

Rosenbrock, Rolf

Book Part — Digitized Version

Der effektivste Weg: Aids-Prävention als Gesundheitspolitik

Provided in Cooperation with:

WZB Berlin Social Science Center

Suggested Citation: Rosenbrock, Rolf (1988) : Der effektivste Weg: Aids-Prävention als Gesundheitspolitik, In: Frank Wagner (Ed.): Vollbild AIDS: eine Kunstaussstellung über Leben und Sterben ; ein Ausstellungsprojekt des Realismusstudio der Neuen Gesellschaft für Bildende Kunst, ISBN 3-926796-02-2, Neue Gesellschaft für Bildende Kunst, NGBK, Berlin, pp. 8-14

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/111958>

Standard-Nutzungsbedingungen:

Die Dokumente auf EconStor dürfen zu eigenen wissenschaftlichen Zwecken und zum Privatgebrauch gespeichert und kopiert werden.

Sie dürfen die Dokumente nicht für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, öffentlich zugänglich machen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Sofern die Verfasser die Dokumente unter Open-Content-Lizenzen (insbesondere CC-Lizenzen) zur Verfügung gestellt haben sollten, gelten abweichend von diesen Nutzungsbedingungen die in der dort genannten Lizenz gewährten Nutzungsrechte.

Terms of use:

Documents in EconStor may be saved and copied for your personal and scholarly purposes.

You are not to copy documents for public or commercial purposes, to exhibit the documents publicly, to make them publicly available on the internet, or to distribute or otherwise use the documents in public.

If the documents have been made available under an Open Content Licence (especially Creative Commons Licences), you may exercise further usage rights as specified in the indicated licence.



WZB-Open Access Digitalisate

WZB-Open Access digital copies

Das nachfolgende Dokument wurde zum Zweck der kostenfreien Onlinebereitstellung digitalisiert am Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung gGmbH (WZB).

Das WZB verfügt über die entsprechenden Nutzungsrechte. Sollten Sie sich durch die Onlineveröffentlichung des Dokuments wider Erwarten dennoch in Ihren Rechten verletzt sehen, kontaktieren Sie bitte das WZB postalisch oder per E-Mail:

Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung gGmbH

Bibliothek und wissenschaftliche Information

Reichpietschufer 50

D-10785 Berlin

E-Mail: bibliothek@wzb.eu

The following document was digitized at the Berlin Social Science Center (WZB) in order to make it publicly available online.

The WZB has the corresponding rights of use. If, against all possibility, you consider your rights to be violated by the online publication of this document, please contact the WZB by sending a letter or an e-mail to:

Berlin Social Science Center (WZB)

Library and Scientific Information

Reichpietschufer 50

D-10785 Berlin

e-mail: bibliothek@wzb.eu

Digitalisierung und Bereitstellung dieser Publikation erfolgten im Rahmen des Retrodigitalisierungsprojektes **OA 1000+**. Weitere Informationen zum Projekt und eine Liste der ca. 1 500 digitalisierten Texte sind unter <http://www.wzb.eu/de/bibliothek/serviceangebote/open-access/oa-1000> verfügbar.

This text was digitizing and published online as part of the digitizing-project **OA 1000+**.

More about the project as well as a list of all the digitized documents (ca. 1 500) can be found at <http://www.wzb.eu/en/library/services/open-access/oa-1000>.

Der effektivste Weg

Rolf Rosenbrock

Beim gegebenen Stand und der absehbaren Entwicklung des medizinischen Wissens ist die *Primärprävention* von Aids das einzige Feld der Gesundheitspolitik, auf dem die Verbreitung und damit die *Anzahl der Opfer* der Krankheit wirksam gemindert werden kann. Aids-Prävention als *zeitstabile Verhaltenssteuerung* in potentiell riskanten Situationen ist deshalb eine *primär sozialwissenschaftlich* zu lösende Aufgabe, die auf Basis des von der Medizin zur Verfügung gestellten Wissens über Infektions-situationen und -Wahrscheinlichkeiten zu lösen ist.

Zielperspektive ist realistischerweise *nicht die Ausschaltung*, sondern die individuell und epidemiologisch möglichst starke *Risikoverminderung*. Unter realistischer Abschätzung von erwünschten und unerwünschten Wirkungen gesundheitspolitischer Maßnahmen führt die Anwendung dieses Prinzips zur Strategie der durch Aufklärungskampagnen zu bewirkenden *Kondomverwendung*, bei penetrierendem Geschlechtsverkehr außerhalb der Monogamie und der Benutzung *steriler Spritzbestecke* bei i.v. Drogenbenutzung.

I. Die soziale Gestalt der Krankheit

Die Krankheit der erworbenen Immunschwäche (Aids) ist nicht nur eine ernsthafte Herausforderung für die Gesundheitspolitik. Betroffen sind vielmehr auch die Sozial-, Forschungs- und Rechtspolitik sowie all jene Bereiche, die im weitesten Sinne ordnende Gesellschaftspolitik zum Gegenstand haben. Das zentrale Problem der Aids-Politik besteht heute darin, Aids primär als Problem der Gesundheitspolitik zu betrachten und zu behandeln, ohne dabei die Synergismen und Interferenzen mit den anderen Politikbereichen aus dem Auge zu verlieren.

Als vorwiegend sexuell übertragene Retrovirus-Erkrankung ist Aids bislang singulär. Trotzdem ist es notwendig, einige Relationen im Auge zu behalten:

- Zu den vielen, individuell und gesellschaftlich nicht beherrschten (und zum Teil wohl nicht beherrschbaren) Risiken und Gefahren für Leben und Gesundheit ist mit Aids eine weitere hinzugekommen.
- Die große Mehrzahl der Krankheiten,

für die die naturwissenschaftlich fundierte Individualmedizin keine Heilung bieten kann, hat sich mit Aids um eine weitere Krankheit vermehrt.

- Die zahlreichen ungelösten Probleme und Fehlsteuerungen unserer Gesundheitspolitik zeigen sich auch am Umgang mit Aids und werden dort zum Teil besonders deutlich.
- Zu den vielen gesellschaftspolitischen Sprengsätzen, die die Grundfesten des erreichten Zivilisationsstandes erschüttern können, ist mit Aids ein weiterer hinzuge-treten.

Die Bedeutung und die Gefahren, die in Aids liegen, werden deutlich, wenn Aids nicht nur als physiologisch-gesundheitliches Problem, sondern im Zusammenwirken der medizinischen, psychologischen, sozialpsychologischen und politischen Faktoren gesehen wird. Im wesentlichen geht es dabei um 10 Dimensionen, von denen neun geeignet sind, Erschrecken hervorzurufen und nur eine, allerdings entscheidende, Ansatzpunkte für einen rationalen Umgang eröffnet.

