ECONSTOR
Make Your Publications Visible.

A Service of

ZBW Leibniz-Informationszentrum Wirtschaft
Leibniz Information Centre for Economics

Rosenbrock, Rolf

Book Part — Digitized Version

Aids-Politik und Aids-Prävention

Provided in Cooperation with:
WZB Berlin Social Science Center

Suggested Citation: Rosenbrock, Rolf (1988) : Aids-Politik und Aids-Prävention, In: Volkmar Sigusch, Steffen Fliegel (Ed.): Aids: Ergebnisse des Kongresses für Klinische Psychologie und Psychotherapie Berlin 1988, ISBN 3-922686-88-5, Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie, Tübingen, pp. 50-65

This Version is available at:
https://hdl.handle.net/10419/111989

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.

WWW.ECONSTOR.EU

Mitglied der Leibniz-Gemeinschaft

WZB
Wissenschaftszentrum Berlin
für Sozialforschung

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.

Rolf Rosenbrock

Aids-Politik und Aids-Prävention

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 hinzugetreten.
- 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 im 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 hinzugetreten.

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 zehn 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 Betroffenengruppen 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) gegenübergestellt 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, Ende 1986 überschritt die kumulierte Fall-Anzahl die Tausendergrenze, über 500 der Patienten waren bereits verstorben. Neue Krankheiten – man erinnere sich an die 1976 scheinbar aus dem Nichts auftauchende „Legionärskrankheit" – erregen Schrecken.
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 Prozent der Morbidität und Mortalität auf nichtübertragbare chronische Verschleißerkrankungen zurückgehen, schwierig zu verdauen. 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 schrittweise 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 40 Prozent; 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 von Symptomen 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 eines 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, der Vagina und der Mundraum-Schleimhäute bestehen offensichtlich Differenzen von mindestens mehreren Zehnerpotenzen, die durch (derzeit weltweit vernachlässigte) Forschung geklärt werden müßten. Welt-

weit 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 Nadelstichverletzungen) ist zum Beispiel das Hepatitis B-Virus offenbar mindestens 20mal leichter zu übertragen als das Aids-Virus. Tröpfcheninfektion und leichte Schmierinfektion sind auszuschließen. Mit anderen Worten: Die Übertragung des Virus findet in eng eingrenzbaren, klar definierbaren Situationen statt. 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 Berührungsängsten, 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, Suchtkriminalität 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 Selbst- und Fremdbestrafungswünschen. 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 die zum Teil zischend hysterischen Vorschläge und Maßnahmen als auch Strategien der Verharmlosung gegenstandslos machen könnten.

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 Pocken 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. Aids ist unter den Krankheiten und Todesursachen der Bundesrepublik (mit ca. 2000 Kranken und ca. 800 Toten kumuliert innerhalb von sieben Jahren) völlig unbedeutend. Seine Bedrohlichkeit liegt in seiner potentiellen Dynamik. Zwar fallen auch hier die Zuwachsraten (im ersten Halbjahr 1986 wurden dem Bundesgesundheitsamt 225 Neuerkrankungen gemeldet, im ersten Halbjahr 1987 402; die Anzahl der Neuerkrankungen pro Halbjahr verdoppelt sich bei fallenden Zuwachsraten demnach derzeit alle 15 Monate), doch kann sicher keiner seine Hand dafür ins Feuer legen, daß dies so bleibt; und zum anderen wäre eine relative Stagnation der Ausbreitung angesichts der in einigen Jahren wahrscheinlich verfügbaren Möglichkeiten der Immunisierung und der Therapie ein großer und die gesellschaftliche Bedrohung eliminierender Erfolg der Gesundheitspolitik.

