

Bundesgesundheitsblatt



Gesundheitsforschung | Gesundheitsschutz

Indexed in Medline, SCIE and SCOPUS

Elektronischer Sonderdruck für

R. Rosenbrock

Ein Service von Springer Medizin

Bundesgesundheitsbl 2012 · 55:535–542 · DOI 10.1007/s00103-012-1451-1

© Springer-Verlag 2012

zur nichtkommerziellen Nutzung auf der
privaten Homepage und Institutssite des Autors

R. Rosenbrock · A.J. Schmidt

Aids

Neue Herausforderungen für die soziale und medizinische Prävention

Aids

Neue Herausforderungen für die soziale und medizinische Prävention

Hintergrund

Die ersten Aids-Erkrankungen wurden im Jahr 1981 in den USA registriert. Medizinisch konnte in den ersten zehn Jahren lediglich symptomatisch behandelt werden – vor allem im Hinblick auf opportunistische Infektionen. Erst seit 1996 stehen wirksame antiretrovirale Medikationen (ART) zur Verfügung, die seither immer weiterentwickelt und verbessert wurden. Heute sind in Deutschland 22 antiretrovirale Einzelsubstanzen zur HIV-Behandlung zugelassen und kommen in mehr als 2500 [1] unterschiedlichen Kombinationen und Dosierungen zur Anwendung. Sie führen über die Senkung der Viruslast – oft bis unter die Nachweisgrenze – zu spektakulären Verbesserungen der Lebensqualität und der Lebenserwartung. Sie sind aber auch häufig mit oft schweren kardiovaskulären, hepatischen, renalen, neuropsychiatrischen und sexuell-dysfunktionalen unerwünschten Wirkungen verbunden [2, 3, 4, 5, 6]. Auch schlägt die Therapie nicht bei allen Personen an – Längsschnittstudien verzeichnen eine kleine, aber wachsende Zahl an Patienten, bei denen keine der gängigen Medikationen mehr zu einer nachhaltigen Absenkung der Plasmaviruslast unter die Nachweisgrenze führt [7]. Neben dem medizinisch-therapeutischen Erfolg hat die Gabe von ART aber auch Konsequenzen für die Primärprävention: Die Verringerung der Viruslast senkt auch ganz erheblich die Wahrscheinlichkeit für eine Weitergabe des Virus in Risikosituationen. Die klinische Medizin und ihre Anwen-

dung am Individuum leisten damit zugleich einen wichtigen Beitrag zur bevölkerungs- beziehungsweise gruppenbezogenen Prävention. Die Eidgenössische Kommission für Aidsfragen (EKAF) der Schweiz formulierte auf dieser Grundlage schon 2008: „HIV-infizierte Menschen ohne andere STD sind unter wirksamer antiretroviraler Therapie sexuell nicht infektiös.“ [8] Die Konsequenzen dieser Feststellung für die bevölkerungs- beziehungsweise gruppenbezogenen Bemühungen zur Primärprävention sind bis heute umstritten [9].

Im Folgenden werden einige aktuelle Probleme der HIV-Prävention aus Sicht der für bevölkerungs- und gruppenbezogene Gesundheitssicherung zuständigen Disziplin, also aus Sicht von Public Health, benannt und beleuchtet.

Strategien der HIV-Prävention

Die Strategien der HIV-Prävention waren in den 1980er-Jahren Gegenstand eines erbitterten Streits. Da gab es die Vertreter der klassischen Seuchenhygiene (Old Public Health, Suchstrategie), deren Vorgehen unter der Leitfrage stehen sollte: Wie ermitteln wir möglichst schnell möglichst viele Infektionsquellen, und wie legen wir diese still?

Ihnen gegenüber standen die Innovatoren, die im Lichte der gesundheitswissenschaftlichen Entwicklungen der letzten Jahrzehnte auf New Public Health (Lernstrategie) setzten. Sie steht unter der Leitfrage: Wie organisieren wir möglichst schnell, möglichst bevölkerungsweit und möglichst zeitstabil gesellschaft-

liche 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?

Der damalige Streit [10, 11] ging – sowohl in Deutschland als auch international – klar zugunsten der Lernstrategie aus, das heißt zugunsten eines Modells, das partizipativ auf mit den Zielgruppen zu organisierende Lernprozesse setzt, die Lebensweise der betroffenen Gruppen dabei akzeptiert und stützt und zugleich die makropolitischen Faktoren (soziale Benachteiligung, Diskriminierung) benennt und – zumindest teilweise – auch bearbeitet [12].

Durch diese Grundentscheidung ist ein Korridor von mit dieser Strategie kompatiblen Maßnahmen definiert, und eben auch von zahlreichen damit inkompatiblen Vorgehensweisen. Es wurde seinerzeit sehr klar herausgearbeitet, dass es zwischen diesen beiden Strategien nur wenige Überschneidungen und Kompromissmöglichkeiten gibt.

Mit der Wahl der New-Public-Health-Strategie für das Aids-Feld wurde zugleich ein wichtiges medizin- und gesundheitspolitisches Signal gesetzt, von dem viele Innovationen in der Prävention und Krankenversorgung inspiriert worden sind [13]. Zum Beispiel hat sich der hohe Autonomieanspruch im Umgang mit HIV und Aids mit der medizinischen Entwicklung zu mehr Shared Decision Making und deren unverzichtbarer Grundlage des Informed Consent verall-

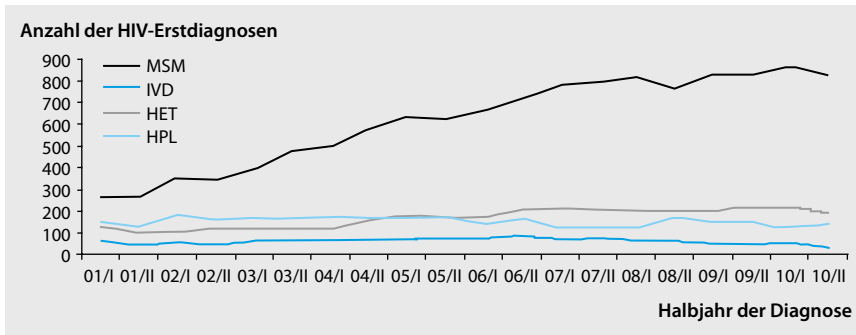


Abb. 1 ▲ HIV-Neudiagnosen in Deutschland, Anzahl der HIV-Erstdiagnosen 2001 bis 2010 nach Halbjahr der Diagnose in den vier wichtigsten Betroffenengruppen

