

K. Riedmann¹ · W. Müller²

¹Robert Koch-Institut, Berlin

²Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln

3. Europäische Konferenz zu Methoden und Ergebnissen sozialwissenschaftlicher AIDS-Forschung

Nach einer Bestandsaufnahme der sozialwissenschaftlichen AIDS-Forschung beim 1. Kongress zur psychosozialen AIDS-Forschung in Europa in Berlin 1994 [1] und der Formulierung neuer Herausforderungen an die Sozialwissenschaftler vor dem Hintergrund der therapeutischen Neuerungen auf der Pariser Folgekonferenz 1998 hatte sich die im Februar 2000 in Amsterdam stattgefundene „3. European Conference on the Methods and Results of Social and Behavioural Research on AIDS“ in erster Linie die Verzahnung der Bereiche Forschung, Politik, Prävention und Versorgung im Hinblick auf deren Nutzbarmachung für die Praxis zum Ziel gesetzt.

Die vom niederländischen „AIDS Fonds“ durchgeführte Konferenz, die mit Mitteln der Europäischen Kommission, des „Joint United Nations Programme On HIV/AIDS“ und des niederländischen Gesundheitsministeriums finanziert wurde, präsentierte den über 400 Teilnehmern aus 44 Ländern ein breites Spektrum an qualitativ recht unterschiedlichen Beiträgen sowie eine Vielzahl an Debatten und Workshops zu speziellen, insbesondere praxisrelevanten Themen.

Die niederländische Gesundheitsministerin steuerte zur Eröffnung einen auch in den Medien sehr beachteten Beitrag bei, in dem sie u.a. auf die dringende Notwendigkeit verbesserter und intensivierter europäischer und außer-europäischer Kooperation hinwies. Dies

war eines der wichtigsten Themen, das die gesamte Konferenz durchzog und das natürlich in Zeiten der auch auf dieser Konferenz intensiv geführten „Normalisierungs“debatte und angesichts der in den meisten Ländern sinkenden oder/und unzureichenden Ressourcen eine besondere Bedeutung hat.

Allgemein kann konstatiert werden, dass in Deutschland insgesamt auf den Ebenen des staatlichen und nicht-staatlichen Handelns up to date und vorbildlich gearbeitet wurde und wird, und dass die hier umgesetzten und bis jetzt im Vergleich mit anderen Ländern sehr konsistent durchgehaltenen Politiken, Strategien und Präventionsansätze dem auch auf dieser Konferenz wieder vielfältig beschworenen und analysierten State of the Art sehr gut gerecht werden. Leider wird dies angesichts der in den letzten Jahren immer wieder beklagten und auch bei dieser Konferenz wieder festzustellenden unterdurchschnittlichen deutschen Präsenz kaum sichtbar. Die europäische Diskussion wird seit langem, wie in Amsterdam wiederum deutlich wurde, v.a. von den Niederlanden, Frankreich und Großbritannien dominiert, wo die internationale Arbeit wichtiger Schwerpunkt von personell und finanziell vergleichsweise gut ausgestatteten Institutionen ist.

Im deutlichen Gegensatz zur aus dem Titel ableitbaren Kongressintention stand leider, dass viele Beiträge mit

sehr engem nationalen Blickwinkel versehen waren und daraus trotzdem übergreifende, weitreichende und auf andere Länder gezielte Empfehlungen oder kritische Interpretationen ableiteten.

Sehr positiv war die gelungene Kongressorganisation zu bewerten, die für ein hervorragendes Arbeits-, Diskussions- und damit Kollaborationsklima sorgte und insbesondere hinreichend Raum ließ für Erfahrungsaustausch und „Networking“ der Teilnehmer untereinander. Neben dem o.g. Kollaborationsthema waren mehrere andere Themen in den Vorträgen/Diskussionen Schwerpunkt die im folgenden besprochen werden.

Klaus Riedmann
Robert Koch-Institut, Postfach 650280,
13302 Berlin

Der Vortrag von Francoise Hamers (1.1)¹ zur epidemiologischen Situation in Europa schilderte eindringlich, dass wir nicht von einer einheitlichen Lage in Europa sprechen können. Während die breite Anwendung antiretroviraler Therapien in Westeuropa seit 1996 die Überlebenszeiträume HIV-infizierter Personen deutlich verbessert hat, breitet sich HIV in einigen Staaten der ehemaligen Sowjetunion epidemisch unter intravenös Drogenabhängigen (IVDUs) aus. Die Zahl der HIV-Infizierten in Westeuropa wird derzeit mit 520 000 angegeben, in Osteuropa liegt sie mittlerweile, trotz erheblicher zeitlicher Verschiebung, bereits bei 360 000. Zum Vergleich lebten nach Schätzungen Ende 1999 weltweit ca. 34 Mio. Menschen mit HIV, davon 90% in der Dritten Welt und ca. 1% in Europa.

Da die Inzidenz der AIDS-Fälle in allen Ländern Westeuropas (einzige Ausnahme Portugal) aufgrund von hoch aktiven retroviralen Therapien (HAART) erheblich gesunken ist, geht man allmählich dazu über, die HIV-Inzidenzen und -Prävalenzen als Basis der Surveillance zu nutzen, wobei die Datenglage in einigen Ländern höchst unbefriedigend ist. Europa befindet sich in einer Sondersituation mit sinkenden bzw. relativ stabilen Prävalenzraten in Westeuropa und deutlich steigender Prävalenz/Inzidenz von HIV und anderen sexuell übertragbaren Infektionen in den Mittelmeerländern (v.a. Portugal/Spanien) und v.a. den osteuropäischen Ländern und Ländern der früheren Sowjetunion (besonders Ukraine und Russland) mit geringer bis nicht vorhandener staatlicher Einsicht in die Notwendigkeit von bzw. fehlender Fähigkeit zu angemessener und wirksamer STD-Prävention. Von wachsender Bedeutung ist auch der Einfluss von Hochprävalenzgebieten außerhalb Europas auf das europäische Infektionsgeschehen.

