zu feiern und ins Europaparlament zu wählen. Wie weit diese Freiheit unter ethischen Kriterien gehen darf, darüber wäre die eigentliche Debatte zu führen, ohne daß am Ende nur der bedingungslose Kondomgebrauch als einzig verantwortlich gilt, von der heiklen Frage seiner Kontrollierbarkeit ganz zu schweigen.

Soviel zu den Problemen, die ich bei einigen Argumenten in der Präventionsdebatte sehe. Sie werden sich vielleicht fragen, worauf ich denn nun mit meiner Kritik hinauswill. Wie Sie meiner Forderung nach verantwortlichem Argumentieren unschwer entnehmen können, bin ich keinesfalls ein Gegner von Verantwortung in der HIV-Prävention. Außer den genannten Gründen habe ich zudem zu viele verstorbene und zu viele kranke Freunde und Weggefährten, deren Andenken der heutige Tag ja ebenfalls gewidmet ist, als daß ich leichtfertig mit ihrem Schicksal umgehen würde. Daß wir HIV-Neuinfektionen aufgrund des körperlichen und seelischen Leidens, das sie nach wir vor verursachen, zuvorkommen müssen — ‚Zuvorkommen‘ ist die deutsche Übersetzung des Fremdwortes Prävention —, daran besteht für mich kein Zweifel, selbst wenn das von Martin Dannecker von eben diesem Redner-

pult aus so bezeichnete ‚neue‘ AIDS aufgrund der vorhandenen Therapiemöglichkeiten viel vom Schrecklichen des früheren, ‚alten‘ AIDS, eben dem aus den achtziger und neunziger Jahren, verloren hat. Sie sehen, bei *meinem* Verantwortungsbegriff geht es um individuelles Leiden und nicht um einen realen oder fiktiven gesamtgesellschaftlichen Schaden, der als Begründung für das präventive Verhalten Einzelner dienen soll. Aus diesem Grund ist auch das oft zu hörende Kostenargument als pseudoethisch abzulehnen. Eine Argumentation im Sinne der Schädigung eines wie auch immer definierten Kollektivs widerspricht nämlich, so evident auch sie zunächst erscheinen mag, ethischen Prinzipien, die bisher in unserem Gesundheitssystem galten, und widerspricht nach meiner Rechtsauffassung auch dem Grundgesetz, das der staatlichen Gewalt aus guten Gründen die Achtung und den Schutz des Einzelnen aufträgt, aber eben nicht umgekehrt. In diesem Sinne haben wir alle, ob HIV-positiv oder -negativ, in einer Gesellschaft, die sich weiterhin zu Recht als humane will bezeichnen können, dieselbe Verantwortung. Wir sollten alles in unserer Macht stehende tun, um körperliches und seelisches Leiden zu verhindern. Wenn wir uns dabei aber wirklich verantwortlich verhalten wollen, müssen wir sehr genau abwägen, welche mühsam errungenen Persönlichkeitsrechte wir für einen mehr oder weniger fragwürdigen Präventionserfolg aufzukündigen bereit sind. Ich danke Ihnen für Ihre Aufmerksamkeit.



Die HIV-Prävention wird einfacher - also komplexer! von Professor Pietro Vernazza

In den letzten zehn Jahren haben wir eine Reihe bedeutender Veränderungen bei der Behandlung, den Ergebnissen und der Lebensqualität von Menschen mit HIV erlebt. Dies führt zwangsläufig zu einer neuen kollektiven Wahrnehmung der Erkrankung sowie der Gefahren im Zusammenhang mit den sexuell übertragbaren Krankheiten. Folglich ist es wichtig, regelmässig eine wissenschaftliche Standortbestimmung vorzunehmen, um Bevölkerung und Gesundheitsfachleute bestmöglich über diese Entwicklungen zu informieren, damit nicht einer Banalisierung aller sexuell übertragbaren Krankheiten Vorschub geleistet wird. Dieser Text, der als Referenz dient, orientiert den Leser perfekt, weshalb wir ihn Ihnen wärmstens empfehlen.

Ressort Gesundheit und Prävention der FMH

Ohne Dings kein Bums. Klipp und klar. Ebenso die heutige HIV - Präventionsbotschaft: 1. keine Penetration ohne Kondom; 2. kein Sperma in den Mund. Einfach -- prägnant -- effektiv. Und das Konzept funktioniert. Die Schweizerische HIV - Präventionskampagne -- früher Stop AIDS, heute Love Life -- hat in der Tat grosse Wirkung gezeigt. Werden die Vorsichtsmassnahmen eingehalten, ist praktisch jede

sexuell übertragene HIV - Infektion vermeidbar. Was soll denn da noch einfacher werden?

Die Botschaft ist einfach, sie zu befolgen jedoch nicht ohne Probleme. Noch relativ einfach ist es, die Safer-Sex-Regeln mit einem Gelegenheitspartner konsequent zu befolgen. In der festen Partnerschaft wird das Kondom schon eher als Fremdkörper empfunden. Für

14 Wissenschaft

viele HIV-differente Paare (ein Partner positiv) hat die regelmässige Anwendung des Kondoms mitunter auch weitreichende Konsequenzen. Das Sexualeben ist nicht alleine durch die Verwendung des Kondoms beeinträchtigt. Die Angst vor einer sexuellen Übertragung der HIV-Infektion auf den Partner oder die Partnerin ist für die meisten Betroffenen ein ständiger Begleiter, Kondom hin oder her. Viele Paare möchten Kinder und müssen diesen Wunsch aufgrund der Safer-Sex-Empfehlung zurückstellen oder teure, unbequeme und wenig erfolgreiche reproduktionsmedizinische Interventionen auf sich nehmen. Trotz all diesen Problemen mit dem Safer Sex halten sich gemäss Angaben aus der Schweizerischen HIV-Kohortenstudie mehr als 80% aller HIV-differenten Paare an die Safer-Sex-Regeln und benutzen Kondome bei jedem Sexkontakt. Das Risiko einer Transmission möchten sie nicht eingehen.

Wie gross ist eigentlich das Risiko? Was wissen die Paare darüber? Schon vor 15 Jahren hat eine europäische Partnerstudie das Risiko einer HIV-Übertragung beziffert. Es betrug damals etwa 1:300 für jeden ungeschützten Geschlechtsverkehr. Grund genug, das Kondom zu propagieren.

Und heute? Das Gesicht der HIV-Infektion hat sich in den letzten 10 Jahren durch die HIV-Therapie vollständig verändert. Bei Menschen, die konsequent antiretrovirale Medikamente einnehmen, kann man im Blut kein aktives Virus mehr nachweisen. Opportuni-

stische Infektionen finden sich keine mehr, die Lebenserwartung gerät in einen «normalen» Bereich. Nach und nach hält diese «Normalisierung» Einzug in den Köpfen der Betroffenen, aber auch bei Lebensversicherern, Arbeitgebern und anderen. Doch wie steht es mit dem Übertragungsrisiko während einer optimal durchgeführten Therapie? Das Virus verschwindet aus den Sexualsekret, nicht aber die Angst vor einer sexuellen Übertragung. Motivation genug für die Fachkommission Klinik und Therapie HIV/AIDS (FKT), die wissenschaftlichen Grundlagen zur Beurteilung des Transmissionsrisikos unter Therapie zu studieren. Basierend auf epidemiologischen und biologischen Daten kam die Kommission zum Schluss, dass unter einer gut durchgeführten HIV-Therapie das Risiko vernachlässigbar ist. So gering, dass noch nie ein solcher Fall beschrieben wurde. Das theoretisch kalkulierte Risiko bewegt sich in der Grössenordnung unserer normalen Lebensrisiken wie z. B. dem Besteigen eines Flugzeuges.

Zurück zu den betroffenen HIV-differenten Paaren: Diese Information macht es für sie sehr einfach. Wer würde jemandem empfehlen, aus Angst vor einem Absturz auf eine Flugreise zu verzichten? Unter optimalen Voraussetzungen kann ein HIV-differentes Paar heute normalen Geschlechtsverkehr ohne Kondom haben. Keine Angst, den Partner anzustecken. Kein Kondom behindert den Kinderwunsch. Optimale Voraussetzung heisst: eine stabile HIV-Therapie, kein Virus im Blut nachweisbar, keine Geschlechts-

krankheiten. Sind diese Bedingungen erfüllt, was bei der Mehrzahl der behandelten Personen der Fall ist, so wird die Prävention tatsächlich einfach.

Doch die Botschaft wird nun komplexer: Sie muss individualisiert werden. Die Therapie, aber auch die HIV-negativen Partnerinnen und Partner müssen in die Betreuung einbezogen werden. Die Prävention von Geschlechtskrankheiten wird bedeutsamer. Paare müssen intensiver beraten werden. Und nicht zuletzt: Nach 20 Jahren «ohne Dings kein Bums» wird es nicht einfach sein, die tiefsitzende Angst vor einer Infektion in den Köpfen der Betroffenen zu relativieren.

Doch wenn dieser Prozess einmal umgesetzt ist, werden die von HIV betroffenen Menschen eine spürbare

Verbesserung ihrer Lebensqualität erfahren. Es ist an der Zeit.

Die Eidgenössische Kommission für Aidsfragen hat basierend auf der Beurteilung der FKT die Bedeutung dieser Informationen für die Prävention diskutiert. Die daraus abgeleiteten Konsequenzen für die Beratung wurden in einer Kurzinformation für Beratungsstellen und Ärzteschaft zusammengefasst. Im Namen der Kommission möchte ich Ihnen die Lektüre dieser Empfehlungen wärmstens empfehlen.

Erstveröffentlichung in: Schweizerische Ärztezeitung | Bulletin des médecins suisses | Bollettino dei medici svizzeri | 2008;89:

Homepage: www.saez.ch sowie auf www.infekt.ch/index.php?artID=1427



D.A.H. Postkarte SEX SPASS ÜBERRASCHUNG? - Geschlechtskrankheiten sind im Kommen. Benutze Kondome. Achte auf deinen Körper. Lass Dich regelmäßig untersuchen

HIV-infizierte Menschen ohne andere STD sind unter wirksamer antiretroviraler Therapie sexuell nicht infektiös

von Professor Pietro Vernazza

Die Eidgenössische Kommission für Aidsfragen (EKAF) hält auf Antrag der Fachkommission Klinik und Therapie des Bundesamtes für Gesundheit, nach Kenntnisnahme der wissenschaftlichen Fakten und nach eingehender Diskussion fest: Eine HIV-infizierte Person ohne andere STD unter einer antiretroviralen Therapie (ART) mit vollständig supprimierter Virämie (im Folgenden: «wirksame ART») ist sexuell nicht infektiös, d.h., sie gibt das HI-Virus über Sexualkontakte nicht

weiter, solange folgende Bedingungen erfüllt sind:

- die antiretrovirale Therapie (ART) wird durch den HIV-infizierten Menschen eingehalten und durch den behandelnden Arzt kontrolliert;
- die Viruslast (VL) liegt seit mindestens sechs Monaten unter der Nachweisgrenze (d. h., die Virämie ist supprimiert);
- es bestehen keine Infektionen mit anderen sexuell übertragbaren Erregern (STD).

Einleitung

Zu den Aufgaben der EKAF gehört es, neue Erkenntnisse betreffend die Infektiösität von HIV-infizierten Menschen unter einer entsprechend wirksamen HIV-Therapie bekanntzumachen. Die EKAF will Menschen mit und ohne HIV-Infektion Ängste nehmen und dadurch einem Teil der etwa 17000 in der Schweiz lebenden HIV-infizierten Menschen ein weitgehend «normales Sexualleben» ermöglichen.

Wissenschaftliche Grundlagen und Evidenz

Unter «wirksamer ART» wird im Folgenden immer eine HIV-Therapie mit stabiler, vollständiger Suppression der Viruslast im Blut (VL unter der Nachweisgrenze, <40 Kopien/ml) verstan-

den. Die Therapie gilt als stabil, wenn die VL unter ART seit mindestens sechs Monaten unter der Nachweisgrenze war.

Die EKAF ist sich bewusst, dass die heute vorliegenden medizinischen und biologischen Fakten streng wissenschaftlich den Beweis nicht erbringen können, dass eine HIV-Infektion unter wirksamer ART nicht möglich ist. (Denn der Nichteintritt eines unwahrscheinlichen, aber denkbaren Ereignisses ist nicht beweisbar.) Die Situation ist vergleichbar mit der Lage 1986, als die Aussage «HIV ist nicht durch Küssen übertragbar» veröffentlicht und kommuniziert wurde. Diese Feststellung konnte nie bewiesen werden. Aber 20 Jahre Erfahrung mit HIV haben ihre hohe Plausibilität untermau-

ert. Für die Aussage «HIV-infizierte Menschen ohne andere STD sind unter wirksamer antiretroviraler Therapie sexuell nicht infektiös» sind wissenschaftliche Faktenlage und Evidenz allerdings viel besser als 1986. Daher sind die EKAF und die beteiligten Organisationen überzeugt, dass die heute verfügbaren Informationen genügen, um diese Aussage hinreichend zu begründen. Es geht im Folgenden um die Beurteilung des Transmissionsrisikos unter wirksamer ART beim ungeschützten Geschlechtsverkehr.

Epidemiologische Daten

In serodifferenten Partnerschaften (eine Person HIV-positiv, die andere HIV-negativ) ist das Transmissionsrisiko abhängig von der Viruslast der HIV-infizierten Person [1] (Abb. 1).

In einer Längsschnittstudie mit 393 heterosexuellen serodifferenten Paaren fand sich im Verlauf von 14 Jahren keine Infektion bei Partnern von Personen unter ART, während unter den Paaren ohne ART die Transmissionsrate 8,6% betrug [2].