3. Eine epidemiologisch fundierte Betrachtungsweise, die realistischerweise auf das Ziel der Minimierung der Opfer orientiert ist, 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 Prozent (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 (*Bild,* Regenbogen, *Spiegel* etc.) als auch das Bedürfnis jener politischen Strömungen und Gruppen, die am Beispiel Aids zeigen wollen, was ein starker Staat ist und kann. Diesem (der Gesundheitspolitik an sich fremden) Denken entspricht es auch, auf Aids ungeachtet der durch die schwere Übertragbarkeit *und* Unheilbarkeit der Krankheit gegebenen Konstellationen die angeblich „bewährten Mittel der Seuchenpolitik" in Stellung zu bringen. Obgleich die Wirksamkeit dieses „bewährten" Instrumentariums in bezug auch auf alle historischen Krankheiten füglich bezweifelt werden kann, werden nach dem Motto „das haben wir immer so gemacht" die (für leicht übertragbare und zudem behandelbare Krankheiten rationalen) grundrechtseinschränkenden Paragraphen

des Seuchenrechts immer wieder ins Spiel gebracht. Dabei wird meist unreflektiert gegen ein viertes Prinzip der Krankheitsbekämpfung verstoßen:

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 eindeutig überwiegen und die unerwünschten 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 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 prioritären Möglichkeiten der 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, der für die Prävention von Aids keinerlei Wert hat (vgl. dazu weiter unten III, 7).

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 besiegten 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 (McKeown 1979/1982).

Aids-Prävention ist damit jetzt und auf absehbare Zeit eine primär nichtmedizinische Aufgabe. Zum Entwurf und zur Organisierung 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, nichttherapeutischer Instrumente der Medizin, vor allem des HIV-Antikörper-Tests, hat sich dagegen an der Logik der Prävention zu orientieren.

2. Mit Aids sind für alle Menschen, die mit wechselnden PartnerInnen 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 *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 (z.B. 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? (Ziffer 3)
- Wer soll/muß lernen? (Ziffer 4)
- Welche objektiven und subjektiven Faktoren erleichtern bzw. behindern dieses Lernen? (Ziffer 5)
- Wie kann der Lernvorgang optimal organisiert werden? (Ziffer 6)

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; 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 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 Benutzer-Jahre aus. Das Risiko b ist durch Benutzung von sterilen Bestecken (am besten: Einwegspritzen) zu eliminieren, das Risiko d durch Unterlassung bzw. Härtereduktion 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 allgemein 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 Prozent 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 zum Beispiel hinsichtlich der erkrankungsrelevanten Virusmenge und Konzentration sowie der Resorption durch unterschiedliche Schleimhäute bzw. durch Mikroläsionen. Ihre Beantwortung könnte zum Beispiel 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 physiologisch zu definierenden potentiellen Ko-Faktoren gehören zum Beispiel Vorschädigungen des Immunsystems, Benutzung immunsuppressiv wirksamer Drogen (als Arzneimittel oder, wie z.B. 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 hinsichtlich der primären, sondern auch im Zusammenhang mit der sekundären Prävention, d.h. der 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 übergehen 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. 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 Prozent der Männer und Frauen haben im Alter von 20 Jahren bereits mehrere sexuelle Erfahrungen, über die Hälfte der in festen Paarbeziehungen lebenden Männer und Frauen verlassen zumindest gelegentlich die Monogamie, für wesentliche hetero- und homosexuelle Bevölkerungsgruppen ist Promiskuität ein identitätsbildendes Element ihrer Lebensweise geworden; ca. 50000 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; Sado-Masochismus; regelmäßig monogam lebende Menschen mit gelegentlichen „Seitensprüngen"; Bisexuelle. In der Schwulenpopulation (ca. 2 bis 3 Prozent 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, Sado-Masochismus. Bei den Präventionsbemühungen im Bereich der Sexualität muß die unter Umständen präventionswidrige Wirkung häufig benutzter Drogen (Alkohol etc.) thematisiert werden. Im Bereich der i.v.-DrogenbenutzerInnen 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. **Welche objektiven und subjektiven Faktoren erleichtern bzw. behindern das Lernen?** Es ist zunächst daran zu erinnern, daß das Ziel der Prävention nur über eine Verhaltensänderung in Intim- und zum Teil Tabubereichen zu erreichen ist. Diese Bereiche sind üblicherweise nicht Gegenstand direkt öffentlicher oder gar staatlicher Einwirkungen. Aids-Prävention als öffentliche Gesundheitsaufgabe muß diese Schranken des „Üblichen" durchbrechen. Solche Bemühungen haben sich auf ein durch die schrille und überwiegend risiko-vernebelnde Publizität in den Massenmedien bereits übermäßig angstbesetztes (und damit verdrängungs- und verleugnungsanfälliges) Thema zu beziehen. Zudem haben besonders die zuerst sichtbar gewordenen Betroffenengruppen (Schwule, Fixer, Prostituierte) aus historisch leicht nachvollziehbaren Gründen speziell in Deutschland kaum Gründe, von öffentlichen oder staatlichen „Maßnahmen zum

