



# DAIG

## Deutsche AIDS-Gesellschaft e.V.

Vorsitzender  
**Prof. Jürgen Rockstroh**, Bonn  
Wissenschaftliches Sekretariat  
**Prof. Hans-Jürgen Stellbrink**, Hamburg  
Schriftführerin  
**Dr. Annette Haberl**, Frankfurt  
Schatzmeister  
**Dr. Stefan Esser**, Essen  
Sekretariat für Öffentlichkeitsarbeit  
**Prof. Georg Behrens**, Hannover

Oktober 2010

## I. Zwei Jahre Diskussionen über das EKAF Statement: Eine Bilanz und Einschätzung der DAIG.

### 1. Hintergrund

Auf der Homepage *Ondamaris* wurde im August 2010 von Herrn Würdemann ein Internetbeitrag veröffentlicht, der der Deutschen AIDS-Gesellschaft (DAIG) und der Deutschen Arbeitsgemeinschaft niedergelassener Ärzte in der Versorgung HIV-Infizierter (DAGNÄ) eine Mitverantwortung an einer Rechtsunsicherheit von HIV-Infizierten vor deutschen Gerichten zuschreibt („Freispruch oder Verurteilung – und das Schweigen der Fachgesellschaften“) <sup>1</sup>. Es wird in dem Beitrag postuliert, dass eine gemeinsame Stellungnahme der beiden Mitgliederverbände eine Rechtssicherheit für Urteile im Rahmen von Prozessen zur schuldhaften HIV-Infektion herbeiführen könne.

Hintergrund der Diskussion ist die Frage der Infektiosität von HIV-infizierten Patienten unter antiretroviraler Therapie und der Gebrauch von Kondomen zur Verhinderung der Übertragung der Infektion. Als prominente Publikation wird in diesem Zusammenhang das Statement der Eidgenössischen Kommission für Aids-Fragen (EKAF) der Schweiz aus dem Jahr 2008 <sup>2</sup> angeführt, dass nach Meinung des Autors eine größere Beachtung in der Beurteilung der Frage der Infektiosität von HIV-Infizierten verdient und auch von deutschen Gerichten mehr gewürdigt werden sollte. Die Debatte wird zusätzlich durch die kürzliche Berichterstattung und richterliche Urteilsfindung nach der Verhandlung über die Sängerin Nadja Benaissa in Darmstadt angekurbelt.

Wir möchten in diesem Beitrag die Gelegenheit nutzen, im o.g. Kontext eine detaillierte Bewertung des EKAF-Statements vorzunehmen. Zunächst möchte die DAIG aber direkt zum Internetbeitrag von *Ondamaris* Stellung beziehen.

---

<sup>1</sup> <http://www.ondamaris.de/?p=21109> (Zugriff 23.09.2010)

<sup>2</sup> [www.saez.ch/pdf\\_d/2008/2008-05/2008-05-089.PDF](http://www.saez.ch/pdf_d/2008/2008-05/2008-05-089.PDF)

## 2. Zum *Ondamaris* Beitrag

Zu Beginn einige Informationen zu den Hintergründen der hier angesprochenen Mitgliederorganisationen. Die Deutsche AIDS-Gesellschaft (DAIG) e.V. ist eine wissenschaftliche Fachgesellschaft. Sie fördert u.a. in ihren Sektionen den wissenschaftlichen Austausch und engagiert sich in Projekten für die Therapieverbesserung und Erforschung sowie Prävention der HIV-Infektion. Handlungsleitend für die DAIG sind die effektive Vermeidung von Neuinfektionen und die längstmögliche Lebensdauer bei höchstmöglicher Lebensqualität für die Menschen, die mit HIV und AIDS leben. Die DAIG verfasst u.a. die nationalen Therapieleitlinien zur Behandlung der HIV-Infektion.<sup>3</sup>

Die Deutsche Arbeitsgemeinschaft niedergelassener Ärzte in der Versorgung HIV-Infizierter (DAGNÄ) e.V. ist ein gemeinnütziger Verein, der bundesweit alle niedergelassenen HIV-Therapeuten und ihre Patienten umfassend in allen Stadien der Erkrankung unterstützt.<sup>4</sup>

Beide Organisationen pflegen Kooperationen und regelmäßige Kontakte. Diese Zusammenarbeit ist sinnvoll, da DAIG und DGNÄ ein unterschiedliches Mitgliederspektrum und differierende Aufgaben und Zielsetzungen haben. Vor dem Hintergrund der vom Autor aufgeworfenen komplexen Fragestellung überrascht es, dass eine einhellige Meinungsäußerung beider Organisationen zu erwarten wäre bzw. diese von zeitlichen Gesichtspunkten abhängig ist. Wir möchten betonen, dass eine gemeinsame Haltung oder Erklärung keineswegs das Ziel oder Ausdruck einer erfolgreichen Zusammenarbeit der DAIG oder DAGNÄ sein muss.

Die DAIG ist sich ihrer möglichen Rolle und Bedeutung in der Hilfestellung für Gerichte und Gerichtsgutachter bewusst. Insbesondere bei fachlichen Fragen, wie der Infektiosität unter antiretroviraler Behandlung und den daraus folgenden Verhaltensempfehlungen, steht die DAIG zur Verfügung. Darüber hinaus teilen wir die Einschätzung des Bundesministeriums für Gesundheit in der Antwort an einen Internet-Blogger, dass „bei verallgemeinerungsfähigen Fragestellungen sich Veröffentlichungen von juristischen Fachkreisen und insbesondere die Rechtsprechung der Obergerichte und des Bundesgerichtshofs vereinheitlichend auf die Rechtsprechung auswirken.“<sup>5</sup> In Bezug auf die o.g. Problematik zählen aber weder die DAIG noch die DAGNÄ zu „juristischen Fachkreisen“, noch ist für uns erkennbar, dass zwangsläufig „verallgemeinerungsfähige Interpretationen“ zu erwarten sind. Im Übrigen teilen wir in dieser Hinsicht die Meinung der Bundesregierung, die sie am 17.09.2010 als Antwort auf die kleine Anfrage der Fraktion DIE LINKE geäußert hat. Die Bundesregierung stellt klar, dass eine pauschale Beantwortung, ob eine potentielle Strafbarkeit nach § 224 des Strafgesetzbuches (StGB) auch bei HIV-infizierten und unter Therapie stehenden Menschen mit einem negativen oder Serostatus in Betracht kommt, nicht möglich ist.<sup>6</sup>

Zur Häufigkeit der Relevanz der Frage vor deutschen Gerichten, ob der HIV-Positive infektiös war, oder aufgrund erfolgreicher Therapie ein reales Infektionsrisiko kaum gegeben war, können wir, im Gegensatz zum Autor des *Ondamaris*-Beitrags, der diese mit „immer wieder“ beurteilt, keine verlässliche Einschätzung geben. Leider sind uns keine zuverlässigen uns systematischen Zusammenfassungen oder Auflistungen entsprechender Gerichtsverfahren und -entscheide zugänglich.

---

<sup>3</sup> [www.daig.net](http://www.daig.net)

<sup>4</sup> [www.dagnae.de](http://www.dagnae.de)

<sup>5</sup> <http://diego62.blog.de/2010/08/13/antwort-bundesministerium-gesundheit-9177303/>

<sup>6</sup> Deutscher Bundestag, 17. Wahlperiode, Drucksache 17/2968, Seite 3. Verfügbar unter <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/17/029/1702968.pdf> (Zugriff am 04.10.2010)

Eine weitere Passage des Internetbeitrags bedarf einer detaillierten Betrachtung:

„Das Statement der EKAF Eidgenössischen Kommission für AIDS-Fragen (keine Infektiosität bei erfolgreicher HIV-Therapie ohne andere STDs) hat nach seinem Erscheinen im Januar 2008 (!) bei HIV-Positiven, in Aidshilfen sowie in medizinischen Fachkreisen zu teils aufgeregten Diskussionen geführt. Diese Aufregung hat sich inzwischen gelegt, was einst umstritten war, ist längst weitgehend einhellige Meinung. Nationale und Internationale Organisationen wie UNAIDS und UNDP unterstützen EKAF-Statement und Viruslast-Methode.“

