

HIV/AIDS-Prävention in der Schweiz: Bilanz und Ausblick

F. Dubois-Arber, A. Jeannin, B. Spencer, G. Meystre-Agustoni,
M. Haour-Knipe, F. Moreau-Gruet, F. Benninghoff, F. Paccaud

Einleitung

Die ersten landesweiten Aktivitäten der Prävention begannen 1986. Die Kampagne «STOP AIDS» war dabei das führende Programm. Es wird heute in geringerem Umfang weitergeführt und spielt eine Rolle, indem die wichtigsten Präventions-Prinzipien immer wieder öffentlich in Erinnerung gerufen werden. Die Bevölkerung betrachtet dies nach wie vor als nützlich.

Es entstand eine gezielte Prävention, welche bestimmte Gruppen anvisiert, meist mit besonderen Programmen, die von verschiedener Seite gestartet wurden:

- vom Bund (z.B. für Flüchtlinge und Asylsuchende),
- von Nicht-Regierungs-Organisationen (NGO) (bei Homosexuellen, Prostituierten usw.),
- von Kantonen (Spritzenabgabe an Drogen-süchtige, sexuelle Aufklärung).

Eine andere Massnahme eher tiefgreifender Art hat sich – im Rahmen der ärztlichen Individual-Betreuung – mehr und mehr etabliert. Die Ärzte begannen, die AIDS-Prävention in ihren Praxisalltag aufzunehmen.

Seit 1987 wird die Strategie der AIDS-Prävention in der Schweiz ständig überprüft¹. Die wichtigsten Resultate [1, 2] werden im folgenden diskutiert.

Die Ergebnisse nach mehr als 10 Jahren AIDS-Prävention in der Schweiz

Die Zahl der Neuinfektionen sinkt ständig seit 1992; ihre Verteilung in den Bevölkerungsgruppen verändert sich im Sinne einer Zunahme der Übertragung durch heterosexuellen Kontakt.

Ein Präventions-Verhalten findet man in allen untersuchten Bevölkerungsgruppen – Jugendliche, Homosexuelle, Drogenabhängige, Asyl-

suchende usw. Insbesondere lässt sich kein erhebliches Präventions-Manko in grösseren Bevölkerungsgruppen ausmachen. Das Schutzniveau ist hoch. Beispielsweise benutzen 1997 69% der sexuell aktiven Jugendlichen zwischen 17 und 20 Jahren Kondome bei neu begonnenen, stabilen Beziehungen, und 85% bei wechselnden Partnerschaften.

Die wichtigsten Änderungen, die im Laufe der Jahre im Sinne einer Zunahme des Infektionsschutzes festgestellt wurden, gehen nicht mit grösseren Veränderungen im Sexualverhalten einher [3]. Erst in letzter Zeit wird eine Tendenz zum späteren Beginn des Sexuallebens bei Jugendlichen festgestellt. Es zeigt sich auch eine Abnahme in der Zahl der Sexualpartner und auch ein Zögern bei der Aufnahme neuer Beziehungen.

In der Drogenszene hat der erleichterte Zugang zu sterilem Injektionsmaterial einen enormen Rückgang des HIV-Übertragungsrisikos gebracht, ohne Ausweitung des parenteralen Drogengebrauchs, auch nicht im Strafvollzug. Im Jahre 2000 haben über 90% der Drogenabhängigen, welche die Angebote der Spritzenabgabe wahrnehmen, die Aufforderung, keine gebrauchten Injektions-Utensilien weiterzugeben, strikte befolgt [4].

Man beobachtet kaum eine allgemeine Diskriminierung, die speziell gegen AIDS gerichtet wäre, jedoch bleibt eine Haltung der Stigmatisierung durch Einzelpersonen. Es bestehen Probleme bei seropositiven Personen v.a. in Zusammenhang mit Versicherungen und bei der Stellensuche.

