

# Positive und negative Konsequenzen des freiwilligen HIV-Antikörpertests

Martin Sieber, Jürg Willi

Psychiatrische Poliklinik, Abteilung für Psychosoziale Medizin, Universitätsspital Zürich

Sowohl in Fachkreisen wie auch in den Medien ist die Anwendung des HIV-Antikörpertests Gegenstand zum Teil heftiger Diskussionen. Die Meinungen gehen von einer restriktiven Position [1] bis zur obligatorischen Durchführung bei bestimmten Gruppen (z B Rekruten, Schwangere, Spitalpatienten) [2]. In der aktuellen «STOP-AIDS-Kampagne» des Bundesamtes für Gesundheitswesen (BAG) [3] wird der Antikörper-Test nicht explizit empfohlen mit der Ausnahme bei Personen, die ein Risiko eingegangen sind und sich ein Kind wünschen [4,5]. Die Kampagne betont, dass sich Personen mit Risikoverhalten nicht primär testen lassen, sondern «safer sex» praktizieren sollen. Für die Beurteilung des Nutzens/Schadens eines frei-

willig durchgeführten Tests können drei Ebenen auseinandergehalten werden: Individuum, Umfeld der betroffenen Person (Partner, Arbeitskollegen, test-durchführende Institution usw) und Gesellschaft. Wir konzentrieren uns im folgenden auf die ersten beiden Ebenen und diskutieren klinische Erfahrungen und empirische Resultate zu dieser Problematik. Anschliessend berichten wir über eine Pilotstudie zur Motivation und Durchführung des HIV-Tests.

## Nutzen und Schaden des HIV-Tests

In Tabelle 1 sind verschiedene Vor- und Nachteile für die HIV-positiven und HIV-negativen Personen zusammengestellt. Die Aufstellung ist nicht vollstän-

Tab. 1. Mögliche positive und negative Konsequenzen des HIV-Tests

Mögliche erwünschte Auswirkungen des HIV-Tests	Mögliche unerwünschte oder belastende Auswirkungen des HIV-Tests
<p><i>Befund: HIV-Negativ</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- vorsichtigeres Sexualverhalten wird initiiert oder bestärkt (Bewusstwerdung)</li> <li>- Nachahmungseffekt bei Freunden</li> <li>- sexualmedizinische Beratung und Motivierung möglich, falls Person bei der HIV-Testuntersuchung persönlich angesprochen wird</li> <li>- Verzicht auf Präservative, falls Partner ebenfalls HIV-negativ ist (monogame Beziehung)</li> <li>- subjektiv: Entlastung von Ängsten, Erleichterung</li> <li>- Erleichterung für Sexualpartner</li> <li>- Bei Kinderwunsch entfällt das Übertragungsrisiko, falls Partner auch HIV-negativ ist</li> </ul> <p><i>Befund: HIV-Positiv</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Reduktion des Ansteckungsrisikos anderer Personen falls Safer Sex praktiziert wird</li> <li>- Reduktion des Ansteckungsrisikos weiterer Personen, falls positiver Befund mitgeteilt wird</li> <li>- vermutlich Verzögerung der Aids-Progression bei geschütztem Sexualverkehr</li> <li>- medizinisch adäquate Beratung und Behandlung, sofern akzeptiert</li> <li>- z.T. soziale Unterstützung, falls positiver Befund bekannt wird</li> <li>- Schwangerschaft kann verhindert oder unterbrochen werden</li> <li>- Vermeidung zusätzlicher Erkrankungsrisiken</li> <li>- Beeinflussung anderer Personen zu geschütztem Sexualverkehr</li> </ul>	<p><i>Befund: HIV-Negativ</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- falscher Rückschluss auf Partner*</li> <li>- Test zur Schuldentlastung*</li> <li>- Wartezeit nicht eingehalten*</li> <li>- Verharmlosung des Ansteckungsrisikos*</li> <li>- «Immunitätsglaube»*</li> <li>- Partnergefährdung*</li> <li>- Gruppensituation*</li> <li>- falsch negatives Testergebnis</li> <li>- Ansteckung durch andere Erreger, die mit dem Test nicht erfasst werden</li> </ul> <p>* siehe Text</p> <p><i>Befund: HIV-Positiv</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Depression, Verzweiflung, Angst</li> <li>- Desperadoverhalten, Suizidalität</li> <li>- Entscheidungskonflikt bezüglich Mitteilung des positiven Befundes an frühere Sexualpartner</li> <li>- Rückzugsverhalten (Beruf, Freundeskreis usw.)</li> <li>- Diskriminierung und Isolation, falls positiver Befund bekannt wird (Verlust von Partner/Freunden)</li> <li>- analoge Konsequenz bei früheren Sexualpartnern, sofern ihnen positiver Befund mitgeteilt wird</li> <li>- Verlust des Arbeitsplatzes</li> <li>- subjektiv: Angst, dass Datenschutz nicht voll gewährleistet ist</li> <li>- subjektiv: moralischer Druck durch Arzt auf Patient, falls Patient in Beratung geht</li> <li>- durch Stress zusätzliche Schwächung des Abwehrsystems</li> <li>- falsch positives Testergebnis</li> </ul>

dig. Sie zeigt aber, dass bei positivem und negativem Testbefund jeweils mehrere verschiedene negative Konsequenzen möglich sind. Einige unerwünschte Auswirkungen sollen ausführlicher erläutert werden. Sie gehen aus Gesprächen mit Personen hervor, die freiwillig einen anonymen Test durchführen wollten.

#### *Klinische Erfahrungen*

*Falscher Rückschluss auf Partner:* Eine Person will den HIV-Test durchführen in der falschen Annahme, dass ihr Partner dann nicht angesteckt ist, wenn ihr Testresultat negativ ausfällt (selbst nicht angesteckt). Sie glaubt, dass sie sich ja notwendigerweise hätte anstecken müssen, falls der Partner HIV-positiv wäre. Dass dies nicht zwingend ist, ist dieser Person nicht klar oder nicht bekannt. Der eigene Test wird quasi auch zum «Partnertest». Wenn die Person (bei negativem Testresultat) zu wissen glaubt, dass auch ihr Partner nicht angesteckt ist, dann können peinliche Fragen oder ein unangenehmes Gespräch umgangen werden. Der Test wird zum idealen Mittel, nicht gelöste Probleme beiseite zu schieben. Die Gefahr einer Ansteckung ist nicht gebannt sondern eher erhöht.

