

# **AIDS-FORSCHUNG**

**AIFO**

**Acquired Immune Deficiency Syndrome Research**

Monatszeitschrift über Ätiologie, Diagnostik, Klinik, Therapie,  
Prophylaxe und Epidemiologie von AIDS und verwandten Viruserkrankungen  
mit Beiträgen für Gesundheitswesen und Rechtspflege

## **Die seuchenpolitische Reaktion auf die HIV/AIDS- Epidemie in der Schweiz**

**Dr. med. Wolfgang Steinke, Dr. med. Jürg Barben, Dr. med. Geoffrey Delmore**

**Sonderdruck aus  
AIFO Heft 1, Seite 7-17, 9. Jg., 1994**

**VERLAG R. S. SCHULZ**

82319 Starnberg, Berger Straße 8-10  
Postfach 1780, 82317 Starnberg  
Telefon (08151) 1490 · Telefax (08151) 14956

Sonderdruck erhältlich bei:

AIDS-Aufklärung Schweiz,  
Postfach 3176, CH-8033 Zürich  
Telefon (00411) 2610386, Telefax (00411) 2611032

# Die seuchenpolitische Reaktion auf die HIV/AIDS-Epidemie in der Schweiz

## The Reactions of Swiss Health Policy to the HIV/AIDS Epidemic

Wolfgang Steinke, Jürg Barben, Geoffrey Delmore

Dr. med. Wolfgang Steinke: Chirurgische Klinik, Kantonales Spital, CH-6210 Sursee; Dr. med. Jürg Barben: AIDS-Aufklärung Schweiz, Postfach, CH-8033 Zürich; Dr. med. Geoffrey Delmore: Medizinische Klinik, Kantonsspital, CH-8500 Frauenfeld.

**Zusammenfassung:** In der Schweiz, dem europäischen Land mit der nach Spanien höchsten kumulativen Zahl gemeldeter AIDS-Kranker pro Einwohner, finden sich bemerkenswerte seuchenpolitische Besonderheiten bezüglich der HIV/AIDS-Epidemie. Die von der WHO gepriesene „vorbildliche Spitzenstellung“ in der AIDS-Bekämpfung bietet bei näherer Betrachtung ein ernüchterndes Bild von ernststen Defiziten in der Epidemiebekämpfung. Die klassischen Regeln der Seuchenbekämpfung (Quelleneruierung, Klärung der Übertragungswege und deren rasche Unterbrechung) werden nur in bescheidenem Maße, zufallsgesteuert und inkonsequent befolgt. Das geltende Epidemiegesezt wird nicht angewendet. Die Schweizer Ärzteschaft, 1983 durch ein Bulletin des Bundesamtes für Gesundheitswesen (BAG) zur Meldung der AIDS-Fälle aufgefordert, kennt erst seit Dezember 1987 eine anonyme Meldepflicht. Eine namentliche Meldepflicht wurde in der Meldeverordnung des BAG von 1987 ausdrücklich ausgeschlossen, obwohl eine solche für andere übertragbare Krankheiten von Fachleuten als unerlässlich eingestuft wird. Seit Frühjahr 1985 melden die schweizerischen Bestätigungslabors alle gesichert HIV-positiven Tests (18266 Fälle am 31. 8. 1993). Die tatsächliche HIV-Infiziertenzahl in der Schweiz ist unbekannt und kann auch nicht zuverlässig geschätzt werden, da bisher nicht einmal das vom Datenschutz her völlig unbedenkliche „anonymous unlinked testing“ (AUT) eingeführt wurde. Partner-Notification und Contact-Tracing - bewährte und effiziente Mittel in der Seuchenbekämpfung - werden unter Hinweis auf Probleme des Persönlichkeitsschutzes von den offiziellen Stellen der Schweiz nicht empfohlen. Gut organisierte Interessengemeinschaften (v. a. Homosexuellengruppierungen) sorgen bislang erfolgreich für die Aufrechterhaltung eines Sonderstatus der HIV-Infektion unter den Infektionskrankheiten und betreiben unter dem Deckmantel der AIDS-Prävention ihre eigene Gesellschaftspolitik. Kontrastierend zu der aus 14 Homosexuellengruppierungen entstandenen AIDS-Hilfe

Schweiz, die zusammen mit dem BAG für die öffentliche Stop-AIDS-Kampagne verantwortlich zeichnet, vertritt die Verbindung der Schweizer Ärzte (FMH) in ihrem Konzept vom November 1989 die Meinung, daß nichts dafür spreche, der HIV-Infektion einen Sonderstatus einzuräumen und auf sie nicht die bewährten Grundsätze der Seuchenbekämpfung anzuwenden. Auch der 1989 gegründete Ärzteverein „AIDS-Aufklärung Schweiz“ entwickelte ein wissenschaftlich begründetes (von Betroffenenorganisationen nicht deformiertes) AIDS-Bekämpfungskonzept, in dem die konsequente Anwendung bewährter Präventionsmaßnahmen gefordert wird.

**Summary:** Switzerland, the European country with the second highest number of registered AIDS cases per inhabitant (following Spain), demonstrates some remarkable features in coping with the HIV/AIDS epidemic. The WHO claims that the Swiss anti-AIDS campaign is exemplary, but a closer examination shows considerable deficits in HIV control. Traditional rules of coping with an epidemic, i. e. localisation of sources of infection, transmission routes and speedy intervention, are only applied inconsistently and by chance. This is contrary to the current law concerning epidemics. In 1983 Swiss physicians were asked via a bulletin of the Federal Health Authorities (Bundesamt für Gesundheitswesen, BAG) to report the all AIDS cases. But this did not become mandatory until December 1987, and the mentioning of names was expressly excluded, although this is indispensable with other infectious diseases. Since spring 1985, the Swiss confirmation laboratories have reported all HIV-positive results (18,266 cases registered until August 31, 1993). The actual number of HIV-infected persons in Switzerland is therefore still unknown and cannot be reliably estimated, as not even anonymous unlinked testing (AUT) - an undisputed method concerning confidentiality - has been introduced. Partner notification and contact tracing - a reliable and efficient way of controlling epidemics - are not recommended by the authorities in Switzerland due to problems involving individual rights and privacy. Certain lobbies (mainly homosexuals) have successfully managed to

*Eingegangen/Submitted: 24. 7. 1993  
Angenommen/Accepted: 11. 11. 1993*

establish their own policy of maintaining a special status for HIV disease and to pursue gay politics under the cloak of AIDS prevention. The Swiss Physicians Association (FMH) states in a strategy paper (November 1989) that HIV infection should be dealt with following the approved principles of epidemic control. This is in clear contrast to the AIDS-Hilfe Switzerland, a non-governmental organization founded by 14 homosexual groups, responsible together with the BAG, for the official "Stop-AIDS Campaign." Also the Physicians Association "AIDS Information Switzerland" (AIDS-Aufklärung Schweiz), founded in 1989, has developed a strategy, uninfluenced by any particular lobby and calling for an end to HIV exceptionality - i. e. a prevention approach based on adequate epidemiological surveillance, monitoring, and intervention.

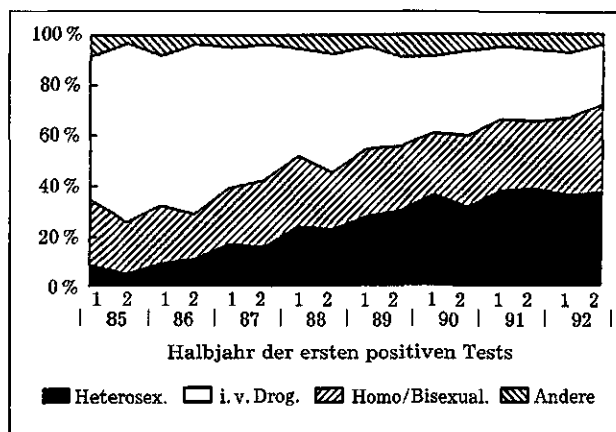
**Schlüsselwörter:** AIDS/HIV in der Schweiz - Seuchenpolitik in der Schweiz - HIV/AIDS-Monitoring - Partner-Notification - contact-tracing - Stop-AIDS-Kampagne in der Schweiz.

**Key words:** AIDS in Switzerland - HIV/AIDS policy in Switzerland - monitoring of the HIV/AIDS epidemic - partner notification - contact tracing - stop-AIDS campaign in Switzerland.

