

HIV-Präventionsbemühungen ungenügend? – Keineswegs!

P. L. Vernazza^a, J. Schüpbach^b, E. Bernasconi^c

Die Autoren der Gruppe AIDS-Aufklärung Schweiz kritisieren in ihrem Artikel die aktuelle Strategie zur Eindämmung der HIV-Epidemie. Sie fordern insbesondere ein aktiveres Vorgehen bei der HIV-Testung und möchten sogar so weit gehen, den HIV-Test unabhängig von Risikoverhalten oder anderen klinischen Hinweisen zum Beispiel auf alle Spitaleintritte auszuweiten.

Die Autoren greifen in ihrem Schreiben die «ideologische Blockierung [...] der EKAF» an und suggerieren eine bewusste Verhinderung einer aktiven HIV-Teststrategie. Der Vorwurf ist fehl am Platz. Viele der in der Schweiz auf dem Gebiet der HIV-Infektion aktiven Ärzte sind seit 15 bis 20 Jahren in diesem Gebiet tätig. Diese Gruppe von Ärzten war sich seit Beginn der Epidemie der eminenten «Public Health»-Aspekte bewusst, und zwar bei der Betreuung eines jeden HIV-infizierten Patienten. Die AIDS-Aufklärung Schweiz verkennt die grossen Anstrengungen dieser aktiven Gruppe von Schweizer Kollegen, die sich seit Beginn der Epidemie für eine aktive Informationspolitik, die Ausbildung zahlreicher Kollegen und die breite, aber korrekte Indikation für den HIV-Test einsetzten.

HIV-Zahlen widerspiegeln nicht Neuinfektionen

Um ihren Forderungen Nachdruck zu verleihen, verwenden die Autoren die Zahlen der neu diagnostizierten HIV-Infektionen. Doch leider verkenne sie wichtige Gründe für die Zunahme der neu gemeldeten HIV-Infektionen und kommen mit dem Zahlenmaterial des BAG zu falschen Interpretationen. Was die Autoren fordern – ein aktiveres Vorgehen bei der Indikationsstellung zum HIV-Test –, ist genau das, was in der Schweiz im Jahr 2000 mit einer neuen Testbroschüre für das Publikum und die Ärzteschaft propagiert wurde und seither praktiziert wird [1]. Beispiele von diesbezüglichen Vorträgen und Ärztefortbildungen finden sich auf www.infekt.ch. Die seither intensivierte Testaktivität, insbesondere nach Risikosituationen, hat zur Folge, dass heute mehr Personen mit einer HIV-Infektion diagnostiziert werden. Die in den letzten Jahren beob-

achtete Zunahme der positiven HIV-Testresultate ist auch von einer Zunahme der durchgeführten Screeningtests begleitet. Dies ist durch die von der Fachkommission Labor und Diagnostik von HIV/AIDS jährlich erhobenen Statistiken aus den regional verteilten acht Bestätigungslaboratorien belegt. Die Zunahme der neu diagnostizierten HIV-Infektionen ist somit mindestens teilweise auch eine Folge der Anstrengungen, infizierte Personen frühzeitig zu identifizieren, und nicht unbedingt ein Zeichen einer schlechten Prävention. Damit wollen wir nicht behaupten, dass der international beobachtete Trend zur Banalisierung von AIDS nicht auch für die Schweiz zutrefte. Doch den Behörden, Kommissionen oder engagierten Schweizer Ärzten die Verantwortung für diese Trends zuzuschreiben, ist eine demagogische Simplifizierung der komplexen Problematik.

«Contact tracing» gefordert

Im o.g. Artikel wird im weiteren ein «contact tracing», die Identifizierung und Testung von Sexualpartnern, gefordert. Einmal mehr zeigen die Autoren eine mangelnde Kenntnis der heutigen Praxis der HIV-Behandlung in der Schweiz. Das «contact tracing» wird seit den 80er Jahren von den Schweizer Behandlungszentren sehr bewusst eingesetzt. Wir versuchen wieder und wieder, Kontaktinformationen zu erhalten und ihnen nachzugehen, und motivieren unsere Patienten zur Information der Sexualpartner. Ein grosser Teil der bekannten Sexualpartner wird auch tatsächlich erreicht; wir stellen aber immer wieder fest, wie schwierig ein «contact tracing» ist, wenn der Infektionszeitpunkt nicht eingegrenzt werden kann.