*Test zur Schuldentlastung:* Es gibt Personen, die den Test bei sich durchführen lassen, ohne dass auch ihr Partner den Test durchführt, obwohl dieser sich ebenfalls einem Risiko ausgesetzt hatte. Sie möchten mit dem Test erfahren, dass sie nicht angesteckt worden sind und dass sie somit ihren Partner, mit dem sie weiterhin ungeschützten Geschlechtsverkehr haben, nicht anstecken können. Der Test hat für sie die Funktion einer Schuldentlastung in dem Sinne, dass sie nicht «Täter» sein können. Sie nehmen aber dabei das Risiko in Kauf, sich durch den Partner anstecken zu lassen. Sie glauben, dass der Partner auch nicht angesteckt ist und schützen sich nicht. Manchmal wird der Partner auch gar nicht erst gefragt, ob er den Test ebenfalls will. Ein unangenehmes Gespräch kann damit vermieden werden. – Zu dieser Gruppe gehören auch jene Personen, die sich nach dem ersten negativen Testresultat unverändert weiter in Risikosituationen begeben mit der Absicht, alle paar Monate den Test wiederholen zu lassen. So erscheint z B ein Ehemann zum vierten HIV-Test. Er will eine außereheliche Beziehung ohne Verwendung von Präservativen fortsetzen, jedoch alle sechs Monate den Test durchführen, um seiner nichts ahnenden Frau gegenüber ein besseres Gewissen zu haben.

*Wartezeit nicht eingehalten:* Es erscheinen Personen zum Test, die nicht mindestens drei bis vier Monate seit der letzten Ansteckungsmöglichkeit mit dem Test zugewartet haben. Es kann sein, dass die Person diese Testbedingung nicht kennt, dass sie nicht so lange Geduld hatte, endlich das Resultat zu wissen, oder dass sie erst kürzlich stattgefundenen Risikosituationen nicht genügend ernst nimmt und in der Befragung verheimlicht. Schliesslich kann sie den Test auch wün-

schen, um wenigstens über früher zurückliegende Ansteckungsmöglichkeiten Bescheid zu erhalten. Hier besteht die Gefahr, dass ein negatives Testresultat als erwünschtes «Geschenk» nicht angezweifelt und ein zweiter, notwendiger Test unterlassen wird.

*Verharmlosung des Ansteckungsrisikos:* Bei einer anderen Gruppe von Personen ist anzunehmen, dass das negative Testresultat eine Verharmlosung der Ansteckungsgefahr bewirkt, so dass früher oder später erneut Risikosituationen eingegangen werden. Diese Personen sind erstaunt, dass sie trotz eindeutigen Risikoverhalten nicht angesteckt worden sind und verharmlosen daraus die Ansteckungsgefahr: «Mir hat das ja gar nichts gemacht, also ist das alles gar nicht so gefährlich!».

*«Immunitäts-Glaube»:* Das negative Testresultat wird fälschlicherweise so verstanden, dass die Person grundsätzlich immun gegen eine Ansteckung sei und somit Aids gar nicht bekommen könne. (Analog der Immunität gegen andere Krankheiten).

*Partnergefährdung:* Ein einmal erhaltenes negatives Testresultat wird bei späteren Beziehungen immer wieder als Argument für ungeschützten Geschlechtsverkehr verwendet, wobei eine mögliche spätere Ansteckung negiert wird. Ein neuer Partner vertraut möglicherweise dieser Information und willigt zu ungeschütztem Sexualverkehr ein.

*Gruppensituation:* Vereinzelt Gemeinschaften (z B Psychologie- oder Religionsgruppierungen) verlangen bei der Aufnahme einen negativen HIV-Test. Dies kann zur Annahme führen, dass eine Ansteckung bei Sexualkontakten mit anderen Gruppenmitgliedern ausgeschlossen sei und ein Schutz somit nicht nötig ist. Dabei wird nicht berücksichtigt, dass der Test keine Aussage über eine Ansteckung in den letzten drei bis vier Monaten zulässt.

*Isolation und Diskrimination:* Wenn eine Person erfährt, dass sie angesteckt ist, dann bricht eine Welt zusammen. Verzweiflung, Depression und Suizidgedanken können auftreten, verbunden mit einer zunehmenden Isolation in der Partnerbeziehung und am Arbeitsplatz. Oft gerät auch der Partner in eine tiefe Krise, z B wenn eine Frau erstmals von den homosexuellen Beziehungen ihres Mannes erfährt und dass er sich auf diesem Weg angesteckt hat. Nun muss sie selbst noch befürchten, angesteckt zu sein. Dies kann zur Auflösung der Partnerschaft oder Familie führen, oft begleitet von einer Krise im Arbeitsbereich. Dieser Prozess der Isolierung kann stattfinden, bevor überhaupt Aids-Krankheitszeichen aufgetreten sind. Zur Ausgrenzung gehört auch die zunehmende gesellschaftliche Polarisierung in HIV-positive und -negative Personen. Wenn am Arbeitsplatz mehr und mehr Personen verkünden, dass sie HIV-negativ sind, dann ist

ein unerwünschter Polarisierungs- und Ausgrenzungsprozess im Gange.

«*Desperadoverhalten*»: Der positive Testbefund kann zu Verzweiflungsreaktionen führen, wo quasi «ohne Rücksicht auf Verluste» weiterhin ungeschützter Sexualverkehr betrieben wird.

#### *Verändert die Kenntnis des HIV-Status das Risikoverhalten?*

Welche Hinweise bei der Beurteilung des Nutzens (Schadens) des HIV-Tests erhalten wir aus empirischen Studien? Coates et al [6] haben die Ergebnisse verschiedener Studien zur Frage der Verhaltensänderung zusammengefasst. In der Studie von Fox et al [7] an Homosexuellen wurde das Risikoverhalten sowohl bei den getesteten als auch bei den nicht-getesteten Personen der Vergleichsgruppe deutlich reduziert. *Positive Effekte* auf das Sexualverhalten berichten verschiedene Studien [8,9,10,11,12,13]. Für Heroinabhängige erwähnt Des Jarlais [14] drei Studien, die einen positiven Effekt auf das Verhalten demonstrieren. – *Negative Effekte* sind in drei Arbeiten erwähnt [15,16,17]. Gemäss Rosenbrock [18] lässt sich nicht belegen, dass Test und Ergebnismitteilung eine nachhaltige positive Wirkung auf das präventionsrelevante Verhalten ausüben.