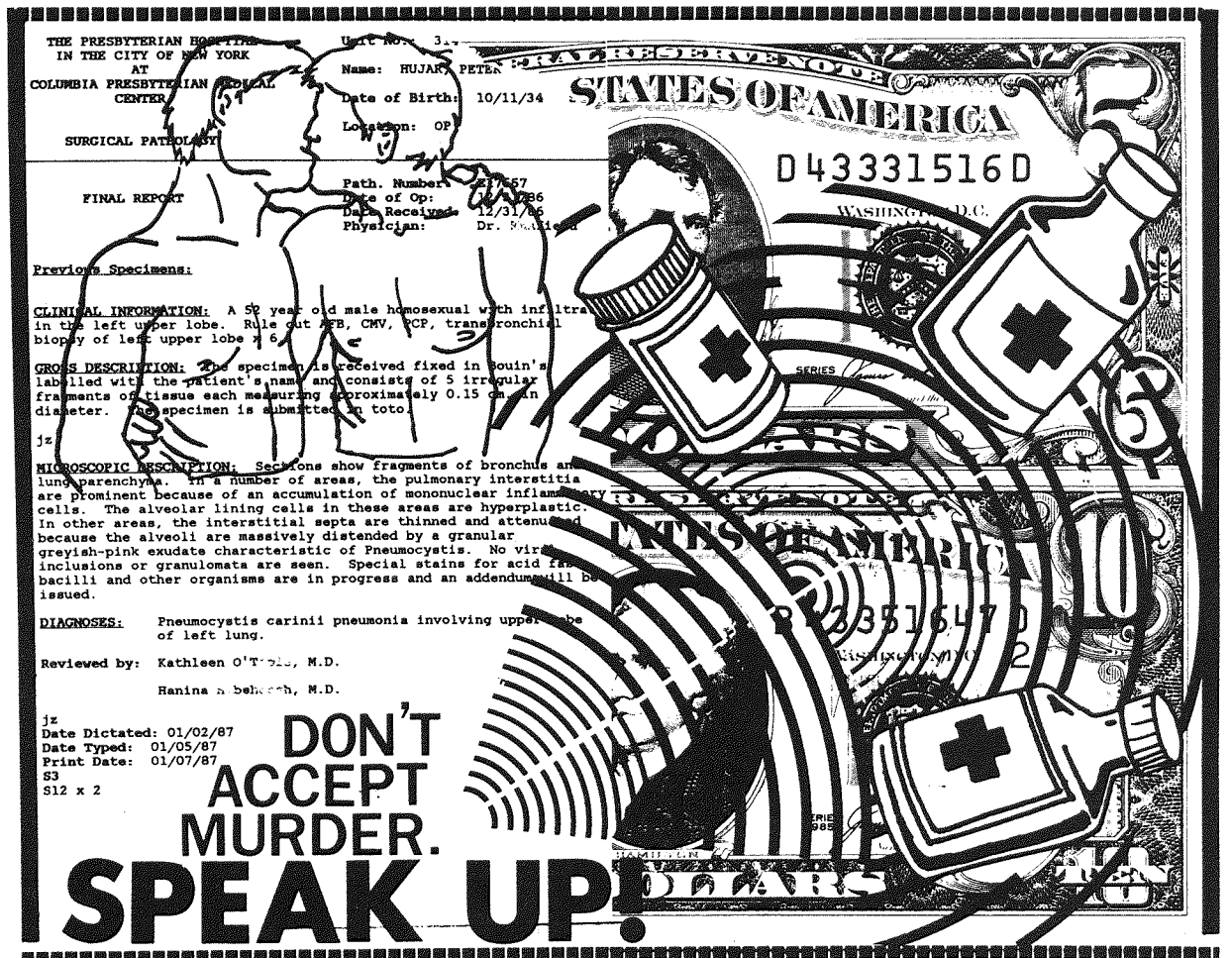
1. Aids ist eine Krankheit in *brisanter sozialpsychologischer Einbettung*: Die zufällig zuerst sichtbar gewordenen Betroffenen-gruppen sind Schwule, Fixer und Nutten, sämtlich Gruppen, die aus unterschiedlichen Gründen und in unterschiedlichem Ausmaß prekäre gesellschaftliche Randlagen einnehmen. Irrationale Schuldzuweisungen liegen in der Luft. Sie lassen sich noch verstärken, wenn diesen ‚Schuldigen‘-Gruppen die ‚unschuldigen‘ Bluter, Transfusionsempfänger und ‚Aids-Babys‘ (Kinder HIV-infizierter Frauen) gegenüber gestellt werden, die ‚nichts dafür‘ können.

2. Sämtliche relevanten Übertragungswege für die Krankheit liegen im *Tabu- und Schambereich* (nicht-monogamer) Sexualität sowie im *Illegalitätsbereich* der Benutzung intravenös aufgenommener Drogen.

3. Aids ist eine *neue Krankheit*: Bis 1982 gab es in der Bundesrepublik einen Fall, 1982 waren es zehn Fälle, im Jahr 1988 überschritt die kumulierte Anzahl der Fälle die Zweitausendmarke, knapp 1.000 der Patienten waren bereits verstorben. Neue Krankheiten – man erinnere sich an die 1976 scheinbar aus dem Nichts auftauchende ‚Legionärskrankheit‘ – erregen Schrecken.

Dieser Text enthält wesentliche Ergebnisse aus dem Buch: Rolf Rosenbrock, *AIDS kann schneller besiegt werden – Gesundheitspolitik am Beispiel einer Infektionskrankheit*, VSA-Verlag, Hamburg 1986. Dort ist auch die zugrunde liegende Literatur verzeichnet.

Eine weitere Zusammenfassung von Ergebnissen dieser Untersuchung ist als WZB-Discussion Paper (Rolf Rosenbrock: *AIDS und präventive Gesundheitspolitik*, (IVG/pre86-210) erschienen und kann beim WZB, Reichpietschufer 50, D-1000 Berlin 30, kostenlos angefordert werden.



4. Aids ist eine Krankheit *unbekannter Herkunft*. Daran knüpfen sich allzu leicht Vermutungen und Hypothesen aus dem Bereich des Exotismus und von Verschwörungstheorien. Niemand weiß heute, wo das Virus herkommt und wie es sich weltweit verbreitet hat.