## I. Einleitung

Die Schweiz wies seit Beginn der AIDS-Fallstatistik die höchste kumulierte Zahl gemeldeter AIDS-Kranker pro Einwohner in Europa auf. Erst 1993 wurde sie von Spanien überholt (1). Bis zum 31. 8. 1993 wurden dem Bundesamt für Gesundheitswesen (BAG) 3347 AIDS-Fälle gemeldet (siehe

**Abbildung 1: Durch Ärzte gemeldete HIV-Infektionen in der Schweiz: Verteilung nach Personengruppen, Stand 31. 12. 1992 (n = 5370).**



n in: 85/1 = 23, 85/2 = 364, 86/1 = 121, 86/2 = 295, 87/1 = 140, 87/2 = 288, 88/1 = 409, 88/2 = 537, 89/1 = 464, 89/2 = 499, 90/1 = 420, 90/2 = 416, 91/1 = 328, 91/2 = 348, 92/1 = 362, 92/2 = 262, (< 85/1 = 94)  
(Quelle: Bulletin des Bundesamtes für Gesundheitswesen Nr. 12, 5. 4. 1993)

he Tabelle), und die Zahl der positiven HIV-Test-Labormeldungen stieg auf 18266 (2). Dabei nimmt die Ausbreitung der HIV-Infektion in der heterosexuellen Bevölkerung stetig zu: 1992 stellte die Gruppe der Heterosexuellen mit mehr als einem Drittel (33,8%) neben den Homosexuellen (30,1%) und den Fixern (30,8%) bereits den größten Anteil der neu diagnostizierten HIV-Infektionen (siehe Abb. 1) (3). Nach Angaben der WHO ist die HIV-Pandemie bislang in keinem Land inner- oder außerhalb Europas gestoppt worden (4).

Die schweizerische AIDS-Bekämpfungsstrategie nimmt gemäß Aussagen der WHO im internationalen Vergleich eine ‚vorbildliche‘ Spitzenstellung ein (5). Analysiert man allerdings die Maßnahmen, die zur Bekämpfung der tödlichen HIV-Infektion ergriffen wurden, aus epidemiologischer Sicht, so zeigt sich ein erstaunlicher Unterschied zwischen dem, was ist und dem, was sein sollte. Zu Beginn der AIDS-Epidemie konnte man dies als Fernwirkung des Umstandes erklären, daß bei einer Lentivirus-Epidemie ein ungewöhnlich großes Mißverhältnis zwischen dem besteht, was man sieht, und dem, was in Wirklichkeit der Fall ist. Heute, da wir bereits im zweiten Dezennium der AIDS- und schon im fünften der HIV-Epidemie stehen, wird aus dem mittlerweile durch die Forschung angehäuften Wissen über die Art und die Dynamik der AIDS- bzw. der HIV-Epidemie ein unmittelbarer Handlungsbedarf sichtbar.

In die gesundheitspolitische Reaktion haben wirksame seuchenpolitische Interventionen jedoch bisher kaum Eingang gefunden, und epidemiologisch bewährte Mittel wie ein effizientes Meldewesen, Partner-Notification, Contact-Tracing, Routine-Screening bei Spitaleintritt etc. werden weder angewandt noch von offizieller Seite gefördert. Selbst das vom Datenschutz her völlig unbedenkliche „anonymous unlinked testing“ (AUT), das über den Verlauf und das Ausmaß der Epidemie einen gewissen Aufschluß geben würde, ist bisher nicht eingeführt worden.<sup>1)</sup> Dies ist hauptsächlich das Ergebnis der Bemühungen einer gut organisierten und flächendeckend operierenden Lobby der primären Risikogruppen, die durch Blockierung jeder effizienten Seuchenpolitik der HIV-Infektion einen Sonderstatus einräumen. Die eingeschlagenen Wege zur Bekämpfung der HIV-Ausbreitung sind angesichts der Besonderheiten einer Lentivirus-Epidemie von fraglicher Tauglichkeit, auch wenn sich die allgemeinen Ziele des Bundesamtes für Gesundheitswesen und der AIDS-Hilfe Schweiz (die gemeinsam für die öffentliche Stop-AIDS-Kampagne

1) Nach einer vom Bundesrat im Juli 1993 verabschiedeten „Verordnung über epidemiologische Studien zur Erfassung von Daten über das HIV“, die am 1. 8. 93 in Kraft trat, wurde erst jetzt die gesetzliche Grundlage geschaffen, das „unlinked testing“ anzuwenden. Mit der Lancierung der ersten AUT-Studie wird frühestens Ende 1993 gerechnet. [Anmerkung d. Verf.]

verantwortlich zeichnen) durchaus vernünftig an-  
hören. Im Detail werden, konkret und realistisch  
betrachtet, diese Ziele nicht wirklich angestrebt.  
Wir wollen im folgenden aufzeigen, wo die Beson-  
derheiten der HIV/AIDS-Epidemie liegen und  
welche Konsequenzen seuchenpolitischer Art sich  
daraus ergeben.

## II. HIV und das Lenti-Prinzip

Die entwicklungsgeschichtlichen Vorteile des  
AIDS-Erregers HIV, der von der molekularbiolo-  
gischen Forschung als Lentivirus (lentus = lang-  
sam) identifiziert wurde, liegen in der erfolgreichen  
Zügelung der eigenen Vermehrung, der ausge-  
prägten Variabilität sowie der langen, provirus-  
dominierten Latenzphase im makrophagozytären  
System. Diese Besonderheiten führen zu einer  
lange okkulten, im Endeffekt aber tödlichen In-  
fektion. Das HIV wird im Wirtsorganismus pri-  
mär von Monozyten/Makrophagen aufgenom-  
men, also von Zellen, die normalerweise dazu da  
sind, Viren zu jagen, zu finden, zu inkorporieren  
und zu zerstören. Was bei allen anderen bekann-  
ten Erregern funktioniert, verweist sich bei der  
HIV-Infektion als Achillesferse des Immunsys-  
tems: Zwar gelingt es den Makrophagen, die HIV-  
Partikel zu finden und zu inkorporieren, zu elimi-  
nieren jedoch vermögen sie diese nicht. Diese Zel-  
len bieten sich im Gegenteil als „Trojanisches  
Pferd“ für das Virus an, um dieses im ganzen Kör-  
per zu verbreiten. HIV überlebt in ihnen, ohne sie  
zu zerstören. Damit wird der Jäger nicht nur zum  
Gejagten, ohne dies zu bemerken, sondern hilft  
infolge seiner Fähigkeit, Zutritt zu allen Körper-

organen (sogar durch die Blut-Hirn- und die Blut-  
Testis-Schranke) zu erhalten, das Übel in jeden  
Winkel des Organismus zu verbreiten. Da sich die-  
ses Geschehen durch die „Selbstbeherrschung“  
des Lentivirus HIV über mehrere Jahre hinzieht,  
unterläuft es sozusagen die Alarmschwelle des  
Immunsystems und bleibt lange verborgen. Wenn  
die ersten Krankheitssymptome auftreten, ist  
HIV schon im ganzen Körper verbreitet, und zwar  
in Milliarden von Zellen in Knochenmark, Blut,  
Lymphknoten, Milz, Haut, Darm, Leber, Nerven-  
system und anderen Organen. Die Zeitspanne für  
seine mögliche Übertragung auf andere Indivi-  
duen wird somit auf fünf bis 20 Jahre verlängert.  
Wenn der Erkrankte dann schließlich stirbt, ist  
das aus der Perspektive des Virus nicht mehr von  
Bedeutung: Die hohe Letalität wurde durch die  
lange Inkubationszeit bereits mehr als genügend  
kompensiert. Wenn ein Infizierter in der ca. zehnjährigen infektiösen Phase das Virus mindestens  
einem anderen Individuum weitergibt, ist die  
Epidemie auf Dauer gesichert. Daß dies auch  
ohne Analverkehr, i. v. Drogensucht und Blut-  
transfusionen sehr wohl möglich ist, wissen wir  
von Lentivirusinfektionen aus dem Tierreich. Das  
ist, holzschnittartig vereinfacht, das Lenti-Prin-  
zip (6).

### Vom Lentivirus zur Tardiv-Epidemie

Diese spezifische Viruseigenschaft, nämlich die  
Steuerung des molekularen Geschehens durch  
Selbstzügelung, spiegelt sich auf der Makroskala  
der Epidemiologie wider und führt zu einer unter-  
schwellig ablaufenden Virusverbreitung, einer so-

**Tabelle 1: AIDS-Fälle in der Schweiz nach Geschlecht, Patientengruppe und Meldejahr (1. 1. 1983 bis 31. 8. 1993).**

Patientengruppe	Geschlecht	Meldejahr										Total
		< 1985	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993 <sup>1)</sup>	
1. Homo-/bisexuelle Männer	männlich	23	40	65	88	152	180	181	220	250	169	1368
2. i. v. Drogenabhängige	männlich	1	6	6	28	89	117	129	168	164	138	846
	weiblich		1	5	20	40	62	55	87	89	65	424
3. Risiko 1 und 2	männlich	2	1	4	2	8	13	1	7	4	8	50
4. Hämophiliepatienten	männlich			2		2	3	6	3	2	3	21
	weiblich											
5. Bluttransfusionsempfänger	männlich			1	1	3	2	3	4	2	6	22
	weiblich				1	5	3	4	4	1	3	21
6. Heterosexuelle Fälle	männlich	8	4	2	12	15	38	36	54	73	41	283
	weiblich	3	3	3	7	19	23	22	51	46	30	207
7. Kinder bis 15 Jahre	männlich					3	2	6	3	3	1	18
	weiblich		2	4	1	4	2	4	2	5	2	26
8. Unklar/andere	männlich	1		1	4	6	9	7	9	8	3	48
	weiblich	1				2	1	3	2	3	1	13
Total	männlich	35	51	81	135	278	364	369	468	506	369	2656
	weiblich	4	6	12	29	70	91	88	146	144	101	691
		39	57	93	164	348	455	457	614	650	470	3347

1) Für den Zeitraum vom 1. 1. bis 31. 8. 1993; 2286 der 3347 Patienten sind als gestorben gemeldet.  
(Quelle: Bulletin des Bundesamtes für Gesundheitswesen Nr. 37, 27. 9. 1993)

genannten Tardiv-Epidemie (7). Wie das Virus die Alarmschwelle des Immunsystems, so unterläuft auch die von ihm verursachte Tardiv-Epidemie die Wahrnehmungs- und Alarmfunktionen unserer Gesellschaft als ein sich harmlos anbahnendes und lange im Verborgenen abspielendes, jedoch folgenschweres Geschehen.

