

Rosenbrock, Rolf

Article — Digitized Version

HIV-Positivismus: Plädoyer für die Einhaltung der Kunstregeln

Kursbuch

Provided in Cooperation with:

WZB Berlin Social Science Center

Suggested Citation: Rosenbrock, Rolf (1988) : HIV-Positivismus: Plädoyer für die Einhaltung der Kunstregeln, Kursbuch, ISSN 0023-5652, Rowohlt Berlin, Berlin, Iss. 94, pp. 21-42

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/112150>

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>.

Rolf Rosenbrock

HIV-Positivismus

PLÄDOYER FÜR DIE EINHALTUNG DER KUNSTREGELN

I

Es ist ein derzeit meist zum Scheitern verurteiltes Unterfangen, über den Einsatz des HIV-Antikörpertests (im folgenden einfach: »der Test«) eine rationale Diskussion führen zu wollen. Zu viele – meist verbrämte – Interessen, zu viele – meist uneingestandene – Ängste versperren den Zugang. Sozial- und medizinwissenschaftliche Wissenslücken geben Raum für argumentativ meist fruchtlose Spekulationen. Besonders beliebt ist die Verwechslung der Ebenen des individuellen Schutzverhaltens und der staatlich-medizinpolitisch betriebenen Präventionspolitik mit ihrer je eigenen Logik. Schließlich ist im praktischen gedanklichen und politischen Umgang mit Aids eine rationale, das heißt Aids in Relation zu anderen Gesundheits- und Lebensgefahren setzende Risikowahrnehmung weithin verlorengegangen.

In dieser Auseinandersetzung vertrete ich die These, daß die positiven Seiten des HIV-Antikörpertests individuell und in der gesundheitspolitischen Diskussion trotz einer gewissen Ernüchterung und Beruhigung in den letzten Monaten immer noch stark überschätzt werden.¹ Diese Überschätzung beruht zum Teil auf kontrafaktischen, zum Teil auf irrigen und zum Teil auf nicht bewiesenen Voraussetzungen. Unerwünschte und zum Teil kontraproduktive Wirkungen des Tests und der Testpolitik werden verharmlost oder gegen empirische Evidenz bestritten, oft auch im Eifer des Gefechts einfach übersehen oder verdrängt.

Die systematischen Verzerrungen der Wahrnehmung, der Diskussion und der Handhabung des Tests speisen sich aus zwei Quellen, die allerdings nur analytisch auseinanderzuhalten sind: Da ist zum einen der »normal schlechte Lauf« der Gesundheitspolitik mit seiner weitgehenden Reduktion von Problemverständnis und -bearbeitung auf das individualmedizinisch, das heißt ärztlich und medizintechnisch am einzelnen Individuum Machbare.² Aus dieser Sichtweise folgen eine nahezu systematische Kritiklosigkeit gegenüber technischen Möglichkeiten³ wie zum Beispiel dem Test sowie eine systematische Unterschätzung und Unternutzung der Möglichkeiten der vor allem sozialwissenschaftlich fundierten Prävention.⁴ Und da ist

zum anderen die Krankheit Aids, die mit ihrem Assoziationsfeld: Sexualität, Promiskuität, Homosexualität, Prostitution, Orgien, Sucht, Kriminalität, »unerkannte Feinde« und Tod (in einem Thema!) auch dann ein sozialpsychologisch hochbrisantes Gebräu abgeben würde, wenn zunächst statt der Schwulen und Fixer zum Beispiel biedere heterosexuelle Seitenspringer und Bordellbesucher als Betroffenengruppen sichtbar geworden wären.⁵

An der Im-Zweifel->pro-Test-Koalition sind mindestens sechs Akteurgruppen beteiligt, und zwar so lebhaft, daß sich die pharmazeutischen Test-Hersteller selbst für die Realisierung ihres mittlerweile auf ca. eine Milliarde Dollar pro Jahr geschätzten Umsatzes nicht mehr besonders einsetzen müssen.

– Zunächst sind da jene Mediziner, die angesichts des Fehlens von Impfstoffen und durchschlagend wirksamen Therapeutika um ihre auch sonstwo zunehmend in Frage gestellte Kompetenz für alle Fragen von Gesundheit/Krankheit bangen müssen. Der Verzicht auf den Testeinsatz kommt für viele von ihnen dem Abschied von identitätsstiftenden Omnipotenzvorstellungen gleich. Zudem sind sie es in ihrer großen Mehrheit nicht gewohnt, den Blickwinkel des Sprechzimmers respektive der Klinik auch nur probenhalber oder gedanklich zu verlassen. Sie erleben die Welt deshalb durchweg aus der Perspektive gescheiterter Prävention, von der sie infolgedessen meist auch nicht viel halten. Diese Sichtweise wird auch professionell kaum korrigiert: die Sozialepidemiologie, die den Mediziner zusätzlich zum Denken im Einzelfall die Logik kollektiver Strategien der Risikominimierung vermittelt, ist in Deutschland seit den Tagen des Faschismus eliminiert bzw. diskreditiert worden. Eine »public health«-Tradition, wie sie etwa in anglo-amerikanischen Ländern existiert, konnte sich bei uns nicht etablieren. Ärzte stehen deshalb zum Teil fassungslos vor der Forderung, einen technisch möglichen Befund *nicht* zu erheben, weil sozialmedizinische und gesundheitspolitisch strategische Gründe dagegen sprechen.

– Zweitens sind da – zum Teil personell identisch, zum Teil auch aus kirchlichen Kreisen stammend – die Moralstrategen, die auf ein so exzellent verhaltensaufdeckendes Mittel wie den HIV-Test nicht verzichten wollen, gibt er ihnen doch (zumindest vorläufig noch) die Möglichkeit, mit sehr hoher Treffsicherheit Schwule und Fixer sowie deren unmittelbare Intimpartner(innen) zu »entlarven«. Sichtbar gemacht werden können die sonst im Verborgenen agierenden »Sünder«, die den Zusammenhang zwischen Geschlechtsakt und Zeugung/Geburt für sich »contra naturam« aufgelöst haben bzw. vom »rechten Maß« in die Sucht abgewichen sind.

– Rationaler sind da schon die Kostenstrategen der öffentlichen und privaten Arbeitgeber und (bislang nur) der privaten Versicherungen: die prä-

ventive Ausgrenzung auch gesunder Antikörperträger vermindert das Risiko möglicherweise kostspieliger Personalausfalls- oder Schadenseintrittsfälle.

– Aids ruft wie jede Katastrophe auch unweigerlich die Notstandsstrategen und monomanen Sicherheitsfanatiker auf den Plan, die – während die ganze Welt doch immer riskanter und immer schwerer beherrschbar wird – wenigstens *ein* Risiko mal so richtig beherrschen wollen, um nahezu jeden Preis und ohne jede Bezugnahme auf andere, vielfach größere, allseits akzeptierte und zum Teil mit erheblich weniger gesellschaftlichem Aufwand reduzierbare Risiken.

Vertreter dieser vier Gruppen votieren im Zweifel mindestens für breiten Testeinsatz, zum Teil auch für Zwangstests bestimmter Betroffenen- bzw. Berufsgruppen. Der Zwangstest für solche – wie auch immer definierte – Gruppen ist zum Teil schon eine fixe Idee, die an fast beliebigen Orten auftaucht, um einen ›Fuß in die Tür‹ zu bekommen, und zwar aus Prinzip.

– Angesichts dieser Koalition können sich sogar aufgeklärte staatliche Gesundheitspolitiker öffentlich auch dann nicht gegen breiten Testeinsatz aussprechen, wenn sie im kleinen Gespräch durchaus die Irrationalität dieses Vorgehens zugeben. Eine öffentlich propagierte Testzurückhaltung (wie zum Beispiel in Holland oder auch der Schweiz) scheint bei uns unmöglich zu sein, da dies von einer demagogisch jederzeit mobilisierbaren Öffentlichkeit als Verzicht auf staatliche Seuchenkontrolle und damit als Vorstufe zum Genozid bzw. Genosuid interpretiert werden könnte. Hinzu kommt, daß Politiker gewohnt sind, auf hoch thematisierte, aber schwer beeinflussbare Ereignisse bzw. Entwicklungen nach dem Muster ›messen statt handeln‹ zu reagieren.

– Auch aus den hauptbetroffenen Gruppen, das heißt den Reihen der potentiellen Aids-Opfer, kommt, meist gegen die Vernunft, der Ruf nach dem Test: Das Leben mit Unsicherheit ist schwer auszuhalten. Die individuelle Hoffnung auf ein negatives Testergebnis läßt die Gegenargumente klein werden. Der Wunsch, gegen eine diffuse Bedrohung wenigstens irgend etwas zu tun, kann übermächtig werden. Unbewältigte Lebenskonflikte führen zu Unterwerfungs- und Selbstbestrafungswünschen.