¹Die in Klammern angegebenen Nummern beziehen sich auf die Abstracts, wie sie im Abstract-Band der Konferenz publiziert wurden. Sie finden sich auch auf der Homepage des Aids-Fonds: www.aidsfonds.nl und sind am Artikelende nochmals mit Autor und Titel aufgeführt.

²Der Adherence-Problematik war eine gesamte Session sowie ein Plenarvortrag (18.2.) von Michael Wright von der Deutschen AIDS-Hilfe e.V. gewidmet. Eine ausführliche Darstellung der aktuellen wissenschaftlichen Diskussion findet sich in seiner Arbeit, die in Kürze in der Forum-Reihe der DAH erscheint.

„Adherence und HAART“

Einen starken Niederschlag fand die Diskussion um Determinanten und Bedingungen der „Adherence“. Dieser Begriff, der eine partnerschaftliche, sozial umfassende Sicht von Arzt-Patient-Beziehungen beschreibt, hat zumindest auf dieser sozialwissenschaftlich dominierten Konferenz den v.a. in traditionell-medizinischen Zusammenhängen gebräuchlichen Begriff der „Compliance“ ersetzt. Angesichts der Notwendigkeit, die Therapien optimiert an die Patienten anzupassen, und angesichts der Risiken unzureichender Adherence hinsichtlich Wirksamkeit, Nebenwirkungen und Resistenzbildungen ist dieser inhaltliche Fokus sicher sinnvoll und wichtig.

Gleich zu Beginn mahnte Jean-Paul Moatti (1.2) wie schon bei der Pariser Konferenz [2] eine erneute und kritische Beobachtung des Sexualverhaltens unter dem Einfluss der neuen Therapien an. Die Antworten auf seine damals gestellten Fragen an die sozialwissenschaftliche Forschung stehen auch nach dieser Konferenz noch aus. Lediglich die Interaktion zwischen Patient und Therapien, also die Adherence-Problematik³, scheint näher erforscht worden zu sein. Da der Erfolg von HAART in einem nicht unerheblichen Maße von einer strikten und ununterbrochenen Befolgung des Verordnungsschemas abhängt, hat sich die Adherence-Forschung mit positiven und negativen Faktoren befasst, die die Befolgung des Regimes beeinflussen. Moatti warnte davor, damit die Patienten in gute und schlechte Patienten einzuteilen und diese Kriterien als Zugangsvoraussetzung für eine Therapie zu benutzen. Ein virologisches Versagen müsse nicht lediglich auf mangelnde Adherence zurückzuführen sein. Vielmehr bedürfe es der intensiven Kommunikation zwischen Arzt und Patient, um die individuellen Barrieren für eine strikte Befolgung herauszuarbeiten und sie beseitigen zu helfen. Es sei Aufgabe der pharmazeutischen Industrie, die therapeutischen Wahlmöglichkeiten zu optimieren. Bei der Entwicklung von Medikamenten müsse unbedingt der Alltag des HIV-Patienten mit einbezogen werden, d.h. das Regime sollte dem Lebensalltag des Patienten angepasst werden und nicht umgekehrt. In diesem Zusammenhang wies Moatti auch auf

die Problematik der beruflichen und sexuellen Postexpositionsprophylaxe hin. Für erstere existieren schon seit langem ausführliche und offen propagierte Empfehlungen, letztere wird wohl vor dem Hintergrund möglicher negativer Konsequenzen für die Präventionsbemühungen kaum diskutiert. Abschließend merkte er an, dass HAART sehr deutlich die sozialen Ungleichheiten zeige, da der Zugang zu den neuen Therapien nur bestimmten Gruppen möglich ist. Oberstes Ziel müsse es sein, HAART allen Betroffenen zugänglich zu machen.

Normalisierung von AIDS

Rolf Rosenbrock (1.3) hielt hierzu einen hervorragend rezipierten Grundsatzvortrag. Er stellte die AIDS-Epidemie der westlichen Industriestaaten in ihren bisherigen Entwicklungsphasen in Hinblick auf die Sonderstellung von AIDS in ihrem gesellschafts- und gesundheitspolitischen Kontext dar. Was in Paris aufgrund der absehbaren Chronifizierung des Krankheitsbildes AIDS lediglich im medizinischen und psychosozialen Bereich diskutiert wurde, scheint im politischen Bereich bereits Realität. Nach dem „AIDS-exceptionalism“ der ersten Jahre (1981–1986) konsolidierte sich dieser in den Folgejahren und ermöglichte bedeutende Neuerungen in sozialer und gesundheitspolitischer Hinsicht im Sinne einer „new public health“. Bereits zu Beginn der neunziger Jahre begann die Allianz der relevanten Akteure im AIDS-Bereich („exceptionalist alliance“) zu bröckeln, und seit der Einführung der Kombinationstherapien wird AIDS als weniger bedrohlich wahrgenommen und zählt mehr oder weniger zum Normalfall in der Medizin. Der Staat zieht sich aus der aktiven Gestaltung und finanziellen Unterstützung dieses Bereichs mehr und mehr zurück. Die Frage, inwieweit die Innovationen der „exceptionalism“-Phase bestehen bleiben, ist noch nicht abschließend und in allen Ländern gleich beantwortet. Rosenbrock sieht jedoch die latente Gefahr des Rückfalls in „old public health“. Eine starke Patientenlobby könnte hier ein Gegengewicht setzen.

Auch auf der gesundheitspolitischen Ebene in der EU ist der zukünftige Stellenwert von HIV/AIDS ungewiss. Die Verabschiedung eines neuen Akti-

onsprogramms steht bevor, und die Konferenzteilnehmer haben einen entsprechenden Appell an die Kommission unterzeichnet, der die Notwendigkeit unverminderter Anstrengungen in diesem Bereich unterstreicht.