Schutz der Volksgesundheit" etwas anderes zu erwarten als sachlich unbegründete Repression und Ausgrenzung. Dies erschwert die funktional erforderliche Kommunikation zwischen diesen Gruppen und den gesundheitspolitischen Akteuren – und zwar von beiden Seiten.

Eine fundamentale Voraussetzung für öffentlich organisiertes Lernen im Intimbereich ist ein gesellschaftliches Klima, das für alle Bevölkerungsgruppen – nicht nur, aber auch und gerade für die besonders gefährdeten, traditionell randständigen – Vertrauen ermöglicht. Vertrauensstabilisierende bzw. -bildende Maßnahmen durch Herstellung von nichtdiskriminierender Öffentlichkeit über die zu bearbeitenden Probleme *und* die Gewährleistung von Repressionsfreiheit und Anonymität in der Beratung und individuellen Problembewältigung sind daher *zwei unverzichtbare und objektive Bedingungen* des Erfolgs der Aids-Prävention. Es geht um ein gesellschaftliches Klima, das öffentlich vermitteltes Lernen im Intimbereich ermöglicht. Jeder auch nur symbolische Schritt in Richtung auf Repression und Ausgrenzung gefährdet damit die Gesamtheit der auf Aufklärung zielenden Präventionsbemühungen. Keine der denkbaren, zum Beispiel von Bock et al. (1987) und Frösner (1987) vorgeschlagenen und seit Mai 1987 in Bayern in Kraft gesetzten repressiven Maßnahmen kann eine Wirksamkeit hinsichtlich der Verminderung der Anzahl von HIV-Infektionen für sich in Anspruch nehmen, die den damit verbundenen Effektivitätsverlust für die Prävention durch Aufklärung auch nur annähernd wettmachen könnte.

Aids-Prävention ist schließlich auf die Verfügbarkeit der technischen Hilfsmittel (Kondome, Einwegspritzen) angewiesen. Der ungehinderte und ubiquitäre Zugang zu diesen Hilfsmitteln (auch in staatlich reglementierten Institutionen) ist damit eine *dritte objektive Bedingung* des Präventionserfolges.

Auf der *subjektiven Seite* sind *drei erleichternde und drei erschwerende Faktoren* des Lernens der Präventionsbotschaft von besonderer Bedeutung.

a) *Erleichternd* ist die große Publizität des Themas. Es kann von einer nahezu flächendeckenden Sensibilisierung ausgegangen werden. Es besteht die *Chance,* hieran mit sachlicher, de-hysterisierender Aufklärung anzuknüpfen. Der Erfolg auf Dauer hängt wesentlich unter anderem davon ab, ob die mehr markt- als ethikgesteuerten Massenmedien auf die verkaufsträchtige Nutzung der durch das Thema anzuheizenden atavistischen Ängste und Wünsche (Sex, „Orgien", „Perversion", Sucht, Tod, „unerkannte Feinde" etc.) verzichten.