Wer in dieser Konstellation den Wert des Tests generell in Frage stellt bzw. für eine differenzierte, aber im Kern zurückhaltende Anwendung plädiert, sieht sich schnell als unverbesserlich leichtsinnig, als Agent des Nicht-wissen-Wollens und einer Vogel-Strauß-Politik oder gar als Feigling diffamiert. Eine diffizile und im Ergebnis auch differenzierte Argumentation pro und contra Test hat keine guten Chancen. Trotzdem ist sie notwendig,

weil jede individuelle und epidemiologische Debatte über den optimalen Umgang mit Aids unweigerlich bei der Testfrage landet. Ob die gesellschaftlich mobilisierbare Restvernunft für eine rationale Aids-Strategie ausreicht, entscheidet sich beim gegebenen Stand des medizinischen Wissens und der medizinischen Interventionsmöglichkeiten an der Frage der Handhabung des HIV-Antikörpertests.

Der HIV-Antikörpertest ist ein keineswegs harmloses medizinisches Instrument in der Hand des Arztes. Für den Einsatz medizinischer Instrumente und Maßnahmen gibt es Entscheidungsregeln, die im Umgang mit dem Test zum Teil nicht gesehen, zum Teil systematisch mißachtet werden. Den folgenden Ausführungen liegen durchgängig diese ärztlichen Entscheidungsregeln, die »Regeln der Kunst«, zugrunde, und dies keineswegs aus taktischen Gründen, sondern deshalb, weil die Anwendung dieser zum Teil in Jahrhunderten gewachsenen Regeln zu vernünftigen Lösungen auch für den Umgang mit Aids und dem HIV-Antikörpertest führt. Erst recht würde die Übertragung dieser Regeln auf die staatliche Gesundheitspolitik die Rationalität des Handelns erhöhen und die Anzahl der Opfer senken helfen – nicht nur bei Aids.

Der Test ist eine ärztliche Maßnahme. Jede ärztliche Maßnahme hat sich am Grundsatz ›nil nocere‹ (dem Patienten keinen Schaden zufügen) zu orientieren. Wo – wie eigentlich bei jeder Therapie – ein Schaden zugefügt werden muß, ist dieser im Lichte der erwünschten und unerwünschten Wirkungen zu beurteilen. Eine Maßnahme darf dann und nur dann ergriffen werden, wenn bei verständiger Würdigung der Gesamtumstände die erwünschten Wirkungen mit hinreichend großer Wahrscheinlichkeit eintreten und die unerwünschten Wirkungen deutlich übersteigen, wenn weiterhin die unerwünschten Wirkungen tolerabel sind und wenn der gleiche Effekt nicht mit weniger invasiven Mitteln erreicht werden kann. Erwünschte wie unerwünschte Wirkungen können dabei sowohl auf dem Gebiet der Krankheitsbekämpfung selbst als auch auf anderen Gebieten (Lebensqualität, Bürgerrechte etc.) entstehen. Dies wird nur dort problematisch, wo die gesundheitlich wirksamste Maßnahme nicht ohne gravierende Eingriffe in Bürgerrechte, Zivilisationsstandard etc. auskommt.

Erwünschte und unerwünschte Wirkungen sind in erster Linie im Hinblick auf den einzelnen Patienten zu betrachten, unter Umständen aber auch im Hinblick auf Kollektive. Die Berufsordnung der deutschen Ärzte enthält für dieses ethisch unauflösbar schwierige Entscheidungsfeld in seinem ersten Paragraphen die Formel: »Der Arzt dient der Gesundheit des einzelnen Menschen und der ganzen Bevölkerung.«

Die Frage des Testeinsatzes entscheidet sich in der Anwendung dieser viel-

leicht etwas formal klingenden Entscheidungsregeln. Füllt man diese Regeln mit plausiblen Annahmen über Motive, Handlungsmöglichkeiten und Verhalten der beteiligten Akteure, so gewinnt die Angelegenheit Leben, und es ergeben sich Anhaltspunkte für Entscheidungen pro oder contra Test. Die Abwägung wird dabei zu unterschiedlichen Ergebnissen kommen, je nachdem zu welchem Zweck getestet werden soll, was also mit der so gewonnenen Information angestellt oder verändert werden soll.

Im folgenden (II) werden deshalb zunächst kurz die erwünschten und unerwünschten Wirkungen des Tests und der Ergebnismitteilung referiert. Die dabei gewonnenen Beurteilungskriterien werden dann (III) auf die einzelnen Testzwecke angewendet.

II

Die *erwünschte Wirkung* des HIV-Antikörpertests ist die Bestimmung des Serostatus eines Menschen in bezug auf HIV. Diese Wirkung ist mit dem Test wie mit fast allen medizinischen Diagnoseinstrumenten nicht sicher zu erreichen. Jedes Testverfahren produziert sowohl falsch negative Ergebnisse (unerkannt bleibende Infizierte; Defizite in der Sensitivität) als auch falsch positive Ergebnisse (als infiziert diagnostizierte Nicht-Infizierte; Defizite in der Spezifität).⁶ Selbst bei (keineswegs als gegeben zu unterstellender) optimaler Testhandhabung mit dem Suchtest ELISA und dem Bestätigungstest (meist Western Blot) bleiben ca. vier bis zehn von tausend Infizierten unerkannt (Sensitivität 99,0-99,6 Prozent) und werden von tausend Nicht-Infizierten ca. einer bis vier fälschlich als infiziert identifiziert (Spezifität 99,6-99,9 Prozent). Das klingt nahezu beruhigend. Zum Problem wird dies vor allem dadurch, daß die Wahrscheinlichkeit von falsch positiven Ergebnissen (d. h. der Anteil von falsch positiven Befunden an der Gesamtzahl der ermittelten positiven Befunde) desto größer ist, je geringer der Durchseuchungsgrad der untersuchten Population ist (Bayes'sches Theorem). Beim gegebenen Durchseuchungsgrad in der Bevölkerung der Bundesrepublik außerhalb der hauptbetroffenen Gruppen von vielleicht 0,003 bis 0,01 Prozent würde man beim ›Durchtesten‹ auf jeden Fall Zigtausende falsch positive und einige tausend falsch negative Befunde produzieren – immer unter der Voraussetzung technisch optimaler Laborhandhabung und Interpretation der Testergebnisse durch qualifiziertes Personal. Die Wahrscheinlichkeit, daß ein positives Laborergebnis tatsächlich zutrifft, steigt exponentiell mit der Wahrscheinlichkeit, daß der/die Getestete auch tatsächlich infiziert ist. Beim Fixer mit häufigem needle-sharing oder beim

Schwulen, der ungeschützt mit häufig wechselnden Partnern Analverkehr hat, sinkt die Wahrscheinlichkeit falsch positiver Ergebnisse auf Promillegröße. Der Test kann deshalb vernünftigerweise immer nur im Zusammenhang mit einer individuellen Anamnese interpretiert werden. Bei wievielen der ca. 17 000 durch die anonyme Laborberichtspflicht gezählten (meist symptomlosen) Seropositiven ein falsch positives Ergebnis vorliegt, weiß niemand und kann auch niemand wissen. Die Labormedizin verfügt über keinen ›Goldstandard‹, an dem sich ein Testergebnis (auch wenn es wiederholt wurde) abschließend verifizieren ließe.

HIV-Antikörper finden sich darüber hinaus meist erst sechs bis acht, in nicht ganz seltenen Fällen auch erst 26 und mehr Wochen nach dem Zeitpunkt der Infektion. Ein einmaliger Testdurchlauf sagt also nur dann etwas über den Status der untersuchten Person, wenn in einem entsprechend langen Zeitraum vor dem Test eine Infektion sicher ausgeschlossen werden kann. Möglicherweise, aber nicht sicher, können die demnächst marktreifen Tests, die auf das Virus bzw. auf das Antigen selbst ansprechen, diese Unsicherheit beseitigen. Sie können freilich auch neue Unsicherheiten mit sich bringen.

Die *erwünschte Wirkung*, also die vollständig richtige Ermittlung der Antikörper- (und damit sehr wahrscheinlich Virus-)Träger und Nicht-Antikörperträger (die dann sehr wahrscheinlich auch das Virus nicht haben) aus der jeweils untersuchten Population ist mit dem Test auch mit verfeinerten Methoden und optimaler Laborhandhabung nicht sicher zu erzielen. Eine Untersuchung des staatlichen Office for Technology Assessment in den USA ergab im Frühjahr 1988, daß bei der üblichen Laborhandhabung bei der Untersuchung nicht besonders hoch durchseuchter Bevölkerungsteile auf ein richtig positives Ergebnis neun falsch positive Ergebnisse kommen.⁷ Und selbst ohne jede Panne liegt die Anzahl der falsch positiven Ergebnisse auch bei den wenigen internationalen ›Vorzeigestudien‹ in niedrig betroffenen Populationen immer mindestens bei der Hälfte der richtig positiven Befunde.