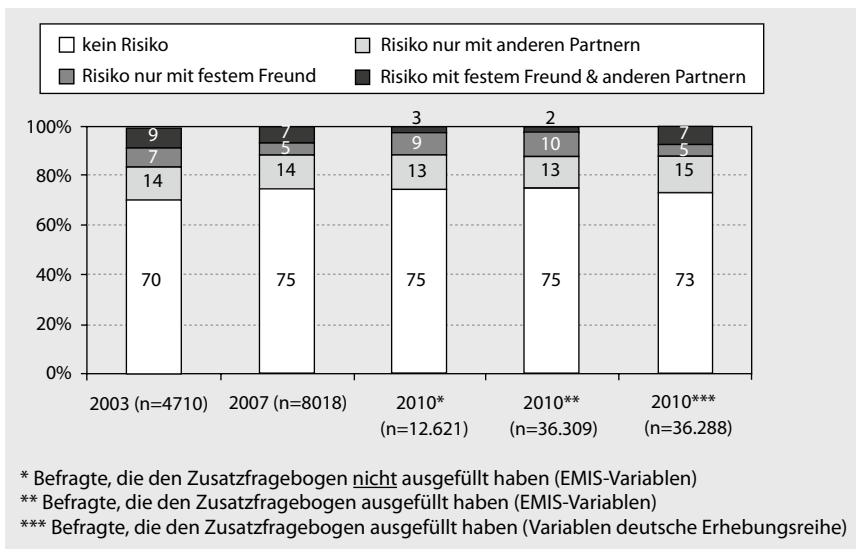


Abb. 2 ▲ Sexualverhalten mit potenziellem HIV-Infektionsrisiko bei Männern, die Sex mit Männern haben (MSM) in Deutschland, 2003 bis 2010

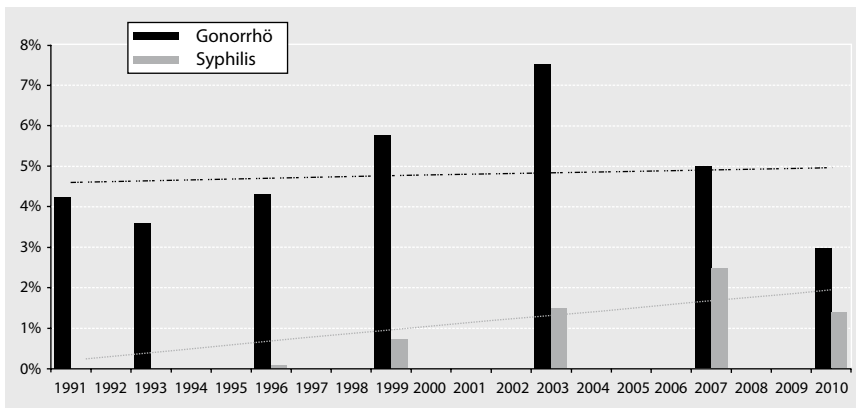


Abb. 3 ▲ Selbst berichtete Diagnosen von Gonorrhö und Syphilis bei nicht HIV-positiv getesteten Männern, die Sex mit Männern haben (MSM, 25 bis 44 Jahre oder älter) in den 15 größten deutschen Städten (> 500.000 Einwohner), 1991 bis 2010

gemeinert. Insofern nimmt es nicht wunder, dass die von den Centers of Disease Control (CDC) in den USA propagierte Opt-Out-Strategie, das heißt fremdbestimmtes Zufallstesten auf HIV ohne Be-

ratung, in Europa keine Chance hatte und hat [14].
Mit der Lernstrategie ist Deutschland ganz gut gefahren: In Westeuropa hat es neben Finnland die geringsten Zahlen an

HIV-Neudiagnosen pro Einwohner (für Österreich liegen keine entsprechenden Meldedaten vor) [15]. Dieses hervorragende Ergebnis bleibt auch dann beachtlich, wenn nicht nur die nackten Zahlen betrachtet werden, sondern auch die Umstände, unter denen diese zustande kommen. So ist zum Beispiel in diesem Zusammenhang der durch die Vereinigung der alten Bundesrepublik mit der nahezu HIV-freien DDR zu beachten [16]. Zudem hat Deutschland nicht – wie zum Beispiel Frankreich und Großbritannien – die besonderen Probleme zu bewältigen, die daraus resultieren, dass ehemalige Kolonien heute zu HIV-Hochprävalenzländern (HPL) geworden sind [17]. Zudem schützt sich Deutschland durch ein – auch für Europa – sehr strenges Asylgesetz vor weiterem Zuzug aus besonders betroffenen Ländern [18].

Immerhin kam eine qualifizierte Schätzung schon 2003 zu dem Ergebnis, dass in Deutschland pro Jahr durch die relativ frühzeitige und vollständige Anwendung der *New Public-Health-Strategie* jährlich ca. 440 Mio. Euro an Behandlungskosten eingespart werden [19].

Ausgangslage und Herausforderungen bei der HIV-Prävention

Trotz der oben dargestellten Entwicklung gibt es Grund zur Sorge (Abb. 1, [20]). Bei relativer Konstanz der HIV-Neudiagnosen bei Menschen aus HPL sowie bei Nutzern und Nutzerinnen intravenöser Drogen (IDU) und – nach wie vor – sehr langsamer (aber kontinuierlicher) Zunahme in der heterosexuellen Allgemeinbevölkerung haben sich bei Männern, die Sex mit Männern haben (MSM), die Erstdiagnosen in den letzten zehn Jahren von ca. 500 pro Jahr auf ca. 1500 pro Jahr verdreifacht.

Dabei ist allerdings auf den trivialen, aber leider in Medien- und auch Fachkreisen allzu oft übersehenen Umstand hinzuweisen, dass Zahlen über Erstdiagnosen nicht notwendig etwas Zutreffendes über die Entwicklung der Neuinfektionen aussagen. Zum einen haben die vermehrten und verstärkten Testkampagnen der letzten Jahre zweifellos dazu geführt, dass mehr HIV-Infektionen ent-

deckt werden. Wäre dies nicht der Fall, hätten die Testkampagnen keinen Sinn gehabt. Denn: Eine steigende Anzahl von Erstdiagnosen ist ceteris paribus das wichtigste positiv zu wertende Ergebnis dieser Form der Prävention.

Zum anderen kann auch die Zahl der Neuinfektionen bei gleicher Risikolage steigen als Effekt der Koinzidenz der HIV-Epidemie mit STI-Epidemien und der Interferenzen zwischen HIV- und STI-Epidemien [21, 22, 23].

Dass diese Faktoren eine Rolle spielen, zeigt sich daran, dass den gestiegenen Zahlen an Neudiagnosen kein wesentlich erhöhtes Risikoverhalten bei MSM entspricht. Auch in der von der Public-Health-Forschungsgruppe am Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB) durchgeführten Auswertung der europaweiten MSM-Befragung EMIS (<http://www.emis-project.eu>), die am Robert Koch-Institut (RKI) koordiniert wurde [24], zeigt sich Folgendes (■ **Abb. 2**): Etwa drei Viertel aller befragten (und sexuell sehr aktiven) MSM in Deutschland gehen stabil keinerlei Risiko ein, das restliche Viertel verteilt sich auf Männer, die ein Risiko nur mit ihrem festen Freund eingehen; Männer, die Risiken nur mit anderen Partnern eingehen, und Männer, die Risiken sowohl mit ihrem festen Partner als auch mit anderen Partnern eingehen. Über die Hälfte dieses Viertels geben dabei weniger als fünf Risikokontakte pro Jahr an. Das heißt: Die meisten MSM gehen beim Sex meistens kein Risiko ein – und dies konstant seit 1991, also bereits vor der allgemeinen Verfügbarkeit wirksamer medikamentöser Therapie. Im Übrigen zeigen die letzten drei Säulen der ■ **Abb. 2** (alle für 2010), dass auch bei Nutzung unterschiedlicher Befragungsinstrumente und der Auswertung unterschiedlicher Samples sehr ähnlichen Ergebnissen erzielt werden.