Hingegen existieren neue Phänomene, die uns beschäftigen müssen:

- ein gewisser Stillstand im Schutzverhalten der Allgemeinheit – insbesondere der Personen über 35 Jahren. Diese Stagnation spiegelt sich im Verkauf von Kondomen, der seit mehreren Jahren unverändert bleibt.
- eine in den letzten Jahren geringere Abnahme der neu mit HIV infizierten Personen [5].
- eine – allerdings bescheidene aber tatsächliche – Tendenz der homosexuellen Bevölkerung, sich vermehrt einer möglichen Infektion auszusetzen. So haben 1997 13% der Homosexuellen bei Analverkehr mit Gelegenheitspartnern nicht konsequent Kondome benutzt, im Jahre 2000 waren es 19% [6].
- bei der ärztlichen Präventions-Aufklärung (insbesondere für seropositive Personen) ist die Qualität nicht immer optimal. Dasselbe gilt für Konsultationen (von Schwangeren, von test-willigen oder seropositiven Personen usw.) [7]. Die nachhaltig wirkende Rolle, welche die Ärzteschaft im Rahmen ihrer täglichen Konsultationen mit ständiger Wiederholung der Präventions-Prinzi-

¹ Finanziert durch das Bundesamt für Gesundheit und der Kommission zur Überwachung der AIDS-Forschung. Vertrag 316.95.5755 A-B-C.

prien – freiwillig – übernimmt, hängt wesentlich mit ihrer Ausbildung zusammen, ebenso mit dem Ausmass, ihre wichtige Aufgabe in der Bekämpfung der Epidemie zu erkennen.

Die heutigen Anstrengungen für die Prävention

Gewisse Aspekte der allgemeinen Situation sind seit Beginn der Epidemie unverändert geblieben, andere haben gewechselt.

Was sich (noch) nicht geändert hat

HIV/AIDS bleibt ein wichtiger Problemkreis im öffentlichen Gesundheitswesen. Trotz der allmählichen Abnahme der Neuinfizierten [8] kommen immer wieder neue Fälle hinzu (603 im Jahre 1999, 580 im Jahre 2000). Die Zahl der Personen, die mit HIV leben müssen, ist wahrscheinlich im Zunehmen begriffen infolge des Rückganges der AIDS-Todesfälle und aufgrund neuer Therapiemöglichkeiten. Auf lange Sicht wird HIV/AIDS weiterhin einen hohen Preis fordern, sei es in menschlicher oder materieller Hinsicht.

Das Aufkommen hochaktiver antiretroviraler Therapien ändert in keiner Weise den Stellenwert der Prävention. Sie bleibt das einzige Mittel, um gegen die Epidemie wirksam anzukämpfen. Die Frage, auf lange Sicht die Aktivitäten der Prävention aufrecht zu erhalten, bleibt mehr denn je auf der Tagesordnung.

Was im Wandel begriffen ist

Fünf neue Entwicklungen sind bedenkenswert:

1. die zunehmende Komplexität und Diversität, wie die individuelle Prävention zu gestalten ist;
2. die Folgen der neu aufgetretenen, hochaktiven antiretroviralen Behandlungen;
3. der Wandel von AIDS im gesellschaftlichen Aspekt;
4. das komplexe Phänomen der «Normalisierung»;
5. der Fortbestand der Prävention.

Die zunehmende Komplexität und Diversität in der Handhabung der individuellen Prävention. Einer der Erfolge der Prävention liegt in der Tatsache, dass mehrheitlich die Prävention als notwendig erachtet wird, auch für sich selbst. Dennoch beobachtet man eine Tendenz, die Präventions-Prinzipien für sich persönlich zu interpretieren, d.h. seiner eigenen Situation anzupassen. Das Prinzip des «NIE OHNE» wird

von anderen Praktiken verdrängt: Schutz je nach Partner; HIV-Test der Paare, anschliessend Weglassen der Kondome² usw. Diese Praktiken können mit der Zeit wechseln, je nach Lebenslauf oder Dynamik der Partnerschaften. Sie sind dann nicht immer situationsgerecht (Weglassen der Kondome bei Paaren ohne vorangegangenen Test, lediglich durch Abschätzen der vorausgegangenen Risiken), oder werden vollständig ungenügend (z.B. wiederholte Tests bei schutzlosem Verkehr). Der erstgenannten Situation kann eine gewisse Risikoreduktion noch zugestanden werden.