Die *unerwünschten Wirkungen* des Tests bzw. der Mitteilung des Testergebnisses werden deutlich, wenn man sich die Mitteilung vor Augen führt, die jedem symptomlosen Probanden mit positivem Testergebnis von seinem Arzt gegeben werden müßte:

›Gesetzt den Fall, das Testergebnis stimmt, so werden Sie nach den vorliegenden, sozialespidemiologisch durchweg kaum aussagefähigen Studien und nach den bisherigen Erfahrungen in einem Zeitraum zwischen einem halben Jahr und unbekannt vielen, vielleicht zehn oder mehr Jahren, nach der/den Infektionen (nicht etwa nach dem Test) mit einer unbekanntem Wahrscheinlichkeit Symptome (LAS, ARC) entwickeln und/oder am Vollbild Aids erkranken. Die

auf der Basis methodologisch vertretbarer Studien vorgenommenen seriösen Schätzungen für diese Wahrscheinlichkeit liegen zwischen 20 und 50 Prozent für eine Aids-Erkrankung nach zehn Jahren. Diese Quoten können sich durch längere Beobachtung der Krankheit sowohl nach unten als auch nach oben hin verändern. Wann die Krankheit ausbricht, wenn sie ausbricht, ist schwer zu sagen und hängt von weitgehend unerforschten Faktoren ab. Warum bei Ihnen, im Gegensatz zu einer unbekannt Anzahl anderer Menschen mit Viruskontakt, das Virus eingedrungen ist, weiß niemand. Die Existenz von Antikörpern in Ihrem Blut kann zweierlei bedeuten, entweder ist Ihr Immunsystem mit der (möglicherweise geringen) Anzahl eingedrungener Viren fertig geworden, oder, das ist wahrscheinlicher, in Ihrem Körper findet derzeit ein Auseinandersetzungsprozess mit offenem Ausgang statt. Wie Sie den Prozeß in Ihrem Körper, wenn es ihn überhaupt gibt, beeinflussen können, weiß auch niemand. Lassen Sie sich da von den wie bei jeder medizinisch unbeherrschbaren Krankheit aus dem Boden schießenden Quacksalbern nichts vormachen. Wahrscheinlich ist es das beste, einfach gesund zu leben. Am wichtigsten sind vielleicht eine positive Lebenseinstellung und eine gesicherte soziale Existenz. Auch scheint Angst vor der Krankheit die Krankheit befördern zu können, während emotionale Wahrnehmungs- und Ausdruckskraft, das Akzeptieren Ihrer selbst und Ihrer Sexualität sowie insgesamt ein aktiver Umgang mit dem eigenen Leben und der Krankheit bremsend oder verhindernd wirken können. Das ist allerdings leider nicht sehr spezifisch, denn dies gilt eigentlich als Lebensregel für jede Person und verbessert allgemein die Gesundheits- und Lebenschancen. Hinsichtlich der spezifischen Aids-Prävention gelten die gleichen Regeln, die auch besser vorher für Sie gegolten hätten: Safer Sex und Einmalspritzen. Wenn Sie irgendwann eine Symptomatik ›unterhalb‹ von Aids entwickeln (LAS, ARC), so kann dies in einem unbekannt Zeitraum und mit einer nicht bestimmaren Wahrscheinlichkeit später in Aids übergehen. Sollten Sie zu der unbekannt großen Gruppe derer gehören, die *irgendwann* am Vollbild Aids erkranken, werden Sie nach dem *heutigen* Stand des Wissens über palliative, symptomatische und kurative Interventionsmöglichkeiten der Medizin mit einer Wahrscheinlichkeit von über 80 Prozent an diesem Syndrom sterben.«

Es ist evident und müßte jedem Beteiligten klar sein, daß eine solche lebensbedrohlich und zum Teil notwendigerweise zynisch klingende Mitteilung in erster Linie eine tiefe psychische Verletzung, einen ›life event‹ darstellt. Darunter versteht die sozialmedizinische Forschung plötzliche und von außen kommende lebensverändernde Ereignisse. Sie beeinflussen den gesundheitlichen Status so stark, daß das Erkrankungsrisiko des Betroffenen spezifisch und unspezifisch, physiologisch und psychologisch beträchtlich steigt, auch im Hinblick auf Aids.

Dies ist bislang eine zwar plausible, aber in bezug auf Aids unbewiesene Hypothese. Bewiesen ist hingegen das unmittelbare gesundheitliche Ergebnis: Bis zur Hälfte der Probanden erkrankt an der Mitteilung eines positiven Testergebnisses – ganz nach der Definition der Reichsversicherungsordnung: es kommt zu behandlungsbedürftigen Depressionen, zu Anomie, Panik, Hysterie, Verlust rationaler Handlungskontrolle etc. Experten schätzen, daß es bei jedem Tausendsten zum Selbstmord kommt.

Der Test ist wie jedes pharmakologisch wirkende Mittel vom Bundesgesundheitsamt zugelassen. Hätten die psychiatrischen bis hin zu den suizida-

len ›unerwünschten Wirkungen‹ dabei auch ein nur annähernd gleiches Gewicht wie unerwünschte physiologische Wirkungen bei der Zulassung von Arzneimitteln: der HIV-Antikörpertest hätte vernünftigerweise nie eine Chance auf Zulassung gehabt. Jedenfalls nicht für den ungezielten Masseneinsatz.

Für die pragmatisch zu beantwortende Frage des Einsatzes ergibt sich aus dieser kurzen Gegenüberstellung eine generelle Zurückhaltung bei Einsatz des Tests, sorgfältige vorherige und nachherige Beratung mit Sicherstellung von Auffangmöglichkeiten im Falle eines positiven Testergebnisses sowie eine strenge Indikationsstellung im Einzelfall bei sorgfältiger Abwägung zwischen den nur mit Unsicherheit zu erzielenden erwünschten Wirkungen, den mit hoher Wahrscheinlichkeit eintretenden unerwünschten Wirkungen auch bei bestimmungsgemäßem Einsatz, im Hinblick auf den jeweils verfolgten Zweck.

III

Die Diskussion über Zulässigkeit, Sinnhaftigkeit oder gar gebotene Indikation des HIV-Antikörpertests an symptomlosen Menschen leidet nicht nur darunter, daß die Unsicherheit der erwünschten und das Ausmaß der unerwünschten Wirkungen meist nicht beachtet werden. Sie wird zusätzlich dadurch erschwert, daß der mit der Feststellung des Serostatus letztlich verfolgte Zweck meist nicht klar benannt wird. Von diesem Zweck aber und seiner gesundheitlichen bzw. gesundheitspolitischen Bewertung ist abhängig, ob die in Abschnitt II genannten Unsicherheiten und Schäden in Kauf genommen werden können oder nicht. Resümierend ist wohl festzuhalten, daß die Meßlatte des mit dem Test erzielbaren Nutzens schon ziemlich hoch gelegt werden muß.

Der Nutzen kann dabei – theoretisch – in einer Effektivierung der Prävention, einer Verbesserung der medizinischen Behandlung oder im Zuwachs an Wissen für diese Zwecke liegen.⁸ In letzter Instanz geht es also immer um Beiträge zur Risikominderung. Prinzipiell soll jedes Risiko so weit wie möglich abgesenkt werden. Diese Minimierungs-Maxime findet ihre Grenze dort, wo Aids-bezogene Risiken mit zivilisationsverträglichen Strategien bereits auf oder unter das Niveau allseits akzeptierter Gesundheits- und Lebensrisiken gesenkt werden können und jede weitere, meist infinitesimale oder gar nur spekulative Risikominderung nur um den Preis der massiven Verletzung von Persönlichkeitsrechten oder des repressiven Umbaus ganzer Gesellschaftsbereiche zu haben ist. Solche differenzierten Risi-

kostrategien sind meist auch effektiver als die dogmatische Orientierung auf das Null-Risiko. Der Abstand zwischen Sexualität und Tod zum Beispiel ist durch Aids wohl unwiderruflich und auf eine neue (zusätzliche) Weise geschrumpft. Es kommt u. a. darauf an, ihn durch intelligente Strategien möglichst groß zu halten und der Sexualität damit möglichst großen Entfaltungsraum zu erhalten.

Im folgenden werden sieben Zwecke erörtert, für die der Test gefordert, zum Test aufgefordert oder auch real getestet wird.

1. Bei der Prävention und Bekämpfung von übertragbaren Krankheiten gibt es im Prinzip zwei Strategien. Die erste Strategie (*Suchstrategie*; klassische Seuchenstrategie) steht unter der Leitfrage: Wie ermitteln wir möglichst viele individuelle Infektionsquellen, und was können wir tun, um diese Infektionsquellen stillzulegen? Strategien dieses Typus haben auch bei den klassischen Infektionskrankheiten nie den entscheidenden Beitrag zum Sieg geleistet. Im Kampf gegen sexuell übertragbare Krankheiten waren sie nur dort von (eingeschränktem) Nutzen, wo die Krankheit sofort sicher diagnostizierbar und leicht therapierbar war (Syphilis)⁹ und die betroffenen Populationen in einem besonderen Gewaltverhältnis zum Staat standen (z. B. kasernierte Soldaten mit de facto staatlich organisierter Prostitution).

