

«AIDS-Aufklärung» Schweiz: Alles kalter Kaffee?

Stellungnahme des Bundesamtes für Gesundheit

R. Staub^a

Seit vielen Jahren ist bekannt, dass HIV kein auf Distanz und damit im Wortsinn «ansteckendes», sondern ein sexuell und über Blut *übertragbares* Virus ist. Damit ist in der Regel (und abgesehen von Blut und Blutprodukten) niemand «einfach so» einem Infektionsrisiko ausgesetzt. Deshalb überrascht es, dass im Jahr 2004 in einem Artikel zu HIV dieses Virus mit SARS und Pocken verglichen wird.

Seit ihrer Gründung ist die «AIDS-Aufklärung» Schweiz (AAS) dafür eingestanden, HIV mit den klassischen Mitteln der Seuchenbekämpfung zu bekämpfen*. Die AAS nimmt den Anstieg der neu gemeldeten HIV-Infektionen der Jahre 2001 und 2002 zum Anlass, die These zu vertreten, dass die Mittel der klassischen Seuchenbekämpfung HIV effizienter hätten bekämpfen können als die von praktisch allen westlichen Ländern und auch der Schweiz gewählte Lernstrategie.

Seuchen- versus Lernstrategie: Worum geht es?

Mitte der achtziger Jahre wurde in den meisten westlichen Industrieländern eine gesundheitspolitische Debatte zur Frage nach der *richtigen* Aids-Politik in Fachgremien und teilweise in der Öffentlichkeit ausgetragen. Dabei standen sich einander weitgehend ausschliessende Optionen gegenüber:

«Auf der einen Seite stand die klassische Seuchenstrategie nach dem «old public health»-Paradigma, die individuelle Suchstrategie, im amerikanischen Sprachgebrauch «control and containment». Sie steht unter der Leitfrage: Wie ermitteln wir möglichst schnell möglichst viele Infektionsquellen, und wie legen wir diese still? Ihr gegenüber stand die auf «new public health», also auf moderne gesundheitswissenschaftliche Konzepte gegründete gesellschaftliche Lernstrategie, im amerikanischen Sprachgebrauch «inclusion and cooperation». Sie sucht und realisiert Antworten auf die Frage: Wie organisieren wir möglichst schnell, möglichst bevölkerungs-

weit und möglichst zeitstabil gesellschaftliche Lernprozesse, mit denen sich Individuen, soziale Gruppen, Institutionen und die gesamte Gesellschaft maximal präventiv und ohne Diskriminierung der Betroffenen auf ein Leben mit dem bis auf weiteres unausrottbaren Virus einstellen können?» [1]

Die Auseinandersetzung wurde auch in der Schweiz zugunsten der Lernstrategie entschieden. Das Ergebnis kann im Rückblick als Sieg der gesundheitspolitischen Vernunft bezeichnet werden: Es hat sowohl epidemiologisch als auch bürgerrechtlich zu guten Resultaten geführt. So sind z.B. die Zahlen der neu gemeldeten positiven HIV-Antikörpertests seit 1991 bis zum Jahr 2000 kontinuierlich gesunken. In bezug auf Diskriminierung von betroffenen Gruppen und HIV-infizierten Menschen stellen verschiedene Studien fest, dass in der Schweiz keine Rede sein kann von systematischer oder regelmässiger Diskriminierung von Betroffenen im Zusammenhang mit HIV (so z.B. [2, 3]).

New Public Health: Eine Erfindung von Betroffenengruppen?

Die AAS versucht seit langem zu suggerieren, dass es Betroffenengruppen seien, die die Anwendung der klassischen Seuchenbekämpfungsstrategien verhinderten. Dem ist nicht so: Die unter «New Public Health» subsumierbaren Strategien des Umgangs heutiger Gesellschaften mit Krankheiten wurden in den letzten 25 Jahren von Spezialisten/-innen in öffentlicher Gesundheit mit vorwiegend medizinischem Hintergrund interdisziplinär entwickelt. Das verschweigt die AAS regelmässig.

Hat die Lernstrategie wirklich versagt?

Wer den Wiederanstieg von neu gemeldeten HIV-Infektionen der Jahre 2001 und 2002 als «Beweis» des Versagens von New Public Health

^a MPH, MAE, Leiter der Sektion Aids des Bundesamtes für Gesundheit, Bern

* Zum Verständnis beitragen vermag die Information, dass einige der aktiven Vorstandsmitglieder des Vereins «AIDS-Aufklärung» Schweiz (AAS) zum vor einigen Jahren aufgelösten Verein zur Förderung der psychologischen Menschenkenntnis, kurz VPM, gehörten.