Durch die ungewöhnlich lange Inkubationszeit wird AIDS im Durchschnitt erst nach 10-12 Jahren manifest und repräsentiert damit den Zustand der Epidemieausbreitung ein Jahrzehnt zuvor. Beschreibt man die Epidemie anhand der AIDS-Fälle, so wird die Sicht auf das eigentliche Problem, nämlich die HIV-Epidemiologie, durch einen Parameter verschleiert, der schlecht geeignet ist, diese Epidemie zu beschreiben. Dies führt in der Gesellschaft zu einem vorhersehbaren Lenti-Begreifen und entsprechenden Tardiv-Reaktionen (8).

#### **Charakteristika der HIV/AIDS-Epidemie und ihre Konsequenzen aus seuchenpolitischer Sicht**

Die Verwischung der Zusammenhänge durch die lange Inkubationszeit verzögert auch unser Lernen. So ist auch heute noch das Bild, das wir von dieser Seuche haben, recht lückenhaft. Man bekämpft die Epidemie im Grunde im Blindflug. Insgesamt haben sich eher unsere Befürchtungen als unsere Hoffnungen bestätigt. Folgende Eigenschaften der HIV/AIDS-Epidemie können als gesichert gelten: 1. Eine Inkubationszeit von im Mittel ca. 10-12 Jahren (oder mehr), 2. eine nahezu 100%ige Krankheitspenetranz, 3. eine wahrscheinlich 100%ige Mortalität. 4. Hauptsächlicher Übertragungsweg: heterosexueller Geschlechtsverkehr, wobei ein einziger Kontakt zur Ansteckung führen kann. 5. Als Eintrittspforte genügt die intakte Schleimhaut; offene Wunden sind zur Infektion nicht notwendig. 6. Weiterer Übertragungsweg: Blutbahn (Drogeninjektion, Geburt, Verletzungen, etc.). 7. Die Serokonversionslatenz dauert Monate und kann mehrere Jahre betragen (9). 8. HIV ist wegen seiner intrazellulären Integration therapeutisch schwer zu bekämpfen. 9. Vor einer erfolgreichen Schutzimpfung türmen sich zahlreiche ungelöste Probleme. 10. Es entsteht keine bleibende Immunität.

Angesichts dieser unheilvollen Kombination von Eigenschaften kommt einer effektiven Prävention vorrangige Bedeutung zu. Da weder eine effektive Therapie noch eine Schutzimpfung in nächster Zukunft zu erwarten sind, bleibt neben der selbstverständlich korrekten und umfassenden Information der Bevölkerung über Krankheit, Übertragungswege und Präventionsmöglichkeiten als zentraler Angriffspunkt zur Eindämmung der Epidemie das klassische Prinzip der Seuchenbekämpfung mit seinen drei unverzichtbaren Hauptzielen: 1. festzustellen, wo der Erreger ist (Quelle), 2. zu verstehen, wie er übertragen wird (Wege) und 3. die Quellen und Wege, soweit möglich, stillzulegen (Intervention) - und zwar rasch.

Zum Erreichen dieser Ziele gibt es verschiedene Strategien. Sie reichen von den absolut konsequenten und rigorosen - dafür aber wirksamen - Maßnahmen, etwa Kubas (10, 11, 12), bis hin zum passiven, eher ‚kontemplativen‘ Zuwarten mit dementsprechend weitgehendem Versagen der Seuchenbekämpfung, etwa in der Bundesrepublik Deutschland (mit Ausnahme Bayerns) (11) und in den Niederlanden. Die Schweiz nimmt hier eine Mittelstellung ein, indem man die Epidemie zwar „locker“ betrachtet, aber wenig tut.

### **III. Die Situation der Seuchenbekämpfung in der Schweiz**

#### **1. Die Suche nach den Infektionsquellen**

Um das Hauptziel der Seuchenprophylaxe - die Verhinderung von Neuansteckungen - zu erreichen, ist eine möglichst genaue Kenntnis der Dynamik der Epidemie unerlässlich. So ist die Erfassung möglichst aller HIV-Infizierter und AIDS-Fälle eine wichtige Grundlage für die Abschätzung des Ausmaßes, des Ausbreitungsmusters und der Übertragungswege. Auf diesen Erkenntnissen basiert jede Bekämpfungsstrategie. Sind diese Daten nicht vorhanden, tappt man bei der Bekämpfung im Dunkeln. Man ist auf Annahmen und Schätzungen angewiesen, und der eventuelle Mißerfolg von Präventionsmaßnahmen wird wegen der langen Inkubationszeit viel zu spät sichtbar. Als erste Maßnahme zur Wissenserlangung bietet sich hier ein effizientes Meldeverfahren an.

#### **Meldepflicht**

Die Meldung epidemiologisch wichtiger übertragbarer Krankheiten hat den Zweck, den verantwortlichen Behörden und der Ärzteschaft jederzeit einen Überblick über den aktuellen Stand der Ausbreitung einer Krankheit zu geben. Das BAG machte zu der neuen Meldeverordnung vom 21. September 1987 darauf aufmerksam, aus unvollständigen Meldungen resultiere „eine unvollständige Statistik, und es lassen sich nur sehr begrenzte Aussagen machen im Hinblick auf eine zukünftige Gesundheitspolitik oder auf die Ausarbeitung präventiver Maßnahmen und Empfehlungen“ (13). Damit verbindet sich die Forderung nach einer gesetzlich verankerten Meldepflicht, da man bei Freiwilligkeit der Meldungen eine weitaus größere Dunkelziffer in Kauf nehmen muß, wie das Beispiel der Bluter in der Bundesrepublik Deutschland beweist (14).

In der Schweiz werden die klinisch manifesten AIDS-Fälle durch das Meldesystem ziemlich gut erfaßt. Die ersten AIDS-Fälle sind in der Schweiz Anfang der 80er Jahre aufgetreten (15). Im Oktober 1982 berichtete die Infektionsabteilung des Universitätsspitals Zürich von den ersten drei AIDS-Fällen in der Schweiz unter dem Titel „GRID-

Syndrom“ (Gay related immunodeficiency) (16). Im April 1983 wurden die Ärzte in der Schweiz durch ein Bulletin des BAG auf das Krankheitsbild AIDS aufmerksam gemacht und aufgefordert, alle Fälle zu melden (17). Erst mit dem Inkrafttreten der revidierten Meldeverordnung im Dezember 1987 besteht jedoch in der Schweiz eine anonyme Meldepflicht für AIDS-Fälle - im Gegensatz zu Deutschland. Mit Hilfe einer sog. Ergänzungsmeldung zu jedem gemeldeten AIDS-Fall werden ebenfalls auf anonymer Basis die wichtigsten klinischen und epidemiologischen Angaben gesammelt, womit sich Doppelmeldungen teilweise erkennen und eliminieren lassen.

Mit dem Inkrafttreten der revidierten Meldeverordnung war es dem BAG möglich, in Zusammenarbeit mit dem Bundesamt für Statistik weitere Informationen zu unklaren Todesfällen einzuholen. Über die Todesscheine (Meldungen der Verstorbenen an das Bundesamt für Statistik) und die (anonymen) Ergänzungsmeldebögen für HIV-Infektionen (vgl. HIV-Monitoring) wurden weitere AIDS-Fälle gefunden (18). Mehr als 20 % der Fälle wurden anhand der Todesstatistik [!] und ca. 8 % über die Zusatzfragebogen für HIV-Infektionen gefunden (19). Durch dieses aktive Überwachungssystem geht das Bundesamt davon aus, daß mehr als 90 % der AIDS-Fälle in der Schweiz erfaßt werden (3). Trotz der relativ guten Erfassung in der Schweiz erlangt aber auch diese AIDS-Statistik angesichts der durchschnittlichen Latenzzeit von ca. 12 Jahren lediglich die Bedeutung einer Art retrospektiver HIV-„Archäologie“. Damit liegen leider noch keine für die Seuchenbekämpfung wichtigen Daten vor, denn mit der Erfassung der AIDS-Fälle haben wir für die Quellensuche noch so gut wie nichts gewonnen: Manifeste AIDS-Fälle sind nur in geringem Maße Quelle neuer Infektionen. Meist handelt es sich um schwerkranke Menschen, die kaum mehr in der Lage sind, das Virus weiterzugeben. Sie sind deshalb epidemiologisch wenig relevant. Weit wichtiger wäre es, etwas über die symptomlosen HIV-Träger und ihr Risikoverhalten zu wissen.