In bezug auf Aids sprechen noch weitere Gründe gegen den Einsatz dieser Strategie. Vor allem der Umstand, daß Aids von den heute bekannten die am schwersten übertragbare Krankheit ist. HIV wird faktisch ausschließlich in den eng umgrenzten Situationen des ungeschützten penetrierenden Geschlechtsverkehrs und der Benutzung unsteriler Spritzbestecke bei i.v.-Drogenbenutzung übertragen. Dabei handelt es sich um Situationen, in die sich Menschen freiwillig hineinbegeben.¹⁰ Für das Verhalten in Risikosituationen gelten für Infizierte und Nichtinfizierte die gleichen Regeln: die sachgerechte Benutzung von Kondomen und Einwegspritzen bietet einen Schutz, der in der Größenordnung allgemein als »sicher« akzeptierter Schutzimpfungen liegt.^{10a} Weltweit hat sich deshalb in den Ländern mit einer den Prinzipien der Rationalität, der Aufklärung und Effektivität verpflichteten Gesundheitspolitik die Überzeugung durchgesetzt, daß Strategien der systematischen (und damit immer auch: zwangsweisen) Suche nach Infizierten im Verhältnis zu dem dafür erforderlichen gesellschaftlichen und zivilisatorischen Aufwand »zu teuer« und auch ineffektiv sind. Denn zu diesem Zweck müßte eigens ein gewaltiger Polizei- und Kontrollapparat geschaffen werden, gegen den sich der »Deutsche Herbst« 1977 wie ein harmloses Spiel im Kinderladen ausnehmen würde. Zudem würde man mit dem Faktum Zigtausender fälschlich als seropositiv identifizierter Menschen leben müs-

sen. Einige tausend falsch negativ diagnostizierte Menschen würden gleichzeitig das Virus – dann wirklich ahnungslos – weitertragen. Außerdem würden mit einer solchen Aktion Zigtausende psychiatrisch bzw. psychotherapeutisch behandlungsbedürftiger »Fälle« und einige hundert Suizide produziert, von der weit über Aids hinausgehenden Hysterisierung der Gesamtbevölkerung noch ganz abgesehen.

Trotz der auch international sehr weitgehenden Ablehnung von Strategien der »Dingfestmachung« von Infizierten gibt es auch in der Bundesrepublik noch zahlreiche offene und verdeckte Anhänger dieses Strategietypus.¹¹ Im bayerischen Maßnahmenkatalog werden Ansätze dieser Strategie – mit beträchtlichem Flurschaden für die Aids-Prävention und für die Zivilisation – zumindest symbolisch an den sich hierfür anbietenden Gruppen der Fixer, der Prostituierten, der Gefangenen, der Beamtenanwärter und der Asylbewerber exekutiert.¹² Bis heute gibt es keine auch nur halbwegs fundierte Hypothese über die gesundheitspolitische Wirksamkeit dieses Ansatzes; die Begründung erschöpft sich in dem bequemen »Das haben wir immer so gemacht«. Die Vertreter der Suchstrategie haben sich durch das wissenschaftliche und politische Fiasko ihres Ansatzes nicht entmutigen lassen: sie tauchen überall auf, wo die Rede davon ist, den Test möglichst breit einzusetzen und bestimmte Gruppen »zwangszutesten«. Es geht dann um den »Fuß in der Tür«.

2. Notwendig ist der Test zweifellos in der *Forschung*. Angesichts immer noch großer Zonen von (qualitativen und quantitativen) Ungewißheiten über den äußeren *Übertragungsmechanismus* (wie kommt das Virus in die Blutbahn? wieviel Spermia bzw. Blut oder Virus ist erforderlich?) sowie über physische, psychische und soziale *Kofaktoren* sowohl der Infektion (wer nimmt das Virus auf und entwickelt Antikörper?) als auch des Übergangs in die Krankheit (wer wird nach wie langer Zeit krank?) besteht ein beträchtlicher Bedarf nach epidemiologischer und vor allem *sozialepidemiologischer Forschung*. Für solche Forschungen muß getestet werden. Weltweit haben sich hierfür bislang immer ausreichend viele Freiwillige gefunden, die in Kenntnis der für sie damit verbundenen Risiken an solchen Studien teilnehmen. Der Engpaß liegt hier in der Qualität der Forschung: die Mindeststandards in der Zusammenstellung, in der Erhebung vor allem nicht-medizinischer Parameter und der Auswertung werden in der Mehrzahl nicht erreicht.¹³

Ins Spiel gebracht wird der Test auch immer wieder als Mittel der Forschung zur epidemiologischen Messung. Dabei geht es um die Beantwortung der Frage, wie hoch der *Durchseuchungsgrad* der Bevölkerung und

wie groß infolgedessen die auf uns zurollende Welle der Aids-kranken und an Aids sterbenden Menschen ist. Gefordert wird zu diesem Zweck entweder die Testung einer »repräsentativen Bevölkerungsstichprobe« oder eine Totalerhebung (Durchtestung der gesamten Bevölkerung). Diesem Ansatz liegen mehrere Denkfehler zugrunde:

a) Die Wahl der adäquaten Präventionsstrategien gegen Aids (öffentliche und betroffenennahe Kampagne zur strukturgestützten Verhaltensbeeinflussung mit dem Ziel möglichst flächendeckender und zeitstabiler Benutzung von Kondomen und sterilen Spritzbestecken in Risikosituationen) ist unabhängig davon, ob nun 30 000 oder 100 000 Menschen das Virus in sich tragen und deshalb in Risikosituationen weitergeben können.

b) Eine »repräsentative Bevölkerungsstichprobe« für die HIV-Durchseuchung kann es nicht geben, da die »repräsentative« Verteilung der Risiken aufgrund zahlreicher offener Forschungsfragen in bezug auf den »äußeren Übertragungsmechanismus«, die Kofaktoren, die Latenzzeiten und die Ausbruchswahrscheinlichkeiten nicht ermittelt werden kann. Schon die allergrößte Klassifizierung der risikotragenden Gruppen stößt auf nicht behebbare Wissenslücken und nicht überwindliche Erhebungsprobleme: die Anzahl der immer oder häufig homosexuell aktiven Männer liegt wahrscheinlich irgendwo zwischen 1 und 2,5 Millionen, zwischen 50 000 und 200 000 Menschen bringen sich intravenös Drogen bei, der Prostitution gehen wahrscheinlich zwischen 200 000 und 400 000 Menschen nach, über das Ausmaß der hetero- und homosexuellen Promiskuität liegen nur vage Schätzungen vor, etc. Über die Verteilung von Risikoverhalten in diesen Gruppen läßt sich ebenfalls nicht viel sagen. Elementare Voraussetzungen der Erhebung einer in bezug auf Aids-Gefährdung »repräsentativen Bevölkerungsstichprobe« sind damit nicht gegeben, so daß sich die gravierenden Fragen der Freiwilligkeit der Teilnahme an einer solchen Untersuchung nicht stellen. (An den gleichen offenen Fragen scheitert auch jede Validitätskontrolle der speziell bei Apokalyptikern sehr beliebten Hochrechnungen und Prognosen.¹⁴) Ein Durchtesten der Bevölkerung für Forschungszwecke kommt angesichts der oben skizzierten »Kosten« eines solchen Unterfangens ohnehin nicht in Frage. Denn für die Prognose notwendiger Betreuungs-, Behandlungs- und Bettenkapazitäten und der finanziellen Belastung des Sozialversicherungssystems sind solche, nur um den Preis eines extrem »starken Aids-Staates« zu gewinnenden Daten nicht erforderlich. Ebenso wenig werden sie benötigt, um Präventionskampagnen zu evaluieren und laufend zu verbessern. Dieser Informationsbedarf kann ohne jede Repression aus den derzeit verfügbaren vier »Meßstellen« für die Verbreitung des Virus und der Krankheit hinreichend fundiert befriedigt werden:

– Jährlich fallen in der Bundesrepublik einige Millionen Blutspenden an, die ohnehin untersucht werden müssen und fast ausschließlich aus soziologisch zumindest grob bestimmbareren Bevölkerungsgruppen stammen, die subjektiv davon ausgehen, daß sie nicht Aids-gefährdet sind. (Von den Hauptbetroffenengruppen wird der Aufruf, kein Blut zu spenden, so gut wie vollständig befolgt.)

– Seit Februar 1987 werden die positiven Testergebnisse aus den zum Bestätigungstest ermächtigten Labors (Western blot) in anonymisierter Form zentral statistisch erfaßt.