In einer anderen Längsschnittstudie mit 93 serodifferenten Paaren, von denen 41 der HIV-positiven Partner eine Therapie begannen, kam es bei sechs Partnern zur HIV-Infektion, alles Partner von unbehandelten Personen mit einer Viruslast im Blut von mindestens 1000 Kopien/ml [3].

Unter 62 serodifferenten Paaren, die zur Erfüllung eines Kinderwunsches ungeschützten Sex hatten (Mann positiv, unter ART), kam es in keinem Fall zur Übertragung auf die Partnerin [4].

Die Übertragung von HIV von der Mut-

ter auf das Neugeborene hängt ebenfalls von der mütterlichen Viruslast ab und kann durch ART verhindert werden [5--8].

In der «San Francisco Men's Health Study» war die HIV-Inzidenz bei schwulen Männern in den Jahren 1994 bis 1996 0,12 (Infektionen pro Partnerschaft). Seit 1996 ist ART verfügbar. In den Jahren 1996 bis 1999 sank die HIV-Inzidenz bei schwulen Männern auf 0,048, auch wenn längst nicht alle HIV-infizierten Männer eine Therapie hatten [9].

Die Transmissionsrate ist während der HIV-Primoinfektion massiv erhöht. Studien zeigen, dass ein erheblicher Prozentsatz aller frisch erworbenen HIV-Infektionen von einem Partner stammt, der ebenso eine kürzlich diagnostizierte HIV-Infektion hat [10--12].

Geschlechtskrankheiten erhöhen das HIV-Transmissionsrisiko (ohne ART). Mathematische Modelle zeigen, dass bei diesem Effekt vor allem die Syphilis epidemiologisch relevant ist [13].

Wenige Tage bis Wochen nach Absetzen einer Therapie kommt es zum raschen Anstieg

der HI-Viruslast. Mindestens eine Fallbeschreibung einer Transmission in diesem Zeitfenster liegt vor [14].

Biologische Daten

Die HIV-RNA-Konzentration in Genitalsekreten nimmt unter Therapie auf nicht messbare Werte ab [15--17].

Die Viruslast (freie HIV-RNA) im weiblichen Genitalsekret ist in der Regel tiefer als im Blut und ist nicht nachweisbar unter wirksamer ART.

18 Wissenschaft

Ein Anstieg der genitalen Viruslast erfolgt in der Regel nach, nicht vor dem Anstieg im Blut [18].

Zellassozierte Virusgenome können auch unter ART in Genitalsekreten noch nachgewiesen werden [15, 19--21]. Es handelt sich aber nicht um vollständige, infektiöse Viren. Die HIV-infizierten Zellen im Sperma enthalten keine LTR-zirkuläre DNA als Zeichen einer lokal aktiven Virusvermehrung [22].

Die HIV-RNA-Konzentration im Sperma beeinflusst das Transmissionsrisiko. Bei nichtnachweisbarer HIV-RNA geht das Transmissionsrisiko asymptotisch gegen null [23] (Abb. 2). Diese biologischen Daten zeigen, dass das Risiko durch wirksame ART stark gesenkt wird.

Während der HIV-Primoinfektion steigt die Viruslast in Genitalsekreten massiv an [24], was die erhöhte Transmissionsrate während der frühen Phase erklärt.

Während einer Geschlechtskrankheit (STD; z. B. Urethritis, genitale Ulzera) ist die Viruslast in Genitalsekreten (nicht aber im Blut) über mehrere Wochen erhöht und sinkt nach erfolgreicher Behandlung der STD [25]. Auch unter wirksamer ART kann die Viruslast im Sperma bei einer STD (Urethritis) leicht ansteigen. Dieser Effekt ist allerdings sehr diskret und deutlich geringer als ohne wirksame ART [26].

Fazit

Unter einer wirksamen ART findet sich weder im Blut noch in Genitalsekreten freies Virus. Alle epidemiologi-

schen und biologischen Daten weisen darauf hin, dass unter einer konsequent eingehaltenen ART kein relevantes Übertragungsrisiko besteht.

Das Risiko einer HIV-Übertragung beim Sex ohne Kondom unter vollständig supprimierter Viruslast ist deutlich geringer als 1:100000. Das verbleibende Restrisiko lässt sich zwar wissenschaftlich nicht ausschliessen, es ist aber nach Beurteilung der EKAF und der beteiligten Organisationen vernachlässigbar klein.

Relevanz und Geltungsbereich der Aussage «HIV-infizierte Menschen unter wirksamer ART sind sexuell nicht infektiös»

Bedeutung für Ärztinnen und Ärzte

Ziel dieser Information ist, dass behandelnde Ärztinnen und Ärzte die Kriterien kennen, die die Beurteilung erlauben, ob die Aussage «der HIV-infizierte Patient, die HIV-infizierte Patientin ist sexuell nicht infektiös» zutrifft. Die Aussage gilt, sofern die folgenden Bedingungen erfüllt sind:

- die antiretrovirale Therapie (ART) wird durch den HIV-infizierten Menschen konsequent eingehalten und durch den behandelnden Arzt regelmässig kontrolliert;
- die Viruslast (VL) unter ART liegt seit mindestens sechs Monaten unter der Nachweisgrenze (d. h., die Virämie ist supprimiert);
- es bestehen keine Infektionen mit anderen sexuell übertragbaren Erregern (STD).

Erste Priorität hat nach wie vor die me-

dizinische Indikation für eine ART nach den gültigen Therapieempfehlungen. Eine Vorverlegung des Therapiezeitpunktes aus «präventiven Überlegungen» ist zurzeit nicht erwünscht: Abgesehen von den zusätzlichen Kosten bestehen Zweifel, ob HIV-infizierte Menschen für eine Langzeittherapie ohne festgelegte medizinische Indikation genügend motiviert sind und der Therapie treu bleiben.

Abgebrochene und schlecht durchgeführte Therapien bergen ein grosses Risiko für die Entwicklung von resistenten Virenstämmen, bedrohen damit die öffentliche Gesundheit und verschlechtern die individuelle Prognose. Eine präventive Indikation von ART ist somit nur in Ausnahmefällen bei hochmotivierten Menschen mit einer HIV-Infektion gegeben. Kein Patient soll aus «präventiven» Überlegungen zur Therapie überredet werden.

Bedeutung für HIV-infizierte Menschen ohne andere STD unter wirksamer ART

HIV-infizierte Menschen ohne andere STD unter wirksamer ART, die in einer festen Beziehung mit einer HIV-negativen Person leben, sollen wissen, dass sie ihren festen Partner nicht gefährden, solange sie die ART konsequent und zuverlässig einhalten, sich regelmässig in ärztliche Kontrolle begeben und keine anderen sexuell übertragbaren Infektionen (STD) haben. Der Entscheid, ob das serodifferente, feste Paar auf weitere Schutzmassnahmen verzichtet, obliegt nach eingehender Information und Beratung dem HIV-negativen Partner.

Bedeutung für HIV-infizierte Menschen ohne feste Partnerschaft

HIV-infizierte Menschen unter wirksamer ART dürfen wissen, dass sie, solange sie die ART konsequent und zuverlässig einhalten, sich regelmässig in ärztliche Kontrolle begeben und keine anderen sexuell übertragbaren Infektionen (STD) haben, das Virus sexuell nicht weitergeben.

Relevanz für die HIV-Prävention

Die Aussage «HIV-infizierte Menschen ohne andere STD sind unter wirksamer ART sexuell nicht infektiös» verändert die Präventionsstrategie der Schweiz nicht. Ausserhalb einer festen Beziehung geht die Selbstschuttpflicht vor: Keine HIV-negative Person soll bei einer sexuellen Begegnung auf den Selbstschutz verzichten. Wenn sie sich auf die Aussage des Gegenübers «ich bin HIV-negativ» oder «ich bin unter wirksamer ART» verlässt, geht sie ein HIV-Infektionsrisiko ein, da sie die Zuverlässigkeit der Aussagen nicht überprüfen kann. Die Eigenverantwortung für die Gesundheit kann speziell in diesen Situationen nicht delegiert werden.

In einer festen, serodifferenten Partnerschaft (ein Partner HIV-positiv, ein Partner HIV-negativ) obliegt der Entscheid, ob das Paar auf weitere Schutzmassnahmen verzichtet, dem HIV-negativen Partner, weil dieser letztendlich die Konsequenzen einer HIV-Infektion tragen müsste, falls es wider Erwarten doch zu einer HIV-Übertragung käme.

20 Wissenschaft

Relevanz für die Rechtsprechung

Der Befund «HIV-infizierte Menschen ohne andere STD sind unter wirksamer ART sexuell nicht infektiös» ist von den Gerichten bei der Beurteilung der Strafbarkeit der HIV-Übertragung zu berücksichtigen. Ein ungeschützter Sexualkontakt einer HIV-infizierten Person ohne andere STD unter wirksamer ART mit einer HIV-negativen Person kann nach Auffassung der EKAF weder den Tatbestand einer versuchten Verbreitung einer gefährlichen Krankheit im Sinne von Art. 231 Strafgesetzbuch (StGB) noch den Tatbestand der versuchten gefährlichen Körperverletzung nach den Artikeln 122, 123 oder 125 StGB erfüllen.

Ärztliche Beratung von HIV-Patienten mit ART

Patienten unter ART werden von den behandelnden Ärztinnen und Ärzten bei nächster Gelegenheit auf das Thema «Nichtinfektiosität unter wirksamer ART» und deren Bedingungen angesprochen und ihrer aktuellen Beziehungsform entsprechend beraten.

Inhalte der ärztlichen Beratung

In der Beratung des festen, serodifferenten Paares (beide sind anwesend) sind die Bedingungen der Nichtinfektiosität eingehend zu besprechen:

-- der Mensch mit einer HIV-Infektion nimmt die antiretrovirale Therapie (ART) konsequent ein und lässt deren Wirksamkeit durch den behandelnden Arzt regelmässig kontrollieren (gemäss allgemeingültigen Therapiestandards);
-- die Viruslast (VL) unter ART liegt seit mindestens sechs Monaten unter der Nachweisgrenze (d.h., die Virämie

ist supprimiert);

-- es bestehen keine Infektionen mit anderen sexuell übertragbaren Erregern (STD).

Das Paar soll in der Beratung erkennen, dass die Adhärenz (Therapietreue) ein gemeinsames Thema in der Beziehung wird, wenn das Paar auf weitere Schutzmassnahmen verzichten will. Ebenso muss das Paar v. a. wegen der Relevanz von anderen STDs erkennen, dass es Regeln für den Umgang mit sexuellen Kontakten ausserhalb der festen Beziehung vereinbaren muss.

Heterosexuelle Paare müssen sich zusätzlich mit Kinderwunsch bzw. Empfängnisverhütung auseinandersetzen, wenn auf Schutz durch Präservative verzichtet wird. Thematisiert werden sollen

-- mögliche Wechselwirkungen von hormonellen Kontrazeptiva und ART, die zu einer verminderten Wirksamkeit der Kontrazeptiva führen können;

-- potentielle Teratogenität der eingesetzten Wirkstoffe; in praxi heisst das: Vermeiden von Efavirenz bei Kinderwunsch.

Hingegen ist die Insemination mit aufbereitetem Sperma unter wirksamer ART nicht mehr indiziert, wenn sie nur erfolgt, um eine HIV-Transmission zu vermeiden.

Die Beratung gibt Gelegenheit, die Fragen des serodifferenten Paares zu beantworten. Es gilt auch, darauf hinzuwirken, dass der HIV-negative Partner (nicht der HIV-positive!) den Entscheid fällt, ob er/sie auf das Präservativ verzichten will, und dass das Paar gemeinsam Abmachungen zum Umgang mit der Adhärenz, sexuellen

Aussenkontakten (wegen STD-Risikos) und allfälligem Kinderwunsch trifft. Bei den zukünftigen Kontrollen der ART ist der Patient auf die Einhaltung dieser Abmachungen anzusprechen.

HIV-infizierte Menschen ohne andere STD unter wirksamer ART, die nicht in einer festen Partnerschaft leben, werden von ihrem behandelnden Arzt, ihrer behandelnden Ärztin über ihre «Nichtinfektiosität unter wirksamer ART» informiert. Diese Information kann entlastend wirken, zeigen doch viele Studien, dass das Sexualleben von HIV-infizierten Menschen infolge von Infektionsängsten beeinträchtigt ist. Im Interesse der Betroffenen werden Ärztinnen und Ärzte diesen jedoch weiterhin zu Safer Sex bei anonymen und Gelegenheitskontakten raten, um das Risiko von anderen STDs zu sen-

ken. Je nach Anzahl solcher Kontakte sind auch regelmässige Kontrollen und Tests auf andere STDs vorzunehmen. Betroffene sind auf Anzeichen von STD zu sensibilisieren.

Den behandelnden Ärztinnen und Ärzten stehen Broschüren und Websites zur Verfügung, und sie werden durch Beratungsstellen der Aidshilfen unterstützt. Die EKAF empfiehlt die aktive Nutzung dieser Ressourcen.

