ECONSTOR
*Make Your Publications Visible.*

A Service of

ZBW Leibniz-Informationszentrum Wirtschaft
Leibniz Information Centre for Economics

Rosenbrock, Rolf

**Book — Digitized Version**

# AIDS kann schneller besiegt werden: Gesundheitspolitik am Beispiel einer Infektionskrankheit

**Provided in Cooperation with:**
WZB Berlin Social Science Center

*Suggested Citation:* Rosenbrock, Rolf (1986) : AIDS kann schneller besiegt werden: Gesundheitspolitik am Beispiel einer Infektionskrankheit, ISBN 3-87975-389-X, VSA-Verlag, Hamburg

This Version is available at:
https://hdl.handle.net/10419/112254

**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 kann schneller besiegt werden

*Dr.rer.pol. Rolf Rosenbrock*, Jg. 1945, zahlreiche Buch- und Zeitschriftenveröffentlichungen zur Arbeits-, Sozial- und Gesundheitspolitik.
Schwerpunkte: Soziale Ungleichheit vor Krankheit und Tod; Prävention; Arbeit und Gesundheit; Arzneimittelversorgung; Krankenkassen; Ökonomie und Struktur des Gesundheitswesens.

Seit 1977 am Schwerpunkt Arbeitspolitik im Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB). Seit 1977 Mitglied der Medizin-Redaktion der Zeitschrift DAS ARGUMENT.

Rolf Rosenbrock

# AIDS kann schneller besiegt werden

## Gesundheitspolitik am Beispiel einer Infektionskrankheit

Mit Vorworten von
Gerd Paul, Deutsche AIDS-Hilfe, Berlin
Dieter Eichenlaub, Rudolf-Virchow-Krankenhaus, Berlin

VSA-Verlag, Hamburg 1986

Gesamtverzeichnis des Verlages anfordern !
© VSA-Verlag 1986, Stresemannstr. 384a, 2000 Hamburg 50
Alle Rechte vorbehalten
Druck und Buchbindearbeiten: Evert-Druck, Neumünster
ISBN 3-87975-389-x

# Inhalt

Vorwort: Gerd Paul, Deutsche AIDS-Hilfe ..... 7
Vorwort: Dieter Eichenlaub, Rudolf-Virchow-Krankenhaus ..... 9
Danksagung ..... 10

**Einführung: Die Steuerung von AIDS** ..... 11

**1. Die medizinische Forschung** ..... 15

**2. Die Prävention** ..... 25
2.1 Infektionswege und Infektionssituationen ..... 32
2.2 Die Umsetzung wirksamer Prävention ..... 47
2.3 Die Zielgruppen der Prävention ..... 55
2.4 Die Träger der Prävention ..... 72
2.5 Zusammenfassung und Ausblick ..... 84

**3. Der Test auf HIV-Antikörper** ..... 89
Medizinisch sinnvoller Einsatz ..... 93
In der Epidemiologie ..... 94
Früherkennung und Screening ..... 101
Verhaltenssteuerung ..... 110
Testaussagen und Testfolgen ..... 115
Die Gründe für den Test ..... 118
Resümée und ein Vorschlag ..... 127

**4. Zusammenfassung: Die Regulierung von AIDS** ..... 133
4.1 Gesundheitspolitische Schlußfolgerungen ..... 133
4.2 Durchsetzungsprobleme ..... 142
4.2.1 Die ›normale‹ Gesundheitspolitik und AIDS ..... 142
4.2.2 AIDS als besonderes gesundheitspolitisches Problem ..... 146
4.2.3 Gesundheitspolitik, Repression — oder was? ..... 148
4.2.4 Probleme und Perspektiven der AIDS-Selbsthilfe ..... 154

**Anmerkungen** ..... 157

**Zitierte Literatur** ..... 178

# Vorwort von Gerd Paul
## Deutsche AIDS-Hilfe

Vor allem anderen ist AIDS eine schreckliche Krankheit. Jeder der vielen hundert Helfer in den z. Zt. fast 40 regionalen AIDS-Hilfen kennt das Gefühl der Wehrlosigkeit und Wut über das tückische Virus. Es begegnet uns in der Konfrontation mit dem Tod von Freunden und Freundinnen, im Kontakt mit den zum Teil sehr schwer Kranken, in allen Reaktionen auf den HIV-Antikörper-Test. Das Gefühl der Wehrlosigkeit begegnet uns auch im Umgang mit uns selbst.

Die Krankheit AIDS und ihre derzeitige Unüberwindbarkeit bergen auch die Gefahr, aus Angst die zuerst sichtbar gewordenen Betroffenengruppen der Schwulen, der Fixer und Prostituierten in ihren endlich erworbenen Freiheits- und Sozialrechten einzuschränken und einzuschüchtern. Damit können sich die Angst der Gesellschaft und die Angst der Gefährdeten gegenseitig verstärken.