– Mit sozialepidemiologisch fundierten Kohortenstudien auf der Basis von Information, Freiwilligkeit und Betreuung lassen sich problemlos Erkenntnisse über Verbreitung und Entwicklung von Aids in mehr oder weniger oder gar nicht risikotragenden Gruppen gewinnen.

– Die Fälle der Vollbilderkrankung an Aids werden mit hoher Meldetreue (höher als bei gesetzlichen Meldepflichten!) beim Bundesgesundheitsamt auf freiwilliger Basis gemeldet.

Durch eine soziologisch und epidemiologisch angeleitete Interpretation der Daten aus diesen vier ohnehin vorhandenen Quellen lassen sich in bezug auf Aids bessere und härtere Informationen über die Inzidenz (Neuinfektionen pro Zeiteinheit) und die Prävalenz (Anzahl der Infizierten bzw. Kranken zu einem Zeitpunkt) gewinnen als über die meisten anderen wichtigen Krankheiten in unserem Land. Von einer wissenschaftlich adäquaten Nutzung dieser Möglichkeiten kann aber gegenwärtig kaum die Rede sein, auch und gerade nicht durch jene, die statt dessen nach ›mehr Tests‹ rufen.

3. Differenziert ist der Test als Bestandteil einer *spezifischen medizinischen Behandlung* zu interpretieren. Zweifelsfrei erforderlich ist er im Rahmen der Ausschluß- und Differentialdiagnose, wenn Symptome vorliegen, die auf Aids oder seine unklaren Vor- bzw. Frühformen LAS oder ARC hindeuten. Wegen der Unsicherheiten der Testaussage kommt der HIV-Antikörpertest dabei erst *nach* der Prüfung von weniger ›invasiven‹ Diagnosealternativen in Betracht. Die Diagnose ›symptomlos HIV-infiziert‹ kann nur in Verbindung mit einer individuellen Risikoanamnese gestellt werden.

Unklar ist die Lage hinsichtlich möglicher *Interferenzen mit anderen Medikamenten*: Vereinzelt Befunde deuten darauf hin, daß zum Beispiel die Impfung mit Lebendimpfstoffen für HIV-Antikörperträger eine gesundheitliche Gefährdung darstellen kann. Auch die (medizinisch ohnehin häufig fragwürdige) Cortison-Behandlung könnte ein Risiko für HIV-Antikörperträger bedeuten. Wird ein solcher Verdacht durch Studien erhärtet, so würde sich daraus eine – eng eingegrenzte – Testindikation ergeben.

Zwar werden weltweit zahlreiche Medikamente erprobt, mit denen schon in der Phase der Symptomlosigkeit interveniert werden soll, um die Wahrscheinlichkeit des Krankheitsausbruchs zu vermindern, den Zeitpunkt des Ausbruchs der Krankheit hinauszuschieben oder die Infektiosität während der Symptomlosigkeit zu senken. Das Konzept der *Früherkennung zwecks Frühbehandlung* (Sekundärprävention) ist in seiner epidemiologischen Wirksamkeit auch hinsichtlich der Programme zur Krebsfrüherkennung etc. strittig.¹⁵ Probleme mit völlig neuen Dimensionen entstehen hier mit der Entwicklung der Genom-Analyse.¹⁶ Generell öffnet sich seit einigen Jahrzehnten die Schere zwischen den diagnostischen Möglichkeiten und den therapeutischen Fähigkeiten der Medizin, es kommt zunehmend zur Produktion von medizinischen Damoklesschwertern.

Aber während auf anderen Feldern wenigstens relevante Fraktionen der medizinischen Profession der Ansicht sind, daß es auch schon vor dem Auftreten von Symptomen eine risikomindernde oder lebensverlängernde Therapie gibt, ist dies bei HIV bzw. bei Aids nicht der Fall. Bislang hat kein einziges Medikament die Hürden der für den Masseneinsatz zwingend notwendigen klinischen Erprobung überwunden. So lange gibt es auch weder nach den weltweit anerkannten Regeln der ärztlichen Kunst¹⁷ noch nach der Reichsversicherungsordnung eine Indikation zur Früherkennung zwecks Frühbehandlung. Das kann (und wird sich wohl) irgendwann ändern. Es käme dann zu einer punktuellen Interessenüberschneidung zwischen den generellen Testbefürwortern und Hunderttausenden von potentiell Infizierten vor allem aus den Hauptbetroffenengruppen. Weil dies so ist, kursieren über neue Therapeutika praktisch wöchentlich neue Gerüchte, die oft genug aus medizinisch oder medizinpolitisch unseriösen Quellen stammen. Zum Teil wird auch gefordert, Medikamente zu diesem Zweck vorzeitig zuzulassen. Demgegenüber ist darauf hinzuweisen, daß die Hürden der Arzneimittelzulassung zum Beispiel durch die FDA in den USA weltweit als vorbildlich gelten und daß das gegenwärtig in der Bundesrepublik gültige Reglement des Arzneimittelgesetzes nicht zuletzt als Reaktion auf die Contergan-Katastrophe konstruiert wurde. Es steht zu hoffen, daß angesichts der Brisanz des Problems die Zulassungsbehörden (speziell das Bundesgesundheitsamt) und die beteiligten Wissenschaftler stark genug sein werden, dem Druck auf die qualitative Absenkung der Zulassungsstandards seitens marktinteressierter pharmazeutischer Unternehmen und dem gleichgerichteten Sog aus den hauptbetroffenen Gruppen, namentlich der organisierten homosexuellen Männer, zu widerstehen.¹⁸ Im Zuge der Erprobung von Therapeutika und erst recht von Impfstoffen wird es ohnehin noch zu heiklen ethischen Problemen kommen.

Im Rahmen medizinischer Behandlung ist die Testung von Spenderblut, Blutprodukten, Transplantaten und Samenspenden zwingend erforderlich. Das nicht eliminierbare Restrisiko wird auf ca. 1:1 000 000 geschätzt.

4. Eine immer wieder behauptete Testindikation stellt auch die *Verhinderung von Neuinfektionen* außerhalb der bekannten Risikosituationen dar. Besonders in Krankenhäusern und Einrichtungen der Drogentherapie, aber auch in Schulen, Betrieben und Gefängnissen wird oft der obligatorische HIV-Antikörpertest zum Schutz von Personal und Mitpatienten/Kollegen/Mitinsassen gefordert. Umgekehrt wird – teils als bloße Retourkutsche – auch die Forderung des Zwangstests für »körpernahe« Berufsgruppen (Ärzte, Pflegepersonal, Friseure, Köche etc.) erhoben.

Zunächst ist festzuhalten, daß auch in diesen Institutionen außerhalb der bekannten Risikosituationen ein relevantes Infektionsrisiko nicht besteht. Zwar ist die Anzahl der wahrscheinlich durch Blutkontakt mit Aids-Kranken in Krankenhäusern (Nadelstichverletzungen, Einbringen von infiziertem Blut in offene Wunden) Infizierten mittlerweile weltweit auf ca. 10 gestiegen. Ein Infektionsrisiko in diesen Bereichen kann danach nicht mit letzter Sicherheit ausgeschlossen werden, ist aber in jedem Fall extrem gering. Die ungeklärten bzw. wahrscheinlichen Fällen sind vor dem Hintergrund von mittlerweile Hunderttausenden von Expositionsjahren von Ärzten, Pflegepersonal und Angehörigen im Umgang mit Aids-Kranken und in Relation zu den sonstigen Berufs- und Lebensrisiken zu sehen. Zudem sind diese Infektionen in der Mehrzahl bei Patienten aufgetreten, deren Serostatus bzw. Aids-Erkrankung bekannt war. Der Test hätte keine Erhöhung der Sicherheit gebracht.¹⁹ Auch die US-amerikanischen Centers for Disease Control (CDC) sind deshalb nach wie vor bei ihrer bisherigen Einstellung geblieben: Einhaltung der Hygieneregeln im Krankenhaus, so als sei jeder Patient infektiös (z. B. mit HIV oder dem 20-100mal leichter übertragbaren Hepatitis B-Virus), kein Screening bei Krankenhausaufnahme.²⁰ Derzeit wird trotz klarer Rechtslage und trotz wiederholter Aufforderung seitens der Bundesregierung, seitens des Nationalen Aids-Beirats und auch seitens der Enquete-Kommission des Bundestages auf breiter Front gegen dieses Gebot verstoßen. Dahinter steht oft weniger der Wille zu mehr Prävention als vielmehr das Motiv, wenigstens hier »den Fuß in die Tür« zu bekommen.