Erstveröffentlichung: Schweizerische Ärztezeitung | Bulletin des médecins suisses | Bollettino dei medici svizzeri | 2008;89: 5 168

Ausführliche Quellenangaben und Abbildungen zu diesem Artikel finden Sie auf der Homepage www.saez.ch sowie auf

www.infekt.ch/index.php?artID=1427



D.A.H. Postkarte SEXKURSION



HIV-Prävention in der Krise? von Professor Martin Dannecker

Seit geraumer Zeit wird landauf, landab eine Krise der einst so erfolgreichen HIV-Prävention beschworen. Und immer dann, wenn das RKI den Halbjahresbericht mit den Daten zu den neu diagnostizierten HIV-Infektionen vorlegt, wird eine zunehmende Sorglosigkeit vor allem der homosexuellen Männer behauptet. Denn unter diesen ist der Anstieg der neu diagnostizierten HIV-Infektionen höher als in anderen Gruppen. Aber die Neuinfektionen sind keineswegs identisch mit „frischen“ Infektionen, das heißt mit Infektionen, die während des Berichtszeitraums erworben wurden. Ein nicht unerheblicher Teil der dem RKI gemeldeten Neuinfektionen wurde vielmehr bereits lange vor ihrer Meldung erworben. Infektionszeitpunkt und Diagnose der HIV-Infektion liegen in vielen Fällen zeitlich weit auseinander. Beeinflusst wird die Zahl der gemeldeten

Neuinfektionen auch vom Testverhalten. Lässt sich ein höherer Anteil von homosexuellen Männern testen, unter denen die HIV-Prävalenz je nach Region zwischen 4 und 16 % liegt, steigt auch die Zahl der diagnostizierten Neuinfektionen. Eine Analyse von Daten in Großbritannien konnte dann auch zeigen, dass der Anstieg der Neuinfektionen bei MSM eher auf einen Anstieg der HIV-Testung zurückgeht als auf eine steigende Inzidenz (vgl. Dougan et al. 2007)

Solche Differenzierungen werden in den epidemiologischen Bulletins des RKI zwar regelmäßig gemacht. Zur Kenntnis genommen werden sie freilich nicht. Stattdessen werden die Meldungen des RKI dramatisiert und es wird der Eindruck erweckt, als ob den homosexuellen Männern die Erhaltung ihrer Gesundheit gleichgültig wäre.

Schon ein flüchtiger Blick auf die Studien zum Präventionsverhalten zeigt, dass die Rede von einer tiefgehenden Krise der Prävention nicht verschlägt. Auch gegenwärtig benutzen homosexuelle Männer bei infektionsrelevanten sexuellen Kontakten in der überwiegenden Mehrheit ein Kondom und das, obgleich sie sich schon lange eine Sexualität wünschen, in der das Kondom nicht ins Spiel gebracht werden muss (vgl. Schmidt et al. 2007). Das heißt freilich nicht, dass homosexuelle Männer durchgängig ein Kondom benutzen. Sie tun das nicht einmal durchgängig bei dem als hoch riskant geltenden Analverkehr. Aber auch wenn der Analverkehr mit guten Gründen als hoch riskant gilt, so ist doch nicht jeder ungeschützte sexuelle Kontakt dieser Art infektionsrelevant. Denn infizieren kann man sich nur, wenn man nicht schon infiziert ist und ungeschützte sexuelle Kontakte mit jemandem hat, der HIV-positiv ist. Das ist zwar trivial. Gleichwohl ist daran zu erinnern, wenn die tendenzielle Abschwächung des Kondomgebrauchs beim Analverkehr als ein Zeichen der Krise der HIV-Prävention gelesen wird.

Das Stichwort für den Wunsch, Sex ohne Kondom und ohne ein relevantes Risiko zu haben, lautet Sero-Sorting. Verstanden wird darunter das Ausloten des Serostatus der jeweiligen Sexualpartner. Diese Technik zur Vermeidung einer HIV-Infektion, ohne ein Kondom benutzen zu müssen, hat sich unter homosexuellen Männern in den vergangenen Jahren immer weiter aus-

gebreitet. Fraglos hat diese Technik ihre riskanten Seiten, weil man über den Serostatus getäuscht werden kann oder sich täuschen lässt. Täuschungen dieser Art ereignen sich wohl besonders häufig mit jenen, die noch nie einen HIV-Test gemacht haben oder deren letzter negativer Test lange zurückliegt und die gleichwohl von sich glauben, nicht HIV-positiv zu sein. Dem Sero-Sorting und allen Techniken zur Vermeidung einer HIV-Infektion, die unter dem Label „Negotiated Safety“ firmieren, worunter eine kommunikativ ausgehandelte Sicherheit verstanden wird, ist ein Risiko inhärent, das sich durch die Häufigkeit und den Zeitraum ihrer Praktizierung kumuliert. Auch wenn die Übertragungswahrscheinlichkeit einer HIV-Infektion bei einem einzelnen sexuellen Kontakt, bei dem man über den Serostatus eines Sexualpartners getäuscht wurde, nicht sehr hoch ist: wiederholte Täuschungen erhöhen das Risiko, sich zu infizieren, beträchtlich. Die Kumulierung des Infektionsrisikos durch die Dauer der Anwendung einer Technik, die dieses Risiko minimieren oder gar ausschließen soll, gilt übrigens auch für den Kondomgebrauch. Das ist unter anderem deswegen so, weil die Wahrscheinlichkeit von „Anwendungsfehlern“ mit der Zeit zunimmt.

Das alles zeigt, dass es in einem Kollektiv mit einer relativ hohen HIV-Prävalenz trotz aller Versuche, eine HIV-Infektion zu vermeiden, nolens volens zu Neuinfektionen kommen wird. Es zeigt aber auch, dass es sich bei den dramatisierten Neuinfektionen

24 Wissenschaft

unter homosexuellen Männern fast durchgängig um ungewollte Infektionen handelt.

Barebacking

Unterstellt wird häufig freilich das Gegenteil. Das hat mit dem Phänomen „Barebacking“ zu tun, das zum Skandalon schwuler Sexualität geworden ist und Wasser für die Mühlen jener liefert, die Schwule mit repressiven Maßnahmen zur präventiven Raison bringen möchten. Worum handelt es sich bei der Sexualität, die unter den Ausdruck Barebacking subsumiert wird, eigentlich? Zwar wird Barebacking mittlerweile vielfach als Synonym für „ungeschützten Analverkehr“ gebraucht. Es gibt zwischen dem ungeschützten Analverkehr im Kontext des organisierten Barebacking und in anderen Zusammenhängen jedoch auch für die Prävention bedeutsame Differenzen. Barebacking ist vor allem durch die hohe psychische Besetzung von im Körper deponiertem Sperma charakterisiert. Es sind nicht bloße Widerstände gegen das Kondom, die bei diesem Phänomen ihre Dynamik entfalten, sondern es ist, wie die entsprechenden Internetseiten zeigen, die von der Prävention zu Recht als gefährlich eingestufte Körperflüssigkeit, die beim Barebacking triumphierend in Szene gesetzt wird. Unter Barebackern hat Sperma eine ähnliche Bedeutung wie im Pornofilm, wo das sichtbar auf dem Körper hinterlassene Sperma dafür steht, dass der dargestellte Sex auch real war. Real und wirklich scheint die Sexualität für Barebacker nur dann zu

sein, wenn das Sperma eben dort deponiert wird, wo es nach den Regeln der Prävention nicht deponiert werden sollte: im Anus und im Mund.

Wenn das so ist, dann verdankt sich der besondere Kick, der angeblich mit dem Barebacking verbunden ist, der negativen Akzentuierung des Spermas durch die Aids-Prävention. Der scheinbar über die Infektionsrisiken triumphierende Barebacker ist von dem abgelieferten oder aufgenommenen Sperma und, vermittelt darüber, von der Infektionsgefahr freilich in höchstem Maße abhängig. Ob es beim Barebacking jedoch vor allem um bewusst in Kauf genommene reale Infektionen geht, ist zweifelhaft. Phantasien, sich infizieren zu lassen oder jemanden zu infizieren, spielen beim Barebacking aber eine bedeutsame Rolle. Insofern kann sie auch als eine moderne Variante perverser Sexualität bezeichnet werden, in deren Zentrum Phantasien von Macht/Ohnmacht und Vernichtung stehen. Tatsächlich dürfte das Barebacking aber keinen herausragenden Einfluss auf die zunehmenden Neuinfektionen von homosexuellen Männern haben. Denn wahrscheinlich ist ein großer Teil der schwulen Männer, die in das organisierte Barebacking involviert sind, bereits positiv gewesen, bevor sie sich am Barebacking beteiligt haben.

Biomedizinische Lösungen für das Präventionsdilemma

Bis zur Einführung der Kombinationstherapien hatte der HIV-Test keine positive Wirkung auf die Prävention,

auch wenn der so häufig irrende gesunde Menschenverstand immer das Gegenteil behauptete. Jedenfalls verhielten sich positiv getestete HIV-Infizierte keineswegs „safer“ als negativ oder nicht getestete homosexuelle Männer. Inzwischen deutet einiges darauf hin, dass unter der HAART das Übertragungsrisiko deutlich sinkt. Dadurch erhält auch der HIV-Test eine potenziell präventive Bedeutung. Wenn die Auswirkung der HAART auf das Übertragungsrisiko sich auch für homosexuelle Verhältnisse bestätigen sollte, die sexuell und damit auch physiologisch etwas anders gelagert sind als die heterosexuellen, dann tut sich eine neue Dimension des Sero-Sortings auf. So paradox es klingen mag: Ein behandelter HIV-Infizierter könnte für jene, die Schwierigkeiten mit dem Gebrauch des Kondoms haben, deshalb zu einem begehrenswerten Partner werden, weil man mit ihm ohne größere Bedenken ungeschützten Sex haben kann. Das käme einer Umschreibung von HIV-Positiven gleich, von denen sich die Negativen oder scheinbar Negativen bislang mehr oder weniger verhohlen sexuell distanziert haben. Der positive Effekt der erfolgreichen Behandlung mit Kombinationstherapien auf die Prävention wirft aber viel wichtigere Fragen auf. Ist es gerechtfertigt, wegen dieses Effekts früher mit der Behandlung zu beginnen, als es für den Verlauf der HIV-Infektion notwendig wäre? Welche Nebenwirkungen werden in Kauf genommen, um auf ein Kondom verzichten zu können? Die Entscheidung darüber kann selbst-

verständlich nicht den Ärzten allein überlassen werden, sondern muss sich am Wunsch und am Leiden, aber auch an den Glücksvorstellungen der Patienten orientieren. Human ist die Prävention dann, wenn sie sich als ein Mittel zum Zweck der Verhütung von Leiden begreift. Das gilt sowohl für die biomedizinische Prävention als auch für die zu Recht nach wie vor als Goldstandard geltende herkömmliche HIV-Prävention. Ihre humane Orientierung büßt die Prävention gleich welcher Art ein, wenn sie zu einer Diktatur der Gesundheit und normativer Vorstellungen der sexuellen Lebensführung wird. Das wäre bereits dann der Fall, wenn aus präventiven Überlegungen heraus gegen den ausdrücklichen Willen von Patienten mit einer frühzeitigen HAART begonnen würde.

Literatur

Dougan S., Elford J. et al.: Does the recent increase in HIV diagnoses among men who have sex with men in the United Kingdom reflect a rise in HIV incidence or increased uptake of HIV testing? *Sexually Transmitted Infections* 2007, 83(2): 120-125

Schmidt, A J, Grote, St, Bochow, M: Results of a follow up survey on HIV risk reduction and risk taking among men who have sex with man in Germany. Poster EACS 2007

Erstveröffentlichung : HIV & more, Sonderausgabe Welt Aids Tag 2007, Seite 12-13



POSITIV LEBEN.

Jeder kann positiv sein.
Ohne es zu wissen.
Das heißt für jeden,
sich und andere zu schützen.
Eben positiv leben.

Wenn ich direkt gefragt werde, empfehle ich weiterhin, ein Kondom zu benutzen

Dr. Peter Gute und Michael Bohl im Gespräch mit der postT

Die Eidgenössische Kommission für Aids Fragen hat unter eng umgrenzten Bedingungen, zu denen unter anderem auch eine individuelle Beratung der Partner gehört, grünes Licht für den einvernehmlichen Verzicht auf Kondome für den Fall gegeben, dass einer der Partner HIV positiv ist, mindestens schon seit einem halben Jahr die Viruslast unter der Nachweisgrenze liegt und keine Geschlechtskrankheiten vorliegen. Das Robert Koch Institut (RKI) hat in einer Stellungnahme Bedenken angemeldet. Da zum einen durch einen in Frankfurt dokumentierten Fall nachgewiesen sei, dass die Aussage so absolut nicht getroffen werden kann und ausführlich den weiteren Forschungs- und Beobachtungsbedarf angemeldet. (www.rki.de/cln_048/nn_205760/DE/Content/InfAZ/H/HIVAIDS/Viruslast_-_Infektionsrisiko.templateId=raw,property=publicationFile.pdf/Viruslast_Infektionsrisiko.pdf).

Bernd Aretz hat mit Michael Bohl, dem Leiter des Beratungs- und Fachstelle der Aids-Hilfe Frankfurt und Dr. Peter Gute, dem Frankfurter HIV-Schwerpunktarzt, um dessen Patienten es sich bei dem berichteten Fall handelt, gesprochen.

Gute: Das ist ein Fall von einem schwulen Pärchen, das seit einigen Jahren zusammen ist. Der positive Partner wird von uns seit Jahren behandelt, ist ständig mit seiner Viruslast unter der Nachweisgrenze und hoch therapietreu. Die

beiden haben eine monogame Beziehung. Beim etwa alle zwei Jahre stattfindenden Routinetest, war der bis dahin negative Partner auf einmal positiv. Da beide nur ganz gelegentlich unsafes Sex gehabt haben - üblicherweise benutzten sie Kondome - waren natürlich alle Beteiligten überrascht, es stand die Frage des Treubruchs im Raum, da wir alle davon ausgingen, dass eine Infektion innerhalb der Beziehung sehr unwahrscheinlich ist. Um die Diskussionen zu entlasten, habe ich auf Wunsch der beiden eine phylogenetische Untersuchung der Viren veranlasst. Heraus kam, dass die Infektion zweifelsfrei in der Beziehung weitergegeben wurde. Die politische Bedeutung dieses Falles, den wir als Einzelfall bewerteten, ist uns erst beim Aids-Kongress in Frankfurt deutlich geworden. Es wird demnächst eine Veröffentlichung dazu geben.

