

HIV-Prävention in der Arztpraxis – breiterer Einsatz des HIV-Tests

Prévention du VIH dans les cabinets médicaux:
recours plus systématique au dépistage

AIDS-
AUFKLÄRUNG SCHWEIZ 

SIDA
INFORMATION SUISSE 

HIV-Prävention in der Arztpraxis – breiterer Einsatz des HIV-Tests

Prévention du VIH dans les cabinets médicaux:
recours plus systématique au dépistage

AIDS-
AUFKLÄRUNG SCHWEIZ



VEREIN ZUR FÖRDERUNG VON INFORMATIONEN
ÜBER DIE HIV-INFEKTION

Sonderdrucke
zu HIV und Aids:

Heft 15

SIDA
INFORMATION SUISSE



ASSOCIATION FAVORISANT L'INFORMATION
SUR L'INFECTION VIH

Tirés à part
sur le VIH et le sida:

Cahier 15

Uster 2007

© 2007 AIDS-Aufklärung Schweiz

Die Deutsche Bibliothek – CIP-Einheitsaufnahme
AIDS-Aufklärung Schweiz:

HIV-Prävention in der Arztpraxis – breiterer Einsatz des HIV-Tests
Prévention du VIH dans les cabinets médicaux: recours plus systématique au dépistage

1. Auflage – Uster: AIDS-Aufklärung Schweiz, 2007

Sonderdrucke zu HIV und Aids, Heft 15

ISBN 978-3-905085-43-3

Übersetzungen und Abdruck der Originalartikel mit freundlicher Genehmigung der Herausgeber von
The New England Journal of Medicine und *AIDS*.

Übersetzungen Verena Listl und Hannelore Schmidt

Satz und grafische Gestaltung F. Lutz
Kreis Druck AG, 4002 Basel

Gesundheitspolitik in der Schweiz – Der Sonderstatus für die HIV-Infektion ist unhaltbar	1
Politique de la santé en Suisse – le statut particulier de l’infection à VIH est indéfendable	4
<i>K. April, B. Bulambo, G. Fantacci, H. Koblet</i>	
Paradigmenwechsel bei HIV-Tests – Das Ende des Sonderstatus	7
Changing the Paradigm for HIV Testing – The End of Exceptionalism	10
<i>R. Bayer, A.L. Fairchild</i>	
<i>N Engl J Med 2006, Vol. 355, Nr. 7, 647–9</i>	
Anwendung der Grundsätze des öffentlichen Gesundheitsdienstes auf die HIV-Epidemie	12
Applying Public Health Principles to the HIV Epidemic	18
<i>T.R. Frieden, M. Das-Douglas, S.E. Kellerman, K.J. Henning</i>	
<i>N Engl J Med 2005, Vol. 353, Nr. 22, 2397–2402</i>	
Höchste Zeit: Wie viele Homosexuelle sterben infolge einer Spät diagnose?	
(England und Wales, 1993–2002)	23
No time to wait: how many HIV-infected homosexual men are diagnosed late	
and consequently die? (England and Wales, 1993–2002)	24
<i>T.R. Chadborn, K. Baster, V.C. Delpech, C.A. Sabin, K. Sinka, B.D. Rice, B.G. Evans.</i>	
<i>AIDS 2005, Vol. 19, Nr. 5, 513</i>	

Gesundheitspolitik in der Schweiz – Der Sonderstatus für die HIV-Infektion ist unhaltbar

K. April, B. Bulambo, G. Fantacci, H. Koblet

In der Schweizer Bevölkerung ist das Wissen um die HIV-Infektion, die Übertragungswege und die Präventionsmöglichkeiten gut. Die gefährdete Bevölkerung, insbesondere die sexuell aktive Bevölkerung und selbst die Drogenabhängigen, kennt die Ansteckungswege und die persönlichen präventiven Massnahmen.

Auch der medizinische Standard für HIV-Infektionen (Diagnostik und Behandlung) ist im internationalen Vergleich sehr gut; HIV-Tests und antiretrovirale Therapie sind jedermann zugänglich. Ausgrenzung oder Diskriminierung von HIV-Infizierten kommt nur selten vor.

Wie steht es aber in der Schweiz mit der Ausbreitung der HIV-Infektion? Hat die Strategie des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) zur erhofften Verminderung der Neuinfektionen geführt? Konnte die Epidemie erfolgreich eingedämmt oder gar gestoppt werden?

Wie in den anderen industrialisierten Ländern^{1,2} wurden in der Schweiz die für sexuell übertragbare Krankheiten bekannten erfolgreichen epidemiologischen Massnahmen grösstenteils nicht durchgeführt. Die schweizerischen Behörden errichteten für die HIV-Infektion einen Sonderstatus.

Das BAG setzte auf freiwillige Verhaltensänderungen. Die Botschaft heisst bis heute: Kondomgebrauch bei jedem Sexualkontakt und kein Spritzentausch. Die Schutzwirkung eines Kondoms wurde wie eine gute Schutzimpfung angesehen. So prognostizierte 1987 das BAG ab 1991 eine Reduktion und ab 2001 einen Stop der HIV-Neuinfektionen.³

Was wissen wir?

In der Schweiz wurden 1985 der HIV-Test und 1987 die anonymisierte Meldepflicht für positive HIV-Testresultate (Labormeldepflicht) eingeführt. Alle HIV-Tests basieren auf Freiwilligkeit und ausdrücklicher Einwilligung. Das Bundesamt für Gesundheit empfiehlt einen freiwilligen HIV-Test mit je einem Beratungsgespräch vorher und nachher. Die Anzahl der positiven Resultate, der Aidskranken und Aidstoten wird im Bulletin des BAG veröffentlicht.

Wir wissen deshalb, dass

- die Gesamtzahl von lebenden HIV-infizierten Menschen seit Jahren zunimmt,

- die meisten Menschen mit einem positiven HIV-Test sich bei heterosexuellen Kontakten angesteckt haben,
- die meisten Menschen mit einem positiven HIV-Test im fortpflanzungsfähigen Alter sind,
- die Reduktion der gemeldeten positiven HIV-Tests in den 90er Jahren auf die Wirkung der antiretroviralen Medikamente zurückgeführt werden kann,
- die Aufklärungskampagne des BAG mit der Propagierung des Kondoms das Ziel einer deutlichen Reduktion der HIV-Übertragungen verfehlt hat.

Die Schweiz ein Entwicklungsland bezüglich HIV-Epidemiologie?

Ziel einer Epidemiebekämpfung muss die möglichst frühzeitige Diagnose und Behandlung von Infektionsfällen sowie das Unterbrechen von Ansteckungsketten sein. HIV-Tests wurden in der Schweiz nie im Rahmen von systematischen Screening-Programmen durchgeführt. Ebenso wird keine systematische Benachrichtigung und Untersuchung von (Sexual-)Partnern (Contact Tracing oder Partner Notification) durchgeführt.

Nur bei Blutspendern ist ein HIV-Test obligatorisch, und bei schwangeren Frauen empfiehlt das BAG dringend einen HIV-Test.

Diese beiden Massnahmen zeigten auch Erfolge: Die HIV-Übertragungen bei Bluttransfusionen konnten praktisch gestoppt und die HIV-Übertragungen von der schwangeren Frau auf das Kind deutlich reduziert werden.

Insgesamt sind die Kenntnisse über die HIV-Epidemie lückenhaft und lassen keine wissenschaftlich fundierten Aussagen über die gesamte Anzahl HIV-Infizierter sowie über die früheren und aktuellen Übertragungen zu.

Die wenigen retrospektiven statistischen Auswertungen lassen auf eine recht grosse Dunkelziffer schliessen: Veröffentlichungen des Bundesamtes für Gesundheit zeigen bei den Heterosexuellen, dass es von 1990–2001 durchschnittlich neun bis zehn Jahre von der Ansteckung bis zur ersten Durchführung eines HIV-Tests dauerte⁴ und von 2001–2004 bei etwas mehr als der Hälfte der heterosexuellen Aidskranken die Diagnose HIV-Infektion erst weniger als drei Monate vor der Aidsdiagnose gestellt wurde.⁵

Wenn offizielle Stellen Schätzungen über die Anzahl HIV-infizierter Menschen in der Schweiz veröffentlichen, entbehren sie einer wissenschaftlichen Grundlage. In Ermangelung dieser Grundlage veröffentlichte das BAG von 1987 bis 2005 immer wieder die gleiche Schätzung: 20 000 bis 30 000 HIV-Infektionen.⁶ Dies bestätigt unsere Schlussfolgerung, dass die Epidemieüberwachung in bezug auf HIV in der Schweiz grosse Mängel aufweist und dringend verbessert werden muss.

Auswirkungen der Mängel in der HIV-Epidemiologie und -Bekämpfung

Die beschriebene Dunkelziffer bei den HIV-Infizierten hat gravierende Auswirkungen für die Menschen, denen ihre HIV-Infektion nicht bekannt ist, sowie für die Bekämpfung der HIV-Epidemie und die individuelle Prävention:

- Diese HIV-Infizierten können nicht von einer antiretroviralen Therapie profitieren, sowohl die Lebensqualität als auch die Lebenserwartung sind deutlich geringer.
- HIV-Infizierte, die mit einer antiretroviralen Therapie behandelt werden, weisen ein kleineres HIV-Übertragungspotential auf.
- HIV-infizierte Menschen können ihr Leben nicht entsprechend anpassen; z.B. optimaler Schutz des (der) Sexualpartner(s) vor einer HIV-Übertragung und Planung des Familien- und Berufslebens.
- (Sexual-)Partner von Menschen mit unerkannter HIV-Infektion werden in ihren Persönlichkeitsrechten verletzt und können sich nicht entsprechend verhalten.
- Durch den Mangel an Kenntnis der gegenwärtigen HIV-Infizierten sind die aktuell gefährdeten Personen nicht bekannt, und es können keine gezielten Präventionsmassnahmen durchgeführt werden.
- Die Ansteckungsketten können nicht durch wirksame Präventionsstrategien unterbrochen werden.

Der HIV-Test als zentrales Mittel der HIV-Bekämpfung

Das Defizit in der HIV-Prävention liegt zurzeit im fehlenden Wissen um die HIV-Infektion einer unbekannteren, aber doch grossen Anzahl Menschen.

Die Grundlage einer erfolgreichen Epidemiebekämpfung ist die Diagnose. Amerikanische Untersuchungen zeigen: Wissen HIV-infizierte Menschen um ihre Diagnose, reduzieren sie ihr riskantes Sexualverhalten um rund die Hälfte.⁷ Darüber hinaus wird auch die Gefahr der heterosexuellen Übertragung durch eine Behandlung

reduziert, bei der die Viruslast der HIV-1-RNA auf unter 1500 Kopien/ml sinkt.⁸

Um die HIV-Infektionskette zu unterbrechen, schlägt die *AIDS-Aufklärung Schweiz* dem BAG und den kantonalen Gesundheitsbehörden deshalb die Anordnung oder explizite Förderung folgender epidemiologischer Massnahmen vor:

- Routinetest bei Spitaleintritt.
- Ärzte in Privatpraxen sollten möglichst breit einen HIV-Test anordnen können.
- Die Patienten werden über einen vorgesehenen HIV-Test informiert. Eine explizite Einwilligung ist aber nicht erforderlich. Diese Regel sollte auch bei diagnostischen Laboruntersuchungen, welche einen HIV-Test beinhalten, gelten.
- Patienten, die einen HIV-Test grundsätzlich ablehnen, sollen dies vor jeder ärztlichen Behandlung in Spital oder Arztpraxis explizit (schriftlich) festhalten können (opting out).
- Umgebungsuntersuchungen in bezug auf neu entdeckte HIV-Fälle (Partner Notification resp. Contact-Tracing) muss obligatorisch durchgeführt werden.
- Hochrisikopatienten oder Kontaktpersonen, welche einen HIV-Test verweigern, müssen dem Kantonsarzt gemeldet werden. Dasselbe gilt bei Verdacht auf fortgesetztes Risikoverhalten bekannter HIV-Patienten.
- Die Ärzte in den Privatpraxen sollten aufgefordert werden, bei ihren Patienten bei verschiedenen Gelegenheiten einen HIV-Test, z.B. nach Reisen oder beim Check-up, durchzuführen.
- Die Gesellschaft sollte über den Sinn und die Vorteile dieser Massnahmen ausführlich und sachgerecht informiert werden.
- Screening von Risikogruppen.

Der selbstverständliche HIV-Test in Spital und Praxis

Den Ärzten ist die Wirksamkeit eines rechtzeitigen Eingreifens bei einer HIV-Infektion oft nicht ausreichend bewusst, weshalb sie Patienten nicht eindringlich genug einen HIV-Test anraten.^{9, 10}

Die Schweizer Ärzteschaft wurde immer wieder von Betroffenenorganisationen – unterstützt von offizieller Seite – medienwirksam vor juristischen Konsequenzen bei Durchführung eines HIV-Tests ohne vorherige Einwilligung gewarnt. Sie erlebte auch über Jahre, wie die schweizerischen Massenmedien mit reisserischen, unsachlichen Artikeln den Ruf von Ärzten schädigten, die vor einer kontraproduktiven Überinterpretation des «informed consent» warnten. Gleich-

zeitig sind uns keine Artikel oder veröffentlichte warnende Aussagen des BAG oder von Betroffenenorganisationen bekannt, die vor Klagen wegen Kunstfehlern oder Schadenersatzklagen wegen verpasster HIV-Diagnosen warnten.

Diese Faktoren führten dazu, dass Ärzte nur zögerlich zu einem HIV-Test raten und kaum je einen Test ohne vorheriges ausführliches Gespräch durchzuführen wagten. Im Zweifelsfall eben keine HIV-Diagnostik, so die Stimmung in der schweizerischen Ärzteschaft.