Korrespondenz:
Roger Staub
Bundesamt für Gesundheit BAG
Fachinheit Sucht und Aids
Postfach
CH-3003 Bern

bei HIV anführen will, übersieht, dass erstens die Lernstrategie und die Präservativpromotion erfolgreich waren: So gibt es z. B. keinen Anstieg von HIV bei Heterosexuellen Schweizer Herkunft. Zu Beginn der Epidemie war zu befürchten, dass sich HIV als sexuell übertragbare Infektion unter allen sexuell aktiven und nicht monogam lebenden Menschen ausbreiten könnte. Dies ist dank Verhaltensänderung einer grossen Zahl sexuell aktiver Menschen nicht eingetreten.

Zweitens ist der Wiederanstieg der Neumeldungen von HIV-Infektionen recht einfach erklärbar: Er hat in der Schweiz seit 2001 in zwei Gruppen stattgefunden, nämlich bei homosexuellen Schweizern und bei Migrant*innen. Die Zunahme von HIV bei Menschen aus Ländern mit hoher HIV-Prävalenz spiegelt die Prävalenz in deren Herkunftsländer und stellt nicht ein Versagen der Prävention in der Schweiz dar. Zur Erklärung des Anstiegs von HIV unter Schweizer Homosexuellen genügt es, darauf hinzuweisen, dass die Präventionsanstrengungen seit einigen Jahren unter dem Eindruck der Erfolgsmeldungen vernachlässigt wurden und die hohe Prävalenz von rund 10% in dieser Gruppe und der im Vergleich zum vaginalen Geschlechtsverkehr sehr viel effizientere Übertragungsweg beim Analverkehr schon bei kleinen Veränderungen im Schutzverhalten zu Neuinfektionen führen können.

Ausser acht lassen die Verfechter der Seuchenstrategie auch gerne, dass es in der Geschichte kaum Beweise für die Effizienz der Seuchenstrategie in der Bekämpfung *sexuell übertragbarer* Infektionen und Krankheiten gibt [4]. Insbesondere das vielfach erwähnte Contact Tracing (CT) hat sich als bevölkerungsweite Bekämpfungsmassnahme bei STDs und STIs nicht als wirksam belegen lassen.

Contact Tracing

Wird unter CT ein aktives Vorgehen verstanden, *um Sexualpartner/innen einer (neu) mit HIV infizierten Person zu finden, mit ihr das Gespräch zu suchen, sie zu saftem Verhalten zu veranlassen und allenfalls zu einem Test zu motivieren*, so ist dies im Interesse der öffentlichen Gesundheit und wird vom BAG befürwortet. Klar ist jedoch, dass es als Vorbedingung für ein erfolgreiches CT ein Vertrauensverhältnis zwischen Arzt/Ärztin und Patient/in braucht und dass die beiden miteinander vereinbaren müssen, wer wen kontaktiert und wer wem welche Information weitergibt. CT scheint unter guten Rahmenbedingungen bei

Individuen einen Beitrag an die HIV-Prävention leisten zu können, verlangt aber hohe Kommunikationsfähigkeiten und Vertrauen. Die Wirksamkeit von CT als «obligatorische» Massnahme und Teil der Seuchenbekämpfung konnte bei STIs bisher nie gezeigt werden. Darüber hinaus zeigt die Zunahme von Gonorrhöe und Syphilis der letzten Jahre, dass das CT auch bei wesentlich einfacheren STIs in der ärztlichen Praxis keine genügende Verbreitung hat, um Hoffnungen wecken zu dürfen [5].

Routinetests

Seit Fakten vorliegen, dass die antiretrovirale Behandlung einer schwangeren Frau das Risiko der Infektion des ungeborenen Kindes massiv senkt und adäquate Massnahmen bei der Geburt die HIV-Infektion des Neugeborenen praktisch ausschliessen, ist jeder schwangeren Frau der HIV-Antikörpertest systematisch zu empfehlen. Diese Empfehlung hat die Fachkommission Klinik und Therapie des BAG vor bald einem Jahr abgegeben und im BAG-Bulletin [6] publiziert.

Generelle Routinetests beim Spitaleintritt hingegen haben sich in Studien als ineffiziente Massnahme erwiesen.

Förderung des freiwilligen Tests

Die freiwillige Nachfrage nach dem HIV-Antikörpertest ist in der Schweiz sehr gross. So werden – ausserhalb des Blutspendewesens – pro Jahr über 300 000 HIV-Antikörpertests in Arztpraxen und Labors durchgeführt. Bereits 1994 hatten sich 33% der Bevölkerung [7] mindestens einmal testen lassen, bei den homosexuellen Männern und den Gebraucher/innen von I.-v.-Drogen ist der Anteil noch höher. Aber der Anteil der Testwilligen, die vor und nach dem Test beraten werden, ist tief: so berichten in einer Genfer Studie [8] nur 44% der Befragten, dass sie beim HIV-Antikörpertest eine Beratung durch den behandelnden Arzt erhalten haben. Präventiv wirksam ist nicht der HIV-Antikörpertest an sich, sondern das aufgeklärte Wissen um die Infektion bzw. um das Risikoverhalten und die Motivation, HIV nicht weitergeben zu wollen. Grundlage für Wissen und Motivation ist das Beratungsgespräch. Fazit für das BAG: nicht vermehrte Nachfrage nach Tests macht die HIV-Prävention effizienter, sondern mehr Beratung, vor und nach dem Test.