Aretz: Das RKI geht davon aus, dass es wahrscheinlich mehrere unentdeckte Fälle gibt, die deshalb nicht auffallen, weil nicht danach gesucht wird. Der Hintergrund ist, dass zum einen die Übertragungswahrscheinlichkeit sehr gering ist und es sich um wenige Einzelfälle handelt, und zum übrigen die Frage ja durch Studien nur im Rahmen von diskordanten Beziehungen überhaupt geklärt werden kann. Die Wahrscheinlichkeit, dass sich der negative Partner bei einem gut therapierten Lebensgefährten ansteckt ist sehr viel

28 Interview

geringer, als sich außerhalb der Beziehung zu infizieren. Der Rückgang der Infektionszahlen in den Ländern mit Zugang zu Therapien und der Wiederanstieg in zeitlichem Zusammenhang mit einer Verschiebung des Therapiebeginns durch geänderte medizinische Leitlinien ist auch für das RKI ein Indiz dafür, dass Therapien in der Gesamtheit auch präventiv wirken, Aussagen für den Einzelfall aber schwierig bleiben.

Gute: Diese Haltung teile ich.

Bohl: Es wird von mancher Seite gerade der Vorwurf erhoben, dass in dieser Diskussion ganz und gar Ungeheuerliches ausgesprochen wird. Da sitzen schon die Ersten in den Startlöchern, evtl. weiter steigende Infektionszahlen schuldhaft jenen zuzurechnen, die diese Informationen nicht zurückhalten. Dies widerspricht aber nun wirklich völlig den Grundsätzen der AIDS-Hilfen. Deren Position sich im Übrigen nie geändert hat. Es geht um Aufklärung und Information. Und um Begleitung und Unterstützung. Verunsicherungen nehmen wir sehr ernst. Aber wir wollen und können sie nicht dadurch auflösen, dass wir die Kenntnisnahme von, im übrigen erfreulichen, Fakten verweigern. Das viel zitierte Risikomanagement ist nun noch um einige Facetten komplexer geworden. Die notwendigen Antworten muss sich unverändert und bis in alle Ewigkeit jede und jeder selbst geben. Wer hierbei unsere Unterstützung gebrauchen kann, gerne. Dafür unter anderem sind wir da. Aber nicht um den Menschen zu sagen, wie sie sich richtig zu verhalten haben. Für dieses Menschenbild stehen Andere.

Aretz: Nun wird ja seit einigen Jahren

in vielen Arztpraxen im Rahmen der Beratung erklärt, das Risiko unter einer guten Therapie sei zwar möglicherweise vorhanden, aber doch eher so unwahrscheinlich, dass es legitim sei, es im Rahmen einer Absprache der Partner zu vernachlässigen.

Gute: Dem stimme ich nicht so ohne weiteres zu. Ich weise immer darauf hin, dass noch ein Restrisiko besteht und der negative Partner überlegen und entscheiden muss ob er das Risiko eingeht. Wenn ich direkt gefragt werde, empfehle ich weiterhin, ein Kondom zu benutzen. Die Schweizer haben ja das schöne Bild gebracht, dass sich kaum jemand durch das Risiko von Flugzeugabstürzen von Fliegen abhalten lässt. Und sie haben das Risiko einer Infektion durch einen gut therapierten Partner unter den oben beschriebenen Bedingungen so eingeordnet. Wenn ich bei diesem Bild bleibe, dann muss ich sagen, dass es statistisch mehr oder weniger sichere Fluggesellschaften gibt. Das ist dann der Bereich unterschiedlicher Therapien, und manchmal unerklärlicher geringer Schwankungen in der Viruslast, sogenannte blips. Das ist, um Michael Bohl zu zitieren“ vergleichbar mit einer mehr oder weniger sicheren Gesellschaft zu fliegen. Ob man sich auf den Flug oder in einer diskordanten Partnerschaft unter Therapie auf unsafem Sex einlässt, einlässt, müssen die Betroffenen selbst entscheiden. Das können wir ihnen nicht abnehmen, aber verstehen, respektieren und legitim finden. Auch als Mediziner sage ich eindeutig, das können die Paare frei entscheiden, ohne dass das irgendjemand beurteilen dürfte.

Aretz: Nun wird ja häufig eingewandt, die Viruslast könne stark schwanken, Therapieversagen wegen sich bildender Resistenzen sei auch ein Problem.

Gute: Wir machen seit Jahren die Erfahrung, dass kleinere Schwankungen vorkommen, die sich aber in einem Rahmen bewegen, der an der grundlegenden Einschätzung wahrscheinlich nichts ändert. Für ein Therapieversagen sind einige bekannte Substanzen besonders anfällig. Das wissen wir und kontrollieren bei Auffälligkeiten bei den Werten engmaschiger. Das passiert also auch nicht von jetzt auf gleich. Auch bei Infekten verändert sich da nicht viel. Die Viruslast bleibt dabei in der Regel im Bereich von unter 1000. Wenn es mehr wird, würde ich eher an ein Therapieversagen oder an mangelnde Compliance denken. Die Bedeutung von Geschlechtskrankheiten dabei müssen wir besonders anschauen. Wegen lokaler Entzündungen und Läsionen ist dabei die HIV-Übertragung leichter möglich. Es können auch Geschlechtskrankheiten vorhanden sein, ohne dass der Patient dies bemerkt bzw. irgendwelche Symptome hat. Es gibt Untersuchungen, die belegen, dass 20-30% der Patienten unbemerkt z.B. eine Gonorrhoe oder eine Chlamydien Infektion hatten.

Aretz: Die Frage dahinter ist doch die, ob es alltagsmäßig ausreicht, zu sagen: Ich weiß, dass es gewisse Schwankungen geben kann, ich vertraue darauf, dass meine Entscheidungen so lange legitim sind, als nicht durch dokumentierte Werte eine Neubeurteilung und ein neues Aushandeln erfolgen muss.

Gute: Das geht natürlich. Ich würde al-

lerdings trotzdem bei der Beratung differenzieren, ob ein Patient stabil unter 50 Kopien ist oder wiederholt blips hat. Das Dilemma bleibt, dass es eine absolute Sicherheit im Leben nicht gibt. Trotzdem können sich Paare legitimerweise unter einer guten Therapie gegen Kondome entscheiden, so wie sie viele Alltagsrisiken eingehen – und oft eingehen müssen in der Hoffnung es werde schon nichts geschehen. Ich fahre Motorrad, versuche mich dabei aber möglichst maximal zu schützen (Helm, Kleidung usw. -).

Aretz: Prof. Stille, langjähriger Leiter der Frankfurter Infektiologie, hat mir einmal gesagt, wenn es nach ihm ginge, würde er stärker testen und alle HIV-Infizierten behandeln. Das würde das Problem epidemiologisch auf wenige Einzelfälle begrenzen.

Gute: Da ist was dran. Dazu gibt es auch aus Canada Berechnungen, wie lange es dauern würde, Neuinfektionen deutlich zu reduzieren, wenn man alle Positiven mit einer Behandlung unter die Nachweisgrenze brächte. Für mich ist die Frage eines Therapiebeginnes jedoch eine individuelle medizinische und keine, die von Präventionsüberlegungen geleitet wäre.

Aretz: Das Problem ist dadurch bestimmt welchen Blickwinkel man einnimmt. Sieht man es vom Einzelfall, bleibt alles risikobehaftet, sieht man es unter Präventionsgesichtspunkten, tritt außerhalb der Beratung der Einzelfall hinter das statistisch wirksame zurück. Und da müssen wir etwas Lebbares anbieten. Kann man denn sagen, dass für jemanden der häufiger wechselnde Partner hat, der gut behandelte Positi-

30 Interview

ve ohne Kondom statistisch wahrscheinlich sicherer ist, als all die Kontakte – auch mit Kondom mit seinen bekannten Anwendungsfehlern – bei denen man nur hofft, der andere möge negativ sein.

Gute: Ungern, aber gefühlsmäßig ja. Das Risiko für den negativen Partner einer Beziehung sich auch mit Kondomen HIV außerhalb zu holen ist höher als das Risiko sich innerhalb der Partnerschaft ungeschützt zu infizieren. Das setzt aber voraus, dass man miteinander redet. Hierbei ist es sehr wichtig, dass besonders der negative Partner, gut aufgeklärt und informiert ist und – wichtig – frei entscheiden kann. Hier sehe ich ein Risiko da dies nicht immer gegeben ist. Sind alle Beziehungen, egal ob schwul oder hetero, immer so gleichberechtigt??

Bohl: Das Problem liegt doch nicht nur und womöglich auch nicht primär in den Partnerschaften. Wir haben diskordante Paare, die einvernehmlich auf Schutz verzichten, ohne dass es zu einer Infektion käme. Das Problem liegt darin, dass manche behandelte Positive sich jetzt in die Illusionswelt begeben können und zum Teil auch werden, sie erfüllten alle Kriterien. Andere Geschlechtskrankheiten würden sie ja merken. Sie könnten das als Freibrief verstehen.

Aratz: Das betrifft aber doch nur den Teil der gut behandelten Infizierten, die abweichend von Ihrer bisherigen Praxis ohne zu kommunizieren, ungeschützt vögeln. Bei denen, die das bisher auch schon getan haben, ändert sich ebenso wenig etwas, wie bei denjenigen, die das Kondom auch als Selbst-

schutz gegen andere Geschlechtskrankheiten benutzen. Dafür gibt es ja gute Gründe.

Gute: Ich mache in den letzten Wochen verstärkt die Erfahrung, dass mir Patienten sagen, sie fänden die Veröffentlichung aus der Schweiz, die ja durch die ganze Szene rund ist, bedenklich. Das glaubten sie einfach nicht und wenn sie sich anguckten, was in der Szene los sei, würden sie jedenfalls weiter Kondome benutzen. Sie meinen, das hätte man besser nicht verbreitet.

Bohl: Zu uns kommen viele Positive, die ganz erleichtert sind. Sie empfinden die Information entlastend, ohne dass für sie damit alle Fragen beantwortet wären. Obwohl die Informationen aus der Schweiz ja nicht neu sind, ändern sie etwas an dem Unbehagen, was vorher da war. Aber wir hören natürlich auch die Kritik. Auch in unserem Ehrenamtlertreffen waren an einem Abend beide Positionen vertreten. Aber das darf ja auch sein. Wir haben einige Menschen, die seit Jahren sicher mit dem Kondom umgehen. Das ist deren bewährte Strategie, an der sich vielleicht erst dann was ändert, wenn HIV „abgeschafft“ ist. Das ist doch ok. Aber es ist wichtig, dass wir langsam in eine entlastende Atmosphäre kommen, die HIV und Aids von den unmöglichen Zuschreibungen befreit. Es kann doch nicht sein, dass der medizinische Fortschritt im Sause schritt voranschreitet, wir aber gleichzeitig im gesellschaftlichen Diskurs nur Zentimeter für Zentimeter vorankommen. Solange Menschen mit HIV und AIDS glauben gute Gründe zu ha-

ben, nicht offen mit ihrer Infektion umgehen zu können, bleibt dies das größte Risiko für die Prävention. Es erscheint mir unverhältnismäßig, welche Energie gerade in die Diskussion um Nachweisgrenzen und blips investiert wird. Auch wenn sich hier gerade nun wirklich sehr bedeutsame Änderungen abzeichnen.

Aretz: Bekannt ist, dass wird uns hier über ein statistisches Randthema unterhalten. Mehr als die Hälfte der Infektionen wird durch Frischinfizierte weitergegeben, etwa ein Viertel erhält die HIV-Diagnose erst im Vollbild Aids also etwa acht bis zwölf Jahre nach der Infektion.

Bohl: Vor diesem Hintergrund kann ich nur feststellen, dass viele Menschen sich mit ihren Risikostrategien in Illusionswelten bewegen. Das Suchen nach negativen Partnern (negatives Serosorting) gehört dazu. Das ist der völlig falsche Weg. Der ist hoch riskant. Da macht man sich etwas vor. Da tut man so, als ob man HIV und die Positiven aus seiner Welt heraushalten könnte. Der richtige Weg ist, miteinander zu kommunizieren. Und das ist leider auch nach 25 Jahren mit HIV nicht einfach.

Gute: Viele meiner Patienten erzählen mir, dass es in der schulen Szene schwieriger geworden sei, offen zu kommunizieren. Das sei unerwünscht, sie erführen dann häufig Ablehnung.

Bohl: Ich mache auch die Erfahrung, dass mit dem Verschwinden von Aids aus der öffentlichen Debatte das Gefühl, ausgegrenzt zu sein, zugenommen hat, obwohl das Thema des Ausgegrenztfühlens so alt ist wie Aids.

Andrerseits kenne ich viele Fälle, in denen die Ängste es Betroffenen unmöglich machen, in der Realität zu überprüfen, ob die Reaktionen denn so ausfallen, wie befürchtet. Und ich kenne natürlich auch einige Fälle, in denen es Betroffene gut geschafft haben, mit ihrer Offenheit – auch sexuell – integriert zu bleiben. Das hängt von den Persönlichkeiten ab.

Aretz: Ich empfehle ja bisweilen Menschen mit einem relativ frischen positiven Testergebnis, sie könnten ja mal beim nächsten Besuch in Hamburg München oder Berlin – fernab ihrer Alltagsbezüge – Offenheit probieren. Vielleicht kommen sie ja mit einem gestärkten Selbstbewusstsein zurück.

Bohl: Für selbstbewusste Männer ein guter Tipp. Die wirklich Verunsicherten erreicht man damit leider nicht.

Aretz: Was sagt der Mediziner zu Therapiepausen?