Die Ausgangslage und die Herausforderungen im Bereich der HIV-Prävention sind damit durch folgende vier Faktoren gekennzeichnet:

- Zunahme der Neudiagnosen bei MSM, keine Abnahme der HIV-Neudiagnosen bei den anderen Gruppen,
- Überschneidung der HIV- mit STI-Epidemien,
- viele späte Aids-Diagnosen,

Bundesgesundheitsbl 2012 · 55:535–542 DOI 10.1007/s00103-012-1451-1
© Springer-Verlag 2012

R. Rosenbrock · A. J. Schmidt

Aids. Neue Herausforderungen für die soziale und medizinische Prävention

Zusammenfassung

Die antiretrovirale Therapie (ART) verbessert die Lebensqualität und Lebenserwartung von HIV-Infizierten in einem spektakulären Umfang. Zugleich leistet sie durch die Senkung der Viruslast einen Beitrag zur bevölkerungsbezogenen Primärprävention. Viele HIV-Infizierte beginnen später als indiziert mit der Therapie. Zugleich steigen – trotz anhaltender Präventionsbemühungen – die Zahl der HIV-Neudiagnosen sowie die Inzidenz anderer sexuell übertragbarer Infektionen (STI) und – in umgrenzten Teilgruppen – von Hepatitis C, vor allem bei Männern, die Sex mit Männern haben (MSM). Im vorliegenden Beitrag werden präventionspolitische Konsequenzen dieser komplexen Lage im Kontext der Alternative zwischen Lern- und Suchstrategie diskutiert. Plädiert wird für die Integration der HIV-Prävention in das überge-

fende Paradigma von Sexual Health im Rahmen der Lernstrategie und für teilgruppenspezifische Bemühungen zur Steigerung der Testbereitschaft sowohl durch Kampagnen als auch in der Krankenversorgung auf Basis von Informed Consent und Beratung. Gegen Strategien einer undifferenzierten Vorverlegung des individuellen Therapiebeginns (Test and Treat) sprechen vor allem ethische Gründe. Der Beitrag benennt Forschungslücken und institutionelle Hindernisse, die einer Nutzung der Potenziale und einer optimalen Verbindung zwischen sozialer und medizinischer Prävention entgegenstehen.

Schlüsselwörter

Primärprävention · Aids · STI · HIV-Test · Test and treat

Aids. New challenges for social and medical prevention

Abstract

Anti-retroviral therapy (ART) produces spectacular improvements in life expectancy and quality of life for people infected with HIV, and contributes to primary prevention in the wider population by reducing the viral load. Many people infected with HIV begin therapy later than indicated, while, despite ongoing prevention efforts, the number of new HIV diagnoses is increasing, along with the incidence of other STIs and, in identifiable subgroups, of hepatitis C, above all among men who have sex with men (MSM). The prevention consequences of this complex situation are discussed in the context of the alternative between control and containment (Suchstrategie) and inclusion and cooperation (Lernstrategie), arguing for HIV prevention to

be integrated in the broader paradigm of sexual health and sub-group-specific efforts to increase the willingness to undergo testing both through community-based campaigns and in the health care context on the basis of informed consent and counseling. Above all ethical considerations mitigate against an undifferentiated test-and-treat approach. The contribution identifies research gaps and institutional obstacles that stand in the way of achievable advances and productive linkage of social and medical prevention.

Keywords

Primary prevention · AIDS · Sexually transmitted disease · HIV testing · Test and treat

- Risikosenkung durch ART bei gleichzeitiger Verlängerung der Expositionszeit.

HIV und STI

Zwischen HIV und STI gibt es eben nicht nur eine Koinzidenz sondern Interferenzen:

- Menschen mit STI sind empfänglicher für eine HIV-Infektion, das heißt, das Pro-Kontakt-Risiko steigt,

- Bei Menschen mit einer HIV-Infektion, die nicht effektiv mit antiretroviralen Medikamenten behandelt werden, erhöhen STI die Viruslast und damit die Übertragungswahrscheinlichkeit von HIV,
- STI nehmen bei Menschen mit HIV-Infektion – auch unter ART – einen schwierigeren Verlauf (Infektionen mit HCV, HPV, HBV, Syphilis) und schwächen damit den Organismus zusätzlich.

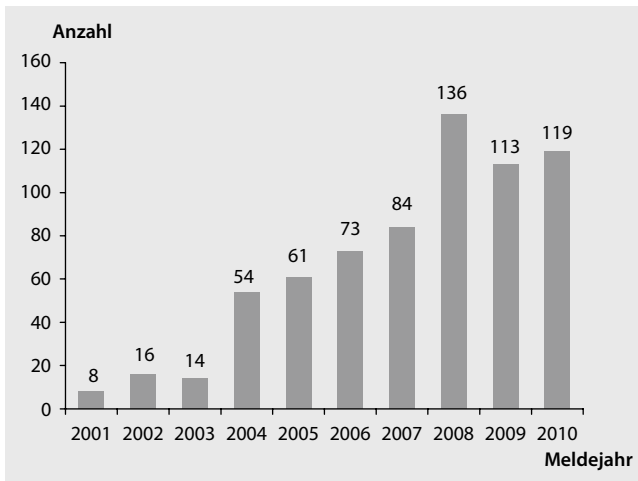


Abb. 4 ◀ An das Robert Koch-Institut (RKI) übermittelte Hepatitis-C-Fälle mit der Expositionsangabe „Männer, die Sex mit Männern haben“ (MSM) nach Meldejahr, Deutschland, 2001 bis 2010 (n=678)

Allein schon dieser letzte Zusammenhang zeigt, dass aus dem EKAF-Statement auf keinen Fall ein Verzicht auf Safer-Sex-Regeln bei nicht-monogamer Lebensweise folgen kann.

Bei anderen sexuell übertragbaren Infektionen als HIV handelt es sich nicht – relativ gesehen – um ganz seltene Ereignisse: Über die letzten 17 Jahre hat sich die Zahl an selbst berichteten Syphilisdiagnosen bei (nicht HIV-positiv getesteten) MSM, vor allem in Großstädten, vervielfacht (▣ **Abb. 3**, [25]). Bei der Gonorrhö ist der Trend hingegen nicht so eindeutig, aber es gibt hier ein deutlich höheres Niveau an Neudiagnosen. Bei der meldepflichtigen Syphilis spiegeln diese selbst berichteten Diagnosen wider, was seit 2001 im Rahmen des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) an das RKI gemeldet wurde: Die gemeldeten Syphilisneudiagnosen bei MSM haben sich im Zeitraum von 2001 bis 2009 von ca. 600 pro Jahr auf ca. 1800 pro Jahr verdreifacht [26] und zeigen somit eine ähnliche Steigerung wie die HIV-Neudiagnosen (im gleichen Zeitraum angestiegen von 500 auf 1500 pro Jahr). Dies zeigt, dass eine HIV-Prävention heute nicht mehr sinnvoll ohne eine STI-Prävention betrieben werden kann [27, 28].