### HIV-Monitoring in der Schweiz

Das HIV-Monitoring in der Schweiz stützt sich im wesentlichen auf drei Quellen: anonyme Meldungen positiver Testbefunde durch die Bestätigungslabors, die von den behandelnden Ärzten verfaßten anonymen Ergänzungsmeldungen und die Auswertung der Untersuchungen der anonymen Teststellen (20).

Seit Frühjahr 1985 melden die Schweizerischen Bestätigungslabors (derzeitig acht an der Zahl) alle gesicherten HIV-positiven Tests. Seit Dezember 1987 werden dazu auch anonyme Angaben über Wohnkanton, Alter (nur Geburtsjahr, im Gegensatz zu den AIDS-Meldungen, wo das genaue Geburtsdatum gemeldet wird) und Geschlecht mitgeliefert. Die (anonymen) Ergänzungsmeldun-

gen der behandelnden Ärzte liefern noch Zusatzinformationen wie vermuteter Übertragungsweg, Sexualverhalten (Hetero-, Homo- oder Bisexualität), Gesundheitszustand und vorgängige HIV-Tests. 1989 wurden dem BAG zu ca. 80 % der als positiv gefundenen Labormeldungen Ergänzungsmeldungen der Ärzte eingesandt; 1992 waren es nur noch knapp 43 % (3). Eine genaue Erfassung der HIV-Prävalenz und -Inzidenz ist damit nicht möglich, was auch den Epidemiologen im BAG bekannt ist: „Unsicherheiten über die Selektionskriterien des getesteten Bevölkerungsfragmentes sowie eine nicht genau bekannte Zahl von Doppelttests bewirken, daß die aus diesen Daten abgeleiteten Schätzungen der Anzahl Infizierter auf schwer kalkulierbare Weise verzerrt sind“ (21). Bezüglich der Zahl der tatsächlichen HIV-Infektionen tappt man in der Schweiz also weiterhin im „Halbdunkeln“, wie dies vom jetzigen Präsidenten der Eidgenössischen Kommission für AIDS-Fragen treffend festgehalten wurde (22).

So bleibt man hinsichtlich der Zahl HIV-Infizierter weiterhin auf Schätzungen angewiesen. Bis Mitte Mai 1991 wurde „aus Angaben verschiedener Studien“ die Zahl der HIV-Infizierten in der Schweiz vom BAG auf 20000-30000 geschätzt (20, 23). Ende Mai 1991 wurden die Schätzungen ohne handfestes Zahlenmaterial drastisch „nach unten korrigiert“ (und bisher nicht mehr geändert!): Die Zahl der HIV-Infizierten soll in der Schweiz nur noch 12000-24000 betragen (24). Unumstößliches Faktum bleibt, daß dem BAG bis zum 31.8.1993 total 18266 gesicherte positive Labortests gemeldet worden sind (2), wobei die erkennbaren Doppelmeldungen bereits abgezogen wurden. Unter Annahme der tieferen Schätzungen heißt dies, daß etwa ein Drittel der Labormeldungen (bis 6000!) nicht erkannte Doppelmeldungen wären (was einer wissenschaftlichen Überprüfung nicht zugänglich ist) und daß 100 % aller HIV-Infektionen bekannt seien (was ein weltweit völlig einzigartiges Mirakel darstellen würde). Diese anonym gemeldeten Labordaten entsprechen natürlich noch keiner Quellensuche im epidemiologischen Sinne. Es handelt sich vielmehr um zufällige Treffer im Sinne eines epidemiologischen Lottos, das keine Basis für vernünftige Seuchenpolitik bilden kann.

Das Screening von Blutspendern ist für die Überwachung der HIV-Epidemie von geringem Nutzen. Seit Juli 1985 werden in der Schweiz alle Blutspenden auf HIV getestet. Die dabei gewonnenen Prävalenzwerte entsprechen aber mit Sicherheit nicht derjenigen der Allgemeinbevölkerung, da Blutspender in der Schweiz bekanntlich eine sehr selektive, gesundheitsbewußte Bevölkerungsgruppe darstellen. Personen mit anamnestisch erhöhtem Risiko für eine HIV-Infektion wird vom Blutspenden zudem nachdrücklich abgeraten, bzw. sie werden anhand eines Anamnesefragebogens zum Selbstausschluß von der Blutspende aufgefordert.

## Namentliche Meldepflicht

Im Kommentar des BAG zur Verordnung über die Meldung übertragbarer Krankheiten des Menschen von 1987 wird festgehalten, daß diese den Bedürfnissen des Persönlichkeitsschutzes weitgehend Rechnung trage und „es in der Regel absolut unerlässlich ist, den Namen der betroffenen Personen zu kennen, damit die notwendigen Abklärungen und Maßnahmen zur Bekämpfung der übertragbaren Krankheiten gemäß dieser Verordnung veranlaßt und der gesetzliche Auftrag erfüllt werden können. Für die längerfristige Beurteilung der epidemiologischen Situation und für statistische Zwecke genügen hingegen anonymisierte Daten“ (13). Dieser wohlformulierten Einsicht zum Trotz wurde die namentliche Meldepflicht für AIDS bzw. die HIV-Infektion in Art. 3 der oben zitierten eidgenössischen Meldeverordnung ausdrücklich ausgeschlossen.

Ende 1990 haben die Centers for Disease Control (CDC) die Unterstützung der namentlichen Meldepflicht bekanntgegeben: „(...) by using measures to maintain confidentiality, the implementation of a standardized system for HIV reporting to state health departments can enhance the ability of local, state, and national agencies to project the levels of required resources (...) [and aid] in the establishment of a framework for providing partner notification and treatment services (...)“ („... durch Maßnahmen zur Einhaltung der Schweigepflicht kann ein standardisiertes HIV-Meldepflichtsystem gegenüber den staatlichen Gesundheitsbehörden die Möglichkeiten der lokalen, bundesstaatlichen und nationalen Behörden verbessern, die notwendigen Mittel abzuschätzen, ... in der Ausarbeitung eines Systems zur Sicherstellung von ‚partner notification‘ und Therapiemöglichkeiten Hilfe zu leisten“) (25). Auch der Delegiertenrat der American Medical Association sieht in der namentlichen Meldepflicht – selbstverständlich unter Wahrung des Datenschutzes – eine sinnvolles epidemiologisches Mittel, das Neuinfektionen und viel menschliches Leid verhindern könnte (26). Damit einhergehend muß ein gutes System zur Sicherstellung der Umgebungsuntersuchung (Contact-Tracing) gewährleistet werden. Es ist daran zu erinnern, daß alle diese Routinemaßnahmen zur Bekämpfung viel weniger bedrohlicher Infektionskrankheiten als der HIV-Infektion längst ohne Widerspruch und nennenswerte Friktionen auch in der Schweiz akzeptiert werden und zur selbstverständlichen Routine geworden sind.

## Routinetests (HIV-Screening)

Breitangelegtes HIV-Screening (inklusive Suchtests) ist eine sinnvolle Methode, möglichst viele HIV-Infizierte zu erfassen (27, 11). Dadurch können unerlässliche epidemiologische Daten erhoben werden, und der HIV-Infizierte kann von einer möglichst frühzeitigen Entdeckung seiner

Infektion profitieren (Primärprophylaxe von opportunistischen Infektionen, antiretrovirale Therapie usw.). Bei Blut- und Organspendern wurden obligatorische Routinetests in der Schweiz bereits Mitte 1985 eingeführt. Es stellt sich dabei die Frage, ob freiwillige oder obligatorische Screeningtests nicht auch auf folgende Personenkategorien ausgeweitet werden sollten: Krankenhauspatienten, medizinisches Personal, Frauen mit Kinderwunsch, Schwangere, Heiratswillige, Soldaten, Prostituierte, Gefangene und – seit der Veröffentlichung der Empfehlungen zur Prophylaxe der Pneumocystis-carinii-Pneumonie bei Neugeborenen (28) – auch auf Neugeborene, etwa durch ein Screening analog demjenigen auf Phenylketonurie. In diesem Zusammenhang sei erwähnt, daß sich im Ausland sogar Betroffenenorganisationen wie die amerikanischen AIDS-Hilfen seit 1989 wiederholt für Routinetests eingesetzt haben, da immer mehr und bessere Behandlungsmethoden sowie eine nützliche Sekundärprophylaxe zur Verfügung stehen.

Systematische Screeninguntersuchungen z. B. bei Spitaleinweisungen, Schwangeren, Rekruten, Gefängnisinsassen usw. werden von der Eidgenössischen Kommission für AIDS-Fragen (EKAF) mit der seltsamen Begründung abgelehnt, ein positives Testresultat habe an sich noch keine präventive Wirkung (29). Zudem würden HIV-Träger aus Angst vor Diskriminierung untertauchen. Dies ist natürlich unsinnig, denn erst das Wissen um die Infektion motiviert den Infizierten, sich „präventiv“ zu verhalten, d. h. das Virus nicht weiterzugeben. Wenn im übrigen ein HIV-Infizierter von seinem Serostatus nichts weiß und somit das Virus ahnungslos weiterverbreitet, ist er epidemiologisch grundsätzlich ‚untergetaucht‘.