   Erleichtert wird die Prävention weiter dadurch, daß – aufgrund der physiologischen Natur der Krankheit (Übertragung faktisch nur in scharf definierten Situationen) – die Präventionsbotschaft sehr einfach sein kann (Safer Sex und sterile Spritzbestekke). Jede Komplizierung der Botschaft würde die Schwierigkeit ihrer Vermittlung in die gesamte Bevölkerung, in alle sozialen Schichten und in zum Teil abgelegte „Szenen" ganz erheblich vergrößern. Erfolgreich sind Präventionsbotschaften vom Komplexitätsgrad „erst gurten – dann starten", „die Pille regelmäßig nehmen" etc.

   Erleichtert wird die Prävention durch Aufklärung drittens dadurch, daß die objektiv notwendige Verhaltensänderung keine fundamentalen Veränderungen der jeweiligen Lebensweisen fordert: Abweichungen von der Monogamie, Promiskuität und i.v.-Drogenbenutzung können auch unter der Drohung von Aids ohne spezifisches Aids-Risiko beibehalten werden. Die geforderten Verhaltensänderungen sind in die

jeweilige Lebensweise „einbaubar". Eine Krankheit, zu deren individueller Verhütung tatsächlich sexuelle Abstinenz, Monogamie oder abrupter Ausstieg aus dem Drogengebrauch erforderlich wäre, könnte ohne einen sehr weitgehenden Umbau der Gesellschaft kaum besiegt werden. Umgekehrt folgt daraus: Wo Aids zum Vorwand genommen wird, in Wahrheit Sitten-, Moral-, Sexual- oder Drogenpolitik zu betreiben, kann sich „Gesundheitspolitik" in ihr glattes Gegenteil verkehren – der Effekt bestünde in einer durch „Gesundheitspolitik" bewirkten Steigerung der Anzahl der Opfer.

b) *Erschwert* wird die Prävention vor allem dadurch, daß mit dem Sexualleben und der Drogenbenutzung Lebensbereiche angesprochen sind, in denen das Verhalten nicht nur der rationalen Steuerung unterliegt (Clement, 1986; Quensel, 1982). Mit einer nur die Ratio ansprechenden Aufklärung sind hier keine durchschlagenden Erfolge zu erzielen. Vielmehr müssen die verschiedenen emotionalen und vor- bzw. unbewußten Bedeutungsebenen des Sexual- und Drogenverhaltens mindestens gleichgewichtig angesprochen werden. Die Bedeutungen sexuellen und Drogenverhaltens differenzieren aber von Szene zu Szene, nach sexueller Ausrichtung sowie nach Altersstufen, sozialer Schicht, Regionen und Lebenslagen sehr erheblich. Die je zielgruppenspezifische Formulierung und Vermittlung der Präventionsbotschaft muß deshalb die zum Teil nur rudimentären Wissensbestände der Sexualwissenschaft, der Lebenslagenforschung, der Sozialpsychologie, der Sozialpädagogik und der Kommunikationswissenschaften sowie der Problem- und Kontextkompetenz aus den betroffenen Gruppen aufnehmen und diese Bestände im Prozeß der (absehbar auf lange Frist notwendigen) *Präventionskampagnen* weiter auffüllen und zugleich umsetzen. Mehr oder weniger elaborierte und mehr oder weniger explizite Ansätze finden sich dazu in sämtlichen nationalen Präventionskampagnen (besonders fortgeschritten AHS, 1986; Stop-Aids-Kampagne Schweiz, 1987).

   Erschwerend für die Prävention sind die Langfristigkeit und die Ungewißheit des Risikos: Durch heutiges Verhalten muß ein Risiko (der Ausbruch von Aids) verhütet werden, das vielleicht in drei bis fünf, vielleicht auch erst in zehn Jahren eintritt. Präventives Verhalten ist deshalb auch davon abhängig, ob eine ähnlich langfristige Lebensperspektive zumindest in Ansätzen kognitiv und emotional präsent ist. Diese Schwierigkeit der Prävention kann zumindest zum Teil durch das persönliche und vermittelte Erleben des Schicksals der heute bereits erkrankten und sterbenden Opfer kompensiert werden.