Gute: Davon halte ich nichts. Aber ich weiß natürlich, dass es sie gibt. Ich bitte meine Patienten allerdings, mich dann vorher zu informieren. Wir unterhalten uns jetzt nicht über eine mal vergessene Medikamentendosis sondern das unabgesprochene Absetzen, sei es, weil man nach Amerika reisen will und mit einem Koffer voller HIV Medikamente nicht ins Land kommt, sei es einfach nur Lustlosigkeit. Das heißt dann aber auch, dass Resistenzen entstehen können und dass die Viruslast sehr schnell ansteigt. Und wenn sie Pech haben, entwickelt sich ganz schnell eine opportunistische Erkrankung, wie die Lungenentzündung PCP.

Aretz: Etwa ein Viertel Der HIV Diagnosen wird bei Menschen im Vollbild

32 Interview

Aids erhoben. In England stammen aus dieser Gruppe etwa drei Viertel der Aids Toten.

Gute: Das deckt sich mit unseren Erfahrungen. Ich kann daraus nur den Schluss ziehen, dass Menschen mit einem HIV Risiko – und dazu gehören insbesondere die nicht monogamen schwulen Männer wegen der größeren Verbreitung von HIV in ihren Szenen – immer wieder mal auf HIV testen lassen sollten und bei Notwendigkeit zu gegebener Zeit sich behandeln lassen sollten. Die Syphilisuntersuchung machen wir einmal jährlich als Routine. Bei Umtriebigen auch häufiger. Sie ist unabhängig von HIV dringend anzuraten, ebenso wie die Hepatitis Schutzimpfung gegen A und B.

Aretz: Was ist mit Hepatitis C?

Gute: Auch darauf sollte man sich hin und wieder untersuchen lassen. Bei einer frischen Hepatitis C liegt die Heilungsquote bei der Behandlung immerhin bei 90 %. Je später behandelt wird, desto schlechter sind die Ergebnisse. Ein Jahr zu warten ist zu lang. Wir testen routinemäßig bei jeder Syphilis auf Hepatitis C mit und empfehlen Menschen mit verletzungsrelevanten Praktiken wie Fisten, zweimal jährlich kontrollieren zu lassen. Bei anderen Praktiken ist es eher selten. Ausnahme sind da die Sexparties, bei denen sich verschiedene Menschen aus dem gleichen Topf Gleitgel bedienen, zwar die Partner aber nicht die Kondome gewechselt werden.

Aretz: Für mich stellt sich die Frage, ist das Ficken bezogen auf Hepatitis C ein Risiko auf der Ebene der Alltagsrisiken, von denen man sich ja nun auch

nicht die Lust am Leben verderben lassen sollte. Natürlich gehört zum Standard dessen, worüber man aufklären muss: jedem seine eigenes Gleitgel, beim Fisten Händewaschen bei Partnerwechsel. Für jeden neuen Mann ein frisches Kondom. Spielzeuge jeweils nur für einen Partner benutzen.

Gute: So gesagt, kann ich dem zustimmen.

Aretz: Mich irritiert in der bisherigen Prävention eher, dass die dann verbleibenden restlichen Risiken nicht gewichtet werden, Da kommt der Lusttropfen als fast so gefährlich daher wie die Primärinfektion. Da gibt es eine Broschüre aus Köln zu Risiken, die zu verteilen, sich unser Streetworker weigert, weil er keine überzogenen Ängste schüren will. Er sieht seine Aufgabe darin, realistische Risikostrategien zu befördern bei gleichzeitiger Verteidigung der Lust. Die Ängste, sagt er, muss er nicht befördern. Die sind ohnehin da. Ihm ist es wichtig, die Menschen zu befähigen, Entscheidungen zu treffen und, wo geboten zu kommunizieren. Wir werden immer wieder gedrängt, die Schrecken der Therapie herauszustellen, Durchfälle, Übelkeit und Figurveränderungen.

Gute: Die Wirklichkeit ist völlig anders. Auch wenn es das früher häufiger und heute bisweilen gibt, vertragen vier Fünftel unserer Patienten die Therapien gut, gehen weiter arbeiten und sehen für sich keinen Anlass, irgendwelche Hilfsangebote neben dem Medizinsystem und vielleicht manche den selbst gewählten Psychotherapeuten für einige Zeit in

Anspruch zu nehmen. Vor HIV kann man Angst haben, vor den Therapien sollte man das nicht. Unseren Patienten geht es in der weitaus überwiegenden Zahl gut. Bei der Medikamentenpalette, die wir inzwischen haben, kriegen wir für fast jeden, der früh genug kommt, eine Kombination hin, die er verträgt. Das mag zwar mal drei bis sechs Monate dauern. Aber HIV-erfahrene Ärzte kriegen das hin, eine in das individuelle Leben passende verträgliche Dauertherapie zusammenzustellen.

Bohl: Bei uns kommen dann diejenigen an, bei denen es nicht funktioniert. Und die beschwerten sich darüber, dass ihre Klagen nicht ernst genommen würden. Ich denke, dass auch die Ärzte mitunter verführt sind zu glauben, manche Nebenwirkung könne gar nicht sein, weil doch die Therapie so gut ist.

Arretz: Meine persönlichen Erfahrungen aus den letzten 24 Jahren sind, dass ich immer mal wieder mit meinen Ärzten rede, was mich zwickt. Und dann überlegen wir gemeinsam, ob es angesichts einer weitgehend nebenswirkungsarmen Therapie wert ist, über einen Wechsel nachzudenken. Manchmal mit dem Ergebnis ja, manchmal aber auch damit, dass ich mich entschieden habe, mich damit zu arrangieren, so wie mit dem Älterwerden.

Bohl: Aber mancher können das nicht, sie trauen sich nicht. Es ist für sehr viele Patienten eine sehr verunsichernde Situation, mit dem eigenen Arzt zu sprechen. Vor allem wenn es darum geht zu kommunizieren, dass man etwas nicht versteht. Oder wenn man spürt, dass man mit einer Meinung des

Arztes konfrontiert wird, der natürlich schon sehr viel Zeit hatte, sich mit dem Thema auseinander zu setzen, zu der man aus eigener Kompetenz erstmal gar nichts erwidern kann, aber womöglich spürt, irgendwo, ganz weit hinten, regt sich zaghafter Widerspruch. Dafür ist keine Zeit und kein Platz in der Arztpraxis. Ich weiß doch selbst, wie schwer das ist, zum dritten oder vierten Mal nachzufragen, wenn ich etwas nicht verstanden habe. Unsere Frankfurter Schwerpunktärzte sind da, glaube ich, etwas anders. Aber in ihrer Rolle sind sie sicher auch verführbar. Natürlich höre ich auch Kritik.

Gute: Ihr seht aber auch nicht den großen Teil der Patienten, die völlig problemlos fernab der Beratungsstellen leben, es sei denn sie haben mal eine Spezialfrage, wo die Kompetenzen der Aidshilfe auch von ihnen gefragt ist. Aber eine Selbsthilfegruppe brauchen viele Patienten nicht mehr. Wir machen die Erfahrung, wenn wir Patienten von HIV-Behandlung unerfahrenen Ärzten übernehmen, dass da manchmal über Jahre hinweg überflüssigerweise schwere Nebenwirkungen in Kauf genommen wurden, nur weil die Werte ansonsten ok waren. Die Schwerpunktärzte haben das weitgehend im Griff. Ein Kollege hat mal gesagt, die einzig wichtige Nebenwirkung von HIV sei der Tod.

Bohl: Da kann man mal sehen, dass die Kollegen auch schon mal am Stammtisch Platz nehmen.

Arretz: Und Chamfort sagt: Das Leben ist die Krankheit die zum Tode führt.

Gute: Auch wahr.

Arretz: Danke für das Gespräch.

Safer Sex ist out!



Bißt du sicher?

Die Welt zu Gast bei Freunden von Iris Hufnagel

Eindringlich hatte mich Frau S. gebeten Sie zu begleiten. Sie musste, wie mittlerweile alle 2-3 Monate, zu dem „Kasten“ auf der Mainzer Landstrasse. Ordnungsamt - Ausländerbehörde: Kein schöner Land/Ort, runtergekommen, duster, unfreundlich, altmodisch, Flure ohne Bequemlichkeit...aber das soll es auch nicht sein...bequem. Der „Mief“ der 50er hängt an den Wänden, in den Büros. Wir kamen pünktlich um 13.00 Uhr in der Behörde an, eine Traube Menschen hatte sich vor dem Eingang gebildet. Zögerlich wird geöffnet: Wie einem ungebetenen Gast, dem man den Eintritt nicht verwehren kann.

Frau S. erträgt die Prozedur mit erfahrener Gelassenheit. Ich bewundere sie dafür. Sorge hat sie nur, ob es wohl dieses mal wieder klappt mit der Verlängerung ihrer Duldung. Der Ausweis ist fast voll mit den immer neuen Aufklebern. Die Behörde hatte die Idee ihr aus Stiftungsmitteln vom Sozialamt knapp 5000 € zu bewilligen, die ihr dann in ihrer Heimat von der Botschaft in monatlichen Raten von 200 € ausgezahlt werden sollen. Für die lebensnotwendigen Medikamente, befristet auf 2 Jahre. Das Amt ist der Meinung, dass dies ausreichend sei um sich eine Existenz aufzubauen...in einem Land, in dem das durchschnittliche Einkommen 40-50 Euro beträgt und die Arbeitslosenquote über 50% liegt. Es wird nicht danach gefragt was mit dem Geld geschieht. Die Schwes-

ter von Frau S. ist im Januar gestorben, an AIDS. Sie hat zwei Kinder hinterlassen, die leben bei den Eltern von Frau S., ihr Bruder ist ebenfalls HIV-Positiv. Es ist unwahrscheinlich, dass das Geld für Medikamente verwendet wird, wo es doch am notwendigsten fehlt. Das weiß Frau S. deswegen möchte sie auch hier bleiben. Aus Angst schläft sie in den Nächten vor den Terminen bei der Behörde nicht. Es ist die Angst, abgeschoben zu werden.

Ich begleite Frau S. um sie wenigstens ein wenig zu unterstützen, viel mehr kann ich nicht für sie tun. Die neuen Regelungen gelten noch nicht für sie, sie ist nicht lange genug hier, erst seit 2003. Wir kommen dran. Die Sachbearbeiterin: ein Eintrachtfan. Das Büro mit Schals, Aufklebern und Tassen zeigen den Heimatverein. Heimat, das ist hier klar, heißt Frankfurt. Frau S. weiß sofort Bescheid, sucht kaum merklich Bestätigung bei mir, dass die Eintracht doch diese Woche gewonnen hätte, gegen die Kickers. Ich bestätige ihr diesen Pokaltriumph und bin einmal mehr erstaunt über so viel Integrationsleistung. Fr. S spricht sehr gut deutsch, wie viele AfrikanerInnen ist sie sprachbegabt. Ansonsten spricht sie noch perfekt englisch und natürlich ihre Landessprache. Sie war Sekretärin bevor sie einem Deutschen mit Heiratsversprechen folgte. Dieser sperrte sie, kaum hier angekommen, ein. Dann nahm er ihren Pass weg. Bis sie krank

36 Migration / Literatur

wurde, sehr krank. Da verließ er sie. Sie erholte sich dank der Behandlung gut. Lebte von nun an allein und hielt sich mit Putzarbeiten über Wasser. Sie wusste, dass sie die Behandlung und die Medikamente in ihrer Heimat nicht bekommen konnte. Sie wollte bleiben, sich integrieren. Dann wurde ihr die Arbeitserlaubnis entzogen. Es gab andere: Europäer, die die Putzstelle haben wollten. Sie hat eine neue Beziehung, aber sie findet nicht den Mut, ihm etwas von HIV zu sagen. Er will sich wegen einer Heirat noch nicht festlegen.

Wir sitzen im „Eintrachtbüro“, die Sachbearbeiterin stellt kurze Fragen, wirkt entspannt. Die Sieges-Stimmung hält offenbar noch an. Sie schmeißt den Drucker an, um die Verlängerung der Duldung zu bearbeiten, aber der will nicht. Sie ruft ihren Kollegen der einen Knopf drückt und der Drucker läuft. Die Sachbearbeiterin schaut verwundert auf das Ergebnis aus dem Drucker und ruft ihren Kollegen. Der fängt an zu lachen: „Den Adler nicht auf der Brust, sondern auf der Duldung“ sagt er. Ich ergänze: „Na, wenn das in Frankfurt nichts wert ist.“ Alles wird neu eingestellt. Frau S. erhält nun ganz ordentlich die Verlängerung ihrer Duldung. Ich erkläre ihr was gerade passiert war. Auch sie lacht. Ja, lachen verbindet, gute Laune und ...Fußball. Alle sind froh, bis zum nächsten Mal. Hoffentlich hat die Eintracht dann den Pokal „nach Hause“ geholt.