Immer noch fordern einzelne Landesversicherungsanstalten und Einrichtungen der Drogentherapie den HIV-Antikörpertest als Voraussetzung einer stationären Drogentherapie. Angesichts der Motivationslage der Rehabilitanden und der in den Einrichtungen leicht zu organisierenden Prä-

vention (Kondome) ist dies als präventions- und rehabilitationsfeindlich anzusehen. Besonders absurd ist die Situation in Gefängnissen²¹: Solange der Knast gegen die Evidenz als sex- und drogenfreier Raum definiert wird und deshalb die technischen Voraussetzungen der Prävention (Kondome, Spritzbestecke) ausgesperrt bleiben, kann über die Sinnhaftigkeit von Testprogrammen nicht ernsthaft diskutiert werden. Faktum ist, daß eine nicht infizierte Person, die im Gefängnis mit i.v.-Drogen in Berührung kommt, mit hoher Wahrscheinlichkeit infiziert wird: An den wenigen eingeschmuggelten Spritzbestecken (»Stationspumpen«) »hängen« bis zu 25 Personen, der Drogenfluß in die Gefängnisse konnte trotz aller repressiven Bemühungen niemals unterbrochen werden. Vor allem Gelegenheits-Homosexualität ist im Gefängnis ständige und weitverbreitete Praxis.

Auch in Bildungseinrichtungen und Betrieben führt der Test nicht zu einer Steigerung der Aids-Sicherheit. Das gilt auch für Friseure, Köche, Masseure etc. Der HIV-Antikörpertest als faktische Einstellungsvoraussetzung im Rahmen betriebs- oder amtsärztlicher Einstellungsuntersuchungen bringt keinerlei gesundheitlichen Nutzen.

5. Eine jüngst entdeckte »Indikation« für den HIV-Antikörpertest bildet der *Schutz der Allgemeinheit vor infektionsbedingten psychischen und mentalen Ausfällen von Infizierten*. Da Aids in vielen Fällen auch das zentrale Nervensystem betrifft, wobei es in späteren Krankheitsphasen zu schweren psychischen und mentalen Schäden kommen kann, wird gefordert, z. B. Jumbo-Piloten obligatorisch zu testen, da diese sonst mitten über dem Atlantik plötzlich durchknallen und den Vogel ins Meer versenken könnten. Weltweit gibt es keinen Fall, und zwar nicht nur nicht bei Jumbo-Piloten, bei dem es ohne vorherige Symptomatik zu solchen Störungen gekommen wäre. Zudem werden sämtliche Piloten in kurzen Abständen mehrstündigen, sehr ausgefeilten neurologischen Provokations- und Reaktionstests ausgesetzt. Die dabei eingesetzten Methoden erfassen die psychische, mentale und neurologische Leistungsfähigkeit weit sicherer und genauer, als jeder HIV-Antikörper-Befund dies je könnte. Im übrigen würden sich hier beträchtliche Probleme der Grenzziehung ergeben: Lokomotivführer, Busfahrer, Sportpiloten, Taxifahrer, Autofahrer, Verantwortungsträger ... sie alle gehen mit vitalen Gefährdungspotentialen um und verfügen nicht einmal wie die Piloten über den Kopiloten und ausgefeilte technologische Sicherungssysteme. Die immer wieder ins Spiel gebrachte Debatte über die Piloten gehört deshalb ebenfalls zum Kapitel »Fuß in der Tür«.

6. Gesellschaftlich strittig ist die Frage, ob der Test sinnvoll im Rahmen der gegenwärtig gesundheitspolitisch dominanten *Lernstrategie* eingesetzt werden kann und soll. Diese Strategie steht unter der Leitfrage: Wie organisieren wir möglichst schnell, möglichst flächendeckend und möglichst zeitstabil den gesellschaftlichen Lernprozeß, mit dem sich die Individuen, die Institutionen und die gesamte Gesellschaft auf das Leben mit dem vorläufig wohl unausrottbaren Virus einstellen können? Dabei soll ein Maximum an präventivem Verhalten erreicht werden, während zugleich Diskriminierung, Ausgrenzung und andere Gesundheitsschäden zu minimieren sind.²²

Die Einbeziehung des Tests in diese Strategie steht unter dem zunächst einleuchtend klingenden Motto: »Nur wer seinen Serostatus kennt, verhält sich verantwortungsbewußt.« Insoweit dem die Vorstellung zugrundeliegt, daß fehlendes *Wissen* ein Hinderungsgrund für präventives Verhalten sei, basiert dies auf zwei Denkfehlern: Zum einen gelten für Nichtinfizierte und für Infizierte im Zweifel, das heißt in Risikosituationen, die gleichen Präventionsregeln; *die müssen gewußt* werden (und zwar nicht nur mit dem Kopf). Zum anderen weisen sämtliche Berichte aus Aids-Beratungsstellen, Aids-Hilfen, Gesundheitsämtern, Arztpraxen und Teststellen übereinstimmend darauf hin, daß Menschen, die tatsächlich infiziert sein *könnten*, dies auch in aller Regel wissen. Die Gegenprobe gibt es auch: Die extrem wenigen HIV-Antikörperträger unter den Blutspendern stammen, geht man den Fällen nur genügend nach, durchweg aus risikotragenden Gruppen. Die Figur des »ahnungslos andere Menschen ansteckenden Infizierten« ist ein gesundheitspolitisches Phantom aus der Trickkiste der Apokalyptiker.

Ist es also kein Defizit des Wissens, das durch den Test im Rahmen der Lernstrategie behoben werden soll, so kann es sich nur um ein *Motivationsproblem* handeln, sozusagen in Umkehrung des Satzes: »Was ich nicht weiß, macht mich nicht heiß.« Soll der Test in diesem Sinne eingesetzt werden, so ergeben sich zahlreiche methodologische und auch ethische Probleme, die meist übersehen werden:

– Der Test wird – in Kenntnis seiner unerwünschten Wirkungen – nicht zum gesundheitlichen Nutzen des Patienten angewendet, sondern zum Nutzen der »Gesundheit der Bevölkerung«. Der gesundheitlich zum Teil massive Schaden, der dem Probanden damit zugefügt wird, wird in Kauf genommen. Der Arzt nimmt dabei den Standpunkt der Volksgesundheit gegen die Interessen seines Patienten ein. Da liegt das ethische Problem.

– Das methodologische Problem ergibt sich daraus, daß die »an sich« *unerwünschte* Wirkung des Tests (nämlich das Warten auf das Testergebnis, die Mitteilung desselben und die psychische Verletzung besonders dann, wenn

es positiv ist) zur eigentlich *erwünschten* gemacht wird. Dem liegt die Hypothese zugrunde, daß die Phase des Wartens bzw. die Mitteilung des Ergebnisses einen für die Prävention sinnvollen psychischen ›Schock‹, zumindest aber einen Lernimpuls auslöst. Solche Verschiebungen – ursprüngliche unerwünschte Wirkungen werden im Zuge von Therapieentwicklungen zu erwünschten Wirkungen – kommen in der Medizin häufiger vor. Sie stellen die medizinischen und nicht-medizinischen Gesundheitswissenschaftler allerdings zwingend vor die Aufgabe, *vor* der massenhaften Anwendung eines derart riskanten ›epidemiologischen Therapeutikums‹ dessen Wirksamkeit zu erproben und unter Beweis zu stellen.

Es ist für alle Zeiten festzuhalten, daß der Test breit, ungezielt und unkontrolliert zum Zweck der Verhaltensbeeinflussung eingesetzt wurde und wird, ohne die damit verbundenen Probleme der Ethik und der Wirksamkeit auch nur annähernd zu klären. An diesem Punkt waren die Regeln der Kunst nicht stark genug, um dem Druck aus Panik, Ausgrenzungswünschen und Diskriminierung zu widerstehen. Die gesundheitspolitische Leitlinie der Bundesregierung: »Wer soll sich testen lassen? Jeder, der glaubt, er könnte sich angesteckt haben« ist insofern ein klarer Verstoß gegen die Regeln der Kunst.²³

Sollen nun – quasi im nachhinein – die Rationalität und die ethische Zulässigkeit dieses Ansatzes geprüft werden, so ergibt sich – grob vereinfacht – folgendes Bild²⁴: Weltweit liegen über 40 Studien vor, die – meist am Rande anderer Fragestellungen – die Fragen behandeln: Entschluß zum Test, Vornahme des Tests, Mitteilung des Testergebnisses, Reaktion auf positive wie negative Testergebnisse. Die meisten dieser Studien wurden von Medizinern durchgeführt, denen dabei offensichtlich nicht immer klar war, daß sie mit solchen Fragen das Feld naturwissenschaftlich begründeter Therapie, Kuration und Betreuung endgültig verlassen und sich auf Gebiete begeben, deren Regeln von den Verhaltenswissenschaften (Psychologie, Sexualwissenschaft, Soziologie etc.) untersucht und beschrieben werden. Dies führt zum Teil zu haarsträubenden methodologischen Defiziten. Aus dem vorliegenden Material läßt sich nicht belegen, daß Test und Ergebnismitteilung eine nachhaltig positive Wirkung auf das präventionsrelevante Verhalten ausüben. Die durch Test und Ergebnismitteilung erzielbaren (zeitstabilen?) Verhaltensänderungen liegen nicht höher als diejenigen, die durch eine professionell gestaltete und betroffenennah durchgeführte Strategie der Verhaltensbeeinflussung (Aufklärung und Beratung) zu erzielen sind. Selbst wo es einen statistischen Zusammenhang zwischen Testteilnahme und gutem Präventionsverhalten gibt, sagt dies noch nicht viel über die Kausalität: Die internationale Literatur ist sich darüber einig, daß der entscheidende Schritt

zur Prävention dann getan ist, wenn ein Mann sich entschließt, etwas gegen Aids zu tun, zum Beispiel sich persönlich beraten zu lassen.