Der Autor unterstellt, dass UNAIDS (Joint United Nations Programme on HIV/AIDS) und UNDP (United Nations Developing Programme) die Aussagen und Schlussfolgerungen des EKAF-Statements unterstützten. Diese Einschätzung wurde offenbar direkt von einer englischsprachigen Internetseite übernommen<sup>7</sup>, die eine ähnliche Aussage propagiert und sich auf eine Stellungnahme der UNAIDS bezieht<sup>8</sup>. In dieser Stellungnahme der UNAIDS vor dem UN-Menschenrechttrat (Human Rights Council) geht es vor allem um die Kriminalisierung von HIV-infizierten Menschen bei privatem einvernehmlichen sexuellen Begegnungen und die Folgen für die Prävention und den Zugang zur HIV-Therapie, die daraus erwachsen. In einem Satz weist die UNAIDS darauf hin, dass die Therapie der HIV-Infektion über eine Reduktion der Viruslast sowohl auf Populationsebene, als auch in der individuellen Situation zu einer Reduktion der HIV-Transmission führt. In diesem spezifischen Zusammenhang führt das Dokument einen Hinweis in einer Fußnote an, der die zentralen Aussagen des EKAF-Statements wieder gibt. In keiner Weise nimmt die UNAIDS in diesem Dokument zu Fragen des Gebrauchs oder Nichtgebrauchs von Kondomen Stellung, bezieht eine Position zur rechtlichen Einschätzung einer HIV-Transmission durch den Verzicht oder Gebrauch von Präventionsmaßnahmen (z.B. erfordert die antiretrovirale Therapie „safer sex“ Maßnahmen oder nicht?) oder resultierende Gerichtsentscheidungen. Außer dem Verweis auf das EKAF-Statement als Hinweis für die allgemeine Reduktion der HIV-Transmission durch antiretrovirale Therapie können wir keine weitergehende Bezugnahme oder gar Zustimmung der UNAIDS in diesem Dokument erkennen. Wir müssen also der Interpretation der Autors, die UNAIDS unterstütze das EKAF-Statement widersprechen und verweisen auf das noch immer gültige und zugängliche Statement der UNAIDS und WHO zur Publikation der EKAF<sup>9</sup>. Auch ein seit Kurzem bei der WHO verfügbarer internetbasierter Fragen-Antwort-Beitrag empfiehlt HIV-infizierten Menschen unter HIV-Therapie u.a. den Kondomgebrauch<sup>10</sup>. Im Übrigen stimmen wir den Aussagen der UNAIDS zu, dass die HIV-Therapie prinzipiell die HIV-Übertragung reduziert und sind der festen Überzeugung, dass es keinen Sinn macht, der Herausforderung der HIV-Epidemie mit strafrechtlichen Mitteln zu begegnen<sup>11</sup>. Diese Einschätzung, zusammen mit der Würdigung von gemeinsam verantwortungsbewusst handelnden Sexualpartnern und der Empfehlung zum Gebrauch von

---

<sup>7</sup> <http://criminalhivtransmission.blogspot.com/2010/06/unaidkundp-supports-swiss-statement.html>

<sup>8</sup> Statement by the Secretariat of the Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS) and the United Nations Development Programme (UNDP) 14th Session the Human Rights Council Agenda Item 3: Promotion and protection of all human rights, civil, political, economic, social and cultural rights, including the right to development. 7 June 2010, Geneva

<sup>9</sup> <http://www.aidsmap.com/page/1322922/>

<sup>10</sup> <http://www.cdc.gov/hiv/topics/treatment/resources/qa/art.htm>

<sup>11</sup> UNAIDS/UNDP Policy Brief, Criminalization of HIV transmission. Zugänglich unter [http://data.unaids.org/pub/Manual/2008/JC1601\\_policy\\_brief\\_criminalization\\_long\\_en.pdf](http://data.unaids.org/pub/Manual/2008/JC1601_policy_brief_criminalization_long_en.pdf)

Kondomen trotz HIV-Therapie, haben wir aus gutem Grund schon vor zwei Jahren dezidiert geäußert (vgl. Pressemeldung der DAIG vom April 2008<sup>12</sup>).

Überdies teilen wir nicht die Ansicht des Autors, „dass, was einst umstritten war, nun weitgehend einhellig Meinung ist“. Uns sind z.B. keine Publikationen von nationalen oder internationalen wissenschaftlichen Fachgesellschaften bekannt geworden, die sich die Interpretation des EKA-Statements einer fehlenden Infektiosität von HIV-Infizierten Menschen unter Therapie und vor allem die im Statement geforderten Konsequenzen in der Rechtsprechung zu Eigen gemacht haben.

Der Autor des Internetbeitrags konstatiert in seinen weiteren Ausführungen, Zitaten und Verweisen auf Internetforen, dass HIV-Infizierte vor deutschen Gerichten „der Willkür“ oder „dem Gutdünken und Wissensstand der Gutachter“ ausgeliefert sind.

Gutachter unterstützen das Gericht in einer unabhängigen Meinungsbildung und werden in der Regel als Sachverständige zu Rate gezogen. Ihnen kommt die Aufgabe zu, den wissenschaftlichen Kenntnisstand zu einer Problematik darzulegen und als qualifizierte und unabhängige Ratgeber die für die Beurteilung eines Streitfalles relevanten Fachkenntnisse zur Verfügung zu stellen. Die Gewähr für Unparteilichkeit und Unabhängigkeit bei der Erstattung von Gutachten ist eines der wichtigsten Kriterien zur Auswahl von Sachverständigen. Die ordnungsgemäße Gutachtenerstattung setzt voraus, dass der Sachverständige stets die neuesten wissenschaftlichen und technischen Erkenntnisse auf seinem Fachgebiet berücksichtigt. Der Bundesgerichtshofs (BGH) ist der Ansicht, dass Leitlinien von Fachgesellschaften kein Sachverständigengutachten ersetzen können oder diese unbesehen als Maßstab für den Standard übernommen werden können<sup>13</sup>.

Gutachter sind immer aufgefordert, das Gericht durch eine unabhängige und begründete Einschätzung in seiner Entscheidungsfindung zu unterstützen. Unter dem Blickwinkel, dass „Willkür“ ursprünglich wertneutral die „Entscheidungsfreiheit“ bezeichnet, könnte man dieser zutreffenden Beschreibung der Qualifikation eines Gutachters durch den *Ondamaris*-Autor sicherlich zustimmen.

Herr Würdemann hat aber vermutlich eine andere Begriffsdefinition und Intention im Sinn. „Willkür“ bezeichnet nach der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts auch eine „Rechtsanwendung, insbesondere eine gerichtliche Entscheidung, die nicht nur fehlerhaft, sondern unter keinem denkbaren Aspekt mehr rechtlich vertretbar ist und sich daher der Schluss aufdrängt, dass die Entscheidung auf sachfremden Erwägungen beruht.“<sup>14</sup> In Anbetracht dieser Definition sind uns jedoch keine Gerichtsentscheidungen bekannt, die auf einer „sachfremden Erwägung“ eines Gutachters basieren und zu einer Verurteilung von HIV-infizierten Menschen im Zusammenhang mit einer HIV-Übertragung geführt haben.

Zum Thema „Rechtssicherheit“ möchten wir auf die nach unserer Kenntnis noch immer gültige Rechtsprechung des BGHs erinnern. Diese Entscheidung bietet vor allem Menschen, die von ihrer HIV-Infektion wissen, durch den Gebrauch von Kondomen weitgehende Rechtssicherheit: „Urteile des BGH als oberstem Gericht gelten grundsätzlich als richtungweisend für die Urteile anderer, niederer Gerichte. [...] Spätestens seit dem Urteil

---

<sup>12</sup> <http://www.daignet.de/site-content/news-und-presse/pressemeldungen/aktuelle-pressemeldungen/stellungnahme-der-deutschen-aids-gesellschaft-zur-frage-der-infektiositaet-von-patienten-unter-hivtherapie>

<sup>13</sup> BGH VI ZR 57/07; Kuwatsch S. Haftungsrechtliche Bedeutung von Leitlinien ärztlicher Fachgesellschaften. *Anästhesist* 2008; 57:1103-1104. Haftungsrechtliche Bedeutung von Leitlinien ärztlicher Fachgesellschaften

<sup>14</sup> [http://de.wikipedia.org/wiki/Willk%C3%BCr\\_\(Recht\)](http://de.wikipedia.org/wiki/Willk%C3%BCr_(Recht)) (Zugriff 19.09.2010)

des BGH vom 04. November 1988 steht fest: Ein HIV-Infizierter, der in Kenntnis seiner Ansteckung mit einem anderen ohne Schutzmittel Sexualverkehr ausübt, kann sich wegen gefährlicher Körperverletzung strafbar machen. Ist eine Übertragung des Aidsregers nicht feststellbar oder nachweisbar, kommt Strafbarkeit wegen Versuchs in Betracht (BGHSt 36, S. 1 (1)).<sup>15</sup> [...] Dabei soll schon jeder potenziell gefährliche Sexualkontakt für die Begründung der Strafbarkeit ausreichen, obwohl noch keine wissenschaftliche Klarheit über die genauen physiologischen Übertragungsmechanismen für das HIV bestehe sowie darüber, wie hoch die Ansteckungswahrscheinlichkeit bei einmaligem ungeschützten Sexualverkehr mit einem infizierten Partner statistisch zu veranschlagen sei. Es sei nämlich gesichert, dass jeder ungeschützte - orale, anale oder vaginale - Sexualverkehr zur Ansteckung des Partners zumindest geeignet ist (BGHSt 36, S. 1 (8)). Dies reicht nach Ansicht des BGH für den objektiven Tatbestand des § 223 I StGB aus.“<sup>16</sup>