Chronifizierung von AIDS

Auf die Konsequenzen, die AIDS als „Langzeitkrankheit“ für den Patienten hat, ging Janine Pierret (2.2) ein. Dabei überprüfte sie die bisherige psychosoziale Forschung zu chronischen Krankheiten in Hinblick auf ihre Übertragbarkeit auf AIDS und stellte fünf kritische Punkte dar, deren Bewältigung das Leben als chronischer HIV/AIDS-Patient bestimmt.

- ▶ An erster Stelle steht die Geheimhaltung der Krankheit, um eine Stigmatisierung zu vermeiden. Problematisch für HIV-Patienten sind hier die teilweise häufigen, über den ganzen Tag verteilten Einnahmeterminale, die eine Geheimhaltung der Therapie vor den Kollegen am Arbeitsplatz sehr schwierig gestalten.
- ▶ Ein chronischer HIV-Patient muss lernen, mit den beiden Faktoren Zeit und Ungewissheit, in erster Linie der Unsicherheit der Therapieeffekte, umzugehen und sie in die Gestaltung seines Alltags zu integrieren.
- ▶ Im Rahmen einer Neuorganisation des eigenen Lebens muss insbesondere der Bereich sexueller Aktivitäten und der Fortpflanzung neu überdacht werden. Die Therapien verringern zwar die Infektiosität, eliminieren aber nicht das Risiko weiterer Übertragungen von HIV.
- ▶ In der persönlichen Biographie stellt die Krankheit ein einschneidendes Ereignis dar und teilt sie in ein Davor und ein Danach. Die biographische Aufgabe, das Selbst nach diesem Ereignis wieder aufzubauen, wird trotz der Therapien immer wieder durch Rückschläge unterbrochen und erschwert diese.
- ▶ Die konsequente Handhabung des medikamentösen Regimes bedeutet im Fall von HAART erhebliche Einschränkungen für den Patienten. Dabei sollte nicht übersehen werden, dass seine Akzeptanz sowohl von sozialen als auch medizinischen Faktoren abhängt.

▶ Ein Erfolg der Therapie hängt nicht zuletzt davon ab, inwieweit es gelingt, die o.g. Punkte in die individuellen Lebensentwürfe des Patienten zu integrieren. Eine zentrale Rolle wird hierbei das Arzt-Patienten-Verhältnis spielen, denn sowohl die Überzeugung des Patienten von einer Therapie als auch sein Vertrauensverhältnis zum Arzt sind entscheidend für ein adhärentes Verhalten.

(Neuer?) Stellenwert des HIV-Tests

V.a. in Sicht und unter Einfluss der neuen Therapien kann (und hat) der HIV-Test einen veränderten Stellenwert in der HIV-Prävention bekommen. Auch auf dieser Konferenz wurde dies sogar in eigens angesetzten Debatten und Workshops diskutiert – aber ohne wirklich greifbares Ergebnis. Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass sich zumindest in den meisten der an der Diskussion beteiligten Länder der Stellenwert des Testes bzw. der Empfehlung durch staatliche und nichtstaatliche Präventionsinstitutionen in den letzten Jahren kaum verändert hat. Gründe dafür sind die begrenzte Wirksamkeit der Therapien, die weiterbestehende Problematik des Testes selbst, und die geringe Evidenz für einen vorteilhaften Einfluss des Testes auf die HIV-Primärprävention. Eine deutliche Ausnahme stellen die Niederlande dar. Hier wurde 1999 die bisher auch offiziell „entmutigende“ Haltung der Präventionsakteure zu einer eher empfehlenden Kommunikation verändert.

Konsequenzen für die Prävention

France Lert zeigte in ihrem Plenarvortrag zu den Fortschritten in der Behandlung von HIV (34.1) einige positive Auswirkungen und Konsequenzen für die Prävention. So seien Erfolge bei der vertikalen Transmission von infizierten Müttern auf ihre Kinder zu verzeichnen, doch müsse weiterhin verstärkt auf die medizinischen Möglichkeiten in diesem Bereich hingewiesen werden. Es dürfe auch nicht übersehen werden, dass die langfristige Wirkung antiretroviraler Therapien noch nicht absehbar sei.

Generell werde gute Prävention gemacht, doch müssten angesichts der Veränderungen der vergangenen Jahre komplexere Botschaften übermittelt

werden. So vermisse sie beispielsweise umfangreiche Aufklärung zur Postexposition prophylaxe (PEP). Das Konzept der geteilten Verantwortung unabhängig vom Serostatus der Beteiligten müsse hinterfragt werden, d.h. die Diskussion um eine verstärkte Übertragung der Verantwortung auf die Infizierten dürfe kein Tabu mehr sein. Die Risikowahrnehmung sei gesunken, da sowohl die therapeutischen Erfolge als auch ein gewisser Gewöhnungseffekt die Furcht vor AIDS vermindert hätten. Die verringerte Medienpräsenz, die Auflösung der „exceptionalist alliance“, Mittelkürzungen und ein Rückgang der freiwilligen Mitarbeiter im NGO-Bereich trügen ihren Teil hierzu bei. Sie forderte deshalb eine kontinuierliche Aktualisierung in allen Bereichen, also ein Überdenken und Anpassen der Politik, Forschung, Prävention und Versorgung an die aktuellen Entwicklungen.

Qualitätssicherung

Der Umgang mit nachlassenden personellen und finanziellen Ressourcen führt auch im AIDS-Bereich zu Konsequenzen und Gegenstrategien. Zunehmend gewinnen auch unterschiedliche Strategien der Qualitätsförderung und -sicherung an Bedeutung, die einen wesentlichen „Wettbewerbsvorteil“ darstellen können. Peter Weatherburn (11.4) berichtete beispielsweise über instituti- onsübergreifende Evaluations-, Monitorings- und Qualitätsförderungsmaßnahmen von AIDS-Institutionen in Großbritannien, wo es „mehr als 250 konkurrierende Anbieter“ gibt und die Ressourcen-Allokation zunehmend auf der Institutionalisierung solcher Prozesse und ihrer Dokumentation beruht. Im Terence Higgins Trust, der als NGO gegenwärtig mit 110 Angestellten und einem Etat von 10,9 Mio. Euro ausgestattet ist, wurde kürzlich eigens eine „Qualitätsabteilung“ eingerichtet, um sich auf diese Anforderungen einstellen zu können.