Die Forderung nach einer medizinischen Behandlung schliesst die Einwilligung in die Diagnostik (zumindest bei ernsthaften Erkrankungen) mit ein. Natürlich informieren Ärzte den Patienten in allgemeiner Form über Blutentnahmen, bildgebende Verfahren, EKG usw. zur Diagnose von Herz-, Leber-, Krebs-, Nieren- und Darmkrankheiten und Infektionskrankheiten wie Tuberkulose. Aber es bleibt kaum Zeit, über alle möglichen Diagnosen und ihre Konsequenzen zu sprechen.⁹ Es wäre zudem ein ungeschicktes psychologisches Vorgehen (und die Patienten wünschen dies auch nicht), vor der Diagnosestellung über die schlimmsten Möglichkeiten zu sprechen. Wichtig ist, die Diagnose, die auf Grund der verschiedenen Untersuchungen gestellt wurde, mit dem Patienten genau und in allgemeinverständlicher Form zu besprechen.

Wie oben erwähnt, gibt es zwingende Gründe, bei HIV keine Ausnahme zu machen: In einem Artikel im «British Medical Journal» schreiben Manavi und Welsby: «Aus einer noch unveröffentlichten Studie mit Testpersonen, die unsere Zentren besuchen, geht hervor, dass 70 zufällig ausgewählte HIV-positive Patienten durchschnittlich bereits seit achteinhalb Jahren infiziert waren. Dieselbe Studie zeigt, dass nur bei 56% der Patienten der Arzt zum HIV-Test geraten hatte und nur 6% aller Patienten je einen solchen Test abgelehnt hatten. 46% der HIV-Positiven gaben an, dass man den Test auch ohne ihre ausdrückliche Einwilligung hätte vornehmen sollen.»¹¹ Die Autoren folgern weiter: «Die Zeiten haben sich geändert. Eine HIV-Frühd Diagnose bietet zahlreiche Vorteile. HIV-Tests sollte kein Sonderstatus mehr eingeräumt werden, sondern sollten von Seiten der Ärzte mit derselben Einstellung durchgeführt werden, wie sie allen anderen Tests mit ernsthafter Erkrankung zugrunde liegt.»¹¹

Wir glauben, dass HIV-Tests ohne spezielle vorhergehende freiwillige Beratung heutzutage in der Schweizer Bevölkerung eine hohe Akzeptanz erreichen würden, denn Patienten mit Krebsrisiko oder Tuberkuloseverdacht müssen sich schliesslich vor dem Thoraxröntgen auch nicht erst einer

ausführlichen Beratung über die möglichen Konsequenzen (Chemotherapie usw.) unterziehen.

Allerdings bräuchte die Ärzteschaft die Unterstützung der Behörden. Oder die Ärzteschaft müsste dieses Recht bei den Behörden und dem Gesetzgeber einfordern. Bestimmt würden viele HIV-Infizierte, bei denen eine frühe HIV-Diagnose gestellt würde, dafür danken, und mit Sicherheit könnten so viele HIV-Infektionen verhindert werden.

¹ Bayer R. Public Health Policy and the Aids Epidemic – An End to HIV Exceptionalism. *N Engl J Med* 1991, Vol. 324, Nr. 21, 1500–04.

² Frieden TG, Das-Douglas M, Kellerman SE, Henning KJ. Applying Public Health Principles to the HIV Epidemic. *N Engl J Med* 2005 353:2397–2402.

³ Bundesrat will Aids im Jahr 2000 im Griff haben. *Tages-Anzeiger* vom 9.4.1987.

⁴ Feuz M, Gebhardt, M. Time elapsing between the first positive HIV-test and AIDS diagnosis in Switzerland is decreasing [poster]. *XIV International Conference on AIDS*, Barcelona July 7–12 2002. Available at: URL:<http://www.ias.se>.

⁵ Bundesamt für Gesundheit: Keine weitere Abnahme neuer Aidsfälle trotz wirksamer Therapien. *BAG-Bulletin* 28 vom 11.7.2005, 480–488.

⁶ *BAG Fact Sheet 2006* Eckdaten zur Epidemie von Aids und HIV in der Schweiz 2005.

⁷ Marks G, Crepaz N, Senterfitt JW, Janssen RS. Meta-Analysis of High-Risk Sexual Behavior in Persons Aware and Unaware They are Infected With HIV in the United States: Implications for HIV Prevention Programs. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2005;39:446–53.

⁸ Quinn TC, Wawer MJ, Sewankambo N, et al. Viral Load and Heterosexual Transmission of Human Immunodeficiency Virus Type 1. *N Engl J Med* 2000; 342:921–9.

⁹ Kellock DJ, Rogstad KE. Attitudes to HIV testing in general practice. *Int J STD AIDS* 1998;9:263–7.

¹⁰ Burns F, Mercer CH, Mercey D, Sadiq ST, Curran B, Kell P. Barriers to HIV testing: a survey of GUM clinic attendees. *Sex Transm Infect* 2004;80:247–8.

¹¹ Manavi K, Welsby PD. HIV testing – Should no longer be accorded any special status. *BMJ* 2005;330:492–493.

Politique de la santé en Suisse – le statut particulier de l’infection à VIH est indéfendable

K. April, B. Bulambo, G. Fantacci, H. Koblet

La population suisse, y compris les personnes à risque et même les toxicomanes connaissent bien l’infection à VIH, ses modes de contamination et les possibilités de prévention.

Et, par rapport aux autres pays, le niveau des diagnostics et des traitements est très élevé. Le dépistage et les thérapies antirétrovirales sont accessibles à chacun et la marginalisation ou la discrimination des personnes séropositives sont rares.

Mais qu’en est-il de la propagation de l’infection à VIH en Suisse? La stratégie de l’Office fédéral de la santé publique (OFSP) a-t-elle amené le recul espéré des nouvelles infections? L’épidémie a-t-elle pu être enrayerée, voire stoppée?

Comme dans les autres pays industrialisés,^{1,2} une grande partie des mesures épidémiologiques efficaces bien connues à prendre dans le cas des maladies sexuellement transmissibles n’ont pas été appliquées. Les autorités ont réservé à l’infection à VIH un statut particulier.

L’OFSP a misé sur des changements de comportement volontaires. Dès le début, son message a été le suivant: recours au préservatif lors de chaque rapport sexuel et pas d’échange de seringues. L’effet protecteur du préservatif a été considéré comme un bon vaccin. Aussi l’OFSP prévoyait-il, en 1987, une réduction du nombre des nouvelles infections à partir de 1991 et leur fin en 2001.³

Etat de nos connaissances

En Suisse, le test de dépistage a été introduit en 1985 et la déclaration obligatoire anonymisée pour les résultats positifs en 1987. Tous les dépistages reposent sur le volontariat et l’accord explicite de l’individu. L’OFSP recommande le dépistage volontaire précédé et suivi d’un entretien. Le nombre des résultats positifs, des malades du sida et des morts des suites du sida est publié régulièrement dans le Bulletin de l’OFSP.

Nous savons par conséquent que :

- le nombre des personnes vivant avec le VIH augmente depuis des années ;
- la plupart des personnes séropositives ont été contaminées au cours de contacts hétérosexuels ;
- la plupart des séropositifs sont des personnes d’âge reproducteur ;

- la diminution du nombre des tests positifs déclarés dans les années 1990 est due à l’effet des médicaments antirétroviraux ;
- les campagnes antisida de l’OFSP visant à préconiser le préservatif n’ont pas permis de réduire significativement les cas de transmission du VIH.

La Suisse est-elle un pays en développement en matière d’épidémiologie du VIH ?

L’objectif de la lutte contre une épidémie doit consister dans le diagnostic et le traitement les plus précoces possibles ainsi que dans l’interruption des chaînes de contacts infectieux. En Suisse, les tests VIH n’ont jamais été effectués dans le cadre de programmes de dépistage systématique. On ne procède pas non plus systématiquement à l’information et à l’examen des partenaires (sexuels) (*contact tracing* ou *partner notification*).

Le dépistage n’est obligatoire que pour les donneurs de sang et l’OFSP le recommande chaudement pour les femmes enceintes.

Ces deux mesures ont d’ailleurs été efficaces : les contaminations à la suite d’une transfusion ont quasiment disparu et la transmission de la mère à l’enfant a été nettement réduite.

D’une manière générale, les connaissances sur l’épidémie sont incomplètes et ne permettent pas de connaître avec précision le nombre total des personnes infectées ni celui des contaminations passées et actuelles.

Les rares évaluations statistiques rétrospectives font penser que le nombre des cas inconnus est assez important : les données publiées par l’OFSP montrent que, entre 1990 et 2001, il s’est écoulé 9 à 10 ans entre le moment de la contamination et un premier test⁴ et qu’entre 2001 et 2004, chez plus de la moitié des malades du sida hétérosexuels, le diagnostic d’une infection à VIH n’a été posé que moins de 3 mois avant le diagnostic de sida.⁵

Les estimations officielles du nombre de personnes séropositives en Suisse n’ont aucune valeur scientifique, si bien que de 1987 à 2005, l’OFSP n’a cessé de publier les mêmes chiffres : 20 000 à 30 000 infections.⁶ Ce fait confirme notre conclusion selon laquelle la surveillance de l’épidémie de VIH présente de graves défauts et doit être améliorée de toute urgence.

Conséquences des défauts de l'épidémiologie du VIH et de la lutte contre l'épidémie

L'importance des cas de VIH inconnus a de graves conséquences pour ceux qui ignorent qu'ils sont contaminés, pour la lutte contre l'épidémie et pour la prévention individuelle :

- Ces personnes ne peuvent pas profiter d'un traitement antiviral, si bien que leur qualité et leur espérance de vie sont nettement moindres.
- Les séropositifs traités aux antirétroviraux sont moins contagieux que les autres.
- Les personnes infectées qui ignorent leur statut sérologique ne peuvent pas adapter leur comportement, par exemple protéger leur(s) partenaire(s) de manière optimale d'une contamination et planifier leur vie familiale et professionnelle.
- Les droits à l'intégrité physique et morale des partenaires (sexuels) des personnes contaminées ignorant leur statut sérologique sont lésés et lesdits partenaires ne peuvent pas se comporter en conséquence.
- En raison du manque de données sur l'ensemble des personnes actuellement contaminées, les individus à risque ne sont pas tous connus si bien que l'on ne peut pas prendre de mesures de prévention ciblées.
- Les chaînes de contacts infectieux ne peuvent pas être brisées par des stratégies de prévention efficaces.

Le dépistage du VIH : principale mesure de la lutte contre le VIH

L'insuffisance de la prévention du VIH réside actuellement dans le fait qu'un nombre inconnu mais important de personnes ignorent qu'elles sont contaminées.

Le fondement d'une lutte efficace contre l'épidémie réside dans le diagnostic. Des études américaines nous apprennent que lorsque les personnes contaminées sont au courant de leur statut, elles réduisent de moitié environ leurs comportements sexuels à risque.⁷ En outre, le risque de transmission hétérosexuelle est réduit par un traitement qui fait baisser la charge virale de VIH-1-ARN en dessous de 1500 copies/ml.⁸

En conséquence, pour briser les chaînes de contacts infectieux, *SIDA Information Suisse* propose à l'OFSP et aux autorités sanitaires cantonales la prescription ou la promotion explicite des mesures épidémiologiques suivantes :

- On procède à un dépistage de routine à l'entrée dans un établissement hospitalier.

- Les médecins libéraux devraient pouvoir imposer le test VIH sur une large échelle.
- On informe les patients qu'on a prévu un test VIH, mais l'accord explicite n'est pas nécessaire. Cette règle devrait également être valable pour les examens diagnostiques de laboratoire qui comprennent un test VIH.
- Les patients qui s'opposent catégoriquement à un test devraient pouvoir le préciser explicitement (par écrit) avant tout traitement chez un médecin ou dans un établissement hospitalier (opting out).
- Dans les cas de nouvelles infections, une étude de l'entourage doit obligatoirement être effectuée (partner notification, contact tracing).
- Les patients à haut risque ou les personnes qui ont été en contact avec eux qui refusent le test doivent être signalées au médecin cantonal. Il en va de même lorsque l'on soupçonne un patient séropositif de continuer à avoir des comportements à risque.
- Les médecins libéraux devraient être invités à effectuer le test en toute occasion, par exemple après un voyage ou lors d'un bilan de santé.
- Il faudrait informer la population du sens et des avantages de ces mesures de manière objective et détaillée.
- On procède au dépistage systématique des groupes à risques.

Caractère évident du dépistage dans les établissements hospitaliers et les cabinets médicaux

Souvent, les médecins ne sont pas suffisamment conscients de la nécessité d'intervenir à temps, si bien qu'ils n'insistent pas suffisamment pour que leurs patients fassent le test.^{9, 10}

Le corps médical suisse n'a cessé d'être mis en garde de façon très médiatique par des associations de personnes concernées – soutenues officiellement – contre les conséquences juridiques entraînée par les tests effectués sans accord préalable. Pendant des années, la presse suisse a publié des articles racoleurs dépourvus d'objectivité destinés à nuire à la réputation de médecins qui mettaient en garde contre une mauvaise interprétation du consentement éclairé. En même temps, nous ne connaissons pas d'articles de l'OFSP ou d'associations de personnes concernées qui aient mis en garde contre des plaintes pour erreur médicale ou des actions en dommages-intérêts pour une infection à VIH non diagnostiquée.

Il en est résulté que les médecins hésitaient à proposer le test et qu'ils n'osaient presque jamais l'effectuer sans un long entretien préalable.

L'attitude générale du corps médical suisse était la suivante : En cas de doute, pas de diagnostic.

Demander un traitement médical implique que l'on accepte le diagnostic (tout au moins pour les maladies graves). Evidemment, les médecins informent leurs patients de manière générale sur les prises de sang, l'imagerie, les ECG, etc. lors du diagnostic des maladies du cœur, du foie, des reins, des intestins, des cancers ou des maladies infectieuses comme la tuberculose. Mais il ne reste guère de temps pour parler de tous les examens possibles et de leurs conséquences.⁹ En outre, ce serait psychologiquement malhabile (et les patients ne le souhaitent pas), d'évoquer les pires éventualités avant l'établissement du diagnostic. L'important, c'est d'expliquer aux patients de manière précise et compréhensible le diagnostic établi à partir des différents examens.