In diesem Kontext muss auch die Hepatitis C erwähnt werden, über deren Zuordnung zu den STI sich streiten lässt, weil das Hepatitis-C-Virus (HCV) zwar auch, aber eben keineswegs überwiegend, beim Sex übertragen wird. Hepatitis C ist in erster Linie die Folge einer HCV-Infektion bei Nutzern und Nutzerinnen intravenöser Drogen (IDU). In dieser Gruppe

gibt es in Deutschland kaum noch HIV-Diagnosen; die HCV-Prävalenz bei IDU liegt in fast allen in Deutschland durchgeführten Studien bei über 60% [29, 30]. Seit Umstellung der Meldepflichten auf die Regelungen des IfSG, sind die an das RKI gemeldeten HCV-Neudiagnosen rückläufig in allen Altersgruppen, bei Männern wie bei Frauen. Bei Männern in der Altersgruppe von 20 bis 49 Jahren zeigt sich zwischen 2001 und 2010 ein Rückgang um ca. 40%. Zwar verzeichnet das RKI einen Anstieg an HCV-Infektionen bei MSM (▣ **Abb. 4**, [31]), jedoch scheint dieser nahezu ausschließlich auf MSM mit bekannter HIV-Infektion zurückzugehen [32].

Hepatitis C stellt eine völlig neue Herausforderung für die Primärprävention dar, denn die Präventionsbotschaften sind andere, und sie sind schwieriger als bei HIV, was nicht zuletzt damit zusammenhängt, dass Hepatitis C beim Sex wesentlich schwerer zu übertragen ist als HIV, über Blut jedoch deutlich leichter. Die Präventionsbotschaften zur Verhütung von Hepatitis C lassen sich in dem Satz zusammenfassen: Alle Kontakte mit Blut – auch im Rahmen sexueller Kontakte – sind strikt zu meiden. Dies hat multiple Implikationen für IDU. Wer sich je mit dem Alltag eines IDU näher beschäftigt hat, wird feststellen, an wie vielen Stellen zum Teil komplexe Vorkehrungen getroffen werden müssen, um sich in dieser Szene vor jedem potenziell infektiösen Blutkontakt zu schützen. Dies betrifft eben keineswegs nur das Spritzen selbst und Sex, sondern auch das Zäh-

neputzen bis hin zum Rasieren und Nägelschneiden. Bei MSM geht es im Hinblick auf HCV vor allem um alle sexuellen Praktiken (in unterschiedlichem Umfang bei Analverkehr – je nach Dauer und Heftigkeit, aber auch beim Einführen unterschiedlicher sex toys oder der Faust und des Unterarms in den Anus des Partners), aber eben auch um mit Sex assoziierte Verhaltensweisen (zum Beispiel die nasale Kokainaufnahme), bei denen es zu Blutungen im Bereich von Schleimhäuten kommt [33].

Insgesamt wird der Primärprävention der HCV-Infektionen noch viel zu wenig Aufmerksamkeit geschenkt, oder das Testen auf HCV-Antikörper wird in einer unnötigen Breite und Regelmäßigkeit empfohlen.

Medikamentöse Behandlung der HIV-Infektion

Seit Beginn dieses Jahrzehnts wurden die Lebensqualität und Lebensdauer von HIV-Infizierten und Aidskranken dramatisch verbessert bzw. verlängert. Die ART hat aus dem „alten“ Aids das „neue“ Aids gemacht. Für die Prävention hieß dies: Nicht mehr der Schutz vor dem Tode, sondern der Erhalt der Gesundheit sind zum Gravitationszentrum der Prävention geworden [34].

Was selten der Fall ist und deshalb besondere Aufmerksamkeit und – aus Sicht der Primärprävention – auch Dank und Anerkennung verdient, ist Folgendes: Mit der ART leistet die klinische Medizin einen wichtigen Beitrag zur Primärprävention. Da die HIV-Replikation unter einer effektiven Therapie fast immer deutlich reduziert werden kann, in der Regel dergestalt, dass im Blut keine HIV-RNA-Kopien mehr nachgewiesen werden können, sinkt das Pro-Kontakt-Risiko und damit die Infektionswahrscheinlichkeit. Es gibt also ein gemeinsames Interesse der klinischen Medizin und von Public Health sowohl an einem rechtzeitigen Behandlungsbeginn als auch an einer verlässlichen Therapieadhärenz.

Gemessen daran ist die Lage nicht gut. Nach den deutschen Ergebnissen des Europäischen MSM-Internet-Survey (EMIS) von 2010 erhielten knapp 40% der Befragten mit einem positiven HIV-Test-

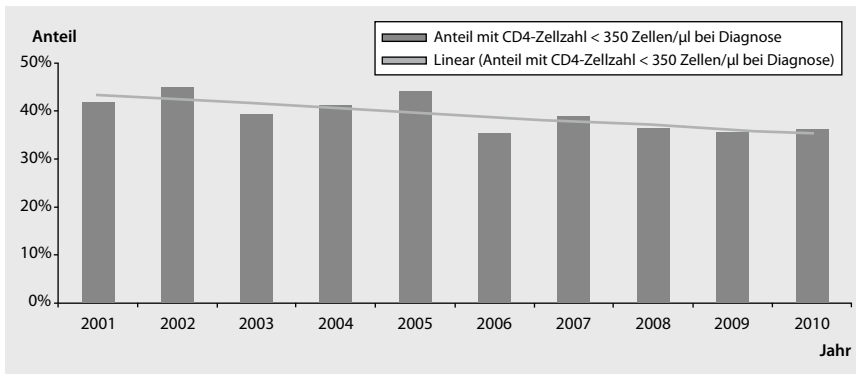


Abb. 5 ▲ Late Presenters bei Männern, die Sex mit Männern haben (MSM) in Deutschland, 2001 bis 2010