   Erschwert wird die wirksame Prävention auch dadurch, daß eine langfristig stabile Verhaltensänderung erforderlich ist. Kurzfristig wirksame, aber leichter handhabbare Impulse der Verhaltensbeeinflussung wie Schock, Angst, Drohung etc. können deshalb nicht erfolgversprechend eingesetzt werden. Ihre Wirkung auf das langfristige Verhalten ist nach allen Erfahrungen sogar kontraproduktiv, da sie stets in Verleugnung, Verdrängung und Ausbrechen „umkippen" können.

Zusammenfassend läßt sich festhalten, daß vor allem im Handlungsfeld zentraler und dezentraler staatlicher Akteure die Möglichkeiten liegen, die objektiven Bedingungen der Prävention durch Aufklärung zu schaffen (oder zu beschädigen). Die subjektiv erleichternden und erschwerenden Faktoren der Prävention müssen dagegen in Inhalt, Form und Wegen der Präventionsbotschaft berücksichtigt werden, wer immer diese konzipiert.

6. **Wie kann der Lernvorgang optimal organisiert werden?** Es wurde oben bereits angedeutet,

- daß zur Aids-Prävention sowohl flächendeckende Streubotschaften (zentraler Absender) als auch die spezifische Ansprache zahlreicher Zielgruppen (dezentraler Absender) erforderlich sind,
- daß diese Botschaften zeitlich und inhaltlich aufeinander abgestimmt sein sollten,
- daß die Gestaltung der Botschaften professionellen Kriterien der Kommunikationswissenschaften einschließlich der Werbepsychologie zu genügen hat,
- daß die wenigen Risikosituationen der HIV-Übertragung und die Mittel der Verhütung klar und ungetarnt bezeichnet werden müssen,
- daß die Botschaften sowohl die kognitiven wie die emotionalen Faktoren zu berücksichtigen haben,
- daß die Botschaften die jeweiligen Lebenslagen und Eigenarten der gemeinten Zielgruppen positiv aufnehmen, zumindest aber als gegeben hinnehmen müssen,
- daß die zielgruppenspezifischen Botschaften sich der Kommunikationsformen, Medien und der Sprache der jeweiligen Zielgruppen bedienen müssen,
- daß die Botschaften nicht mit Angst oder Schock arbeiten dürfen, wohl aber rational begründete Furcht wecken sollen,
- daß es (bis zur Verfügbarkeit eines Impfstoffs) nicht um eine einmalige Aktion, sondern um eine langfristige Kampagne mit einer ausgewogenen Mischung von Initial-, Erinnerungs- und Stabilisierungsimpulsen geht.

Es sind viele Modelle denkbar, die diesen Anforderungen mehr oder weniger genügen können. Gegenwärtig experimentieren diesbezüglich nahezu alle betroffenen Länder mit verschiedenen inhaltlichen Akzentuierungen und organisatorischen Modellen. Die international zu beobachtende Varianz liegt vor allem

- im Mischungsverhältnis zwischen staatlichen und nichtstaatlichen Aktivitäten,
- im extrem prekären Mischungsverhältnis zwischen Aufklärung und Repression,
- in der Rolle des HIV-Antikörper-Tests zwischen möglichst breiter Anwendung (z.B. BRD) und „Test-Entmutigungspolitik" (z.B. Niederlande, vgl. Wijngaarden, 1986),
- in der positiven Akzeptierung von nichtmonogamer Sexualität und von Homosexualität,
- in der Akzentuierung der Präventionskampagne speziell auf Aids (als qualitativ neue Bedrohung, z.B. Kampagne in der Schweiz) oder genereller auf Geschlechtskrankheiten (erste Eingrenzung der Zielpopulation, Anknüpfung an vorhandene Wissensbestände, z.B. in der niederländischen Kampagne),
- in Gewichtung und Koordination von Streubotschaften und zielgruppenspezifischer Aufklärung,
- in den Wegen der Kommunikation,
- in der Drastik der Botschaften und – last but not least –
- in der Bereitschaft, angesichts der Bedrohung durch Aids ein lebenspraktisches Opportunitätsprinzip zum Beispiel in Gefängnissen oder beim Umgang mit i.v.-Drogenabhängigen und Prostituierten anzuwenden.