Kosten der „neuen“ Therapien

Die Therapiekosten spielen als entscheidende Barriere zur Zugänglichkeit für Menschen mit HIV/AIDS zwar in Westeuropa nur eine geringe Rolle, aber auch hier stellen sie für besonders marginalisierte Gruppen wie insbesondere Migranten ein Problem dar. Aber vor allem

in den osteuropäischen Ländern sind hochaktive Therapien angesichts der relativen Kosten in der Größenordnung von zehn durchschnittlichen Monatsgehältern pro Monat (s.u.) nur für extrem wenige privilegierte Infizierte zugänglich. In diesem Zusammenhang ist es interessant, dass in den Niederlanden neuerdings die HIV-Therapiekosten vom Staat übernommen werden, was besonders für Migranten und andere Menschen ohne hinreichenden Versicherungsschutz von größter Bedeutung ist.

Peer Education

Schon seit Beginn der AIDS-Epidemie wurde Peer Education zur AIDS-Aufklärung in der „gay community“ angewandt, wenngleich sich die damaligen „Vorortaufklärer“ nicht unbedingt als solche bezeichnet hätten. In den Folgejahren fand sie auch Verbreitung in Präventionsmaßnahmen für Jugendliche und schwer erreichbare Bevölkerungsgruppen. Sie hat sich, wie etliche Beiträge zeigen konnten (6.1–6.4), als sehr wirksames Mittel erwiesen, wenngleich sie sehr personal- und kostenintensiv sein kann. Unter dem Stichwort „sustainability“ wurde denn auch häufig das derzeit größte Problem im Präventionsbereich thematisiert, die Fragen nämlich, wie man die als kurzfristige Intervention etablierten Peerprojekte als langfristige Angebote absichern kann. Allgemeine Mittelkürzungen und ein Rückgang der ehrenamtlich Tätigen gefährden diese Projekte in allen Ländern Europas. Die ethische Verpflichtung, solche Interventionen nicht einfach enden zu lassen und die Betroffenen wieder allein zu lassen, müssten Bestandteil der Diskussion um deren Weiterführung sein, nicht zuletzt deshalb, weil sich diese Präventionsmaßnahme gerade für schwer erreichbare Zielgruppen, die besonders gefährdet sind, wie z.B. Migranten, als sehr erfolgreich und machbar erwiesen hat.

Men having sex with men

Erstaunlicherweise waren hier keine Studien zu finden, die näher auf die Auswirkungen der Therapien auf das Sexualverhalten eingegangen wären. Im Vordergrund standen Einflüsse von Schichtzugehörigkeit (11.1), sexuellem Missbrauch (25.3) und fester Partnerschaft (11.3, 25.1) auf das Risikoverhalten

sowie verschiedene Präventionsprojekte und gesundheitspolitische Maßnahmen in diesem Bereich (6.2, 11.4, 21.1, 21.3, 21.4, 35.1–35.4). Ford Hickson (11.1) belegte eindringlich, dass niedrige Schichtzugehörigkeit in sehr starkem Maße mit höherer Häufigkeit riskanter Situationen in Bezug auf HIV-Exposition und Wissensmangel zu HIV/AIDS korreliert.

Eine niederländische Befragung (11.3) von 554 Männern, die in einer festen Beziehung lebten, ergab, dass mit zunehmender Dauer der Beziehung auch der inkonsistente Kondombrauch steigt. Die Männer, die keine Kondome mehr benutzten bzw. nie Kondome benutzt hatten, hatten sich einerseits nur in geringem Maße gemeinsam mit ihrem Partner einem HIV-Test unterzogen, andererseits praktizierten sie aber auch ungeschützten Analverkehr mit zufälligen Partnern. Das Konzept der „negotiated safety“, das Risiken innerhalb und außerhalb von Beziehungen minimieren soll, scheint in der Praxis wenig konsequent umgesetzt zu werden. Eine andere, gleichfalls aus den Niederlanden stammende Untersuchung (25.1) zeigte, dass in dauerhaften Beziehungen ein höheres Risikoverhalten festzustellen ist.

Erfahrungen mit sexuellem Missbrauch, der von subtiler Nötigung bis hin zur Vergewaltigung reichen kann, wurde in einer Studie von 35% der Befragten angegeben (25.3). Diese Gruppe zeichnet sich durch erhöhte sexuelle Aktivitäten und erhöhtes Risikoverhalten aus. Betreuungsangebote auf individueller Ebene, die auch das Thema Missbrauch nicht ausschließen, wurden hier als Intervention gefordert.

Eine Untersuchung aus Großbritannien (6.2) berichtete über ein Peerprojekt in Fitnessstudios der Schwulenszene. Zum einen diente es der AIDS-Aufklärung, zum anderen sollten auch die Gefahren eines möglichen Needle-Sharing bei der Injektion von Steroiden eruiert werden, eine Vermutung, die sich nicht bestätigen ließ. Gleichfalls aus Großbritannien wurde ein Projekt vorgestellt (11.4, 35.1, 35.3), dessen Aufgabe es ist, eine Bedarfsanalyse im Bereich der AIDS-Prävention für London durchzuführen und im Anschluss daran ein Mapping mit dem tatsächlichen Angebot vorzunehmen. Viele der evaluierten Organisationen befürchten jedoch eine

Kürzung bzw. eine Straffung des Angebots von staatlicher Seite auf der Basis der Forschungsergebnisse.