In der Effektivität der Präventionsbemühungen unterscheiden sich Länder, die massiv auf (freiwillige) Testung setzen, wie Schweden, nicht von Ländern, in denen namentlich promisk lebenden Menschen vom Test abgeraten wird (›Testentmutigungspolitik‹ in den Niederlanden). Länder mit anerkannt erfolgreicher Präventionsstrategie wie die Schweiz fordern nicht explizit zum Test auf. Der in San Francisco (unter völlig anderen Rahmenbedingungen) erreichte faktische Stillstand in der Ausbreitung von Aids ist ebenfalls nicht Produkt einer Testkampagne, sondern einer professionell ausgefeilten Verhaltensbeeinflussung in der gay community.

Jede Testkampagne bringt in bezug auf das Präventionsziel auch unerwünschte Wirkungen hervor: Signifikant viele negativ Getestete verhalten sich trotz aller Aufklärung nach dem Test riskanter als vorher. Das gleiche gilt auch für eine offenbar verschwindend geringe Gruppe der positiv Getesteten. Sie sind unter dem hier diskutierten Aspekt weniger als ›Kriminelle‹ und ›Desperados‹ zu betrachten, sondern als das iatrogene Ergebnis eines nicht fundierten ›Therapiekonzepts‹.

Aus der Summe der Studien läßt sich eine ganz andere Schlußfolgerung ziehen: Entscheidend für den Präventionserfolg ist nicht der Test, sondern die Qualität der Präventionskampagne und besonders der persönlichen Beratungen. Qualität und Quantität der individuellen Präventionsberatungen (nicht: Testberatungen!) wären zu maximieren. Sie bestehen aus

- einer individuellen Risikoanamnese (gab oder gibt es überhaupt ein relevantes Risiko?),
- einer individuellen Risikoaufklärung (wo kann man sich nicht infizieren, wo liegen reale Risiken?),
- einer individuellen Präventionsberatung (persönliche Erörterung der Schutzmöglichkeiten des Kondoms und der Einwegspritzen, individuelle, einführende Erörterung der für Aids-Prävention notwendigen Verhaltensänderungen und der Widerstände dagegen).

Dann erst ist in einem die Lebensform und die Lebensweise des Klienten akzeptierenden Gespräch die Frage zu erörtern, ob ein Test indiziert ist. Die Entscheidung darüber muß in letzter Instanz eine nicht nur formal *freie* Entscheidung des Klienten sein. Und zwar nicht aus irgendwelchen sozialromantischen Gründen, sondern unter dem Gesichtspunkt der maximalen Effektivität von organisierten Lernprozessen. Die Testentscheidung ist (keineswegs schematisch) in Abhängigkeit von der Lebenssituation und dem Lebensstil des Klienten von diesem selbst zu treffen. Menschen, die in der Vergangenheit ›einmal‹ oder ›hin und wieder‹ Risikosituationen durch-

lebt haben, von denen aber sowohl aufgrund eigener Einschätzung als auch aufgrund der Einschätzung des Beraters (ein ›guter« (?) Vorsatz in bezug auf Sexualverhalten ist noch keine Änderung des Lebensstils oder gar der sexuellen Identität!) zu erwarten steht, daß sie hinfort kein Risiko mehr eingehen werden (das heißt, daß sie im Zweifelsfall außerhalb ihrer Primärbeziehung wirklich das Kondom benutzen), kann zu einem ›Bilanztest« geraten werden, wenn ihnen damit eine für sie wichtige Sorge genommen wird. Allerdings entsteht dabei ein Dilemma: Der Ratschlag zum Test ist umso eher zu vertreten, je geringer die Wahrscheinlichkeit eines positiven Testergebnisses ist. In diesen Gruppen (zum Beispiel regelmäßig monogam lebende Hetero- und Homosexuelle mit gelegentlichen Seitensprüngen) ist aber auch die Wahrscheinlichkeit von falsch positiven Befunden und damit von artifiziellen Lebenskatastrophen besonders hoch. In *jedem Fall* ist der Ratschlag zum Test nur vertretbar, wenn die Unsicherheit der Aussage und die Tragweite eines positiven Testergebnisses *vor* dem Test vermittelt werden konnten und wenn zugleich geklärt ist, wie im Falle eines positiven Befundes die Krise aufgefangen werden soll.

7. Schließlich wird der HIV-Antikörpertest auch als Bestandteil *individueller Sicherheitsstrategien* diskutiert. In der Mehrzahl der Fälle dürften individuellen Entscheidungen für den Test fragwürdige, nicht zu Ende geführte und Leichtsinns stiftende Überlegungen zugrunde liegen. Auf der anderen Seite gibt es Konstellationen, in denen unter Beachtung des Selbstbestimmungsrechts vom Test nicht abgeraten werden sollte. So kann zum Beispiel Frauen, die schwanger werden möchten bzw. es schon sind, die Güter- und Risikoabwägung für sie selbst und ihr Kind in letzter Instanz nicht abgenommen werden. Wer in der Vergangenheit verschiedentlich Risikosituationen durchlebt hat und dies subjektiv für die Zukunft ausschließen zu können glaubt, verlangt auch häufig nach dem Test. Übersehen wird meist die Unsicherheit der Antwort. Überdies berichten Aids-Berater übereinstimmend, daß jeder und jede mit einem negativen Testergebnis rechnet, auch wenn er/sie in der Beratung das Gegenteil sagt. Die Folgen eines positiven Testergebnisses werden trotz Beratung meist nicht konkret antizipiert. Auch hinsichtlich der jeweiligen Konsequenzen für die Beziehungskonstellation und der Sicherheit der Prognose Aids-sicheren Verhaltens ergeben sich hier für die Beratung komplizierte, nur je individuell zu lösende Probleme.²⁵

Eine letzte Gruppe mit oftmals überhaupt nicht erfüllbaren individuellen Sicherheitsbedürfnissen stellen die quantitativ zunehmenden Aids-Hysteriker dar, die – meist ohne jedes zugrundeliegende Risiko – die Aids-Hilfen,

Beratungsstellen, Gesundheitsämter und Arztpraxen nach jeder aktuellen Horrormeldung verstärkt heimsuchen. Diesen Menschen ist oft nur mit einem negativen Testergebnis zu helfen. Aber nicht immer: Es sind Fälle bekannt, in denen solche Opfer der Aids-Berichterstattung sich bei verschiedenen Institutionen mehr als zehnmal haben testen lassen.