Coates et al [6] kommen in der erwähnten Übersicht zum Schluss, dass die Mehrzahl der Studien die Annahme unterstützen, dass die Testdurchführung mit einer Reduktion des Risikoverhaltens verbunden ist. Allerdings waren dies alles ausländische Studien an homosexuellen oder bisexuellen Männern und an Drogenabhängigen. Es fehlen somit Studien bei anderen Populationen, insbesondere auch an HIV-negativen heterosexuellen Personen aus unserem Kulturkreis. Die Annahme eines positiven Effektes des Tests auf das Risikoverhalten ist somit noch ungenügend belegt. Die Gefahr, dass sich HIV-negative Personen in falscher Sicherheit wiegen und nach diesem Testbefund wieder ungeschützten Sexualverkehr haben, ist nach wie vor ernst zu nehmen. In einer eigenen Pilotstudie (siehe Abschnitt 2) waren 20% nach ihrem ersten HIV-Test erneut ein Risikoverhalten eingegangen. Dies zeigt, dass ein Teil der getesteten Personen den erwünschten Lernprozess nicht oder nur ungenügend durchgemacht hat.

#### *Informiert der HIV-Positive seine Sexualpartner?*

Ziel in der Beratung von HIV-Positiven ist u a auch, dass der Betroffene seine früheren Sexualpartner über seinen Testbefund informiert. In der Umfrage von Kegeles [19] gaben 88% der Befragten an, sie würden gegebenenfalls ihre Primärpartner über den HIV-Status informieren, 73% würden dies auch bei ihren Sekundärpartnern tun. Es ist jedoch nicht bekannt, zu welchem Anteil dies auch tatsächlich erfolgte und wie insbesondere die Reaktion bei Personen mit hohem Risikoverhalten war. In einer Zürcher Studie [8]

wurde bei 31 überwiegend HIV-positiven, bisexuellen Männern eine vermehrte Bereitschaft festgestellt, die Partnerin über die eigene Bisexualität zu informieren. Allerdings geschah dies vorwiegend nur bei den festen Partnerinnen. (Die Information der Partnerinnen über den HIV-Status ist nicht erfasst worden). Insgesamt liegen noch wenige empirische Resultate zu dieser Frage vor.

#### *Welche Wirkung hat die Kenntnis des HIV-Status auf das Wohlbefinden?*

In den ersten Untersuchungen zur Reaktion der Betroffenen auf die Mitteilung des HIV-positiven Befundes wurde verschiedentlich über massive Ängste, Panikreaktionen, Depressionen und Suizidversuche sowie «Desperados» berichtet [20,21]. Letztere betreiben gefährliche Sexualpraktiken oder Spritzentausch «ohne Rücksicht auf Verluste» in der Absicht, die verbleibende Lebenszeit rücksichtslos zu genießen. Gemäss Rosenbrock [18] erkrankten bis zu 50% nach der Mitteilung des positiven Befundes (Depression, Panik, Hysterie u a), die Suizidrate beziffert er mit 1 auf 1000. Es scheint, dass solche Reaktionen bei Drogenabhängigen selten sind [22]. – Die Eröffnung eines solchen Resultates ist in der Regel eine schwere Belastung für den Betroffenen. Es ist deshalb verständlich, wenn der Test z T abgelehnt wird. Er sollte nach Möglichkeit mit einem Angebot an Unterstützung und Beratung angeboten werden, so dass die betroffene Person spürt, dass die Testdurchführung für sie sinnvoll wird. Wir benötigen deshalb Informationen darüber, in welchem Rahmen diese Hilfeleistung am besten akzeptiert wird und die Motivationsarbeit erfolgreich ist.

Im Falle eines negativen Testbefundes ist der Betroffene in der Regel emotional sehr erleichtert. Dieser Entlastungseffekt könnte ihn bestärken, die «safer-sex-Regeln» strikte zu beachten, um nie wieder in eine solche Situation zu geraten. Andererseits könnte die Entlastung auch zu einer Abwertung dieser Regeln und zu sexueller Sorglosigkeit führen. Über die Häufigkeit dieser Reaktionsweisen ist uns nichts bekannt, ebenfalls auch nicht über die unterschiedlichen Persönlichkeiten dieser beiden Reaktionstypen.

#### *Beurteilung des Nutzen-Schaden-Verhältnisses*

Besteht eine Möglichkeit, die positiven und negativen Auswirkungen gegeneinander abzuwägen? Ein genaues Abwägen ist wohl unmöglich, da zu verschiedenartige Effekte auftreten. Vielleicht kann aber festgestellt werden, ob die Vorteile oder aber die Nachteile überwiegen. Wir könnten uns zunächst im Sinne des Grundsatzes «nihil nocere» auf die negativen Konsequenzen konzentrieren und versuchen, die Häufigkeit der *schwerwiegenden Konsequenzen* zu ermitteln. Als schwerwiegende Konsequenzen im Sinne einer massiven (physischen oder psychischen) Beeinträchtigung der Testperson oder im Sinne der Ansteckung anderer Personen betrachten wir:

Bei positivem Testbefund

1. Suizid, Suizidversuche, massive soziale Ausgrenzung, chronische Depression oder Angstzustände
2. Desperadoverhalten mit Ansteckung anderer Personen. (Die Beibehaltung des bisherigen Sexualverhaltens ohne Beachtung der «safer-sex-Regeln» und das Ausbleiben der Information der Sexualpartner über den positiven Testbefund werden hier nicht einbezogen, da sie keine direkten Konsequenzen des Testens sind und auch ohne Testdurchführung bestanden hätten).

Bei negativem Testbefund

3. Ansteckungen infolge falsch eingeschätzter Sicherheit (sexuelle Sorglosigkeit nach Entlastungseffekt) oder infolge nicht-rationaler Motive (z B «Russisch-Roulette-Effekt»; siehe Abschnitt 2, Fall G).
4. Ansteckung anderer infolge eines falsch negativen Befundes bedingt durch zu kurze Wartezeit zwischen Ansteckung und Test.
5. Ansteckung anderer infolge eines falsch negativen Befundes bedingt durch Labor- oder testspezifische Gründe.