Migranten

Eine eigene Session war dem Themenfeld Migration (5.1–5.4) und den damit verbundenen Dimensionen von Primär-/Sekundär-/Tertiärprävention und anderen sozialen und gesundheitlichen Aspekten, die weit über HIV/AIDS hinausgehen, vorbehalten. In allen Beiträgen wurde die auch in Deutschland seit langem präsente Erfahrung bestätigt, dass die „Gruppe“ der Migranten eine höchst starke Binnendifferenzierung aufweist und dass v.a. deshalb spezifische und wirksame Interventionen sehr individuell und personalkommunikativ angelegt sein müssen. Dies führt zu sehr hohem personellen und finanziellen Aufwand. Beispiele breit angelegter, massenmedialer Migrantenaufklärung wurden nicht präsentiert.

Prostitution

Im Zusammenhang mit Migranten, aber weit darüber hinausgehend wurden viele Beiträge zu weiblicher und männlicher Prostitution („Sex Work“) und auch einige Freierprojekte und -studien präsentiert (8.1–8.4). Präventiv wirksame Interventionen sind nicht zuletzt auch heutzutage immer noch schwierig, weil in den meisten Ländern Prostitution offiziell illegal ist, und weil die Fluktuation sehr erheblich ist, nicht zuletzt massiv verstärkt durch häufig illegalen bzw. ungeklärten Aufenthaltsstatus vieler Sex Worker. Dies führt zu geringen durchschnittlichen Verweilzeiten von wenigen Wochen bis Monaten in einem Land, wodurch die Möglichkeiten gezielter Interventionen entsprechend gering sind. Die Bedeutung breiter europäischer Kooperation wird hier besonders deutlich.

Die Situation in Zentral- und Osteuropa

Nikolai Chaika referierte in der abschließenden Plenarsitzung die Situation in Zentral- und Osteuropa (22.2). Am Beispiel Russlands verdeutlichte er, wie schwierig, geradezu unmöglich dort der Zugang zu den neuen Therapien ist. Eine Kombinationstherapie kostet zwi-

schen 6000 bis 8000 \$/Jahr, ein Arbeiter hat ein durchschnittliches Monatsgehalt von 60 \$. Die AIDS-Zentren arbeiten dort isoliert von den Hauptbetroffenengruppen und geben nur wenig Mittel für Prävention aus. Da nur 1% der Bevölkerung eine Fremdsprache spricht, ist ein Zurückgreifen auf Informationsmaterial aus dem Ausland und damit der Zugang zu Informationen gleichfalls begrenzt. Der Aufbau einer effizienten Infrastruktur sowohl auf staatlicher als auch nichtstaatlicher Seite ist nach wie vor ungenügend. Die staatlichen Stellen würden weiter nach „altem Muster“ arbeiten, und die NGOs seien erst in den letzten fünf Jahren entstanden und arbeiteten mit einem Minimum an Mitarbeitern. Im Gegensatz zu Westeuropa macht die Gruppe der IVDUs den größten Teil der HIV-Infizierten aus (>20 000), jedoch ist auch der Anteil der über homosexuelle Kontakte Infizierten im Steigen begriffen (>1000). Auch die Zahl der Mutter-Kind-Übertragung liege sehr hoch (>2.000). Größtes Problem sei es, das Schweigen im Land zu überwinden und den Zugang zu einer humanen Versorgung zu ermöglichen. Er forderte deshalb die westeuropäischen Länder zur Unterstützung auf, geeignete Partner im Kampf gegen AIDS zu finden und bei der Entwicklung und Umsetzung von staatlichen Programmen behilflich zu sein.

Starting HAART: beginning early versus waiting

Die wichtige Frage, welchen Einfluss HAART auf die Infektiosität Behandelte hat, wurde immer wieder diskutiert und natürlich auch hier nicht abschließend geklärt. Einigkeit besteht, dass eine effektive HAART die Infektiosität deutlich senkt, aber eben eindeutig nicht auf Null. Eine Integration dieses Sachverhaltes in präventive Botschaften gibt es in Europa deshalb mit gutem Grund offenbar nicht. Die vermutlich lebenslange Medikation bedeutet einen erheblichen Einschnitt und eine nicht minder erhebliche Belastung für den Lebensalltag des Patienten. Die strikte Befolgung eines komplizierten Regimes, das dem Patienten so selbstverständlich werden sollte wie das tägliche Händewaschen oder Zähneputzen, ist schwer einzuhalten und hängt von vielen Faktoren ab. Nicht nur das Regime selbst, auch die eigene

Bewertung der Infektion sowie das Verhältnis zum behandelnden Arzt beeinflussen die erfolgreiche Einhaltung des Regimes. Die Diskussion zeigte, dass ein Patient nur dann früh mit einer Therapie beginnen soll, wenn er ein gesichertes unterstützendes Umfeld hat und seine Infektion gut verkraften kann. Andernfalls sollte er zunächst eine psychosoziale Stärkung erfahren, die die spätere Adherence erhöht. Gleichzeitig kann er so auf bessere Medikamentencocktails hoffen, die ihm ein weniger rigides Einnahmeregime abverlangen. Die Richtlinien zu HAART sind meist auf rein medizinischer Basis erstellt worden und sollten nach Meinung einiger Teilnehmer mehr psychosoziale Faktoren, d.h. die Sicht des Patienten integrieren. Vor dem Hintergrund der raschen Weiterentwicklung in diesem Bereich werden die Richtlinien jedoch stets unvollkommen sein. Der Druck, der auf den Infizierten lastet, dürfe nicht dazu genutzt werden, sie von einer Therapie mit möglichem Misserfolg zu überzeugen. Vielmehr sollte der Arzt sie ausführlich aufklären und in die Lage versetzen, eine für sie tragbare Entscheidung zu treffen. Dies setzt jedoch ein vertrauensvolles Arzt-Patienten-Verhältnis und eine gute Kommunikationsfähigkeit des behandelnden Arztes voraus und beinhaltet auch die Akzeptanz einer kompletten Ablehnung einer Therapie durch den Patienten.