Man muß annehmen, daß eine unbekannte Zahl symptomloser HIV-Infizierter über ihren Serostatus gar nichts weiß und daher verborgen bleibt. Diese für die Persistenz der Epidemie wichtigen Virusträger entziehen sich somit unwissentlich der Kenntnis der Gesundheitsbehörden und sind für die beiden anderen Säulen der Seuchenbekämpfung, nämlich den Einblick in die Übertragungswege und die Unterbrechung der Infektionsketten, verloren. Das Bild, das wir daher in der Schweiz über die Verbreitung der HIV-Epidemie haben, ist und bleibt fragmentarisch, solange wir über keine Instrumente verfügen, um Licht in das „epidemiologische Halbdunkel“ zu werfen. Das selbst vom Datenschutz her unproblematische „anonymous unlinked testing“ (AUT) wurde in der Schweiz bisher nicht eingeführt, obwohl im BAG seit 1989 darüber diskutiert wird.<sup>1)</sup> Das AUT würde bessere Daten über die Ausbreitung der HIV-Infektion liefern; hingegen könnten HIV-Infizierte nicht benachrichtigt werden, was

1) Vgl. Fußnote unter I.

aus präventiver und ethischer Sicht ein großer Nachteil wäre.

Da verlässliche Daten über die Ausbreitung der HIV-Infektion fehlen, kann die Wirksamkeit der ergriffenen Präventionsmaßnahmen nicht abgeschätzt werden, obwohl sich das BAG immer wieder Lorbeeren durch selbst in Auftrag gegebene Studien über die Effektivität seiner Kondomkampagne umhängt. In diesen Studien wird eine Abflachung des Anstiegs der AIDS-Fallzahlen unter den Homosexuellen mit dem Greifen von Präventionsmaßnahmen gleichgesetzt (30). Dabei wird jedoch offensichtlich übersehen, daß bei einer Viruserkrankung mit einer 10- bis 12jährigen Inkubationszeit anhand der AIDS-Fälle von 1991 unmöglich die Wirksamkeit von Präventionsmaßnahmen, die erst ab 1985 ergriffen wurden, beurteilt werden kann. Diese wird sich erst Mitte der neunziger Jahre in den AIDS-Fallzahlen niederschlagen.

Trotz des vorliegenden Defizits epidemiologischer Daten wird von offizieller Seite die Anwendung des HIV-Tests gehemmt statt gefördert, indem die Eidgenössische Kommission für AIDS-Fragen – das beratende Organ des BAG – fordert, ein HIV-Test bedürfe immer einer vorgängigen, ausführlichen Besprechung des Arztes mit dem Patienten. Es wird argumentiert, daß die Kenntnis eines positiven Testresultats häufig nicht im Interesse des Patienten liege. Dazu ist festzuhalten, daß auch heute noch, selbst unter Annahme einer 0,5%igen HIV-Prävalenz, der HIV-Test in 99,5% der Fälle zum Ausschluß der HIV-Infektion dient. Sollte der Test positiv ausfallen, grenzt es schon an bewußte Desinformation, zu behaupten, die Kenntnis der HIV-Infektion liege nicht im Interesse des Patienten. Erstens wird der Patient früher oder später doch mit der Tatsache konfrontiert, HIV-infiziert zu sein (spätestens, wenn Symptome auftreten). Zweitens wird er erst durch das Wissen in die Lage versetzt, die Verbreitung dieser tödlichen Krankheit bewußt zu vermeiden. Drittens wird es für ihn kaum leichter zu tragen sein, wenn er bei Diagnosestellung eventuell feststellen muß, unwissentlich weitere Personen angesteckt zu haben. Viertens kann der Infizierte von frühzeitigen Therapien (z. B. antiretrovirale Medikamente oder passive Immunisierung usw.) und der Prophylaxe opportunistischer Infekte (z. B. Pneumocystis carinii, Toxoplasmose usw.) profitieren. (Unter anderem deshalb empfahl die Schweizerische Konferenz Leitender Spitalärzte (SKLS) im Juli 1992 „die bisherige Zurückhaltung in der Vornahme des freiwilligen Tests aufzugeben zugunsten einer breiteren freiwilligen Testung.“) Und fünftens ergeben sich aus der Diagnosestellung konkrete Konsequenzen für das tägliche Leben des Infizierten, welche die Lebensqualität etwa durch Vermeidung unnötiger opportunistischer Infektionen (z. B. durch Haustiere, Aufenthalt im Bauernstall, im Schimmelmilieu oder in Gebieten mit endemischen Krankheiten, usw.) sowie durch

weitere Vorsichtsmaßnahmen (keine Lebendimpfungen, kein Drogenmißbrauch usw.) durchaus verbessern können (31). Selbstverständlich stellt das Vorliegen einer infausten Erkrankung eine große psychische Belastung für den Patienten dar. Andererseits kann die Verschiebung dieser psychischen Belastung auf einen späteren Zeitpunkt nicht als gewichtiges Argument benutzt werden, um auf das durch den Test ermöglichte Abbrechen der Infektionskette zu verzichten. Wo es darum geht, daß kurzsichtige momentane Interessen eines einzelnen mit der Verbreitung einer tödlichen Viruserkrankung erkaufte werden, sollte es in einem demokratischen Land, dessen soziale Fortschritte über Jahrhunderte hinweg der gegenseitigen Solidarität zu verdanken waren, keine Frage sein, ob eine solche Angelegenheit der individuellen Entscheidung anheimgestellt sein soll. Hier nämlich kollidieren die Interessen des einzelnen mit denen der Allgemeinheit auf eine Weise, die mit den sonst üblichen Regeln eines demokratischen Rechtsstaates unvereinbar sind. In der Schweiz hat der Gedanke der Gegenseitigkeit, der unverzichtbar mit dem Prinzip der Solidarität verknüpft ist, lange Tradition und ist im Bewußtsein der meisten Bürger verankert. So wie der Staat gegenüber dem einzelnen Verpflichtungen hat, denen er sich weder entziehen kann noch will, so ist auch der einzelne zu einer Gegenleistung verpflichtet: zu jener selbstverständlichen Solidarität mit den Nichtinfizierten, die zu Zeiten etwa der Tuberkulosebekämpfung oder anderer Epidemien nie ernsthaft in Frage gestellt wurde.

## **2. Die Infektionswege und deren Unterbrechung**

### **Partner-Notification und Contact-Tracing**

Die Übertragung des HIV geschieht hauptsächlich über sexuelle Kontakte, über infizierte Injektionsgegenstände bei Fixern oder über Blut und Blutprodukte. Es liegt also ein typisches Beispiel von Infektionsketten vor, wie man das von vielen sexuell übertragbaren Krankheiten kennt. Um diese Übertragungswege beim Vorliegen einer neuentdeckten HIV-Infektion untersuchen zu können, müßten Partner-Notification (Partnerinformation) und Contact-Tracing (Umgebungsuntersuchung) zur Regel werden, wie das bei anderen übertragbaren Krankheiten gesetzlich vorgeschrieben ist. Man versteht darunter das Benachrichtigen von Sexual- und Spritzenpartnern. Potentiell infizierte Partner werden vom HIV-Infizierten selbst oder vom Arzt benachrichtigt; ein HIV-Test wird dringend empfohlen, und es wird auf Beratungsmöglichkeiten aufmerksam gemacht. Schwedische (32), belgische (33), finnische (11) und amerikanische Untersuchungen (34, 35) zeigen, daß die Partner-Notification bei allen Patienten vorgenommen werden kann. Voraussetzungen für Motivation und Kooperation des Patienten sind

Professionalität, Einfühlungsvermögen (Empathie) und Respekt vor der persönlichen Integrität des Patienten. In den Vereinigten Staaten verlangen die Centers for Disease Control (CDC) seit 1988 die Durchführung von Partner-Notification-Programmen, wenn aus dem HIV-Präventionsprogramm finanzielle Hilfe gewährt werden soll (36). Solche Programme wurden auch unterstützt vom Institute of Medicine, von der National Academy of Sciences (37), von der Presidential Commission on the HIV Epidemic (38), von der American Bar Association (39) und von der American Medical Association (40).

Partner-Notification bei der HIV-Infektion sollte als eine Strategie des HIV-Testens angesehen werden, bei der einer Gruppe von Menschen mit hohem HIV-Expositionsrisiko Test und Beratung angeboten werden. Besonders in Bevölkerungskreisen mit niedriger HIV-Prävalenz ist diese Strategie beim Auffinden und Benachrichtigen von unwissentlich HIV-Infizierten von großer präventiver Bedeutung und auch sehr kosteneffektiv. Die Partnerbenachrichtigung – selbstverständlich unter Wahrung des Arzt- bzw. Patientengeheimnisses – kann auch epidemiologisch wichtige Informationen über Verbreitungsmuster und Übertragungsriskisiken zutage fördern.