Bei den Punkten 1 und 2 kann die Prävalenz dieser Ereignisse zur Zeit als niedrig eingeschätzt werden. (Bei anonym durchgeführten Tests waren weniger als 2% aller Tests positiv) [23]. Punkt 5 könnte bei der Anwendung der weniger verlässlichen Schnelltests an Bedeutung gewinnen, ebenso durch neuere Befunde, wonach die bestehenden HIV-Tests nicht alle Infektionsarten erfassen können. Sicher problematisch ist aber Punkt 3 und eventuell auch 4, bei Situationen also, wo das Verhalten der getesteten Personen entscheidend ist. Wir wissen nicht, wie oft sich testnegative Personen in falscher Sicherheit wiegen und erneut Risiken eingehen. Dass dies vorkommt, lassen diejenigen Testpersonen vermuten, welche erneut zur Testuntersuchung erscheinen und wieder ein Risiko eingegangen sind. Aber auch unter den Personen ohne Testwiederholung könnten sich einige befinden, die als Folge der Risikoabwertung die «safer-sex»-Regeln nicht beachtet hatten.

**Schlussfolgerungen**

Diese Ausführungen über den möglichen Nutzen und Schaden des HIV-Tests zeigen, dass der HIV-Test bei einem Teil der Testpersonen mit negativen Konsequenzen verbunden ist. Wir dürfen aber auch annehmen, dass positive Konsequenzen auftreten. Da uns zur Zeit die Antworten auf wichtige Detailfragen fehlen, ist ein Urteil darüber, ob die positiven oder die negativen Konsequenzen überwiegen, schwierig zu fällen. Einige dieser Fragen lauten:

- Wie häufig treten nach der Mitteilung eines positiven Testbefundes Suizide, Suizidversuche, massive soziale Ausgrenzung und Desperadoverhalten auf?
- Wie oft wird nach der Mitteilung des negativen Befundes die subjektive Ansteckungsgefahr abgewertet und verharmlost? Wie häufig kommt es in

der Folge davon zu einer verstärkten Missachtung der «safer-sex»-Regeln?

- Wie oft wird der Test vor Ablauf der notwendigen Wartezeit durchgeführt?
- Wie häufig treten falsch positive/negative Ergebnisse auf?
- Wie gross ist der Anteil derjenigen Testpersonen, die in Zusammenhang mit der Testdurchführung vermehrt die «safer-sex-Regeln» beachten?
- Wie gross ist der Anteil derjenigen HIV-Positiven, die ihre früheren Sexualpartner über den positiven Testbefund orientiert haben?
- In welchem Umfang ist mit HIV-Antikörpertestung eine Verhaltensänderung zu bewirken? In welchem (Beratungs-)Setting sind weniger invasive Formen der Verhaltensbeeinflussung (zielgruppenspezifische Einzel-Präventionsberatung) möglicherweise effektiver?

Wenn wir Antworten auf diese Fragen erhalten, so kann der Nutzen und der Schaden des Tests besser beurteilt werden. Es ist aber sehr wohl möglich, dass dadurch das Pendel nicht eindeutig für oder gegen den Test ausschlagen wird. Auch wäre es sehr schwierig, die Effizienz dieses Verfahrens in einem experimentellen Design zu überprüfen (z B mit einer «Wartegruppe», die den Test zu einem späteren Zeitpunkt durchführt). Da das Nutzen-/Schadenverhältnis letztlich nur annäherungsweise ermittelt werden kann, wird es umso wichtiger zu wissen, mit welchen Massnahmen die negativen Konsequenzen vermindert und die positiven verstärkt werden können. Dies führt uns zur Frage der differentiellen Indikation: Wie kann der Test bei welchen Testpersonen und in welcher Situation durchgeführt werden, dass die Vorteile maximiert und die Nachteile minimiert werden? Wäre es möglich, dass das Ansteckungsrisiko mit der Testdurchführung insgesamt vermindert wird und bestehende unerwünschte Wirkungen diesem Ziel gegenüber toleriert werden können? – Zur Annäherung an diese Fragen benötigen wir u a auch Informationen über die Motive, die zur Testdurchführung führten. Die Art und Weise der Bewältigung (Coping) der Belastung und der Testmotivation vor der Testdurchführung könnten ein Indikator für die spätere Beachtung der «safer-sex»-Regeln sein. Im folgenden Abschnitt berichten wir über eine Pilotstudie, welche ansatzweise Hinweise auf die Testmotivation vermittelt. (Eine grössere Studie ist in Bearbeitung).

**Motivation und Entscheidung, sich testen zu lassen**

Die Motive, sich einem Test zu unterziehen, sind vielschichtig und der Weg zum Entschluss nicht einfach. Wer sich dazu entschliesst, der identifiziert sich selbst mehr oder weniger stark als eine Person, die eine unheilbare und tödliche Krankheit haben und von seiner Umgebung ausgesondert werden könnte. Er unterzieht sich einem Testverfahren, bei dem Gefühle der Angst, Scham und Schuld aktiviert werden. Bis zur

Bekanntgabe des Resultates ist er zudem in einer Situation hoher Ungewissheit verbunden mit niedriger Regulierbarkeit, ein Zustand, der sehr belastend ist. Aus der Untersuchung von Lyter et al [24] an 2047 Homosexuellen ging hervor, dass 39% ihren HIV-Status nicht kennen wollten. In dieser Gruppe befanden sich signifikant mehr jüngere Männer mit niedriger Schulbildung. Sie befürchteten häufiger, dass ihnen das Testresultat Angst und Sorge bereiten würde. Andererseits gaben diejenigen an, die ihr Testresultat kennen wollten, dass sie mit dem Testergebnis das eigene Risikoverhalten besser reduzieren könnten. Von daher dürfte man vermuten, dass Personen einer anonymen Teststelle ebenfalls mehrheitlich die Erwartung haben, dass für sie die Information über den eigenen HIV-Status hilfreich ist und in der Linie der Aids-Prävention liegt.