In Anbetracht dieser Situation muss die Prävention ihre Empfehlungen verfeinern und differenzieren, z.B. einen viel sensibleren Zugang zu den verschiedenen Geschlechtern suchen. In diesem Zusammenhang bekommt die individuelle Beratung ein besonderes Gewicht. Beispielsweise wird die Beratung von seropositiven Personen in bezug auf ihr Sexualleben nicht sehr facettenreich gestaltet. Selten geben seropositive Personen an, sie hätten Gelegenheit gehabt, dieses Thema mit Fachpersonen zu besprechen (mit einem Arzt oder anderen Berufspersonen) und noch seltener wird der Sexualpartner in diese Beratung einbezogen. Auch wenn infizierte Personen oft zugeben, grosse Schwierigkeiten bei der Bewältigung ihrer sexuellen Probleme zu haben, so scheinen sie doch wenig geneigt zu sein, ihren Wunsch nach Hilfe und Beratung auszusprechen. Andererseits zeigen gewisse Fachpersonen eine deutliche Zurückhaltung, dieses Thema anzusprechen, und begnügen sich meist mit der Anweisung zum Gebrauch von Schutzmassnahmen. Die ärztliche Beratung beschränkt sich nicht auf Seropositive. Es geht darum, jedem zu helfen, diejenige Form der Prävention zu finden, die seiner Situation gerecht wird und den grössten möglichen Schutz bietet. Dies heisst z.B. Paare zu beraten, die Kondome weglassen möchten, oder Jugendlichen in den ersten Jahren der sexuellen Aktivität Kondome als Konzeptionsschutz zu empfehlen, oder Paare mit unterschiedlichem Serostatus anzuhören und zu informieren. Dies sind Voraussetzungen für eine dauerhafte Prävention, die auch angenommen wird. Die Ärzteschaft spielt hier eine entscheidende Rolle.

Als wenig bekannte Folgen der Prävention tauchen heute Probleme infolge des massiven Gebrauchs von Kondomen auf. Auch wenn die Versagerquote tief ist, so machen doch mehr und mehr Leute Erfahrungen mit «Ausreisser» dieser Schutzmittel (Platzen usw.)³ und müssen die Folgen tragen. Es muss verhindert werden, dass solche Vorkommnisse die Betroffenen entmutigt und sie verleitet, Kondome ganz wegzulassen, obwohl ihre Wirksamkeit bewiesen ist. Antworten auf diese konkreten Probleme müs-

² Im Jahre 1997 hatten über ein Drittel der 17–45jährigen Personen einen HIV-Test. Wenn die Blutspender mitgezählt werden, betrifft dies die Hälfte der Bevölkerung.

³ Im Jahre 1997 hatte eine von drei Personen zwischen 17 und 45 Jahren in den letzten sechs Monaten ein Kondom benutzt. Die Versagerquote war 0,3% infolge Platzens, 0,6% infolge Abgleitens des Kondoms.

sen gefunden werden, und zwar in verschiedenen Bereichen:

- Qualität der Kondome, Vielfalt der erhältlichen Modelle, ihre richtige Anwendung;
- notfallmässige Kontrazeption («Pille danach»);
- post-expositionelle Prophylaxe (PEP) in Situationen mit hohem AIDS-Übertragungsrisiko.

Die Folgen des Aufkommens hochaktiver antiretroviraler Therapien. Die neuen antiretroviralen Behandlungen haben das Gesicht der Krankheit verändert und es könnte sein, dass auch die Ansichten über die Notwendigkeit einer Prävention davon betroffen sind⁴. So haben mehrere Studien gezeigt, dass unter den Leuten, die von den neuen Behandlungsmöglichkeiten gehört haben, nur vage Vorstellungen darüber bestehen, und dass sie sich weniger schützen. Immerhin, wenn sie über sich selbst befragt werden, so geben nur wenige Prozent zu, sich weniger zu schützen als vorher. Dies zeigt die Richtung der Veränderungen im Schutzverhalten, das nach wie vor auf hohem Niveau bleibt. Man muss sich aber doch fragen, ob solche Anzeichen eines Nachlassens im Schutzverhalten nicht der Anfang eines signifikanten Rückganges sind. Diesbezüglich konnte bisher ein markanter Rückgang in der Schweiz (noch?) nicht festgestellt werden. In den USA ist dies jedoch nicht der Fall: z.B. hat in San Francisco das risikoreiche Verhalten der Homosexuellen seit 1994 ständig zugenommen und die Fallzahlen von rektaler Gonorrhoe haben sich verdoppelt [9]. Es könnte auch sein, dass die Dreifachtherapie (und die post-expositionelle Prophylaxe – PEP) mit der Zeit auch den Stellenwert des Bluttests verändert. Wenn die Vorteile einer Soforttherapie für das Überleben gesichert wäre, könnte das HIV-Screening mehr und mehr empfohlen werden – selbstverständlich ohne Obligatorium. Schliesslich ist die post-expositionelle Prophylaxe (PEP) ein zusätzliches – gewiss bescheidenes – Instrument im Kampf gegen die Infektion, insbesondere für Partner von seropositiven Personen und für das Pflegepersonal.