Oral-genitale HIV-Transmission

Eine ad-hoc-Expertendebatte wurde zur Frage oral-genitaler HIV-Transmission organisiert, da zwei Wochen vor der Konferenz in den USA eine Studie vorgestellt worden war mit der Botschaft, dass orale HIV-Übertragung nicht so selten wie bisher angenommen und kommuniziert sei. Diese unkritischen Veröffentlichungen hatten in den meisten europäischen Ländern eine erhebliche Verunsicherung von Bevölkerung und Multiplikatoren zur Folge, mit der viele Anwesende zu kämpfen hatten. Zunächst wurden die Ergebnisse der Studie vorgestellt, bei der ein Sample von 122 Männer mit einer frischen HIV-Infektion zu den Übertragungswegen befragt worden war. Nach der ersten Auswertung des angegebenen Risikoverhaltens schien Oralverkehr zunächst bei 20 Personen (16,4%) für die Übertragung

verantwortlich. Nach nochmaliger intensiverer Befragung erwiesen sich die Angaben bei zwölf von 20 als unvollständig, d.h. bei diesen zwölf Personen konnte eine Infektion durch aktiven oder passiven Analverkehr nicht ausgeschlossen werden. Die übrigbleibenden acht Personen hatten sich aber sehr wahrscheinlich bei oralem Verkehr (Fellatio) infiziert. Als Zusatzinformation wurde nachträglich bekannt, dass in mindestens sechs dieser Fälle eine Ejakulation in den Mund erfolgte und bei vier der Männer Aphten oder Zahnfleischentzündungen vorlagen, so dass z.T. von zusätzlichen Risikofaktoren ausgegangen werden muss. Diese Ergebnisse deckten sich mit einer niederländischen Studie, die bereits zu Beginn der neunziger Jahre Serokonverter aus den Jahren 1985 bis 1990 befragt hatte und zu einem ähnlichen Ergebnis gelangt war. In einem vergleichbar großen Untersuchungskollektiv war seinerzeit bei vier bis neun Personen eine orale Übertragung als wahrscheinlich eingeschätzt worden. Da in den westeuropäischen Präventionsstrategien das, wenn auch geringe, Risiko einer oralen Übertragung stets berücksichtigt wurde, sah man keine Notwendigkeit, die Präventionsbotschaften zu revidieren.

AIDS-Policies

Die zentrale Frage der nationalen Strategien (Entwicklung, Status, Zukunft) bezüglich HIV/AIDS und insbesondere zur AIDS-Prävention wurde intensiv diskutiert und zeigte in der Summe der Beiträge und Diskurse ein ausgesprochen inhomogenes Europabild: ähnlich wie die epidemiologischen Daten und ihre Dynamik (s.o.) sehr unterschiedlich sind, gibt es auch sehr unterschiedlich kohärent und stringent ausgeprägte politische Konzepte und Realitäten.

Nationale Strategien

Caren Weilandt (18.1) präsentierte einige Grundlinien des in Kürze zu erwartenden Berichts für die EU-Kommission „AIDS-Prevention in Europe“ mit einen Überblick über die unterschiedlichen nationalen Strategien, ihre Hintergründe und ihre Konsequenzen. 28 Länder wurden untersucht, sie haben extrem unterschiedliche nationale Handlungskonzepte. Nachweisbar erfolgreiche

Strategien, zu denen auch die deutsche gezählt wurde, charakterisierte sie folgendermaßen:

Grundsätzlich

- ▶ Früh genug beginnend (solange die epidemiologische Situation noch günstig ist),
- ▶ konsistente Interventionen (u.a. Nachhaltigkeit, umfassende und komplexe Maßnahmen),
- ▶ integrierte Maßnahmen (an andere Handlungsfelder angekoppelt bzw. in sie sowie in eine Gesamtstrategie eingebettet).

Im Einzelnen

- ▶ Groß angelegte Bevölkerungskampagnen mit Einschluss der Solidaritätsbotschaft,
- ▶ Sekundär- und Tertiärprävention (auch Pflege) eingebettet in existierende Handlungsfelder,
- ▶ Beteiligung und Einbezug der Hauptgefährdeten/Hauptbetroffenen,
- ▶ zentrale Koordination von Maßnahmen, aber
- ▶ Dezentralisierung der Aktivitäten (regional, lokal),
- ▶ AIDS-Bekämpfung als erklärte offizielle Regierungspriorität („Commitment“),
- ▶ möglichst rasche Anpassung von Gesetzen und Vorschriften an die Erfordernisse effektiver AIDS-Prävention, insbesondere bezüglich hauptgefährdeter Gruppen,
- ▶ interventionsbezogene (Evaluations-) Forschung und deren Dokumentation, die auch als „best practice“ anderen Ländern (oder UNAIDS) zur Verfügung gestellt werden kann/sollte,
- ▶ als Zielgruppen auch Migranten und Menschen in Haft.

In weiteren Präsentationen wurden einzelne ausgewählte europäische Länder fokussiert:

Großbritannien

Susie McLean (24.1) zeichnete in einem Vergleich Großbritannien-Australien das pessimistische Bild einer heute kaum noch erkennbaren nationalen Strategie ohne „political commitment“

der Regierung; angesichts steigender HIV-Zahlen ein pessimistischer Blick in die Zukunft.

Frankreich

Audrey Sitbon (24.4) berichtete über sinkendes staatliches Engagement, wohl nicht zuletzt begründet durch die aktuell zurückgehende AIDS-Inzidenz. Die früher zentrale Rolle der NGO ist heute deutlich reduziert, AIDS-Bekämpfung fast ausschließlich Sache einer relativ ruhigen Abteilung im Gesundheitsministerium.