Erstveröffentlichung GAB 2006

Der Anblick eines Schuhwarenschaufensters ist höchst unmoralisch

von Paolo Mantegazza

"Ich bin ein junger Mann aus guter Familie, ungefähr zweiundzwanzig Jahre alt und physisch und moralisch von guter Konstitution. Aber von dem Augenblick an, wo sich bei mir die Sinnlichkeit entwickelt hat und ich erfuhr, unter welcher Form sie sich mit seltenen Ausnahmen bei den übrigen Männern äussert, habe ich begriffen, dass ich weit von der Regel abwich und dass mein Fall eine merkwürdige Ausnahme war. Während nämlich bei dem Manne die geschlechtlichen Begierden beim physischen und moralischen Kontakt mit den weiblichen Genitalien erscheinen, so haben diese letzteren nicht die geringste Anziehungskraft für mich und dieselben Wirkungen, nämlich Erektion u. s. w., werden bei mir durch andere Umstände hervorgerufen. Gegen irgend welche Erregung von seiten der weiblichen Natur bin ich vollständig gleichgültig, im höchsten Grade aber werde ich von der unteren Extremität der Frau, nämlich von ihren Füßen, oder genauer gesprochen von ihren Schuhen aufgeregt. Ein nackter oder nur mit dem Strumpfe bedeckter Fuss übt keine Wirkung auf mich aus, ein mit dem Schuh bekleideter Fuss oder auch nur der Schuh für sich, ohne dass eine Frau ihn trägt, erregt mich außerordentlich und übt auf mich dieselbe Wirkung wie die Reize des Weibes auf die übrigen aus. Die Stiefel müssen jedoch von schwarzem Leder, auf der Seite zum Knöpfen und mit möglichst hohen Absätzen versehen sein, mit einem Worte

sehr elegant." Anders geformte und beschaffene Schuhe üben eine viel geringere Wirkung. , Mein genitaler Trieb wird nun erregt, indem ich sie berühre, sie küsse, sie anziehe, um damit zu gehen u. s. w. Dabei bitte ich Sie zu beachten, dass meine Genitalien durchaus keiner mechanischen Behandlung bedürfen; die Samen-entleerung geschieht vollständig spontan. Der Höhepunkt des Glücks aber ist für mich, wenn ich buchstäblich vor den schönen, elegant bekleideten Füßen niederknien, mich von ihnen treten lassen kann u. s. w.. Freilich, wenn diese Schuhe sich an den Füßen einer wirklich hässlichen Frau befinden, so verschwindet meine Phantasie, und es hat keine Folgen; wenn ich aber nur die Schuhe allein vor mir sehe, so schafft meine Phantasie eine schöne Frau hinzu, und dann erfolgt die Pollution u. s. w. Habe ich Gelegenheit, mit einer Frau zusammen zu sein, so bezaubern mich nicht ihre sonstigen Reize, sondern nur ihre Füße, oder vielmehr ihre Schuhe, vorausgesetzt dass sie die oben erwähnte Beschaffenheit haben. Wenn ich in meinen nächtlichen Träumen schöne Frauen um mich sehe, so üben auch die Stiefeletten die Hauptanziehungskraft auf mich aus, nichts anderes. Wie ich Ihnen also sagte, das sine qua non der Pollution sind für mich die Schuhe der Frau und nicht die Frau selbst. Darum ist für mich der Anblick eines Schuhwarenschaufensters, in dem elegante Damenschuhe ausgestellt sind, höchst unmoralisch, ebenso das Sprechen über dieselben u. s. w , während das Sprechen über die Natur des Weibes mir unschuldig und geschmacklos erscheint.

Wenn nun meine Art und Weise der Befriedigung eine Masturbation ist (denn es ist für mich weder notwendig noch erwünscht, dass ich dabei mit einer Frau in Berührung komme), so stelle ich vor dem furchtbaren Dilemma, mich entweder zur Keuschheit verdammen oder fortwährend mit Selbstbefleckung leben zu müssen. - Der erstere Fall würde mich fast nicht erschrecken, besonders nachdem ich durch die Lektüre Ihres vortrefflichen Buches Die Hygiene der Liebe dazu ermutigt worden bin. Aber, Sie werden begreifen, verehrter Herr, dass der Mann oft schwach ist und ganz besonders in diesem Falle. Verschiedene Male habe ich versucht, den Koitus zu vollziehen, wie ich es von andern gehört habe, aber es war immer erfolglos, da nicht einmal eine Pollution stattfand.

Wenn ich Befriedigung suche und finde, so geschieht das, indem ich mir Damenstiefel anziehe und darin umhergehe. Doch genügt mir der durch ihre Enge verursachte Schmerz nicht , sondern ich schlage kleine Zwecken oder dickköpfige Nägel ein, so dass die Spitzen nach oben gekehrt sind, und bei jedem Schritte, den ich mich zu machen zwingt, dringen die Nägel in mein Fleisch und verursachen mir furchtbare Schmerzen. Diese sind aber von einer wahren Wollust begleitet. Eigentlich ist es aber nur meine Phantasie, die in Tätigkeit ist, und die mir die Empfindung verleiht, als ob ich Leib und Seele auf dem Altar der Venus opferte und mich quälte, um ihr Vergnügen zu machen."

Mantegazza, anthropologisch-kulturhistorische Studien. 2. Aufl. Jena 1888

Ausstellung im DLM Deutsches Ledermuseum Schuhmuseum Offenbach

vom 26. April - 16. November 2008

MACHT LEDER LUST

Verborgene Codes der Lederbekleidung im 20. Jahrhundert

von Dr. Rosita Nenzo

„Nur oberflächliche Menschen urteilen nicht nach dem äußeren Schein“ (Oscar Wilde)

Leder ist ein ganz besonderes Material – es wird seit Tausenden von Jahren hergestellt und genutzt, seit die ersten Jäger eher zufällig Methoden gefunden hatten, die Häute ihrer Beutetiere zu



konservieren, und seit jener Zeit trägt es den Mythos und die Symbolkraft einer „zweiten Haut“ in sich. Ganz gleich, ob wir seine Bedeutung bei sibirischen Schamanen betrachten oder bei nord-amerikanischen Indianerhäuptlingen, in den afrikanischen Kulturen oder bei den japanischen Samurai und römischen Legionären: Leder ist für alle über den Schutz hinaus auch eine bedeutungsgeladene Substanz (gewesen). Heute assoziieren auch wir mit Leder Qualitäten wie Kraft und Stärke, Ro-

bustheit, Gewalt und Macht, doch ebenso verbinden wir damit Gedanken an Glanz und Extravaganz, an Zartheit, Verführung und Erotik. Kein anderes Material verbindet in sich so große Kontraste, und darum geht es in der Ausstellung MACHT LEDER LUST.

Zu Beginn des 20. Jahrhunderts stehen Automobil- und Motorradfahrer, Piloten und Hafendarbeiter in ihren schweren Lederklüften als Allegorie für Männlichkeit. Ihr proletarisches Outfit verkörpert den Inbegriff des virilen Helden, auf dessen Ruhm sich auch die rebellierende Jugend der 50er Jahre beruft. Die Ausstellung verfolgt den langen Weg des Leders von der Funktionsbekleidung zum Ausdrucksmittel militärischer Macht bis hin zu einem modischen Accessoire für Rollenspiele der Gothic- und Bondage-Szene am Ende des Jahrtausends. Dabei steht nicht nur die schillernde Welt der HAUTE COUTURE im Mittelpunkt, in der Pierre Cardin und Yves Saint-Laurent zu Beginn der wilden 60er das irritierte Publikum mit Alligatorblazern und Leder-Minis konfrontierten, sondern auch die Ikone einer sich gegen Konventionen auflehrenden Jugend: Der Schott Perfecto, von Marlon Brando in „The wild One“ so verführerisch vorgeführt, wird das Symbol der

Motorrad-Gangs auf ihren Harley Davidsons, der schwarze Lederblouson begleitet Rockgrößen wie Pin-Up-Stars und wird – metallstrotzend - zum politischen Ausdrucksträger der antifaschistisch geprägten Punks.

Die Militäruniform, und besonders die der Flieger, wie sie sich seit dem 1. Weltkrieg stilistisch herausbildet und bevorzugt auch als Zeichen der weiblichen Emanzipation getragen wird, verwandelt sich im Laufe der Zeit zu einer unumgänglichen Zutat für subkulturelle Gruppierungen mit unterschiedlichsten politischen oder gesellschaftlichen Aussagen: zuallererst beobachten wir – und das nicht nur in Deutschland – ein Wiederaufleben faschistischer Konzepte und ihrer Symbole in den gewaltbereiten Gruppierungen der Neo-Nazis. Auch für die sexuelle Codierung innerhalb der „gay communities“ spielt die Symbolkraft eines durch Männlichkeit und Kraft geprägten Kleidungsstückes eine große Rolle, und der Sprache der Lederkleidung bedienen sich die S/M-Szenen sowohl in männlich homosexuellen wie lesbischen Kreisen. Daneben können wir heute eine ausgeprägte Präsenz von Leder im Kontext des „gender crossing“ und als Ausdruck der sexuellen Identität beobachten.

Wer auch immer Leder trägt, wird sich der unterschiedlichen Charakteristika des Materials bewusst, des animalischen Ursprungs, seines unverkennbaren Geruchs, seiner haptischen Qualitäten. Jeder einzelne unserer Sinne fühlt sich angesprochen, ganz gleich, ob man selber Leder trägt oder

es bei anderen betrachtet, und es hängt nur von unserem sozialen Kontext und der eigenen Erfahrung ab, wie weit unsere Fantasie uns zu Leidenschaften, Ängsten oder Obsessionen trägt. Allein ein langer Ledermantel, von einem metall-bestückten Gurt umfasst, mag bei Menschen, die den Nazi-Terror erlebt haben, Beklemmungen auslösen, während das gleiche Kleidungsstück, nur wenige Jahre vor der Machtergreifung Hitlers, dem jungen Bertold Brecht für seine Sitzung beim Augsburger Hoffotografen das nötige Selbstbewusstsein verleiht, um sich männlich zu fühlen und mit einem



typisch proletarischen Outfit politische Überzeugungen zu transportieren.

Genauso kann das knarrende Geräusch von Leder sowohl Freude(n) verheißend als auch schweißtreibende Ängste auslösen – Leder steht sowohl für lustvoll-

40 Kulturgeschichte

les Genießen wie für schmerzhaftes Unterdrückung. Fetischistische Konnotationen hat das Leder seit hundert Jahren sowohl im positiven wie negativen und spielt damit während des gesamten 20. Jahrhunderts eine immer größer werdende Rolle als non-verbales Medium vieler gesellschaftlicher Gruppierungen.

Die Ausstellung **MACHT LEDER LUST** zeigt anhand einiger Schlüssel-Objekte die offenen und verborgenen Codes der Lederbekleidung. Fotografien, Filme und Werbeplakate komplettieren die Präsentation der ca. 70 Originalkostüme, an Hörstationen und Bildschirmen lassen Auszüge aus der Literatur, der Sexualgeschichte und des Films das weite Spektrum der Deutungen erkennen. Durch das Medium der Fotografie vermitteln Künstler wie Jürgen Klauke einen Eindruck von der Wichtigkeit der Lederbekleidung für die sexuelle Identität. Die Arbeiten des Bozener Künstlers Gotthard Bonell illustrieren die Rituale männlicher Sexualität.

Im Kontext von Identität und Gender-Problematik bewegt sich Jaana Päeva's Projekt „SEX : W“. Ihre auf dem Körper aufsitzenen und die Silhouette verändernden Taschen sind deutlich beeinflusst von einem Leder-Fetischismus, sie akzentuieren die weibliche Anatomie, sie verstärken den Kurvenreichtum des Frauenkörpers, um die Fantasie anzuregen. In ihrem Werk hat Jaana Päeva (Tallinn, Estland) die Themen körperliche Schwäche, Mutterschaft und Transsexualität umgesetzt in organische Formen aus schwarzem

und roten Leder...

Über die Möglichkeiten der Ausstellung hinaus soll der Katalog ein Handbuch werden, das die Aspekte der Codifizierung der Lederkleidung in ihrer Komplexität beleuchtet. Die Gestaltung übernehmen Marco Fiedler und Achim Reichert, Büro vier5 Paris. Als Autoren konnten u.a. folgende Personen gewonnen werden:

Bernd Aretz, Offenbach; Martin Dannecker, Berlin; Isa Fleischmann-Heck, Krefeld; Karin Görner, Frankfurt; Karola Gramann, Frankfurt (Film); Raymond Hesse, Frankfurt; Rosita Nenzo, Offenbach; Barbara Schroedl, Linz; Peter Weiermair, Bologna (Fotografie und Kunst)

Ein Aktionsprogramm mit Vorträgen der Autoren und Führungen in der Ausstellung, mit Filmabenden und einer szenischen Präsentation von Gerhard Rühms „Masoch“ soll dem Publikum die Vielschichtigkeit des Themas erläutern. Das von Kerstin Bußmann und Jens Lay erarbeitete museumspädagogische Programm wird gezielt Jugendliche ansprechen.

Eröffnung am 25. April 2008 um 19.00 Uhr

Ein erstes Highlight wird die diesjährige Lange Nacht der Museen am 26. April 2008 von 19 – 2 Uhr mit einem Programm rund um Fetisch, Bike und Emma Peel.

Weitere Informationen:

Dr. Rosita Nenzo

nenno@ledermuseum.de

Tel. 069 82 97 98-14 oder –0

Frankfurter Str. 86 63067 Offenbach



Rainer Schilling geht in Rente

Ein Portrait von Bernd Aretz

Auf internationalen Kongressen gehen seine Plakate weg, wie warme Semmeln. Rainer Schilling, Mitbegründer der Deutschen Aids-Hilfe vor 25 Jahren und seit zwanzig Jahren maßgeblich die Prävention bei schwulen Männern bestimmend, ein Urgestein der Schwulenbewegung, geht in Rente. Fast alle deutschen schwulen Männer, dürften Erzeugnisse von ihm in Händen gehabt haben. Das ging von den Zeitschriften Emanzipation und Torso über das Layout von Thomas Grossmanns Buch Schwul na und? über die Stadtführer Köln, Berlin, München etc von hinten, teilweise auch als Herausgeber in der Mitte der Achtziger Jahre bis hin zu den Broschüren, Postkarten und Plakaten der Deutschen Aids-Hilfe.

Schon in den Stadtführern war es ihm wichtig, neben Geschichte und Kunst im Serviceteil nicht nur die Adressen der Lust aufzulisten sondern auch aufgeschlossene Ärzte, an die man sich vertrauensvoll mit Tripper oder Syphilis wenden konnte.