Diese große Varianz und ihre Abhängigkeit von national unterschiedlich gewachsenen Gegebenheiten (staatliche Durchdringung gesellschaftlicher Bereiche; Organisation und Gewichtung des Medizinsystems; Umgang mit Sexualität und mit Minderheiten etc.) verbieten es, ein quasi ideales Modell zu konstruieren. Statt dessen sei auf einige durchgängige Erfordernisse und Probleme hingewiesen. Die Qualität jeder Botschafts-

übermittlung ist von drei Elementen abhängig: vom Absender, vom Kommunikationsweg und vom Empfänger.

Der *Sender* muß bekannt, vertraut und vertrauenswürdig sein. Soll die von ihm ausgehende Botschaft angenommen werden, darf er nicht im Verdacht stehen, zum Beispiel ein doppeltes Spiel zu spielen: Aufklärung und Repression schließen einander auch hier fast gänzlich aus. Zentralen und dezentralen Sendern kommen verschiedene Aufgaben zu; die dezentralen Sender müssen die Möglichkeit haben, sich inhaltlich und symbolisch auf die Botschaften der zentralen Absender zu beziehen. Je dezentraler der Absender, desto mehr können die zielgruppenspezifischen sowie regionalen und kommunalen Besonderheiten in Inhalt, Gestus und Sprache berücksichtigt werden. Am schnell und spontan entstandenen Netzwerk der über 40 regionalen Aids-Hilfen in der Bundesrepublik lassen sich die Stärken und (behebbaren) Schwächen dezentraler Kommunikation täglich studieren (vgl. DAH, 1987). Generell gilt: Je einfacher die Botschaft ist und je leichter ihr Inhalt in die gegebene Lebensweise eingebaut werden kann, desto größer ist die Chance, daß sie ankommt. „Ankommen" umschließt die drei Ebenen der Informationsaufnahme („Verstehen"), der Akzeptanz („Einstellung") und der Umsetzung („Verhalten"). Ob als zentraler Absender die Regierung (in der BRD einschließlich der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung) oder eher parastaatliche Organisationen (Krankenkassen, eine Aids-Stiftung etc.) effektiver sind, müßte weiter durchdacht werden. Dezentrale Absender sind die Selbsthilfeorganisationen sowie Institutionen des öffentlichen Gesundheitswesens und das Medizinsystem (niedergelassene Ärzte und Krankenhäuser), soweit diese über Vertrauenswürdigkeit in den Zielgruppen und eine ausreichende Qualifikation in Fragen von Sexualität und Aids verfügen. Ersteres wird durch jede Form einer zentralen Befundregistrierung, die die Möglichkeit des Rückverfolgens zu namentlich geführten Patientenakten ermöglicht, zumindest schwer erschüttert. Letzteres stellt derzeit noch einen wesentlichen Engpaß dar.

