

# **Community-Konsensuspapier zum Einsatz der antiretroviralen Therapie zur Prävention der HIV-Übertragung**

## **Einführung**

1. Dieses Community-Konsensuspapier beschäftigt sich mit dem Einsatz der antiretroviralen Therapie (ART) bei Menschen mit HIV, um das HIV-Übertragungsrisiko zu senken. Es bezieht sich nicht auf die Vergabe antiretroviraler Medikamente an HIV-Negative, um ihr Risiko einer Ansteckung mit HIV zu senken (Prä-Expositions-Prophylaxe, PrEP). Auch auf den Zugang zur ART im Allgemeinen geht es nicht ausführlich ein.
2. Dem Papier liegt das Prinzip zugrunde, dass die Gesundheit und das Wohlbefinden von Menschen mit HIV zu schützen sind, und zwar unabhängig davon, ob sie sich antiretroviral behandeln lassen oder nicht. Es unterstreicht die Bedeutung der Menschenrechte, der Würde und der Selbstbestimmung - sie ermöglichen es Menschen mit HIV, die bestmöglichen Entscheidungen für ihre Gesundheit und ihr Wohlbefinden und für die Gesundheit und das Wohlbefinden ihrer Partner zu treffen.
3. Die HIV-Prävention sollte nicht als ein von Gesundheit und Wohlbefinden der antiretroviral Behandelten unabhängiges Ziel der ART gesehen werden. Der Einsatz der antiretroviralen Behandlung zu Präventionszwecken darf niemals das individuelle Recht auf Gesundheit, Selbstbestimmung, einvernehmlich getroffene Entscheidungen oder Vertraulichkeit verletzen.
4. Dieses Papier stellt eine Reaktion der Community auf eine Reihe von HIV-Behandlungsrichtlinien und -Strategien der letzten Jahre dar, die sich auch zum Thema Therapie als Prävention geäußert haben. Die in diesen Richtlinien geäußerten Meinungen und Empfehlungen stimmen nicht überein, zum Teil wegen unterschiedlicher Auffassungen hinsichtlich der Implikationen des ART-Einsatzes aus Präventionsgründen für die Menschenrechte, die individuelle und die öffentliche Gesundheit sowie die Ressourcen.
5. Unser Papier will diese Richtlinien und Strategien nicht ersetzen, sondern Leitprinzipien aufstellen. Es verortet sich innerhalb des breiteren Rahmens des GIPA-Prinzips (Greater Involvement of People Living with AIDS), des Programms HIV Leadership through Accountability sowie des von GNP+ und UNAIDS aufgestellten Politikrahmens Positive Health, Dignity and Prevention.
6. Dieses Konsensuspapier wurde von der European AIDS Treatment Group in Zusammenarbeit mit NAM/Aidsmap.com herausgegeben. Entwickelt wurde es im Rahmen einer Online-Konsultation, eines Community-Treffens im September 2013 und von Beratungen mit Meinungsführern aus der HIV-Community. Es kann nun von Individuen und Organisationen aus der Community der Menschen mit HIV und der von HIV Betroffenen unterzeichnet und unterstützt werden.

## **Statement**

7. Es gibt schlüssige Beweise dafür, dass eine effektive ART das Risiko einer HIV-Übertragung beim Vaginalsex beträchtlich reduziert, und es gibt überzeugende epidemiologische sowie begrenzte direkte Evidenz, dass dies auch für den Analverkehr und den gemeinsamen Gebrauch von Spritzbesteck zutrifft (Anhang 2 fasst unseren derzeitigen Wissensstand zusammen).
8. Diese Befunde verbreitern die Evidenzbasis früherer Aussagen zum Potenzial der ART für die Prävention. Dies bietet großartige Möglichkeiten, stellt aber auch Herausforderungen für Menschen mit HIV dar.
9. Die ART hat das Potenzial, Menschen von der Bürde der Schuld, der Angst und der Furcht vor strafrechtlichen Folgen einer HIV-Übertragung auf andere zu entlasten. In einem Community-Manifest aus dem Jahr 2008 heißt es, Therapie als Prävention fördere „die Lebensqualität und stärker noch die soziale Integration von Menschen mit HIV“, und in einem Community-Papier aus dem Jahr 2011 steht zu lesen, der frühere Beginn einer ART sei ein „wirkungsvolles und potenziell kostensparendes Instrument zur Beendigung der Aids-Epidemie“. Umfragen haben gezeigt, dass

Menschen mit HIV zu den wichtigsten Vorteilen einer hypothetischen Heilungsmöglichkeit für die HIV-Infektion die Tatsache zählen, dass sie HIV dann nicht länger übertragen könnten.