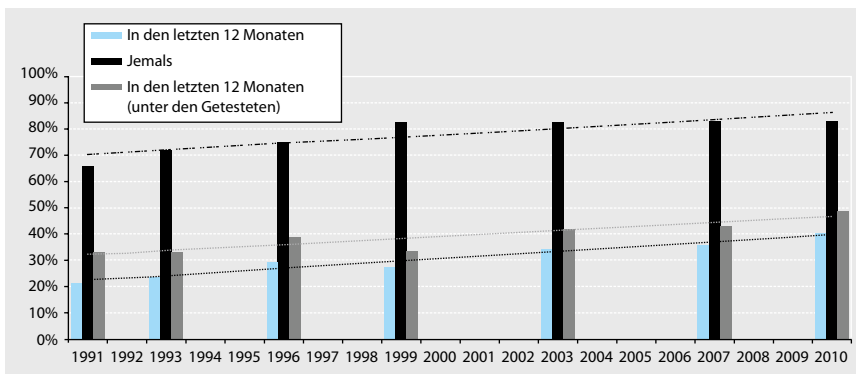


Abb. 6 ▲ Selbst berichtete durchgeführte HIV-Tests bei Männern, die Sex mit Männern haben (MSM, 25 bis 44 Jahre), in den 15 größten deutschen Städten (> 500.000 Einwohner), 1991 bis 2010

ergebnis ihre Diagnose zu einem Zeitpunkt, zu dem die Anzahl der Helferzellen pro Mikroliter Blut bereits auf weniger als 350 gesunken war (■ **Abb. 5**, [20]). Zwar fällt der Anteil dieser sogenannten Late Presenters über die Zeit, aber er fällt langsam, und er ist insgesamt zu hoch. Noch höher könnte der Anteil der Late Presenters übrigens bei Menschen aus HPL und ihren Partnerinnen sein, für die ein erfolgreicher, nämlich partizipativer Umgang mit ihren speziellen Präventionsbedürfnissen erst langsam in Gang kommt [35, 36]. Niedriger ist der Anteil der Late Presenters sicherlich bei der Gruppe der IDU [37].

Mit Blick auf die Hauptbetroffenengruppe der MSM zeigen erste, noch weiter zu vertiefende Analysen der EMIS-Daten, dass allgemeine Testaufrufe dem Problem der Late Presenters nicht gerecht werden. Die Late Presenters weisen überdurchschnittlich häufig folgende Charakteristika auf:

- Sie sind häufiger älter als 30 und insbesondere älter als 40 Jahre. Dies ist

zunächst trivial, da mit höherem Alter eine längere Infektionsgeschichte wahrscheinlicher ist. Ob aber dieser Effekt die gesamte Varianz erklärt, muss noch geklärt werden.

- Sie wohnen häufiger außerhalb von Metropolen, also öfter in sozialen Umgebungen, in denen eine HIV-Infektion noch ein seltenes, manchmal sogar noch ein exotisches Ereignis ist.
- Sie haben größere Unsicherheiten bezüglich ihrer sexuellen Identität. Dies ist – wie aus anderen Studien bekannt – häufiger verbunden mit Unsicherheit, geringerem Selbstwertgefühl, geringerer Selbstwirksamkeit und oft auch mit einer schwächeren Einbindung in soziale Netze. Dies alles sind eher ungünstige Voraussetzungen für klare und mutige Entscheidungen, zum Beispiel sich durch den Test der Notwendigkeit einer Therapie zu stellen.
- Zudem zeigen Late Presenters häufiger Angst vor oder Erfahrungen mit Diskriminierungen. Dieser Faktor

wirkt sich auch schon auf das HIV-vermeidende Verhalten ungünstig aus und verweist auf die Bedeutung der strukturellen Prävention einschließlich der Zurückdrängung von Diskriminierung.

Die Frage also, wer die Late Presenters sind und wie sie besser zum Test motiviert werden können, ist keineswegs geklärt, sondern dringend bearbeitungsbedürftig – gesucht werden „rationale Teststrategien“ [38].

Generell ist es heute möglich und richtig, zum Test zu motivieren. Denn im Gegensatz zu den 1980er-Jahren, als der Test im Mittelpunkt erbitterter medizinpolitischer Kontroversen stand, ist ein positiver HIV-Antikörpertest heute kein „Todesurteil mit offenem Verfallsdatum“ mehr, sondern indiziert die Möglichkeit klinisch-medizinischer Hilfe, gegebenenfalls auch den Beginn einer ART. Infolgedessen (und wegen der großen Suggestionskraft des Wissenwollens) hat der Test seit den 1990er-Jahren eine immer größere Akzeptanz gefunden. Dabei wird allerdings häufig übersehen, dass mit einem positiven Testergebnis auch heute noch erhebliche Diskriminierungspotenziale vorhanden sind und freigesetzt werden: Dies gilt in Bezug auf (Lebens- und Kranken-)Versicherungen, Arbeitsverhältnisse, soziale Unterstützung, Familie und Partnerschaft [39].

Dessen ungeachtet (■ **Abb. 6**, [25]) haben die Testraten bei MSM beständig zugenommen. Mittlerweile sind über 70% der MSM jemals getestet worden; ca. 40% lassen sich jährlich testen. Aber auch hier ist unklar, ob die Testangebote die Richtigen erreichen oder – wie so oft bei Früherkennungsuntersuchungen – die Worried Well, also Menschen mit geringem Risiko, aber größerer Ängstlichkeit.

Auch in der Allgemeinbevölkerung nehmen die Testraten beständig zu. Mittlerweile sind ca. 40% der heterosexuellen Allgemeinbevölkerung getestet, aber auch hier ist unklar, ob die Menschen mit größerem Risiko darunter sind. Besser als der Durchschnitt sind die Testraten in jüngeren Altersgruppen [40].

Sowohl bei MSM als auch in der Allgemeinbevölkerung gibt es also gewiss noch Möglichkeiten, die Inanspruchnahme des

HIV-Tests und – bei entsprechender Forschung – auch die von zielgenaueren Angeboten für besonders vulnerable Gruppen zu steigern.

Jede Teststrategie hat sich an den unverzichtbaren Voraussetzungen des Informed Consent und damit an der formalen und realen Freiwilligkeit auszurichten [14]. Auf diesem Fundament gibt es zwei Settings, in denen zum Test angeregt werden kann. Dies sind zum einen die jeweilige Community und zum anderen das Krankenversorgungssystem.

Mit Blick auf Ersteres gibt es für MSM die von der Deutschen Aidshilfe (DAH) organisierte Kampagne „Ich weiß, was ich tu“ [41, 42]. Hier wurden in Kooperation mit niedergelassenen Ärzten und Gesundheitsämtern sogenannte Testwochen organisiert – zum Teil auch mit Testangeboten in den Räumen der Aids-hilfen selbst – mit dem Ziel, mehr Infektionen früher zu erkennen [43]. Allerdings gibt es für die Gruppe der Migranten und Migrantinnen keine vergleichbaren Bemühungen.

Für HIV-Tests in der Krankenversorgung haben die WHO und UNAIDS im Jahr 2007 Leit- beziehungsweise Richtlinien vorgelegt, die im Herbst 2010 auf Basis eines partizipativ erarbeiteten Vorschlags des European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) von der EU spezifiziert wurden [44]. Auch hier geht es nicht um den bloßen Test auf HIV, sondern um ein gezieltes Angebot für Voluntary Counselling and Testing (VCT). Dieses soll aktiv angeboten werden in Settings beziehungsweise für Bevölkerungsgruppen, bei denen eine HIV-Prävalenz von mehr als einem Prozent vermutet wird. In Deutschland teilen sich verschiedene Fachdisziplinen und Bereiche des Gesundheitssystems diese Aufgabe, was die Übersichtlichkeit erschwert: Hier werden HIV-Tests hauptsächlich von niedergelassenen (Haus-)Ärzten und HIV-Schwerpunktpraxen oder -zentren angeboten sowie von Gesundheitsämtern und zunehmend auch Aidshilfen. Des Weiteren soll ein HIV-Test aktiv bei Symptomen angeboten werden, die auf HIV hindeuten können, sowie bei Vorliegen einer STI oder von TBC. Wie bisher soll der Test auch in der Perinatalversorgung angeboten werden.