Comme nous l'avons dit plus haut, on a des raisons impératives de ne pas faire d'exceptions en matière de VIH. Dans un article du *British Medical Journal*, Manavi et Welsby écrivent : « Il ressort d'une étude non encore publiée portant sur des personnes qui fréquentent notre centre que 70 patients séropositifs pris au hasard étaient déjà contaminés depuis 8 ans et demi en moyenne. Cette même étude montre que dans 56 % des cas seulement, le médecin avait conseillé au patient de faire le test et que seuls 6 % de tous les patients s'y étaient opposés. 46 % des séropositifs estimaient qu'on aurait pu faire le test sans leur accord explicite. »¹¹ Les auteurs en concluent que « les temps ont changé. Le diagnostic précoce du VIH présente d'importants avantages. On ne devrait plus accorder de statut particulier au dépistage du VIH. Les médecins devraient l'effectuer dans le même esprit que tous les autres examens entrepris dans le cas de maladies graves. »¹¹

Nous pensons que le dépistage du VIH non précédé d'un entretien volontaire particulier serait aujourd'hui bien accepté par la population suisse. Après tout, les médecins ne sont pas tenus d'informer en détail les patients présentant un risque de cancer ou de tuberculose sur les conséquences d'une chimiothérapie ou d'une radiographie du thorax, par exemple.

Pendant, le corps médical aurait besoin de l'appui des autorités ou devrait revendiquer ce droit auprès des autorités ou du législateur. Il est certain que bien des personnes infectées ayant bénéficié d'un diagnostic précoce leur en sauraient gré et que l'on pourrait ainsi, sans aucun doute, éviter de nombreuses contaminations.

² Frieden TG, Das-Douglas M, Kellerman SE, Henning KJ. Applying Public Health Principles to the HIV Epidemic. *N Engl J Med* 2005;353:2397–2402.

³ Bundesrat will Aids im Jahr 2000 im Griff haben. *Tages-Anzeiger* du 9.4.1987.

⁴ Feuz M, Gebhardt, M. Time elapsing between the first positive HIV-test and AIDS diagnosis in Switzerland is decreasing [poster]. *XIV International Conference on AIDS*, Barcelona July 7–12 2002. Available at: URL:<http://www.ias.se>.

⁵ Office fédéral de la santé publique: Pas de nouvelle diminution du nombre de cas de sida malgré l'efficacité des thérapies. *Bulletin de l'OFSP* no 28 du 11.7.2005, 480–488.

⁶ *BAG Fact Sheet 2006* Eckdaten zur Epidemie von Aids und HIV in der Schweiz 2005.

⁷ Marks G, Crepaz N, Senterfitt JW, Janssen RS. Meta-Analysis of High-Risk Sexual Behavior in Persons Aware and Unaware They are Infected With HIV in the United States: Implications for HIV Prevention Programs. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2005;39:446–53.

⁸ Quinn TC, Wawer MJ, Sewankambo N, et al. Viral Load and Heterosexual Transmission of Human Immunodeficiency Virus Type 1. *N Engl J Med* 2000; 342:921–9.

⁹ Kellock DJ, Rogstad KE. Attitudes to HIV testing in general practice. *Int J STD AIDS* 1998;9:263–7.

¹⁰ Burns F, Mercer CH, Mercey D, Sadiq ST, Curran B, Kell P. Barriers to HIV testing: a survey of GUM clinic attendees. *Sex Transm Infect* 2004;80:247–8.

¹¹ Manavi K, Welsby PD. HIV testing – Should no longer be accorded any special status. *BMJ* 2005;330:492–493.

¹ Bayer R. Public Health Policy and the Aids Epidemic – An End to HIV Exceptionalism. *N Engl J Med* 1991, Vol. 324, Nr. 21, 1500–04.

Paradigmenwechsel bei HIV-Tests – Das Ende des Sonderstatus*

Dr. Ronald Bayer und Dr. Amy L. Fairchild, M.P.H.

Aus: *New England Journal of Medicine*. 355,647–9 (2006): Changing the Paradigm for HIV Testing – The End of Exceptionalism

Die für Krankheitskontrolle und -vorsorge zuständige US-Gesundheitsbehörde CDC (Centers for Disease Control and Prevention) ist dabei, neue Empfehlungen für HIV-Tests bei Erwachsenen, Heranwachsenden und Schwangeren herauszugeben. Auf die Tatsache, dass sich über 25% der HIV-infizierten Amerikaner ihres Zustandes nicht bewusst sind und 40% aller neu diagnostizierten Aidskranken entdecken, dass sie ein knappes Jahr vor erfolgter Diagnose infiziert wurden, reagierten öffentliche Stellen nun mit dem Vorschlag, in allen Gesundheitseinrichtungen routinemässig HIV-Screenings durchzuführen.

Bereits heute empfiehlt das CDC bei Personengruppen mit hohem Risikofaktor und in Umfeldern mit hoher Prävalenz routinemässige Tests. Der radikalste Ansatz zielt auf die Ausdehnung der routinemässigen Tests auf die gesamte Bevölkerung und auf eine Neudefinition bezüglich der Einwilligung der Patienten. Letztere sollen darüber aufgeklärt werden, dass HIV-Tests zwar routinemässig zur Behandlung gehören, ihnen aber durchaus die Möglichkeit offen steht, diese Tests zu verweigern. Nach den Plänen des CDC wäre keine Extraeinwilligung mehr erforderlich, da «die allgemeine Zustimmung zu einer medizinischen Behandlung die Einwilligung bezüglich HIV-Tests mit einschliesst».

Ähnliche Vorschläge machte der Leiter des New Yorker Gesundheitsamtes, Thomas Frieden, der die Abschaffung der seit 1988 erforderlichen Beratung vor dem Test und des schriftlichen «Informed Consent» forderte. Die Einwilligung gedachte er durch das Recht auf eine Ablehnung zu ersetzen. In einem kürzlich veröffentlichten Rundschreiben zur Präzisierung des «Informed Consent» empfahl das New Yorker Gesundheitsamt, dass Ärzte ihren Patienten in bezug auf alle durchzuführenden Blutuntersuchungen sagen sollten: «Ich bin im Begriff, bei Ihnen einen HIV-Test durchzuführen. Haben Sie irgendwelche Fragen dazu?»¹ Eine derartige Infragestellung des Status quo wird sich unweigerlich auf das ganze Land auswirken, auf die Gesundheitsämter ebenso wie

auf Krankenhäuser und andere Gesundheitseinrichtungen.

Diese Entwicklung signalisiert das Ende des Sonderstatus, das heisst die Kritik an der von der öffentlichen Gesundheitspolitik verfolgten Ausnahmestrategie, für die man sich bei Aids – im Gegensatz zu anderen meldepflichtigen und durch Geschlechtsverkehr übertragenen Krankheiten – entschieden hatte.² Als Reaktion auf Angst, Stigmatisierung und Hilflosigkeit von Seiten der Ärzte suchten Aidsaktivisten und deren Verbündete im öffentlichen Gesundheitswesen zunächst nach Strategien, die das Selbstbestimmungsrecht und die Wahrung der Intimsphäre von bereits HIV-Infizierten oder zu Risikogruppen gehörenden Personen respektieren und diese vor ungerechtfertigter Diskriminierung schützen sollten. Eine Vermeidung von Zwangsmassnahmen wie Isolierung und Quarantäne – klassischen Massnahmen im Gesundheitswesen – schien schon allein deshalb angebracht, weil Angehörige von Risikogruppen wie Homo- und Bisexuelle, Drogenabhängige und deren Sexualpartner ohnehin einen schweren Stand in der Gesellschaft haben. Wie der frühere Surgeon General C. Everett Koop oft sagte, verunsichern gesundheitspolitische Massnahmen, die für solche Menschen bedrohlich erscheinen, nur das seuchengefährdete Umfeld und erschweren die Arbeit mit den Bevölkerungsgruppen, unter denen HIV am meisten verbreitet ist.

Der Sonderstatus spiegelte sich in der Handhabung von Massnahmen wie der Überwachung und Partnerinformation wider, trat jedoch im Zusammenhang mit HIV-Tests am deutlichsten zutage. Seit 1985 der Antikörper-Test zugänglich wurde, warnten Aidsaktivisten aus verschiedenen Gründen vor den damit verbundenen Gefahren, vor allem aus Furcht vor Diskriminierung und Stigmatisierung, aber auch wegen der in psychologischer Hinsicht potentiell schweren Last einer HIV-Diagnose ohne das Angebot einer erfolgversprechenden Therapie. Ob Tests automatisch auch zur Aufgabe von risikoreichem Verhalten führen würden, wurde ebenfalls bezweifelt. Im Gegensatz dazu sahen die Zuständigen in den Gesundheitsämtern freiwillige Tests und Beratung von zu Risikogruppen zählenden Personen als das

* Copyright deutsche Übersetzung: *AIDS-Aufklärung Schweiz*.
V. Listl, H. Schmidt

Kernstück einer Vorsorgestrategie im öffentlichen Gesundheitswesen an. Als Ergebnis des darauffolgenden heftigen Konflikts kam es zu einigen präziser ausgearbeiteten Standards für eine spezifische schriftliche Einwilligung und zu der Forderung nach einer dem Test vorausgehenden Beratung. Dieser Ansatz unterschied sich deutlich von dem, was in klinischen Zusammenhängen gewöhnlich vor sich ging, da Ärzte oft Blutuntersuchungen bei Patienten anordneten, die im allgemeinen gar nicht wussten, was bei ihnen überhaupt getestet werden sollte. In diesen Fällen wurde eine Einwilligung einfach angenommen.

In den späten achtziger Jahren, als die Ärzte mehr Selbstvertrauen im Umgang mit HIV gewannen, begannen sie, die nur wenige Jahre zuvor auferlegten Vorschriften als zu restriktiv zu empfinden. Aber erst im Falle von Kindern und schwangeren Frauen wurde der Sonderstatus am unmittelbarsten in Frage gestellt. Einige Kinderärzte vertraten den Standpunkt, Babys hätten ein «Recht auf HIV-Tests», denn im Falle einer Infektion sei eine präventive medizinische Behandlung erforderlich, ehe es zu einer akuten Erkrankung komme. Das Recht des Säuglings sei gewichtiger als das der Mutter auf die Wahrung ihrer Intimsphäre, das im Falle des Nachweises von mütterlichen Antikörpern beim Neugeborenen verletzt würde. Kürzlich haben zwei US-Staaten, New York und Connecticut, HIV-Tests an Säuglingen gesetzlich vorgeschrieben.

Nachhaltiger waren die Bemühungen im Zuge der 1994 erfolgten Entdeckung, dass die Verabreichung von Zidovudin während der Schwangerschaft die vertikale Übertragungsrate um zwei Drittel senken konnte. 1996 gab die Kammer des House of Delegates of the American Medical Association die Empfehlung heraus, an Schwangeren obligatorische Tests durchzuführen. Obwohl eine Verwirklichung dieses Postulats hinausgeschoben wurde, fanden die Bemühungen, die Anforderungen an eine Einwilligung von Seiten der Schwangeren zu lockern, immer grössere Zustimmung.

1998 empfahl das Institute of Medicine (IOM) einen Routinetest bei allen schwangeren Frauen in den Vereinigten Staaten und forderte dazu auf, von einer bindenden Einverständniserklärung zu einem Recht auf Ablehnung nach zuvor erfolgter Inkenntnissetzung überzugehen.³ Ein Jahr darauf unterstützten die American Academy of Pediatrics und das American College of Obstetricians and Gynecologists geschlossen ein allgemeines *Opt-out screening* für Schwangere. Als das CDC im

Jahr 2001 diese Empfehlungen prüfte, stimmte es dem allgemeinen Screening von Schwangeren zu.⁴ Obgleich es ein dem Test vorausgehendes vereinfachtes Verfahren forderte, um eine zeitraubende Beratung abzuschaffen, sprach es sich nicht explizit für einen Opt-out-Ansatz aus.⁵

Gemäss der Kaiser Family Foundation forderten 2004 vier Staaten – Texas, Michigan, Tennessee und Arkansas – einen Test an Schwangeren, sofern die Betroffenen dies nicht explizit verweigerten. In 13 Staaten – darunter Kalifornien, Florida, New Jersey und Maryland – wurde von den Trägern von Einrichtungen im Gesundheitssektor verlangt, einen Schwangerentest anzubieten. Die vom CDC und in New York vorgeschlagenen Veränderungen erfolgten demnach erst nach gut zehnjährigen Bestrebungen, die rigide Politik des HIV-Sonderstatus aufzuweichen.

Die Versuche, Tests routinemässig verfügbar zu machen, und selbst die Forderung, dass Ärzte sie ihren Patienten anbieten sollten, hatten kaum Protest hervorgerufen. Der Verzicht auf die dem Test vorausgehende Beratung und auf die ausdrückliche schriftliche Einwilligung hingegen stösst ebenso wie die Einführung einer Opt-out-Regelung nach wie vor auf hartnäckigen Widerstand. Obwohl Thomas Frieden obligatorische HIV-Tests ablehnt, fürchten viele, dass diese ohne die Auflage einer schriftlichen Einwilligung automatisch zur Pflicht würden. «Von einem *Informed Consent* kann hier nicht mehr die Rede sein, nicht einmal mehr von einem Konsens», sagte ein Aktivist. Es handle sich vielmehr um den Versuch, «den Leuten ohne ihre Einwilligung einen HIV-Test aufzuzwingen».

Diejenigen, die für ein Umdenken plädieren, führen das Argument ins Feld, dass Einschränkungen, wenn die Medizin wenig zu bieten habe, nicht mehr zu rechtfertigen seien angesichts der Tatsache, dass sich eine HIV-Infektion bei einer langfristigen und konstanten klinischen Behandlung zu einer komplexen chronischen Erkrankung entwickelt.