10. Der Einsatz der ART zu Präventionszwecken hat jedoch auch Implikationen für die Menschenrechte, den Ressourceneinsatz sowie die Planung und Integration der HIV-Versorgung und -Behandlung. In dem bereits zitierten Statement aus dem Jahr 2011 heißt es weiter: „Im Kontext einer communityzentrierten Mobilisierung für Gesundheit und Rechte müssen biomedizinische, strukturelle und auf das Verhalten zielende Interventionen umgesetzt werden.“
11. Auf individueller Ebene stellt die lebenslängliche Einnahme der ART eine Entscheidung dar, für die die meisten Menschen Zeit brauchen brauchen und zu der sie nicht gedrängt werden sollten. Die zu Präventionszwecken eingenommene ART hat potenzielle Langzeit-Nebenwirkungen, und sobald man sie begonnen hat, muss man die Medikamente voraussichtlich lebenslang einnehmen. Darüber hinaus kann die ART im Unterschied zu anderen Methoden wie etwa Kondomen keine anderen sexuell übertragbaren Infektionen verhüten.
12. In vielen Ländern haben die vulnerablen Gruppen, welche die ART am dringendsten bräuchten, den schlechtesten Zugang zu HIV-Angeboten, teilweise aufgrund von Kriminalisierung und Stigmatisierung. Das präventive Potenzial der ART kann nicht ausgeschöpft werden, solange diese Probleme nicht angegangen werden.
13. Die Möglichkeit, die ART als Maßnahme der öffentlichen Gesundheitspolitik einzusetzen, könnte dazu führen, dass Menschen mit HIV zu HIV-Tests oder zum Beginn einer ART gezwungen werden oder sich dazu gedrängt fühlen. Besondere Bedeutung hat dies für Menschen aus stigmatisierten Gruppen, die durch solche Programme geoutet oder gefährdet werden könnten oder sich gefährdet fühlen könnten. Es muss daher sichergestellt werden, dass im Namen der öffentlichen Gesundheit kein Druck und kein Zwang ausgeübt und keine rechtlichen Schritte gegen Menschen mit HIV angedroht werden, die noch keine ART nehmen möchten. Wir lehnen jegliche Umsetzung oder Planung von Public-Health-Maßnahmen ab, die auf verpflichtenden HIV-Tests oder HIV-Behandlungen basieren.
14. Auf der individuellen Ebene sollten die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Gesundheitswesens sich der Möglichkeit bewusst sein, dass Partner oder andere Druck auf Menschen mit HIV ausüben, und sicherstellen, dass es die eigene, freie Entscheidung der HIV-Patientinnen und -Patienten ist, mit einer HIV-Therapie zu beginnen. Besonders wichtig kann dies in Situationen geschlechtsbezogener Gewalt oder geschlechtsbezogenen Drucks sein.
15. Die ART für HIV-positiv Getestete sollte nicht die einzige Komponente von HIV-Präventionsprogrammen sein und nicht erwiesenermaßen wirksame Methoden ersetzen oder den Zugang zu ihnen erschweren. Wissenschaftliche Untersuchungen zu biomedizinischen HIV-Präventionsmethoden sehen die ART immer in Verbindung mit anderen bewährten HIV-Präventionsmethoden, und auch Programme zum Zugang zur ART müssen in dieser Weise gestaltet werden. Zu diesen Methoden gehören die Bereitstellung von und die Werbung für Kondome und Gleitmittel für Männer und Frauen, die Bereitstellung steriler Spritzbestecke, die freiwillige Beschneidung von Männern, Beratung und Trainings zur Risikoreduktion sowie soziale Programme, um Menschen bei der Minimierung ihrer sexuellen Risiken zu unterstützen.
16. Die Anerkennung der Wirksamkeit biomedizinischer Präventionsmethoden und ihre Einbindung in bestehende Programme könnten eine Chance sein, solche Community-Normen zu erneuern, zu überdenken oder in Frage zu stellen, die keinen ausreichenden Schutz bieten, für einige nur schwierig oder gar nicht umzusetzen sind oder kontraproduktiv wirken. Solche Normen verlangen typischerweise die hundertprozentige Befolgung einer Strategie wie des Kondomgebrauchs oder der sexuellen Enthaltensamkeit vor der Ehe oder definieren kondomlosen Sex grundsätzlich als unsafe.
17. Ebenso wichtig ist es aber, dass Programme, die den Zugang zur ART erweitern, sorgfältig durchdacht und gestaltet werden, damit bestehende Methoden und Community-Normen, welche die sexuelle Gesundheit und das Wohlbefinden der Menschen schützen, nicht beeinträchtigt

werden – insbesondere, wenn die Adhärenz zu solchen bestehenden Methoden in einzelnen Gruppen bislang hoch ist und möglicherweise einbrechen könnte. Beispiele dafür sind die hohen Raten der Verwendung sterilen Spritzbestecks bei Drogengebrauchern und -gebraucherinnen und der Verwendung von Kondomen bei Sexarbeiterinnen und Sexarbeitern.