Die Schweiz ist auf dem rechten Weg!

Die Bundesbehörden sind überzeugt, dass die in der Schweiz gewählte Strategie der Aids-Bekämpfung richtig ist. Das vom Bundesrat am 26. November 2003 beschlossene HIV/Aids-Programm für die nächsten fünf Jahre basiert auf einer Weiterführung der New-Public-Health-Strategie. Auch in den nächsten Jahren werden sich alle sexuell aktiven Menschen ausserhalb einer HIV-freien beidseitig treuen Zweierbeziehung mit Präservativen effizient vor einer HIV-Infektion schützen müssen. Und dies aus zwei Gründen: erstens, weil auch die beste Seuchenbekämpfungsstrategie niemals dafür sorgen könnte, dass alle frischen HIV-Infektionen sofort diagnostiziert werden. Und zweitens, weil die Bildung von HIV-Antikörpern im menschlichen Körper immer noch einige Wochen dauert und erst dann die erfolgte HIV-Infektion mittels moderner HIV-Tests, die sowohl HIV-Antikörper wie auch p24-Antigen gleichzeitig erfassen, diagnostizierbar wird – eine Zeit, in der die betroffene Person das Virus bei unsafem Sex oder unsafem Gebrauch durchaus weitergeben könnte.

Auch wenn kein Zweifel an der Richtigkeit der gewählten Strategie besteht, ist offensichtlich, dass die bisherige Arbeit noch verbesserbar ist, denn die Zahl von Neuinfektionen ist mit rund 800 Fällen pro Jahr immer noch zu hoch! Deshalb setzt sich der Bund im neuen HIV/Aids-Programm 2004–2008 12 Ziele und schreibt Aufgaben und Zuständigkeiten zu.

Das BAG setzt darauf, dass das wiedererwachte Interesse am Thema Aids Ärztinnen und Ärzte zu motivieren vermag, sich die Frage zu stellen, wo sie in ihrer ärztlichen Praxis Veränderungen vornehmen können, um bei Konsultationen Gelegenheiten zum Gespräch über ein eventuelles HIV-Risiko nicht zu verpassen und

bei HIV-Tests systematisch eine Beratung vor und nach dem Test durchzuführen. Jeder Test ohne Beratung ist eine verpasste Präventionschance! Um die Motivation zu fördern, werden wir an dieser Stelle in naher Zukunft das neue HIV/Aids-Programm 2004–2008 [9] vorstellen.**

Literatur

- 1 Rosenbrock R. Aidspolitik, Gesundheitspolitik und Schwulenpolitik. In: Rosenbrock R, Schaeffer D (Hrsg.). Die Normalisierung von Aids. Politik – Prävention – Krankenversorgung, Berlin: edition sigma; 2002. S. 111-27.
- 2 Dubois-Arber F, Haour-Knipe M. Identification des discriminations institutionnelles à l'encontre des personnes vivant avec le VIH en Suisse. Lausanne: IUMSP/UEPP; 1998.
- 3 Pärli K, Müller Kucera K, Spycher S. Aids, Recht und Geld. Eine Untersuchung der rechtlichen und wirtschaftlichen Probleme von Menschen mit HIV/Aids. Zürich: Verlag Rüegger; 2003.
- 4 Brandt A. No Magic Bullet: A Social History of Veneral Disease in the United States Since 1880. New York: Oxford University Press; 1987.
- 5 Sudre P, Hugonnet S, Le Lin B. Epidemiologische Überwachung der Infektionen mit Neisseria gonorrhoeae, Kanton Genf, 2000–2002. Bulletin des Bundesamtes für Gesundheit 2003;48:861-3.
- 6 Fachkommission Klinik und Therapie. HIV-Testung während der Schwangerschaft. Empfehlung. Bulletin des Bundesamtes für Gesundheit 2002;9:152-3.
- 7 Zwahlen M, Neuenschwander Beat E, Jeannin A, Dubois-Arber F, Vlahov D. HIV testing and retesting for men and women in Switzerland. Eur J Epidemiol 2000;16:123-33.
- 8 Häusermann M, Wang J. projet santé gaie. Les premiers résultats de l'enquête sur la santé des hommes gais de Genève. Genève: Dialogai; 2003.
- 9 Bundesamt für Gesundheit. Nationales HIV/Aids-Programm 2004–2008. Bern: Bundesamt für Gesundheit; 2003.

** www.suchtund aids.bag.admin.ch/themen/aids/index.html.