Laut den Vertretern dieser These werden breit angelegte Tests durch zu grosse Einschränkungen verhindert, weil sie zeitraubend und aufwendig sind. Zudem entbinden sie Ärzte von der Pflicht, Tests überhaupt anzubieten. Oft weniger im Blickfeld ist die Tatsache, dass ein Opt-out-Ansatz die Gewichtung verlagert von denjenigen, die sich freiwillig einem Test unterziehen würden, auf diejenigen, die ihn bewusst verweigern.

Gesundheitspolitische Erwägungen könnten die Erschwerung einer Ablehnung rechtfertigen. Das gilt besonders für die Gefahr einer vermeidbaren opportunistischen Infektion von Personen, die nicht wissen, dass sie HIV-infiziert sind, und dass sie diese Infektion ihren Sexualpartnern und den Drogenabhängigen, mit denen sie die Spritzen teilen, übertragen können. Da staatliche und regionale Gesundheitsbehörden die neuen CDC-Empfehlungen berücksichtigen, ist es von entscheidender Bedeutung, dass die mit dem neuen Test-Paradigma einhergehenden – ausgesprochenen und unausgesprochenen – Folgen Gegenstand einer offenen, ethischen und auf Tatsachen beruhenden Diskussion werden.

Informationsquelle

Dr. Bayer ist ordentlicher Professor und Dr. Fairchild ausserordentlicher Professor am Center for the History and Ethics of Public Health, Department of Sociomedical Sciences, Mailman School of Public Health, Columbia University, New York.

Literaturnachweis

¹ Henn M, Malave M, Renaud T, Sepkowitz K, Kellerman S. Making HIV testing a routine part of medical care. *City Health Information*. Vol. 25. No. 2. February 2006:9–12. (New York: New York City Department of Health and Mental Hygiene.) (Auch verfügbar unter <http://www.nyc.gov/html/doh/downloads/pdf/chi/chi25-2.pdf>.)

² Bayer R. Public health policy and the AIDS epidemic: an end to HIV exceptionalism? *N Engl J Med* 1991;324:1500–4.

³ Stoto MA, Almario DA, McCormick MC, eds. Reducing the odds: preventing perinatal transmission of HIV in the United States. Washington, D.C.: *National Academy Press*, 1999.

⁴ Revised guidelines for HIV counseling, testing, and referral. *MMWR Recomm Rep* 2001;50(RR-19):1–57.

⁵ Revised recommendations for HIV screening of pregnant women. *MMWR Recomm Rep* 2001;50(RR-19):63–85.

Changing the Paradigm for HIV Testing — The End of Exceptionalism

Ronald Bayer, Ph.D., and Amy L. Fairchild, Ph.D., M.P.H.

Source: NEnglJMed 355,647–9 (2006)

The Centers for Disease Control and Prevention (CDC) is poised to issue new recommendations for testing for HIV in adults, adolescents, and pregnant women. Frustrated that more than 25 percent of Americans with HIV infection are unaware of their status and that almost 40 percent of those with newly diagnosed AIDS discover that they are infected less than a year before diagnosis, officials have proposed that HIV screening be routinely offered in all health care settings.

The CDC already recommends routine testing among high-risk groups and in high-prevalence settings. The radical departure is the extension of routine testing to the entire population and the reconceptualization of the requirements for consent. Patients would be told that HIV testing was a routine part of care and given the opportunity to opt out. According to the CDC, specific signed consent would no longer be required, because “general consent for medical care is sufficient to encompass consent for HIV testing”.

These proposals are similar to those offered by New York City’s commissioner of health, Thomas Frieden, who has called for eliminating the requirements for pretest counseling and written informed consent that have been in place since 1988 and replacing the requirement for consent with the right to opt out. In a recent circular about informed consent, the New York City health department recommended that physicians say to their patients, in advising them about all the blood tests that will be performed, “I am going to . . . do an HIV test. Do you have any questions?”¹ Inevitably, the effects of such challenges to the status quo will be felt throughout the country, in health departments, hospitals, and other clinical settings.

These moves signal the end of the exceptionalism that has distinguished public health policy with regard to AIDS from approaches to other communicable and sexually transmitted diseases.² Against a backdrop of fear, stigma, and relative clinical powerlessness, AIDS activists and their public health allies initially sought approaches that would respect the autonomy and privacy rights of people with or at risk for HIV infection and that would offer protection from unwarranted

discrimination. Avoiding compulsory measures such as isolation and quarantine, which were so much a part of the public health tradition, was all the more crucial, since the people with increased risk — gay and bisexual men, drug users, and their sexual partners — were already socially vulnerable. As then–Surgeon General C. Everett Koop often said, policies and practices that appeared to threaten such persons could only drive the epidemic underground and make it more difficult to work with the populations within which HIV was spreading.

The exceptionalist perspective was reflected in policies on surveillance and partner notification, but it was strongest in the context of HIV testing. From 1985, when the HIV antibody test became available, fear about discrimination and stigmatization, concern about the potentially severe psychological burden of an HIV diagnosis in the absence of effective therapy, and skepticism about the relationship between testing and the changing of risky behavior led AIDS activists to warn about the dangers of the test. Public health officials, in contrast, saw the voluntary testing and counseling of people at high risk as the core feature of a preventive public health strategy. Out of the ensuing bitter conflict emerged some exacting standards for specific written consent and requirements for pretest counseling. This approach was markedly different from what typically happened in clinical settings, where physicians ordered blood work for patients who were generally unaware of what was being tested for and consent was assumed.

In the late 1980s, as clinicians gained greater confidence in their ability to manage HIV disease, they began to bridle under the exacting restrictions that had been imposed a few years earlier. But it was in the cases of infants and pregnant women that exceptionalism was most directly challenged. Some pediatricians asserted that babies had a “right to be tested” because, if infected, they required vigilant medical care before they became sick — a right that trumped the mother’s right to privacy, which would be breached by the discovery of maternal antibody in the newborn. Ultimately, two states — New York and Connecti-

cut — enacted statutes mandating HIV testing in newborns.

More sustained were the efforts that followed the 1994 discovery that administering zidovudine during pregnancy could reduce the rate of vertical transmission by two thirds. In 1996, the House of Delegates of the American Medical Association passed a resolution recommending mandatory testing of pregnant women. Although such moves stalled, efforts to loosen the consent requirements for pregnant women gained traction. In 1998, the Institute of Medicine (IOM) recommended the routine testing of all pregnant women in the United States, calling for a shift from stringent consent to an informed right of refusal.³ A year later, the American Academy of Pediatrics and the American College of Obstetricians and Gynecologists jointly endorsed universal opt-out screening for pregnant women. When the CDC considered these recommendations in 2001, it endorsed universal screening of pregnant women.⁴ But while calling for a simplified “pretest process”, eliminating time-consuming counseling, it did not explicitly recommend an opt-out approach.^{4,5}

By 2004, according to the Kaiser Family Foundation, four states — Texas, Michigan, Tennessee, and Arkansas — required the testing of pregnant women unless they refused. In 13 states — including California, Florida, New Jersey, and Maryland — providers were required to offer pregnant women testing. Thus, the changes being proposed by the CDC and in New York grow out of more than a decade of efforts to loosen the strictures of HIV exceptionalism.

The move to make testing more routinely available, or even to require that physicians offer it to patients, has encountered little opposition. But there is resistance to the elimination of pretest counseling and specific written consent, as well as to the adoption of an opt-out standard. Although Frieden rejects mandatory HIV testing, many fear that without a requirement for written consent, testing would in effect become compulsory. “This is not informed consent, and it is not even consent,” said one activist. It is rather an attempt “to ram HIV testing down people’s throats without their permission.”

According to advocates of change, the transformation of HIV disease into a complex chronic condition requiring long-term, ongoing clinical management means that the limits imposed when medicine had little to offer have outlived their justification. Proponents argue that prevailing

requirements impede wide-scale testing because they are burdensome and time-consuming. Furthermore, they relieve physicians of an obligation to offer testing. Less often acknowledged is the fact that an opt-out approach shifts the burden from those who would choose to undergo the test to those who would refuse.

Making it more difficult to say no may be justified by public health considerations, particularly by concern about preventable opportunistic infections in persons who are unaware of their HIV infection and about transmission to their sexual or needle-sharing partners. As state and local health policymakers consider the new CDC recommendations, it will be crucial that the assumptions — both spoken and unspoken — informing the new testing paradigm be the subject of open, ethically informed, and evidence-based discussion.

Source Information

Dr. Bayer is a professor and Dr. Fairchild an associate professor at the Center for the History and Ethics of Public Health, Department of Sociomedical Sciences, Mailman School of Public Health, Columbia University, New York.

References

- ¹ Henn M, Malave M, Renaud T, Sepkowitz K, Kellerman S. Making HIV testing a routine part of medical care. *City Health Information*. Vol. 25. No. 2. February 2006:9-12. (New York: New York City Department of Health and Mental Hygiene.) (Also available at <http://www.nyc.gov/html/doh/downloads/pdf/chi/chi25-2.pdf>.)
- ² Bayer R. Public health policy and the AIDS epidemic: an end to HIV exceptionalism? *N Engl J Med* 1991;324:1500-1504.
- ³ Stoto MA, Almario DA, McCormick MC, eds. *Reducing the odds: preventing perinatal transmission of HIV in the United States*. Washington, D.C.: National Academy Press, 1999.
- ⁴ Revised guidelines for HIV counseling, testing, and referral. *MMWR Recomm Rep* 2001;50:1-57.

Anwendung der Grundsätze des öffentlichen Gesundheitsdienstes auf die HIV-Epidemie*

Thomas R. Frieden, M.D., M.P.H., Moupali Das-Douglas, M.D., Scott E. Kellerman, M.D., M.P.H., und Kelly J. Henning, M.D.

Aus: *The New England Journal of Medicine*. 353,2397–2402 (2005): Applying Public Health Principles to the HIV Epidemic

Obwohl in den Vereinigten Staaten über eine halbe Million Menschen infolge einer HIV-Infektion starben, wurden im öffentlichen Gesundheitswesen nicht ähnlich umfangreiche Massnahmen ergriffen wie im Falle anderer Epidemien, die schliesslich zu deren Eindämmung geführt haben. Als die HIV-Infektion erstmals bei Randgruppen (homosexuellen Männern, injizierenden Drogenabhängigen und Immigranten aus Entwicklungsländern) auftrat, reichten die diskriminierenden Reaktionen auf Aids als «Strafe» für abweichendes Verhalten von Forderungen nach einer allgemeinen Aidsstestpflicht bis zu Vorschlägen, HIV-Infizierte unter Quarantäne zu stellen oder sogar durch Tätowierungen zu kennzeichnen. Diese Reaktion führte zu einem Sonderstatus der HIV-Infektion, der einherging mit Forderungen nach zusätzlichen Mitteln und vermehrtem Spenden und sich gegen die Anwendung präventiver Standardmethoden wandte.¹ Sicherlich besteht weiterhin der Bedarf an zusätzlichen Ressourcen, doch die Nicht-Anwendung der normalen Methoden zur Seuchenbekämpfung schwächt die Fähigkeit und Verantwortung der Gesellschaft bei der Bekämpfung dieser Epidemie.

Heute stehen wirksame Medikamente gegen die HIV-Infektion zur Verfügung, und die diversen Antidiskriminierungsinitiativen können beachtliche Erfolge verzeichnen. Vielleicht ist die Gesellschaft gerade aufgrund dieser Fortschritte dazu bereit, die üblichen Grundsätze der Seuchenbekämpfung auch auf das HIV-Problem anzuwenden. Hiermit wäre es möglich, infizierte Personen zu identifizieren und die Übertragung zu verhindern, eine Behandlung und ein adäquates Fallmanagement zu garantieren sowie ein bevölkerungsbezogenes Monitoring bezüglich des Infektionsstandes und der entsprechenden Eindämmungsmassnahmen durchzuführen (siehe Übersichtstabelle 1). Ein solches Vorgehen bringt politische und wirtschaftliche Kosten mit sich. Erstere stossen in konträren politischen Lagern

gleichermaßen auf Widerstand: Die Konservativen widersetzen sich dem Einsatz von effizienten Präventionsprogrammen, die Spritzenaustausch und generelle Verfügbarkeit von Kondomen vorsehen. HIV-Aktivist*innen andererseits beziehen Stellung gegen die Ausweitung des HIV-Tests, gegen Benachrichtigung und Aufklärung der Partner von infizierten Personen (das sogenannte *partner counseling, referral service oder partner notification*) und gegen das, was von einigen als unangemessene «Medikalisierung» der Epidemie angesehen wird. Vor allem die Verbesserung des bevölkerungsweiten Fallmanagements und die Partnerbenachrichtigung wären mit hohen Kosten verbunden. Noch viel höher sind allerdings die menschlichen und wirtschaftlichen Kosten bei einer ausbleibenden umfassenden Problembehandlung durch das öffentliche Gesundheitswesen.

Das Virus wurde identifiziert und wissenschaftlich analysiert, Diagnosetests wurden erarbeitet und verbessert und wirksame Medikamente und Behandlungsmethoden entwickelt, die dazu beigetragen haben, dass die Zahl der an Aids verstorbenen Personen in den USA seit 1995 um 70% zurückgegangen ist.² 25 Jahre nach Auftauchen der Epidemie ist die Lage aber stagnierend. Die Zahl der Aidsopfer ist seit 1998 nicht mehr rückläufig, indes die Zahl der neu diagnostizierten Fälle sogar leicht ansteigt. Die Rate der Krankheitsübertragung ist immer noch gleich hoch oder gar etwas höher. Riskantes Sexualverhalten ist nach wie vor geläufig und in einigen Gruppen sogar ansteigend. Häufig erfolgt die Diagnose der Infektion erst spät.³ Zu einer Aufklärung der Geschlechtspartner der Infizierten kommt es immer noch selten.⁴ Für Afroamerikaner und Latinos ist die Wahrscheinlichkeit einer optimalen Behandlung geringer als für Nordamerikaner weisser Hautfarbe.⁵ Wenige Patienten, die sich in Behandlung befinden, werden darüber aufgeklärt, wie sie eine Übertragung des Virus verhindern können.⁶ All diese Tendenzen sind in New York City auszumachen, wo ein Sechstel aller Aidspatienten der USA lebt.