Diese Testpolitiken sind etwas anderes und mehr als Zwangstests, wie sie heute noch in Bayern und Sachsen bei Migranten und Migrantinnen durchgeführt werden, und die mehr an atavistische Reinigungsrituale erinnern, als dass sie Bestandteil einer modernen Präventionspolitik sein können [45].

Für Deutschland wurden auf einem interdisziplinären Konsensus-Workshop in der Medizinischen Hochschule Hannover im Herbst 2009 Leitlinien erarbeitet, in denen unter anderem festgelegt ist, dass auch hierzulande die rechtliche und medizinpolitische *conditio sine qua non* für den HIV-Test sowohl die Prä- und Post-Beratung als auch der Informed Consent sind [14]. Darüber hinaus soll ein anonymes Testangebot real verfügbar sein. Das ist mehr als Vertraulichkeit und vertrauensvolle Einzelberatung. Vielmehr geht es darum, dass allein die Dokumentation eines Tests (auch ohne Ergebnis) für den Abschluss von Versicherungsverträgen erhebliche Bedeutung haben kann. Da gerade ängstliche Menschen zum Test motiviert werden sollen, muss der Gesundheitsschutz Vorrang vor den Geschäftsinteressen von Versicherungsunternehmen genießen.

Des Weiteren soll eine Empfehlung zum Test auf Basis einer ausführlichen Risikoanamnese und Beratung erfolgen (Pre-Test-Counseling). Es soll nicht lediglich auf HIV, sondern auch auf andere STI getestet werden. Dazu gehört auch eine Untersuchung des Penis und des Anus. Alle Daten deuten im europäischen Vergleich darauf hin, dass die besten Voraussetzungen für eine verständnis- und vertrauensvoll empathische Beratung und Untersuchung, die zudem alle Risiken abdeckt, in britischen, irischen, schwedischen, und niederländischen Zentren für sexuelle Gesundheit erfolgt [46], also in spezialisierten, Community-freundlichen Settings.

Da der Test für sich genommen das Risikoverhalten langfristig nicht verändert, muss die primärpräventive Chance, die im Testen liegt, durch entsprechende Beratung wahrgenommen werden. Hierzu hat die DAH ein fundiertes Curriculum („Der Test als strukturierte Lernsituation“) vorgelegt. Schließlich sollte es auch selbstverständlich sein, dass es das

Recht auf Nichtwissen gibt, dass es also keine Diskriminierung bei Testablehnung geben darf.

Letztlich gilt auch – nicht nur für Deutschland, sondern für die gesamte EU –, dass ein Test nur sinnvoll ist, wenn es einen sicheren und barrierefreien Zugang zur ART gibt. Gerade bei stärker betroffenen Gruppen von Migranten und Migrantinnen ist diese Voraussetzung bis heute nicht durchgängig gegeben – ein Zustand, der sowohl unter humanitären als auch gesundheitspolitischen Gesichtspunkten unerträglich ist.

Immerhin aber kann und sollte heute jedem nicht vollständig monogam lebenden, sexuell aktiven Menschen empfohlen werden, sich einmal pro Jahr auf HIV und andere STI testen zu lassen. Dies ist sozusagen eine neue Botschaft im Rahmen der Lernstrategie, und nur als Bestandteil dieser (und nicht als Aufweichen derselben in Richtung Suchstrategie) ist eine solche Testpolitik angesichts ihres Gesamterfolgs zu vertreten.

Testen und sofort medikamentös behandeln (Test and Treat?)

Eine radikale Nutzung der ART wird unter dem Titel „Test and Treat“ diskutiert. Um den Verlust von Patienten zwischen Test und indiziertem Therapiebeginn zu vermeiden (klinischer Aspekt), und auch, um die Chance, das Infektionsrisiko durch eine ART zu senken (Public-Health-Aspekt), zu nutzen, wird vorgeschlagen, diese unverzüglich an das positive Testergebnis anzuschließen. Die laufende Studie START [47] geht derzeit den klinischen Folgen eines solchen Vorgehens nach. Auf den ersten Blick erstaunt Folgendes: Erforscht und erprobt wird damit ein Verstoß gegen die Treatment Guidelines der European Aids Clinical Society, die für jeden Patienten eine *individuelle* Therapieentscheidung verlangen und die Indikation für eine ART an bestimmte Schwellenwerte der CD4-Zellzahl im Blut bindet [48]. Die START-Studie läuft noch, und es bleibt abzuwarten, welchen klinischen Nutzen sie für die behandelten Individuen zeigt. Denn nur daran darf sie gemessen werden, und nur solche therapeutischen Erfolge wären ein Grund, die vorliegenden Behandlungs-

richtlinien zu verändern. In diesem Zusammenhang ist daran zu erinnern, dass im Zeitalter der evidenzbasierten Medizin jede medizinische Intervention begründungspflichtig ist [49]. Die einzig stichhaltige Begründung ist der Nachweis eines mit hinreichender Wahrscheinlichkeit eintretenden Gesundheitsgewinns für das behandelte Individuum, der sich in der Lebensqualität und Lebensdauer ausdrückt. Ein Nutzen auf der Populations- beziehungsweise Gruppenebene darf dabei keine Rolle spielen, denn es gibt einen grundsätzlichen Unterschied zwischen der Ethik der klinischen Medizin und der von Public Health. Zwar gehen beide vom Grundsatz des *nil nocere* aus, also keinen Schaden anzurichten. Der Nutzen klinischer Interventionen hat sich am Individuum zu zeigen, der Nutzen von Public-Health-Interventionen an der Population. Nicht zulässig ist es, Individuen Gefährdungen beziehungsweise Schädigungen ihrer Gesundheit auszusetzen, um einen Nutzen auf Ebene der Gruppe beziehungsweise der Bevölkerung zu erzielen. Die unerwünschten Arzneimittelwirkungen der ART verbieten es nach gegenwärtigem Kenntnisstand, sie zeitlich vor Vorliegen einer klaren individualmedizinischen Indikation zu verabreichen. Auch wegen des starken ökonomischen Interesses, das sich mit einer Test-and-Treat-Strategie verbindet, werden die START-Ergebnisse methodisch und ethisch genau zu prüfen sein.

Natürlich erschöpfen sich die Probleme der HIV-Prävention nicht in den hier skizzierten Faktoren der Interferenz zwischen der HIV- mit STI-Epidemien oder in der Tatsache, dass sich oft nicht „die Richtigen“ testen lassen, oder in Fragen zur Nutzung der ART-Potenziale.