Anmerkungen

- 1 Vgl. Rolf Rosenbrock, *Aids kann schneller besiegt werden – Gesundheitspolitik am Beispiel einer Infektionskrankheit*, Hamburg 1986 (¹1987). Einiges davon findet sich auch im Zwischenbericht der Enquete-Kommission des Deutschen Bundestages, *Gefahren von Aids und wirksame Wege zu ihrer Eindämmung*, BT-Drucksache 11/2495 vom 16. 6. 88, Bonn. Eine Kurzfassung des Buchs (dp 86-210: *Aids und präventive Gesundheitspolitik*) gibt es beim WZB, Reichpietschufer 50, 1000 Berlin 30. Der Zwischenbericht ist als Broschüre (*Aids: Fakten und Konsequenzen*) beim Deutschen Bundestag, Bundeshaus, 5300 Bonn 1, zu haben. Beides kostenlos.
- 2 Thomas McKeown, *The role of medicine – dream, mirage or nemesis?*, Oxford 1979. Deutsch: *Die Bedeutung der Medizin für die Gesundheit*, Frankfurt 1982.
- 3 Vgl. Heinz Harald Abholz, »Das Dilemma medizintechnischer Innovation«, in: *Technologie und Medizin*, Argument-Sonderband 141, Berlin 1986, S. 29 ff.
- 4 Rolf Rosenbrock, »Prävention – warum sie nicht stattfindet und was zu tun ist«, in: *Dr. med. Mabase*, 12. Jg., Nr. 47, April/Mai 1987, S. 50 ff.
- 5 Frank Rühmann, *Aids – eine Krankheit und ihre Folgen*, Frankfurt/New York, ²1985.
- 6 Vgl. u. a. Günter Flatten/Peter G. Allhoff, *Aids als Problem der kassenärztlichen Versorgung*, Köln 1987, S. 21 ff., sowie als medizinisches Überblickswerk: G. P. Wormser/R. E. Stahl/E. J. Bottone, *Aids and the other manifestations of HIV-infection*, New Jersey 1987.
- 7 Vgl. o. V.: »Aids – Western-blot-Test in den USA oft unzuverlässig«, in: *Fortschr. Med.* 106. Jg. (1988), Nr. 11, S. 13.
- 8 Außer Betracht bleibt hier der Einsatz des Tests zur juristischen Beweissicherung im Rahmen von Straf- und Haftungsrecht. Aus gesundheitsbezogenem Gesichtswinkel ist auf den meist übersehenen Aspekt hinzuweisen, daß eine Beweissicherung, die antipräventive und gesundheitsschädliche Effekte auslöst, auch rechtlich nicht unproblematisch sein kann. Vgl. im übrigen: Manfred Bruns, »Aids, Alltag und Recht«, in: *MDR*, 41. Jg., Nr. 5, S. 353 ff., sowie Günter Frankenberg, *Aids-Bekämpfung im Rechtsstaat*, Baden-Baden 1988.
- 9 Vgl. hierzu vor allem die ausgezeichnete Studie von Allan M. Brandt, *No magic bullet. A social history of venereal disease in the United States since 1880*, New York, Oxford 1987.
- 10 Die Minimierung der Anzahl diesbezüglich unfreiwilliger Situationen (Vergewaltigungen) ist mit und ohne Aids eine nicht mit den Instrumenten der Seuchenstrategie zu lösende Aufgabe der Politik im weitesten Sinne.
- 10a Bertino Somaini (Vizedirektor des Bundesamtes für Gesundheitswesen der Schweiz), in: Deutscher Bundestag, 11. Wahlperiode, Enquete-Kommission Aids, 9. Sitzung v. 15. 10. 87 (sten. Prot.), S. 60.

- 11 Zum Beispiel: Gert G. Frösner, »Wie kann die weitere Ausbreitung von Aids verlangsamt werden?«, in: *Aids-Forschung (AIFO)*, 2. Jg. (1987), Heft 1, S. 61-65, sowie K. D. Bock, »Aids, die unbewältigte Herausforderung«, in: *AIFO*, 2. Jg. (1987), S. 357 ff. Vertreter der »Suchstrategie« übersehen regelmäßig, daß ihr Ansatz aus dem Gesundheitsproblem Aids ein Polizeiproblem macht, was – jenseits aller Zivilisations- und Bürgerrechtsfragen – verheerende Auswirkungen auf das gesellschaftliche Lernklima hat und ein gefährliches, weil falsches Gefühl von Sicherheit vermittelt. Zum Vergleich der beiden Strategien: R. Rosenbrock, »Politik mit und gegen Aids«, in: *Blätter für deutsche und internationale Politik*, 32. Jg. (1987), Heft 9.
- 12 Vgl. Bayerische Staatsregierung, »Aids: Vollzug des Seuchenrechts, des Ausländerrechts und des Polizeirechts. Bekanntmachung des Bayerischen Staatsministeriums des Inneren vom 19. Mai 1987, Nr. IE/IA/IC-5280-8.2/7/87«, in: *Ministerialamtsblatt der bayerischen inneren Verwaltung*, 39. (106.) Jg., Nr. 10, S. 246-256. Mit Maßnahmen nach diesem Zwangskatalog, der zeitlich und sachlich vor den bayerischen Maßnahmen zur Aufklärung und Betreuung in Kraft gesetzt wurde, konnten im ersten Halbjahr sechs Drogenbenutzer, ein Stricher, eine Prostituierte und zwei Asylbewerber amtlich als HIV-positiv ermittelt werden. Gegen 25 Personen aus Nicht-EG-Ländern, darunter 15 Prostituierte und 6 Fixerinnen, wurden »aufenthaltsbeendende Maßnahmen« ergriffen (vgl. *Der Spiegel*, Nr. 13/1988, S. 45 ff.). Unter Präventionsgesichtspunkten ist dieser Effekt kaum größer als null und mit Sicherheit um ein Vielfaches geringer als der am Lern-, Aufklärungs- und Beratungsklima angerichtete Schaden.
- 13 Vgl. beispielhaft H. R. Brodt/E. B. Helm/A. Werner/A. Joetten/L. Bergmann/A. Klüver/W. Stille, »Spontanverlauf der LAV/HTLV-III-Infektion«, in: *Deutsche medizinische Wochenschrift*, 111. Jg. (1986), Heft 31/32, S. 1175 ff., sowie die methodologische Kritik hieran in meinem Buch (vgl. Anm. 1), S. 96-100.
- 14 Vgl. Ulrich Clement, »Höhenrausch«, in: V. Sigusch (Hg.), *Aids als Risiko*, Hamburg 1987, S. 210-217, sowie Methodenkritik in meinem Buch (vgl. Anm. 1), S. 163-165.
- 15 Vgl. Heinz Harald Abholz, »Was ist Früherkennung, was kann sie leisten?«, in: *Grenzen der Prävention*, Argument-Sonderband 178, Hamburg 1988, S. 63-99.
- 16 Vgl. Rolf-Michael Catenhusen/Hanna Neumeister (Hg.), *Chancen und Risiken der Gentechnologie. Bericht der Enquete-Kommission des Deutschen Bundestages*, München 1987.
- 17 Vgl. die weltweit anerkannten Regeln in W. W. Holland/R. Detels/G. Knox (Eds.), *Oxford Textbook of Public Health*, Oxford 1985, sowie J. M. G. Wilson/G. Jungner, *Principals and practice of screening of disease*, WHO, Genf 1968/1971, sowie J. M. G. Wilson, »Some principles of early diagnosis and detection«, in G. Teeling-Smith (Ed.), *Surveillance and early diagnosis in general practice*, Office of Health Economics, London 1986. Eine sachlich analoge Regelung findet sich in § 181a RVO, wonach »Früherkennungsuntersuchungen« auf nicht behandelbare Krankheiten kein Bestandteil der Prävention oder Krankenversorgung im Rahmen der GKV sein können.
- 18 Vor allem in den USA hat sich im Umkreis der gay community in den letzten Jahren ein unüberschaubarer »grauer Markt« mit (noch) nicht zugelassenen Arzneimitteln bzw. Placebopräparaten entwickelt, die z. T. in »guerilla clinics« sowohl an symptomlos Infizierte als auch an Kranke verabreicht werden. Unter der Devise »Selbstbestimmung der Betroffenen« handelt es sich dabei um massenhafte freiwillige Menschenversuche mit z. T. nicht kontrollierbaren Risiken.
- 19 Vgl. Michael Ippen, *Zum Risiko einer berufsbedingten Übertragung der HIV-Infektion bei Gesundheitsberufen*, Literaturstudie im Auftrag der Gesundheitsbehörde Hamburg, 1988;

- sowie Centers for Disease Control, »Up-date: Acquired immuno deficiency syndrom and human deficiency virus infection among health-care workers«, in: *Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR)*, 37. Jg. (1988), S. 229-234.
- 20 Centers for Disease Control, »Up-date: HIV-infections in health-care workers exposed to blood of infected patients«, in: *MMWR*, 36. Jg. (1987), S. 285-289.
- 21 Vgl. Johann Singhartinger, *Aids als Anlaß – Kontrolle als Konzept. Entwicklungen am Beispiel Strafvollzug*, München 1987.
- 22 Vgl. R. Rosenbrock, »Soziale, medizinische und sozialwissenschaftliche Voraussetzungen der Prävention und Bekämpfung von Aids«, WZB-IIVG/pre87-209, Berlin (kostenloser Bezug, vgl. Anmerkung 1), abgedruckt u. a. in: *AIFO*, 3. Jg. (1988), S. 163 ff.
- 23 Die z. T. dominante Orientierung auf den Test mindert außerdem die Effektivität der staatlichen Präventionskampagne, weil auf diese Weise die wichtigste Präventionsbotschaft (safer sex und Einwegspritzen) mit der Testbotschaft »verrauscht« wird. Überdies wird gegen den Grundsatz verstoßen, daß Präventionsbotschaften so eindeutig und so simpel wie möglich sein müssen.
- 24 Vgl. Sigrid Michel, *HIV-Antikörpertest und Verhaltensänderung*, Literaturgutachten im Auftrag des Wissenschaftszentrums Berlin, Berlin 1988.
- 25 Vgl. Sophinette Becker/Ulrich Clement, »HIV-Infektion und Sexualität«, in: *Deutsches Ärzteblatt*, 84. Jg. (1987), S. 1223-1226, sowie Martin Dannecker, »Haben Sie Angst vor Aids?«, in: *Sexualmedizin*, 16. Jg., S. 294-298, sowie die Erörterungen in meinem Buch (vgl. Anm. 1), S. 123-126.