5. Aids ist eine *übertragbare Krankheit*. Das ist für eine Gesellschaft, die sich daran gewöhnt hat, daß 90% der Morbidität und Mortalität auf nichtübertragbare chronische Verschleißerkrankungen zurückgehen, schwierig zu verarbeiten. Nicht zuletzt wird damit die jahrzehntelang für historisch stabil gehaltene Hypothese erschüttert, daß zumindest in den industrialisierten Ländern das Zeitalter der großen übertragbaren Krankheiten (TBC, Pocken, Pest, Typhus, Syphilis etc.) durch Prävention und naturwissenschaftliche Medizin beendet sei.

6. Aids ist auch medizinisch gesehen eine *tückische Krankheit*: Der Infektionsvorgang im Körper, durch den das Abwehrsystem langsam mattgesetzt wird, fordert geheimdienstliche und militärische Metaphern (einsickern, unterwandern, 5. Kolonne, Einsatz hinter den Linien) geradezu heraus.

7. Aids ist eine Krankheit mit unterschiedlicher und extrem *langer Latenzzeit*: Zwischen dem wirksamen Viruskontakt und dem Ausbruch der Krankheit können offenbar Zeiträume zwischen einem halben Jahr und weit über zehn Jahren vergehen, in denen der/die Infizierte völlig gesund, d.h. liebes- und arbeitsfähig bleibt.

8. Aids ist eine Krankheit mit *hoher Ungewissheit des Ausbruchs*: Wieviele von den Infizierten irgendwann einmal an Aids oder einer seiner Vorformen (aids related complex = ARC) erkranken, ist wissenschaftlich derzeit nicht klärbar und deshalb Gegenstand zum Teil offenkundig interessierter Spekulationen: Seriöse Schätzungen liegen heute etwa im Bereich zwischen 20 und 50 %, diese Quoten können sich durch längere Beobachtungszeit sowohl nach oben als auch nach unten hin verschieben.

9. Aids ist eine regelmäßig *tödliche Krankheit*: Auch unter dem Einfluß des (mit

schweren unerwünschten Wirkungen) lebensverlängernden Medikaments AZT (Handelsname: Retrovir) ist 24 Monate nach dem Auftreten der Symptome nur noch eine verschwindende Minderheit der Patienten am Leben.

Diesen neun höchst beunruhigenden Faktoren steht eine Dimension der Krankheit gegenüber, die den entscheidenden Ansatzpunkt für eine wirksame Prävention und Bekämpfung bietet:

10. Aids ist eine *extrem schwer übertragbare Krankheit*: Das Virus wird nur wirksam übertragen, wenn eine ausreichend große Menge (derzeitige Schätzung: ca. 1 Mikroliter) hoch infizierter Körpersekrete (Blut oder Sperma) in die Blutbahn des anderen Menschen gelangt. Dies kann wahrscheinlich sowohl durch 'einsickern' durch unverletzte Schleimhäute als auch durch direktes Einfließen in (auch sehr kleine) Wunden (Direktinokulation) geschehen. Zwischen der Resorptionsfähigkeit der Mastdarmschleimhaut und der Vagina bestehen offensichtlich Differenzen von Zehnerpotenzen. Die Möglichkeit der Aufnahme des Virus über die Schleimhäute des Mund-Rachen-Raumes ist plausibel, aber bislang nicht nachgewiesen. Diese für die Prävention wichtigen Fragen müßten durch (derzeit eher vernachlässigte) Forschung geklärt werden. Weltweit ist kein Fall der Übertragung durch Speichel, Tränen, Schweiß, Nasensekret, Talg, Ohrenschmalz, Schuppen, Urin oder Kot bekannt. Der soziale, auch enge Umgang mit infizierten und kranken Menschen ist offenbar übertragungssicher. Auch im Krankenhaus (vor allem tiefe Nadelstichverletzungen mit Direktinokulation infizierten Blutes) ist z.B. das Hepatitis-B-Virus offenbar mindestens 20 mal leichter zu übertragen als das Aids-Virus. Tröpfcheninfektion und leichte Schmier-Infektion sind auszuschließen. Mit anderen Worten: Die Übertragung des Virus findet in eng eingrenzenden, klar

David Wojnarowicz
O.T., 1988

definierbaren Situationen statt. Für die Prävention heißt dies: Es gibt kaum eine Krankheit, vor der man sich so leicht und so sicher schützen kann wie vor Aids.

Dieser entscheidende Gesichtspunkt geht vor dem Hintergrund der anderen, angststiftenden Faktoren immer wieder verloren. Sowohl in der öffentlichen als auch in der je individuellen Wahrnehmung gibt es deshalb sowohl Über- als auch Unterreaktionen: Für die (in den Medien und öffentlich immer noch dominante) Überreaktion ist Aids eine Bedrohung wie die Wolke von Tschernobyl: Die Gefahr lauert überall, man kann sich faktisch nicht schützen, das Virus ist übermächtig. Eine solche Reaktion führt logischerweise zu Berührungängsten, die auf gesellschaftlicher Ebene in Ausgrenzungswünsche umgemünzt werden können und auf individueller Ebene zur (mittlerweile auch klinisch weitverbreiteten) Aids-Hysterie führen.

Die (vorwiegend aus Verdrängung und Verleugnung resultierende) Unterreaktion tendiert zur Verharmlosung bis zu jenem Punkt, an dem Handlungsbedarf oder die Notwendigkeit von Verhaltensänderungen generell bestritten werden. Beide Fehlreaktionen hängen sicher damit zusammen, daß die mit Aids berührten Assoziationsfelder niemanden, auch den Leser dieser Zeilen, nicht kalt lassen können: Es geht um Sex, käuflichen Sex, es geht um Perversionen, Orgien, Sucht, Kriminalität und den Tod – in einem Thema. Archaische Topoi wie ‚der Feind mit der Tarnkappe‘ oder die ‚lebenden Leichen‘ sind mobilisierbar. Aids eignet sich vorzüglich als Projektionsschirm für die je individuell und gesellschaftlich ungelösten Probleme des Umgangs mit eigenen Ängsten, Lüsten sowie Wünschen nach Unterwerfung und Bestrafung. Es ist evident, daß es bei diesem Umfeld eine eigenständige gesundheitspolitische Aufgabe darstellt, die mobilisierbare Restvernunft im Umgang mit und im Kampf gegen Aids vor allem durch De-Hysterisierung zu aktivieren.