18. Die Bereitstellung der ART kann keine für sich allein stehende Präventionsmethode sein. Notwendige Bedingungen für den effektiven Einsatz der ART zur Therapie und zur Prävention sind der Zugang zu freiwilliger Beratung und freiwilligen HIV-Tests, der Zugang zu kostenloser oder zumindest erschwinglicher HIV-Behandlung, der Zugang zu wirksamen und gut verträglichen HIV-Medikamenten und der Zugang zu Angeboten zur Unterstützung der Therapietreue.
19. Der Einsatz der ART zu Präventionszwecken birgt Chancen, aber auch Herausforderungen hinsichtlich der Verfügbarkeit der Medikamente, der Kapazitäten des Gesundheitswesens und der Ressourcenpriorisierung. Damit die ART all jenen angeboten werden kann, für die sie nach den 2013 veröffentlichten Therapieleitlinien der WHO angezeigt ist oder die sie jenseits dieser Leitlinien aus Präventionsgründen wünschen, müssen die Kosten für die antiretrovirale Behandlung weiter sinken. Da die ART aber mit höheren Halteraten und mit höheren Raten der Unterdrückung der Virenvermehrung verbunden ist, könnte die Ausweitung ihres Einsatzes, insbesondere in Verbindung mit Preissenkungen, nicht nur kosteneffektiv sein, sondern sogar Kosten sparen.
20. Der Einsatz der ART zu Präventionszwecken darf auf keinen Fall die Anstrengungen untergraben, sie all jenen zugänglich zu machen, die sie aus medizinischen Gründen brauchen. Beides muss Teil einer übergreifenden Strategie sein, die körperliche und emotionale Gesundheit sowie die soziale Position von Menschen mit HIV und ihrer Partner zu verbessern.
21. Entscheidend für die hohe Adhärenz, die für die Unterdrückung der Virenvermehrung erforderlich ist, ist die Therapiebereitschaft der Patientinnen und Patienten. Wir empfehlen daher die Übernahme des Verfahrens zur Ermittlung der Patientenbereitschaft, das in den Therapieleitlinien der EACS vorgestellt wird. Bei Patientinnen und Patienten mit hohen CD4-Zell-Zahlen sollte man die Bereitschaft frühzeitig erfragen und nicht damit warten, bis die CD4-Zell-Zahl so weit abgesunken ist, dass dieses medizinische Kriterium für den Therapiebeginn erreicht ist.
22. Viele Menschen mit HIV wissen noch immer nichts vom präventiven Zusatznutzen der ART. Wir schließen uns daher der Aufforderung der BHIVA und der EAGA an die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Gesundheitswesens an, die Patientinnen und Patienten über den aktuellen Forschungsstand zum Nutzen der ART für die Prävention zu informieren. Um das zu unterstützen, sollten geeignete Materialien eingesetzt werden, die auf unterschiedliche Altersgruppen, unterschiedliche Wissens-Levels und unterschiedliche Ethnien und Kulturen zugeschnitten und auf dem neuesten Stand sind (Anhang 1 gibt eine Übersicht über offene Forschungsfragen).
23. Noch weniger bekannt ist die Schutzwirkung der ART bei HIV-Negativen, die durch HIV bedroht sind. Die Partner/-innen und potenziellen Partner/-innen von Menschen mit HIV brauchen genaue und klare Informationen über die Senkung des HIV-Übertragungsrisikos durch die ART, und die Anbieter müssen geschult werden, um diese Informationen bieten zu können. Dies muss so geschehen, dass die HIV-Negativen in ihrer Fähigkeit, HIV-negativ zu bleiben und Verantwortung für ihre eigene sexuelle Gesundheit und die ihrer Partner zu übernehmen, gestärkt und nicht geschwächt werden.
24. Die meisten Modelle sagen voraus, dass die ART an sich die HIV-Epidemie nicht beenden wird. Die Ausweitung des Zugangs zur ART zu Präventionszwecken darf nicht den Zugang zu anderen bewährten Methoden gefährden oder zu einer Reduzierung der Investitionen in die Erforschung neuer Methoden führen. Nichtsdestotrotz rettet die antiretrovirale Behandlung von Menschen mit HIV nicht nur Leben, sondern dürfte auch eine notwendige Komponente der Anstrengungen sein, die HIV-Epidemie schlussendlich zu beenden.