Angefangen hatte alles in den Sechzigern. Zwei Affären mit Mitschülern hatten ihn noch nicht davon überzeugt, schwul zu sein. Begehren hatte da schon mitgespielt, aber gleichzeitig gab es auch noch eine Freundin und die Vorstellung, allenfalls bisexuell zu sein. Das lebte er auch während des Germanistikstudiums in Tübingen und später in München. Zur Aufführung Rosa von Praunheims und Martin Danneckers Films „Nicht der Homose-

42 Portrait

xuelle ist pervers, sondern die Situation in der er lebt“ im germanistischen Seminar ging er zwar nicht hin. Das war für den Mann, der den Ruf eines Frauenhelden hatte, zu nahe an seinen Studienkreisen. Als er den Film dann später sah, fand er ihn ingehörig, weil er ihn gegenüber den Schwulen denunziatorisch und kalt fand. „Mach dein Schwulsein öffentlich“, war keine



Forderung, die man guten Gewissens einem Lehrer hätte stellen können, weil das die bürgerliche Existenz gekostet hätte. Und irgendwie findet er es auch heute noch konsequent, dass Rosa von Praunheim wegen des Filmes von den Ledermännern auf der Berliner Klappe am Savignyplatz Schläge bekam. Erst mit 29 und der ersten langen Liebe zu einem Mann verflüchtigten sich die Schuldgefühle. Da machte er dann in seiner Familie die schöne Erfahrung, dass sein Vater zwar besorgt war, was für einen schweren Weg sein Sohn vor sich hätte, der ihm aber auch auf einer Auktion Magnus Hirschfelds grundlegendes Werk „Die Homosexualität des Mannes und des Weibes“ aus dem Jahre 1914 ersteigerte und so seinen Segen erteilte. Rainer war am anderen Ufer angekommen. Die Gründung der studentischen Homosexuellen Aktion

München, HAM, hatte er von außen beobachtet. Sein Einstieg in die Bewegung erfolgte über die IWO – Internationale Weltorganisation (Regionalgruppe München), die den Untertitel "Verband für sexuelle Gleichberechtigung" trug. Da war nämlich sein Freund Ingo engagiert. Und dem musste er

politisch zur Seite stehen. Da richtete er die Arbeitsgruppe Sexualität und Gesellschaft ein. Unter anderem wurde dort Dannecker und Reiches Buch „Der gewöhnliche Homosexuelle“ durchgearbeitet.

Zu den frühen Erkenntnissen gehörte, sich nicht in allen Lebensbereichen nur auf einen Partner zu fixieren. Da gab es die Skatrunde und vielfältige Netzwerke zur Lebensgestaltung. In diesem Zusammenhang sieht er auch die Wohngemeinschaften. Nur die Einrichtung sexueller Netzwerke mit Fickbuddys ging irgendwie an ihm vorbei. Genauso wie, er sich an der verbreiteten Übung, in der Schwulenbewegung mit einander Sex zu haben, nicht beteiligte. Für ihn waren das Arbeitsbeziehungen mit einem Inzesttabu. Die selbstverständliche Vorstellung, wenn man bei Schwulentreffen in einerr WG

einquartiert war, mit den Bewohnern zu vögeln, hat ihn eher irritiert.

Heute bedauert er, dass er in der Emanzipation die von Rüdiger Lautmann, dem Bremer Soziologen, aufgeworfene Verantwortungsdebatte nicht vorangetrieben hat. Denn in Aids Zusammenhängen taucht sie wieder auf. Da geht es ihm um Respekt, Verantwortungsübernahme für den Schwächeren, den Kampf gegen Ausgrenzung von Alten, Kranken und Menschen, die mit Einschränkungen leben müssen und deswegen behindert werden. „Wenn man auf die Emanzipation jedes einzelnen wartet, wird man darüber alt.“

Neben der Emanzipationsarbeit hat Rainer in München als Zaungast an der Schickeria teilgenommen. Tommy Hörbiger, Abi Ofarim, Barbara Valentin, Thomas Fritsch, die Kanonenberta von Bohlen und Halbach, Freddy Mercury, SchauspielerInnen und Künstler. Beim Essen sparte er, um die passender Klammotten tragen zu können. Gleichzeitig besuchte er schwule Demos und Veranstaltungen, z.B. 1979 Homolulu.

„Homolulu war merkwürdig. Ich war wohl schon zu alt und die meisten Teilnehmer waren da, um Sex zu haben. Das war aber nicht mein Bestreben. Deswegen reagiere ich immer so allergisch, wenn die Bewegung die kommerziellen Orte so abwertet, selbst aber im Grunde nichts anderes macht. Gespräche, waren kaum möglich. Homolulu wurde abgefeiert, als ob man die Utopie hätte, aber es war offensichtlich, dass man auch im Umgang der Teilnehmer untereinander weit davon entfernt war. Die Berichterstattung war grotten-schlecht. Mir wurde hinterher in Mün-

chen vorgeworfen, Homolulu hätte durch die Öffentlichkeit der Tunten der Sache geschadet. Ich habe geantwortet, dann kommt doch einfach im Anzug mit auf die Demos und zeigt ein breiteres Bild der Schwulen. Ich war immer überzeugt, dass der Wiener Journalist des ausgehenden 19. Jahrhunderts Karl Kraus recht hatte, dass das Thema gesellschaftlich erledigt wäre, wenn alle Prominenten sich outen würden. Ich habe aber auf Demos keinen Fummel getragen, wohl aber bei den Faschingsfeten beim Verein für sexuelle Gleichberechtigung, auch als Tresenschlampe. Mit dem Namensschild Dr. Lore Seidenzahn im strengen Kostüm mit Brille hat mich damals nicht einmal mein Freund erkannt. Das war schon schön. Aber sexuell hat man es dann schon schwer. Die großen Avancen bekommt man dann nicht.“ Auf die neue Tendenz der Schwulen sich mit Sport zu beschäftigen, merkt er an: „Homosexuelle und Fußball begleitet mich schon seit Jahren leidvoll. Wenn ich samstags Nachmittags in der Türkensauna war, saßen die Buben vorne vor der Glotze, ich glaube aber weniger wegen des Spiels als wegen der Beine. Auf Sex konnte man da lange warten. Und heute reisen alte Freunde von mir quer durch die Republik, um Spiele zu sehen. Wir konnten damals nicht einmal einen Ball werfen. Mir ist das zu krachert männlich.“

Seine Erfahrungen in der Schwulenbewegung waren eine gute Grundlage für seine Arbeit in der Aids-Hilfe. Im Grunde führte er dort nur fort, was er

44 Leserbriefe

immer schon getan hat, nämlich zu versuchen einen respektvollen und sorgsamen Umgang zu fördern. Seine Kontakte zu Fotografen und Künstlern aus seiner Münchener Zeit – in Berlin noch einmal wesentlich ausgeweitet – haben die Produkte seiner Arbeit weltweit einzigartig gemacht. Ein Verlust, dass er aufhört. Die Papierberge auf seinem Schreibtisch musste er schon vor Wochen abtragen. Da zog die Deutsche Aids-Hilfe in die Wilhelmstrasse, direkt neben das Willy Brandt-Haus in Berlin. Seitdem ist es schwieriger geworden, Unterlagen zu finden. Aber wie immer kann er beim Beschaffen auf tragfähige Netzwerke zurückgreifen. Möge er uns mit anderen Arbeitsschwerpunkten noch lange erhalten bleiben.

Danke Rainer.

Leserbriefe

Zu unserem Artikel: "Als wenn das beliebig wäre, was wir sexuell geworden sind-Zur Erinnerung an Hans-Peter Hausschild, posT Jan./Febr.2008, S. 29ff

Danke auch für die Erinnerung in der "posT" an Hans-Peter Hauschild. Seine deutlichen Worte als Vorstand der DAH in einem Beitrag der Frankfurter Rundschau vom 28.3.1990 war wahrlich sozialisierend für mich, als ich am 1.10.1990 meine Arbeit in der AH Wuppertal begann und diesen Artikel vorfand und heute noch bewahre. Mit HPH verbinde ich und verbindet mich noch heute die "Solidarität der Schmuttelkinder", die es immer wieder neu herzustellen gilt.

Herzliche Grüße aus Wuppertal!
Michael Jähme



Überzogene Risikostrategie?

In den letzten Wochen bin ich gleich zweifach auf das Phänomen gestoßen, dass engagierte Aktivisten in eher polemischer Weise den Wert von Kondomen in der Primärprävention in Frage stellten. Einmal war dies der Ausspruch von Bernd Vielhaber auf den Norddeutschen HIV-Tagen, Ende September 2007 in Hamburg, in dem er konstatierte, die AH sei für ihn „zunehmend die Gralshüterin des heiligen Kondoms“. Wer Bernd Vielhaber kennt, weiß dass er mit solchen Formulierungen Diskussion befördern will – und der Satz fiel auf einer Podiumsdiskussion, die kontrovers, lebendig und aber auch sehr sachorientiert geführt wurde.

Der Beitrag mit dem Interview von Frank Amort durch Bernd Aretz war

die zweite Gelegenheit. Sie bereitet mir im Gegensatz zu Herrn Vielhabers Bonmot deutliches Unbehagen. Der Beitrag gibt vor, ein Interview zu sein. Leider beschränkt sich aber Bernd Aretz nicht auf die Fragestellungen, sondern kommentiert auch die äußerst durchdachten und abgewogenen Antworten von Frank Amort in dadurch wenig journalistischer Weise und konterkariert diese damit teilweise völlig unangemessen. Dies ist m.E. auch eine Missachtung des Befragten und seiner Expertise. Unangenehm berührt mich die Art, in der mit - wissenschaftlich betrachtet - wenig belastbaren Argumenten und meist nur aufgrund „persönlicher Gefühlslagen“ durch den Interviewer der Wert des Kondomgebrauchs in der Primärprävention relativiert wird.

Einer anfänglichen Zustimmung zur „Goldstandard-Funktion“ des Kondoms folgen vom Interviewer zahlreiche Einschränkungen, in denen Bernd Aretz faktisch das Gegenteil proklamiert. Zunächst (S.27. oben) vertritt er die These, ein einvernehmliches Gespräch – ähnlich dem „Informed Consent“ beim ärztlichen Eingriff (d.h. eine Patienteneinwilligung) – könnte a priori einen Kondomgebrauch erübrigen. Leider geht er auf die bemerkenswert trockene Antwort seines Interviewpartners überhaupt nicht ein, in der Frank Amort konstatiert, dass die österreichische Rechtsprechung ungeschützten Geschlechtsverkehr (- kurioserweise übrigens selbst innerhalb einer ehelichen Gemeinschaft! -) verbietet. Hier würde also selbst ein notariell beglaubigtes Einverständnis rechtlich nicht vor Strafverfolgung

schützen. Dieses Dilemma zu beleuchten und denkbare juristische oder politische Lösungen zu streifen, wäre eine adäquate Reaktion des Interviewers, denn auch in Deutschland gab es gerade kürzlich wieder ein Urteil gegen einen HIV-Positiven der vor einem ungeschützten Verkehr seine HIV-Infektion verschwiegen hatte. Bernd Aretz führt hingegen seltsam unzusammenhängend aus, dass er selbst bei seinem „Stand der Behandlung kein ernstzunehmendes HIV-Risiko“ darstellen würde. Den Leser hinterlässt er hier ratlos: Woher nimmt Aretz diese Zuversicht? Begründet er diese tatsächlich auf seine bisherige ganz persönliche Erfahrung bei seiner „schlimmsten Lungenentzündung“ (S.28) und/oder mit den Aussagen „einer seiner infizierten Freundinnen und Freunde“ (S.28) zu deren Plasma-virämie? Dieser Schluss ist etwa so gewagt, als ob eine Clique von 30-Jährigen aus dem Verlauf der letzten drei Jahrzehnte ihres Lebens ableiten möchte, dass sie vermutlich alle unsterblich seien.

Sicherlich hat die hochvirämische HIV-Infektion ein höheres Transmissions-Risiko als die niedrig virämische und als die antiretroviral behandelte Infektion. Ein ‚geringeres‘ Risiko ist aber eben nicht ein „Null-Risiko“. Derselbe Verständnisfehler wird später (Seite 31) auf weit gefährlicherem Niveau von Aretz wiederholt mit der Aussage, dass „rausziehen, bevor es kommt mit Blick auf den“ (ungeschützten!) „rezeptiven Partner besser als gar nichts“ sei. Objektiv ist es aber doch so, dass ähnlich wie bei radioaktiver Strahlung

46 Leserbriefe

es bei geringerer Belastung nur *selten* zum unerwünschten Ereignis kommt. Strahleninduzierte Leukämie oder HIV-Infektion können aber auch bei geringem Risiko im Einzelfall eintreten – und treffen den Einzelnen dann aber trotzdem in vollem Umfang. Schon deswegen ist eine Maximierung präventiver Bemühungen zu fordern. Zudem unterschlägt Bernd Aretz, dass die Plasmavirämie nicht immer gleichzusetzen ist mit niedriger HIV-Virusbelastung im Sperma. Deren Untersuchung findet aber außerhalb von wissenschaftlichen Studien nicht statt.

Ich vermag auch der Aussage des Interviewers nicht zu folgen, dass im Hinblick auf die Empfehlungen zur Kondomnutzung „viel Energie investiert wird, um eine statistisch völlig unwesentliche Randfrage zu thematisieren“, weil das „nicht zum Nulltarif für das Seelenleben Betroffener ... zu bekommen ist“ (Seite 28). Für mich sprechen die epidemiologischen Daten aus Deutschland mit seit Jahren steigenden Neuinfektionsraten gerade bei homo- und bisexuellen Männern dafür, dass die denkbare psychische Belastung eines ständigen Risikobewusstseins zu Recht weiter in Kauf genommen werden sollte. Weitere Anstrengungen bei der wichtigsten Maßnahme zur Primärprävention scheinen mir deshalb keinesfalls unangemessen zu sein.