II. Prinzipien der Krankheitsbekämpfung

Bei dieser Sachlage erscheint es notwendig, an fünf im Prinzip banale Grundsätze der Krankheitsbekämpfung zu erinnern, deren sinngemäß logische Anwendung auf die Infektionskrankheit Aids sowohl den zum Teil zischend hysterischen Vorschlägen und Maßnahmen als auch Strategien der Verharmlosung den Boden entziehen würden.

1. Aids ist ein Gesundheitsproblem. Strategien und Maßnahmen der Prävention und Bekämpfung von Aids haben sich auf die Verhütung der Krankheit zu konzentrieren. Zu beobachten ist demgegenüber, daß die Diskussion um Aids allenthalben implizit und explizit mit Problemen bzw. Scheinproblemen belastet wird, die auch ohne Aids nicht lösbar waren. Die Belastung der Bekämpfung von Aids mit anderen Themen, vor allem aus dem Bereich der Sexual-, der Moral- und der Suchtpolitik gefährdet jeden Erfolg. Konkret gesprochen: Gesundheitspolitik muß das gegebene (historisch gewachsene und soziologisch vielfach erklärte) Sexualverhalten der Bevölkerung sowie die Existenz von Süchten,

darunter unter anderem die Benutzung von i.v. Drogen, erst einmal hinnehmen und auf dieser Basis nach Strategien der Prävention suchen. Gesundheitspolitik verfügt nun einmal nicht über geeignete Instrumente, historisch gewachsene und gesellschaftlich bedingte Lebenslagen und daraus resultierende Lebensweisen und Lebensstile substantiell zu verändern. Wer Aids zum Vorwand nimmt, ‚Minderheiten auszudünnen‘ oder die Pluralisierung der Lebens- und Gesellungsstile rückgängig zu machen, gefährdet nicht nur den Erfolg im Kampf gegen Aids, sondern produziert Maßnahmen, mit denen im Effekt die Anzahl der Infektionen und damit der Kranken und Toten erhöht wird (kontraproduktive Gesundheitspolitik).

2. Bis auf die einzige Ausnahme der Pokken ist noch nie eine Infektionskrankheit vollständig ausgerottet worden. Strategien, die von vornherein auf die vollständige Eliminierung abzielen, verbauen sich im Denken und im Handeln den Zugang zu den Handlungsfeldern, auf denen tatsächlich die Anzahl der Opfer minimiert werden kann. Mit anderen Worten: Realistischerweise muß davon ausgegangen werden, daß an Aids im Laufe mindestens des nächsten Jahrzehnts noch viele tausend Menschen in der BRD sterben werden. Die Gesellschaft muß damit leben lernen und zugleich Strategien entfalten, die die Anzahl der Opfer so weit wie möglich senken. Dies ist eine Betrachtungsweise, die sich nicht mehr primär dem einzelnen (und im einzelnen immer entsetzlichen) Fall widmet, sondern die Epidemiologie im Blick hat.

3. Eine epidemiologisch fundierte Betrachtungsweise, die realistischerweise auf das Ziel der Minimierung der Opfer orientiert, wird sich auf die Hauptrisiken konzentrieren und die zum Teil singulären, zum Teil ungeklärten, zum Teil spekulativen zusätzlichen Risiken zwar weiter erforschen, aber sicherlich nicht in den Mittelpunkt von Politik und Gesundheitsaufklärung stellen. Wenn die sexuelle Transmission bei penetrierendem Geschlechtsverkehr und die Übertragung durch unsterile Spritzen bei intravenösem Drogengebrauch ca. 99% (oder mehr) aller HIV-Übertragungen erklären, sind die Voraussetzungen für Prävention als extrem günstig anzusehen. Mit dieser Logik in Konflikt liegen natürlich die marktinduzierten Sensationsstrategien der unseriösen Presse (Regenbogenpresse, Bild, zum Teil auch Der Spiegel etc.) als auch das Bedürfnis jener politischen Strömungen und Gruppen, die am Beispiel Aids zeigen wollen, was ein starker Staat ist und kann.

4. Jede gesundheitsbezogene Maßnahme (von der Arzneimittelforschung und -anwendung über die individuelle, ärztlich verordnete Therapie bis hin zu Maßnahmen staatlicher Gesundheitspolitik) hat sich damit auseinanderzusetzen, daß sie erwünschte und unerwünschte Wirkungen hervorruft. Nach den Regeln der ärztlichen (und der gesundheitspolitischen) Kunst darf ein Mittel oder eine Maßnahme nur eingesetzt werden, wenn bei verständiger Würdigung des Gesamtzusammenhangs die erwünschten Wirkungen tolerabel sind. Das Spannungsverhältnis zwischen erwünschten und unerwünschten Wirkungen ergibt sich dabei nicht nur im Zielbereich selber (z.B. der Aids-Prävention und -bekämpfung), sondern auch in



Ich bin positiv.



Ich bin negativ.

Bezug auf andere tangierte Bereiche: Grund- und Menschenrechte, Zuschnitt und Reichweite staatlicher Aufgaben- und Verantwortungsübernahme, Zivilisationsstand, individuelle und gesellschaftliche Emanzipation. Praktisch gewendet bedeutet dies, daß jede Maßnahme *vor ihrer Ingangsetzung* in ihren erwünschten und unerwünschten Wirkungen in Bezug auf die Aids-Prävention und in Bezug auf die anderen Politikfelder abgeschätzt werden muß. Diese Betrachtungsweise ist in der Bundesrepublik auch im Vergleich mit anderen westeuropäischen Ländern entschieden unterentwickelt, da bei uns Gesundheitspolitik traditionell aus dem individualmedizinischen Gesichtswinkel definiert und instrumentiert wird.

5. Es klingt banal, aber es muß gesagt werden: Vorbeugen ist besser als Heilen, erst recht, wenn Möglichkeiten der Heilung nicht zur Verfügung stehen. Auf Aids angewendet heißt dies, daß alle gesundheitspolitischen und medizinischen Maßnahmen nicht zuletzt danach zu bewerten sind, ob sie die in jedem Falle prioritäre Prävention behindern oder stören. Das gilt nicht nur für demagogisch-populistische Maßnahmen wie in Bayern, mit denen die gesellschaftlich-klimatischen Voraussetzungen für den notwendigen Lernprozeß (und damit für die Prävention) zerstört werden, sondern auch für den breiten und ungezielten Einsatz des HIV-Antikörper-Tests (vgl. unten III,5) und den Verzicht auf harte Durchsetzung staatlicher Strafansprüche zugunsten eines lebensnahen Opportunitätsprinzips, vor allem im Gefängnis und im Drogenbereich.