Die HIV-/Aidsprävention ist zurzeit immer noch damit beschäftigt, ihre Methoden und Botschaften an das „neue Aids“ anzupassen. Ihre Einbettung in Konzepte von sexueller Gesundheit ist noch lange nicht abgeschlossen. Diese Einbettung bedeutet nicht nur, die HIV- und die STI-Prävention miteinander zu verbinden, sondern Politiken zu entwerfen und in vielen Sektoren durchzusetzen, die neben dem Kampf gegen Geschlechtskrankheiten, der Sicherung der Reproduktion und dem Schutz vor se-

xueller Gewalt als oberstes Ziel sexuelles Wohlbefinden der Bevölkerung anstreben; oder, wie es der britische Präventionsforscher Ford Hickson formuliert: „Das formulierte strategische Ziel ist nicht, sexuelle HIV-Übertragungen zu reduzieren, sondern Menschen zu ermöglichen, den besten Sex mit dem geringsten Schaden für sich und andere zu haben.“ [50]

Verstärkt werden müssten sicherlich auch sozialräumliche Ansätze, das heißt Präventionsmethoden, die an den Orten präsent sind, an denen es zum Risiko kommt. Die Individualisierung der Risikoabhandlung ist eines der neuen Themen, die verstärkt aufgegriffen werden müssen – dabei gewinnen die neuen Medien immer mehr an Bedeutung.

Erforderlich ist auch eine vermehrte und zugehende Beratung durch Menschen in ähnlicher Lebenssituation (Peers) direkt vor Ort in den unterschiedlichen „Szenen“. Ziel ist es dabei stets, eine unmissverständliche Risikokommunikation in Risikosituationen zu ermöglichen und Menschen dazu zu befähigen, in solchen Situationen selbstverantwortlich zu handeln.

Die verbesserten Möglichkeiten für gezielte Untersuchungen auf HIV-Infektionen und STI zur Nutzung der klinischen Chancen einer ART und ihre erfreulichen Konsequenzen für Public Health sind dabei nur ein, wenngleich auch kein unwichtiges, Kapitel.

Die Zukunft der HIV-Prävention liegt folglich nicht im Streit zwischen klinischer Medizin, medizinischer Prävention und sozialer Prävention, sondern im gegenseitigen Respekt, in der Beachtung der jeweiligen Bezugsgrößen und Ethiken, um vereint im Bemühen und im Kampf gegen die HIV-Epidemie erreichbare Synergien auch tatsächlich zu nutzen.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. R. Rosenbrock
Forschungsgruppe Public Health, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung gGmbH (WZB)
Reichpietschufer 50, 10785 Berlin
rosenbrock@wzb.eu

Danksagung. Wir bedanken uns bei Dr. med. Ulrich Marcus und Dr. rer. pol. Michael Bochow (Berlin) für Anregungen und Unterstützung.

Interessenkonflikt. Der korrespondierende Autor gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

1. Stoll M, Kollan C, Bergmann F et al (2011) Direkte Kosten der antiretroviralen Kombinationstherapie (cART) in Deutschland. Ein Update der ClinSurv-Kohortenanalyse (1.1.1996 bis 30.6.2010). In: 5. Deutsch-Österreichischer AIDS-Kongress. Hannover, V68
2. Gazzard B, Balkin A, Hill A (2010) Analysis of neuropsychiatric adverse events during clinical trials of efavirenz in antiretroviral-naive patients: a systematic review. *AIDS Rev* 12:67–75
3. Rodriguez-Novoa S, Alvarez E, Labarga P, Soriano V (2010) Renal toxicity associated with tenofovir use. *Expert Opin Drug Saf* 9:545–559
4. Bergersen BM (2006) Cardiovascular risk in patients with HIV Infection: impact of antiretroviral therapy. *Drugs* 66:1971–1987
5. Carr A, Amin J (2009) Efficacy and tolerability of initial antiretroviral therapy: a systematic review. *AIDS* 23:343–353, discussion 355–346
6. Collazos J (2007) Sexual dysfunction in the highly active antiretroviral therapy era. *AIDS Rev* 9:237–245
7. Sabin CA, Hill T, Lampe F et al (2005) Treatment exhaustion of highly active antiretroviral therapy (HAART) among individuals infected with HIV in the United Kingdom: multicentre cohort study. *BMJ* 330:695
8. Eidgenössische Kommission für Aidsfragen (EKAF), Fachkommission Klinik und Therapie des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) (2008) HIV-infizierte Menschen ohne andere STD sind unter wirksamer antiretroviraler Therapie sexuell nicht infektiös. *Schweiz Arztsztg* 89:165–169
9. Deutsche AIDS-Hilfe (2009) HIV-Therapie und Prävention. Positionspapier der Deutschen AIDS-Hilfe e.V. http://www.aidshilfe.de/sites/default/files/0904_DAH-Papier_HIV-Therapie_und_Praevention.pdf
10. Deutscher Bundestag (Hrsg) (1998) AIDS: Fakten und Konsequenzen. Zwischenbericht der Enquete-Kommission des 11. Deutschen Bundestages „Gefahren von AIDS und wirksame Wege zu ihrer Eindämmung“. Universitäts-Buchdruckerei, Bonn
11. Deutscher Bundestag (Hrsg) (1990) AIDS: Fakten und Konsequenzen. Endbericht der Enquete-Kommission des 11. Deutschen Bundestages „Gefahren von AIDS und wirksame Wege zu ihrer Eindämmung“. Universitäts-Buchdruckerei, Bonn
12. Rosenbrock R (2007) Aids-Prävention – ein Erfolgsmodell in der Krise. *Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz* 50:432–441
13. Rosenbrock R, Schaeffer D (Hrsg) (2002) Die Normalisierung von Aids. Politik – Prävention – Krankenversorgung. edition sigma, Berlin
14. Schmidt RE, Rockstroh JK, Marcus U (2010) HIV-Diagnostik: Zu wenige Tests bei Risikopersonen. *Dtsch Arztebl* 16:A-750
15. European Centre for Disease Prevention and Control, WHO Regional Office for Europe (2010) HIV/AIDS surveillance in Europe 2009. ECDC, Stockholm

16. Cooling NJ (1988) AIDS in East Germany. *BMJ* 297:1360–1361
17. European Centre for Disease Prevention and Control (2009) Migrant health: access to HIV prevention, treatment and care for migrant populations in EU/EEA countries. ECDC, Stockholm
18. Herbert U (2001) Geschichte der Ausländerpolitik in Deutschland. Saisonarbeiter, Zwangsarbeiter, Gastarbeiter, Flüchtlinge. Beck, München
19. IGES (2003) Modellrechnung „Kosten-Nutzen-Abschätzung der HIV-STD-Prävention in Deutschland“ für die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Kurzgutachten (Manuskript), Institut für Gesundheits- und Sozialforschung GmbH, Berlin
20. Robert Koch-Institut (2011) HIV-Infektionen und AIDS-Erkrankungen in Deutschland. Bericht zur Entwicklung im Jahr 2010. *Epidemiol Bull* 21:179–186
21. Fleming DT, Wasserheit JN (1999) From epidemiological synergy to public health policy and practice: the contribution of other sexually transmitted diseases to sexual transmission of HIV infection. *Sex Transm Infect* 75:3–17
22. Wasserheit JN (1992) Epidemiological synergy. Interrelationships between human immunodeficiency virus infection and other sexually transmitted diseases. *Sex Transm Dis* 19:61–77
23. Pialoux G, Vimont S, Moulignier A et al (2008) Effect of HIV infection on the course of syphilis. *AIDS Rev* 10:85–92
24. Bochow M, Lenuweit S, Schmidt AJ (2011) Schwule Männer und HIV/Aids: Lebensstile, Sex, Risikoverhalten 2010. Eine Befragung im Auftrag der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln; in Zusammenarbeit mit dem European MSM Internet Sex Survey (EMIS). Deutsche AIDS-Hilfe, Berlin, siehe auch <http://www.emis-project.eu>
25. Schmidt AJ, Bochow M (2009/2011) Trends in risk taking and risk reduction among German MSM. Results of follow-up surveys „Gay Men and AIDS“ 1991–2007; EMIS-results 2010. Berlin Social Science Research Center, Public Health Unit, Berlin
26. Robert-Koch-Institut (2010) Syphilis in Deutschland im Jahr 2009. *Epidemiol Bull* 49:487–500
27. Wolitski RJ, Fenton KA (2011) Sexual health, HIV, and sexually transmitted infections among gay, bisexual, and other men who have sex with men in the United States. *AIDS Behav* 15(Suppl 1):9–17
28. Schmidt AJ, Marcus U (2011) Self-reported history of sexually transmissible infections (STIs) and STI-related utilization of the German health care system by men who have sex with men: data from a large convenience sample. *BMC Infect Dis* 11:132
29. Roy K, Hay G, Andragetti R et al (2002) Monitoring hepatitis C virus infection among injecting drug users in the European Union: a review of the literature. *Epidemiol Infect* 129:577–585
30. Mathei C, Buntinx F, Damme P van (2002) Seroprevalence of hepatitis C markers among intravenous drug users in western European countries: a systematic review. *J Viral Hepat* 9:157–173
31. Robert Koch-Institut (2011) Virushepatitis B, C und D im Jahr 2010. *Epidemiol Bull* 20:261–271
32. Giraudon I, Ruf M, Maguire H et al (2008) Increase in diagnosed newly acquired hepatitis C in HIV-positive men who have sex with men across London and Brighton, 2002–2006: Is this an outbreak? *Sex Transm Infect* 84:111–115
33. Schmidt AJ, Rockstroh JK, Vogel M et al (2011) Trouble with bleeding: risk factors for acute hepatitis C among HIV-positive gay men from Germany – a case-control study. *PLoS One* 6:e17781
34. Dannecker M (2002) Erosion der HIV-Prävention. *Z Sexualforschung* 15:58–64
35. Von Unger H, Klumb S, Gangarova T, Wright MT (2011) Herausforderungen der HIV-Prävention für Migranten. Ergebnisse einer Befragung der Aids-hilfen. *Pravention Gesundheitsforderung* 1:19–26
36. Von Unger H, Gangarova T (2011) PaKoMi Handbuch: HIV-Prävention für und mit Migrant/innen. Deutsche AIDS-Hilfe e.V., Berlin
37. Adler A, Mounier-Jack S, Coker RJ (2009) Late diagnosis of HIV in Europe: definitional and public health challenges. *AIDS Care* 21:284–293
38. Marcus U (2011) Rationale Teststrategien. *MedReport* 35:2
39. Anonym (2011) HIV-positiv: Ende einer Karriere. *Dtsch Arztebl* 108:A1222–1224
40. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2011) AIDS im öffentlichen Bewusstsein der Bundesrepublik Deutschland 2010. Wissen, Einstellungen und Verhalten zum Schutz vor AIDS. BZgA, Köln
41. Kraschl C, Drewes J, Kleiber D (2010) Empowerment als Strategie in der HIV-Prävention. In: Drewes J, Sweers H (Hrsg) Strukturelle Prävention und Gesundheitsförderung im Kontext von HIV. Deutsche AIDS-Hilfe, Berlin
42. Deutsche AIDS-Hilfe (2008) Ich weiß was ich tu. <http://www.iwwit.de>
43. Drewes J, Sadlowski N, Kleiber D (2011) Aufsuchende HIV-Testangebote für MSM in Deutschland – Ziele, Settings, Erfolgsfaktoren und Fallstricke. In: 5. Deutsch-Österreichischer AIDS-Kongress. Hannover, P28
44. European Centre for Disease Prevention and Control (2010) HIV testing: increasing uptake and effectiveness in the European Union. ECDC, Stockholm
45. Sanogo A (2011) Systematischer HIV-Test bei Flüchtlingen. Heiligt der Zweck die Mittel? *MedReport* 35:3
46. Schmidt AJ (2011) Alles auf GUM. Warum wir in Europas Metropolen Zentren für schwule Gesundheit brauchen. *MedReport* 35:7
47. Lundgren JD, Phillips AN, Neaton J (2009) Uncertainty as to whether the use of antiretroviral therapy for persons recently infected with HIV has a favorable risk-to-benefit ratio. *Clin Infect Dis* 48:1162, author reply 1162–1163
48. European AIDS Clinical Society (EACS) (2011) Guidelines for treatment of a symptomatic HIV infection. http://www.europeanaidscinicalociety.org/images/stories/EACS-Pdf1_treatment_of_hiv_infected_adults.pdf
49. Rockstroh JK (2011) Therapie um jeden Preis? In: 5. Deutsch-Österreichischer AIDS-Kongress. Hannover
50. Hickson F (2010) Working towards the best sex with the least harm: recent developments in HIV prevention in England. Seminar at The Australian Research Centre in Sex, Health and Society (ARCSHS). Melbourne, Australia

Projektförderung: Neue Präventions- strategien bei HIV

Die H. W. & J. Hector Stiftung, Weinheim, schreibt für 2012 eine Projektförderung (Sachmittel/Personalkosten) aus zum Thema:

Neue Präventionsstrategien bei HIV
Dotation: 200.000,- € über 3 Jahre
Förderungswürdig sind Projekte:

- Die aus allen Bereichen der Präventionsforschung stammen (Medizin, Sozialwissenschaft, Publizistik)
- Die auf einer ausreichenden Anzahl von Vorarbeiten basieren
- Die möglichst multizentrisch angelegt sind
- Die mit Hilfe einer professionellen Statistik evaluiert sind
- Die nicht zu mehr als 50 % durch andere Förderinstitutionen unterstützt werden (Budgetnachweis)

Bewerbungen sollen gemäß den aktuellen Richtlinien der Deutschen Forschungsgemeinschaft für Sachbeihilfen in vierfacher Ausfertigung bis zum 01.08.2012 an das Kuratorium der H. W. & J. Hector Stiftung unter folgender Korrespondenzadresse eingereicht werden:

Dr. med. Rolf Kleinschmidt
Medizinische Klinik I
Wilhelm-Epstein-Straße 4
60431 Frankfurt/M.
Tel. 069/9533-2410
Fax: 069/9533-2415

Quelle:

H.W. & J. Hector Stiftung, Weinheim,
www.hector-stiftung.de