Russland

AIDS-„Bekämpfung“ besteht laut Olga Osipova (24.2) bislang vor allem im Einsatz des HIV-Screenings. Von Regierungsseite wird HIV als Problem überwiegend ignoriert, ebenso wie die langsam entstehenden NGOs. Finanzielle Ressourcen für die AIDS-Arbeit sind rar und kommen fast ausschließlich aus internationalen Quellen. Das Riesenland bietet außerdem massive logistische und organisatorische Probleme für die Implementation effektiver AIDS-Programme. Das Diskriminierungspotential bezüglich Menschen mit HIV/AIDS ist immens hoch und real individuell lebensgefährlich.

Spanien

Einer „dramatisch“ steigenden Prävalenz/Inzidenz, analog der Entwicklung in Portugal, steht laut Sebastian Rinken (24.3) eine nur geringe Aktivität von Regierungsseite gegenüber. Wesentliche Ursachen liegen nach dieser Darstellung in den Spätfolgen der sozialen/politischen/historischen Problematik des Übergangs von der früheren Diktatur zu jetzigen demokratischen Strukturen.

Kreativwettbewerb der BZgA

Die Präsentation des bundesweiten „mach's mit“-Kreativwettbewerbes der BZgA 1999 [3] (20.3) fand großes Interesse. Konzept und Realisierung des Kreativwettbewerbs, der die „mach's mit“-Großplakatkampagne begleitete, stellen v.a. durch ihre interaktive Komponente ein hoch innovatives und wirksames Maßnahmenpaket dar, was die alle Erwartungen übersteigende Resonanz

belegte. Insbesondere die Nutzung des Internets für eine Präventionsmaßnahme für die Allgemeinbevölkerung in diesem Bereich ist ein neuer Ansatz. In diesem Zusammenhang fiel auf, dass insgesamt die „neuen Medien“ (v.a. CD-ROM, DVD, Internet) bei den Projektpräsentationen kaum vertreten waren, obwohl diese Kommunikationswege erwartungsgemäß zukünftig eine schnell zunehmende Wertigkeit bekommen werden. Insbesondere die damit mögliche Interaktivität, die im Falle des BZgA-Wettbewerbes eine produktive Synthese von plakativer Massenkommunikation und intensiver persönlicher Auseinandersetzung mit dem Schutz vor HIV ermöglichte, sowie die rasant wachsenden technischen Möglichkeiten des weltweiten Netzes im Verbund mit dessen exponentieller Verbreitung und Nutzung eröffnen Optionen, die offenbar bisher in anderen Ländern kaum genutzt werden.

Nachlassende Präventionserfolge?

Die Kondomverkaufszahlen als ein wichtiger Indikator für erfolgreiche HIV-Prävention sinken laut Aussagen von France Lert (34.1) in der Schweiz und in Frankreich seit 1997/98. In Deutschland ist ein zwar geringer, aber eindeutiger Anstieg von 1997 auf 1998 und offenbar eine Stagnation 1999 zu registrieren. Dies ist ein Warnzeichen für nachlassende präventive Überzeugungen und Handlungen in der Bevölkerung, das ernst genommen werden muss. In Großbritannien steigen die STD-Zahlen offenbar deutlich – ebenfalls ein für HIV ausgesprochen relevanter Indikator.

Safer Sex revisited

Brenda Spencer (34.2) präsentierte einen weitgespannten Diskurs zum Thema Safer Sex, der weit mehr als nur „Kondome“ umfasst. Sie schlug dabei, neben der Erwähnung sehr unterschiedlicher Safer-Sex-Strategien, auch die Brücke zur Schwangerschaftsverhütung unter den Fragen „Safer Sex... safer for whom? Safer from what?“ und wies auf die aktuell wiederholte Äußerung von Helen Gayle von den CDC in Atlanta/USA hin: „The only safe sex is abstinence or monogamous intimacy with a healthy partner“. Ironisch pointierte sie,

dass im Blick dieser in den USA durchaus nicht selten vorfindbare Haltung zur „AIDS-Prävention“ Abstinenz dort offenbar eine Spielart des Sex sei. Den zitierten Satz klassifizierte sie als „Unsatz des Jahres“.

Aktuelle Entwicklungen – kein Thema?

Nur am Rande beleuchtet wurden einige für den AIDS-Bereich relevante Entwicklungen, die hier kurz angesprochen werden sollen. Erstaunlich war, dass frauenrelevante Themen nur unter dem Aspekt von Schwangerschaft präsentiert wurden. Da ein Konferenzprogramm ja in gewisser Hinsicht auch das aktuelle Forschungsgeschehen widerspiegelt, kann es durchaus sein, dass andere frauenspezifische Aspekte im Bereich von HIV/AIDS derzeit kaum erforscht werden – ein eindeutiges Defizit vor dem Hintergrund steigender HIV-Prävalenzen bei Frauen.

Andere sexuell übertragbare Krankheiten, insbesondere Hepatitis A, B, C und ihre Implikationen in Hinsicht auf heutige HIV-Prävention, insbesondere auch bezüglich der für Hepatitis unzureichenden, ganz auf HIV abstellenden Definition von Safer Sex bzw. dessen Schutzwirkung, wurden selten zukunftsweisend thematisiert. Neue Medien und Kommunikationskanäle wie Internet, CD-ROM und DVD waren – verglichen mit ihrer nicht nur in Europa schnell steigenden Bedeutung – kaum in den vorgestellten Projekten vertreten. Das BZgA-Projekt des „mach's mit“-Wettbewerbes stellte eine der wenigen, stark beachteten Ausnahmen dar. Die PEP insbesondere nach nichtberuflicher Exposition wurde nur gestreift (z.B. mit der Information von France Lert (34.1), dass PEP in Frankreich breit etabliert sei und die Medikation dort –anders als in Deutschland- kostenlos verfügbar ist). Dies liegt möglicherweise daran, dass das Thema vielerorts, z.B. auch zunehmend im Rahmen der Telefonberatung der BZgA, zwar eine gewisse Rolle spielt, aber wenig wissenschaftliche Untersuchungen vorliegen.