III. Soziale, medizinische und sozialwissenschaftliche Voraussetzungen der Prävention und Bekämpfung von Aids

1. Beim gegebenen Stand und der absehbaren Entwicklung des medizinischen Wissens ist die Primärprävention von Aids das einzige Feld der Gesundheitspolitik, auf dem die Verbreitung und damit die Anzahl der Opfer der Krankheit wirksam gemindert werden kann. Wie schon bei den in Europa im wesentlichen vor einigen Jahrzehnten besiegt großen alten übertragbaren Krankheiten scheint es auch bei Aids notwendig und

möglich, die Dynamik der Krankheitsausbreitung durch Prävention zu brechen, bevor die naturwissenschaftliche Medizin ihre wirksamen Waffen der Immunisierung und Therapie beisteuern kann (Th. McKeown 1979/1982).

Aids-Prävention ist damit jetzt und auf absehbare Zeit eine primär nicht-medizinische Aufgabe. Zum Entwurf und zur Organisation der Verhütung von Aids sind daher in erster Linie sozialwissenschaftliche Wissensbestände zu mobilisieren. Der Medizin kommen in diesem Rahmen vor allem zwei unverzichtbare Aufgaben zu: Zum einen beruht jedes Präventionskonzept auf den infektiologisch und epidemiologisch zu gewinnenden Erkenntnissen über Infektionswege, Infektionswahrscheinlichkeiten und Risikosituationen. Zum anderen ist die Kompetenz der behandelnden Ärzte in Praxis und Krankenhaus unverzichtbar für eine zielgerichtete Aufklärung. Der Einsatz weiterer, nicht-therapeutischer Instrumente der Medizin, vor allem des HIV-Antikörper-Tests, hat sich dagegen an der Logik der Prävention zu orientieren. Der HIV-Antikörper-Test selbst ist bei gegebenem Stand des Wissens kein Mittel der Prävention (vgl. unten, Ziffer 5).

Auf der anderen Seite müssen auch Sozialwissenschaften und Gesundheitspolitik von der Medizin lernen. Aktuell bei Aids geht es dabei vor allem um die sinngemäße Anwendung der Denk- und Entscheidungsregeln, wie sie allgemein für medizinische Therapien und speziell zum Beispiel für die Arzneimittelforschung und -Anwendung entwickelt worden sind. Danach darf ein Mittel oder eine Maßnahme dann und nur dann angewendet werden, wenn unter vernünftiger Abwägung im Gesamtzusammenhang die erwünschten Wirkungen eindeutig überwiegen und die unerwünschten Wirkungen tolerabel sind. Diese Regel gilt nicht nur für jede diagnostische und therapeutische Maßnahme der Individualmedizin, sondern auch und – wegen der epidemiologisch meist größeren Wirksamkeit – erst recht für die zu ergreifenden bzw. zu unterlassenden Maßnahmen der Gesundheitspolitik. Neben unmittelbar gesundheitlichen Kriterien sind dabei auch Gesichtspunkte der Bürgerrechte, des Zuschnitts der staatlichen Verantwortlichkeit, der Gefährdung des erreichten Zivilisations-

standes etc. einzubeziehen. Insofern bedarf auch die staatliche Gesundheitspolitik einer Art Sozialpharmakologie (vgl. unten, Ziffer 8). Staat, Medizin und Sozialwissenschaft tun schließlich gut daran, sich bei der Bekämpfung von Aids der gesundheitswissenschaftlichen Grundtatsachen zu erinnern, daß die Eindämmung von Gesundheitsrisiken sich in aller Regel realistisch nicht am Konzept eines Null-Risikos orientieren kann, sondern Strategien der schrittweisen Eliminierung zunächst der größten Risiken folgen muß. Das gilt auch dann, wenn der Begriff des ‚Restrisikos‘ heute politisch vielfältig mißbraucht wird (vgl. unten, Ziffer 7).

2. Mit Aids sind für alle Menschen, die mit wechselnden Partnern penetrierenden Geschlechtsverkehr haben oder/und mit unsterilen Bestecken intravenös Drogen applizieren, Veränderungen ihres Verhaltens zu einer objektiven Notwendigkeit geworden. Aids-Prävention ist deshalb bei gegebenem Stand des Wissens die zeitstabil wirksame Verhaltenssteuerung in potentiell riskanten Situationen. Die Natur dieser Situationen (Tabu- und Schambereich Sexualität sowie Illegalitätsbereich Drogenbenutzung) sowie ihre zum Teil ubiquitäre Verbreitung schließen Formen der *Fremdsteuerung* (Zwang, Sanktionen, Drohungen, Polizei etc.) schon aus Effektivitätsgründen faktisch aus. Gesucht und optimiert werden müssen deshalb Methoden der Verhaltensbeeinflussung, die zu einer möglichst flächendeckenden und zeitstabilen *Selbststeuerung* führen. Es geht also um die Organisierung eines gesellschaftsweiten Lernprozesses. Erfolgreichere (z.B. persönliche Hygiene, Benutzung von Anti-Konzeptiva, Gurtpflicht im Auto) und erfolglosere (Rauchen, Alkohol, Streß etc.) Bemühungen der Gesundheitspolitik, durch Präventionskampagnen langfristig und zeitstabil Verhalten zu verändern, liefern wichtige Anhaltspunkte für dieses schwierige, aber machbare Unterfangen.

Ein tragfähiges Konzept der Verhaltensprävention für Aids muß Antworten auf vier Fragen enthalten:

- Was soll/muß gelernt werden?
- Wer soll/muß lernen?
- Welche objektiven und subjektiven Faktoren erleichtern bzw. behindern dieses Lernen
- Wie kann der Lernvorgang optimal organisiert werden?

Im folgenden kann es lediglich darum gehen, hierzu einen sehr groben Überblick zu geben.

3. Was soll/muß gelernt werden?

Nach heutigem Stand des Wissens enthalten folgende Situationen ein epidemiologisch relevantes Risiko der HIV-Infektion, wenn mindestens einer der Beteiligten infektiös ist (in der Reihenfolge der Risikoladung):

- a) Analverkehr (Risiko für beide Beteiligten)
- b) Benutzung eines Injektionsbestecks durch mehrere Personen
- c) Vaginalverkehr (Risiko für beide Beteiligten)
- d) Eindringen von infiziertem Blut oder Sperma in verletzte blutführende Gefäße an der Körperoberfläche (entsprechende Techniken des Sado-Masochismus [S/M]; aber auch zum Teil in der Krankenbehandlung).