Der Wandel von AIDS im gesellschaftlichen Aspekt. Wie die ungleiche Ausbreitung der Epidemie in der Welt zeigt, ist AIDS eine Krankheit der Armen [7]. In Entwicklungsländern sind die Ärmsten in der Bevölkerung und die sozial Schwächsten am meisten betroffen, wobei die Diskrepanz zunimmt. Dies ist auch bei anderen Infektionen ein bekanntes Phänomen.

In der Schweiz kennt man diese sozialen Unterschiede bei unerwünschten Schwangerschaften von Frauen in Randgruppen oder bei Asylsuchenden. Auch beim Alkohol- und Tabakkonsum bestehen solche Unterschiede, am

stärksten in minder begünstigten Schichten. Zurzeit kann jedoch in der Schweiz nicht von tatsächlichen sozialen Unterschieden bei AIDS gesprochen werden. Im Gegenteil, auch wenn gewisse – kleine – Unterschiede im Ausmass des Schutzes zwischen sozialen Gruppen bestehen, so scheinen sich diese zu verringern⁵. Dieses Angleichen im Schutzverhalten könnte sehr wohl einer der bemerkenswerten Erfolge der Präventions-Strategien sein. Als eine Form der Solidarität zeigt sich hier das Gegenteil jener Tendenz, die man sonst in vielen Bereichen der Prävention und der Therapie kennt. Es geht darum, diese Entwicklung zu verfolgen und weiterhin zu erforschen, ob Bevölkerungsgruppen bestehen, die besonders den Risiken einer HIV-Übertragung ausgesetzt sind, oder – im schlimmsten Falle –, deren Situation sich in bezug auf andere Gruppen verschlechtert. In solchen Situationen ist möglicherweise der Zugang zu Aufklärung und Schutzmassnahmen ungenügend – was für alle gesichert sein sollte. Dann müsste man das Problem des sozialen Umfeldes angehen, der individuellen Lebensbedingungen, die am Anfang einer sozialen Veränderung stehen. Es ist somit wichtig, die Situationen besser zu erkennen, die zur sozialen Ausgrenzung von bestimmten Gruppen führen (z.B. Gastarbeiter ohne Familiennachzug) oder die Vereinsamung einzelner Personen begünstigen (bei der Suche nach einem neuen Lebenspartner, bei Depressionen, oder bei seropositiven Personen in der Furcht vor Stigmatisierung), um sie bei der individuellen Beratung anzugehen.

Das komplexe Phänomen der «Normalisierung» [10]. Dieser Begriff wird oft bei der Beschreibung eines Epidemieverlaufes gebraucht. Er kann unter verschiedenen Gesichtspunkten betrachtet werden:

- Die Banalisierung: AIDS macht weniger Angst, man gewöhnt sich daran. Dieses Desinteresse könnte für die Prävention negative Folgen haben, denn sie könnte als weniger wichtig betrachtet werden, sei es im Bewusstsein der Bevölkerung (es sei weniger notwendig geworden, sich zu schützen) oder in den Augen der Politiker (es sei weniger nötig, die Prävention zu finanzieren). Die Glaubwürdigkeit der Prävention und die Weiterführung ihrer Programme wären gefährdet. Dieses Desinteresse könnte auch zu einer Gleichgültigkeit gegenüber den Leiden der von HIV/AIDS betroffenen Personen führen.
- Die Gewöhnung kann aber auch positive Folgen nach sich ziehen: Die Integration der AIDS-Prävention in die üblichen Aktivitäten der Vorsorge sowie in die Ausbildung der betroffenen Berufe, als Tätigkeiten, die selbstverständlich sind. Dies geschieht übri-