* Copyright deutsche Übersetzung: *AIDS-Aufklärung Schweiz*.
V. Listl, H. Schmidt

Tabelle 1: Vergleich des Public-Health-Ansatzes bei der HIV-Infektion mit anderen Infektionskrankheiten		
Massnahmen	Andere Infektionskrankheiten	HIV-Infektion
Aufspüren von Krankheitsfällen und ihre Überwachung		
Namentliche Meldung aller diagnostizierten Fälle	Standard für alle meldepflichtigen Infektionskrankheiten	Erst seit kurzem in vielen Bundesstaaten eingeführt, aber nicht in allen
Verfügbarkeit von routinemässigen Tests in Gesundheitseinrichtungen	Standard für alle meldepflichtigen Infektionskrankheiten	Allgemein empfohlen und kosteneffizient, aber nicht immer verfügbar
Aufklärung und Test der Partner durch Programme der Gesundheitsvorsorge	Standard (z.B. Test und Behandlung bei Kontakten mit Neisseria Meningitidis, akuter Hepatitis B, Syphilis und Tuberkulose)	Starke Unterschiede in der Zahl der kontaktierten und getesteten Personen je nach Gesetzeslage
Unterbrechung der Übertragung		
Spezifisch je nach Übertragungsart	Möglichkeit der Prävention vieler Krankheiten, die durch Transfusion oder perinatal übertragen werden; Impfungen weitgehend angewandt; zu geringer Gebrauch von Kondomen zur Prävention von anderen sexuell übertragbaren Infektionen	Krankheitsübertragung durch Transfusion oder auf perinatalem Wege in den USA weitgehend kontrolliert; Impfstoffe nicht vorhanden; Kondome nicht überall erhältlich und Gebrauch zu wenig empfohlen; Gebrauch von unsterilen Nadeln durch die meisten injizierenden Drogenabhängigen
Systematische Behandlung und Fallmanagement		
Beobachtung durch Gesundheitseinrichtungen: Kontrolle, ob infizierte Personen eine angemessene Behandlung und Betreuung erhalten	Standard (Methode der Kontrolle des Ausbruchs bei Neisseria-Meningitidis-Fällen in Schulen oder Kindertagesstätten, bei Grippe in anderen Gemeindefeinrichtungen und bei allen Kontakten mit Tuberkuloseinfizierten)	Im allgemeinen nicht durchgeführt
Fallmanagement durch Gesundheitseinrichtungen, um eine effiziente Behandlung der Patienten zu garantieren	Standard; Fallmanager sind für den Zustand der Patienten verantwortlich (z.B. bei schwangeren Frauen mit Hepatitis B oder bei Patienten mit Tuberkulose)	Selten durchgeführt; Doppelspurigkeiten durch community-based und staatliches Fallmanagement
Angebot von sozialen Dienstleistungen für Patienten	Vorhanden, als Ansporn, sich einer effizienten Behandlung zu unterziehen; war wichtig zur Kontrolle der multiresistenten Tuberkulose	Weitervermittlung von seiten des Sozialdienstes zur Behandlung und Betreuung in wenigen Gebieten
Bevölkerungsbezogenes Monitoring		
Kontakt des behandelnden Arztes durch die Gesundheitseinrichtungen, wenn der Patient nicht ausreichend auf die Behandlung reagiert	Standard für einige Krankheiten	Nicht vorhanden; Behandlung ist komplex und lebenslang
Überwachung von Tendenzen zur Medikamentenresistenz unter vorher unbehandelten Patienten	Standard für sexuell übertragene Krankheiten, Tuberkulose, einige bakterielle Infektionen	Nicht routinemässig, ausser zu Forschungszwecken (seit kurzem in New York City angeordnet)

Aufspüren von Krankheitsfällen und ihre Überwachung

Als vor 20 Jahren bei den damals noch fehlenden Behandlungsmethoden und diskriminierenden Reaktionen HIV-Tests verfügbar wurden, war die Anwendung von Standardvorschriften noch sinnvoll. Diese sahen Beratungen und eine separate schriftliche Einwilligung vor, die weitgehend auf dem Vorbild der genetischen Beratung im Zusammenhang mit Tests für unheilbare Krankheiten basierten. Heute bewirken diese Regelungen zusammen mit der Trennung von Beratung und Tests von der routinemässigen medizinischen Betreuung, dass die Gelegenheit versäumt wird, HIV-Infektionen zu diagnostizieren, zu behandeln und deren Ausbreitung zu stoppen. Beinahe die Hälfte der afroamerikanischen Männer, die 2004 und 2005 an öffentlichen Treffpunkten für homosexuelle Begegnungen (z.B. Kneipen, Badehäuser und Parks) getestet wurden, waren HIV-positiv, und zwei Drittel dieser Männer waren sich dessen nicht bewusst.⁷ Unsere überholte Einstellung hinsichtlich des HIV-Screenings hat zur Folge, dass infizierte Patienten nicht sofort identifiziert werden und sich die Epidemie dadurch immer weiter verbreiten kann. Auch die Vorurteile im Zusammenhang mit HIV bleiben weiterhin bestehen, wenn nur die einer Risikogruppe angehörenden Personen getestet werden. Obwohl freiwillige, routinemässige HIV-Tests in Gesundheitseinrichtungen als kosteneffizient gelten⁸, von vielen Seiten empfohlen⁹ und von der amerikanischen Gesundheitsbehörde CDC (Centers for Disease Control and Prevention) seit über einem Jahrzehnt¹⁰ gefordert werden, kam es nie zur Durchführung dieser Massnahme. 2002 wurden in New York City nur ein Drittel der Erwachsenen, die im vorhergehenden Jahr drei und mehr Geschlechtspartner hatten, und nur die Hälfte der Männer, die gleichgeschlechtlichen Sex mit mindestens drei Partnern gehabt hatten, in den vorausgehenden 18 Monaten auf HIV getestet.

Eine Frühdiagnose ist in zweierlei Hinsicht entscheidend: Sie verhilft den Patienten zu einer wirksamen Therapie und verhindert eine weitere Ausbreitung der Infektion. Die CDC schätzen, dass mehr als die Hälfte der neuen HIV-Infektionen durch HIV-positive Personen verbreitet wird, die gar nicht wissen, dass sie infiziert sind.¹¹ 40% der Personen, bei denen das HI-Virus festgestellt wurde, erkrankten entweder gleichzeitig oder innerhalb von einem Jahr an Aids.³ Diese

Personen waren rund 10 Jahre lang HIV-infiziert, doch das Gesundheitswesen und andere Einrichtungen hatten viele Gelegenheiten ausgelassen, die Infektion rechtzeitig zu diagnostizieren. Infolge der verspäteten Diagnose geht es den Patienten bei Behandlungsbeginn schlechter, und sie sterben in der Regel früher als die Patienten, bei denen die Infektion sofort diagnostiziert wird. Viele übertragen HIV unwissentlich ihrem Ehepartner, Lebensgefährten oder anderen. Wenn hingegen HIV-infizierte Menschen über ihre Diagnose Bescheid wissen, reduzieren sie ihr riskantes Sexualverhalten um rund die Hälfte.¹² Darüber hinaus wird zumindest die Gefahr der heterosexuellen Übertragung durch eine Behandlung reduziert, bei der die Viruslast der HIV-1-RNA auf unter 1500 Kopien/ml sinkt.¹³ Freiwilliges HIV-Screening und Behandlung im Fall einer Diagnose sollten Teil der alltäglichen medizinischen Berufspraxis werden, so wie es die Untersuchungen für andere, behandelbare Krankheiten, wie erhöhte Cholesterinwerte, Bluthochdruck, Diabetes und Brustkrebs sind. Screening und entsprechende Behandlungsangebote sind vor allem in Bevölkerungsgruppen von Bedeutung, in der die HIV-Infektion besonders stark verbreitet ist.

Die Partner von mehr als zwei Dritteln der neu diagnostizierten HIV-Patienten werden nicht aufgeklärt, und beim Versuch einer Kontaktaufnahme variiert die Erfolgsrate sehr stark.⁴ Die Aufklärung des Partners durch öffentliche Gesundheitsberater ist wirksamer als die Aufklärung durch betroffene Patienten,¹⁴ aber diese Vorgehensweise ist eher selten. Demzufolge werden die meisten Partner weder über die Gefährdung aufgeklärt, noch werden sie zu Tests aufgefordert, was eine Spätdiagnose und eine weitere Verbreitung von HIV zur Folge hat. Im Jahr 2003 wurde in New York weniger als ein Fünftel der Partner von 4312 Personen mit gerade diagnostizierter HIV-Infektion informiert, und die Testergebnisse wurden nur für knapp 200 Partner bestätigt. Ausserdem wird bei der Praxis, erst nach der Diagnose den Partner zu informieren, das riskante Sexualverhalten vieler HIV-positiver Personen ignoriert. Mit Hilfe einer systematischen Aufklärung der Partner durch das öffentliche Gesundheitswesen sowie der Anwendung von neuen Antikörper- oder PCR-Tests zusätzlich zu den üblichen Methoden könnten soziale Netze und akute oder in einem Frühstadium befindliche HIV-Infektionen rechtzeitig erkannt und eine Kettenreaktion von Übertragungen (sogenannte Cluster) möglicherweise verhindert werden.

Übertragungsstop

Durch die Anwendung von Richtlinien für das öffentliche Gesundheitswesen, die ein flächendeckendes Screening und eine umfassende Behandlung vorsehen, hat die Übertragung von HIV durch Bluttransfusion oder auf perinatalem Wege nahezu gestoppt werden können.³ Unter Drogenabhängigen, die ihre Suchtmittel injizieren, haben Spritzenaustausch und flächendeckende freiwillige Screenings dazu beigetragen, die Übertragungsraten um 50 bis 80 Prozent zu senken.¹⁵ Weitere Fortschritte in der Prävention von HIV-Infektionen sind möglich – Massnahmen zur Verhaltensänderung erweisen sich zunehmend als effektiv^{16, 17, 18, 19} –, aber die Verhinderung der sexuellen Übertragung bleibt nach wie vor eine grosse Herausforderung. Evidenzbasierte Massnahmen zur Verminderung riskanten Sexualverhaltens sind beispielsweise die Empfehlung zur Benutzung von Kondomen, die breite Verfügbarkeit von Gratskondomen^{16, 19} – auch in Schulen²⁰ –, die Bereitstellung von sterilen Nadeln für Drogenabhängige, die illegale Suchtmittel spritzen²¹, und zielgruppenspezifische Massnahmen.¹⁹

Kondome können eine Übertragung wesentlich reduzieren²², doch sind sie weder überall erhältlich, noch wird ihre Benutzung sehr gefördert. Zudem werden sie bei riskantem Sexualverkehr nach wie vor selten verwendet.²³ In den Vereinigten Staaten benutzen die meisten Abhängigen, die ihre Drogen injizieren, immer noch unsterile Nadeln.²⁴ Bis vor kurzem waren Programme zur Verteilung von Kondomen in New York City auch an Orten mit hohem Infektionsrisiko selten, und in vielen Stadtteilen, in denen der Spritzenaustausch dringend nötig gewesen wäre, gab es keine derartigen Massnahmen.

Systematische Behandlung und Fallmanagement

Übliche Massnahmen des Public Health, die entweder überhaupt nicht oder nur unzureichend auf die HIV-Prävention und entsprechende Kontrollmassnahmen angewandt wurden, sind beispielsweise das Public Health Monitoring zur Gewährleistung einer qualitativ hochwertigen Behandlung aller HIV-infizierten Patienten. Weitere Grundsätze umfassen das Angebot der Unterstützung durch fachärztliche Überweisungen und den Kontakt zu den Patienten, die keine effiziente Behandlung erhalten, die Überwachung der CD4-Zellzählung und der Viruslast, um jene Patienten zu finden, die

mögliche Kandidaten für eine Behandlung sind oder bei denen eine Behandlung nicht mehr sinnvoll ist, sowie die Unterstützung der Ärzte durch Kontaktaufnahme mit den Partnern und deren Aufklärung. Obwohl die HIV-Infektion nach wie vor unheilbar ist, kommt Aids für jene, die in den Genuss einer erfolgreichen Behandlung kommen, heutzutage einer chronischen Krankheit gleich. Eine wirksame Behandlung im Zusammenhang mit einer risikomindernden Beratung,²⁵ die die Verteilung von Kondomen, die Empfehlung zur Benutzung von Kondomen und sterilen Nadeln sowie die Behandlung von Drogenmissbrauch und psychischen Störungen umfasst, würde zur Verbesserung der Behandlungsergebnisse des einzelnen Patienten beitragen und die Krankheitsübertragung reduzieren. Leider ist sie immer noch ein Ausnahmefall.

Fallmanagement hat in den HIV-Beratungsstellen Priorität, doch, wenn überhaupt, garantieren nur wenige Rechtsprechungen, dass jedem Patienten eine effiziente Behandlung sowie ein Präventionsangebot zur Verfügung stehen. Massnahmen des Public Health zur Überwachung und Verbesserung des HIV-Fallmanagements könnten effizient sein²⁶, sind aber selten.

Bevölkerungsbezogenes Monitoring und Evaluation

Es dauerte beinahe zwei Jahrzehnte, ehe HIV-Infektionen in den Vereinigten Staaten meldepflichtig wurden, und die namentliche Meldepflicht gilt immer noch nicht überall. Obwohl in den meisten Rechtsprechungen Informationen über die CD4-Zellzählung und die Viruslast erhoben werden, kommt es selten vor, dass diese Daten bei der Beobachtung des Fortschritts eines Patienten in Betracht gezogen werden. Die Überwachung von therapieresistenten Virusstämmen bei Patienten, die nie behandelt worden sind, wird im allgemeinen nicht durchgeführt. Informationen über Viruslast, CD4-Zellzählung und Therapieresistenz wurden im Bundesstaat New York vor kurzem meldepflichtig. Diese Massnahme ermöglichte es, bei jenen Patienten, die keine effiziente Behandlung erhalten, die Entwicklung der Therapieresistenz zu überwachen, womöglich eine Häufung von Krankheitsfällen festzustellen und eventuell jenen Ärzten und deren Patienten, die keine effiziente Behandlung bekommen, mehr Hilfestellung zu bieten. Durch öffentliche Gelder finanziertes Fallmanagement, Behandlungen und Beratungszentren sind nicht effizient genug

koordiniert, um eine kontinuierliche Behandlung zu garantieren. Mit einem wirkungsvollen bevölkerungsbezogenen Monitoring und einer Evaluation könnte man nicht nur die Inzidenz, die Prävalenz und die Mortalität der HIV-Infektion verfolgen, sondern man könnte auch Indikatoren einer Übertragungsunterbrechung ausfindig machen, wie etwa die Durchführung von freiwilligen Tests, den Prozentsatz aufgeklärter Partner, ein Behandlungsangebot für diejenigen, bei denen das Testergebnis positiv ist, und die erfolgreiche Reduzierung der Viruslast, wenn eine Behandlung klinisch indiziert ist.

Die Verbreitung von HIV könnte wesentlich reduziert werden, wenn neu infizierte Personen sofort über ihren Zustand informiert würden, wenn sie ihr riskantes Sexualverhalten änderten und sich auf Anraten eines Arztes einer Behandlung unterziehen würden, die die Virusreplikation unterdrückt. Aber wenn in dieser Hinsicht überhaupt Gesetze existieren, dann zielen nur wenige darauf ab zu kontrollieren, ob alle HIV-infizierten Patienten in den Genuss einer effizienten Behandlung kommen, ganz zu schweigen vom Angebot einer zusätzlichen Unterstützung, wenn Patienten sich keiner Therapie unterziehen oder eine Behandlung abbrechen bzw. nicht gut darauf reagieren. In New York, einer der Städte mit den besten Fallmanagement-Einrichtungen, gibt es keine flächendeckenden systematischen Informationen darüber, wie viele Patienten sich einer Behandlung unterziehen, wie viele davon die Therapie fortsetzen und in wie vielen Fällen es zu einem virologischen Ansprechen auf die Therapie kommt.

Schlussfolgerungen

Bewährte Massnahmen, wie die Benutzung von Kondomen und sterilen Nadeln, sowie eine Ausdehnung des freiwilligen Screenings und ein damit verbundenes Behandlungsangebot, könnten die meisten HIV-Infektionen verhindern.²⁷ Verstärkte Bemühungen in den jeweiligen Bevölkerungsgruppen, die Beratung der einzelnen Patienten, um Übertragungen vorzubeugen, die Unterstützung der Patienten bei der Wiederaufnahme der Behandlung sowie die Verbesserung der Verfügbarkeit von effizienten Behandlungen könnten die Übertragung zusätzlich reduzieren. Doch 25 Jahre nach Ausbruch der Epidemie werden diese bewährten Strategien noch immer nicht konsequent angewandt.

Zu den kosteneffizienten Programmen gehören zum Beispiel Aufklärungskampagnen in den

Massenmedien, Massnahmen, Kondome überall verfügbar zu machen, und Bemühungen um die Veränderung des Sexualverhaltens in Risikogruppen.¹⁹ Auf der Basis von Kriterien wie klinischer Wirksamkeit und Kosteneffizienz¹⁰ liegen routinemässige, freiwillige HIV-Screenings nahe, deren Kosten im Vergleich zu den Ausgaben für andere gesundheitliche Massnahmen bescheiden sind. Die Aufklärung der Partner einer infizierten Person nach Beratung und Tests beugt Infektionen vor und ist vermutlich kostendämpfend.²⁸

Wenn man von aktuellen Schätzungen der CDC ausgeht, laut denen mit jährlich 40 000 Neuinfektionen zu rechnen ist, und berücksichtigt, dass vermutlich der Hälfte, wenn nicht gar zwei Dritteln dieser Infektionen vorgebeugt werden könnte, und zudem einbezieht, dass die durchschnittlichen Behandlungskosten für einen HIV-Patienten zurzeit bei 200 000 US-Dollar²⁹ liegen, könnten durch eine effizientere Epidemiekontrolle zwischen 4 und 5,4 Milliarden US-Dollar jährlich eingespart werden. Eine flächendeckende Verfügbarkeit von Kondomen, Spritzenaustauschprogramme, die Aufklärung der Partner der Infizierten durch das öffentliche Gesundheitswesen, die Verbesserung des Fallmanagements und der Überwachungssysteme würden landesweit wahrscheinlich nicht mehr als weitere ein bis zwei Milliarden jährlich kosten, also zwei- bis dreimal soviel wie die zurzeit von den CDC für die HIV-Prävention eingesetzten Mittel.

Die Kontrolle von Epidemien obliegt der Regierung, die in diesem Fall mit Ärzten, Patienten und lokalen Einrichtungen zusammenarbeiten muss. Dabei gleichzeitig den Schutz der Öffentlichkeit und das individuelle Recht auf Privatsphäre zu gewährleisten ist ein Balanceakt. Bis bewährte und effiziente Präventionsprogramme umfassend angewandt werden, freiwillige Screenings und entsprechende Behandlungen Teil der medizinischen Vorsorge werden, die Screenings in den entsprechenden Bevölkerungsgruppen erweitert und Behandlung, Risikominderung, Monitoring und Partneraufklärung verbessert werden, wird manche Gelegenheit versäumt, der Verbreitung der HIV-Infektion entgegenzuwirken.

Einige religiöse und politische Gruppierungen widersetzen sich wirksamen Präventionsmassnahmen. Gewisse Interessengruppen wollen weder flächendeckende Screenings noch eine Aufstockung der finanziellen Mittel für Prävention und Kontrolle der HIV-Infektion von seiten der Regierung. Auch einige Ärzte, Gesundheitseinrichtungen und

-organisationen werden sich gegen eine verstärkte Überprüfung der Behandlungseffizienz wenden. Ausserdem kann dies nicht ohne zusätzliche finanzielle Mittel durchgeführt werden. Für eine solche Vorgehensweise gibt es nur wenige Beispiele: Malawi etwa hat damit begonnen, die Prinzipien des Public Health auf Tests, Behandlung und Überwachung anzuwenden.³⁰ Obwohl die Diskriminierung von abweichendem Sexualverhalten nicht generell überwunden wurde, haben dennoch viele Staaten diesbezügliche Gesetze erlassen. So gibt es zunehmend Gerichte, die die Rechte von Lebensgefährten anerkennen. Die Welt hat sich in den letzten 25 Jahren verändert, und ebenso sollte sich die HIV-Prävention ändern. Wenn die Prinzipien des Public Health auch auf die HIV-Epidemie angewandt werden, können wir den Gesundheitszustand der HIV-Infizierten verbessern und Zehntausende von Menschen in diesem Land davor bewahren, im nächsten Jahrzehnt infiziert zu werden.

Unser Dank gilt Drew Blakeman für seine Hilfe bei der Verfassung dieses Textes und Colin McCord und Mark Barnes für die hilfreichen Kommentare.

Informationsquelle

Vom New York City Department of Health and Mental Hygiene, New York.

Literaturnachweis

- 1 Bayer R. Public health policy and the AIDS epidemic: an end to HIV exceptionalism? *N Engl J Med* 1991;324:1500–4.
- 2 Advancing HIV prevention: new strategies for a changing epidemic – United States, 2003. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2003;52:329–32.
- 3 Cases of HIV infection and AIDS in the United States, 2003. HIV/AIDS surveillance report. Vol. 15. Atlanta: *Centers for Disease Control and Prevention*, 2004.
- 4 Golden MR, Hogben M, Potterat JJ, Handsfield HH. HIV partner notification in the United States: a national survey of program coverage and outcomes. *Sex Transm Dis* 2004;31:709–12.
- 5 Palacio H, Kahn JG, Richards TA, Morin SF. Effect of race and/or ethnicity in use of antiretrovirals and prophylaxis for opportunistic infection: a review of the literature. *Public Health Rep* 2002;117:233–51.
- 6 Morin SF, Koester KA, Steward WT, et al. Missed opportunities: prevention with HIV-infected patients in clinical care settings. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2004;36:960–6.
- 7 HIV prevalence, unrecognized infection, and HIV testing among men who have sex with men – five U.S. cities, June 2004–April 2005. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2005;54:597–601.
- 8 Paltiel AD, Weinstein MC, Kimmel AD, et al. Expanded screening for HIV in the United States – an analysis of cost-effectiveness. *N Engl J Med* 2005;352:586–95.
- 9 Beckwith CG, Flanagan TP, del Rio C, et al. It is time to implement, not risk-based, HIV testing. *Clin Infect Dis* 2005;40:1037–40.
- 10 Recommendations for HIV testing services for inpatients and outpatients in acute-care hospital settings. *MMWR Recomm Rep* 1993;42(RR-2):1–6.

¹¹ Advancing HIV prevention: the four strategies. Atlanta: *Centers for Disease Control and Prevention*. July 23, 2003. (Zugriff erfolgt am 27. Oktober 2005 unter http://www.cdc.gov/hiv/partners/ahp_program.htm.)

¹² Marks G, Crepaz N, Senterfitt JW, Janssen RS. Meta-analysis of high-risk sexual behavior in persons aware and unaware they are infected with HIV in the United States: implications for HIV prevention programs. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2005;39:446–53.

¹³ Quinn TC, Wawer MJ, Sewankambo N, et al. Viral load and heterosexual transmission of human immunodeficiency virus type 1. *N Engl J Med* 2000; 342:921–9.

¹⁴ Landis SE, Schoenbach VJ, Weber DJ, et al. Results of a randomized trial of partner notification in cases of HIV infection in North Carolina. *N Engl J Med* 1992;326:101–6.

¹⁵ Des Jarlais DC, Perlis T, Arasteh K, et al. HIV incidence among injection drug users in New York City, 1990 to 2002: use of serologic test algorithm to assess expansion of HIV prevention services. *Am J Public Health* 2005;95:1439–44.

¹⁶ Nelson KE, Celentano DD, Eiumtrakol S, et al. Changes in sexual behavior and a decline in HIV infection among young men in Thailand. *N Engl J Med* 1996;335:297–303.

¹⁷ Martin JL. The impact of AIDS on gay male sexual behaviour patterns in New York City. *Am J Public Health* 1987;77:578–81.

¹⁸ Diffusion of Effective Behavioral Interventions Project. Fact sheet. Atlanta: *Centers for Disease Control and Prevention*, July 21, 2005 (Zugriff erfolgt am 27. Oktober 2005, unter http://www.effectiveinterventions.org/interventions/fact_sheets/DEBI.pdf).

¹⁹ Cohen DA, Wu S-Y, Farley TA. Comparing the cost-effectiveness of HIV prevention interventions. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2004;37:1404–14.

²⁰ Blake SM, Ledsy R, Goodenow C, Sawyer R, Lohrmann D, Windsor R. Condom availability programs in Massachusetts high schools: relationships with condom use and sexual behavior. *Am J Public Health* 2003;93:955–62.

²¹ Shalala D. Evidence-based findings on the efficacy of syringe exchange programs: an analysis for the Assistant Secretary for Health and Surgeon General of the scientific research completed since April 1988. Washington, D.C.: *Department of Health and Human Services*, May 2000.

²² Weller S, Davis K. Condom effectiveness in reducing heterosexual HIV transmission. *Cochrane Database Syst Rev* 2002;1: CD003255. Vgl. auch Anm. 16.

²³ Shlay JC, McClung MW, Patnaik JL, Douglas JM Jr. Comparison of sexually transmitted disease prevalence by reported level of condom use among patients attending an urban sexually transmitted disease clinic. *Sex Transm Dis* 2004;31:154–60.

²⁴ Injection drug use update: 2002 and 2003. The NSDUH report. Rockville, Md.: *Substance Abuse and Mental Health Services Administration*, April 8, 2005.

²⁵ Schriebman T, Friedland G. Human immunodeficiency virus infection prevention: strategies for clinicians. *Clin Infect Dis* 2003;36:1171–6.

²⁶ Remafedi G. Linking HIV-seropositive youth with health care: evaluation of an intervention. *AIDS Patient Care STDS* 2001;15:147–51.

²⁷ Stover J, Walker N, Garnett GP, et al. Can we reverse the HIV/AIDS pandemic with an expanded response? *Lancet* 2002;360:73–7.

²⁸ Varghese B, Peterman TA, Holtgrave DR. Cost-effectiveness of counseling and testing and partner notification: a decision analysis. *AIDS* 1999;13:1745–51.

²⁹ Holtgrave DR, Curran JW. What works, and what remains to be done, in HIV prevention in the United States. *Annu Rev Public Health* (erscheint demnächst).

³⁰ Libamba E, Makombe S, Harries AD, et al. Scaling up antiretroviral therapy in Africa: learning from tuberculosis control programmes – the case of Malawi. *Int J Tuberc Lung Dis* 2005;9:1062–71.

Applying Public Health Principles to the HIV Epidemic

Thomas R. Frieden, M.D., M.P.H., Moupali Das-Douglas, M.D., Scott E. Kellerman, M.D., M.P.H., and Kelly J. Henning, M.D.

Source: *The New England Journal of Medicine*. 353,2397–2402 (2005)

Although human immunodeficiency virus (HIV) infection has killed more than half a million people in the United States, a comprehensive public health approach that has stopped other epidemics has not been used to address this one. When HIV infection first emerged among stigmatized populations (homosexual men, injection-drug users, and immigrants from developing countries), the discriminatory responses ranged from descriptions of AIDS as “retribution” to violence and proposals for quarantine, universal mandatory testing, and even tattooing of infected persons. This response led to HIV exceptionalism, an approach that advocated both for special resources and increased funding and against the application of standard methods of disease control.¹ The need for extra resources remains essential, but the failure to apply standard disease-control methods undermines society’s ability and responsibility to control the epidemic.

Now, given the availability of drugs that can effectively treat HIV infection and progress on antidiscrimination initiatives, perhaps society is ready to adopt traditional disease-control principles and proven interventions that can identify infected persons, interrupt transmission, ensure treatment and case management, and monitor infection and control efforts throughout the population (Table 1). Doing so will have political and economic costs. The political costs include offending both sides of the political establishment: conservatives who oppose the implementation of effective prevention programs, including syringe exchange and the widespread availability of condoms, and some HIV activists who oppose expansion of testing, notification of the partners of infected persons (also known as partner counseling and referral services), and what some see as inappropriate “medicalization” of the response to the epidemic. The economic costs, particularly to improve population-wide case management and notification of partners, would be substantial. But the human and economic costs of failing to adopt a comprehensive public health approach are much higher.

We have identified and elucidated the biology of the virus, established and improved diagnostic tests, and created effective drugs and care systems that have reduced the number of deaths from AIDS in the United States by 70 percent since 1995.² However, 25 years into the epidemic, progress is stalled. The number of deaths among people with AIDS has not declined since 1998, and the number of newly diagnosed cases is rising slightly.² Disease transmission continues at the same or, possibly, a slightly higher rate.³ High-risk behavior remains common and is increasing in some groups. Late diagnosis of infection is common.³ Notification of the partners of infected persons is rare.⁴ Black and Latino patients are less likely than white patients to receive optimal care.⁵ Few patients in care receive counseling about preventing transmission of the virus.⁶ All these trends are apparent in New York City, which is home to one in six of all U.S. patients with AIDS.

Case Finding and Surveillance

When HIV testing became available 20 years ago in the absence of treatment and in the context of discrimination, the use of prescriptive regulations mandating counseling and separate written consent, based largely on the genetic-counseling model of testing for untreatable conditions, was reasonable. Today, the existence of these regulations and the separation of counseling and testing from routine medical care result in missed opportunities to diagnose, treat, and stop the spread of HIV infection. Nearly half of black men tested in public venues where men who have sex with men congregate (e.g., bars, bathhouses, and parks) in 2004 and 2005 were HIV-positive, and two thirds of those who were positive were unaware of their status.⁷ Our outdated approach to HIV screening means that we not only fail to identify infected patients promptly and thus allow the epidemic to continue to spread, but we may also perpetuate HIV-related stigma by targeting screening only to those perceived to be at risk. Routine, voluntary HIV testing in health care settings, although advocated by the Centers for Disease Control and

Table 1: Comparison of Public Health Approach to HIV Infection and Other Infectious Diseases		
Intervention	Other Infectious Diseases	HIV Infection
Case finding and surveillance		
Named reporting of all with condition	Standard for all other reportable infectious diseases	Only recently implemented in many areas; still not implemented in some
Availability of routine testing in health care settings	Standard for all other reportable infectious diseases	Widely recommended and cost-effective but often not available
Notification and testing of partners by public health programs	Standard (e.g., testing and treatment of contacts exposed to <i>Neisseria meningitidis</i> , acute hepatitis B, syphilis, tuberculosis)	Wide variation in proportion of contacts identified, contacted, and tested among jurisdictions
Interruption of transmission		
Specific to mode of transmission	Prevention of many transfusion-transmitted and perinatally transmitted pathogens possible; vaccines widely used; condoms underused in prevention of other sexually transmitted infections	Transfusion-related and perinatal transmission largely controlled in the United States; vaccines not available; condoms neither widely available nor use strongly promoted; use of nonsterile needles by most injection-drug users
Systematic treatment and case management		
Monitoring by public health agencies to determine whether infected contacts are receiving appropriate care and treatment	Standard (outbreak-control method used for <i>N. meningitidis</i> cases in schools or day care settings, for influenza in other community settings, and for all tuberculosis-infected contacts)	Generally not done
Case management by public health departments to ensure effective linkage of affected patients to care	Standard; case manager accountable for patient outcome (e.g., in pregnant women with hepatitis B or patients with tuberculosis)	Rarely done; duplication of services between community-based and government case management
Provision of social services to patients	Done as incentive to ensure effective treatment; was essential to control multidrug-resistant tuberculosis	Linkage of social services to care and treatment in few areas
Population-based monitoring		
Contact of treating physicians by public health agencies if patients have inadequate response to treatment	Standard for some diseases	Not done; treatment complex and lifelong
Monitoring of trends in drug resistance among previously untreated patients	Standard for sexually transmitted diseases, tuberculosis, some bacterial infections	Not routine except on a research basis (mandated recently in New York State)

Prevention (CDC) for more than a decade,⁸ widely recommended,⁹ and cost-effective,¹⁰ has not occurred. In New York City in 2002, only one third of adults who had had three or more sex partners in the preceding year — and only half of men who had sex with men who had had three or more partners — had been tested for HIV in the previous 18 months.

Early diagnosis is essential both to link patients to effective care and to prevent the spread of infection. The CDC estimates that more than half of new HIV infections are spread by HIV-positive people who are unaware they are infected.¹¹ In nearly 40 percent of persons who received a diagnosis of HIV infection, AIDS either was concurrently diagnosed or developed within a year.³ They had been infected with HIV for about a decade; health care and other institutions missed many opportunities to diagnose their infection. As a result of delayed diagnosis, such patients are sicker when they begin to receive care and will thus die sooner than those whose infection is diagnosed promptly. Many unwittingly spread HIV to their spouses, partners, and others. Once they know their diagnosis, people infected with HIV reduce their practice of high-risk sex by about half,¹² and the risk of heterosexual transmission, at least, is further reduced by treatment that decreases the viral load to below 1500 copies of HIV type 1 RNA per milliliter.¹³ Voluntary HIV screening and linkage to care should become a normal part of medical practice, similar to screening for other treatable conditions, such as high cholesterol levels, hypertension, diabetes, and breast cancer. Screening and linkage to care are especially important in communities with a high prevalence of HIV infection.

The partners of more than two thirds of people with newly diagnosed HIV infection do not receive organized partner notification, and when contact is attempted, the rate of success varies greatly.⁴ The notification of partners by public health counselors is more effective than notification by individual patients,¹⁴ but this approach is rare in most areas. As a result, most partners are not notified of their exposure or offered testing, contributing to late diagnosis and continued spread of HIV. Of 4312 persons with newly diagnosed HIV infection in New York City in 2003, information on these persons' partners was available for less than a fifth and testing results were confirmed for fewer than 200 partners. In addition, the policy of offering partner notification only at the time of diagnosis

ignores the continuing high-risk sexual behavior of many HIV-positive persons. Systematic notification of partners by public health personnel and the use of newer antibody or nucleic acid-amplification tests in addition to traditional methods could identify social networks and acute or early HIV infections and could potentially stop clusters of transmission.

Interrupting Transmission

The application of the public health principles of near-universal screening and treatment has all but eliminated transfusion-related and perinatal transmission of HIV.³ Among injection-drug users, syringe-exchange programs and widespread voluntary screening for the virus reduced the rate of transmission by 50 to 80 percent.¹⁵ Further progress in preventing HIV infection is possible — interventions to change behavior work^{16, 17, 18, 19} — but reducing sexual transmission is challenging. Evidence-based ways to reduce high-risk behavior include promoting the use of condoms and making free condoms widely available,^{16, 19} including in schools²⁰; making clean needles readily available to people who inject illicit drugs²¹; and community interventions.¹⁹

Condoms, which can substantially reduce transmission,^{16, 22} are not widely available nor is their use strongly promoted, and they are still used infrequently in high-risk sexual encounters.²³ Most injection-drug users in the United States continue to use nonsterile needles.²⁴ Until recently in New York City, condom-distribution programs were limited, even in high-risk settings, and several neighborhoods in need of syringe-exchange services were not served by these programs.

Systematic Treatment and Case Management

Standard public health approaches that have either not been applied or been applied inconsistently to HIV prevention and control efforts include public health monitoring to ensure that all HIV-infected patients receive quality care, providing public health support through referrals and outreach for patients who are not receiving effective treatment, monitoring of CD4 cell counts and viral loads to identify patients who may be candidates for treatment or who are lost to care, and assisting clinicians with outreach and partner notification. Although HIV infection remains incurable, AIDS is now a chronic disease for those fortunate enough to receive effective treatment. The use of effective

treatment that incorporates risk-reduction counseling,²⁵ including distribution of condoms, promotion of the use of condoms and clean needles, and treatment for substance abuse and mental health conditions, would improve individual treatment outcomes and reduce disease transmission, but it is uncommon.⁶

Case management is prominent in the HIV service delivery system, yet few if any jurisdictions ensure that every patient is offered effective treatment and prevention services. Public health interventions to monitor and improve HIV case management can be effective²⁶ but are rare.

Population-Based Monitoring and Evaluation

It took nearly two decades to make HIV reportable throughout the United States, and named reporting is still not universal. Although information on CD4 cell counts and viral loads is collected in most jurisdictions, monitoring these data to determine patients' progress is rare. Surveillance for drug-resistant strains of virus in patients who have never been treated is generally not conducted. Information on viral loads, CD4 cell counts, and drug resistance recently became reportable in New York State, thus making it possible to identify patients who are not receiving effective care, monitor trends in drug resistance, potentially identify clusters of disease, and potentially provide physicians and their patients who are not receiving care with more intensive services. Publicly funded case management, treatment, and service systems are not effectively coordinated to ensure a continuum of care. Effective population-based monitoring and evaluation would track not only the incidence, prevalence, and mortality of HIV infection, but also indicators of the interruption of transmission, such as the use of voluntary testing, proportion of partners notified, linkage to care of those who test positive, and success at reducing viral load when treatment is clinically indicated.

The spread of HIV could be reduced substantially if newly infected people promptly learned of their status, reduced high-risk behaviors, and when clinically indicated, began and continued treatment that suppresses viral replication. But few if any jurisdictions even attempt to monitor whether all HIV-infected people receive effective treatment, let alone intervene to provide additional support when patients do not start, discontinue, or do not respond well to treatment. New York City, which has one of the nation's strongest case-man-

agement infrastructures, has no systematic city-wide information available on whether patients have begun, are continuing, or have a virologic response to treatment.

Conclusions

Proven interventions, such as the use of condoms, clean needles, and expanded voluntary screening, and linkage to care, could prevent most HIV infections.²⁷ Improving community-based efforts and counseling of individual patients to prevent transmission, supporting patients to facilitate their return to care, and improving the availability of effective treatment could further reduce transmission. But 25 years into the epidemic, we do not consistently apply these proven strategies.

Cost-effective programs include mass-media education campaigns, efforts to make condoms widely available, and interventions to change high-risk behavior in groups with a high prevalence of HIV infection.¹⁹ Routine, voluntary screening for HIV is indicated on the basis of clinical efficacy and cost-effectiveness,¹⁰ and the cost is moderate, as compared with that of many other health interventions. Notification of an infected person's partners after counseling and testing prevents infections and probably saves money.²⁸

Using the current CDC estimate of 40,000 new HIV infections per year, the potential to prevent half to two thirds of these infections, and the current average lifetime cost of care for a patient with HIV infection of \$200,000,²⁹ more effective epidemic control would save between \$4 billion and \$5.4 billion per year. Widespread availability of condoms, syringe-exchange programs, public health notification of the partners of infected persons, and improvement of case management and monitoring systems would be unlikely to cost more than an additional \$1 billion to \$2 billion per year nationally — two to three times the current CDC funding for HIV prevention.

Controlling epidemics is a fundamental responsibility of the government, working in concert with physicians, patients, and communities. There is a delicate balance between protecting the public and the individual right to privacy. Until we implement prevention programs with proven efficacy more widely, make voluntary screening and linkage to care a normal part of medical care and expand screening in community settings, and improve treatment, risk reduction, monitoring, and partner notification, we will continue to miss opportunities to reduce the spread of HIV infection.

Some religious and political groups oppose the use of effective prevention measures. Some advocacy groups oppose expansion of screening and funding of government programs for prevention and control of HIV infection. Some doctors, health care facilities, and organizations will oppose increased monitoring of treatment efficacy; moreover, this cannot be accomplished without additional resources. There are few models for this approach, although Malawi has begun to apply public health principles to testing, treatment, and monitoring.³⁰ Although stigma and discrimination on the basis of sexual orientation continue, advocacy has resulted in substantial progress, including antidiscrimination statutes in many states and increasing numbers of jurisdictions that recognize the rights of domestic partners. The world has changed in the past 25 years, and approaches to HIV prevention must also change. If we fully apply public health principles to the HIV epidemic, we can improve the health of people living with HIV infection and prevent tens of thousands of people in this country from becoming infected with HIV in the next decade.

We are indebted to Drew Blakeman for assistance in the preparation of the manuscript and to Colin McCord and Mark Barnes for helpful comments.

Source Information

From the New York City Department of Health and Mental Hygiene, New York.

References

- 1 Bayer R. Public health policy and the AIDS epidemic: an end to HIV exceptionalism? *N Engl J Med* 1991;324:1500–1504.
- 2 Advancing HIV prevention: new strategies for a changing epidemic -- United States, 2003. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2003;52:329–332.
- 3 Cases of HIV infection and AIDS in the United States, 2003. *HIV/AIDS surveillance report*. Vol. 15. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention, 2004.
- 4 Golden MR, Hogben M, Potterat JJ, Handsfield HH. HIV partner notification in the United States: a national survey of program coverage and outcomes. *Sex Transm Dis* 2004;31:709–712.
- 5 Palacio H, Kahn JG, Richards TA, Morin SF. Effect of race and/or ethnicity in use of antiretrovirals and prophylaxis for opportunistic infection: a review of the literature. *Public Health Rep* 2002;117:233–251.
- 6 Morin SF, Koester KA, Steward WT, et al. Missed opportunities: prevention with HIV-infected patients in clinical care settings. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2004;36:960–966.
- 7 HIV prevalence, unrecognized infection, and HIV testing among men who have sex with men — five U. S. cities, June 2004–April 2005. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2005;54:597–601.
- 8 Recommendations for HIV testing services for inpatients and outpatients in acute-care hospital settings. *MMWR Recomm Rep* 1993;42:1–6.
- 9 Beckwith CG, Flanigan TP, del Rio C, et al. It is time to implement routine, not risk-based, HIV testing. *Clin Infect Dis* 2005;40:1037–1040.
- 10 Paltiel AD, Weinstein MC, Kimmel AD, et al. Expanded screening for HIV in the United States — an analysis of cost-effectiveness. *N Engl J Med* 2005;352:586–595.
- 11 Advancing HIV prevention: the four strategies. Atlanta: *Centers for Disease Control and Prevention*. July 23, 2003. (Accessed October 27, 2005, at http://www.cdc.gov/hiv/partners/ahp_program.htm.)
- 12 Marks G, Crepaz N, Senterfitt JW, Janssen RS. Meta-analysis of high-risk sexual behavior in persons aware and unaware they are infected with HIV in the United States: implications for HIV prevention programs. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2005;39:446–453.
- 13 Quinn TC, Wawer MJ, Sewankambo N, et al. Viral load and heterosexual transmission of human immunodeficiency virus type 1. *N Engl J Med* 2000;342:921–929.
- 14 Landis SE, Schoenbach VJ, Weber DJ, et al. Results of a randomized trial of partner notification in cases of HIV infection in North Carolina. *N Engl J Med* 1992;326:101–106.
- 15 Des Jarlais DC, Perlis T, Arasteh K, et al. HIV incidence among injection drug users in New York City, 1990 to 2002: use of serologic test algorithm to assess expansion of HIV prevention services. *Am J Public Health* 2005;95:1439–1444.
- 16 Nelson KE, Celentano DD, Eiumtrakol S, et al. Changes in sexual behavior and a decline in HIV infection among young men in Thailand. *N Engl J Med* 1996;335:297–303.
- 17 Martin JL. The impact of AIDS on gay male sexual behavior patterns in New York City. *Am J Public Health* 1987;77:578–581.
- 18 Diffusion of Effective Behavioral Interventions Project. Fact sheet. Atlanta: *Centers for Disease Control and Prevention*, July 21, 2005. (Accessed October 27, 2005, at http://www.effectiveinterventions.org/interventions/fact_sheets/DEBI.pdf.)
- 19 Cohen DA, Wu S-Y, Farley TA. Comparing the cost-effectiveness of HIV prevention interventions. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2004;37:1404–1414.
- 20 Blake SM, Ledskey R, Goodenow C, Sawyer R, Lohrmann D, Windsor R. Condom availability programs in Massachusetts high schools: relationships with condom use and sexual behavior. *Am J Public Health* 2003;93:955–962.
- 21 Shalala D. Evidence-based findings on the efficacy of syringe exchange programs: an analysis for the Assistant Secretary for Health and Surgeon General of the scientific research completed since April 1988. Washington, D.C.: *Department of Health and Human Services*, May 2000.
- 22 Weller S, Davis K. Condom effectiveness in reducing heterosexual HIV transmission. *Cochrane Database Syst Rev* 2002;1:CD003255-CD003255.
- 23 Shlay JC, McClung MW, Patnaik JL, Douglas JM Jr. Comparison of sexually transmitted disease prevalence by reported level of condom use among patients attending an urban sexually transmitted disease clinic. *Sex Transm Dis* 2004;31:154–160.
- 24 Injection drug use update: 2002 and 2003. *The NSDUH report*. Rockville, Md.: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, April 8, 2005.
- 25 Schrieberman T, Friedland G. Human immunodeficiency virus infection prevention: strategies for clinicians. *Clin Infect Dis* 2003;36:1171–1176.
- 26 Remafedi G. Linking HIV-seropositive youth with health care: evaluation of an intervention. *AIDS Patient Care STDS* 2001;15:147–151.
- 27 Stover J, Walker N, Garnett GP, et al. Can we reverse the HIV/AIDS pandemic with an expanded response? *Lancet* 2002;360:73–77.
- 28 Varghese B, Peterman TA, Holtgrave DR. Cost-effectiveness of counseling and testing and partner notification: a decision analysis. *AIDS* 1999;13:1745–1751.
- 29 Holtgrave DR, Curran JW. What works, and what remains to be done, in HIV prevention in the United States. *Annu Rev Public Health* (in press).
- 30 Libamba E, Makombe S, Harries AD, et al. Scaling up antiretroviral therapy in Africa: learning from tuberculosis control programmes — the case of Malawi. *Int J Tuberc Lung Dis* 2005;9:1062–1071.

Höchste Zeit: Wie viele HIV-infizierte Homosexuelle sterben infolge einer Spät diagnose? (England und Wales, 1993–2002)

Timothy R. Chadborn, Kathleen Baster, Valerie C. Delpech, Caroline A. Sabin, Katy Sinka, Brian D. Rice, Barry G. Evans

Aus: *AIDS* 2005;19:513–520: No time to wait: how many HIV-infected homosexual men are diagnosed late and consequently die? (England and Wales, 1993–2002)

Zielsetzung: Darstellung inländischer Tendenzen hinsichtlich der geschätzten Anzahl und des Ausmasses von HIV-Spät diagnosen und Kurzzeitmortalität nach Diagnose bei Männern mit gleichgeschlechtlichen Sexualkontakten (MSM). Davon gesondert Untersuchung von Risikofaktoren für Spät diagnose und Kurzzeitmortalität.

Untersuchungsmethoden: Auswertung inländischer Erhebungen von Erst diagnosen von HIV-/Aidsfällen im Zusammenhang mit CD4-Zellzahlen nach dem CD4-Überwachungsschema. Inverse Wahrscheinlichkeitsgewichtung adjustiert nach Probanden ohne CD4-Zellzahlen zum Zeitpunkt der Diagnose. Ergebnisse: Spät diagnose (CD4-Zellzahlen $< 200 \times 10^6$ Zellen/l zum Diagnosezeitpunkt) und Kurzzeitmortalität (Tod innerhalb eines Jahres nach Diagnose).

Ergebnisse: Von 14 158 Erst diagnosen wurden 31% als Spät diagnosen eingestuft. Trotz abnehmender Tendenz (P Trend $< 0,01$) erfolgte bei 430 (25%) MSM auch noch im Jahr 2001 die Diagnose sehr spät. Unverhältnismässig hoch war die Zahl der Spät diagnosen bei Probanden, die nicht in London lebten, nicht weisser Hautfarbe waren und sich in fortgeschrittenem Alter befanden. 710 Probanden (5% der insgesamt 14 158) starben in-

nerhalb eines Jahres nach erfolgter HIV-Diagnose. Bei der MSM-Gruppe mit Spät diagnose betrug die geschätzte Kurzzeitmortalität 14%, während sie bei der anderen MSM-Gruppe (Risiko-adjustierte Ergebnisse, 10,8; 95% Konfidenzintervall, 7,7–15,9) bei 1% lag. Die Kurzzeitmortalität ging gewöhnlich proportional zur Verfügbarkeit der hochaktiven antiretroviralen Therapie zurück und konnte in Verbindung gebracht werden mit Alter und ausserhalb Londons erfolgter Diagnose, nicht aber mit ethnischer Zugehörigkeit.

Schlussfolgerungen: Die Spät diagnose bei einem von vier Probanden der MSM-Gruppe bedeutet, dass diese die Möglichkeit verpassen, sich rechtzeitig einer Behandlung zu unterziehen. Gleichzeitig wird damit die Gelegenheit versäumt, weiteren Virusübertragungen vorzubeugen. Zudem ist die Wahrscheinlichkeit, innerhalb eines Jahres nach erfolgter Diagnose zu sterben, für Angehörige dieser Gruppe zehnmal so hoch wie für andere. Eine Früh diagnose für die gesamte MSM-Gruppe hätte im Jahr 2001 die Kurzzeitmortalität um 84% reduzieren können, die Gesamtmortalität um 22%.

Schlüsselwörter: HIV-Infektionen, Spät diagnose, Mortalität, Überwachung, England und Wales.

No time to wait: how many HIV-infected homosexual men are diagnosed late and consequently die? (England and Wales, 1993–2002)

Chadborn, Timothy R.; Baster, Kathleen; Delpech, Valerie C.; Sabin, Caroline A.; Sinka, Katy; Rice, Brian D.; Evans, Barry G.

Source: *AIDS*. 19(5):513–520, March 25, 2005.

Objectives: To present national trends of the estimated number and proportion of late HIV diagnoses and short-term mortality following diagnosis among men who have had sex with men (MSM). To determine separately risk factors for late diagnosis and short-term mortality.

Methods: Analysis of national HIV/AIDS case reports of new diagnoses linked to CD4 cell counts from the CD4 Surveillance Scheme. Inverse probability weighting adjusted for individuals with no CD4 cell count at diagnosis. Outcomes were late diagnosis (CD4 cell count $<200 \times 10^6$ cells/l at diagnosis) and short-term mortality (death within 1 year of diagnosis).

Results: Of 14 158 new diagnoses, 31% were estimated as late diagnoses. Despite a decreasing trend (P trend < 0.01) an estimated 430 (25%) MSM were still diagnosed late in 2001. Late diagnosis disproportionately affected individuals diagnosed outside London, of non-white ethnicity,

and of older age. There were 710 (5.0% of 14 158) deaths within a year of HIV diagnosis. Estimated short-term mortality was 14% for MSM diagnosed late and 1% for other MSM (adjusted odds ratio, 10.8; 95% confidence interval, 7.7–15.9). Short-term mortality declined concurrently with availability of highly active antiretroviral therapy and was independently associated with age and diagnosis outside London but not ethnicity.

Conclusions: The continued late diagnosis of one in four MSM means these individuals lose the option to start therapy early, miss opportunities to prevent further transmission and are approximately 10 times more likely to die within a year of diagnosis. Early diagnosis of all MSM in 2001 could have reduced short-term mortality by 84% and all mortality in that year by 22%.

Keywords: HIV infections, late diagnosis, mortality, surveillance, England and Wales

Faltblätter

AIDS Was jeder über Aids wissen sollte. Gratis

.... Expl. deutsch (2005) Expl. franz. (2003) Expl. ital. (2005)

Liebe ohne Angst vor Aids Wie sich junge Menschen vor Aids schützen können. Gratis

.... Expl. deutsch (2003) Expl. franz. (2003) Expl. ital. (2005)

Der HIV-Test Warum es besser ist, sich testen zu lassen. Gratis

.... Expl. deutsch (2003) Expl. franz. (2003) Expl. ital. (2005)

Sexuell übertragbare Krankheiten Das Wichtigste über Geschlechtskrankheiten. Gratis

.... Expl. deutsch (2005) Expl. franz. (2005) Expl. ital. (2005)

Broschüren

Liebe ohne Angst vor Aids Was junge Menschen über Aids wissen sollten. 72 Seiten, Fr. 10.– (ab 10 Expl. Fr. 8.–)

.... Expl. deutsch (2001) Expl. franz. (2003)

.... Expl. ital. (2003) Expl. engl. (2003)

.... Expl. **Neuralgische Punkte der HIV/AIDS-Debatte** Stellungnahmen zur Aids-Bekämpfung in der Schweiz. 1993, 30 Seiten, Fr. 5.– (d/f/i)

.... Expl. **Infektionskrankheiten im 21. Jahrhundert** Sonderdrucke zu Infektionskrankheiten: Heft 1. 2000, 60 Seiten, Fr. 8.–

.... Expl. **Das HIV-Präventionskonzept der AIDS-Aufklärung Schweiz und seine Grundlagen.** 1993. Broschüre, 34 Seiten, Fr. 5.– (d/f/i/e)

.... Expl. **Internationale Kritik an Schweizer Heroinversuchen.** 1999, 56 Seiten, Fr. 8.– (d/f/e)

.... Expl. **Aktueller Jahresbericht.** Gratis (d/f/i)

Bücher

Wege aus der Sucht – Effektive HIV- und Drogenprävention

II. Internationales Symposium gegen Drogen in der Schweiz.

Band mit ausgewählten Vorträgen, 1997, 224 Seiten, Fr. 22.–

.... Expl. deutsch Expl. franz.

Band mit allen Vorträgen, 1999, 584 Seiten, Fr. 69.–

.... Expl. deutsch Expl. engl.

.... Expl. **HIV und Recht** Zwei Gutachten von Mario M. Pedrazzini und Adrian Staehelin. 1999, 200 Seiten, Fr. 68.– (d)

.... Expl. **Klinische Ethik** Eine praktische Hilfe zur Entscheidungsfindung in der Medizin. 2006, 244 Seiten, Fr. 50.50 (d)

Sonderdrucke zu HIV und AIDS

.... Expl. Heft 4: **HIV-Präventionsmassnahmen und ihre Wirksamkeit.** 1992, 28 Seiten, Fr. 5.– (d/e)

.... Expl. Heft 7: **Prävention sexuell übertragbarer Krankheiten.** 1993, Broschüre, 32 Seiten, Fr. 5.– (d)

.... Expl. Heft 9: **Partner Notification und Contact Tracing.** 1993, Broschüre, 44 Seiten, Fr. 8.– (d/e)

.... Expl. Heft 12: **Das Testen auf die HIV-Infektion.** 1995, Broschüre, 56 Seiten, Fr. 5.– (d/f/i)

.... Expl. Heft 13: **Wissenschaftler sein – On Being a Scientist.** 1997, Broschüre, 68 Seiten, Fr. 8.– (d/e)

.... Expl. Heft 14: **Bekämpfung der HIV-Verbreitung unter Drogensüchtigen.** 1997, Broschüre, 108 Seiten, Fr. 10.– (d)

.... Expl. Heft 15: **HIV-Prävention in der Arztpraxis – breiterer Einsatz des HIV-Tests.** 2007, Broschüre, 24 Seiten, Fr. 8.– (d/f/e)

AIDS-
AUFKLÄRUNG SCHWEIZ 

SIDA
INFORMATION SUISSE 

Quellenstr. 4 • Postfach 26 • 8610 Uster 1 • Telefon 044 261 03 86 • Fax 044 261 10 32
mail@aid-info.ch • www.aid-info.ch • www.hiv-net.org
PC 80-18122-3
ISBN 978-3-905085-43-3