Ergebnisse der beschreibenden Epidemiologie deuten übereinstimmend darauf hin, daß oral-genitale sowie oral-anale Kontakte demgegenüber entweder kein oder ein verschwindend geringes Übertragungsrisiko enthalten. Alle anderen Formen und Techniken des auch körperlich intimen Umgangs enthalten offenbar kein relevantes Übertragungsrisiko. Die Risiken zu a) und c) sind durch Kondombenutzung relativ sehr verlässlich zu vermeiden: Einschließlich aller Handhabungsfehler weist der Pearl-Index (Sicherheit von Verhütungsmitteln) für Kondome ein bis drei unerwünschte Schwangerschaften auf 100 Benutzerjahre aus. Das Risiko zu b) ist durch Benutzung von sterilen Spritzbestecken (am besten: Einwegspritzen) zu eliminieren, das Risiko d) durch Unterlassung bzw. Härte-Reduktion entsprechender Sexualtechniken.

Unter diesen Bedingungen ist auch der Verkehr mit Seropositiven (d.h. symptomlos bzw. stumm bzw. latent Infizierten) faktisch übertragungssicher. Besondere Schutzmaßnahmen für bestimmte Berufsgruppen (Krankenbehandlung, Köche, Friseure, Tätowierer etc.) und in Institutionen (Familie, Krankenhaus, Gefängnis, Drogenentzugseinrichtungen etc.) erscheinen bei Einhaltung der normalen Hygieneregeln und bei Anlegung auch strengerer Standards hinsichtlich in anderen Bereichen akzeptierter Lebensrisiken nicht erforderlich.

Durch die Einhaltung der daraus ableitbaren Präventionsregeln (Safer Sex und sterile Spritzbestecke) würden nach übereinstimmender Ansicht der befragten Infektiologen, Virologen, Epidemiologen und Praktiker die Neuinfektionen um mindestens 99% sinken. Verglichen mit anderen Krankheiten, vor allem den modernen chronischen Massenerkrankungen, sind die Voraussetzungen der Prävention von Aids auf der Ebene der ‚Botschaft der Prävention‘ demnach als äußerst günstig einzuschätzen.

Für die forschende Medizin bleibt allerdings auch auf diesem Gebiet noch einiges zu tun: Schritte, Wege und Pforten der physiologischen Übertragung und des (äußeren) Übertragungsmechanismus für das HIV sind bei weitem noch nicht ausreichend geklärt. Offene Fragen ergeben sich hinsichtlich der erkrankungsrelevanten Virusmenge und Konzentration sowie der Resorption durch unterschiedliche Schleimhäute bzw. durch Mikroläsionen. Ihre Beantwortung könnte ein eventuell bestehendes Restrisiko der Übertragung durch orale Techniken ausschließen bzw. spezifizieren und auch hinsichtlich der Infektionswahrscheinlichkeit über die Vagina eventuell noch präventionsrelevante Spezifizierungen erbringen.

Unklar (und offenbar auch wenig erforscht) ist nach wie vor, ob physiologische oder psychosoziale Faktoren die Aufnahme des Virus erleichtern/erschweren. Zu den physiologischen zu definierenden potentiellen Ko-Faktoren gehören Vorschädigungen des Immunsystems, Benutzung immunsuppressiv wirksamer Drogen (als Arzneimittel oder – wie Amylnitrit [Poppers] – assoziiert mit dem Geschlechtsverkehr). Auch die Möglichkeit soziologisch und psychologisch zu beschreibender Ko-Faktoren ist offenbar kaum Gegenstand der Aids-Forschung.

Diese und weitere medizinische Forschungsfragen ergeben sich nicht nur hin-

sichtlich der primären, sondern auch im Zusammenhang mit der sekundären Prävention, d.h. Verhinderung oder Verlangsamung des Übergangs aus der symptomlosen Infektion zu ARC oder Aids. Von der rechtzeitigen Beantwortung dieser Fragen können unter Umständen weltweit Millionen Menschenleben abhängen.

Was also soll/muß gelernt werden? Die Benutzung von Kondomen und Einwegspritzen. Das sind allerdings weit mehr als nur technische Probleme: Im Sexualbereich bedeutet dies unter anderem, daß die seit einigen Jahrzehnten einseitig auf die Frau abgewälzte Verantwortung für die Verhütung unerwünschter Folgen des Geschlechtsverkehrs (Empfängnis und Infektion sind auf dieser Ebene äquivalent) wieder auf den Mann übertragen werden muß. Der notwendige Beitrag der Frauen bei der Durchsetzung ist dabei sicherlich sehr erheblich. Schwule Männer kommen im Zusammenhang mit Aids überwiegend erstmals mit der Lernaufgabe „Sichere Anwendung von Verhütungsmitteln“ in Berührung. Es muß gelernt werden, daß die Kondombenutzung keine Mißtrauenserklärung und kein „Aids-Bekenntnis“, sondern eine schlichte Selbstverständlichkeit ist. Es muß gelernt werden, in den zum Teil sehr kurzen Anbahnungsphasen der geschlechtlichen Begegnung die Frage der Kondombenutzung rechtzeitig zu klären. Bei den Präventionsbemühungen im Bereich der Sexualität muß die unter Umständen präventionswidrige Wirkung häufig benutzter Drogen (Alkohol, Cannabis, „Poppers“ etc.) thematisiert werden. Und – last but not least – es muß die Technik der Kondombenutzung gelernt werden.

4. Wer soll/muß lernen?

Risikobetroffen ist bei gegebenem Wissensstand die gesamte sexuell aktive Bevölkerung, soweit sie nicht streng monogam lebt, sowie die Gruppe der i.v. Drogenbenutzer. Nicht oder nicht nur monogam lebt die Mehrzahl der Bevölkerung: Ca. 90% der Männer und Frauen haben im Alter von 20 Jahren bereits mehrere sexuelle Erfahrungen, über die Hälfte der in festen Partnerschaften lebenden Männer und Frauen verlassen zumindest gelegentlich die Monogamie, für wesentliche hetero- und homosexuelle Bevölkerungsgruppen ist Promiskuität ein identitätsbildendes Element ihrer Lebensweise geworden; ca. 50.000 Männer und Frauen benutzen i.v. Drogen. Die Gesamt-Zielpopulation der Aids-Prävention ist daher im wesentlichen mit der sexuell aktiven Bevölkerung identisch. Hinsichtlich der sexuellen Transmission des HIV ist damit auch die Botschaft (Kondombenutzung bei penetrierendem Geschlechtsverkehr) zunächst einheitlich und eignet sich deshalb für bevölkerungsweit gestreute „Gießkannenbotschaften“. Für die Feinsteuerung der Prävention allerdings gliedert sich die Zielpopulation in eine endliche Menge von Untergruppen, die sich nach den Merkmalen ihrer geschlechtlichen Ausrichtung, ihrer Kontakt- und Sexualgewohnheiten („Szenen“) sowie nach sozialen Schichten unterscheiden. Im heterosexuellen Bereich sind hier grob zu nennen: Kinder, Jugendliche und Heranwachsende mit wechselnden Partnern auf der Suche nach ihrer sexuellen und Beziehungsidentität; promisk lebende Menschen in den Szenen der Diskotheken,