Das schweizerische Epidemiegesezt verlangt, daß einerseits gesunde Bedrohte informiert und schon Infizierte identifiziert werden, andererseits die jeweils wahrscheinliche Infektionsquelle festgestellt wird. In der Regel führt der Arzt des Patienten dieses Contact-Tracing durch, so daß Compliance und Kooperation der meisten Patienten gut sind und ihre Anonymität durch das Patientengeheimnis gewährleistet bleibt. Bei den allermeisten Menschen kann man davon ausgehen, daß sie daran interessiert sind, ihre Partner nicht anzustecken. Wenn der Arzt annehmen muß, daß der Patient mutwillig oder fahrlässig andere Menschen gefährdet, ist er verpflichtet, entsprechend den kantonalen Vorschriften nach vorgängiger Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht, die gefährdeten Sexualpartner auch gegen den Willen des Patienten zu informieren. Bei akut drittgefährdendem Verhalten wird auch von juristischer Seite die Anwendung des geltenden Epidemiegesezes gefordert: „Diese Maßnahmen nahezu generell abzulehnen – wie offenbar bislang die offizielle Doktrin des BAG –, erscheint jedenfalls dort kaum länger vertretbar, wo es um die Verhinderung vorsätzlicher Ansteckungen geht“ (41).

Diese beiden bewährten epidemiologischen Mittel der Seuchenbekämpfung werden jedoch unter Hinweis auf Probleme des Persönlichkeitsschutzes von den offiziellen Stellen der Schweiz nicht empfohlen. Das BAG und seine beratenden Kommissionen bewerten offenbar – es ist eine Frage der Güterabwägung – das persönliche Recht auf Nichtwissen, die sogenannte ‚informationelle

Selbstbestimmung‘, höher als den Schutz der Gesellschaft vor einer tödlichen Viruserkrankung. Wir sind überzeugt, daß sich diese Auffassung auf die Dauer nicht durchsetzen wird. Auch die Ärztevereinigung AIDS-Aufklärung Schweiz setzt hier deutlich andere Akzente und fordert das verbindliche Contact-Tracing bei HIV-positiven Patienten (42, 43).

Daß mit der fehlenden Möglichkeit, die Infektionswege zu untersuchen, natürlich auch die dritte Säule der Seuchenbekämpfung, nämlich das Unterbrechen der Infektionswege, fällt, versteht sich von selbst. Der HIV-Infektion wird eine Sonderrolle unter den Geschlechtskrankheiten eingeräumt, die verhindert, das zu tun, was getan werden müßte. Diese unverständliche Sonderbehandlung wird weiterhin zahlreiche Leben kosten, unter zunehmendem Druck der Fakten jedoch nicht mehr lange haltbar sein.

#### IV. Abschied vom Sonderstatus

Am 5. Juni 1991 waren genau zehn Jahre seit der Veröffentlichung der ersten fünf bekannten AIDS-Fälle vergangen (44). In einem kurz danach im „New England Journal of Medicine“ unter dem Titel „An End to HIV Exceptionalism?“ erschienenen Artikel charakterisiert R. Bayer die Gesundheitspolitik dieser Zeit folgendermaßen: „In the first decade of the AIDS epidemic, an alliance of gay leaders, civil libertarians, physicians, and public health officials began to shape a policy for dealing with AIDS that reflected the exceptionalist perspective.“ („Während des ersten Jahrzehnts der AIDS-Epidemie begann eine Interessengemeinschaft von Wortführern der Homosexuellen, Verfechtern bürgerlicher Freiheiten, von Ärzten und Beamten des öffentlichen Gesundheitswesens eine Politik für den Umgang mit AIDS zu entwickeln, die von einer Sonderperspektive geprägt war“) (26). Nicht nur in den USA, sondern auch in vielen westlichen Industriestaaten – so auch in der Schweiz – wurde die Gesundheitspolitik im Zusammenhang mit AIDS von einer Allianz bestimmt, welche die individuelle Freiheit höher bewertet als die Verantwortung für Mitmenschen und Gesellschaft. Die Erkenntnisse der wissenschaftlichen Seuchenlehre, dank derer die meisten Seuchen erfolgreich eingedämmt (Puerperalfieber, Poliomyelitis, Syphilis, Tuberkulose usw.) oder gar ausgerottet werden konnten (Pocken), wurden nicht auf die HIV-Pandemie angewandt. Entsprechend wurden die auf diesem Wissen basierenden Epidemiegeseze vielfach ignoriert. Anstelle einer sachlichen medizinischen Diskussion wurde die Krankheit AIDS zu einem Politikum gemacht und von lauten Pressure-groups dominiert. Dies war auch in der Schweiz der Fall: „(...) in those areas where the gay movement already existed as a legitimate and recognised pressure group. This would be true in San Francisco County, The Netherlands and Scandinavia, and to lesser extent Switzerland and several Australian

states, whose governments have been willing to work closely alongside gay community groups to deal with the epidemic.“ (... die wirksamste Antwort kam aus denjenigen Gebieten, in denen die Homosexuellenbewegung schon als berechtigte und anerkannte Pressure-group bestand. Dies gilt für San Francisco, Holland und Skandinavien und, wenn auch in geringerem Maße, für die Schweiz sowie für verschiedene Staaten Australiens, wo die Regierungen bereit waren, bei der Bekämpfung der Epidemie eng mit der Homosexuellenbewegung zusammenzuarbeiten“) (45). Weiter weist D. Altman darauf hin, daß auch Kanada, Großbritannien, Neuseeland, Westdeutschland und einige weitere Gebiete der Vereinigten Staaten mehr oder weniger diesen Weg des „San Francisco model“ eingeschlagen haben.

### Wem hilft die AIDS-Hilfe?

Auch in der Schweiz setzten die Vertreter der oben genannten Interessengemeinschaften durch, daß der HIV-Infektion ein Sonderstatus unter den Infektionskrankheiten, im speziellen unter den sexuell übertragbaren Krankheiten, zugesprochen wurde (46). Die Stop-AIDS-Kampagne des Bundes ist in ihren Grundzügen das Präventionskonzept der Homosexuellengruppierungen, die sich in der Betroffenenorganisation AIDS-Hilfe Schweiz (AHS) zusammengeschlossen und „voll auf den Gummi gesetzt“ hatten (47). Betrachtet man ihre Präventionsarbeit, so kann man sich des Eindrucks nicht ganz erwehren, daß der Name „AIDS-Hilfe“ einen bitteren Beigeschmack von Wahrheit besitzt. Dies sei am Beispiel der „Ledermännerbroschüre“ kurz verdeutlicht: Beraten vom Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich (unter der Leitung von Prof. F. Gutzwiller) und finanziert vom BAG (mit Steuergeldern), hat die „AIDS-Hilfe“ in teuren, farbigen Hochglanzbroschüren („Safer Sex für Ledermänner“) offen Propaganda für Perversitäten wie das Auspeitschen gemacht („Hau drauf auf seine prallen Arschbacken“, „Schöne rosa Striemen sind geil und feuern herrlich“), für den Messergebrauch („Piercing als Sexspiel“), ferner für das „Arschlecken, Arschweiten, Pisse trinken, Faustficks“ („kurz geschnittene und sorgfältig gefeilte Nägel“ empfohlen zwischen der „Bedienung verschiedener Ärsche“), für das Stiefelküssen, Fesseln, Herr-und-Hund-Spielen und dergleichen mehr („Stehst Du auf Spiele mit Scheiße?“). Hierbei handelt es sich offensichtlich und vorwiegend um die Propagierung homosexueller und promiskuitiver Verhaltensweisen unter dem Deckmantel der AIDS-Prävention.<sup>1)</sup> Daß dies kein Zufall ist, belegt die Aussage von Christian Schneeberger, der als Vorstandsmitglied der AIDS-Hilfe Schweiz bekannt: „Mein Engagement in der AIDS-Arbeit

ist für mich die Fortsetzung der Schwulenpolitik mit anderen Mitteln.“ Somit ist die Präventionsstrategie in der Schweiz im wesentlichen von Betroffenengruppen geprägt und aus deren Selbstdarstellungen übernommen worden. Kurioserweise trat das schweizerische Bundesamt für Gesundheitswesen als privaten Vereinigung AIDS-Hilfe Schweiz als Mitglied bei (47), so daß ein Initiator der Schweizer Stop-AIDS-Kampagne berichten konnte: „Die Ausgangslage für die Arbeit ist gut. Die AHS steht - Mitglieder sind (fast) alle Schwulengruppen der Schweiz und das Bundesamt für Gesundheitswesen.“ (48)

### Renaissance der klassischen Seuchenbekämpfung

Weltweit wandelt sich - allmählich, aber deutlich - die Einstellung zur HIV-Epidemie. Man beginnt sich wieder auf die Ergebnisse der Seuchenlehre zurückzubedenken und entwickelt zunehmend auf Wissenschaft und Rationalität abgestützte Präventionsstrategien. In den skandinavischen Ländern wird AIDS wie alle anderen sexuell übertragbaren Krankheiten behandelt. Andere demokratische Staaten, darunter die Mehrzahl der Staaten der USA, ändern die Praxis in Richtung einer intensivierten HIV-Testung, Einführung der namentlichen Meldepflicht und der obligatorischen Umgebungsuntersuchung. Die WHO machte darauf aufmerksam, daß sie die HIV-Epidemie weltweit unterschätzt hatte, und korrigierte in der Folge ihre Prognose für die Zahl der HIV-Infektionen für das Jahr 2000 von 15-20 Millionen (1988) zuerst auf 25-30 Millionen (1990) und im Mai 1991 auf 40 Millionen sowie die Zahl der nicht erfaßten kumulierten AIDS-Fälle von 300 000 auf 1,2 Millionen. R. Bayer beurteilt die Entwicklung der gesundheitspolitischen Situation in den westlichen demokratischen Staaten folgendermaßen: „Inevitably, HIV exceptionalism will be viewed as a relic of the epidemic's first years.“ („Die Sonderbehandlung der HIV-Infektion wird unausweichlich als Relikt der ersten Jahre der Epidemie betrachtet werden.“) (26)

In der Schweiz engagierte sich die Ärzteschaft erst spät in der AIDS-Gesundheitspolitik. Als erste Ärzteorganisation sprach sich die Berner Ärztesgesellschaft in einer Pressemitteilung („Bei Verdacht auf HIV - Testen“) im Dezember 1988 für die konsequente Anwendung des bestehenden Epidemiengesetzes auf die HIV-Infektion aus. Auch die Mehrzahl der Ärzte war derselben Ansicht, was im AIDS-Konzept der Verbindung der Schweizer Ärzte (FMH) vom November 1989 deutlich zum Ausdruck kommt: „Kein medizinischer oder sonst plausibler Grund spricht dafür, der HIV-Erkrankung einen Sonderstatus einzuräumen und sie nicht nach den bewährten Grundsätzen einer vornehmlich sexuell übertragbaren unheilbaren Infektionserkrankung anzugehen, nämlich durch: Schutz des noch nicht Infizierten; Identifikation des Infizierten; Stärkung des Selbstverantwor-

1) Nachdem die Ärztevereinigung AIDS-Aufklärung Schweiz diesen Skandal aufdeckte, mußte nach einer Interpellation von über 50 Parlamentariern des Nationalrates diese Broschüre auf Veranlassung des Bundesrates zurückgezogen und vernichtet werden. [Anmerkung d. Verf.]

tungsgefühls und der Motivation, die Krankheit nicht zu übertragen; Zwangsmaßnahmen in einer Minderzahl von Fällen, wo Selbstverantwortungsgefühl als Motivation fehlt; Zuwendung zum Erkrankten mit dem Ziel, seine Not zu lindern.“ (49). Ebenso setzte sich die Ärztevereinigung AIDS-Aufklärung Schweiz seit ihrer Gründung im Jahre 1989 für die Beendigung des HIV-Sonderstatus ein und forderte eine differenzierte Strategie in der AIDS-Bekämpfung (42, 43).

### **Ein zweigleisiger Ansatz zur Bekämpfung der AIDS-Epidemie**

Im Umgang mit HIV-Infizierten und AIDS-Kranken ist ein zweigleisiger Ansatz notwendig, der soziale von epidemiologischen Problemen trennt, jedoch beide berücksichtigt und gleichzeitig angeht (50).

Erstens ist sicherzustellen, daß für HIV-Infizierte genügend Mittel für medizinische Behandlung und soziale Sicherheit während der langen Krankheitsphase zur Verfügung stehen. Auch hier hat die medizinische Sicht maßgebend zu sein: Wie bei jeder anderen Krankheit sollen Sozialversicherungen für die medizinischen Behandlungen und krankheitsbedingten Arbeitsausfälle sowie für notwendige psychosoziale Betreuungsprogramme und die Sekundärprophylaxe aufkommen. Arbeitsstellen sollen entsprechend den Fähigkeiten und dem Gesundheitszustand der Patienten möglichst lange erhalten bleiben.

Zweitens geht es um den Schutz der Nichtinfizierten. Selbstverständlich liegt es in der Verantwortung der HIV-Infizierten, alles zu tun, um ihre Mitmenschen nicht zu infizieren. Der erste Schritt dazu ist, daß jeder Infizierte von seiner Infektion erfährt, d. h. daß jeder, der ein mutmaßliches Risiko eingegangen ist, sich testen läßt. HIV-Infizierte sollten ihre Partner informieren. Ärzte sollten verpflichtet werden, sicherzustellen, daß HIV-infizierte Patienten ihre Partner informieren, wie das bei anderen Geschlechtskrankheiten in der Regel ohne Widerspruch geschieht. Erfahrungsgemäß handelt die überwiegende Mehrheit der HIV-Infizierten verantwortungsbewußt. Gefährdet ein HIV-Infizierter durch sein Verhalten Mitmenschen, muß die Justiz die gesetzlichen Vorschriften anwenden, um dieses zu unterbinden, schließlich handelt es sich um eine tödliche Infektionskrankheit. Auch wenn jemand lediglich den Verdacht haben muß, angesteckt zu sein, ist er verpflichtet, eine HIV-Übertragung auszuschließen oder aber sich so zu verhalten, als sei er HIV-infiziert, was ein unter realistisch-psychologischem Aspekt auf Dauer kaum aufrechterhaltbares Verlangen darstellt. Die Anwendung des Kondoms bei einem HIV-Infizierten bietet wegen des nicht unerheblichen Restrisikos (51, 52) keine 100%ige Sicherheit. Deshalb genügt die Anwendung des Kondoms („geschützter“ Geschlechtsverkehr) den gesetzlichen Kriterien nicht, um sich im Falle einer HIV-Übertragung den Rechtsfolgen

zu entziehen, wie das jüngst in Wien ausgesprochene Gerichtsurteil gegen eine HIV-infizierte Prostituierte zeigt. Sie wurde wegen vorsätzlicher Körperverletzung zu einer unbedingten Gefängnisstrafe verurteilt, da sie trotz Wissens um ihre HIV-Infektion ihr Gewerbe mit Präservativen geschützt weiter ausübte und damit bewußt in Kauf nahm, ihre Kunden mit einer todbringenden Krankheit anzustecken (53).

### **Votum für eine Korrektur der offiziellen AIDS-Politik**

Entgegen dem Slogan der Deutschen AIDS-Hilfe „Keine Rechenschaft für Leidenschaft“ muß das Individuum aus ethischen und rechtlichen Gründen sehr wohl sich selbst, seinem Partner und der Gesellschaft Rechenschaft für seine Leidenschaft ablegen und ebenfalls auch die Konsequenzen verantwortungslosen Handelns tragen. Leidenschaft kann zwar – das ist bekannt – Leiden schaffen, schwerlich aber einen rechtsfreien oder moralfreien Raum. Dies ist der Punkt, an dem sich die Geister scheiden. Gerade das Schlagwort „Keine Rechenschaft für Leidenschaft“ (wie auch „Solidarität mit den Uneinsichtigen“ und ähnliche Slogans und Aktivitäten der AIDS-Hilfen) zeigt eine erschreckende Abwendung vom Inhalt des Begriffes ‚Solidarität‘. Es hilft auch dann nichts mehr, dieses Wort ständig im Munde zu führen. Die sog. „Betroffenenkompetenz“ ist zu einem einseitigen Lobbyismus für spezielle Minoritätsinteressen degeneriert und hat zu einer Vergötzung einer schrankenlosen und verpflichtungsfreien ‚persönlichen Freiheit‘ auf Kosten anderer geführt, die gefährlich und eindeutig unethisch ist. Gerade die Leidenschaft, vor allem bei gleichzeitig bestehender Lebensgefahr, braucht statt hemmungsloser Lustmaximierung ein angemessenes Maß an Verantwortungsbewußtsein. Diese von BAG wie von den schweizerischen AIDS-Hilfen in den Wind geschlagene Selbstverständlichkeit hat mehr als 450 Schweizer Ärzte veranlaßt, in der AIDS-Aufklärung Schweiz ein nicht von Betroffenenorganisationen deformiertes, wissenschaftlich begründetes Präventionskonzept zu entwickeln (43, 54).

Es ist ohne Zweifel Aufgabe der offiziellen Stop-AIDS-Kampagne, der staatlichen, halbstaatlichen und privaten Organisationen, die sich mit AIDS befassen, eine verantwortungsbewußte Haltung der HIV-Infizierten zu fördern. Eine Anti-Test-Haltung und die einseitige Betonung des Kondoms als alleinseligmachendes Präventionsmittel sind in dieser Hinsicht kontraproduktiv. Es sollte statt dessen ein gesellschaftlicher Konsens für Maßnahmen gefunden werden, durch die Neuinfektionen verhindert werden können.

Die zur Bekämpfung der HIV-Epidemie wirklich sinnvollen und notwendigen Präventionsmaßnahmen werden in der Schweiz noch nicht ausgeschöpft. Da die epidemiologische Erfassung der HIV-Infizierten ungenügend ist, bleibt deren

wahre Zahl unbekannt. Die unerkannten Infektionsquellen tragen dazu bei, daß sich die HIV-Epidemie weiterhin ausbreitet. Ihre Dynamik bleibt verborgen. Der bereits angerichtete Schaden ist nicht mehr gutzumachen, da Infizierte nicht geheilt werden können und das Fortschreiten der HIV-Epidemie mit den bisherigen Maßnahmen offenkundig nicht gestoppt werden kann.

## Literatur

- WHO: AIDS - Global data (as at 30 June 1993). *Wkly Epidemiol* 68, 193 - 194 (1993).
- Bundesamt für Gesundheitswesen: Aids-Information. *Bull Bundesamt Gesundh-Wes*, 37, 658 (1993).
- Bundesamt für Gesundheitswesen: Die HIV- und AIDS-Epidemie bei der heterosexuellen Bevölkerung in der Schweiz. *Bull Bundesamt Gesundh-Wes*, 12, 212 - 219 (1993).
- Merson, M., (Director, Global Programme on AIDS): Note to Correspondents. World Health Organization Press Conference, Berlin, 7 April 1993.
- WHO-Europe: Evaluation of Swiss National Programme on AIDS Prevention and Control, 1992.
- Koch, M. G.: AIDS - Vom Molekül zur Pandemie. *Spektrum d. Wissenschaft*, Heidelberg 1989, S. 132 - 135.
- Gonzalez, J. J., Koch, M. G.: On the role of transients (biasing transitional effects) for the prognostic analysis of the AIDS epidemic. *Am J Epidemiol* 126, 985 - 1005 (1987).
- Koch, M. G.: Wissentliche und willentliche HIV-Verbreitung - drei skandinavische Länder verlieren ihre Unschuld. *Handout AIDS-Aufklärung Schweiz*, IX. Welt-AIDS-Kongreß in Berlin, submitt. 1993.
- Imagawa, D. T., Moon, H. L., Wolinsky, S. M. et al.: Human Immunodeficiency Virus Type 1 Infection in homosexual men who remain seronegative for prolonged periods. *N Engl J Med* 320, 1458 - 1462 (1989).
- Bayer, R., Heaton, C.: Controlling AIDS in Cuba. *N Engl J Med* 320, 1022 - 1024 (1989).
- Frösner, G. G.: AIDS-Bekämpfung: I. Die unterschiedliche Seuchenbekämpfung in verschiedenen Ländern. *AIFO* 4, 597 - 606 (1989).
- Scheper-Hughes, N.: AIDS, public health, and human rights in Cuba. *Lancet* 342, 965 - 967 (1993).
- Bundesamt für Gesundheitswesen: Neue Verordnung über die Meldung übertragbarer Krankheiten des Menschen (Meldeverordnung). *Schweiz Ärztezeitung* 48, 2229 - 2231 (1987).
- Frösner, G. G.: High percentage of non-reported cases of AIDS in hemophiliacs of the F. R. G. Abstracts T. A. P. 64. 5th International Conference on AIDS, Montreal, 1989.
- Bundesamt für Gesundheitswesen, Somaini, B.: AIDS in der Schweiz. *Schweiz Med Wochenschr* 16, 538 - 544 (1984).
- Vogt, M., Lüthy, R., Siegenthaler, W.: GRID-Syndrom. *DMW* 41, 1539 - 1542 (1982).
- Bundesamt für Gesundheitswesen: AIDS. *Bull Bundesamt Gesundh-Wes*, 164 - 166 und 182 - 185 (1983).
- Bundesamt für Gesundheitswesen: Beitrag aktiver Überwachung zur Erfassung von AIDS-Fällen in der Schweiz. *Bundesamt Gesundh-Wes* 8, 114 - 116 (1991).
- Engel, R. E., Samuel, M. C., Rieder, H. L. et al.: Completeness of AIDS reporting in Switzerland: a study based on deaths between December 1987 and June 1990. *AIDS* 6, 1385 - 1389 (1992).
- Bundesamt für Gesundheitswesen: Instrumente des Bundesamtes für Gesundheitswesen zum HIV-Monitoring in der Schweiz. *BAG-Bulletin* 18, 256 - 260 (1991).
- Kommission für AIDS-Fragen des Kantons Zürich: Der HIV-Antikörpertest - Grundsatzpapier. Januar 1993.
- Blaser, J., Lüthy, R.: Wieviele Zürcher sind AIDS-Virus infiziert? Ein epidemiologisches Mosaik im Halbdunkel. *Neue Zürcher Zeitung* 31. 8. 1989.
- Bundesamt für Gesundheitswesen, Somaini, B.: AIDS: Epidemiologie und Prävention für die Praxis. *Schweiz Rundschau Med (PRAXIS)* 18, 547 - 550 (1990).
- Bundesamt für Gesundheitswesen: AIDS in der Schweiz 1991. *Bull Bundesamt Gesundh-Wes* 20, 301 - 302 (1991).
- Centers for Disease Control: Update: public health surveillance for HIV infection - United States, 1989 and 1990. *MMWR* 39, 861 (1990).
- Bayer, R.: Public Health Policy and the AIDS Epidemic - an End to HIV Exceptionalism? *N Engl J Med* 324, 1500 - 1504 (1991).
- Rhame, F. S., Maki, D. G.: The Case for Wider Use of Testing for HIV Infection. *N Engl J Med* 320, 1248 - 1254 (1989).
- Working Group on PCP Prophylaxis in Children: Guidelines for prophylaxis against *Pneumocystis carinii* pneumonia for children infected with human immunodeficiency virus. *MMWR* 40(RR-2), 1 - 13 (1991).
- Eidgenössische Kommission für AIDS-Fragen: HIV-Testung im Spital - für mehr Qualität statt Quantität. *Schweiz Ärztezeitung* Band 74, Heft 1/1993 (6. 1. 93).
- Neue Zürcher Zeitung, Nr. 174, S. 13 (30. 7. 1991).
- L'age-Stehr, J., Helm, E. B. (Hrsg.): Ratschläge an den infizierten Patienten. In: AIDS und die Vorstadien. Ein Leitfaden für Praxis und Klinik. Springer-Verlag, Berlin Heidelberg New York 1993.
- Giesecke, J., Ramstedt, K., Granath, F. et al.: Efficacy of partner notification for HIV infection. *Lancet* 338, 1096 - 1100 (1991).
- Clumeck, N., Telman, H., Hermans, P. et al.: A cluster of HIV infection among heterosexual people without apparent risk factors. *N Engl J Med* 321, 1460 - 1462 (1989).
- Jones, J. L., Wykoff, R. F., Hollis, S. L., et al.: Brief Reports. Partner acceptance of health department notification of HIV exposure, South Carolina. *JAMA* 264, 1284 - 1286 (1990).
- Landis, S. E., Schoenbach, V. J., Weber, D. J. et al.: Results of a Randomized Trial of Partner Notification in Cases of HIV Infection in North Carolina. *N Engl J Med* 326, 101 - 106 (1992).
- Fed Regist 53, 3554 (1988).
- Institute of Medicine. National Academy of Sciences: Confronting AIDS: update 1988: Altering the course of the epidemic. Washington D. C. National Academy Press 82 (1988).
- Report of the Presidential Commission on the Human Immunodeficiency Virus Epidemic: submitted to the President of the United States. Washington D. C.: Presidential Commission on the Human Immunodeficiency Virus Epidemic 76 (1988).
- American Bar Association. House of Delegates: Report from the House of Delegates. August 1989: annual meeting, Chicago. American Bar Association, 23 - 25 (1989).
- American Medical Association Board of Trustees: Report X. AMA HIV policy update. In: AMA Proceedings at the House of Delegates. December 3 - 6, 1989, 43rd interim meeting, Chicago: American Medical Association, 76 - 95 (1989).
- Müller, M.: Strafrecht und Epidemienrecht in der AIDS-Bekämpfung. *AJP/PJA* 8/93, 915 - 928.
- AIDS-Aufklärung Schweiz: HIV-Infektion: Das Ende des Sonderstatus. *Schweiz Ärztezeitung*, 30/31, 1278 - 1280 (1990).
- AIDS-Aufklärung Schweiz: Das HIV-Präventionskonzept der AIDS-Aufklärung Schweiz und seine Grundlagen. August 1992.
- Gottlieb, M. S., Schanker, H. M., Fan, P. T. et al.: Pneumocystis Pneumonia - Los Angeles. *MMWR* 30, 250 - 252 (1981).
- Altman, D.: The impact of AIDS in the developed world. *Br Med Bull* 44, 174 ff (1988).
- Arbeitskreis AIDS-Aufklärung VPM: April, K. Barben, J.: AIDS - Lähmung der Abwehr in Individuum und Gesellschaft. Hrsg. AIDS-Aufklärung Schweiz, 1992.
- AIDS-Hilfe Schweiz: Homosexuelle und AIDS - Der Versuch einer Bewältigung. Oktober 1988.
- Staub, R.: AIDS, Ratti, AIDS und nochmals AIDS. *Ander-schume/Kontiki* 5, 4 (1985).
- Schweizerische Ärztegesellschaft: AIDS-Konzept FMH. *Schweiz Ärztezeitung* 47, 1989 - 1997 (1989).
- Angell, M.: A dual approach to the AIDS epidemic. *N Engl J Med* 324, 1498 - 1500 (1991).
- April, K., Schreiner, K.: Zur Frage der Schutzwirkung des Kondoms gegen HIV-Infektionen. *Schweiz Med Wochenschr* 120, 972 - 978 (1990).
- April, K., Köster, R., Schreiner, W.: Wie effektiv schützen Kondome vor einer HIV-Übertragung? *Med Klin* 88, 304 - 311 (1993).
- Meldung der Schweizerischen Depeschagentur vom 5. Mai 1993.
- Koch, M. G., April, K., Baerlocher, K. et al.: Neuralgische Punkte der HIV/AIDS-Debatte. Stellungnahmen zur AIDS-Bekämpfung in der Schweiz. Zürich: AIDS-Aufklärung Schweiz, 1993.