Die *Kommunikationswege* („Sendekanäle") müssen zu den Adressaten hinführen; sie müssen die Adressaten geradezu aufsuchen, weil die Präventionsbotschaft eine *Bringschuld der Gesundheitspolitik* ist. Die Kommunikationswege müssen möglichst störungsfrei sein, d.h., sie dürfen nur für die präventiv tatsächlich wesentlichen Informationen genutzt werden. Eine Nutzung für andere Zwecke (z.B. Sitten-, Moral-, Sexual-, Suchtpolitik) vermindert den Wirkungsgrad der Botschaft und kann die Wirkungsrichtung geradezu umkehren. Möglichst eindeutig zu trennen ist auch die Information über präventionsrelevante Risikosituationen (ungeschützter penetrierender Geschlechtsverkehr, Benutzung unsteriler Injektionsbestecke) von mehr oder weniger spekulativ oder aus Gründen der Marktgängigkeit von Sensationen produzierten Horrormeldungen (Risiken im Alltag, durch Tränen, beim Küssen etc.). Schließlich kann auch die zentral (regierungsamtlich) gesendete Massenaufforderung zum HIV-Antikörper-Test den für die Präventionsbotschaft benötigten Kommunikationsweg stark „verrauschen" und damit die Wirksamkeit der Präventionskampagne vermindern (vgl. unten, Ziffer 7).

Vor allem bei den *Empfängern* in den zuerst sichtbar gewordenen Betroffenengruppen (männliche Homosexuelle, i.v.-Drogenbenutzer, Prostituierte) ist mittlerweile eine sehr hohe und breite Sensibilität (Bereitschaft zum Empfang der Präventionsbotschaft) für Aids zu verzeichnen. Diese kann allerdings durch die Kombination sehr schriller Signale (Boulevard-, Regenbogen-, zum Teil auch „seriöse" Presse) mit mehr oder weniger offenen Schuldzuweisungen und desorientierenden Informationen über die Risiko-

situationen auch in Verdrängung und Verleugnung umschlagen. Wenig sensibilisiert sind trotz beträchtlicher Inputs bislang die Szenen der nichtmonogamen Heterosexualität. Die anfängliche Charakterisierung von Aids als „Schwulenseuche" hat hier Präventionshindernisse errichtet, die durch sorgfältige und szenenspezifische Ansprache überwunden werden müssen.

Bezüglich aller Bemühungen zur Prävention durch Aufklärung ist zu berücksichtigen, daß es nicht genügt, die konkrete Aids-Gefahr und die Präventionsnotwendigkeiten kognitiv zu verstehen. Die Botschaft muß sich auch an emotionale und unbewußte Persönlichkeitsebenen richten. Es steht zu vermuten, daß die Kombination von Streubotschaften, zielgruppenspezifischer Propaganda, telefonische Beratung und persönliche Ansprache die besten Wirkungen erzielt – Aids-Prävention ist mehr als das Verteilen oder gar nur Bereithalten von Faltblättern.

7. Für den *HIV-Antikörper-Test* (vgl. Rosenbrock, 1987a, 1987b) 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. Burr & Elwood, 1985). Auf der anderen Seite werden durch die Mitteilung eines positiven Testergebnisses bei bis zu 50 Prozent 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. z.B. Wilson & 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 Risikosituationen. 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 fördern.

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 medizin-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 angerichtet wird. Das zunehmende Auseinanderklaffen zwischen diagnostischen Möglichkeiten und therapeutischen Fähigkeiten in der Medizin erreicht im Falle Aids eine gesundheitspolitisch neue Stufe.

8. 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; Hauß, Naschold & Rosenbrock, 1981).

9. Ausgangspunkt jeder Präventionskampagne ist eine realistische Einschätzung der Zieldimensionen. 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 zum Teil sogar falsch konzipierten Präventionskampagnen zeitstabile Verhaltenswirkungen im Bereich von 50 bis 80 Prozent 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.

10. Aids-Prävention ist Verhaltensprävention. Zwischen der Veränderung des Verhaltens und den Verhältnissen, unter denen sich das Verhalten abspielt, bestehen enge

Wechselwirkungen (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) Gesamtwirkung 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 im Sinne von „halb Aufklärung – halb Repression" aber würde die Wirksamkeit der Aufklärung weitgehend in Frage stellen. Die Folge könnte ein weiteres Anwachsen der Erkrankungsziffern 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 und Zivilisation versus Hysterisierung, Verängstigung, Ausgrenzung und Repression muß jetzt erfolgen. Dabei tragen die medizinischen und nichtmedizinischen 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.

