

HIV-Infektion – Grenzen der Präventionskonzepte

Überlegungen zur Verantwortung der Betroffenen, der Politik und der Gesellschaft*

Einführung

In Deutschland leben mit der HIV-Infektion etwa 56.000 Menschen, die Gesamtzahl an der HIV-Infektion Verstorbener wird mit etwa 26.000 angegeben (Stand Ende 2006) [1]. Angesichts der seit Jahren im Wesentlichen gleich bleibenden jährlichen Zunahmen der Zahlen HIV-Infizierter seit Beginn der HIV-Epidemie [1, 2] in Deutschland ist zu fragen, ob die Konzepte und Strategien der in den 1980er-Jahren eingeleiteten Präventionskampagnen wirkungsvoll genug waren. Die HIV-Epidemie ist bestimmt durch ein komplexes Zusammenwirken von personengebundener Transmission, über eine Dekade langer, klinisch asymptomatischer Zeit bis zur Manifestation der Krankheit, bei permanenter Infektiosität. Die individuelle intime Sphäre des Sexualverhaltens ist durch unsere gesellschaftliche Verhaltensnormen geschützt; somit kann die HIV-Infektion als personengebundene Transmission nicht wie andere

Infektionen, die den community acquired infections zugerechnet werden, z. B. die Tuberkulose, behandelt werden.

Warum hält der Aufwärtstrend der HIV-Erstdiagnosen an – trotz der Präventionsarbeit? Mit dem folgenden Beitrag wird versucht, aus Sicht der angewandten Ethik, der Verhaltensforschung, auf Basis einer Analyse der gesellschaftlichen Entwicklung unter Berücksichtigung infektionsepidemiologischer Mechanismen Grenzen der alleinigen Anwendung der aktuellen Präventionskonzepte aufzuzeigen.

Die Ausgangssituation

Die Präventionskampagnen beruhen im Wesentlichen auf Modellen der „New Public Health“ (NPH) [3]. Als deren Leitgedanke gilt, eine Primärprävention durch Lernstrategien zu erreichen. Die Zielsetzung ist, über Kommunikation und breitenwirksame Information insbesondere bei bereits von der HIV-Infektion betroffenen und noch HIV-naiven, aber sexuell risikobereiten (at risk) Personen – neben intravenös Drogengebrauchern (IVDU) – zeitstabile und wirksame Verhaltensänderungen herbeizuführen. Eine Unterbrechung von HIV-Infektketten soll erreicht werden. Repressive Maßnahmen sind in diesem „Modell der verhältnisgestützten Verhaltensmodifikationen“ mit gutem Grund ausgenommen.

Die Intentionen der NPH sind unter anderem beeinflusst von etablierten Liberalisierungsideen; andere Vorgaben, wie z. B. das Anmahnen von Selbstdisziplin und Verantwortung für den Mitmenschen, werden zurückgestellt. Für gesellschaftliche als auch individuelle Lebensbereiche wird die Kategorie Toleranz als wesentliches Element hervorgehoben. Angewandt auf die Präventionskonzepte gegen die Ausbreitung von HIV war damit ein Vertrauens- und Erwartungsvorschuss für bereits von der HIV-Infektion betroffene wie noch HIV-naive Mitmenschen verbunden, sich den an die kognitive Ebene richtenden rationalen Präventionsbotschaften entsprechend zu verhalten, d. h. neue HIV-Infektionen zu vermeiden. Übergeordnet gründen die Präventionskonzepte in einer Ethik, die dem Menschen mehr zutraut bzw. mehr von ihm erwartet, als er teilweise wahrscheinlich von seiner naturbedingten Herkunft zu leisten vermag und aufgrund etablierter Persönlichkeitsrechte zu leisten bereit ist. Nach unserer Einschätzung sollten die auf NPH gründenden Präventionskonzepte und -strategien nach 20 Jahren Anwendung modifiziert werden.

Abgelöst von übergeordneten Wertfragen haben sich zahlreiche der anfänglichen Entscheidungen, die dem Schutz der von der HIV-Infektion betroffenen Menschen dienen sollten (z. B. Anonymitätsgarantie), als nur teilweise wirksam erwiesen; es waren damit Bedingungen

* Hinweis der Redaktion des Bundesgesundheitsblattes: Der vorliegende Beitrag reflektiert nicht die Meinung des Robert Koch-Instituts als Sitz der Redaktion und mitverantwortlichen Herausgeber des Bundesgesundheitsblattes. Nach intensiven Diskussionen haben wir uns jedoch zur Publikation entschlossen, um den Lesern – im Kontext der weiteren im Schwerpunkt publizierten Aufsätze – die ganze Breite des Meinungsspektrums im Bereich HIV-Prävention aufzuzeigen.

vorhanden, die weitere Infektionsketten möglich machten. Eine dafür wesentliche Entscheidung war, der HIV-Infektion eine Ausnahmestellung innerhalb der sexuell übertragbaren Infektionen (STI) zum individuellen Schutz zugunsten der damals von der HIV-Infektion Hauptbetroffenen einzuräumen [4–6]. Seitdem hat es Veränderungen in der Zusammensetzung der HIV-Infizierten gegeben, da auch der Anteil an Frauen und die heterosexuelle Übertragung prozentual zugenommen haben.