Nach unserer Erfahrung funktioniert das «contact tracing» dann am besten, wenn eine akute HIV-Infektion vorliegt. Hier ist der Infektionszeitpunkt in der Regel bekannt und eine Quelle für die Infektion meist eruierbar. In diesen Situationen wird das «contact tracing» von den HIV-Behandlungszentren aktiv vorangetrieben, gerade weil damit gerechnet werden muss, dass weitere Personen mit akuter HIV-Infektion

a Präsident Fachkommission Klinik und Therapie HIV/AIDS (FKT), Mitglied Eidgenössische Kommission für AIDS-Fragen (EKAF)

b Präsident Fachkommission Labor und Diagnostik HIV/AIDS (FLD), Mitglied Eidgenössische Kommission für AIDS-Fragen (EKAF)

c Präsident Eidgenössische Kommission für AIDS-Fragen (EKAF), Mitglied Fachkommission Klinik und Therapie HIV/AIDS (FKT)

Korrespondenz:

PD Dr. med. Pietro L. Vernazza
Rorschacher Strasse 95
CH-9007 St. Gallen

E-Mail: pietro.vernazza@kssg.ch

ausfindig gemacht werden können. In diesem Zusammenhang interessant ist auch die Tatsache, dass viele Neuinfektionen in der Schweiz als «Cluster» detektiert werden. Dies zeigt auch, dass das «contact tracing» in dieser Situation offenbar aktiv praktiziert wird. Das Hauptproblem dabei ist, dass viele der Kontaktpersonen nicht auffindbar sind, sei es, dass der Sexualkontakt anonym war oder – besonders häufig – weil er im Ausland stattfand.

Zahlreiche Fehlinformationen

Der vorgenannte Artikel der AIDS-Aufklärung Schweiz ist auch mit einigen nicht referenzierten Behauptungen gespickt, die falsch sind. Das Vermischen von referenzierten Daten mit Fehlinformationen hat demagogischen Charakter.

Die Behauptung, dass die Routinetestung der Schwangeren in Frankreich seit 1993 durchgeführt werde, ist falsch. In Frankreich wird seit 1991 ein HIV-Test bei entsprechender Indikation während der Schwangerschaft empfohlen (wie in der Schweiz auch), doch zu wenig durchgeführt [2]. Insbesondere wurde die Empfehlung der grosszügigen Indikationsstellung ungenügend befolgt. Die routinemässige HIV-Testung von schwangeren Frauen ist eine emotional besonders heikle Angelegenheit. Für die Schweiz können wir annehmen, dass wir mit dieser Massnahme jährlich ein bis zwei Neuinfektionen bei Kindern verhindern, doch müssen wir auch mit etwa 50 initial falsch reaktiven HIV-Tests während der Schwangerschaft rechnen. Die Belastung der Schwangeren durch die in diesen Fällen notwendigen Bestätigungsuntersuchungen, die letztlich zwar ein korrektes Resultat erbringen, war ein wesentlicher Grund gegen die Einführung der Routinetestung in allen Ländern (USA, Europa, Schweiz). Die verbesserten thera-

peutischen Möglichkeiten mit einer Reduktion des Transmissionsrisikos auf unter 1% waren schliesslich ausschlaggebend für die neuen Empfehlungen, welche in allen Ländern mehr oder weniger gleichzeitig erarbeitet wurden.

Ein Beispiel für eine Fehlinterpretation: Die Autoren zitieren eine Arbeit von Feuz und Gebhardt, wonach der Zeitraum (Mittelwert) zwischen HIV-Test und AIDS-Diagnose tendenziell kürzer wird. Bulambo et al. interpretieren diese Daten dahingehend, dass heute eine HIV-Testung zu einem späteren Stadium der Infektion als in früheren Jahren durchgeführt werde. Diese Interpretation vernachlässigt den Effekt der HIV-Therapie vollständig. Als Folge der guten Betreuung und der Therapie werden HIV-positive Menschen heute nicht mehr AIDS-krank. In der AIDS-Statistik werden somit vermehrt Personen erfasst, bei denen die HIV-Infektion erst kürzlich erkannt wurde (BAG: bei 51% im 2003 vs. 32% im 1993 verstrichen weniger als 100 Tage zwischen HIV- und AIDS-Diagnose). In der zitierten Statistik der Latenz zwischen HIV- und AIDS-Diagnose können jedoch nur diejenigen erfasst werden, bei denen eine AIDS-Diagnose gestellt wird.

Die verkürzte Latenz ist somit klar ein Zeichen der effizienten Betreuung von HIV-Infizierten in der Schweiz und ein gutes Zeugnis für die Qualität der HIV-Behandlungszentren. Es ist wohl bezeichnend, vielleicht auch beruhigend, dass sich unter den Autoren der Aids-Aufklärung Schweiz keine HIV-Spezialisten finden.

Literatur

- 1 www.suchtundaids.bag.admin.ch/imperia/md/content/aids/5.pdf.
- 2 Messiah A, Rey D, Obadia Y, Rotily M, Moatti JP. HIV testing, knowledge, attitudes, beliefs, and practices among minorities: pregnant women of North-African origin in south-eastern France. *J Natl Med Assoc* 1998;90:87-92.