Bars, Clubs, Kontaktanzeigen, Sex am Arbeitsplatz, Prostitution, Sex-Tourismus; S/M; regelmäßig monogam lebende Menschen mit gelegentlichen „Seitensprüngen“; Bisexuelle. In der Schwulenpopulation (ca. 2-3% der männlichen und weiblichen Gesamtbevölkerung): die meist jungen Männer mit den spezifischen Problemen des „Coming out“; Szenen; Bars, Clubs, Klappen, Saunen, Kontaktanzeigen, Prostitution, Sex-Tourismus, Leder, S/M. Im Bereich der i.v. Drogenbenutzer gibt es ebenfalls unterschiedliche Szenen nach der sozialen Herkunftsschicht der Gruppenbildung und Kommunikationsformen, der Geldbeschaffung etc. Die Merkmale konstituieren teilweise überlappende Gruppen von Risikoträgern. Die Merkmale sind zugleich die geeigneten sachlichen und lokalen Anknüpfungspunkte für eine inhaltlich, formal und sozial möglichst kontextnahe Vermittlung der Präventionsbotschaft.

5. Für den *HIV-Antikörper-Test* gibt es eine Reihe zwingender *medizinischer Indikationen* (Sicherung von Blutprodukten und Transplantaten, Differential- und Ausschlußdiagnose, Beratung von Schwangeren aus risikotragenden Gruppen, seriöse epidemiologische Forschung auf der Basis von „informed consent“). Eine medizinische Indikation für eine *Früherkennungsuntersuchung* auf nicht behandelbare Krankheiten existiert nach den Regeln der ärztlichen Kunst nicht. Schon gar nicht, wenn die Wahrscheinlichkeit und der Zeitpunkt des Ausbruchs der Krankheit derart ungewiß sind wie bei Aids. Ein ungezieltes *Massen-Screening* auf nicht behandelbare und in ihrem Ausbruch derart ungewisse Krankheiten wie Aids widerspricht ebenfalls den Regeln der ärztlichen Kunst und epidemiologischen Grundregeln (vgl. M.L. Burr, P.C. Elwood 1985). Auf der anderen Seite werden durch die Mitteilung eines positiven Testergebnisses bei bis 50% der Betroffenen schwere psychische Störungen bis hin zur Psychose und zum Suizid ausgelöst. Diese „unerwünschten Wirkungen“ schließen den breiten und undifferenzierten Testeinsatz angesichts des Fehlens einer medizinischen Indikation ebenfalls aus (vgl. J.M.G. Wilson, G. Jungner 1968). Die undifferenzierte Testvornahme an symptomlosen Probanden und erst recht der Testeinsatz im ungezielten Massen-Screening verstößt demnach gegen weltweit anerkannte Regeln der ärztlichen Kunst, wie sie unter anderem von der WHO oder im Oxford Textbook of Public Health niedergelegt sind. Auch nach der geltenden Reichsversicherungsordnung kann der undifferenzierte Testeinsatz keine Leistung des Kassenarztes sein (§ 181a, RVO).

Es müssen also schon schwerwiegende Gründe vorliegen, um den breiten und breit propagierten Einsatz zu rechtfertigen. Solche Gründe könnten darin liegen, daß der Test oder die Mitteilung des Testergebnisses einen wesentlichen Beitrag zur Aids-Prävention leistet. Davon aber kann kaum die Rede sein. Im Gegenteil: In bezug auf Prävention ist der Test durchweg kontraproduktiv.

a) Es ist weder plausibel noch deuten die vorliegenden empirischen Studien darauf hin, daß mit dem Test wirksamere Impulse zur Verhaltensänderung gesetzt werden als mit den Mitteln der kontinuierlichen und kontextspezifischen Aufklärung über die Restrisikosituationen. Schock- und Todesangst

sind durchweg kein besonders geeignetes Mittel zur Ingangsetzung rationaler Verhaltenssteuerung.

b) Ein positives Testergebnis kann Kurzschlußreaktionen („Desperado Effekt“) mit anti-präventiven Konsequenzen auslösen.

c) Ein negatives Testergebnis kann Leichtsinn im Umgang mit Risikosituationen befördern.

d) Die öffentliche Aufforderung zum Test im Zusammenhang mit der Prävention mindert die essentiell notwendige Klarheit (und damit die Wirksamkeit) der Präventionsbotschaft. Die Präventionsregeln gelten nämlich für alle Menschen in Risikosituationen, unabhängig von ihrem Sero-Status. Die medizinisch-politische Botschaft der Bundesregierung ‚Wer sollte sich testen lassen? Jeder, der glaubt, sich angesteckt zu haben‘ muß unter Präventionsgesichtspunkten lauten: ‚Wer sollte eine Beratungsstelle aufsuchen? Jeder, der glaubt, sich angesteckt zu haben‘.

e) Mit dem HIV-Antikörper-Test ist die Diskussion über Meldepflicht, Zwangstestungen, Berufsverbote, über arbeits-, sozial-, miet- und strafrechtliche Fragen verbunden. Dies alles wirkt dem Grundgedanken der Prävention entgegen und bringt keinen gesundheitlichen Nutzen.

Es stellt für die Medizin nicht nur in bezug auf den HIV-Antikörper-Test eine offenbar schwierige Lernaufgabe dar, einen technischen Befund deshalb nicht zu erheben, weil dadurch im Ergebnis mehr gesundheitlicher Schaden als gesundheitlicher Nutzen ange richtet wird. Das zunehmende Auseinanderklaffen zwischen diagnostischen Möglichkeiten und therapeutischen Fähigkeiten in der Medizin erreicht im Falle Aids eine gesundheitspolitisch neue Stufe.