Literatur

1. Friedrich D, Heckmann W (eds) (1995) **AIDS in Europe – the behavioural aspect**. Vol. 1–5. (Ergebnisse sozialwissenschaftlicher AIDS-Forschung 16.1–16.5). Berlin: edition sigma
2. Reiter S, et al. (1998) **AIDS in Europe – new challenges für social and behavioural sciences**. Infektionsepidemiologische Forschung 1/98; 39–44
3. Robert Koch-Institut (1999) **AIDS-Aufklärung: Bundesweiter Wettbewerb um das beste Plakat erfolgreich beendet**. Epid Bull 47:357

Verzeichnis der Abstracts:

- 1.1 Francoise F. Hamers: Epidemiological situation and future development of HIV in Europe
- 1.2 Jean-Paul Moatti: Medical developments in care for HIV/AIDS and their social and behavioural consequences
- 1.3 Rolf Rosenbrock: Socio-political and organizational developments and their consequences for prevention and care
- 2.2 Janine Pierret: HIV infection as a chronic disease
- 5.1 Mitzi Gras/John de Wit/Anneke van den Hoek: Determinants of sexual risk-behaviour among migrants in the Netherlands; implications for prevention
- 5.2 Michael Bochow: Gay Turkish immigrants and HIV prevention in Germany
- 5.3 Irene Herzog/Lucie van Mens/Paul van Gelder: Development and implementation of innovative AIDS and STD prevention methods among migrant clients of prostitutes, supported by ethnographic research (Research and Development project)
- 5.4 Max Sesay/Susie McLean: Partnership approaches to building the participation of migrant communities in policy development – the African HIV Steering Group and the National AIDS Trust
- 6.1 Rob Jezek/Angelique de Lange: Peer education as an effective method to reach „hard-to-reach“-groups
- 6.2 Jonathan Elford/Graham Bolding/Mark Maguire/Lorraine Sherr: Peer-led prevention among gay men in London: process evaluation
- 6.3 Onno de Zwart/Theo G.M. Sandfort: Peer educators: their perspective on their roles and work
- 6.4 Mary Haour-Knipe/Giavanna Meystre-Agostoni/Francoise Dubois-Arber: „Mediators“ or peer educators among marginalised populations: use and abuse of a concept
- 8.1 Paul van Gelder: „Just a little hop.“ The subcultural context of male prostitution and its relevance for AIDS/STD education
- 8.2 Wim Zuilhof/Jandirk Veenstra: A multidisciplinary approach of male sex work
- 8.3 Katrin Schiffer: European Network Male Prostitution (ENMP) – A European project providing information, exchange and mutual support within the field of male sex work
- 8.4 Licia Brussa: Transnational AIDS/STD prevention among migrant prostitutes in Europe

- 11.1 Ford Hickson/Peter Weatherburn/Peter Davies/Mike Hartley: Why is the prevalence of diagnosed HIV infection higher among gay men with lower education?
- 11.3 Harm Hoppers/Jorn Hogeweg/Gerjo Kok/Willem Debets: Anal sex and condom use in steady gay relationships: psychosocial determinants towards condom use, relationship duration and negotiated safety variables
- 11.4 Mike Hartley/Ford Hickson/Peter Weatherburn: Mapping primary HIV prevention for gay and bisexual men in Greater London 1999–2000
- 18.1 Caren Weilandt/Cyrl Pervilhac/Wolfgang Heckmann: HIV Prevention in Europe: Differences in national policies, their backgrounds and consequences
- 20.3 Wolfgang H. Müller/Jürgen Töppich/Gerhard Christiansen/Elisabeth Pott: The „Join In“-Campaign in Germany: From massmedia posters towards personal involvement: an interactive prevention project for the general population
- 21.1 Jandirk Veenstra/Willem Debets: Outreach projects aimed at men with homosexual contacts
- 21.3 Ellen Mulder/Theo G.M. Sandfort: Rubber up. A condom pilot
- 21.4 Leo Schenk: Fuckshop
- 22.2 Nikolai A. Chaika/Vinay P. Saldanha/Nikolai D. Panchenko: Global HIV/AIDS News in Russia
- 24.1 Susie McLean/Max Sesay: Partnership approaches to building the participation of migrant communities in policy development – the African HIV Steering Group and the National AIDS Trust
- 24.2 Olga Osipova: The role of Russian NGOs working in the field of HIV/AIDS in policymaking, prevention and increasing the quality of PLWHA
- 24.3 Sebastian Rinken/Romero Vallecillos: Too little, too late. A review of Spanish HIV prevention policy
- 24.4 Audrey Sitbon: Do French AIDS prevention institutions still try to have an innovating approach?
- 25.1 Udi Davidovich/John de Wit/Wolfgang Stroebe: Increasing role of steady relationships in the spread of HIV among young gay men – a 14-year overview
- 25.3 John de Wit/Marc Janssen: Sexual abuse of young homosexual men: Impact on well being and risk for HIV
- 34.1 France Lert: Advances in HIV treatment and prevention. Should treatment optimism lead to prevention pessimism?
- 34.2 Brenda Spencer: Safer sex revisited. Putting together the puzzle of factors determining the practice of safer sex
- 35.1 Ford Hickson/David Reid/Michael Stephens/Peter Weatherburn/Laurie Henderson: Extending a national gay men's sexual behaviour monitor and needs assessment survey
- 35.2 Jorn Hogeweg/Harm Hoppers/Willem Debets/Gerjo Kok: Men who have sex with men: a monitoring survey for regional HIV-prevention
- 35.3 Mike Hartley/Peter Weatherburn/Ford Hickson: Outcome Evaluation: Need it be behaviourally focussed?
- 35.4 Peter Keogh/Peter Weatherburn: Evidence Unseen: Factors interacting with evidence in the production of HIV prevention interventions on gay and bisexual men in London