LITERATUR:

Das vorliegende Papier enthält wesentlich Ergebnisse aus dem Buch: Rolf Rosenbrock, Aids kann schneller besiegt werden – Gesundheitspolitik am Beispiel einer Infektionskrankheit, VSA-Verlag, Hamburg 1986. Dort ist auch die zugrundeliegende Literatur verzeichnet. Eine weitere Zusammenfassung von Ergebnissen dieser Untersuchung ist als WZB-Discussion Paper (Rolf Rosenbrock: Aids und präventive Gesundheitspolitik [IIVG/pre86-210]) erschienen und kann beim WZB, Reichpietschufer 50, 1000 Berlin 30, kostenlos angefordert werden. In diesem Beitrag außerdem zitierte Literatur:

AHS. Aids-Hilfe Schweiz. (1986). *Präventionskonzept.* Zürich: mimeo.

Bock, K.D. et al. (1987). Aids – Zusehen oder handeln? *FAZ* vom 10.3.87.

Burr, M.L. & Elwood, P.C. (1985). Research and Development of Health Services – Screening. In W.W. Holland, R. Detels & G. Knox (eds.), *Oxford Textbook of Public Health.* Oxford.

Clement, U. (1986). *Sexualepidemiologie.* Expertise im Auftrag des BMJFFG. Heidelberg: mimeo.

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.

DAH. Deutsche AIDS-Hilfe. (1987). *Jahresbericht 1986/87.* Berlin.

Frösner, G.G. (1987). Wie kann die weitere Ausbreitung von Aids verlangsamt werden? *Aids-Forschung, 2* (2).

Hauß, F., Naschold, F. & Rosenbrock, R. (1981). Schichtenspezifische Versorgungsprobleme und leistungssteuernde Strukturpolitik im Gesundheitswesen. In F. Hauß, F. Naschold & R. Rosenbrock (Hrsg.), *Schichtenspezifische Versorgungsprobleme im Gesundheitswesen.* Forschungsbericht Nr. 55 des BMAuS. Bonn.

McKeown, Th. (1979). *The Role of Medicine. Dream, Mirage or Nemesis?* Oxford (deutsch: Frankfurt 1982).

Quensel, St. (1982). *Drogenelend.* Frankfurt/New York.

Rosenbrock, R. (1985). Primärprävention durch GKV. In R. Rosenbrock & F. Hauß (Hrsg.), *Krankenkassen und Prävention.* Berlin.

Rosenbrock, R. (1987a). Politik mit und gegen Aids. *Blätter für deutsche und internationale Politik, 32* (9), 1183–1196.

Rosenbrock, R. (1987b). Medizinische und gesundheitspolitische Probleme des HIV-Antikörpertests. In V. Sigusch (Hrsg.), *Aids als Risiko – Über den gesellschaftlichen Umgang mit einer Krankheit*. Hamburg (in überarbeiteter Form in: Grenzen der Prävention, Argument-Sonderband AS 178, Berlin 1987).

Rosenbrock, R. (1988). Soziale, medizinische und sozialwissenschaftliche Voraussetzungen der Prävention und Bekämpfung von Aids. *Aids-Forschung, 3* (3), 163ff.

Wijngaarden, J. v. (1986). Aids in den Niederlanden. In S.R. Dunde (Hrsg.), *Aids – Was eine Krankheit verändert*. Frankfurt.

Wilson, J.M.G. & Jungner, G. (1968). *Principles and Practice of Screening of Disease*. Genf (WHO).

Anschrift des Verfassers:
Dr. Rolf Rosenbrock
Leiter der Forschungsgruppe „Gesundheitsrisiken und Präventionspolitik"
Wissenschaftszentrum Berlin
Reichpietschufer 50
1000 Berlin 30