Grundsätzlich ist anzumerken, dass ärztliches Handeln vorrangig auf die Erhöhung von Lebenserwartung und Lebensqualität von HIV-Infizierten zielt. Daher soll die Aufklärung über Infektionsrisiken für Sexualpartner durch realistische Wahrnehmung der Risiken dem Patienten Ängste nehmen und einen unbefangeneren Umgang mit Sexualität ermöglichen. Der ärztlichen Aufgabe im Behandlungsverhältnis steht in dieser Frage die Rechtsprechung gegenüber, die unabhängig von therapeutischen und psychologischen Aspekten beim Betroffenen Übergriffe auf Leben und Gesundheit Dritter ahnden und durch Strafandrohung möglichst verhindern soll. Wo keine über das allgemeine Lebensrisiko hinausgehenden Risiken bestehen, ist es dabei unproblematisch, wenn Patienten ihr Grundrecht auf informationelle Selbstbestimmung ausüben, z.B. indem sie Arbeitskollegen oder Familie nicht über ihre Infektion informieren. Besteht jedoch ein darüber hinausgehendes Risiko, so stellen Gesundheit und Leben Dritter das höhere Gut dar. Ist der vom Risiko Betroffene ausreichend über das Risiko informiert (es reicht hier keine allgemeine Information), so kann er selbst entscheiden, ob er es in Kauf nimmt. Diese Entscheidung kann niemand für jemand anderen treffen. Die rechtliche Bewertung der Risikokonstellation wird dabei immer im Einzelfall erfolgen.

Diese Einzelfallbewertung durch Gerichte wird immer wieder zu Diskussionen führen, zumal juristische und nicht allein wissenschaftliche Aspekte in eine Urteilsfindung einfließen und der Öffentlichkeit häufig nicht alle Aspekte des Falles bekannt sind. Wir möchten an dieser Stelle auf das Urteil des Amtsgerichts Nürtingen v. 10.03.2008 (13 LS 26 Js 97756/07) hinweisen, das einen Angeklagten freigesprochen hat, der sich in einer antiretroviralen Therapie befand und in Kenntnis seiner Infektion und trotz der Aufforderung seiner Ärzte, ein Kondom zu benutzen, mit wechselnden Sexualpartnern mindestens 192 mal ungeschützten Geschlechtsverkehr ausübte. Der Angeklagte habe nach sachverständiger Begutachtung eine Virenlast von Null aufgewiesen, sei nach medizinischem Ermessen damit nicht ansteckend und habe auch tatsächlich niemanden infiziert. Deshalb sei sein ungeschützter Geschlechtsverkehr als strafloser untauglicher Versuch zu bewerten.

In einem juristischen Kommentar von Herrn RA Dr. Jörg Teumer heißt es hierzu: „Das Gericht übersah dabei grob rechtsfehlerhaft, dass auch der untaugliche Versuch genauso strafbewährt ist wie der taugliche Versuch und ein nach deutschem Recht strafloses Wahndelikt offensichtlich nicht vorlag. Zudem gehen Mediziner und Virologen bislang nicht einhellig davon aus, dass eine Ansteckungsgefahr selbst bei konsequenter Einnahme

<sup>15</sup> BGHSt steht für „Entscheidungen des Bundesgerichtshofs in Strafsachen“, Anmerkung der Autoren

<sup>16</sup> Strafbarkeit eines HIV-Infizierten nach ungeschützten Sexualkontakten. Kommentar von RA Dr. Jesko Baumhöfener, siehe <http://www.123recht.net/article.asp?a=41415&ccheck=1> (Zugriff 19.09.2010)

virensenkender Medikamente auch im heterosexuellen Geschlechtsverkehr zu 100 Prozent ausgeschlossen ist. [...] und es wäre unverantwortlich, wenn ein HIV-Infizierter bei kondomloser Ausübung des Geschlechtsverkehrs auf nicht gesicherte Untersuchungsergebnisse vertrauen würde.“<sup>17</sup> Der Autor führt an einer anderen Stelle ausführlich aus, warum er die Gerichtsentscheidung für falsch hält.<sup>18</sup>

*Risikoeinschätzungen* zur sexuellen HIV-Übertragung können und müssen unserer Ansicht nach von objektiven Gesichtspunkten (z.B. besten klinischen und experimentellen Studienergebnissen) ausgehen und sachlichen Kalkulationen sowie rationalen Algorithmen folgen. Die resultierenden Ergebnisse müssen adäquat in einem nachvollziehbaren Kontext sexueller Begegnungen abgebildet werden, wobei Medizinern und anderen in der Beratung und HIV-Prävention tätigen Menschen wichtige Aufgaben zukommen. Die Information und Beratung soll allen Sexualpartnern ermöglichen, zu einer fundierten gleichberechtigten Einschätzung zu kommen und autonom über Schutzmaßnahmen für sich und andere entscheiden können.

Das *Risikoempfinden* von Menschen ist von individuellen (subjektiven) und situativen Gegebenheiten abhängig. Entscheidungen aufgrund individuellen Risikoempfindens gehören in den Bereich der Selbstbestimmung, können aber nicht die Entscheidungshoheit anderer berühren oder einschränken. Eine Person kann also ihr Risikoempfinden und das daraus resultierende Verhalten mit den möglichen Konsequenzen verantwortlich nur auf sich beziehen und nicht von anderen einfordern. Auch das antizipierte Risikoempfinden oder eine mutmaßliche Einwilligung von z.B. Sexualpartnern birgt immer die Gefahr von Missverständnissen und Konflikten.

*Risikoempfinden* wird nicht zuletzt von der emotionalen Assoziation zum erwarteten Ereignis beeinflusst. Empirische oder mathematische Erwägungen und Sachargumente verlieren zwar nicht ihre Validität, treten dann aber oft in den Hintergrund. Eine unkritische Vermengung dieser Bereiche in der Frage der HIV-Infektiosität in den facettenreichen Situationen sexueller Begegnungen, wenn auch in der Absicht, für komplexe Zusammenhänge einfache Botschaften zu finden, droht immer, zu missverständlichen Schlussfolgerungen zu führen. Im schlimmsten Fall resultiert es in Verhaltensweisen mit unumkehrbaren Konsequenzen, trotz vielleicht wohlmeinender Intention.

*Risikoempfinden* ist häufig irrational, individuell verschieden und vom erwarteten positiven oder negativen Ereignis abhängig. Die Aussage: „Menschen, die jede Woche Lotto spielen, dürfen sich sicher sein, nicht zu gewinnen“, würde vermutlich weder den aktiven Lottospielern das Spiel vermiesen, noch die, die sich gegen das Lottospielen entschieden haben, in ihrer Entscheidung bestärken. Die meisten Lottospieler erwarten zu verlieren, setzen aber dennoch Geld und Hoffnung darauf, dass sie sich irren und das Unwahrscheinliche für sie Realität wird. Vermutlich sind sich nur wenige Lottospieler ihrer tatsächlichen mathematischen Gewinnchance bewusst<sup>19</sup>. Dennoch beobachtet man eine konstante Beteiligung am Lottospiel, ja sogar eine wachsende, sobald der Jackpot steigt.

---

<sup>17</sup> Kapitel 2: Aids und Strafrecht (Stand: 15.04.2009) von RA Dr. Jörg Teumer zugänglich unter [http://dresden.aidshilfe.de/projekte/aids\\_recht/Aids\\_und\\_Strafrecht.pdf](http://dresden.aidshilfe.de/projekte/aids_recht/Aids_und_Strafrecht.pdf) (Zugriff am 23.09.2010)

<sup>18</sup> Jörg Teumer: Neues zum Thema Aids und Strafrecht. MedR (2010) 28: 11–17

<sup>19</sup> Die Gewinnchance für „6 Richtige und Superzahl“ im Deutschen Lotto beträgt 1:139.838.160 (0,00000072%); die Chance für „6 Richtige (ohne Superzahl)“ 1:15.537.573 (0,0000064%). Diese Chancen sind weit unterhalb der Kalkulationen für eine sexuelle HIV-Übertragung, mit und ohne HIV-Therapie.

## II. Einschätzung des EKAF-Statements zur Infektiosität von antiretroviral behandelten HIV-Patienten aus Sicht der DAIG

### 1. Hintergrund

Das Statement der Eidgenössischen Kommission für Aids-Fragen (EKAF)<sup>20</sup> aus dem Jahre 2008 hat ein zentrales Credo: Der HIV-infizierte Patient, die HIV-infizierte Patientin ist sexuell nicht infektiös, sofern die folgenden Bedingungen erfüllt sind:

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

Zu dieser Interpretation des EKAF-Statements möchten wir aus zwei Perspektiven Stellung nehmen, da wir diese beiden Aspekte zur Expertise und den Aufgabenbereichen der DAIG zählen.

1. Aktuelle wissenschaftliche Datenlage zur Übertragung von HIV
2. Konsequenzen für die ärztliche Beratung und HIV-Prävention in Deutschland

Zu einer rechtlichen Bewertung dieser Problematik oder einer Einschätzung der künftigen Urteilsfindung deutscher Gerichte sehen wir uns nicht in der Lage. Wir begrüßen selbstverständlich, dass sich juristische Fachkreise mit dieser Herausforderung auseinandersetzen und stehen für eine ergebnisoffene Diskussion zur Verfügung. Zur Orientierung werden wir versuchen, an die aktuellen rechtlichen Rahmenbedingungen und mögliche Bezugspunkte zu verweisen.

### 2. Spezifische Stellungnahme

#### Ad 1: Aktuelle wissenschaftliche Datenlage zur Übertragung von HIV unter antiretroviraler Therapie

Die Wahrscheinlichkeit einer Übertragung von HIV bei Sexualkontakten variiert beträchtlich und ist u.a. von den Sexualpraktiken, dem gleichzeitigen Vorliegen anderer sexuell übertragbarer Erkrankungen, dem Status der HIV-Erkrankung, und der Plasma HIV-RNA Konzentration des infizierten Partners abhängig<sup>21</sup>. Auch für heterosexuelle Kontakte ist eine

---

<sup>20</sup> [www.saez.ch/pdf\\_d/2008/2008-05/2008-05-089.PDF](http://www.saez.ch/pdf_d/2008/2008-05/2008-05-089.PDF)

<sup>21</sup> **Saracco** A, et al. Man-to-woman sexual transmission of HIV: longitudinal study of 343 steady partners of infected men. *J Acquir Immune Defic Syndr* 1993;6:497-502. **De Vincenzi** I for the European Group on Heterosexual Transmission of HIV. A longitudinal study of human immunodeficiency virus transmission by heterosexual partners. *N Engl J Med* 1994;331:341-6. **Padian** NS et al. Heterosexual transmission of human immunodeficiency virus (HIV) in northern California: results from a ten-year study. *Am J Epidemiol* 1997;146:350-7. **Wawer** MJ et al. Rates of HIV-1 transmission per coital act, by stage of HIV-1 infection, in Rakai, Uganda. *J Infect Dis* 2005;191:1403-9. **Gray** RH et al. Probability of HIV-1 transmission per coital act in monogamous, heterosexual, HIV-1-discordant couples in Rakai, Uganda. *Lancet* 2001;357:1149-53. **Powers** KA et al. Rethinking the heterosexual infectivity of HIV-1: a systematic review and metaanalysis. *Lancet Infect Dis* 2008;8:553-63. **Quinn** TC et al. Viral load and heterosexual transmission of human immunodeficiency virus type 1. *N Engl J Med* 2000;342:921-9. **Boily** MC et al. Heterosexual risk of HIV-1 infection per sexual act: systematic review and meta-analysis of observational studies. *Lancet Infect Dis* 2009;9:118-29. **Wang** L et al. Heterosexual risk of HIV-1 infection per sexual act: systematic review and meta-analysis of observational studies. *Lancet*



konkrete Risikoquantifizierung sehr schwer<sup>22</sup>. Der stete und korrekte Gebrauch von Kondomen kann das HIV-Übertragungsrisiko deutlich reduzieren.

Antiretrovirale Kombinationstherapie reduziert die HIV-RNA Menge im Plasma und Genitalsekreten HIV-infizierter Menschen<sup>23</sup>. Einige Studien zeigen jedoch auch, dass trotz einer Plasma HIV-RNA Menge unterhalb der Nachweisgrenze bei bis zu 9% der behandelten HIV-infizierten Männer noch immer HIV-RNA im Sperma nachweisbar ist<sup>24</sup>. Welches Risiko von diesem molekularen Virusnachweis ausgeht, ist nur schwer einzuschätzen. Kommentatoren zu den o.g. Arbeiten plädieren aber trotz HIV-Therapie eindeutig für einen weiteren Kondomgebrauch<sup>25</sup>. Andere Studien schätzen das Risiko als sehr gering ein, zumindest für feste Partnerschaften mit Kinderwunsch<sup>26</sup>, wieder andere Autoren sind in ihren Empfehlungen z.B. zur natürlichen Empfängnis von HIV-diskordanten Paaren sehr zurückhaltend<sup>27</sup> oder bieten in Studien regelhaft zusätzlich eine sog. Präexposition-Prophylaxe (PrEP) für die Frau an<sup>28</sup>, die sowohl das reale (Rest-)Risiko einer HIV-Übertragung, als auch das individuelle Risikoempfinden günstig beeinflussen soll, ohne dass entsprechende Effekte bisher gesichert sind. Einzelfälle bezeugen trotz dieser Daten die stattgefundene sexuelle HIV-Übertragung von einem effektiv behandelten Patienten auf seinen seronegativen Partner<sup>29</sup>.

Verschiedene Studien zeigen, dass der Einsatz der HIV-Therapie mit einer Reduktion der sexuellen HIV-Übertragung assoziiert ist<sup>30</sup>, wahrscheinlich vergleichbar zum Effekt des korrekten Kondomgebrauchs<sup>31</sup>. Viele weitere der relevanten Studien sind im EKAF-

---

Infect Dis 2009;9:118-29. **Pedraza** MA et al. Heterosexual transmission of HIV-1 is associated with high plasma viral load levels and a positive viral isolation in the infected partner. *J Acquir Immune Defic Syndr* 1999;21:120-

<sup>22</sup> **Powers** KA et al. Rethinking the heterosexual infectivity of HIV-1: a systematic review and metaanalysis. *Lancet Infect Dis* 2008;8:553-63.

<sup>23</sup> **Sadiq** ST et al. The effects of antiretroviral therapy on HIV-1 RNA loads in seminal plasma in HIV-positive patients with and without urethritis. *AIDS* 2002;16:219-25. **Vernazza** PL et al. Potent antiretroviral treatment of HIV-infection results in suppression of the seminal shedding of HIV. The Swiss HIV cohort study. *AIDS* 2000;14:117-21.

<sup>24</sup> **Nicopoulos** JD et al. A decade of the sperm-washing programme: where are we now? *Hum Fertil (Camb)*. 2010;13(2):90-7. **Halfon** P et al. Semen may harbor HIV despite effective HAART: another piece in the puzzle. *PLoS One*. 2010;5(5):e10569. **Sheth** PM I. Persistent HIV RNA shedding in semen despite effective antiretroviral therapy. *AIDS*. 2009;23(15):2050-4.

<sup>25</sup> **Ghosh** J, **Chaix** ML. Combined antiretroviral therapy is effective on blood plasma HIV-1-RNA: what about semen HIV-1-RNA levels? *AIDS*. 2010;24(2):309-11.

<sup>26</sup> **Duloust** E et al. No detection of HIV 1-RNA in semen of men on efficient HAART in the past 4 years of a 2002-2009 survey. *AIDS*. 2010;24(10):1595-8.

<sup>27</sup> **van Leeuwen** E et al. Assisted reproductive technologies to establish pregnancies in couples with an HIV-1-infected man. *Neth J Med*. 2009 Sep;67(8):322-7. **Pasquier** C et al. Determining seminal plasma human immunodeficiency virus type 1 load in the context of efficient highly active antiretroviral therapy. *J Clin Microbiol*. 2009 Sep;47(9):2883-7.

<sup>28</sup> **Vernazza** P et al. Pre-exposure prophylaxis and timed intercourse for HIV-discordant couples willing to conceive a child. Fourth IAS Conference on HIV Pathogenesis, Treatment and Prevention, Sydney, abstract MOPDC01, 2007.

<sup>29</sup> **Stürmer** M et al. Is transmission of HIV-1 in non-viraemic serodiscordant couples possible? *Antivir Ther*. 2008;13(5):729-32.

<sup>30</sup> **Gray** RH et al. Probability of HIV-1 transmission per coital act in monogamous, heterosexual, HIV-1-discordant couples in Rakai, Uganda. *Lancet* 2001;357:1149-53. **Quinn** TC et al. Viral load and heterosexual transmission of human immunodeficiency virus type 1. *N Engl J Med* 2000;342:921-9. **Pedraza** MA et al. Heterosexual transmission of HIV-1 is associated with high plasma viral load levels and a positive viral isolation in the infected partner. *J Acquir Immune Defic Syndr* 1999;21:120-5. **Donnell** D et al. Heterosexual HIV-1 transmission after initiation of antiretroviral therapy: a prospective cohort analysis. *Lancet*. 2010;375:2092-8.

<sup>31</sup> **Garnett** GP, **Gazzard** B. Risk of HIV transmission in discordant couples. *Lancet*. 2008;372:270-1.



Statement berücksichtigt. Wir wollen hier nur auf eine Auswahl der seit 2008 hinzugekommene Publikationen hinweisen.

Eine systematische Übersichtsarbeit und Meta-Analyse einer Schweizer Arbeitsgruppe analysierte 11 Kohorten mit 5.021 heterosexuellen Paaren und 461 HIV-Transmissionen<sup>32</sup>. Die Rate an HIV-Übertragungen von allen gegen HIV behandelten Patienten betrug 0,45 [95% Confidence Interval (CI) 0,19-1,09] pro 100 Personenjahre, basierend auf fünf Übertragungen. Die Transmissionsrate aller HIV-infizierten mit einer Viruslast von kleiner 400 Kopien/ml unter HIV-Therapie, basierend auf nur zwei Studien, betrug null mit einer oberen 97,5% Konfidenzintervallgrenze von 1,27 pro 100 Personenjahre und 0,16 (95% CI 0,02-1,13) pro 100 Patientenjahre ohne HIV-Therapie, basierend auf fünf Studien und einer Übertragung. Die Autoren kommen zum Schluss, dass zwar keine HIV-Übertragung bei Paaren beobachtet wurden, wenn der HIV-infizierte Partner unter HIV-Therapie eine Viruslast unter 400 Kopien hatte, aber die Daten mit einer Übertragungen pro 79 Personenjahre vereinbar wären.

In einer großen spanischen Studie<sup>33</sup>, welche in 2010 publiziert wurde, zeigte sich, dass in 341 serodiskordanten festen heterosexuellen Partnerschaften, in denen der HIV-positive Partner nicht behandelt wurde, es nach insgesamt ca. 11.000maligem Geschlechtsverkehr ohne Kondom zu fünf HIV-Serokonversionen kam (0,0004 pro ungeschütztem Geschlechtsverkehr; 95% CI 0,0001 bis 0,0010). In der Studie benutzten 294 Paare bei insgesamt ca. 42.000 Sexualkontakten immer ein Kondom, wobei es zu 136 Risikoexpositionen durch Versagen des Kondomschutzes und einer Serokonversion kam. Das relative Risiko der HIV-Übertragung mit Kondomgebrauch betrug 0,07 bis 0,58. Insgesamt 144 Paare, bei denen der HIV-infizierte Partner eine antiretrovirale Kombinationstherapie einnahm, hatten ca. 7.000 mal ungeschützten Geschlechtsverkehr ohne eine einzige HIV-Übertragung (0 bis 0,0005 pro ungeschützten Geschlechtsverkehr). Die Autoren kommen zu dem Schluss, dass die sexuelle Übertragungswahrscheinlichkeit von HIV von einem antiretroviral behandelten Partner auf seinen heterosexuellen Partner sehr gering ist und dass die Kontrolle von genitalen Infektionen, die Vermeidung von ungeschütztem Geschlechtsverkehr und die leitliniengerechte antiretrovirale Therapie des HIV-infizierten Partners als sich ergänzende Maßnahmen zur HIV-Transmission angesehen werden sollten.

Die Datenlage zu Männern, die Sex mit Männern haben (engl. *Men, who have sex with men, MSM*), und dem Einfluss der HIV-Therapie auf die HIV-Übertragung ist spärlich. Kaum Zweifel besteht daran, dass ungeschützter analer Geschlechtsverkehr ein relativ hohes HIV-Übertragungsrisiko beinhaltet, sowohl für SEM als auch für heterosexuelle Kontakte.

Eine systematische Übersichtsarbeit und Meta-Analyse von 27 Studien aus dem Jahr 2010 bietet nur indirekte, auf mathematischen Modellen basierende Kalkulationen zum Effekt der HIV-Therapie an<sup>34</sup>. Die Autoren betonen, dass solche Schätzungen sehr fehleranfällig und essentiell von den zugrundeliegenden Annahmen abhängig sind, die in ihrer Arbeit auf nur wenigen empirischen Daten beruhten (zwei Studien). In der Diskussion gehen die Autoren detailliert auf diese Punkte ein.

---

<sup>32</sup> **Attia S** et al. Sexual transmission of HIV according to viral load and antiretroviral therapy: systematic review and meta-analysis. *AIDS*. 2009 Jul 17;23(11):1397-404.

<sup>33</sup> **Del Romero J** et al. Combined antiretroviral treatment and heterosexual transmission of HIV-1: cross sectional and prospective cohort study. *BMJ*. 2010;340:c2205.

<sup>34</sup> **Baggaley RF** et al. HIV transmission risk through anal intercourse: systematic review, meta-analysis and implications for HIV prevention. *Int J Epidemiol*. 2010;39:1048-63.

Je nach zugrundeliegender Annahme betrug das vorhergesagte HIV-Transmissionsrisiko pro vaginalem Akt (engl. *vaginal intercourse, VI*) oder ungeschütztem insertivem analen Verkehr (engl. *unprotected insertive anal intercourse, UIAI*) bzw. ungeschützten rezeptivem analen Verkehr (engl. *unprotected receptive anal intercourse, URAI*) mit effektiver HIV-Therapie 0,013 und 0,061%, d.h. 96% niedriger als ohne Therapie. Unter dieser Annahme führen 1.000 ausschließlich vaginale Sexualakte zu einem Partnerschafts-HIV-Risiko von 12,2% (Mann-zu-Frau Übertragung). Dieses Risiko steigt mit der Häufigkeit analen Geschlechtsverkehrs.

Für MSM führen 1.000 sexuelle Akte zu einem Partner-Risiko von 30,9%, wenn beide Partner alternierend URAI und UIAI praktizieren. Aufgrund der Annahmen dieser Modelle sind diese Risiken noch über denen einer anderen Kalkulation australischer Autoren, welche als Antwort auf das EKAF-Statement publiziert wurde<sup>35</sup>. Die Daten der Australiener und der EKAF-Autoren unterscheiden sich vor allem in der Einschätzung der sog. Rakai-Studie<sup>36</sup>, die eine Viruslastmenge von ca. 1.500 Kopien HIV-RNA/ml Plasma suggeriert, unterhalb der es nicht zu einer HIV-Übertragung kommt. Über die Existenz und Relevanz dieser Grenze besteht jedoch Dissens, ebenso über das Verfahren einer Extrapolation des Risikos unterhalb dieses Schwellenwertes<sup>37</sup>.

In einer zweiten Kalkulation mit alternativen Annahmen betrug das kalkulierte Risiko pro VI/UIAI und URAI mit effektiver HIV-Therapie 0,0002 und 0,0011%, d.h. 99,9% niedriger als ohne Therapie. Unter dieser Annahme führen 1.000 Sexualakte zu einem (Mann-zu-Frau Übertragung) Partnerschafts-HIV-Risiko von <0,5%, selbst wenn 20% der Kontakte AI beinhalten. Für MSM wäre das Risiko bei 1.000 Sexualkontakten <1% für URAI und UIAI mit gleicher Frequenz. Wenn jedoch virologisches Versagen mit berücksichtigt wurde, stieg das Risiko pro Partner deutlich an.

Die Autoren schlussfolgern, dass ungeschützter analer Geschlechtsverkehr ein Hoch-Risikoverhalten für die HIV-Übertragung bei variabler Infektiosität ist. Der kalkulierte Einfluss einer HIV-Therapie unterliegt großen Schwankungen, je nach Modellvoraussetzungen und eine Schlussfolgerung für die HIV-Prävention halten sie für nicht angebracht. Für bessere und valide Kalkulationen sind verlässlichere empirische Daten erforderlich, auch wenn diese Daten eine deutliche Reduktion der Infektiosität unter HIV-Therapie suggerieren.

Eine der neuesten Studien zum Einfluss der antiretroviralen Therapie bei MSM auf das HIV-Transmissionsrisiko kommt zu einem eher kritischen Resultat<sup>38</sup>. In dieser longitudinalen Studie mit über 1.400 MSM war unter Berücksichtigung verschiedener Sexualpraktiken bei einer ca. 70%igen Behandlungsrate mit HIV-Medikamenten die Übertragungsrate vergleichbar zu der vor der Einführung von antiretroviralen Kombinationstherapien. Auch wenn vielfältige Gründe hierfür diskutiert werden, belegt diese Studie die Unsicherheit und den Mangel an verlässlichen Daten zum Einfluss und zur „Efficacy“ von antiretroviralen Therapie bei MSM auf die HIV-Transmission<sup>39</sup>.

---

<sup>35</sup> **Wilson** DP et al. Relation between HIV viral load and infectiousness: a model-based analysis. *Lancet*. 2008;372(9635):314-20.

<sup>36</sup> **Quinn** TC et al. Viral load and heterosexual transmission of human immunodeficiency virus type 1. *N Engl J Med* 2000;342:921-9.

<sup>37</sup> **Garnett** GP, **Gazzard** B. Risk of HIV transmission in discordant couples. *Lancet*. 2008;372:270-1.

<sup>38</sup> **Jin** F et al. Per-contact probability of HIV transmission in homosexual men in Sydney in the era of HAART. *AIDS*. 2010;24:907-13.

<sup>39</sup> **Baggaley** RF et al. Infectiousness of HIV-infected homosexual men in the era of highly active antiretroviral therapy. *AIDS*. 2010;24:2418-20.

All diese Publikationen beziffern das Risiko einer sexuellen HIV-Übertragung unter effektiver HIV-Therapie als relativ gering, wobei die Studienlage für heterosexuelle Kontakte nach wie vor besser ist als für MSM. Die Studien berücksichtigen in ihren Kalkulationen aber auch das kumulative Risiko, welches die Autoren als variabel aber durchweg bezifferbar beschreiben. Keiner der Autoren kommt zu der Schlussfolgerung, dass die HIV-Therapie den Verzicht auf Kondome aufgrund einer wahrscheinlich vergleichbaren Reduktion der HIV-Übertragungswahrscheinlichkeit rechtfertigt. Die spanische Arbeitsgruppe betont sogar ausdrücklich die komplementäre Bedeutung von HIV-Therapie und Kondomen. Kommentatoren merken zusätzlich an, dass asymptomatische Geschlechtskrankungen (z.B. Chlamydieninfektionen) das Übertragungsrisiko trotz HIV-Therapie ungünstig beeinflussen könnten<sup>40</sup>.

Das im EKAF-Statement benannte Risiko von ca. 1:100.000 oder weniger pro Kontakt bei effektiver HIV-Therapie aber ohne Kondom erscheint prinzipiell plausibel, auch wenn die Schätzungen auf eher kleinen Studien basieren und kaum Daten zu gleichgeschlechtlichem Sex verfügbar sind. Doch was bedeutet es für die Gesamtheit der Patienten? Wie die o.g. Studien andeuten und die folgenden Rechnungen zeigen, können kleine Einzelrisiken bei häufigem Auftreten rasch zu einem veritablen Risiko werden<sup>41</sup>.

Ein Risiko 1:100.000 bedeutet eine Wahrscheinlichkeit von 99,999%, dass keine Infektion stattfindet. Wenn 100 diskordante Paare über ein Jahr jeweils 100 sexuelle Kontakte haben, beträgt das Risiko mindestens einer Infektion  $1 - (1 - 1/100.000)^{100}$  exponiert mit der Zahl der Kontakte. Die Wahrscheinlichkeit mindestens einer Übertragung liegt entsprechend bei 10%. Berechnet man das Risiko für 10 Jahre, steigt die Wahrscheinlichkeit mindestens einer Infektion sogar auf 63%.

Zur Verdeutlichung ein Vergleich mit dem Unfallrisiko im täglichen Straßenverkehr. Hier gibt es bei 70 Milliarden Jahreskilometern alle 1.400.000 Kilometer eine Verletzung. Bei einem Verletzungsrisiko von 1:140.000 könnte man also (analog der gleichen Logik bei der HIV-Transmission) bei Fahrten bis 10 Kilometer auf den Sicherheitsgurt verzichten. Diese Schlussfolgerung erscheint jedoch wenig sinnvoll.

Ein anderes medizinisches Beispiel. Ein Medikament verursacht bei jeder 100.000ten Anwendung eine schwere Nebenwirkung (z.B. Diabetes mellitus oder Krebs) und das bei möglichen Alternativen. Sicherlich eine Situation, die weder von Zulassungsbehörden, Ärzten oder Patientenorganisationen akzeptiert würde.

## FAZIT

*Unsere Bilanz aus diesen Studien und Abwägungen ist, dass das Risiko für eine sexuelle HIV-Transmission von Menschen unter effektiver HIV-Therapie in Populationsstudien fester Partnerschaften und nach mathematischen Kalkulationen sehr gering ist, kumulativ und im Einzelfall aber bezifferbar und relevant bleibt. Dieses geringe Risiko ist essentiell von einer hohen Therapie-Adhärenz des HIV-Infizierten sowie dem Fehlen anderer sexuell übertragbarer Erkrankungen abhängig, also Bedingungen, die für die Sexualpartner u.U. schwer einzuschätzen sind.*

<sup>40</sup> Garnett GP, Gazzard B. Risk of HIV transmission in discordant couples. Lancet. 2008;372:270-1.

<sup>41</sup> Die Kalkulationen sind einem Beitrag von Prof. Bernd Salzberger in „HIVandMore“ entnommen. Siehe <http://www.hivandmore.de/archiv/2008-1/AktSalzberg.shtml>

## Ad 2: Konsequenzen für die ärztliche Beratung

### ***Sexuelle Begegnungen in festen Partnerschaften:***

Das EKAF-Statement geht von seiner zentralen Hypothese vor allem und wiederholt auf die möglichen Konsequenzen für feste Partnerschaften ein: „Der Entscheid, ob das serodifferente, feste Paar auf weitere Schutzmassnahmen verzichtet, obliegt nach eingehender Information und Beratung dem HIV-negativen Partner.“ An einer anderen Stelle heißt es. „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.“

Zunächst sei hier angemerkt, dass es offen bleibt, wem die „eingehende Information und Beratung“ des HIV-negativen Partners obliegt. Da aber das primäre Ziel des EKAF-Statements 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“, gehen wir davon aus und sind der Meinung, dass den in der HIV-Therapie erfahrenen Ärztinnen und Ärzten hier eine besondere Aufgabe zukommt. Noch wichtiger für die folgende Interpretation der Infektiosität von HIV-infizierten Menschen ist jedoch die Feststellung der EKAF, dass dem HIV-negativen Partner die alleinige Entscheidung über den Verzicht obliegt. Diese Feststellung impliziert zwangsläufig, *dass es eine Entscheidungsnotwendigkeit über das verbliebene Restrisiko einer HIV-Übertragung eines effektiv behandelten HIV-infizierten Menschen gibt.*

### **FAZIT**

Für *feste diskordante Beziehungen* favorisiert die DAIG eine ärztliche Beratung, die dem Paar hilft, zu einer gemeinsamen partnerschaftlichen Entscheidung über Schutzmaßnahmen zur HIV-Übertragung zu gelangen. Die DAIG unterstützt die Einschätzung, dass in festen diskordanten Partnerschaften nach eingehender Information und Beratung dem HIV-negativen Partner letztlich die Entscheidung obliegt, auf weitere Schutzmaßnahmen zu verzichten, wenn

- a) die antiretrovirale Therapie (ART) durch den HIV-infizierten Menschen konsequent eingehalten und durch den behandelnden Arzt regelmäßig kontrolliert wird;
- b) die Viruslast (VL) unter ART seit mindestens sechs Monaten unter der Nachweisgrenze liegt;
- c) keine Infektionen mit anderen sexuell übertragbaren Erregern (STD) bestehen.

Aus dieser Empfehlung der DAIG ergibt sich, dass das Risiko der Übertragung einer HIV-Infektion auch bei konsequenter und effektiver HIV-Therapie nach unserer Meinung nicht vernachlässigbar ist. Zweitens ist damit der Beratungsauftrag und -inhalt für betreuende Ärztinnen und Ärzte für feste diskordante Partnerschaften eindeutig, und wir unterstützen eine abwägende Darstellung der Umstände in allen Fällen, in denen medizinischer Rat hierzu eingeholt wird. Diese Informationen sind speziell hilfreich für Paare mit Kinderwunsch und ergänzen die individuelle Beratung und die Palette der Möglichkeiten für eine erfolgreiche Konzeption. Das Wissen um eine niedrige Übertragungswahrscheinlichkeit baut in Partnerschaften Ängste auf beiden Seiten ab. Darüber hinaus sind diese Informationen relevant für ärztliche Beratungen im Rahmen von „Kondomversagen“ und Postexpositionsprophylaxen.

Eine strafrechtliche Konsequenz ist aus der o.g. Konstellation wahrscheinlich nicht zu erwarten. Dieser Fall würde, wenn überhaupt gerichtlich zu bewerten, nach unserer Erwartung als eigenverantwortliche Selbstgefährdung des seronegativen Partners eingeordnet, da er den Geschlechtsverkehr mit dem Partner freiwillig ausübt und der HIV-infizierte Partner nicht Kraft überlegenen Sachwissens das Risiko besser erfasst, als der sich selbst Gefährdende. Anders verhält es sich nach Einschätzung des BGHs, wenn jemand, dem bekannt ist, dass er HIV-infiziert ist, geschlechtlich mit einem anderen verkehrt, den er über seine Infektiosität und die mit seiner Ansteckung verbundenen Lebensgefahr nicht informiert hat (BGHSt 36, S. 1 (17)).

Für die ärztliche Beratung von festen, serodifferenten Paaren (beide Partner sind anwesend) empfiehlt das EKAF-Papier darüber hinaus folgende Ziele: „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 (in einer festen Beziehung) v.a. wegen der Relevanz von anderen STDs erkennen, dass es Regeln für den Umgang mit sexuellen Kontakten außerhalb der festen Beziehung vereinbaren muss.“

Dem Paar kommen also noch weitere gemeinsame Aufgaben zu: Die ärztliche Beratung soll dem Ziel dienen, dass die gleichberechtigt informierten Beteiligten einer Partnerschaft gegenseitig weitere Regelungen und Übereinkünfte einfordern, die die „praktischen Anwendbarkeit“ des EKAF Credos fördern oder gar ermöglichen soll.

In der Zusammenschau der Stellungnahmen der EKAF zu *festen serodiskordanten Partnerschaften* wird deutlich, dass ein gleicher Informationsstand der Partner über die (diskordante) HIV-Infektion und Übertragungswahrscheinlichkeiten vorausgesetzt und vor diesem Hintergrund *allein dem HIV-negativen Partner* die Entscheidung über das Weglassen von weiteren Maßnahmen zur Minimierung des Infektionsrisikos zugesprochen wird (kein überlegenes Sachwissen). Damit sind nach unserer Auffassung alle Erwartungen und Anforderungen formuliert, die eine fundierte Aufklärung durch Ärztinnen und Ärzte in dieser Situation leisten kann. Die Entscheidung eines aufgeklärten, unabhängigen und selbständigen HIV-negativen Partners über sein Verhalten in intimen sexuellen Beziehungen fällt nicht mehr in den Bereich medizinischer oder ärztlicher Beratung und sollte respektiert werden.

### ***Sexuelle Kontakte außerhalb von festen Beziehungen***

Eine Schwäche des EKAF-Statements ist nach unserer Auffassung die Tatsache, dass es weitaus weniger differenzierte Ausführungen und Empfehlungen für die vielfältigen Konstellationen sexueller Kontakte für HIV-infizierte Menschen ohne feste Partnerschaft bzw. außerhalb von festen Partnerschaften gibt. Dadurch erscheint uns das EKAF-Papier in Bereichen, in denen Prävention und ggf. strafrechtliche Fragestellungen sehr viel größere Bedeutung haben, deutlich undifferenzierter und vielen realen Konstellationen nicht ausreichend gerecht werdend.

Zitat aus dem EKAF-Papier:

#### **„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.“

Der Inhalt und die apodiktische Form dieser Aussage - isoliert betrachtet - ist wissenschaftlich einerseits nicht haltbar, weil das Risiko einer HIV-Übertragung nach internationaler Fachliteratur größer als Null ist und eine HIV-Transmission sehr wohl unter wirksamer HAART beschrieben wurde<sup>42</sup>. Andererseits bleibt unklar, welche Konsequenzen sich für das Verhalten in diskordanten sexuellen Kontakten außerhalb fester Beziehungen aufgrund dieser Stellungnahme ergeben. Die Entscheidung, ggf. auf den Gebrauch von Kondomen zu verzichten, wird in dieser Situation von den Autoren nicht so differenziert abgewogen bzw. eindeutig einer Person zugebilligt, wie noch zuvor dem HIV-negativen Partner in festen Beziehungen. In welcher Form ein gleichberechtigter Informationsstand der Partner erreicht werden kann, wird nicht diskutiert. Diese grundsätzliche Problematik der Kommunikation ist nach unserer Meinung auch weder in publizierten Statements noch in anderen theoretischen Exkursen ausreichend aufzulösen und nur schwerlich Aufgabe ärztlicher Beratung. Deshalb sind diese Defizite im EKAF-Statement zwar verständlich, werfen aber gleichzeitig weitere Fragen und Einwände auf, vor allem in Hinblick auf juristische Entscheidungen. Hier wird das EKAF-Statement seinem Anspruch kaum gerecht.

Das EKAF-Papier macht vor dem Hintergrund dieser Problematik nur folgende Aussage zu sexuellen Kontakten außerhalb von festen Beziehungen: „Außerhalb einer festen Beziehung geht die Selbstschutzpflicht 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 EKAF sieht also in der sexuellen Begegnung außerhalb einer festen Beziehung keinen Entscheidungsspielraum in der Beratung für den HIV-seronegativen Partner: „safer sex“ und damit u.a. der Kondomgebrauch ist immer empfohlen.

Die Schlussfolgerung hieraus ist nach unserer Meinung also, dass bei sexuellen Kontakten mit unklarer oder möglicherweise verleugneter HIV-Infektion eines Partners immer der Kondomgebrauch (v.a. des nicht-infizierten Partners) empfohlen ist. Eine solche Interpretation findet die Unterstützung der DAIG und sollte auch die ärztliche Beratung leiten, wo sie ggf. in Anspruch genommen wird. Auch in Anbetracht steigender Zahlen akuter HCV-Infektionen in der Gruppe der HIV-infizierten MSM<sup>43</sup> würden wir jede andere Empfehlung als nicht sinnvoll betrachten. Insofern ändert das EKAF-Statement ebenso wenig an den „safer sex“-Präventionsempfehlungen in Deutschland wie an denen der Schweiz (Zitat des EKAF-Statements: „Die Aussage «HIV-infizierte Menschen ohne andere STD sind unter wirksamer ART sexuell nicht infektiös» verändert die Präventionsstrategie der Schweiz nicht.“).

Es ist aber nicht ganz schlüssig nachzuvollziehen, warum im EKAF-Papier nur dem HIV-negativen Partner der Gebrauch eines Kondoms zur Verhinderung der HIV-Übertragung empfohlen wird (Pflicht zum *Selbstschutz*). Eine Beratungsaufgabe für Ärzte oder Verhaltensempfehlung an den HIV-infizierten Partner wird nicht definiert oder gar erwähnt.

---

<sup>42</sup> **Stürmer** M et al. Is transmission of HIV-1 in non-viraemic serodiscordant couples possible? *Antivir Ther.* 2008;13(5):729-32.

<sup>43</sup> **van de Laar** TJ et al. Acute hepatitis C in HIV-infected men who have sex with men: an emerging sexually transmitted infection. *AIDS* 2010;24: 1799-1812. **Jones** R et al. Re-emergent hepatitis C viremia after apparent clearance in HIV-positive men who have sex with men: reinfection or late recurrence? *J Acquir Immune Defic Syndr* 2010;53:547-550. **Danta** M et al. Recent epidemic of acute hepatitis C virus in HIV-positive men who have sex with men linked to high-risk sexual behaviours. *AIDS*. 2007;21:983-91.

Eine gleichberechtigte Verantwortlichkeit bei sexuellen Handlungen, wie sie die DAIG favorisiert, würde beiden Partnern die Aufgabe eines (gegenseitigen) Schutzes zuweisen. Kondome sind also auch verantwortlicher *Fremdschutz*. Es ist für die DAIG nur schwer nachvollziehbar, eine Selbstschutzpflicht einzufordern, eine Fremdschutzpflicht jedoch nur der eigenen Interpretation der Umstände zu überlassen bzw. nur aufgrund anderer sexuell übertragbarer Erkrankungen zu empfehlen, wie es das EKAF-Statement nahe legt. In festen Partnerschaften kommt nach der EKAF allein dem HIV-negativen Partner das Recht über die Entscheidung des Weglassens von Kondomen zu, was die Entscheidungsnotwendigkeit über das verbliebene Restrisiko einer HIV-Übertragung trotz effektiver HIV-Behandlung impliziert. In der Gegenüberstellung von festen Partnerschaften und Gelegenheitskontakten wird deutlich, dass das EKAF-Statement dem seronegativen Partner einer festen Beziehung eine deutlich privilegierte Position im Hinblick auf die Möglichkeit des Kondomverzichts zubilligt, als außerhalb fester Beziehungen.

Auch der BGH hat in der Vergangenheit diese Problematik berücksichtigt: „Jedenfalls beginnt, [...], die Strafbarkeit des Täters dort, wo er kraft überlegenen Sachwissens das Risiko besser erfasst als der sich selbst Gefährdende. So verhält es sich aber, wenn jemand, dem bekannt ist, dass er HIV-infiziert ist, geschlechtlich verkehrt mit einem anderen, den er von der Infektiosität und der mit einer Ansteckung verbundenen Lebensgefahr nicht informiert hat.“<sup>44</sup> „Der Verantwortungsbereich des Mitwirkenden ist dann eröffnet, wenn seine Risikokenntnis wie hier über das des an sich eigenverantwortlich handelnden Opfers hinausgeht (überlegenes Wissen).“<sup>45</sup>

Ob die Quantifizierbarkeit des Übertragungsrisikos hierbei eine Rolle spielt, und wie die Benutzung des Kondoms hier ggf. vor Gerichten angesehen wird, können wir nicht abschätzen. Das BGH äußerte in der Vergangenheit, dass „beim Sexualverkehr als wichtigstem Übertragungsweg für AIDS die Ansteckungsgefahr in zumutbarer Weise durch Benutzung von Kondomen wenn auch nicht völlig ausgeschlossen, so doch zumindest abgeschirmt und damit wesentlich verringert werden kann.“ Ob die Zumutbarkeit des Kondomgebrauchs nun von Gerichten anders eingeschätzt wird, ist offen.

Den objektiven Tatbestand des § 223 I StGB (Körperverletzung) als Grunddelikt sieht der BGH in solchen Konstellationen möglicherweise weiterhin als verwirklicht an. In der Vergangenheit hat schon jeder potenziell gefährliche Sexualkontakt für die Begründung der Strafbarkeit ausgereicht, obwohl noch keine wissenschaftliche Klarheit über die genauen physiologischen Übertragungsmechanismen für das HI-Virus bestand sowie darüber, wie hoch die Ansteckungswahrscheinlichkeit bei einmaligem ungeschützten Sexualverkehr mit einem infizierten Partner statistisch zu veranschlagen sei. Es sei nämlich gesichert, dass jeder ungeschützte - orale, anale oder vaginale - Sexualverkehr zur Ansteckung des Partners zumindest geeignet ist<sup>46</sup>. Dies reicht nach Ansicht des BGH für den objektiven Tatbestand des § 223 I StGB aus.

Die besondere Brisanz des EKAF-Statements zu dieser Konstellation wird auch aus einem anderen Blickwinkel deutlich. Die Präventionsempfehlung verlagert sich außerhalb fester Partnerschaften auf den HIV-negativen Partner, der ja im Regelfall nicht von HIV-Spezialisten, an die sich das EKAF-Statement primär richtet, beraten wird. Folglich stellt sich z.B. für den HIV-Behandler die Frage, wie also der HIV-positive Partner im Hinblick auf Prävention

---

<sup>44</sup> BGHSt 36, 1

<sup>45</sup> Roxin, AT I4 § 11 Rn. 113; Wessels/Beulke AT Rn. 187.

<sup>46</sup> BGHSt 36, S. 1 (8)



beraten werden soll, der ja ggf. von HIV-Spezialisten betreut wird? Wenn seinem Partner in nicht-dauerhaften Beziehungen immer der Kondomgebrauch zur Verhinderung der HIV-Übertragung angeraten wird (EKAF-Statement), warum sollte der HIV-positive Partner dann dieser Empfehlung nicht folgen? Einzig schlüssige Konsequenz und Beratung kann nach unserer Auffassung daher nur sein, dass auch er den Gebrauch des Kondoms beim diskordanten Sex favorisieren sollte, und dies nicht allein zur Verhinderung anderer STDs.

## FAZIT

Die DAIG favorisiert in allen Situationen sexueller Begegnungen von HIV-serodiskordanten Partnern außerhalb fester Partnerschaften den Gebrauch von Kondomen, unabhängig vom Behandlungsstatus des HIV-infizierten Partners. Beiden Partnern kommt in diesen Situationen eine gleichberechtigte Verantwortung zu. Kondomgebrauch zu empfehlen sehen wir als ein wirksames Mittel zur HIV-Infektionsprophylaxe in realistischen Situationen, in denen unerkannte Kofaktoren die Reduktion der HIV-Übertragung durch die HIV-Therapie konterkarieren. Die DAIG ermuntert darüber hinaus alle im Bereich der HIV- und STD-Prävention tätigen Menschen und Institutionen, den Gebrauch von Kondomen bei sexuellen Kontakten außerhalb von festen Partnerschaften zur Verhinderung der HIV-Übertragung und Infektionen durch andere sexuell übertragbare Erkrankungen zu empfehlen.

In diskordanten Konstellation außerhalb fester Partnerschaften werden von den EKAF-Autoren keine Aussagen darüber gemacht, ob der HIV-negative Partner über die HIV-Infektion seines Partners informiert werden soll. In diesem Zusammenhang finden wir es bemerkenswert, ja gar befremdlich, dass das EKAF-Papier ausdrücklich die Möglichkeit der falschen Angaben eines HIV-infizierten Partners in Betracht zieht. Mit diesem Hinweis wird der Entscheidungsspielraum des seronegativen Partners in jedem Fall auf Null reduziert.

Solch eine unaufrichtige Konstellation stellt nach Auffassung der DAIG eine unzureichende Grundlage verantwortungsvoller sexueller Begegnungen dar und wird in seinen Konsequenzen ggf. vermehrt zu einseitigen Verantwortungs- und Schuldzuweisungen führen. Welche strafrechtliche Bewertung sich aus sexuellen Begegnungen ohne Kondom ergeben können, in der eine HIV-Infektion unabhängig von einer HIV-Therapie wider dem eigenen Wissens abgestritten wird, können wir an dieser Stelle nicht umfassend beurteilen. Wir sehen hier auch keine Möglichkeit, durch Stellungnahmen von Fachgesellschaften der Rechtsprechung Hilfestellung zu geben.

Im Hinblick auf Konsequenzen für die Rechtsprechung sagt das EKAF-Statement: „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. Im Interesse der Betroffenen werden Ärztinnen und Ärzte diesen (HIV-positiven Patienten) jedoch weiterhin zu Safer Sex bei anonymen und Gelegenheitskontakten raten, um das Risiko von anderen STDs zu senken.“

Aus unseren o.g. Erwägungen wird deutlich, dass die DAIG die kategorische EKAF-Interpretation „nicht infektiös“ in dieser Form nicht unterstützt. Welche strafrechtliche

Einschätzung Gerichte in Einzelfällen treffen, können wir nur unverbindlich kommentieren, da die Übertragungswahrscheinlichkeit auch ohne HIV-Therapie in höchstrichterlichen Entscheidungen bisher nur nachrangige Bedeutung hatte und der Kondomgebrauch nicht aufgrund seines kompletten Schutzes vor HIV, sondern wegen seiner im Vergleich zu Alternativen überlegenen Wirksamkeit und Zumutbarkeit eingefordert wurde. Es ist möglich, dass sich ein potentiell reduziertes Infektionsrisiko durch eine HIV-Therapie in individuellen Fällen auf das Strafmaß auswirkt<sup>47</sup>. Ob es strafabwendend wirkt, muss die Rechtsprechung im Einzelfall entscheiden. Aus vergangenen Prozessen, wie dem Fall der Verurteilung Nadja Benaissa's, wird zumindest deutlich, dass eine Mitverantwortung des seronegativen Partners im Falle der Übertragung von HIV vom Gericht erkannt und als strafmildernd auf die Verurteilung des HIV-positiven Partners ausgelegt wurde.

---

<sup>47</sup> BGH 5 StR 99/07 - 17. April 2007 (LG Cottbus); <http://www.hrr-strafrecht.de/hrr/5/07/5-99-07.php> (Zugriff 23.09.2010)