6. Eine Präventionskampagne, die den hier skizzierten Erfordernissen genügt, bedarf infektiologischer, sexualwissenschaftlicher und sozialwissenschaftlicher Fundierung. Die erforderlichen Wissensbestände sind gegenwärtig nur zum Teil verfügbar. Dies verweist zum einen auf gezielt und schnell zu bearbeitende Forschungsfragen. Zum anderen kann mit Präventionskampagnen nicht gewartet werden, bis das Wissen einigermaßen vollständig ist. Machbar (und erprobt) sind Verfahren, mit denen drei Wege gleichzeitig beschritten werden:

a) Auf der Basis des lückenhaften Wissens muß – so gut es geht – koordiniert und effizient gehandelt werden.

b) Die offenen Fragen werden – unter dem Gesichtswinkel der Notwendigkeiten der Prävention – durch Forschung gezielt angegangen.

c) Die Präventionskampagne wird im Licht der (in- und ausländischen) Erfahrungen und unter Aufnahme der jeweils neuesten Forschungsergebnisse beständig (d.h. im Prozeß) evaluiert und verändert (vgl. Congress-Report 1977; F. Hauß / F. Naschold / R. Rosenbrock 1981).

7. Ausgangspunkt jeder Präventionskampagne ist eine realistische Einschätzung der Zieldimension. Im Falle Aids kann – wie bei allen anderen Infektionskrankheiten mit Ausnahme der Pocken – vorläufig nicht auf eine vollständige Eliminierung der Risiken und Erkrankungen orientiert werden. Sämtliche verfügbaren Untersuchungen zeigen aber, daß sogar mit sehr unvollkommenen und

um Teil sogar falsch konzipierten Präventionskampagnen zeitstabile Verhaltenswirkungen im Bereich von 50 bis 80% und mehr der Zielgruppen erreichbar sind. Es gibt empirische und konzeptionelle Gründe für die Annahme, daß diese Quoten durch koordinierte Bemühungen zu steigern bzw. zu stabilisieren sind. Bei der Wirkungsabschätzung der Prävention ist zu beachten, daß sich der Effekt jeder Präventionsstrategie erst nach frühestens drei bis fünf Jahren in der Inzidenz niederschlagen kann.

8. Aids-Prävention ist Verhaltensprävention. Zwischen der Veränderung des Verhaltens und den Verhältnissen, unter denen sich das Verhalten abspielt, bestehen enge Wechselwirkungen (Vgl. R. Rosenbrock 1985). Der Erfolg von Verhaltensbeeinflussung in bezug auf Aids-Prävention ist essentiell daran gebunden, daß für alle Menschen, die mit Risikosituationen umgehen bzw. umgegangen sind, ein begründetes Vertrauen in die Verlässlichkeit der Information und in die Abwesenheit von Repression besteht. Eine Vermischung von Aufklärung und Repression kann Strategien der Aufklärung schweren Schaden zufügen, bis hin zur vollständigen Neutralisierung ihrer Wirksamkeit. Die konkret diskutierten und zum Teil praktizierten Vorformen und Formen der Repression sind durchweg im Hinblick auf ihre gesundheitliche (d.h. bei Aids allein: präventive) Gesamt-Wirkung unausgewiesen. Die Zone möglicher Kompromisse ist unter dem Gesichtspunkt der gesundheitlichen Wirksamkeit extrem schmal. Dieser Sachverhalt erschwert die politische Bearbeitung des Problems, weil in der Politik die Kompromißfindung durch Bargaining das normale Verfahren ist. Eine Behandlung des Aids-Problems „halb Aufklärung – halb Repression“ aber würde die Wirksamkeit der Aufklärung weitgehend in Frage stellen. Die Folge könnte ein weiteres Anwachsen der Erkrankungs ziffern sein, was den gesundheitspolitisch weder jetzt noch dann zu begründenden Ruf nach Repression verstärken könnte. Die Weichenstellung zwischen den beiden Großalternativen: Aufklärung, Überzeugung, Unterstützung, Betreuung, Zivilisation versus Hysterisierung, Verängstigung, Ausgrenzung und Repression muß jetzt erfolgen. Dabei tragen die medizinischen und nicht-medizinischen Gesundheitswissenschaften eine große Verantwortung. Sie sollten deutlich machen, daß im Falle Aids der Weg der Prävention und der Aufklärung – jenseits aller Bürgerrechtsfragen – zugleich auch der gesundheitlich effektivste Weg ist.

Zitierte Literatur:

- Bock, K. D. et al. 1987: *AIDS – Zusehen oder handeln?* in: FAZ v. 10.03.1987.
- Burr, M. L.; Elwood, P. C. 1985: *Research and Development of Health Services – Screening*, in: Holland, W. W.; Detels, R.; Knox, G. (eds.): *Oxford Textbook of Public Health*, Oxford.
- Clement, U. 1986: *Sexualepidemiologie*, Expertise im Auftrag des BMJFFG, mimeo, Heidelberg.
- Congress-Report 1977: *A Report to the Congress by Comptroller General of the United States, Finding out how Programs are Working: Suggestions for Congressional Overview*, Washington D.C.
- Deutscher Bundestag, Referat Öffentlichkeitsarbeit (Hg.) 1988: *Aids: Fakten und Konsequenzen, Zwischenbericht der Enquete-Kommission ‚Gefahren von Aids und wirksame Wege zu ihrer Eindämmung‘*, Bonn (wortgleich mit Bundestags-Drucksache 11/2495 vom 16. 6. 1988)
- Frösner, G. G. 1987: *Wie kann die weitere Ausbreitung von AIDS verlangsamt werden?* in: AIFO, 2. Jg., Heft 2.
- Hauß, F.; Naschold, F.; Rosenbrock, R. 1981: *Schichtenspezifische Versorgungsprobleme und leistungssteuernde Strukturpolitik im Gesundheitswesen*, in: dies. (Hg.): *Schichtenspezifische Versorgungsprobleme im Gesundheitswesen*, Forschungsbericht Nr. 55 des BMAuS, Bonn.
- McKeown, Th. 1979/1982: *The Role of Medicine. Dream, Mirage or Nemesis?* Oxford, deutsch: Frankfurt 1982.
- Quensel, St. 1982: *Drogenelend*, Frankfurt/New York 1982.
- Rosenbrock, R. 1985: *Primärprävention durch GKV*, in: ders./Hauß, F. (Hg.): *Krankenkassen und Prävention*, Berlin.
- Wijngaarden, J. v. 1986: *AIDS in den Niederlanden*, in: Dundee, S. R. (Hg.): *AIDS – was eine Krankheit verändert*, Frankfurt.
- Wilson, J. M. G.; Jungner, G. 1968: *Principles and Practice of Screening of Disease*, Genf (WHO).

Rolf Rosenbrock ist Leiter der Forschungsgruppe „Gesundheitsrisiken und Präventionspolitik“ im Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung