

Epidemiologie und Prävention von Aids

Bertino Somaini

Bundesamt für Gesundheitswesen, Liebefeld

1981 wurde erstmals über das Krankheitsbild Aids berichtet. Niemand ahnte damals die Dimension, welche Aids heute 10 Jahre später angenommen hat. Heute haben wir einen recht guten Überblick über die Aidsepidemie, aber es ist und bleibt weiterhin schwierig abzuschätzen, wie die Epidemie in den nächsten 10 Jahren verlaufen wird. Voraussagen werden regelmässig gemacht und ebenso regelmässig korrigiert. Aids ist das Endstadium einer Infektion mit dem Aidsvirus HIV. Zwischen Ansteckung mit HIV und Ausbruch der Krankheit Aids vergehen im Durchschnitt mehr als 10 Jahre¹. Die Aidsfälle widerspiegeln daher im Prinzip einen Infektionszustand der vor etwa 10 Jahren vorhanden war.

Epidemiologie

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) schätzt, dass in den letzten 10 Jahren weltweit ca. 1 Million Personen an Aids erkrankt sind. In den nächsten 10 Jahren sollen weitere 9 Millionen dazukommen².

Dies würde auch dann zutreffen, wenn kaum mehr Neuinfektionen stattfinden würden. Die meisten erkrankten Personen finden sich in Afrika. In Europa sind bis Juni 1991 insgesamt über 56 000 Aidskrankungen gemeldet worden. Immer noch ist eine Zunahme der gemeldeten Fälle festzustellen (Abbildung 1). Innerhalb Europa beträgt der Anteil von aidskranken homo- und bisexuellen Männer etwa 44%. 31% der erkrankten Personen sind i. v. Drogenbenützer und bei 8% wird eine heterosexuelle Infektion angenommen. Die Differenz zwischen einzelnen Ländern ist allerdings recht beträchtlich. So werden aus nordischen Ländern nur wenige Drogenabhängige mit Aids gemeldet, in südlichen Ländern dagegen ist dieser Anteil recht hoch³. Jedes Land in Europa hat einen eigenen Verlauf der Aidsepidemie, ebenso manifestiert sich die Zunahme der Aidsfälle bei jeder Bevölkerungsgruppe anders. So hat die Anzahl der an Aids erkrankten Drogenabhängigen in der Schweiz in den letzten Jahren stark zugenommen und heute werden bereits mehr Drogenabhängige mit Aids gemeldet als Homosexuelle (Abbildung 2). Ebenso

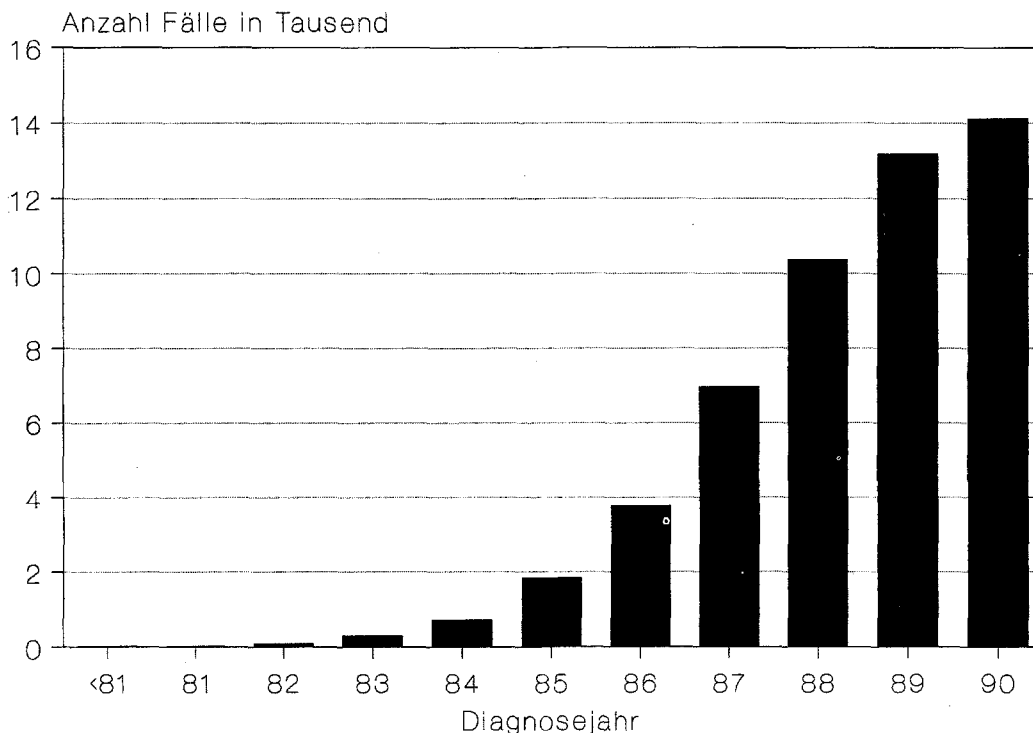


Abb. 1. Jährlich gemeldete Neuerkrankte an Aids in Europa.

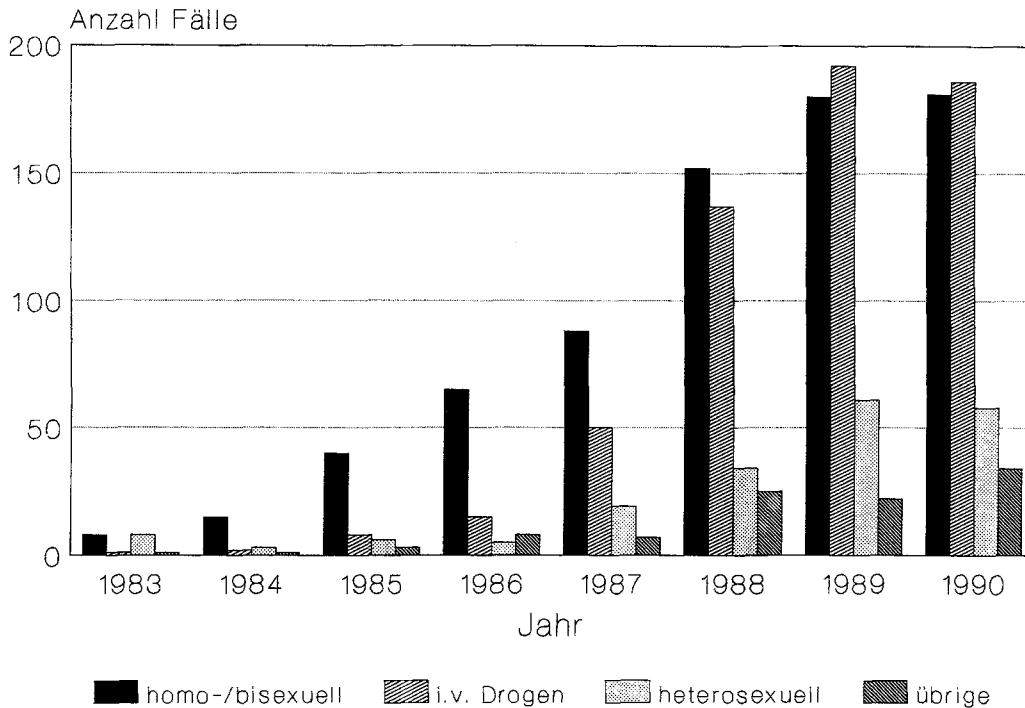


Abb. 2. Aidsfälle nach Meldejahr und Patientengruppe in der Schweiz.

wird die langsame aber ständige Zunahme von Aidsfällen, bei welchen eine heterosexuelle Infektion angenommen wird, deutlich.

Die Alters- und Geschlechtsverteilung gibt weitere Hinweise in dieser Richtung. Das Verhältnis Männer zu Frauen beträgt bei den Aidspatienten in der Schweiz zur Zeit etwa 5:1, vor 6 Jahren war dieses Verhältnis noch 13:1. Das Verhältnis Männer zu Frauen bei den HIV-positiven Personen ist 2,5:1. Es ist bemerkenswert, dass 2/3 aller infizierten Frauen zwischen 20–30 Jahren alt sind und sich somit im gebärfähigen Alter befinden. Aids ist folglich eine Epidemie, welche besonders die jüngeren Erwachsenen trifft und damit auch grosse soziale und volkswirtschaftliche Implikationen haben wird. Zunehmend mehr Frauen werden an Aids erkranken und eine vermehrte perinatale Übertragung ist eine zu erwartende Folgeerscheinung.

In der Schweiz besteht nebst einer Aidsmeldepflicht auch eine Pflicht zur Meldung von HIV-positiven Befunden auf anonymer Basis. Seit Ende 1987 werden mittels Zusatzfragebogen demographische Daten und Angaben über Risikosituationen beim behandelnden Arzt eingeholt.

Diese Meldungen geben uns wichtige Hinweise: 45% aller positiven Testbefunde der letzten 3 1/2 Jahren stammen von i.v. Drogenbenützern, etwa 25% von Personen mit homosexuellen Kontakten und 20% von Personen, bei welchen ein heterosexuelles Infektionsrisiko angenommen wird (Abbildung 3). Seit etwa 2 Jahren allerdings nehmen die Meldungen von i.v. Drogenabhängigen ab, bei heterosexuell bedingten Infektionen ist eine leichte Zunahme festzustellen. Noch deutlicher wird diese

Zunahme bei HIV-infizierten Frauen: Seit 1990 übertreffen solche Meldungen diejenigen von i.v. drogenabhängigen Frauen.

Diese HIV-Meldungen widerspiegeln sicher nicht eine Prävalenz. Es ist unklar, welche Personen sich testen lassen und welche nicht. Spezifische Fragestellungen können jedoch formuliert werden: Entspricht die Zunahme der heterosexuellen HIV-infizierte Personen einer wirklichen Zunahme? Ist die Abnahme bei i.v. Drogenabhängigen eine Realität? Was bedeutet der stabilere Kurvenverlauf bei Homosexuellen? Solche Fragen könnten mit Einzelstudien angegangen werden. Kleinere lokale Studien zeigen beispielsweise⁴, dass bei Drogenabhängigen in der Schweiz in den letzten 2 Jahren die Zunahme von HIV-Infektionen sich wesentlich vermindert hat.

Wie gross ist nun aber das Ansteckungsrisiko?

Aufgrund verschiedener epidemiologischer Studien und anhand von anderen einzelnen Untersuchungen wurde versucht das HIV-Übertragungsrisiko abzuschätzen². In Tabelle 1 ist die Effizienz pro Exposition aufgeführt. Diese beträgt beispielsweise bei Bluttransfusionen mit HIV infiziertem Blut über 90%, bei Spriztentausch dagegen etwa 1%. Eine weitere Kolonne zeigt den weltweiten Anteil des betreffenden Infektionsweges; hier wird klar, dass die heterosexuelle Übertragung die wichtigste Rolle spielt.

Mit dem Aidsmeldewesen können wir in der Schweiz wie auch in vielen anderen Ländern einen Zeitraum von etwa 10 Jahren überblicken. Diese

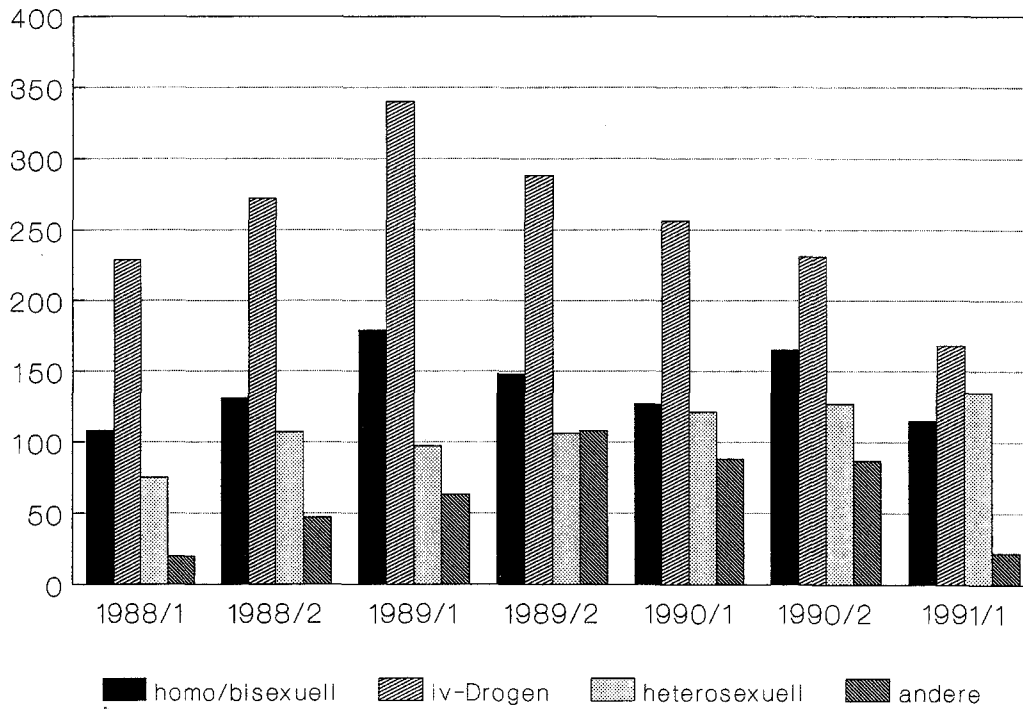


Abb. 3. Arztmeldungen HIV-positiv 1988–1991 nach Patientengruppe.

Tab. 1. HIV-Übertragung, Globalübersicht 1991.

Expositions-Typ	Effizienz pro einzelne Exposition	Gesamtanteil
● Bluttransfusion	> 90%	3–5%
● Perinatal	30%	5–10%
● Sexualkontakt (Vaginal)	0.1–1.0%	70–80%
(Anal)		(60–70%) (5–10%)
● Drogeninjektion – Spritzentausch	0.5–1.0%	5–10%
● Med. Bereich – Nadelstich, usw.	< 0.5%	< 0.01%

Angaben werden zunehmend wichtiger und sind vermehrt für verschiedene Fragestellungen hilfreich. Immer wieder wird über eine Abflachung der Aidskurve berichtet. Solche Abflachungsphänomene gilt es genauer zu analysieren: Handelt es sich dabei um Änderungen im Meldeverhalten oder eine Definitionsänderung? Ist dies ein Phänomen bedingt durch die vermehrte Anwendung von Medikamenten (wie AZT), welche den Krankheitsausbruch bei HIV infizierten Personen verzögern oder zeigt sich schon die Wirkung der Prävention (Verhaltensänderung)? Sind biologische Faktoren oder andere Kofaktoren (soziale und psychosoziale), welche den Krankheitsverlauf entweder positiv oder negativ beeinflussen dafür verantwortlich? Erst eine gesamte Analyse kann aufzeigen, welche Faktoren entscheidender sind, am wahrscheinlichsten ist wohl eine Kombination verschiedener Ursachen.

Die Epidemiologie von HIV ist wesentlich komplexer und ungenügend erforscht. Mit dem HIV-

Meldewesen in der Schweiz sind gewisse Aussagen möglich. Viele wichtige Fragen bleiben aber weiterhin offen. Für die Beurteilung der aktuellen Situation, wie Angaben über Prävalenz und Inzidenz ist ein Meldewesen allein ungeeignet. Genauere Kenntnisse der HIV-Epidemie sind nötig, um Präventivmassnahmen gezielter planen und Prioritäten besser setzen zu können. Planung, Projektionen und internationale Vergleiche, wie auch die Evaluation von Massnahmen brauchen eine gute HIV-Statistik. Dazu beitragen könnte das „Unlinked anonymous Screening“. Dabei werden Blutproben, welche von anderen Untersuchungen übrig bleiben, völlig anonym auf das Vorliegen von HIV untersucht. Erste Erfahrungen in den USA⁵, England und anderen Ländern zeigen, dass dieses System geeignet ist, verschiedene Fragestellungen zu beantworten. Zusätzlich müssen vermehrt HIV-Studien auf freiwilliger Basis zur zusätzlichen Beurteilung von Risikosituationen gemacht werden. Weiterhin wichtig sind Verhaltensstudien. Eine tatsachenorientierte Beur-

teilung der HIV-Epidemie ist nötig. Ansonsten besteht die Gefahr, dass Aids auch zu einer ideologischen Diskussion wird.

Prävention

Der Aids-erreger ist seit 1983 bekannt und bereits in vielen kleinen Einzelheiten erforscht. Bis jetzt konnten allerdings weder ein Impfstoff noch eine ursächliche Therapie dagegen entwickelt werden. Allerdings sind uns in der Prävention der HIV-Ausbreitung die Hände nicht gebunden. Aids ist zwar eine neue Krankheit, aber es existieren bereits jahrelange Erfahrungen im Bereich der Gesundheitsförderung, der Prävention sexuell übertragbarer Krankheiten, der Drogenprävention, der Verhaltensbeeinflussung. Diese Erfahrungen müssen in eine situationsgerechte, der heutigen Zeit angepasste Aidspräventionsstrategie umgesetzt werden. Nur das Zusammenwirken von Aufklärung und medizinischer Betreuung sowie ein dichtes Netz psychosozialer Versorgung sind in der Lage, der Ausbreitung dieser Krankheit zu begegnen. Eine erfolgreiche Aufklärung ist von einer Lernatmosphäre abhängig, die ein hohes Mass an gesellschaftlicher Integration verlangt. Wir müssen die soziale Verelendung, die Ausgrenzung, die Diskriminierung und Verfolgung von Randgruppen verhindern. Über Aids zu sprechen heisst, über Homosexualität, Bisexualität und andere Formen sexuellen Verhaltens, über Prostitution, Drogenabhängigkeit und Strafvollzug zu sprechen.

Prinzipiell unterscheidet man zwischen primärer, sekundärer und teritärer Prävention:

- Primäre Prävention: Vermeidung einer HIV-Infektion
- Sekundäre Prävention: Vermeidung des Ausbruchs von Aids bei einer infizierten Person durch Früherkennung und Intervention
- Teritäre Prävention: Verhinderung von weiteren Komplikationen bei einem Erkrankten

Die teritäre Prävention erweist sich beim Vollbild von Aids als schwierig, da sich bei einem zerstörten Immunsystem diverse Komplikationen ablösen und bisher keine systematische, erfolgsversprechende Interventionsmöglichkeit existiert. Die sekundäre Prävention wird in Zukunft noch mehr an Bedeutung gewinnen, da sich weitere Medikamente in Erprobung befinden, die den Krankheitsausbruch verzögern und vielleicht einmal verhindern werden, wichtig ist dabei der Aspekt der Lebensqualität. Die Kofaktorenforschung befindet sich allerdings erst in den Anfängen.

Die primäre Prävention steht jedoch weiterhin im Vordergrund. In der Schweiz haben wir uns in der Aidsprävention 3 übergeordnete Ziele gesetzt:

1. Neuinfektionen verhindern
2. Verminderung negativer Auswirkung der Epidemie
3. Förderung der Solidarität

Die *Verhinderung von Neuinfektionen* kann nur erreicht werden, wenn Aufklärungen ohne Einschränkungen stattfinden, und die Entwicklung von adäquatem Risikobewusstsein sowie Eigenverantwortlichkeit vorangetrieben wird. Ausserdem müssen die nötigen Schutzmassnahmen zur Verfügung stehen. Die Aids-epidemie trifft zunächst bestimmte Gruppen mit ausgeprägtem Risikoverhalten, bei uns sind dies die Drogenabhängigen und die homosexuellen Männern. Über Sexualkontakte ist jedoch eine zunehmende Ausdehnung in breitere Bevölkerungsschichten zu erwarten. Die HIV-Infektion verläuft jahrelang symptomlos, während dieser Zeit sind Virusträger potentiell infektiös. Die Kenntnisse der Übertragungswege gibt jedem Menschen die Möglichkeit eine für ihn richtige Wahl zu treffen, entweder Übertragungsrisiken zu vermeiden (sexuelle Treue, bzw. auf intravenösen Drogenkonsum zu verzichten) oder sich wirkungsvoll zu schützen, (d. h. Präservative zu verwenden bzw. keine fremde Spritzen zu gebrauchen). Wichtig ist, ein risikoarmes Verhalten zu wählen.

Die *Solidarität* zwischen Gesunden, Infizierten und Personen mit potentielltem Risikoverhalten spielt dabei eine entscheidende Rolle. Solidarität ist natürlich keine Einbahnstrasse, Nichtinfizierte müssen Infizierte verstehen, ebenso Infizierte die Anliegen der Nichtinfizierten begreifen. Die Förderung der Solidarität heisst also, ein Klima des Vertrauens zu schaffen, nur dann ist es nämlich möglich, die Betroffenen der Aidsproblematik zu erreichen und zu einer Verhaltensänderung zu bewegen. Es wird viel über Verantwortung gesprochen. Aber kann man jemandem begreiflich machen, der nicht in einer Gesellschaft eingebunden ist, dass er auch für andere Verantwortung trägt? Wenn wir also Verantwortung fordern, bemühen wir uns auch, das soziale Umfeld so mitzugestalten, dass diese Verantwortung auch wahrgenommen werden kann? Solidarität wird zum entscheidenden Faktor in der Zukunft. Darin eingeschlossen ist natürlich auch das solidarische Verhalten der reicheren westlichen Welt gegenüber den von der Aids-epidemie wesentlich stärker betroffenen Regionen (wie z. B. Afrika). Sind wir zufrieden, wenn es uns hier gelingt, die Epidemie einzudämmen? Sind die Homosexuellen beruhigt, weil bei ihnen ja die Prävention Wirkung zeigt? Sind die Haemophilen zufrieden, da für sie die Gefahr vorbei ist? „Die anderen sollen selbst für sich schauen!“ Eine solche Einstellung untergräbt die Solidarität und fördert schlussendlich die weitere Ausbreitung der Epidemie. Alle diese Aspekte

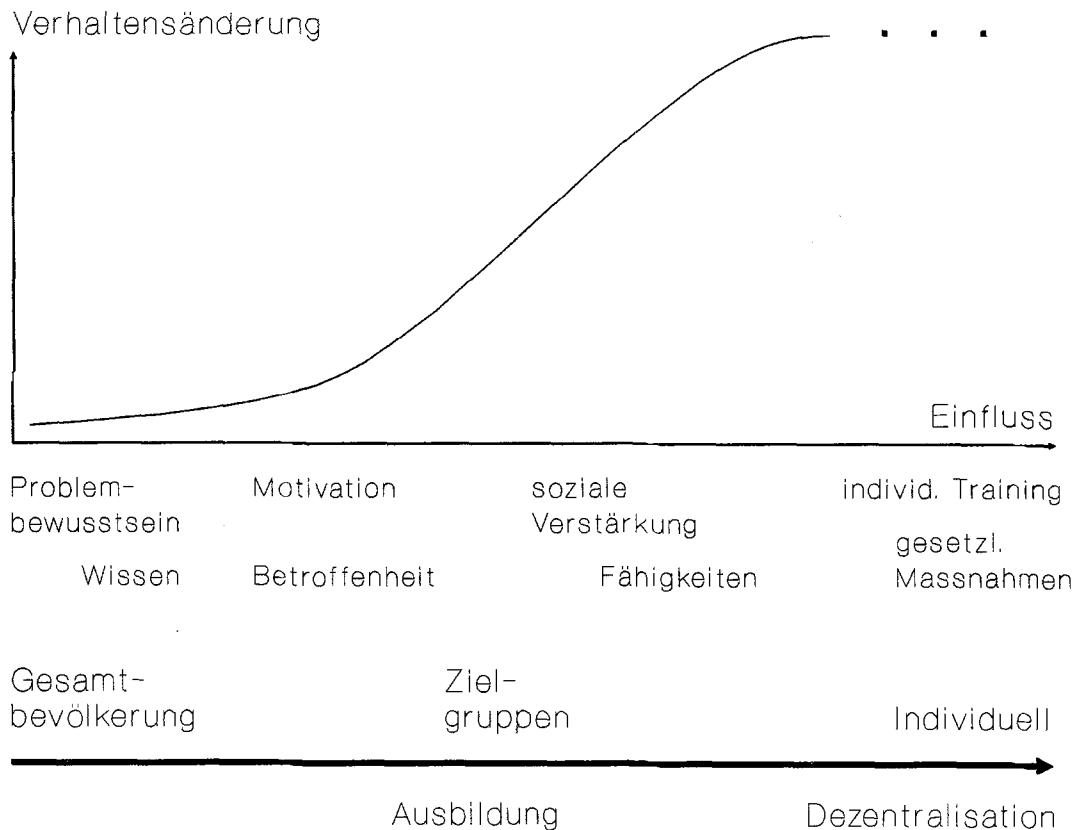


Abb. 4. Einfluss der Verhaltensanpassung.

sprechen neben den menschlichen Gründen gegenüber Infizierten und Erkrankten für die Wichtigkeit der Solidarität.

Die verschiedenen Möglichkeiten eines risikoarmen Sexualverhaltens sind ja bestens bekannt (Abstinenz, Monogamie, Kondomgebrauch, ungefährliche Varianten von Zärtlichkeiten und anderes).

Die Grundlagen und Aspekte des Verhaltens beim Menschen, insbesondere des Gesundheitsverhaltens wurde in den letzten Jahren vermehrt erforscht. Prinzipiell gilt, dass das Verhalten einer Person vom Wissen und Einstellung abhängig ist. Externe Faktoren sind dabei entscheidend; darunter verstehen wir vor allem soziale Netze und das persönliche Umfeld einer Person⁶. Verhaltensänderung ist nämlich ein Prozess, der bei verschiedenen Personen unterschiedlich viel Zeit braucht. Eine schematische Darstellung der Beeinflussung des Verhaltens zeigt Abbildung 4.

Um Verhaltensänderungen überhaupt möglich zu machen, braucht es also eine Aidspräventionsstrategie, welche auf drei Ebenen arbeiten muss:

- Bevölkerungsbezogene
- Zielgruppenspezifische
- Personenspezifische

Bevölkerungsbezogene Information

In vielen Ländern wird eine bevölkerungsbezogene Informationskampagne durchgeführt. Die an die

Gesamtbevölkerung gerichtete kontinuierliche Informationskampagne soll auf eine Änderung von Einstellungen hinwirken. Sie trägt auch dazu bei, in der Gesellschaft individuelle Beratung und zielgruppenspezifische Programme tragfähig zu machen. Ohne diese wichtige Voraussetzung sind andere Elemente der Aidsprävention kaum wirkungsvoll durchführbar.

Zielgruppenspezifische Motivation

Bei allen Präventionsbemühungen ist es nötig, die Zielgruppe so genau wie möglich zu definieren. Dies gilt selbstverständlich auch für die Aidsprävention, wo Zielgruppen wie homosexuelle Männer, Prostituierte, Jugendliche, Drogenabhängige und andere spezifisch kontaktiert und motiviert werden müssen. Als Beispiel seien die Drogenabhängigen erwähnt:

Seit einigen Jahren ist bekannt, dass sich HIV im Drogenmilieu relativ rasch ausbreitet. Die Übertragung erfolgt hauptsächlich über den Spritzen-tausch, zunehmend jedoch auch über Sexualkontakte. Die klaren Konsequenzen lauten demnach Unterlassung des Spritzen-tausches und ausnahmslose Verwendung von Kondomen. Es stellt sich die Frage, warum diese einleuchtenden Massnahmen bisher zuwenig zum Tragen kommen. Die Erfolge der Aidsprävention bei Drogenabhängigen sind in verschiedenen Gebieten eher limitiert. Untersu-

chungen zeigen jedoch, dass die Drogenabhängigen gut über die HIV-Infektion und die Möglichkeit zur Verminderung des Ansteckungsrisikos Bescheid wissen. Vorwiegend fehlen ihnen aber die Fähigkeiten, ihr Wissen in die Praxis umzusetzen und die Verhaltensanpassung aufrechtzuerhalten. Diese Schwierigkeiten sind wohl mehrheitlich durch fehlende Unterstützung bedingt. Vielerorts zeigt die derzeitige Drogenpolitik bei der Anpassung an die Aidsituation noch zu wenig Flexibilität. Es braucht dazu drei wesentliche Elemente:

Aufnahmen von Kontakten

Zuerst muss Vertrauen hergestellt werden, Vertrauen zwischen Beratern und Drogenabhängigen, Vertrauen auch in vom Staat unterstützte Präventionsmassnahmen. Ohne Vertrauen sind effektive und effiziente Prävention und Betreuung unmöglich. Es braucht Räume, wo Diskussionen und Gespräche möglich sind und wo sich die Drogenabhängigen auch einigermaßen sicher fühlen. Ärzte, Betreuer, Justiz und Polizei sind aufgefordert, gemeinsam ein regionales Konzept zur Vertrauensbildung zu entwickeln, das auch von der Öffentlichkeit getragen wird.

Überlebenshilfe

Viele Drogenabhängige befinden sich im Zustand der Verelendung, in dem eine Gesundheitsförderung undenkbar ist. Sie benötigen eine minimale Existenzgrundlage, um sich überhaupt für eine Verhaltensänderung interessieren zu können. Erst wenn diese geschaffen ist, kann weitere soziale Hilfe integriert werden. „Den Drogenabhängigen möglichst gesund über die Drogenphase zu bringen.“ Verschiedene Massnahmen wie die Abgabe von Spritzen, Methadon und Kondomen sind hierbei indiziert. In der Schweiz kennt man heute eine eher liberale Spritzenabgabe, die Methadonprogramme werden erweitert und es gibt auch sogenannte Injektionsräume (Fixerräume), wo Drogensüchtige das nötige Material und Umfeld haben, um wenigstens möglichst ungefährlich Drogen injizieren zu können. Selbstverständlich sollte immer wieder Ausstiegshilfe angeboten werden.

Resozialisierung

Ein erfolgreicher Drogenentzug ist auf der Basis der oben erwähnten Voraussetzungen und insbesondere dann möglich, wenn es gelingt, Drogenabhängigen eine Zukunftsperspektive anzubieten. Resozialisierung ist auch möglich, wenn noch kein Entzug stattgefunden hat. In der Schweiz ist trotz der eher etwas liberalen Haltung ein zunehmender Trend zum Entzug zu beobachten.

Nur wenn gemeinsam und gleichzeitig auf allen Ebenen an diesen drei Phasen gearbeitet wird, besteht die Hoffnung, das Aidsproblem im Drogenbereich erfolgreicher bekämpfen zu können. Aller-

dings sollen an Drogenkonsumenten diesbezüglich auch klare Forderungen gestellt werden; auch sie haben Pflichten zu erfüllen. Vielerorts ist bereits ein beträchtlicher Teil der intravenös Drogenabhängigen HIV-infiziert. Viele jugendliche Drogenpatienten pflegen sexuelle Kontakte mit anderen, nichtabhängigen Jugendlichen, dies oft weit weg von der Drogenszene. Das Aidsvirus kümmert sich wenig um Gesetz und nicht eingehaltene Vorschriften. Es ist nutzlos, sich auf ein Verbot zu berufen und meinen, damit sei das Problem gelöst. Wenn wir hier nicht die nötigen und wirksamen Massnahmen ergreifen und veranlassen, wird das Virus sich weiter unter Drogenabhängigen und deren Sexualpartner/partnerinnen verbreiten.

Personenspezifische Prävention

Ohne Zweifel ist die persönliche individuelle Präventionsanleitung die wirksamste Intervention. Individuelle Beratung und Betreuung haben mehr Einfluss als tausend Plakate. Keine beratend tätige Person sollte mehr Hemmungen haben, das Thema Sexualverhalten und Drogenprobleme bei all jenen anzusprechen, die möglicherweise einer Risikosituation ausgesetzt sind. Die dafür nötige Ausbildung, auch für andere Präventionsbereiche, steckt allerdings erst in den Anfängen. Wir sind heute in der Phase der Neuüberdenkung. Mehr und mehr Leute möchten vom Arzt bezüglich gesundem Verhalten, Gesundheitserhaltung generell, beraten werden. Es kann nicht mehr darum gehen, auf „Kranke zu warten“. Sehr oft weiss nämlich der Arzt über Risikosituationen bei seinem Patienten Bescheid. Warum nicht darüber sprechen? In der Praxis hat sich das Modell (Tabelle 2) einer „Verhaltensänderungshierarchie“ recht gut bewährt⁷. Ein Arzt oder eine beratende Person kann beispielsweise bei Gesprächen mit einer jüngeren Frau kurz abklären, in welcher Verhaltensstufe sie sich befindet; das Problembewusstsein besprechen, das Wissen, die Motivation, die Fähigkeit, die Durchführung und die Konstanz diskutieren. So wird relativ bald ersichtlich, wo eine bestimmte Person Schwierigkeiten hat und Hilfe bedarf. Beispielsweise stellt sich unter dem Stichwort „Fähigkeiten“ nebst dem Problem des Kondomgebrauchs auch der Aspekt wie kann ein Mädchen dem „sozialen Druck“ widerstehen, Geschlechtsverkehr haben zu müssen, damit man beispielsweise in einer Gruppe akzeptiert wird. Solche Aspekte müssen mehr und mehr in die Beratung eingebaut werden.

Die drei Ebenen Gesamtbevölkerung, Zielgruppe und Individuum sind eng miteinander verknüpft. Im Bereich des „Social Marketing“ werden 3 Faktoren⁸ als wichtig angesehen: Lernen, Fühlen und Handeln. Nur bei einem guten Abstimmen dieser 3 Faktoren, kommt es zu einem festen dauerhaften Handeln. Jugendliche wissen beispielsweise um den

Tab. 2. Stadien der Verhaltensänderung.

Verhaltensschritte	Risikofaktoren		
	Sexualverhalten	Drogenhygiene	Solidarität
Problembewusstsein			
Wissen			
Motivation			
Fähigkeiten			
Durchführung			
Konstanz			

Nutzen einer Kondomanwendung. Die Gefühlsebene ist aber oft noch nicht im Einklang mit der Wissenssebene. Vielleicht bestehen Schwierigkeiten bei der Anwendung. Das nächste Mal wird daher auf das Kondom verzichtet. Dann allerdings machen sich Angstgefühle bemerkbar, ob das eingegangene Risiko nicht zu gross war. Das nächste Mal wird wieder ein Kondom verwendet – es klappt besser! So spielen verschiedene Faktoren mit, bis Lernen und Fühlen so weit übereinstimmen, dass daraus ein festes Handeln wird. Dieses Modell hat nicht den Anspruch, die psychologische Komplexität aufzuzeigen; vielleicht sind aber solche einfachere Modelle besser auf die Alltagsrealität anwendbar und sogar in der Beratung brauchbar.

Die Evaluation spielt bei der Beurteilung von Interventionen eine entscheidende Rolle⁹. Zunächst müsste mit experimentellen Studien sichergestellt werden, ob eine Intervention auch wirksam

ist. Anschliessend sollten Anpassungen und Wiederholungen stattfinden, bevor Massnahmen im grossen Rahmen eingeführt werden. Bei Aids war es nicht immer möglich, alle diese Stufen zu durchlaufen. Erfahrungen mit anderen Krankheits- und Gesundheitsproblemen müssten beigezogen werden. Eine systematischere Evaluation hilft hier weiter. Läuft der Prozess gut? Ist er wirksam? Ist er akzeptiert und reproduzierbar? Die Kondomanwendung hat in der Schweiz in den letzten 4 Jahren recht deutlich zugenommen von 7% auf beinahe 50% bei Personen, welche flüchtige Sexualkontakte haben¹⁰. Noch deutlicher ist diese Zunahme von 20% auf 73% bei den 17–20-jährigen, wobei eine befürchtete Permissivität, trotz der recht progressiven „Kondomwerbung“, in der Schweiz nicht beobachtet wird. Bemerkenswert ist auch wie die Zahl der Gonorrhoe-Fälle und Syphilisfälle (Abbildung 5) in den letzten Jahren abgenommen hat.

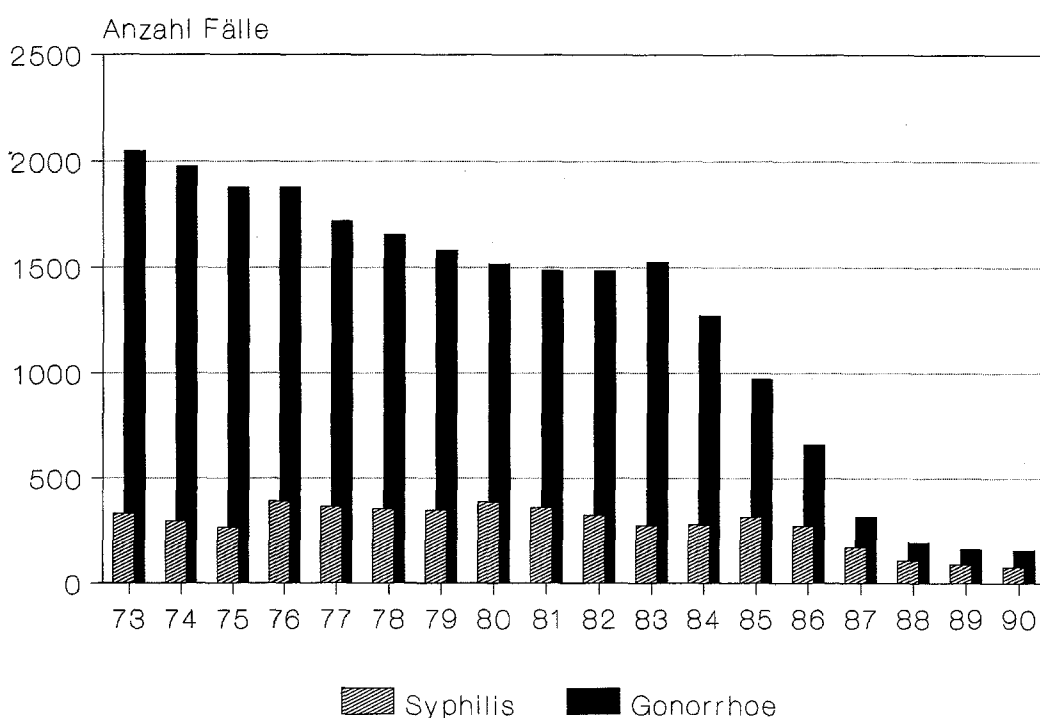


Abb. 5. Gonorrhoe und Syphilis: von den 6 Polikliniken für Dermatologie jährlich gemeldete Fälle 1973–1990.

Einige wichtige Zukunftsperspektiven gilt es zu berücksichtigen:

Vermeehrt werden *Medikamente* zum Einsatz kommen, welche die Lebensqualität hoffentlich verbessern und den Krankheitsausbruch verzögern werden. Es ist unklar, welche epidemiologischen Konsequenzen diese Therapien mit sich führen. Die Lebensdauer wird verlängert, wird aber auch die Infektiosität verringert? Ebenso ist anzunehmen, dass einzelne Zielgruppen nicht in den vollen Genuss solcher Medikamente kommen werden, wie Drogenabhängige und Personen in weniger entwickelten Ländern.

Neue Forschungsansätze werden in Zukunft weitere Angaben liefern, welche Faktoren den Krankheitsverlauf beschleunigen oder verlangsamen können. Diese Erkenntnisse – auch im psychosozialen Bereich – müssen möglichst rasch umgesetzt werden. Stehen dazu die nötigen Infrastrukturen zur Verfügung?

Vielleicht wird auch eine *Impfung* zur Verfügung stehen: Diese wird das Infektionsrisiko verkleinern. Allerdings ist vorauszusehen, dass die Wirksamkeit der ersten Impfung vermutlich nicht sehr hoch sein wird. Wie wird dadurch die HIV und Aids-Epidemiologie verändert? Wie integrieren wir eine Impfung in unsere Präventionsstrategie? Insbesondere in Europa, wenn beispielsweise der Impfschutz nur 80 bzw. 90 % betragen würde, die Kondomanwendung und Verwendung von sauberem Injektionsmaterial aber einen besseren Schutz verleiht?

Somit bin ich bei der *Präventionsstrategie* angelangt. Entscheidend ist, dass weiterhin die Solidarität die wesentliche Grundlage bildet. Die Aidspräventionsstrategie sollte noch besser vernetzt werden. Die Ottawa Charta¹¹ hat hier einige wichtige Elemente aufgezeigt. Die gewählten Ansätze können daher wegweisend sein auch für andere Bereiche im Gesundheitswesen.

In den letzten Jahren wurde wegen Aids die verschiedenen Möglichkeiten in der Prävention teilweise engagiert diskutiert. Die Prävention *gegen* Menschen gehört meiner Meinung nach endgültig der Vergangenheit an. Trotzdem wird immer wieder versucht sich eines Problems (wie beispielsweise Aids) so zu erledigen, indem man Betroffene isoliert oder sozial ausgrenzen möchte. Die Geschichte belegt, dass dieser Ansatz bei sexuell übertragbaren Krankheiten nicht wirkungsvoll ist¹². Damit meine ich aber nicht, dass wir keine Forderungen an Betroffene stellen können. Auch sie haben eine Verantwortung wahrzunehmen. Heute leben wir im Zeitalter der Prävention *für* Menschen. Wir machen Ratschläge und Anweisungen für die Bevölkerung, für Jugendliche, für Drogenabhängige. Wir drucken Hochglanzbroschüren, Lehrbücher, stellen Lernprogramme zusammen. In der Aidsprävention ist vermehrt der Ansatz Prävention *mit* Menschen ausprobiert worden. Es gibt verschiedene Projekte in verschiedenen Ländern, welche mit Prostituierten,

mit Drogenabhängigen, mit Homosexuellen entwickelt werden und mit ihnen durchgeführt werden. Solche Projekte sind zunehmend erfolgreicher. Die Zukunft gehört eindeutig der Mündigkeit der Menschen. Somit ist es dringend nötig, die betroffenen Menschen in die Entwicklung und Ausführung von Präventionsprojekten miteinzubeziehen.

Zusammenfassung

Die Aids-Epidemie beschäftigt nun seit 10 Jahren die Menschheit. Das Aidsvirus hat sich inzwischen weltweit ausgebreitet. Immer mehr Leute erkranken. In Europa sind bis Juni 1991 über 56 000 Aids-Erkrankungen gemeldet worden. Prognosen für die Zukunft sind schwierig zu erstellen. Gewisse Gebiete werden sehr stark betroffen sein. Es gilt, mit sinnvollen Mitteln die HIV- und Aids-Epidemiologie auszubauen. Solche Kenntnisse dienen als Grundlage für die Prävention, welche in gewissen Gegenden oder bei bestimmten Gruppen in den letzten Jahren erfolgreich angelaufen ist. So hat in der Schweiz beispielsweise die Kondomanwendung bei 17–30-jährigen Personen mit flüchtigen Sexualkontakten von 7 % (1986) auf etwa 50 % (1991) zugenommen. Die Anzahl der sexuell übertragbaren Krankheiten hat abgenommen. Für wirkungsvolle Präventionsprogramme im Bereich Aids, ist eine tragfähige Solidarität die Grundlage. Mittels Aufklärung muss die Mündigkeit der Personen auch im Gesundheitsbereich gefördert werden.

Résumé

Epidémiologie et prévention de sida

L'épidémie de sida est un sujet de préoccupation pour l'humanité depuis maintenant 10 ans. Durant ce laps de temps, le virus s'est répandu dans le monde entier et le nombre de personnes qui développent la maladie ne cesse de croître. En juin 1991, le nombre de cas de maladie déclarés en Europe était supérieur à 56 000. Les pronostics sont difficiles à faire. Il importe de développer la surveillance épidémiologique du VIH et du sida par des moyens appropriés. Les données épidémiologiques servent de base à la prévention qui, ces dernières années, a déjà permis d'obtenir des succès dans certaines régions et des groupes déterminés de la population. C'est ainsi qu'en Suisse, dans le groupe de la population de 17 à 30 ans, 7 % des personnes utilisaient des préservatifs en 1986, alors qu'elles sont près de 50 % à le faire en 1991. Le nombre de maladies sexuellement transmissibles a régressé. Pour qu'ils soient efficaces, les programmes de prévention dans le domaine du sida doivent s'appuyer sur une base de solidarité solide. L'information et l'éducation doivent promouvoir le

sens de la responsabilité aussi dans le domaine de la santé.

Summary

Epidemiology and prevention of Aids

For ten years now the Aids epidemic has worried mankind. In the same time the virus has spread all over the world. Ever more people fall ill. 56000 cases of Aids have been notified only in Europe until June 1991. Prognoses for the future are difficult to make, some areas will be strongly affected. The surveillance and epidemiology for HIV and Aids are to be expanded with reasonable means. Such knowledge will serve as basis for prevention, which in some areas and with certain groups has already shown a certain effectiveness in the last years. In Switzerland e.g., use of condoms in the age group of 17–30 with casual sexual contacts has increased from 7% (1986) to about 50% (1991). The number of sexually transmitted diseases has decreased. Solidarity is the basis for effective prevention programmes concerning Aids. Maturity of people concerning health has to be stimulated by means of information and education.

Literaturverzeichnis

- 1 Kaslow RA, Francis DP. Epidemiology: general considerations. In: Kaslow RA, Francis DP. eds. Epidemiology of AIDS. Expression, occurrence, and control of human immunodeficiency virus type 1 infection. New York: Oxford University Press, 1989:87.
- 2 Chin J. Present and future dimensions of the HIV/AIDS pandemic. Paper presented of the VII International Conference on AIDS, Florence, Italy, 17 June 1991.
- 3 WHO-EC Collaborating Centre on AIDS, Paris. AIDS surveillance in Europe. Quarterly Report No 30, 30th June 1991.
- 4 Hornung R, Alvo K, Fuchs W, Grob P. Life-style oriented AIDS-Prevention and health promotion in the drug subcul-

ture. Paper presented at the 5th European Health Psychology Society Conference, Lausanne, 28–30 August 1991.

- 5 New York state HIV seroprevalence project. Am. J. Public Health, 1991; 81, Suppl.
- 6 McGuire WJ. Theoretical foundations of campaigns. In: Rice RE, Atkin ChK. eds. Public communication campaigns. 2nd ed. Newbury Park, CA: SAGE, 1989.
- 7 Somaini B. Grundlagen der AIDS-/HIV-Prävention. In: Jäger H. AIDS und HIV-Infektionen. Diagnostik, Klinik, Behandlung. Handbuch und Atlas für Klinik und Praxis. Landsberg a.L.: ecomed, 1988
- 8 Kotler Ph, Roberto E. Social marketing. Düsseldorf: Econ, 1991.
- 9 Nutbeam D, Smith Ch, Catford J. Evaluation in health education. A review of progress, possibilities, and problems. Com. Health 1990; 44:83–89.
- 10 Hausser D et al. Evaluation de la stratégie de prévention du SIDA en Suisse. Troisième rapport de synthèse 1989–1990. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1991. Cahiers de recherches et de documentation «Cah Rech Doc IUMSP»; No. 52.
- 11 World Health Organization, Health and Welfare Canada, Canadian Public Health Association. Ottawa charter for health promotion. An international conference on health promotion, Ottawa, November 17–21 1986.
- 12 Brandt AM. No magic bullet. A social history of venereal disease in the United States since 1880, with a new chapter on AIDS, Expanded ed. New York: Oxford University Press, 1987.

Danksagung

Allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Bundesamtes für Gesundheitswesens möchte ich für ihren Einsatz und Arbeit im Bereich der Aids-epidemiologie und Prävention von Aids danken. Ebenso auch den vielen beteiligten Personen in diversen privaten und öffentlichen Institutionen in der Schweiz und auch den zuständigen Instanzen in den Kantonen. Ohne diese Hilfe und gute kooperative Zusammenarbeit wären kaum erfolgsversprechende Aktivitäten möglich.

Korrespondenzadresse:

Dr. B. Somaini
 Bundesamt für Gesundheitswesen
 Hauptabteilung Medizin und Pharmazie
 Hess-Str. 27E
 3097 Liebefeld/Schweiz