#### *Pilotstudie am Universitätsspital Zürich*

In einer kleinen Pilotstudie sind wir der Frage nach den Motiven und den auslösenden Situationen zum Entschluss, den HIV-AK-Test durchführen zu lassen, nachgegangen [25]. Die Stichprobe bestand aus 20 Klienten (13 Männer, 7 Frauen), welche an der Medizinischen Poliklinik des Universitätsspitals Zürich einen anonymen HIV-Test durchführen liessen. Die Klienten wurden gefragt, ob sie bereit sind, einige Fragen zu ihrer persönlichen Situation zu beantworten; (strukturiertes Interview mit 27 Fragen). Die Mehrzahl war dazu bereit. Zwei Personen waren verheiratet, sechs in konstanter Paarbeziehung, 15 mit ausschliesslich heterosexuellen Kontakten, ein Fixer. Eine kurze Fallschilderung soll die Stichprobe skizzieren:

*Fall A:* Eine minderjährige Frau hatte mit ihrem ehemaligen Freund wie auch mit Vater und Mutter über ihre sexuellen Erfahrungen mit verschiedenen Männern gesprochen. Alle rieten ihr zum Test. Sie entschloss sich zusammen mit ihrem Ex-Freund zum Test und erscheint gemeinsam mit ihm.

*Fall B:* Die Frau ist seit zehn Jahren verheiratet und hatte verschiedene kurze aussereheliche Sexualkontakte. In den letzten zwei Jahren ergab sich eine Verfestigung in der Beziehung zum Ehemann. Der nun bestärkte Kinderwunsch führte zur Testuntersuchung.

*Fall C:* Ein bisexueller Student hatte soeben seine Dissertation beendet und will seine weiteren Lebensschritte planen und dazu seine «Startbasis» kennen. Eine kürzlich erfolgte astrologische Beratung bestärkte ihn sehr zu einer Standortbestimmung und zum Test.

*Fall D:* Ein Alkoholiker erscheint zu einem Antabus-Trinkversuch, der in den benachbarten Räumlichkeiten im Spital durchgeführt wird. Er erblickt die Hinweistafel auf die Antikörper-Testuntersuchung und meldet sich sogleich.

*Fall E:* Ein Mediziner einer anderen Universitätsklinik benützt den freien Arbeitstag, um in Zürich den Test durchführen zu lassen. Er befürchtete, an seinem Arbeitsort erkannt zu werden.

*Fall F:* Ein intelligent wirkender Vater zweier Kinder hat ein aussereheliches Verhältnis. Er weiss nicht, ob seine Freundin noch zu anderen Männern sexuelle Beziehungen hat und getraut sich nicht, dieses Thema anzusprechen. Er lässt den Test jährlich einmal durchführen im falschen und irrationalen Glauben, seine Ehefrau dadurch nicht anzustecken.

*Fall G:* Eine Minderjährige erscheint zum vierten Mal zur Testdurchführung. Sie hatte sich nach jedem Test einem grösseren Ansteckungsrisiko ausgesetzt und schliesslich auch ungeschützt mit einem HIV-positiven Mann geschlafen. (Eine Art «Russisches Roulette»).

#### *a) Motive zur Testuntersuchung:*

Bei der offenen Frage nach der Motivation zum Antikörper-Test erschien erwartungsgemäss die Ungewissheit über die eigene Ansteckung als wichtiges Motiv zur aktuellen Testuntersuchung (bei 12 genannt). Ebenfalls häufig wurde die Angst erwähnt, andere anstecken zu können (11). Die Befürchtung, dass die interviewte Person bereits andere angesteckt haben könnte, war seltener (3). Bei 3 Personen lagen auch Aids-verdächtige körperliche Beschwerden vor, welche für die Testuntersuchung eine motivierende Wirkung hatten. In 5 Fällen wurde die Verantwortung dem Partner gegenüber als Motiv angegeben, bei 3 Personen bestand eine neue Partnerschaft, die nicht mit dieser Ungewissheit belastet werden sollte, drei Klienten kamen auf Druck des aktuellen Partners und bei 2 Männern war die geplante Testwiederholung («Alle Jahre ein Test.») wieder fällig geworden.

#### *b) Auslösende Situationen:*

Ein zentraler Aspekt im Interview bestand darin, die auslösenden Situationen oder Gegebenheiten zu erfassen, welche zur Testuntersuchung führten. Diese «Auslöser» sind nicht streng in kausalem Sinne zu verstehen, sondern als Ereignisse, die sich aus dem Gespräch als wichtige vorangehende Ereignisse erwiesen haben. Am Ende des Interviews fasste der Interviewer die auslösenden Situationen zusammen, so dass sie der Interviewte bestätigen oder korrigieren konnte. Im Gegensatz zu den eher schon längere Zeit bestehenden «Motivationen» sollen mit den «Auslösern» erst vor kurzem stattgefundene Ereignisse erfasst werden.

Am häufigsten wurden *Gespräche mit dem aktuellen Partner* oder anderen Personen als auslösendes Moment genannt. 14 Probanden hatten kurz vor der Testuntersuchung mit insgesamt 22 Personen ein Gespräch geführt. Bei 13 dieser 22 Gespräche wirkte dies testmotivierend, bei 6 neutral oder ambivalent und bei 3 eher demotivierend. Acht der 14 führten Gespräche mit ihrem Partner/ihrer Partnerin, wobei 5

eine motivierende und 3 eine neutrale/ambivalente Wirkung hatten. Drei erschienen in Begleitung einer befreundeten Person, was als Erleichterung empfunden wurde. Insgesamt betrachtet ist das direkt auf eine Aids-Ansteckung bezogene Gespräch verbunden mit Verantwortung, Vertrauen und Offenheit zum Partner eine wichtige Determinante für den persönlichen Entschluss, einen Test durchführen zu lassen. Eine nicht unbedeutende Rolle spielte auch das Gespräch mit dem früheren Sexualpartner. Bei 3 Personen waren solche Gespräche Auslöser für die Testuntersuchung. (Eine Person erschien zusammen mit dem Ex-Freund zum Test).

Nebst dem Gespräch traten noch folgende *andere* «Auslöser» auf (offene Frage): Die zeitliche Verfügbarkeit (z B Arbeitsunterbruch infolge Unfall; 3); die örtliche Verfügbarkeit resp Nähe (z B Rückkehr aus dem Ausland); die kurz vorher in einigen Tageszeitungen beigelegte Aids-Broschüre des BAG; körperliche, Aids-verdächtige Symptome; Routine-Test, der nun wieder fällig wird (je 2); Information über Erkrankung einer früheren Sexualpartnerin; Kinderwunsch; «Standortbestimmung, Lebensbilanz» (je 1).

Es mag erstaunen, dass einige Personen durch die örtliche und zeitliche Nähe resp Verfügbarkeit der Testuntersuchung zum Test motiviert wurden. (Wer gerade in der Nähe ist und/oder Zeit hat, lässt sich u U für den Test motivieren.) Wichtig erscheinen auch angstausslösende Begebenheiten wie Aids-verdächtige Symptome, die Aids-Broschüre oder Informationen über eine mögliche Ansteckung durch einen früheren Sexualpartner. Eine untergeordnete Bedeutung haben «kognitive», mit dem zielgerichteten Planen verbundene Auslöser wie «Standortbestimmung» oder Kinderwunsch.

#### c) Begünstigende und erschwerende Bedingungen:

Alle Probanden wurden gefragt, was ihnen den Entschluss für die Testuntersuchung erleichterte (offene Frage). Die folgenden Antworten geben Einblick in die subjektiv begünstigenden Faktoren:

Anonyme Testsituation sehr wichtig (5 Pers.); billig (3); Antizipation von Gewissheit über Gesundheit resp Gefühl der Freiheit, Erleichterung (3); nicht vor dem Resultat Angst haben zu müssen (2); keine Meldung an Krankenkasse; rasch telefonisch Kontakt zum Spital gefunden und erwünschte Auskunft erhalten; Begleitung in das Spital durch Ehemann; hatte Kollegen gegenüber gesagt, er werde Test durchführen lassen, was er dann auch einhalten musste (je 1).

Die Aufstellung der spontanen Antworten zeigt, dass der anonyme, billige und rasche Zugang zur Testuntersuchung geschätzt wird. Dies geht auch aus der Frage nach den subjektiv erschwerenden Bedingungen hervor:

Keine Hinweistafel beim Eingang im Spital, so dass man nachfragen muss; kein separates Wartezimmer vorhanden (je 2); Test kann nur an zwei Tagen in der

Woche während der vorgegebenen Stunde gemacht werden; Spitalatmosphäre nicht gut (je 1).

Weniger direkt auf die eigene Person bezogen wurde zudem gefragt, in welcher Weise der *Entscheid für die Testuntersuchung bei anderen Personen* erleichtert werden könnte (offene Frage). Folgende Antworten sind gegeben worden:

Mehr Information über die Testmöglichkeit vermitteln, auch in Tageszeitungen mittels Inseraten (5 Pers.); beim Eingang in das Spital Wegweiser anbringen (3); ein eigenes Wartezimmer zur Verfügung stellen; persönliche Standortbestimmung vornehmen, sein Leben in die Hand nehmen und planen; wissen wollen, wie es um einen steht; Vermehrt solche guten Einrichtungen wie im Spital anbieten (je 2); Anonymität für hauseigenes Spitalpersonal besser gewährleisten; Test sollte jeden Tag durchgeführt werden können; für Blutentnahme zu den Leuten nach Hause gehen; bei Aids-Kampagne auf Testmöglichkeit explizit hinweisen; zu zweit gemeinsam Testuntersuchung durchführen; gute Sexuaufklärung durchführen; Test nicht unter Spitalsituation durchführen; aufzeigen, dass sich das Leben auch bei einer Ansteckung gar nicht so ändern würde; soziale Stigmatisierung der Betroffenen vermindern; Aids-Telefon richtig propagieren; nicht zu viel Reklame machen; Testbefund persönlich mitteilen, nicht am Telefon (alle je 1).

Diese Aufstellung verdeutlicht nochmals das Bedürfnis nach einem anonymen, unauffälligen und möglichst erleichterten Zugang zum Test. Die Phase der Kontaktaufnahme war für 9 Personen schwierig oder ziemlich schwierig und dauerte bei einzelnen bis zu 2 Jahre. Für sie ist es verständlich, dass eine möglichst unkomplizierte Kontaktaufnahme erwünscht ist.

Es ist plausibel, dass sich die bei dieser anonymen Testmöglichkeit erfassten Personen von einer Testuntersuchung bei einem Privatarzt distanzieren. Folgende *Gründe gegen eine solche Untersuchung beim Haus- oder Privatarzt* wurden angegeben (offene Frage):

Anonymität nicht gewährleistet (9); der Hausarzt hätte gesagt, dies wäre nicht nötig (3); Hausarzt behandelt auch Ehefrau, resp Familie, was Hindernis darstellt; im Spital einfacher (je 2); die Krankenkasse würde informiert werden; teurer als im Spital (je 1).

Der Wunsch nach einer anonymen, unkomplizierten Testdurchführung ist bei Personen mit Risikoverhalten häufig vertreten. Die örtliche Nähe und zeitliche Verfügbarkeit ist für viele ebenfalls wichtig. Aus dieser Sicht wäre es erwünscht, wenn geographisch breit gestreute Testmöglichkeiten zur Verfügung stünden.

#### Diskussion

Wir haben bei den Überlegungen über die positiven und negativen Konsequenzen des freiwillig durchgeführten HIV-AK-Tests festgestellt, dass zur Zeit noch wichtige Fragen ungelöst sind, so u a die Frage nach der Häufigkeit derjenigen HIV-negativen Personen, welche infolge falsch eingeschätzter Sicherheit die

«safer-sex-Regeln» weniger beachten als vor dem Test. (Der Test erweist sich als kein harmloses medizinisches Instrument). In Übereinstimmung mit einer bewertenden Literaturübersicht von Michel [26] rechtfertigen die vorliegenden Studienergebnisse die immer wieder anzutreffende Hervorhebung des Tests als wirksames Präventionsinstrument nicht. Daraus resultiert, dass zur Zeit keine *generelle* Empfehlung weder für noch gegen die Testdurchführung abgegeben werden kann. Diese Feststellung stimmt mit der Haltung der STOP-AIDS-Kampagne überein. Wir sollten nicht den Weg zum HIV-Test explizit für alle empfehlen, sondern primär den Weg zur Test-Beratung resp Präventionsberatung.

Auf die *Einzelperson* bezogen kann der Test dann empfohlen werden, wenn die oben diskutierten negativen Konsequenzen nicht ins Gewicht fallen, sei das infolge einer geeigneten Beratung oder weil der Arzt die betroffene Person und deren Risiken kennt. Gemäss dem Grundsatz «nihil nocere» soll der Test bei Einzelpersonen somit restriktiv eingesetzt werden. Es ist anzunehmen, dass einzelne negative Konsequenzen bei Testdurchführungen ohne Wissen der Person noch häufiger auftreten und positive wegfallen (z B würde die Chance verpasst, eine Präventionsberatung anzuschliessen) [27]. Aus dieser Sicht würden solche Testdurchführungen dem Grundsatz «nihil nocere» noch weniger gerecht. – Wird der Grundsatz auf das Kollektiv, zum Nutzen der Gesundheit aller bezogen, kann wie erwähnt zur Zeit keine Empfehlung weder für noch gegen den Test abgegeben werden. Würde er trotzdem empfohlen, dann läuft der Testempfeher Gefahr, den Test nicht zum Nutzen der Einzelperson anzuwenden. Er würde dadurch für die Volksgesundheit und gegen die Interessen (Gesundheit) des Patienten Stellung beziehen; der Test wird zum ethischen Problem.

Für das weitere Vorgehen benötigen wir Antworten auf die noch offenen Fragen, damit das Nutzen/Schaden-Verhältnis klarer wird. Dazu gehört das Auffinden von Personengruppen, bei welchen dieses Verhältnis besonders günstig resp ungünstig ausfällt. Entscheidend ist aber auch zu wissen, *wie* die Vorteile maximiert und die Nachteile vermindert werden können. Dazu benötigen wir Antworten auf folgende *Fragen*:

- Wie kann die Testdurchführung gestaltet werden, dass mögliche negative Effekte minimiert werden?
- Bei welchen Personen treten häufiger negative Effekte auf?
- Welche Beratungsstrategie wäre für sie erfolgversprechend?
- Warum bleibt bei gewissen Personen das Risikoverhalten unverändert?
- Warum sind diese Personen gegenüber den Präventionsbotschaften «immun»?
- Falls sie die Botschaft akzeptieren, weshalb können sie ihr Verhalten nicht ändern?
- In welchem Zeitpunkt der Problembewusstseins-

Entwicklung hat das ärztliche Gespräch eine besonders günstige Wirkung?

- Bei welchen Personen sind die positiven Effekte besonders eklatant und wie könnten diese für die Testdurchführung motiviert werden?
- Welche Test- resp Beratungsstrategie ist bei Personen sinnvoll, bei welchen ihr Handeln häufig nicht nach rationalen Gesichtspunkten geleitet wird?
- Wie kann eine HIV-positive Person dazu motiviert werden, ihre früheren Sexualpartner zu informieren?
- Schliesslich bleibt die Frage, ob eine Reduktion von Infektionsrisiken durch andere Massnahmen effektiver wäre.

Die Pilotstudie hat gezeigt, dass ein Teil der testmotivierten Personen durchaus für ein Gespräch über ihre persönlichen Risikosituationen bereit ist. Aus den berichteten Motiven zum Test ging hervor, dass Gespräche mit dem Partner oder mit Freunden eine wichtige Auslöserfunktion zur Testdurchführung hatten. Diese Bereitschaft zum Gespräch auf einer Basis gegenseitigen Vertrauens könnte zur Verstärkung der Aids-Prävention nutzbar gemacht werden.

#### Zusammenfassung

Verschiedene positive und negative Konsequenzen des HIV-Antikörpertests werden diskutiert. Es fehlen Informationen über die Häufigkeit einzelner Testkonsequenzen sowie darüber, mit welchen Massnahmen die Konsequenzen beeinflusst werden können. Daraus resultiert, dass zur Zeit keine generelle Empfehlung weder für noch gegen die Testdurchführung abgegeben werden kann. Nicht der HIV-Test, sondern der Weg zur Testberatung oder Präventionsberatung sollte primär empfohlen werden. Bei Einzelpersonen soll der Test gemäss dem Grundsatz «nihil nocere» restriktiv, verbunden mit einer Präventionsberatung, eingesetzt werden. – Ergebnisse einer Pilotstudie zur Testmotivation zeigten, dass der Wunsch nach einer anonymen, unkomplizierten Testdurchführung häufig vorhanden ist. Ein Teil der Personen, die sich bei einer anonymen Teststelle meldeten, war für ein Gespräch über ihre persönliche Risikosituation bereit. Aus den berichteten Motiven zum Test ging hervor, dass Gespräche mit dem Partner oder mit Freunden eine wichtige Auslöserfunktion zur Testdurchführung hatten. Diese Bereitschaft zum Gespräch auf einer Basis gegenseitigen Vertrauens könnte zur Verstärkung der Aids-Prävention nutzbar gemacht werden.

#### Résumé

##### Conséquences positives et négatives du dépistage du VIH

Des observations cliniques et quelques résultats d'enquêtes sur les conséquences du test de dépistage du VIH sont discutés. Il en résulte qu'à présent, il n'y a pas lieu de donner une recommandation générale, favorable ou défavorable, concernant le test, mais de promouvoir l'information sur le test. Les résultats d'un projet pilote indiquent que, lors du test de dépistage anonyme il est possible de parler avec la plupart des personnes sur leur comportement face aux risques. Le dialogue entre partenaires et les discussions entre amis sont des éléments importants dans la décision de faire le test.

#### Summary

##### Positive and Negative Consequences of the HIV-Screening-Test

Clinical observations and empirical findings with regard to possible negative and positive consequences of the HIV-Antibody-Test are discussed. It was concluded that at the present time we should not recommend the test generally for all people, but rather suggest the way of test-counseling. – Results of a pilot study demonstrate that

during anonymous testing a conversation about the preceding risk behavior is possible with most of the testees. Recent discussions about aids with the partner or close friends had an important trigger function in their decision to ask for the HIV-Antibody-Test.

**Literaturverzeichnis**

- [1] *Rosenbrock R.* Aids kann schneller besiegt werden. Hamburg: VSA-Verlag, 1986.
- [2] *Huber Ch.* Interview mit dem Zürcher Oberrichter Christian Huber über Zwangsmassnahmen bei der Aids-Bekämpfung. Tages-Anzeiger (Zürich) 1989; Feb 17:17.
- [3] Bundesamt für Gesundheitswesen (BAG). STOP-AIDS-Kampagne: Die Grundlagen. Schweiz Ärztezeit 1988; 69: 965-967.
- [3] Bundesamt für Gesundheitswesen (BAG). Was ist Aids? Informationsblatt Nr. 3, Bern, September 1987.
- [4] *Dubois-Arber F, Lehmann P, Hausser D, Gutzwiller F.* Evaluation der Aids-Präventionskampagne in der Schweiz. Schweiz Ärztezeit 1988; 69: 972-977.
- [5] Aids-Hilfe Schweiz in Zusammenarbeit mit dem Bundesamt für Gesundheitswesen (Hrsg.). Stop Aids. Infos, Facts, Tips. Bern: 1988.
- [5] Aids-Hilfe Schweiz, Arbeitsgruppe «Frau und Aids» (Hrsg.). Zürich: Frau und Aids, 1988.
- [6] *Coates TJ, Stall RD, Kegeles SJ, Lo B, Morin SF, McKusick L.* Aids Antibody Testing. Am Psychol 1988; 43: 859-864.
- [7] *Fox R, Ostrow D, Valdiserri R, Vamradem B, Polk BF.* Changes in sexual activities among participants in the Multicenter Aids Cohort Study. Paper presented at the Third International Conference on Aids, Washington DC, 1987
- [8] *Courvoisier S, Täuber MG, Lüthy R.* Bisexualität und Aids. Implikationen für die heterosexuelle HIV-Infektion von Frauen. Schweiz Rundsch Med Prax 1989; 78: 486-493.
- [9] *Farthing CF, Jessen W, Taylor HL, Lawrence AG, Gazzard BG.* The HIV antibody test: Influence on sexual behavior of homosexual men. Paper presented at the Third International Conference on Aids, Washington DC, 1987.
- [10] *Godfried JP, Vangriensven R, Tielman B, Goudsmit J, VanDer-nooraa F, Dewolf RA, Coutinho J.* Effect of HIV serodiagnosis on sexual behavior of homosexual men in the Netherlands. Paper presented at the Third International Conference on Aids, Washington DC, 1987.
- [11] *McKusker J, Stoddard AM, Mayer KH, Zapka J, Morussen C, Salzman S.* Effect of HIV antibody test knowledge on subsequent sexual behaviors in a cohort of homosexual men. Am J Public Health 1988; 78: 462-467.
- [12] *Stempel R, Moulton J.* The psychological and behavioral responses to HIV antibody testing. Paper presented at the Third International Conference on Aids, Washington DC, 1987.
- [13] *Willoughby B, Schechter M, Boyko WH, Craig KJP, Weaver MS, Douglas B.* Sexual practices and condom use in a cohort of homosexual men: Evidence of differential modification between seronegative and seropositive men. Paper presented at the Third International Conference on Aids, Washington DC, 1987.
- [14] *Des Jarlais DC, Friedman SR.* The psychology of preventing Aids among intravenous drug users: A social learning conceptualisation, Am Psychol 1988; 43: 865-870.
- [15] *Doll L, Darriv W, O'Malley P, Bodecker T, Jaffe H.* Selfreported behavior change in homosexual men in the San Francisco City Clinic cohort. Paper presented at the Third International Conference on Aids, Washington DC, 1987.
- [16] *Pesce A, Negre M, Cassuto JP.* Knowledge of HIV contamination modalities and its consequences on seropositive patients behavior. Paper presented at the Third International Conference on Aids, Washington DC, 1987.
- [17] *Soucey J.* Human immunodeficiency virus antibody disclosure and behavior change. Paper presented at the annual meeting of the American Psychiatric Association, Chicago, 1986.
- [18] *Rosenbrock R.* HIV-Positivismus. In: Kursbuch 94, Berlin: Rotbuch, 1988, 21-42.
- [19] *Kegeles S, Catania JA, Coates TJ.* Intentions to communicate positive HIV-antibody status to sex partners. JAMA 1988; 259: 216-217.
- [20] *Seidel O, Goebel FD.* Life in Anxiety. Psychosomatic Reactions Following the Knowledge of Positive Results of the HIV-III/LAV Antibody Test. Communication 62, S 6b, International Conference on Aids, Paris, 1986.
- [21] *Tross S, Holland J, Hirsch D, Schiffman M, Gold J, Safai B et al.* Psychological and Social Impact of Aids Spectrum Disorders; Communication 63; International Conference on Aids, Paris, 1986.
- [22] *Haas H, Kurz Th.* Psychische Auswirkungen des HIV-Tests bei Drogenabhängigen, Schweiz Rundsch Med Prax 1988; 77: 582-586.
- [23] *Lüthy R.* Epidemiologie und Übertragung der HIV-Infektion. Schweiz Rundsch Med Prax 1988; 77: 1183-1185.
- [24] *Lyter DW, Valdiserri RO, Kingsley LA, Ameros WP, Rinaldo CR.* The HIV-antibody test: Why gay and bisexual men want or do not want their results. Public Health Reports 1987; 102: 468-474.
- [25] *Sieber M, Willi J, Lüthy R.* Motivation zum HIV-Antikörper Test. Eine Pilotstudie. Forschungsbericht der Psychiatrischen Poliklinik, Universitätsspital Zürich, 1, 1989.
- [26] *Michel S.* HIV-Antikörpertest und Verhaltensänderungen. Literaturstudie. Publication series of the research group «Health Risks and Preventive Policy», Wissenschaftszentrum 1000 Berlin 30, Nr P88-204, Berlin, November 1988.
- [27] *Somaini B, Ferber Th, Tschopp A, Dubois JA.* HIV-Bekämpfungsmassnahmen – einige Aspekte. Schweiz Ärztezeit 1989; 70, 900-907.

*Dank*

Wir danken Herrn Prof. Dr. R. Lüthy und Herrn PD Dr. A. Blaser, welche die Durchführung der Pilotstudie ermöglichten. Für die Durchsicht und die Kommentare danken wir PD Dr. med. C. Buddeberg, Frau Dr. med. D. Eich-Höchli und Dr. phil. P. Meyer-Fehr.

*Korrespondenzadresse:*

Dr. phil. M. Sieber  
 Psychiatrische Poliklinik, Universitätsspital Zürich,  
 Abteilung für Psychosoziale Medizin  
 Culmannstr. 8  
 CH-8091 Zürich