

## PROGRAMMÜBERSICHT

ab 9.15 Uhr Anmeldung und Einlass

10.00 Uhr bis 10.30 Uhr

Eröffnung der Fachtagung

Begrüßung durch die Vorstände der Aidshilfe NRW und der Deutschen AIDS-Gesellschaft. Grußwort von Henriette Reker, Oberbürgermeisterin der Stadt Köln. Durch den Tag führen Jeanne Turczynski und Holger Wicht.

---

10.30 Uhr bis 12.00 Uhr

K 1: HIV und Aids

HIV eliminieren oder Aids beenden?

Sylvia Urban | Dresden

Hendrik Streeck | Essen

Co-Chair: Kristel Degener | Bonn

Im Anschluss an die Kontroverse gibt es eine Talkrunde mit Hans-Jürgen Stellbrink [Hamburg], Dirk Meyer [Köln] und Arne Kayser [Bochum]

---

12.15 Uhr bis 13.15 Uhr

K 2: Prostituiertenschutzgesetz

Sofortige Novellierung des ProstSchG oder komplettes  
Sexkaufverbot

Leni Breymaier | Aalen

Juanita Henning | Frankfurt

Co-Chair: Harriet Langanke | Köln

K 3: Hepatitis C

Therapeutisch alles erreicht oder ist hier noch Luft  
nach oben?

Christoph Boesecke | Bonn

Dirk Nierhoff | Köln

Co-Chair: Domenico Firenza | Köln

---

13.15 Uhr bis 14.15 Uhr Mittagspause und Imbiss

---

14.15 Uhr bis 15.15 Uhr

K 4: STI-Tests

Ja ... aber die STIs: Screening bis zum Abwinken

Armin Schafberger | Berlin

Heinrich Rasokat | Köln

Co-Chair: Tim Schomann | Berlin

K 5: HIV-Therapie

Weniger ist mehr oder das Ende der HIV-Forschung?

Markus Bickel | Frankfurt

Matthias Stoll | Hannover

Co-Chair: Bernd Vielhaber | Edemissen

---

15.30 Uhr bis 16.30 Uhr

K 6: Chemsex

Wir schaffen das! Oder doch nicht?

Martin Viehweger | Zürich

Stefan Scholten | Köln

Co-Chair: Paul Hirning | Köln

K 7: Frauen und HIV

Die paar Frauen sollen sich mal nicht so aufregen?

Olaf Degen | Hamburg

Annette Haberl | Frankfurt

Co-Chair: Katja Römer | Köln

---

16.45 bis 17.30 Uhr Abschluss-Talkrunde

Im Anschluss an das Tagungsprogramm laden wir sie herzlich zum Get-together ein. Bei einem Umtrunk und Imbiss wird Zeit wird es Gelegenheit zu Austausch und Imbiss geben.

## KONTROVERSE 1: HIV UND AIDS HIV eliminieren oder Aids beenden?

**Position 1: Hendrik Streeck - HIV eliminieren!**

**Position 2: Sylvia Urban – Aids beenden!**

Damit bis 2030 niemand mehr an Aids erkranken muss, wollen die Vereinten Nationen bis 2020 die 90-90-90-Ziele erreichen. Das heißt: 90 Prozent aller Menschen mit HIV sollen eine HIV-Diagnose bekommen haben. 90 Prozent der Menschen mit einer HIV-Diagnose sollen eine lebensrettende antiretrovirale Therapie machen. Und bei 90 Prozent der Menschen unter einer HIV-Therapie sollen die Viruslast unter der Nachweisgrenze sein und auch bleiben, sodass HIV auch beim Sex nicht mehr übertragen werden kann. Bis 2030 soll die Zielmenge auf 95-95-95 erhöht werden. Das Ganze in Hinblick auf Null Diskriminierung von Menschen mit HIV bzw. Aids.

Anders als zum Beispiel Botsuana, Kambodscha, Eswatini (ehem. Swasiland), Namibia, Dänemark und die Niederlande ist Deutschland nicht so weit. Laut Robert-Koch-Institut liegen die Zahlen in Deutschland derzeit bei 87 – 92 – 95. Geschätzte 11.400 Menschen in Deutschland wissen nichts von ihrer Infektion und erhalten folglich keine Behandlung. Mehr als 1.000 Menschen erkranken darum jedes Jahr in Deutschland an Aids – obwohl das längst vermeidbar wäre.

Auch wenn in Deutschland also bislang zwei der Ziele von dreien erreicht wurden, so ist dies bei der Diagnose von HIV nicht der Fall. Und letztlich geht es auch entschieden um die Null: Null Diskriminierung und Stigmatisierung. Ein Ziel, welches hier in Deutschland ebenfalls noch nicht erreicht ist, auch wenn dies so explizit in der Formel von UN AIDS nicht benannt wurde.

Solange es noch Menschen gibt, deren HIV-Diagnose erst (zu) spät festgestellt wird, scheinen Präventionsangebote und Test- und Beratungsangebote nicht die Zielgruppen zu erreichen, die zu erreichen wären. Neben Unwissen bilden sicherlich Angst vor Stigmatisierung und Diskriminierung eine der größten Barrieren für Menschen, sich testen zu lassen.

Bleibt also die Frage nach den realistischen Zielen und mit welchen Strategien sich dieses erreichen lassen. Muss hier nicht der Schwerpunkt auf Null Diskriminierung und Aufklärung liegen, so dass Menschen informierte Entscheidungen hinsichtlich ihrer individuellen Präventionsstrategien treffen können? Nur so kann schließlich erreicht werden, dass Menschen hinsichtlich möglicher Diskriminierung und Stigmatisierung keine Angst mehr vor einem positiven Test-Ergebnis haben müssen?

Oder haben die Bemühungen zum Ziel, alle HIV-Infektionen zu entdecken, koste es was es wolle, und perspektivisch „lediglich“ die HIV-Infektionen auf Null zu senken? Sind dies überhaupt realistische Ziele und wie vertragen sich diese (unabhängig davon, ob realistisch oder nicht) mit dem Stellenwert von Krankheit oder risikobehaftetem Leben in unserer Gesellschaft und dem Bild der selbstbestimmten und mündigen Patient\*innen?

Fragestellungen:

## **KONTROVERSE 2: PROSTITUIERTENSCHUTZGESETZ**

### **Sofortige Novellierung des ProstSchG oder komplettes Sexkaufverbot**

**Position 1: Leni Breymaier - komplettes Sexkaufverbot**

**Position 2: Juanita Henning - sofortige Novellierung des ProstSchG**

Zwei Jahre nach Inkrafttreten des sogenannten Prostituiertenschutzgesetzes (ProstSchG) zeigt sich: Viele der im Vorfeld von Expert\*innen geäußerten Befürchtungen haben sich bewahrheitet. Statt geschützt zu werden, sind Sexarbeiter\*innen zusätzlicher Kriminalisierung und neuen Gefahren ausgesetzt. Das geht aus einem Sachstandsbericht der Landesregierung zur Umsetzung des Gesetzes in Nordrhein-Westfalen hervor, der am 9. Mai 2019 dem Ausschusses für Gleichstellung und Frauen vorgelegt wurde. Darin heißt es: „Es bestehen begründete Zweifel, ob das Gesetz in der Praxis seinem ursprünglichen Schutzgedanken jemals gerecht werden kann.“

Das ProstSchG wurde mit dem vorrangigen Ziel eingeführt, die Szene der Sexarbeit sichtbarer und kontrollierbarer zu machen und es sollten allgemeingültige Strukturen geschaffen werden, um die Sexarbeitenden bei ihrer Tätigkeit zu schützen und zu unterstützen. Das Gesetz erschwert jedoch den Schutz und die Unterstützung von Sexarbeiter\*innen und die Zusammenarbeit nicht-staatlicher und staatlicher Institutionen. Mit seinem repressiven und bevormundenden Ansatz verschärft das Gesetz die Diskriminierung und Stigmatisierung von Sexarbeiter\*innen. Zudem wurden die Rahmenbedingungen für die Strafverfolgung von sexualisierter Gewalt und Menschenhandel zur sexuellen Ausbeutung nicht verbessert.

Dass im ProstSchG auf unterstützende Komponenten verzichtet wurde, bleibt nicht ohne Wirkung. Die im Bericht des nordrhein-westfälischen Gleichstellungsministeriums vom 7. November 2018 vorgelegten Anmeldezahlen und zahlreiche Erfahrungsberichte aus der Vor-Ort-Arbeit belegen: An Sexarbeiter\*innen in prekären Lebensverhältnissen (zum Beispiel durch Armut, Wohnungslosigkeit, Flucht) geht das Gesetz völlig vorbei. Ihr Zugang zu anonymen Beratungs-, Präventions- und Unterstützungsangeboten wird deutlich erschwert oder unmöglich gemacht.

Auf der einen Seite stehen die Berufsverbände der Sexarbeiter\*innen, Aidshilfen, zahlreiche Politiker\*innen sowie der deutsche Frauenrat und Amnesty International. Sie alle wollen die Sexarbeit schützen und Stigmatisierung abbauen - indem sie die Wahl dieses Berufs als Entscheidung aus freiem Willen anerkennen. Aus ihrer Sicht sind die Bestimmungen des neuen Prostitutionsschutzgesetzes dabei hinderlich.

Auf der anderen Seite stehen diejenigen, die sich Sexarbeit nur als Handlung unter Zwang vorstellen können, jene, die meinen, Prostitution impliziere generell Gewalt und stelle generell eine Verletzung der Menschenwürde dar. Diese wollen sie aufgrund dessen nach schwedischem bzw. französischem Modell verbieten. Aus ihrer Sicht prostituieren sich Menschen aufgrund von Armut, für die Beschaffung von Drogen oder aufgrund anderer nicht selbstbestimmter Situationen. Sie erhoffen sich, dass die Strafverfolgung von Zwangsprostitution durch ein komplettes Sexkaufverbot besser gelingen kann.

### **KONTROVERSE 3: HEPATITIS C**

#### **Therapeutisch alles erreicht oder ist hier noch Luft nach oben?**

**Position 1: Christoph Boesecke - therapeutisch ist alles erreicht**

**Position 2: Stefan Christensen - therapeutisch gibt es noch „Luft nach oben“**

Mit der Entwicklung potenter direkt antiviral wirksamer Medikamente („direct antiviral agents“, [DAA]) gegen HCV hat sich die Therapie in nur wenigen Jahren revolutioniert. Die Therapie der Hepatitis C erfolgt heute interferonfrei und meistens auch Ribavirin-frei mit exzellenten Chancen der dauerhaften Viruseradikation.

Die Kombination direkt antiviral wirksamer Medikamente eröffnet allen Patient\*innen unabhängig vom Erkrankungsstadium die Chance einer dauerhaften HCV-Eradikation. Diese ist mit einer Verbesserung der Lebensqualität und einer Verringerung der Morbidität und Mortalität assoziiert, zudem nimmt sie den Patient\*innen auch die Sorge, andere Menschen anzustecken.

Die akute Hepatitis C kann unbehandelt ausheilen oder in eine chronische Infektion übergehen. Gerade während der akuten Hepatitis C besteht jedoch wegen der hohen Viruslast ein hohes Ansteckungsrisiko. Fulminante Verläufe sind beschrieben. Die gemeinsame Nutzung von Injektionsutensilien bei Drogen gebrauchenden Menschen, Verzicht auf Safer Sex und bestimmte sexuelle Praktiken werden bei einigen Patient\*innen trotz akuter Hepatitis C gegen ärztlichen Rat weitergeführt, was mit einem erheblichen Transmissionsrisiko einhergeht.

Dies könnte durch eine sofortige DAA-Therapie reduziert werden und somit Infektionsketten unterbrochen werden. Demgegenüber stehen die Kosten und die „Übertherapie“ der Patienten mit akuter Hepatitis C, die auch unbehandelt ausgeheilt wären.

Wenn Ärzt\*innen im regionalen Vergleich auffällig hohe Kosten verursachen, werden sie von den Krankenkassen überprüft. Sie müssen dann für alle Patient\*innen nachweisen, dass die Verordnungen plausibel waren. Zwar gibt es Richtlinien, wann und wie Hepatitis C zu behandeln ist. Aber es müssen immer auch individuelle Aspekte berücksichtigt werden. Interaktionen mit anderen Medikamenten und Drogen oder Unverträglichkeiten zum Beispiel. Hinzu kommen ständig neue Medikamente. Derzeit gehen Ärzte, die bei dem Thema Hepatitis C besonders aktiv sind, das Risiko ein, dass man sie für ihr Engagement noch bestraft.“

Das enorm geschrumpfte Sonderbudget der Gesetzlichen Krankenversicherung für die Behandlung von chronisch Hepatitis-C-Infizierten vermittelt einen falschen Eindruck. Bei Hepatitis C gibt es weiterhin viel zu tun. Man muss mehr testen. Selbst noch aktive Drogengebraucher\*innen sollten nicht von der Therapie ausgeschlossen werden. Und für Ärzt\*innen muss sichergestellt werden, dass sie kein finanzielles Existenzrisiko eingehen, wenn sie Patient\*innen individuell behandeln.

#### **KONTROVERSE 4: STI-TESTS**

##### **Ja ... aber die STIs: Screening bis zum Abwinken**

**Position 1: Armin Schafberger - lieber abwarten und nicht alles behandeln**

**Position 2: Heinrich Rasokat - alles testen, alles (gezielt) behandeln!**

Wird zu wenig getestet, drohen schweren Krankheiten, die man leicht hätte verhindern und gut therapieren können. Zu wenig ist schlecht. Soviel ist klar. Aber wie steht es mit einem Übermaß an STI-Tests bei Menschen, die keine Symptome haben? Durch Tests können wir bei symptomlosen Menschen Krankheiten früh erkennen und gut behandeln. Tests können jedoch auch zu unsinnigen Behandlungen und Schaden führen. Wann werden Tests eine Gefahr für die Gesundheit? Müssen wir alles testen und behandeln? Und wenn nicht alles behandelt werden muss, warum soll dann überhaupt getestet werden?

Testempfehlungen für MSM lauten seit Jahren schon, sich mindestens einmal jährlich auf HIV und andere STIs testen zu lassen. Diese Frequenz reicht ja aus, um bei einer HIV-Infektion das Stadium eines schweren Immunschadens zu verhindern. Die Einführung der PrEP hat jedoch auch die Screening-Empfehlungen verändert. PrEP-User sollen viermal jährlich zum HIV- und STI-Check. Mit der Einführung von Versorgungsverträgen wird diese Empfehlung auch auf Personen ausgedehnt, die die PrEP (zumindest zeitweise) nicht nehmen. Aus "einmal im Jahr" wird "einmal im Quartal".

Aber heutzutage stellt sich hier vor allem die Frage, was getestet wird. Bei den „Bluttests“ auf HIV, Hepatitis C oder Syphilis ist dies zwar nicht der Fall, jedoch bei den Abstrich-Untersuchungen. Durch neue Analysegeräte wird zunehmend nicht nur auf Gonokokken und Chlamydien, sondern auch auf viele andere Erreger getestet. Zudem stellt diesbezüglich auch die Sensitivität der Geräte ein „Problem“ dar. Die Untersuchungen sind zu genau und finden nicht nur Erreger auf wirklich entzündeter Schleimhaut, sondern auch harmlose Besiedlungen oder Bakterientrümmern auf bereits ausgeheilten Schleimhautentzündungen. Die Folge ist ein gesteigerter Antibiotikaeinsatz bei oft harmlosen und nichtbehandlungsbedürftigen Situationen oder bei bereits ausgeheilten Infektionen.

## **KONTROVERSE 5: HIV-THERAPIE**

### **Weniger ist mehr oder das Ende der HIV-Forschung?**

**Position 1: Markus Bickel - weniger ist mehr**

**Position 2: Matthias Stoll - Ende der HIV Forschung**

Gibt es für HIV-infizierten Menschen inzwischen eine antiretrovirale Standardtherapie oder brauchen wir noch immer individualisierte Therapieentscheidungen? Internationale Leitlinien zur antiretroviralen Therapie empfehlen nur ein Therapie-regime für die initiale Therapie oder den Einsatz von verschiedenen Kombinationen aus nukleosidanalogen Reverse-Transkriptase-Inhibitoren (NRTI) mit Integrase-Inhibitoren (INI). Hier sind Therapieerfolge und Langzeitnebenwirkungen bekannt

Verschiedene randomisierte Studien wie GEMINI, SWORD, ATLAS, FLAIR, DRIVE2 etc. untersuchen sowohl die Wirksamkeit von Kombinationstherapien mit nur zwei Substanzen aus zwei Medikamentenklassen als auch den Einsatz lang wirkender und injizierbarer Behandlungsregime. Reichen diese Daten, um uns vom Behandlungsregime bestehend aus drei Medikamentenklassen verabschieden zu können? Benötigen wir die anderen Substanzklassen für die Initialtherapie nicht mehr? Müssen hier nicht Alternativen bereitstehen?

Einige der INI werden mit vermehrter Gewichtszunahme und höheren Raten psychotroper Nebenwirkungen assoziiert. Hier sollten Alternativen und neue Strategien entwickelt werden. Auch wenn die neuen WHO-Leitlinien Dolutegravir jetzt wieder für Frauen, die schwanger werden möchten, empfehlen, so wird der Einfluss einer Dolutegravir-Behandlung während der Schwangerschaft auf die Häufigkeit von Neuralrohr-Defekten weiter beobachtet werden müssen.

Spricht dies nicht dafür, weiterhin auch andere Medikamentenklassen individuell als Initialtherapie einzusetzen, auch wenn die Langzeitnebenwirkungen bislang noch nicht in dem Maße bekannt sind?

Und selbst Once-Daily-Präparate stehen mit der Entwicklung neuer Applikationsformen und lang wirksamen Therapieregimen auf dem Prüfstand.

Dies alles macht deutlich, dass es zukünftig HIV-Forschung, so wie wir sie derzeit noch kennen, nicht mehr geben wird, es sei denn, wir probieren weiterhin neue Strategien aus und setzen auf die Optimierung von Einnahmemodalitäten, Reduktion von (Langzeit-)Nebenwirkungen und Entwicklung neuer Substanzklassen.

## **KONTROVERSE 6: CHEMSEX**

### **Wir schaffen das! Oder doch nicht?**

**Position 1: Martin Viehweger - Wir schaffen das!**

**Position 2: Stefan Scholten - Wir schaffen das nicht!**

Chemische Substanzen wie Methamphetamin, Ketamin oder „Liquid Ecstasy“ steigern die Lust beim Sex. Gleichzeitig birgt der so genannte „Chemsex“ gesundheitliche Risiken. Diese Form des Konsums tritt vor allem Männern, die Sex mit Männern haben (MSM) auf.

Chemsex ist ein komplexes Phänomen und es gestaltet sich schwierig, passgenaue Präventions- und Versorgungsprogramme für Männer zu entwickeln und umzusetzen, die aufgrund ihres Substanzkonsums behandlungsbedürftige Probleme entwickeln.

Für die Prävention und Gesundheitsförderung stellen sich somit große Herausforderungen. Einerseits besteht der „akzeptierende“ Ansatz, der Wissensvermittlung von Safer Use impliziert, damit ein bewusster und sorgsamer Umgang beim Konsum entsprechender Substanzen erfolgen kann. Andererseits der abstinenzorientierte Ansatz, dessen Befürworter\*innen sagen, dass ein gelingender, kontrollierter Konsum in diesem Kontext auf längeren Zeitraum völlig unrealistisch ist.

Sicherlich gibt es MSM, die Substanzen konsumieren und deren Konsum gelingt, ohne das gravierende gesundheitliche Folgen, seien es physische oder psychische, eintreten. Immer mehr treten in der Arztpraxis aber Menschen mit multiplen Substanzkonsum, zahlreichen gesundheitlichen Schäden und Infektionen auf, deren Therapie nur noch teilweise und sehr temporär möglich ist. Zudem spielen in diesem Kontext auch (starke) psychische Veränderungen eine zunehmend große Rolle.

Wissenschaftliche Erhebungen und spezialisierte Projekte weisen auf einen zunehmenden Unterstützungsbedarf von Männern, die Sex mit Männern haben, die Drogen in einem sexuellen Setting konsumieren, hin. Kurzinterventionen und Therapieansätze, die Drogenkonsum und Sexualität bei MSM im Zusammenhang aufgreifen, waren bisher jedoch nicht ausreichend bekannt und noch weniger umgesetzt.

Versagen hier die Angebote von Aidshilfen, Präventionsprojekten und Medizin? Handelt es sich bei jenen, deren Konsumverhalten entgleitet aber auch bei jenen, wo dies noch nicht der Fall ist um eine „verlorene Zielgruppe von medizinischer, therapeutischer und präventiver Versorgung und Angebotsstrukturen? Lassen sich Patient\*innen überhaupt ernsthaft und langfristig auf Harm-Reduction-Strategien ein oder stellen wir einfach fest, dass wir nicht jede\*n retten können? Sind wir so gut aufgestellt, haben unsere Angebote gut positioniert und müssen wir diese nur ein wenig zielgruppengerechter anpassen und optimieren?

## **KONTROVERSE 7: FRAUEN UND HIV**

### **Die paar Frauen sollen sich mal nicht so aufregen!**

**Position 1: Olaf Degen - individuelle Behandlungsstrategien sind ausreichend**

**Position 2: Annette Haberl - intensivere klinische Studien**

Etwa 20 Prozent der in Nordrhein-Westfalen lebenden Menschen mit HIV sind Frauen. Die Lebenswirklichkeit und die damit einhergehenden Bedürfnisse von Frauen mit HIV unterscheiden sich in wesentlichen Aspekten von denen der Männer. Die HIV-Infektion zeigt bei Frauen ein anderes Bild; so treten bei ihnen zum Beispiel im Rahmen der antiretroviralen Therapie andere Nebenwirkungen auf. Schwangerschaft und der Wunsch zu stillen spielen eine besondere Rolle. Darüber hinaus durchleben immer mehr Frauen mit HIV um die 50 den Übergang von der Prä- zur Postmenopause.

Inwieweit die HIV-Infektion und die HIV-Therapie sich auf die hormonellen Veränderungen nicht nur in den Wechseljahren auswirken, wurde bislang nicht ausreichend untersucht. Grundsätzlich können Medikamente das beschriebene Wechselspiel zwischen den Hormonen beeinflussen.

Es gibt Hinweise darauf, dass Frauen mit HIV früher in die Wechseljahre kommen und stärkere menopausale Symptome entwickeln als Frauen ohne HIV. Da aber vor allem Faktoren wie Rauchen, Drogenkonsum, geschwächtes Immunsystem, negative Erlebnisse und Depressionen Gründe für einen früheren Beginn der Wechseljahre sein können, sind einige Mediziner\*innen der Ansicht, es reiche, auf diese Faktoren bei HIV-infizierten Frauen individuell einzugehen.

Da über den Zusammenhang von Hormonstörungen, Wechseljahresbeschwerden und HIV-Infektion zu wenig bekannt ist und im klinischen Alltag HIV-assoziierte Symptome, unerwünschte Wirkungen der antiretroviralen Therapie, Komorbiditäten und Beschwerden im Rahmen der menopausalen Hormonumstellung nur schwierig voneinander zu trennen sind, stellt dies alles betroffene Frauen sowie ihre Ärzt\*innen vor besondere Herausforderungen. Daher fordern nicht wenige Mediziner\*innen intensivere klinische Studien zu HIV in der Menopause wie zum Altern mit HIV insgesamt.