⁴ Man beachte, dass – im Jahre 2000 – die Erwartungen, welche in diese neuen Therapieformen gelegt wurden, sich mehr und mehr abschwächten, da sich Schwierigkeiten durch die Belastungen dieser Behandlungen ergaben und auch schwerwiegende Nebenwirkungen auftraten.

⁵ Dies schliesst jedoch nicht aus, dass kleine Untergruppen in der Bevölkerung, die nicht von den Studien erfasst oder bei der Auswertung nicht identifiziert wurden, hinsichtlich der Prävention in einer viel schwierigeren Situation stehen.

gens schon durch den Einbezug der AIDS-Prävention in den Inhalt der sexuellen Aufklärung oder der Gesundheitserziehung. Diese Integration kann auch als Verknüpfung mit dem Lehrstoff der Verhütungsmassnahmen entstehen, z.B. indem die Prävention gegen AIDS, gegen sexuell übertragbare Krankheiten und gegen unerwünschte Schwangerschaften in einem gemeinsamen Ansatz über sexuelle Gesundheit angegangen wird. Oder die AIDS-Prävention kann mit dem Schutz vor Hepatitis C bei Drogenabhängigen verbunden werden (mit dem Hinweis auf Übertragung durch Blut und sexuellen Kontakt), oder bei Homosexuellen kann die AIDS-Prävention mit der Verhütung von sexuell übertragbaren Krankheiten zusammengenommen werden.

- Der Rückschritt auf eine frühere Norm oder die Akzeptanz einer neuen Norm. AIDS bedeutete eine Ausnahmesituation, die ausserordentliche Massnahmen erfordert. Der Kampf gegen AIDS hat sich von Anfang an von den klassischen Methoden der Bekämpfung sexuell übertragbarer Krankheiten abgewandt (systematische Untersuchungen, Aufzeigen der Kontaktwege usw.). Diese Methoden waren an der Grenze des technisch Machbaren und ethisch Vertretbaren angelangt. Von Anfang an wurde erkannt, dass AIDS nicht nur ein medizinisches, sondern auch ein soziales Problem war. Die AIDS-Bekämpfung konnte somit nicht eine Angelegenheit für Spezialisten (Fachärzte) sein; die breitgefächerte Beteiligung der betroffenen Gemeinschaften war notwendig. Der negative Aspekt der «Normalisierung» könnte daher ein Zurück zu einem klassischen und veralteten Schema der Bekämpfung übertragbarer Krankheiten bedeuten. Der positive Aspekt einer «Gewöhnung» wäre, dass bestehen bleibt, was bei AIDS

zur Norm wurde, dass die guten Erkenntnisse, die bei diesem Experiment gewonnen wurden, auch in anderen Gebieten übernommen werden. Es geht um eine Verallgemeinerung dieser Fortschritte der aktiven Mitbeteiligung der betroffenen Gruppen in der Prävention, z.B. beim Überdenken der Begleitung am Lebensende, oder bei der Betreuung der Kranken durch Freiwillige im Pflegebereich usw.

Sicherstellung der Fortdauer der Prävention. Niemand bezweifelt die Notwendigkeit der Anstrengungen zur Prävention, jedoch divergieren die Beurteilungen über die Art der Durchführung und über die notwendigen finanziellen Mittel. Zwei – miteinander verbundene – Klippen sind zu umschiffen:

- Ein übermässiges Vertrauen in die Möglichkeiten der automatischen und langfristigen Integration der Prävention in die Praxis der betroffenen Berufe, als neue Routine in ihrer Arbeit. Es ist logisch anzunehmen, die Integration entstehe durch Aufnahme in die Berufsausbildung (Sexualpädagogen, Lehrer, soziale Berufe, Ärzte usw.) und anschließende Übernahme der Prävention durch diese Berufspersonen. Nichts ist zurzeit auf lange Sicht gesichert: weder beinhaltet die Grundausbildung in den betroffenen Berufsausbildungen ein Element der AIDS-Prävention und der daraus folgenden Aufgaben, noch werden diese Erkenntnisse in die Tat umgesetzt, noch sind diese Berufsleute bereit, auf lange Sicht diese unabdingbare Aufgabe zu übernehmen, eine Aufgabe, die nicht einfach ist und oft ungenügend anerkannt bzw. entlohnt wird. Es ist daher sehr wichtig, diese Lücken zu füllen, welche in den Ausbildungsgängen fehlen könnten, und ein Überwachungssystem aufzubauen, das die Wirksamkeit und die Qualität bei der Umsetzung dieser Massnahmen garantiert.
- Ein zu rascher Abbau der – beträchtlichen – materiellen und personellen Mittel, welche diese ersten Resultate im Kampfe gegen HIV/AIDS ermöglicht haben.

Die praktizierenden Ärzte kennen die Lebenssituationen ihrer Patienten oft sehr gut. Sie können daher eine bedeutende Rolle in der Prävention spielen, indem sie Informationen und Beratungen anbieten, die den Personen, die sie vor sich haben, angepasst sind. In einer Zeit wo AIDS und ihre Prävention sich seltener öffentlich, in Zeitungen und durch Kampagnen, manifestiert, können die Ärzte ein Weg sein, die andauernde Prävention zu sichern.

Quintessenz

- Die AIDS-Prävention hat ihre Wirksamkeit in der Schweiz bewiesen: das Verhalten der Bevölkerung hat sich geändert und Neuinfektionen nehmen seit 1992 kontinuierlich ab.
- Man beobachtet eine Sättigung im Schutzverhalten und eine Stagnation neuer HIV-Fälle bei etwa 600 pro Jahr in den letzten 2 Jahren.
- Die Erfolge der Prävention könnten durch einen vorzeitigen Rückgang der Vorbeugungs-Anstrengungen gefährdet werden.
- Die Ärzte haben eine wichtige Aufgabe in der Weiterführung der Präventions-Massnahmen und ihrer Verankerung in der Bevölkerung.

Literatur

- 1 Dubois-Arber F, Jeannin A, Spencer B. Long-term global evaluation of a national AIDS prevention strategy: the case of Switzerland. *AIDS* 1999;13:2571-82.
- 2 Dubois-Arber F, Jeannin A, Spencer B, Meystre-Agostoni G, Haour-Knipe M, Moreau-Gruet F, et al. Evaluation de la stratégie de prévention du sida en Suisse sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique: sixième rapport de synthèse 1996-1998. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1999. Im Internet unter <http://www.hospvd.ch/iump/>.
- 3 Dubois-Arber F, Jeannin A, Konings E, Paccaud F. Increased condom use without major changes in sexual behavior among the general population in Switzerland. *Am J Public Health* 1997;87:558-66.
- 4 Fabienne Benninghoff. Institut universitaire de médecine sociale et préventive, Lausanne. Persönliche Mitteilung.
- 5 Bundesamt für Gesundheit, im Internet unter www.admin.ch/bag/infekt/aktuell/aids/f/mtab.htm.
- 6 Florence Moreau-Gruet. Institut universitaire de médecine sociale et préventive, Lausanne. Persönliche Mitteilung.
- 7 Thomas R, Haour-Knipe M, Huynh Do P, Dubois-Arber F. Les besoins des personnes vivant avec le VIH/sida en Suisse. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 2000 (Raisons de santé, 59). Im Internet unter <http://www.hospvd.ch/iump/>.
- 8 Bundesamt für Gesundheit. Im Internet unter www.admin.ch/bag/aids/f/.
- 9 Onusida. Report on the global HIV/AIDS epidemic. June 2000. Geneva, June 2000. Im Internet unter <http://www.unaids.org>.
- 10 Rosenbrock R, Dubois-Arber F, Moers M, Pinell P, Schaeffer D, Setbon M. The normalization of AIDS in Western European countries. *Social Science & Medicine* 2000;50:1607-29.