Die Argumente von Vertretern der wesentlich auf Konzepten der NPH basierenden HIV-Präventionskampagnen, diese hätten wesentlich zu den „geringen“ Zuwachsraten an HIV-Infizierten in Deutschland und – wegen der europäischen Abstammung – auch in Europa beigetragen, sind nach der derzeitigen Datenlage weder zu widerlegen noch zu belegen, da ein anderes Modell der Prävention nicht eingeführt wurde. Unsicherheit über die Effizienz dieser Strategien wird weiterhin bestehen, da die Evaluierungen aus retrospektiven und prospektiven Erhebungen/Befragungen von bereits HIV-Infizierten und noch HIV-negativen At-risk-Populationen wegen der subjektiven Aussagen eingeschränkt bleiben. Trotz einer nicht möglichen biostatistisch begründeten Beweisführung solcher empirisch gewonnenen Ergebnisse sind auch wir der Meinung, dass die Konzepte der NPH zumindest zeitweise wesentliche Beiträge zu präventionskonformen Verhaltensänderungen bei den gefährdeten Personen bewirkt haben. Selbst aus Kreisen HIV-Infizierter wurde die Nachhaltigkeit der angewandten Präventionskampagnen im Hinblick auf den zeitweiligen relativen Rückgang der jährlichen HIV-Erstdiagnosen wiederholt zur Diskussion gestellt.

Zur Problematik im Einzelnen

Die Botschaften der Präventionskampagnen setzen auf gelebte Eigenverantwortung für präventionskonforme Verhaltensänderungen. Vorausgesetzt wird ein Bewusstseinswandel auch mit Einschränkungen des eigenen Lebensstils, um die HIV-Übertragung zu vermeiden. Der individualisierte Freiheitsbegriff in

den liberalen Gesellschaftsordnungen unserer westlichen Demokratien wird teilweise als ideologisch untermauerter Persönlichkeitsschutz verwendet, geleitet von einer Unantastbarkeit der lebensbejahenden Bestimmung des Menschen. Das Funktionieren solcher Systeme mit einer besonderen Zielvorgabe – hier der HIV-Prävention – setzt jedoch Menschen mit dauerhaft stabilen, gelebten existenziellen Grundwerten im Sinne etablierter ethischer Übereinkünfte und an gültigen Rechtsnormen orientierten Wertvorstellungen voraus – zumindest bei der überwiegenden Mehrheit. Erfahrungen der vergangenen 20 Jahre belegen, dass die aus den Präventionsintentionen gewährten Freiheiten von einem Teil der Personen aus dem Kreis der bereits HIV-Infizierten und HIV-Naiven eingehalten worden sind, jedoch von einem anderen Teil risikobereiter Personen missbraucht worden sind, denn sonst wäre die Zahl der HIV-Infizierten in Deutschland deutlich weniger gestiegen. Die Präventionsbotschaften waren stets präsent, auch für die nachwachsende Generation risikobereiter Menschen; der Kenntnisstand zur HIV-Infektionsvermeidung ist erfreulich hoch, gerade auch bei denjenigen, die wegen promisker Lebensführung besonders zur HIV-Verbreitung prädisponiert sind [7].

Die mit den Präventionsbotschaften erwartete Übernahme von Eigenverantwortung wurde von Personen mit promiskem Verhalten, die – unabhängig von der sexuellen Orientierung (neben i.v.-Drogensucht) – für die stetig steigenden HIV-Prävalenzen mit verantwortlich sind, nicht ausreichend akzeptiert. Safer Sex und Safer Use gilt für HIV-infizierte wie für noch HIV-negative risikobereite Mitbürger. Von einigen wurde und wird die Verantwortung für sich, für ihre Partner und für die Gesellschaft falsch ausgelegt oder ignoriert, teils aus eigennützigem Interesse. Die Zielsetzung, eine durchgängig sozialverantwortliche Handlungsmotivation HIV-Infizierter und risikobereiter HIV-naiver Menschen zu etablieren, ist allein mit Vorgaben im Sinn der NPH im erforderlichen Maß bisher nicht erfüllt worden.

Die offene Frage ist, ob mit vernunftbestimmten Botschaften evolutionär geprägte, d. h. biologische Verhaltensmuster

dauerhaft in verantwortungsvoll gelebte Sexualität umzuprogrammieren sind. Die Dynamik, die in diesem Verhaltensmuster steckt, ist durch Dannecker beschrieben worden als: „Sexuelle Wünsche können aber nur still gestellt, nicht jedoch zum Verschwinden gebracht werden. Deshalb ist unter veränderten Bedingungen auch deren Redynamisierung zu erwarten.“ [8]

Die Folgen der Übertragung einer Infektion mit Todesfolge werden durch Leistungen verschiedenster Art bisher von der Gesellschaft aufgefangen. Bei der HIV-Infektion ist bekannt, dass mit den derzeitigen antiretroviralen Medikamenten keine Heilung möglich ist, und bei den meisten HIV-Infizierten unter dauerhafter Behandlung eine unterschiedlich hohe Infektiosität für Jahre aufrechterhalten wird. Auch werden bei Neu- oder Superinfektionen partiell- oder multi-resistente HIV übertragen. Das Angebot zur Toleranz insbesondere für von der HIV-Infektion betroffene Menschen wurde hier missbraucht. Auch das liberale Individualrecht ist damit trotz der Verpflichtung für die Gesellschaft missbraucht worden. Die von der NPH geforderte Eigenverantwortung fehlt bei denjenigen, die die HIV-Infektion weitergeben. Danzinger weist auf diese Problematik hin: „... a growing recognition of a possible weakness inherent in a strictly voluntarist approach to HIV prevention may herald a new approach to AIDS control ... by shifting the terms of debate away from individual rights towards a better understanding of individual and social responsibilities“ [9]. Peter Piot (Executive Director, UNAIDS) mahnte die Beachtung der Menschenrechte (Human Rights, HR) an, ohne Zielgruppen zu benennen: „... a recognition of the inherent dignity and equal rights of all people and an understanding that the protection of human health is indispensable for the protection of human rights and fundamental freedoms of everyone“ [10].

Für eine erfolgreiche HIV-Prävention sind zum Schutz und aufgrund zukünftiger Belastungen für die Gesamtgesellschaft folgende Fragen zu stellen:

Ist angesichts einer stetig voranschreitenden HIV-Ausbreitung das Recht auf informationelle Selbstbestimmung mit der

an den biologisch geprägten Sexualtrieb gekoppelten HIV-Übertragung – neben Drogensucht – vereinbar? Ist ausgelebte Sexualität bis hin zum triebhaft gesteigerten Verhalten als Rechtfertigungsgrund bzw. Duldung zur Körperverletzung anderer Menschen mit schwersten gesundheitlichen Folgen in derzeitiger Auslegung akzeptabel? Diese in den frühen 1980er-Jahren diskutierte Frage stellt sich erneut bei zunehmender HIV-Infektionszahl. Steht das Übertragen von HIV im Gegensatz zu den Intentionen des Grundgesetzes (GG) – hier als eine Nichtbeachtung des Art. 2, Abs. 1 GG [11]? Ferner lässt sich unserer Meinung nach umgekehrt aus dem Recht auf körperliche Unversehrtheit (Art. 2, Abs. 2 GG) nicht postulieren, dass jeder seinen Körper vorsätzlich schädigen darf, um dann die Hilfe der Gesellschaft rückhaltlos für sich einzufordern.

Die Abwägung der Frage von HIV-Infizierung und der Vereinbarkeit des Art. 1, Abs. 1, GG: „Die Würde des Menschen ist unantastbar. Sie zu achten und zu schützen ist Verpflichtung aller staatlichen Gewalt“, sollte durchaus wieder andiskutiert werden. Denn die Weiterführung dieses Grundsatzes bedeutet, dass nicht nur die Würde des HIV-infizierten Menschen unantastbar ist, sondern auch die Würde aller anderen, noch nicht infizierten Menschen. Muss die körperliche Unversehrtheit von Mitbürgern nicht höher (höheres Rechtsgut) bewertet werden, als die besonderen sensiblen Empfindungen der derzeit von der HIV-Infektion betroffenen Menschen? Verantwortung wird auch in den Intentionen der Human Rights gefordert: „The International Bill of Human Rights recognizes individual's duty to the community, creates absolute (nonderogable) rights, and outlines criteria for the limitation of other rights.“ [12]

Die mit den Präventionskonzepten festgelegten Rahmenbedingungen und die besondere Stellung der HIV-Infektion scheinen die Nichtanwendung des Strafrechts – bis auf seltene, augenfällige Situationen bei der HIV-Übertragung – zu begünstigen [13]: Die im Mittel lange klinische Latenzperiode der HIV-Infektion verwischt die psychologisch nicht wahrnehmbare kausale Zuordnung zu einer individuell begangenen Körperverletzung, teils auch mit Zustimmung des Partners,

durch personengebundene Übertragung einer Infektion mit Todesfolge: Die Manifestation von Krankheit als Folge der HIV-Infektion kann ohne antiretrovirale Behandlung bereits nach wenigen Jahren p.i. ausgeprägt sein, im Mittel ist sie aber nach 9–10 Jahren ausgebildet, abhängig von individueller Disposition des HIV-Infizierten und der Virulenz des infizierenden HIV. Diese Umstände erschweren eine Beweisführung für den Einzelfall bzw. machen sie nahezu unmöglich.

Menschenrechte und Menschenwürde

Es ist aufschlussreich, die gesellschaftliche Entwicklung, die zu dieser unterschiedlichen Betrachtungsweise von Infektionen geführt hat, näher zu analysieren. Sowohl die Erklärung der Menschenrechte als auch das Bekenntnis zur Menschenwürde antworteten jeweils auf Herausforderungen ihrer Zeit [14]. Zielten die klassischen Menschenrechtserklärungen mit der Idee der Freiheit an ihrer Spitze auf politische Befreiung und die Begrenzung absolutistischer Macht, und reagiert(e) das moderne Bekenntnis zur Menschenwürde auf diktatorische, das Humanum mit Füßen tretende Schreckensregime (allen voran dasjenige des Nationalsozialismus), so fehlt derzeit das Bewusstsein für diese Werte in demokratischen liberalen Gesellschaften, da kein essenzieller Widerstand, gegen den sie sich errichteten, mehr vorhanden ist. Ehemals als Schutzrechte gegen absolutistische Herrschaftswillkür und Unterdrückung entstanden, neigen die liberalen Menschenrechte heutzutage dazu, sich selbst zu verabsolutieren. Im Rahmen der fortschreitenden Säkularisierung übernehmen sie auch die Funktion einer Ersatzreligion, die das Individuum verherrlicht und seine Selbstentfaltung zum höchsten Wert verklärt: Sie werden zur Bedingung des „Gelingens der Selbstdarstellung eines Menschen als individuelle Persönlichkeit“ [15].

War die Würde des Menschen über fast zweitausend Jahre europäischer Geistesgeschichte – trotz z. T. fundamental wechselnder Paradigmen – im Wesentlichen gleich definiert, nämlich durch eine transzendente, sei es religiöse oder metaphysische Bindung, so hat sie heute

die Tendenz bindungslos, wie das Individuum selbst, zu werden. Es fehlt teils eine sachliche Begründung (vgl. dazu ausführlich [16]), und das Fehlen einer solchen Begründung zeigt, wie diese Form der Würde aussehen kann: der auf den Begriff gekommene Ausdruck der Selbstliebe eines Menschen, der getrieben ist von einem „schiefer hemmungslosen Streben nach Glück und Ich-Genuss“ [17]. Dabei gehen Werte zur Gemeinschaftsfähigkeit verloren.

Die damit verknüpften Konsequenzen der Ausnutzung staatlich geschützter individueller Freiräume klingen auch aus anderer Sicht in allgemein gehaltenen verhaltens-/evolutionsbiologischen Betrachtungen an: „Nach Popper liegt der einzige wesentliche Unterschied zwischen den übrigen Tieren und dem Menschen alleine darin, dass letzterer es durch seine besonderen geistigen Begabungen wie Denken, Vorstellungsvermögen, Vernunft und Logik geschafft hat, sich der direkten Einwirkung der natürlichen Auslese zu entziehen, indem bloße Gedanken und Vermutungen anstelle ganzer Lebewesen dem Irrtum geopfert werden.“ [18] Das Pochen auf individuelle Selbstbestimmung setzt soziale Spielregeln außer Kraft. Bezogen auf die HIV-Infektion, ist zu fragen: Wie weit geht die Toleranz für die Freiheit von Menschen, die trotz aller richtigen Botschaften mit breitem Informationsangebot nicht einsichtig sind bzw. sein wollen, aber im selbst verschuldeten Schadensfall auf die Vollversorgung durch die solidarische Leistungsgesellschaft zurückgreifen? Für die Überlegungen zur Verbesserung der Prävention ist zu fragen: Lässt sich eine derart uneingeschränkte Toleranz ethisch rechtfertigen?

Kann es ein Recht auf Nichtwissen geben?

Unter dem Axiom eines gewissermaßen grenzenlosen Freiheitsbegriffs ohne pragmatische Perspektiven mit einforderbaren Pflichten zur sozialverantwortlichen Rückkoppelung zum Zweck der Schadensvermeidung stehen die derzeitigen Persönlichkeitsrechte. In Abschnitt A., 2. Kapitel, Absatz 2 der Empfehlungen der Enquete-Kommission des 11. Deutschen Bundestages heißt es dazu, „Die

Entscheidung für oder gegen den Test ist eine individuelle Entscheidung. Die Beratung hat diese Autonomie des Einzelnen zu respektieren“ [19]. Bei täglich zwischen 6 und 7 HIV-Neuinfektionen in Deutschland sollte das durch das Persönlichkeitsrecht gestützte Recht auf Nichtwissen erneut zur Diskussion zu stellen sein.

Derzeit wird die Autonomie des Einzelnen, der Respekt vor der individuellen Entscheidung, höher angesetzt als der Schutz des Lebens, wenn HIV-Infizierte das todbringende Virus weitergeben. Begründet wird dies mit dem Wert der Autonomie, der wie die modernen Persönlichkeitsrechte aus dem „Prinzip der Menschenwürde“ abgeleitet wird [20]. Traditionell war die Zuordnung: Autonomie und Freiheit wurden als Grund der Menschenwürde verstanden und nicht umgekehrt. Gleichwohl bedeutete dies nicht Willkürfreiheit, individuelle Freiheit in dem Sinne, dass jeder individuell zu unterschiedlichen Urteilen und Entscheidungen darüber käme, wie man sich ethisch vertretbar zu verhalten habe. Autonomie als fundamental-ethischer Leitbegriff rekurriert vielmehr „auf der Grundvorstellung, dass Autoren und Adressaten von moralischen und rechtlichen Normen letztlich identisch sein sollen. Jeder einzelne soll nur die Gebote und Gesetze befolgen, die er sich selbst in der Rolle eines jeden aus Einsicht hätte geben können.“ [21] Dies bedeutete im Falle des Umgangs mit einer (möglichen) HIV-Infektion: Da sich niemand wünscht³, mit einem tödlichen Virus infiziert zu werden, hätte man als potenzieller Träger des Virus die Pflicht, sich testen zu lassen und im Falle eines positiven Testergebnisses die Weitergabe des Virus zu vermeiden.

Neue Situationen

Die Festlegung auf HIV-Testungen nur nach medizinisch begründeter Indikation war in den 1980er-Jahren wesentlich mit Rücksicht auf die Nicht-Behandelbarkeit der HIV-Infektion und den Schutz der Betroffenen entschieden worden. Es haben sich, verbunden mit dem Recht auf Nichtwissen, über die Jahre Reservoir

³ Siehe aber Ausnahmen: „bug chaser“, s. auch „barebacking“ Partys!

Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz 2007 · 50:458–464
DOI 10.1007/s00103-007-0212-z
© Springer Medizin Verlag 2007

R. H. Dennin · D. Doese · M. Lafrenz

HIV-Infektion – Grenzen der Präventionskonzepte. Überlegungen zur Verantwortung der Betroffenen, der Politik und der Gesellschaft

Zusammenfassung

Trotz eingeleiteter Präventionskampagnen gegen die fortschreitende Ausbreitung von HIV/AIDS in Deutschland hält die Zunahme an jährlichen HIV-Erstdiagnosen an. Die Konzepte der gültigen Maßnahmen sind wesentlich von den Modellen der New Public Health bestimmt worden. Gesellschaftliche Lernstrategien sind ein wesentliches Element dieser Konzepte. Bei vorhandenem Recht auf Persönlichkeit und dem Recht auf Nichtwissen um die HIV-Infektion ist zu hinterfragen, ob geltende Toleranz bei den bekannten HIV-Infizierten, die ihre Infektion wissentlich und absichtlich weitergeben, weiterhin angewendet werden soll. Bei einer hohen Zahl von wahrscheinlich über 10.000 unwissentlich HIV-Infizierten ist eine erneu-

te Diskussion um erleichterten Testzugang und ein Angebot zu rechtzeitiger Therapie zu führen, ebenfalls mit dem Ziel, die Zahl der HIV-Neuinfektionen zu senken. Strategien, um das Bewusstsein von Verantwortung des Individuums für seine Gesundheit und die des Partners zu übernehmen und auf hohem Niveau zu halten, sind so zu etablieren, dass HIV nicht übertragen wird. Zwangsmaßnahmen, um das Ziel zu erreichen, sind abzulehnen.

Schlüsselwörter

HIV-Prävention · Persönlichkeitsrechte · Menschenrechte · Naturbedingte Verhaltensmuster · Unwissentlich HIV-Infizierte

The HIV infection – the limits of prevention concepts. Consideration with respect to responsibilities incumbent on the infected individual, politics and society at large

Abstract

Despite the introduction of campaigns to prevent the continued spread of HIV/AIDS in Germany, the number of annual first-time HIV-diagnoses is continuing steadily. The concepts behind the current campaigns are largely based on models of New Public Health, of which social learning strategies are an essential element. The established personal and individual rights should be unimpeachable but the right not to know the status of HIV infection should be questioned for those people who spread their HIV infection intentionally and wilfully. Confronted with more than 10,000 people in Germany unconscious of their HIV infection, easy ac-

cess to HIV testing and access of opportune therapy should be offered with the goal of reducing the number of new infections. Expanded strategies on the responsibility to one's personal health and that of the partner, understandable and adapted to special groups of the society, should be established and maintained at a high level of awareness. All measures must be performed voluntarily.

Keywords

HIV-prevention · individual rights · human rights · natural behaviour · unaware HIV infected

unwissentlich HIV-Infizierter als unerkannte Infektionsquellen für die HIV-Ausbreitung aufbauen können. Etwa ein Drittel der neu erkannten HIV-Infizierten hat Symptome der Immunschwäche. Entgangen sind ihnen rechtzeitige psychologische, medizinische Versorgung und individuelle Beratung (face-to-face) zur Vermeidung von Superinfektionen und zu präventionskonformem Verhalten.

Die Diskussion um eine optimierte Präventionsstrategie bei der HIV-Infektion ist kein alleinig deutsches Problem. Die Sorgen um die voranschreitende HIV-Ausbreitung und die Voraussetzungen und Bedingungen zu Änderungen für die Testung auf HIV werden zunehmend thematisiert [3, 4, 22, 24]. Wesentlich dafür sind Überlegungen, wie z. B. der wachsenden Zahl unwissentlich HIV-Infizierter Menschen begegnet werden kann. Deren Zahl wird in den USA mit wenigstens 250.000 Personen [24, 25] angenommen, während für Deutschland zumindest von etwa 14.000 Personen auszugehen ist – basierend auf einem Anteil von 25–30 % der auf 56.000 geschätzten lebenden HIV-Infizierten. Auf gleicher Basis ist für West- und Zentral-Europa von zumindest 180.000 unwissentlich HIV-positiven Personen auszugehen, als Anteil der für diesen Teil der Welt geschätzten 740.000 HIV-Positiven. In globaler Dimension gesehen, wird von einem sehr hohen Anteil (regional ist von bis zu 90 % die Rede) unwissentlich HIV-Positiven an den geschätzten 39,5 Millionen lebenden HIV-Positiven ausgegangen [26]. Für die USA wurde das beachtliche Ausmaß für sexuell bedingte Neuinfektionen durch Personen belegt, die nichts von ihrer HIV-Infektion wissen [27].

Ein Recht auf Nichtwissen ist angesichts dieser Perspektive mit fortschreitender HIV-Ausbreitung in Frage zu stellen mit dem Ziel, ob mit Änderungen dazu eine bessere Prävention erreicht werden kann, die Inzidenzen für HIV reduziert werden können. Liegt es im Interesse der Gesellschaft, zum Schutz der noch nicht HIV-Infizierten dem HIV-Infizierten und seinen persönlichen Empfindungen Vorrang einzuräumen? Mit Argumenten der Human Rights wird das Recht auf Nichtwissen um die mögliche eigene HIV-Infektion angesprochen, was z. B.

wegen der Gefahr von Depression, Suizidgefahr und Ausgrenzung bei positivem Testergebnis nachvollziehbar ist [28]; umgekehrt werden als Folge steigender Zahlen unwissentlich HIV-Infizierter fundamentale Intentionen der Human Rights vernachlässigt (s. dazu [29]). Persönlichkeitsrechte sind unabdingbar, sie dürfen allerdings nicht so weit ausgelegt werden, dass die Grundrechte anderer Menschen verletzt werden – dieses Dilemma besteht seit Beginn der HIV-Epidemie, und es zu lösen ist eine dringende Aufgabe. Mit der Opt-out-Möglichkeit in den derzeit (November 2006) im Entwurf vorliegenden WHO/UNAIDS-Leitlinien zur HIV-Testung und Beratung [30] wird dem Persönlichkeitsrecht weiterhin Vorrang vor der personengebundenen HIV-Verbreitung eingeräumt.

Unsere offene Gesellschaft [31] hat sich mit den hohen Anforderungen an das Individuum weiter auseinanderzusetzen, und gerade ein demokratisches Gesellschaftssystem hat bei geltender Ethik und den vorhandenen Human Rights einen Weg zu finden, die HIV-Verbreitung weiterhin einzuschränken. Eine Schlussfolgerung aus der HIV-Verbreitung in den vergangenen Jahren ist: Ein kleiner Teil HIV-Infizierter passt sich den Präventionskonzepten nicht an, handelt vorzugsweise im emotionalen Bereich. Die Wünsche nach Verhaltensänderungen sind bei diesen Menschen dauerhaft kaum realisierbar. Es wird infolgedessen eine Illusion bleiben, bei einem Teil der Adressaten der NPH-basierten Präventionsbotschaften ein durchgängig aktives Bewusstsein für deren Inhalte zu erreichen sowie die Einsicht, für die selbst verschuldeten Folgen einzustehen. Fukuyama schreibt dazu: „Auffassungen derart, menschliche Wesen seien unbegrenzt formbar, sie können von ihrem sozialen Milieu dazu gebracht werden, sich ganz verschieden zu verhalten, sind Grenzen gesetzt. Zwar ist das menschliche Verhalten formbar und variabel, aber dies nicht unbegrenzt; an einem gewissen Punkt tauchen tief verwurzelte Instinkte und Verhaltensmuster auf – und unterlaufen die raffiniertesten Entwürfe der Sozialingenieure.“ [32]

Perspektiven

Unser liberales Gesellschaftssystem hat aufgrund politisch entschiedener Vorgaben rücksichtsvoll Schonräume für Menschen aus Teilgruppen der Bevölkerung zugelassen (z. B. keine Zwangsregelungen). Auch bei Vorliegen von Missbrauch, sofern nicht unmittelbar erkennbare rechtswidrige Handlungen mit ihnen verbunden sind, werden diese Schonräume genutzt – und geduldet. Es gilt, juristische und gesellschaftliche Rahmenbedingungen im Allgemeinen und gesundheitspolitische Grenzl意思 in im Besonderen zu entwickeln für diese bisher beispiellose Situation der personengebundenen HIV-Transmission. Diese bestehende, bedrohliche Zukunftsperspektive ist in die fortzuentwickelnden Präventionskonzepte einzubeziehen. Die oft zitierte Eigenverantwortung sollte eine aktiv zu leistende Gesundheitseigenvorsorge sein⁴ und nicht ausschließlich auf HIV beschränkt werden. Auch das Thema eines angemessenen Drucks auf Personen, die wiederholt absichtlich und wissentlich ihre Infektion übertragen, sollte angesichts der steigenden HIV-Prävalenz neu fokussiert werden.

Es sollte ferner zur Diskussion gestellt werden, ob sich die geltenden ethischen Grundsätze für die bisher nicht bewältigten Herausforderungen im Zusammenhang mit der HIV-Epidemie ändern müssen. Es gilt eine neue Balance nach pragmatischen Gesichtspunkten zu suchen, inwieweit den aus liberalen Prinzipien abgeleiteten Persönlichkeitsrechten eine Höherrangigkeit beigemessen wird gegenüber dem Schutz der Gesundheit von anderen Mitgliedern der Gesellschaft (Intimpartnern, i.v.-Drogengebern). Dass dieser Weg nicht einfach oder offensichtlich ist, zeigen die gesellschaftskritischen Analysen von Szczygalski zu den Auswirkungen weltfremder Wunschbilder: „... der unbegrenzte, nicht an der menschlichen Natur, sondern an den Möglichkeiten des Denkens ausgerichtete Wille zum Guten bringt unentwegt das Schlechte hervor“ [33].

⁴ Im Sinn der Gesundheitsvorsorge bei chronischen Erkrankungen, wie sie im Rahmen der Gesundheitsreform (Stand 11/2006) diskutiert wird.

Die gesellschaftliche Auseinandersetzung mit HIV kann nicht zum Abwarten gezwungen werden, bis eventuell eine präventiv wirksame Vakzine verfügbar ist. Auch die antiretroviralen Medikamente mit derzeitigem Wirkungsmuster können keine Antwort sein, da sie die genomische Latenz und damit auch die potenzielle Infektiosität des HIV nicht eliminieren. Politische Entscheidungsträger unter Einbeziehung von Vertretern relevanter gesellschaftlicher und institutioneller Gruppierungen⁵ sind aufgefordert, Programme zu entwickeln, mit denen gelebte Eigenverantwortung im Sinne praktizierter, individueller Prävention umgesetzt werden kann – in Ergänzung zu den weiterhin notwendigen und auch richtigen Präventionskonzepten entsprechend der NPH. Möglicherweise gehört dazu im Weiteren auch eine Einschränkung des Rechts auf Nichtwissen um die eigene HIV-Infektion mit dem Fernziel, die Testung auf HIV zu erleichtern und eine frühzeitige Behandlung zu ermöglichen. Ferner gehört hierzu auch die Erziehung zum sorgsamem Umgang mit der eigenen Gesundheit und der der Partner.

Ein weiterer, bisher wenig beachteter zukunftsweisender Aspekt wurde bereits von Baltimore angemerkt „The key fact about HIV is that it is a nonequilibrium infectious agent“; dieser weist auf entsprechende, evolutionäre Potenziale des HIV hin [34]. Die Koevolution von HIV mit seinem neuen Wirt *Homo sapiens* hat erst begonnen; gefördert wird sie allerdings nur von jenen Menschen der Gesellschaft, die die HIV-Infektion verbreiten, die sich der HIV-Infektion aussetzen oder ihr ausgesetzt werden – z. B. durch Zwangsprostitution. In diesem Zusammenhang sind auch sog. bridging people zu sehen – auch als Basis für die weitere Evolution von HIV, die längst im Gange ist [35, 36].

Jede Möglichkeit zur Einflussnahme, die weitere Ausbreitung einer Infektion mit Todesfolge zu mindern, sollte für jede Diskussion offen sein, und sie muss freigehalten werden von ideologischer Konfrontation. Und: Jedes Land muss seinen Beitrag aufgrund länderspezifischer Bedingungen dazu leisten.

⁵ Siehe z. B. Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA), Deutsche AIDS Hilfe, Jahresbericht 2005.

Vorschläge für eine geänderte Präventionsstrategie ohne Zwangsmaßnahmen wären:

- Erziehung zur Sexualität und verantwortlichem Umgang mit der eigenen Gesundheit,
- Einzelbetreuung bekannter HIV-Infizierter, die trotz psychologischer Betreuung unwillig sind, vorgeschlagene Verhaltensweisen einzuhalten, um HIV nicht zu verbreiten,
- damit verbunden sollten Zielgruppen aufsuchende Streetworker-Programme etabliert werden,
- erleichterte und indikationsgerechte Möglichkeiten zum HIV-Antikörpertest, damit alle Menschen, die sich betroffen fühlen, getestet werden können und die bisher ahnungslos Infizierten ihre Infektion nicht weitergeben (viele dieser Infizierten haben eine hohe Verantwortung),
- HIV zu etablieren als eine der sexuell übertragbaren Infektionskrankheiten, sie in der Bevölkerung kontinuierlich bewusst zu machen und den Sonderstatus von HIV abzubauen.

Korrespondierender Autor

Reinhard H. Dennin, Prof. Dr. rer. nat. habil.
– Leiter Virologie a.D.

Institut für Medizinische Mikrobiologie & Hygiene
Universitätsklinikum Schleswig-Holstein
Campus Lübeck
Ratzeburger Allee 160
23538 Lübeck, BRD
E-Mail: Reinhard.Dennin@ukl.uni-luebeck.de

Literatur

1. RKI (2006) Zum Welt-Aids-Tag 2006: HIV/AIDS in Deutschland – Eckdaten (Stand Ende 2006). *Epid Bull* 47
2. RKI (2006) HIV-Infektionen und AIDS-Erkrankungen in Deutschland; Aktuelle epidemiologische Daten (Stand 1. 9. 2006). *Epid Bull*, Sonderausgabe B
3. Rosenbrock R (2001) Was ist New Public Health? *Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz* 44(8):753–762
4. Bayer R, Fairchild AL (2006) Changing the paradigm for HIV testing – the end of exceptionalism. *N Engl J Med* 355(7):647–649
5. Heard M, Manin B (2006) A misinterpretation of HIV-exceptionalism: the implementation of HIV surveillance in France, a case study. Abstract MO-PE0883/Abs 01019; XVI International AIDS Conference, Toronto, Canada

6. Dennin R, Doese D, Lafrenz M, Gürtler L (2006) Kritische Wertung der bisherigen anti-HIV/AIDS-Präventionskonzepte in Deutschland – Ein Diskussionsbeitrag. *Prävention und Rehabilitation* 18(3):121–129. Anmerkung: Aus dieser Arbeit wird mehrfach zitiert ohne weitere Angaben; Einverständnis der Verlagsleitung liegt vor
7. Christiansen G, Töppich J (2000) AIDS – Wissen, Einstellungen und Verhalten 1987 bis 1999. Ergebnisse der jährlichen Repräsentativbefragung „AIDS im öffentlichen Bewusstsein der Bundesrepublik“. *Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz* 43:669–676
8. Dannecker M (2006) Persönliche Mitteilung
9. Danzinger R (1996) An epidemic like any other? Rights and responsibilities in HIV prevention. *Brit Med J* 312:1083–1084
10. Piot P (1997) Foreword in L.O. Costin, Z. Lazzarini, Human Rights and Public Health in the AIDS Pandemic. Oxford University Press, New York Oxford
11. Grundgesetz (GG) Artikel 2 Abs.1: „Jeder hat das Recht auf die freie Entfaltung seiner Persönlichkeit, soweit er nicht die Rechte anderer verletzt und nicht gegen die verfassungsmäßige Ordnung oder das Sittengesetz verstößt.“
12. Costin LO, Lazzarini Z (1997) Chapter 1, Abschnitt „The Universal Declaration of Human Rights“. In: Human Rights and Public Health in the AIDS Pandemic. Oxford University Press, New York Oxford, pp 3–5
13. Endbericht der Enquete-Kommission des 11. Deutschen Bundestages, Gefahren von AIDS und wirksame Wege zu ihrer Eindämmung. 6. Kapitel: AIDS und Recht; Unterabschnitt 3: Strafbarkeit des ungeschützten Geschlechtsverkehrs HIV-Infizierter. Zur Sache, Themen parlamentarischer Beratung; AIDS: Fakten und Konsequenzen, 13/90; Deutscher Bundestag (Hrsg), Bonn, (1990), S 365–379
14. Wetz FJ (1998) Die Würde der Menschen ist antastbar. Klett-Cotta, Stuttgart, S 58
15. Luhmann N (1965) Grundrechte als Institution. Duncker & Humblot, Berlin, S 61
16. Birnbacher D (2003) Analytische Einführung in die Ethik. Walter de Gruyter, Berlin, S 75
17. Lasch C (1982) Das Zeitalter des Narzissmus. Bertelsmann, Gütersloh, S 12
18. Heschl A (1998) Das intelligente Genom. Springer, Berlin, Heidelberg, New York, S 25
19. Endbericht der Enquete-Kommission des 11. Deutschen Bundestages, Gefahren von AIDS und wirksame Wege zu ihrer Eindämmung. Zur Sache, Themen parlamentarischer Beratung; AIDS: Fakten und Konsequenzen, 13/90; Deutscher Bundestag (Hrsg), Bonn (1990), S 18–20
20. Sitter-Liver B (2003) Rationierung und Gerechtigkeit im Gesundheitswesen. In: *Freiburger Z Philosophie Theologie* 50(3):453
21. Ott K (2001) Moralbegründungen. Junius, Hamburg, S 36
22. Frieden TR, Das-Douglas M, Kellerman SE, Henning KJ (2005) Applying public health principles to the HIV epidemic. *N Engl J Med* 353(22):2397–2402
23. Chou R et al. (2005) Screening for HIV: a review of the evidence for the U.S. preventive service task force. *Ann Intern Med* 143(1):55–73
24. Branson BM et al. (2006) Revised recommendations for HIV testing for adults, adolescents, and pregnant women in health care settings. *Morbidity Mortality Wkly Rep* 55 (RR-14): 1–17 [s. auch MMWR 2006; Missed Opportunities for Earlier Diagnosis of HIV Infection – South Carolina, 1997–2005; 55(47): 1269–1272]

25. Susman E (2002) Notes and quotes. National HIV Prevention Conference, Atlanta 2001. AIDS 16(2): N1–N2
26. UNAIDS Report (2006) <http://data.unaids.org/pub/EPISlides/2006/2006EpiUpdate>
27. Marks G, Crepaz N, Janssen RS (2006) Estimating sexual transmission of HIV from persons aware and unaware that they are infected with the virus in the USA. AIDS 20:1447–1450
28. Csete J, Elliott R (2006) Routine testing: are we ready to throw human rights out of HIV testing policy? Abstract WEAE0101/ Abs. 2335; XVI International AIDS Conference, Toronto, Canada
29. Costin LO, Lazzarini Z (1997) Chapter 4, „AIDS policies and practices: integrating public health and human rights“. In: Human rights and public health in the AIDS pandemic, Oxford University Press, New York Oxford, pp 69–85
30. WHO/UNAIDS (2006) Guidance on provider-initiated HIV testing and counselling in health facilities. <http://www.who.int/hiv/topics/vct/PITCguidancedraft.pdf>
31. Popper K (2003) Die offene Gesellschaft und ihre Feinde, 8. Aufl. J.C.B. Mohr (Paul Siebeck), Tübingen
32. Fukuyama F (2001) Teil 1, Erstes Kapitel: Über zwei negative Utopien. In: Das Ende des Menschen. Deutsche Verlagsanstalt, Stuttgart München
33. Szczesny G (1971) Das so genannte Gute; Vom Unvermögen der Ideologien. Hier: Klappentext; Rowohlt, Reinbek/Hamburg
34. Baltimore D (1995) The enigma of HIV infection. Cell 82:175–176
35. Blackard JT, Cohen DE, Mayer KH (2002) Human Immunodeficiency Virus superinfection and recombination: Current state of knowledge and potential clinical consequences. Clin Infect Dis 34(8):1108–1114
36. Delgado E et al. (2002) Identification of a newly characterized HIV-1 BG intersubtype circulating recombinant form in Galicia, Spain, which exhibits a pseudotype-like virion structure. JAIDS 29(5): 536–543

Sunil K. Lal (Hrsg.)

Emerging Viral Diseases of Southeast Asia

x+150 p., 17 fig., 1 in color, 7 Tab., hard cover, 2007, CHF 172,-/EUR 123,-/USD 156,-, ISBN 3-8055-8175-0

Bei dem Begriff „neu auftretende Infektionskrankheiten“ (emerging diseases) fallen einem sofort Erkrankungen wie das „severe acute respiratory syndrome“ (SARS), Influenza und die Nipavirus-Enzephalitis ein. Schwerpunkte dieses Buches, das in der Reihe „Issues in Infectious Diseases“ erschienen ist, liegen dabei auf SARS und der aviären Influenza. Die Autoren des von S. K. Lal herausgegebenen Bandes fassen in Übersichtsartikeln Informationen zu den einzelnen Erkrankungen zusammen und gehen dabei speziell auf die Situation in den jeweiligen Ländern ein. Fielding und Tan beschreiben die konkreten Aktivitäten Singapurs bei der Bekämpfung von SARS, während Nicholls und Peiris die Bedeutung der Pathologie für die Erkennung von neuen Erregern am Beispiel des SARS-Erregers verdeutlichen. Lal und Chow stellen in ihrem Artikel zur aviären Influenza (H5N1) die Frage, inwieweit wir auf eine Pandemie vorbereitet sind, und Puthavathana und Mitarbeiter demonstrieren die Situation der aviären Influenza am Beispiel von Thailand.

Infektionen mit dem Nipavirus wurden erstmals 1998 in Malaysia und mit dem Hendravirus 1994 in Australien beschrieben (beide werden zum Virusgenus Henipavirus gruppiert). Man weiß heute, dass diese Viren weit verbreitet sind und dass Frucht fressende Fledermäuse bzw. der Fliegende Fuchs das Virusreservoir darstellen, über das die Viren auf Schweine (Nipavirus) bzw. Pferde (Hendravirus) übertragen werden, die dann wiederum als Infektionsquelle für Menschen dienen. McCormack und Smith fassen die Kenntnisse zu den Henipaviren kompetent zusammen. Ökologische und ökonomische Veränderungen in Südostasien sind Faktoren, die das Auftreten neuer Zoonoseerreger wie des aviären Influenza-, des Nipah- oder des SARS-Virus begünstigen. Lal fasst in seinem Beitrag die Anstrengungen zur Bekämpfung von Infektionskrankheiten, insbesondere mit neu auftretenden Erregern, prägnant zusammen. Dieses Thema wird auch von Heymann aus Sicht der WHO unter globalen Gesichtspunkten bearbeitet. Tupanceska

und Mitarbeiter stellen die Erkenntnisse zum Ross-River-Virus dar, einem Alphavirus, das zur Familie der Togaviren gruppiert wird.

Die ökonomische Bedeutung von neu auftretenden Infektionskrankheiten für die Nahrungsmittelproduktion wird am Beispiel von Fisch- und Shrimpszuchten erläutert. Vergleichbar mit Problemen in der Massentierhaltung von Schweinen und Rindern sind die wirtschaftlichen Verluste sehr hoch, wenn Infektionskrankheiten in den Aquakulturen auftreten. Wang und Mitarbeiter geben einen guten Überblick über diese Problematik.

Insgesamt fasst dieser Band die Problematik neu auftretender Infektionskrankheiten am Beispiel Südostasiens gut zusammen. Von besonderem Interesse ist dabei, dass die überwiegende Mehrzahl der in den letzten Jahrzehnten weltweit neu aufgetretenen Infektionskrankheiten Zoonosen sind und dass diskutiert werden kann, inwieweit ökonomische und vor allem ökologische Veränderungen eine wesentliche Ursache dieses Phänomens darstellen.

(G. Pauli, Berlin)