An dieser Stelle kann ich auch Bernd Aretz Dialektik nicht gut nachvollziehen, wenn er einerseits die Energie in der Thematisierung der Problematik für traumatisierend und unangemessen

hält (Seite 28) und andererseits im Widerspruch dazu kurz darauf die Ausführungen von Frank Amort, dass die Kondomempfehlung „die Menschen davon entlaste ... lange hin und her überlegen zu müssen“ mit seiner Bemerkung „Ich ziehe es vor selbst zu denken“ beiseite schiebt (Seite 31). Ich finde diese Antwort an dieser Stelle nicht nur schlechten journalistischen Stil sondern auch, gelinde gesagt, etwas unhöflich. Zudem gibt es übereinstimmende wissenschaftliche Untersuchungsergebnisse dazu, dass die Zeitspanne, in der jemand Sex hat, eben gerade nicht mit intellektuellem Tiefgang oder erhöhter Kritikfähigkeit einhergeht. Dann also, wenn es am meisten darauf ankommen würde, ist somit gerade einer der ungünstigsten Zeitpunkte, um auf die eigene Urteilskraft zu vertrauen.

Bernd Aretz spricht von „überzogenen Ängsten“ und „absurden Risikostrategien“ (Seite 28) in der Diskussion um die Empfehlungen zum Kondombrauch. Ist das Kondom damit also eine 'überzogene Risikostrategie'? Nur in einem sehr wörtlichen Sinne würde ich dem zustimmen: Nur ein übergezogenes Kondom ist im entscheidenden Moment eine sinnvolle Risikostrategie. Wer das – ohne klare Evidenz dafür beibringen zu können – für die HIV-Prävention in Frage stellt, sollte dann zumindest nicht auch noch, wie im Beitrag von Bernd Aretz geschehen, die steigenden Infektionsraten bei den klassischen Geschlechtskrankheiten (STDs) in der Diskussion unterschlagen. Die STDs haben zumeist viel höhere Transmissionsrisiken, nehmen auf

die subtile Unterscheidung eines differentiellen Risikos bei insertiven und rezeptiven Sexualpraktiken praktisch keine Rücksicht, sind dem STD-erkrankten Partner oft nicht bewusst und – last not least – die STDs erhöhen die Risiken einer HIV-Transmission zum Teil dramatisch.

Prof. Dr. med. Matthias Stoll, Hannover

Anmerkung der Redaktion

Das Gespräch mit Frank Amort findet sich in der post Sept./Okt. 2007 herunterzuladen von

<http://hannover.aidshilfe.de>, oder

<http://offenbach.aidshilfe.de>, dort zu

finden unter Aktuelles, Journal. Die von Prof. Stoll vermisste Auseinandersetzung mit der österreichischen Rechtspraxis findet sich im selben Heft im Beitrag: „In der Praxis ist das alles nicht mehr so schlimm – Die Rechtslage in Österreich“. Zur Bedeutung der Viruslast für die Möglichkeit einer HIV-Übertragung verweisen wir auf die Stellungnahme der Eidgenössischen Kommission für Aids Fragen (EKAF/CH). Die Prävention gegen Hepatitis, Syphilis & Co ist Dauerthema in der postT.

Die Redaktion ist allerdings der Auffassung, dass man die Dinge beim Namen nennen sollte und nicht HIV funktionalisieren sollte, um Syphilisprävention zu betreiben, auch wenn es natürlich da einige Überschneidungen gibt.

Das Unverständnis von Prof. Stoll für den Unterschied zwischen der seelischen Belastung durch Bevormundung und durch bewusste eigene Entscheidungen können wir nur zur Kenntnis nehmen.

Waschen, schneiden, legen von Florian Mildenerberger

Auch wenn es sich so las, es war keine Junk-Mail: "Friseure der Welt gegen AIDS". Einladung zur Pressekonferenz in den Salon André Märtens am 15. November 2007. Sponsored by L'Oréal unter Mitwirkung von Vorständen der Deutschen AIDS-Hilfe (DAH) und der Deutschen AIDS-Stiftung (DAS). Aha.

Der Andrang an Journalisten hielt sich in Grenzen, haarschneidende Zwischenstufen füllten die Plätze. Vorn rätselte Kerstin Lehmann vom Kosmetikriesen L'Oréal, ob AIDS heilbar ist oder nicht, Ulrich Heide von der AIDS-Stiftung bewarb vor allem die eigene Arbeit. Es drohte Langeweile. Doch dann wurde es unversehens interessant, als Maya Czajka von der DAH mit rauher Stimme erläuterte, weshalb "Friseure der Welt gegen AIDS" so wichtig seien: In der Öffentlichkeit werde das Thema Sexualität zu wenig und nur mit Vorbehalten thematisiert. So aber werde gar nicht oder nur verdruckst über AIDS geredet. Im Friseursalon hingegen breiteten die Menschen ihr Innerstes aus und holten sich Rat beim Friseur ihres Vertrauens. Wenn das fleischgewordene Seelenklo nun die AIDS-Problematik bei allem Geplaudere über Sex korrekt anspreche, könne man Zehntausende von Menschen positiv beeinflussen.

Der Gastgeber, André Märtens blickte etwas gequält, so als ob er sagen wollte: Wenn ich Haare schneide, rede ich nicht ständig vom Ficken. Aber dann

48 Zeitgeist

blickte er in die Runde und in die treuen Augen seiner verständnisvoll lächelnden Angestellten - und hielt die Klappe.

Maya Czajka hatte nämlich ins Schwarze getroffen. Nirgendwo verlieren Gesellschaftsdamen und Herren von Weit so schnell alle Hemmungen wie im Friseursalon. Sie plaudern, möchten Verständnis und nehmen Ratschläge gerne entgegen, sofern sie kurz, prägnant und logisch erscheinen - mein derzeitiger Freund kann das aus eigener Berufserfahrung bestätigen. Hieran knüpfte Kerstin Lehmann wieder an und teilte mit, L'Oreal habe dazu einen Lehrfilm für alle interessierten Haardesigner dieser Welt konzipiert. Damit sie ihrer Kundschaft auch das Richtige erzählen! Einen zweiminütigen Trailer werde man nun ansehen. Schwupps, verwandelten sich die beiden häßlichen Plasmabildschirme in Kinoleinwände.

Die Gäste erlebten eine Reise über Lavendelfelder, Meeresstrände und Hochmoore und hörten dazu eine einschläfernd-hypnotische Frauenstimme, die von AIDS erzählte, als würde

sie ein Märchen der Gebrüder Grimm am Kinderbettchen vortragen. Ich dachte mir: Ihr habt sie ja nicht mehr alle! Dann sah ich in die verklärten Augen der versammelten Schneidetruppe und wußte - L'Oreal versteht seine Kunden. Selbst beim Filmdreh. Dann säuselte Frau Lehmann noch von weiteren Programmen ihres Arbeitgebers, von Schminkseminaren für Krebskranke, über Wissenschaftsförderung von Frauen in Sachen Kosmetik etc. Von einer Tretmine zur nächsten eilte sie, aber es fiel niemandem mehr auf.

Kleiner Trost: Auch die UNESCO hat sich schon einlullen lassen. Bald schon werden 2,5 Millionen Friseursalons weltweit und 8000 in Deutschland das Wissen um AIDS auf der Erde verkünden. Alles wird gut. Denn was Friseure können, können nur Friseure. Gespannt warte ich nun darauf, wie mir mein lispelnder türkischer Barbier in Kürze erklärt, wie die Welt gerettet wird: "Ey krath alda, gibthzugummi."

Gigi Nr. 53 Januar 2008



Sie sind verpartnert oder waren es? Wußten Sie, daß **Meldebehörden Daten zu Ihrer Sexualität** darum weitergeben dürfen? Und daß seit Herbst womöglich auch **Ihre Adresse** wie die Tausender anderer Verpartneter **auf einer bayerischen Festplatte** liegt? Daß bei dem Datendeal der **Lesben- und Schwulenverband** mitmischte? **Nein?**

Höchste Zeit für Gigi, Deutschlands einziges Magazin für Sexualpolitik. Alle zwei Monate für 3,50 Euro und für nur 20,00 Euro im Jahresabo. Damit Sie nächstes Mal **besser Bescheid wissen.**

Gigi, PF 080208, 10002 Berlin. www.gigi-online.de

Schwul – lesbische Sendungen im Freien Radio

Die Meisten der hier gelisteten Freien Radiosender sind sowohl (Lokal) über Antenne (+Kabel) als auch via Life-stream über das Internet zu empfangen

Montag

PinkChannel auf Tide Radio Hamburg, 96,0 Mhz/95,45 MHz, alle zwei Wochen ab 19.00 Uhr
Radio SUB auf Radio X, Frankfurt am Main, 91,8 MHz, jeden Monat 20.00-22.00 Uhr
Nordgay Radio auf Tide 96.0, Hamburg 96,0 MHz, jeden 2ten Montag, 20.00-21.00 Uhr
Tide 96,0 Hamburg, 96,0 Mhz (Kabel 95,45)
Schwule Musiksendung, 2.+4.Montag im Monat, 21.00 Uhr

Dienstag

Die Äthertruden, Radio Unerhört, Marburg, 90,1/100,15 MHz, (1x im Monat?) 11.00 Uhr
Florian ist schwul, Hannover, 106,5 Mhz/102,15 MHz, jeden 1.Dienstag um 18.00 Uhr nach den News
ChilliGays, Radio F.R.E.I. Erfurt, 96,2 MHz/107,9 MHz, alle zwei Wochen
RosaLilaWelle, Neubrandenburg, 88,0 Mhz/87,5 MHz, jeden 1.Dienstag im Monat, 18.00-20.00 Uhr

Mittwoch

Schrillkörper, Radio Hochstift, Paderborn, 88,1 MHz, jeden 3. Mittwoch ab 19.00 Uhr
Christopher FM, Radio Duisburg, 92,2 MHz/101,75 MHz/107,65 MHz, 1.Mittwoch im Monat, 20.04 Uhr

Donnerstag

Gay..Zeer, Jena, 104,4 MHz/107,9 Mhz, jeden 4.Donnerstag, 18.00-19.00 Uhr
Nordgay Radio, OK Westküste Hamburg, 97,6 Mhz/98,8 Mhz/105,2 Mhz, jeden 4.Donnerstag im Monat, 19.00-20.00 Uhr
Kanal Banal, Bürgerrundfunk Bremen, 92,5 MHz /101,85 MHz / 98,25 MHz, jeden 2. Donnerstag, 19.05-20.00 Uhr
Die Äthertruden, Radio Unerhört, Marburg, 90,1/100,15 MHz, 19.15-20.15 Uhr
Schwule Welle, Radio Dreyeckland Freiburg, 102,3 MHz/93,6 MHz, jeden Donnerstag, 19.30-21.00 Uhr
Radiogays, Radio Z. Nürnberg, 95,8 MHz, je-

den Donnerstag, 21.00-23.00 Uhr
Gayhoert, Radio Rheinwelle Wiesbaden, 92,5 MHz/102,7 Mhz/99,85 Mhz, jeden 2.Donnerstag, 20.00-22.00 Uhr
Radio Uferlos, Radio Lora München, 92,4 MHz, jeden 1.+3. Donnerstag, 21.00-22.00 Uhr

Freitag

Schwule Welle, Radio Dreyeckland Freiburg, 102,3 MHz/93,6 MHz, jeden Donnerstag, 13.30-15.00 Uhr (Whlg. von Do.)
Schwulfunk Rosa Rauschen, Querkfunk Karlsruhe, 104,8 MHz, 18.00-19.00 Uhr
Blist & Hin-und Wech on Air, Radio Zusa , Lüneburg, 88,0 MHz/89,7 MHz/95,5 MHz, einmal monatlich, 19.00-20.00 Uhr
Lattemio, Radio F.r.e.i. Erfurt, 96,2 MHz/107.9MHz, jeden Freitag ab 20.00 Uhr
Rainbowstars, Kanal Ratte, Schopfheim, 104,5 Mhz (Kabel 89,35 Mhz) 21.00-0.00 Uhr

Samstag


Radio Rainbow City im OK Berlin, 97,2 MHz /92,6 Mhz, 13.00-14.00 Uhr
Radio Rosa Rauschen, Radio Neue Welle Essen, 102,2 MHz/ 105,0 MHz, jeden 2. Samstag im Monat, 21.04 Uhr
Pink Places, Radio Unerhört, Marburg, 90,1/100,15 Mhz, jeden 4. Samstag, 19.00-20.00Uhr
FunDyke, Tide 96.0 Hamburg, Samstag, 20.00-21.00 Uhr
PinkChannel, Hamburg, 96,0 MHz/95,45 MHz, jeden Samstag ab 19.00 Uhr
Dreamtime, Radio Unerhört, Marburg, 90,1/100,15 MHz, alle vier Wochen, Samstag, 22.00Uhr

Sonntag

Schwulfunk Rosa Rauschen, Karlsruhe, 104,8 MHz, 12.00-13.00 Uhr (Whlg. von Freitag)
Queer Live, Berlin, 97,2 MHz /92,6 MHz, 17.00-18.00 Uhr
Schwulfunk, Stuttgart, 99,2 MHz/102,1 MHz, jeden Sonntag, 20.00-22.00 Uhr
Homo Laber, Radio elDorado Dortmund, 91,2 MHz, letzter So. im Monat (Fortbestand des Sendeplatzes ungewiss)

FICKE SCHÖN.

DANKESCHÖN.



**Danke für 25 Jahre
Safer Sex!**

**Männer, bleibt bei der Stange!
Safer Sex liegt immer noch im Trend!**

**Checkt Eure Risiken
und geht im Zweifel zum Test!**

25 Jahre

**Deutsche
AIDS-Hilfe e.V.**