Die Arbeit der AIDS-Hilfe lebt - und wächst - davon, daß diese Form der Angst überwunden wird oder besser erst gar nicht entsteht. Die Furcht vor der Krankheit kann uns dabei derzeit keiner nehmen, aber im Unterschied zwischen Angst und Furcht liegen die Quellen produktiver Handlungsfähigkeit.

Und die wird gebraucht: Ein wichtiges Ergebnis der hier vorgelegten Analyse besteht in der Benennung konkreter Vorschläge, wie der Kampf gegen AIDS erfolgreich geführt werden kann.

Der Autor kommt zu diesen politischen Forderungen im Ergebnis einer umfassend angelegten und stringent geschriebenen Argumentation. Er geht aus von der Regulierung der AIDS-Forschung, der er Defizite besonders auf den Gebieten der Krankheitsverhütung und -vorbeugung nachweist. Er zeichnet den Weg des Virus in den Körper nach. Dabei geht er von "Risikosituationen" aus. So überwindet er die bisherige Zuordnung der Krankheit zu "Risikogruppen" und die damit verbundenen gesundheits- und gesellschaftspolitischen Gefahren. Er zeigt, wer die Prävention organisieren kann und welche Arbeitsteilung dabei zwischen Selbsthilfe, Medizin und Staat zweckmäßig ist. Er unterbreitet fundierte Vorschläge für Inhalt und Vermittlung von Präventionskampagnen. Und er analysiert Entstehung, Verwendung und gesundheitliche Folgen des HIV-Antikörper-Tests in einer Schärfe, die man so noch nirgends gelesen hat. Die massiven Einwände Rosenbrocks gegen die Vornahme des Tests an "symptomlosen Probanden" können sicher nicht mit leichter Hand vom Tisch gewischt werden. Der Test ist jedenfalls kein Mittel der Prävention.

Sein Ergebnis, daß dieses Problem nicht allein von den Betroffenen und der Selbsthilfe bewältigt werden kann, sondern im Zusammenwirken mit Staat und Gesundheitsbehörden reguliert werden muß, wird in der AIDS-Hilfe weitgehend geteilt.

Die sorgfältige Analyse erstreckt sich auch auf das gesellschaftliche Umfeld der Krankheit. Dabei treten Faktoren und Interessen hervor, die bei Diskussionen über AIDS häufig gegenüber den "Alltagsproblemen" der AIDS-Hilfe und der Sorge vor zunehmender Repression in den Hintergrund treten: die Eigengesetzlichkeiten von Forschung, Medizin, Institutionen und Staat. Sie alle wirken auf den Umgang mit AIDS ein, oftmals stärker als die immer noch häufigen Medienentgleisungen.

Auch hier muß AIDS-Hilfe ansetzen, in Zukunft eher noch mehr. Die dafür notwendige sachliche Diskussion muß in der AIDS-Hilfe selbst und mit staatlichen und medizinischen Institutionen und ihren Repräsentanten geführt werden. Der Beitrag der Medien ist erwünscht, insoweit sie an der Berichterstattung über den ernsten Kampf gegen eine Krankheit und nicht an Effekthascherei interessiert sind.

Das vorliegende Buch ist ein von uns sehr ernst genommener Beitrag zu dieser Diskussion.

Wir sind der Ansicht, daß die im Buch enthaltenen Thesen und Forderungen in diesem Sinne aufgenommen werden sollten. Besonders naheliegend - und teilweise entscheidungsreif - erscheinen uns dabei drei Punkte:

- verstärkte Forschung zu Fragestellungen, die für Verhütung und Vorbeugung wichtig sein können, unter Einbeziehung der Sachkenntnis aus den betroffenen Gruppen: Voraussetzung der Prävention.

- Anpassung des Katalogs "gefährlicher Techniken" an neueste Forschungsergebnisse. Eine scharf konturierte Reduzierung der Risikosituationen und eine Ausweitung der Präventionskampagnen auf die gesamte, nicht monogam lebende Bevölkerung, Schwule und Heterosexuelle: Die Botschaft der Prävention.

- Die autonome Rolle der AIDS-Hilfe, die nur so glaubwürdig arbeiten kann und in Aufklärung, Prävention und Betreuung faktisch eine öffentliche Gesundheitsaufgabe erfüllt: Die Träger der Prävention.

Mit diesen drei Forderungen ist ein Rahmen abgesteckt, wie der Kampf gegen AIDS gesundheitspolitisch effektiv geführt werden kann.

In der Tat: So kann AIDS schneller besiegt werden!

Als Beitrag dazu wünschen wir diesem Buch zahlreiche und aufmerksame Leser. Berlin, im September 1986

# Vorwort von Dieter Eichenlaub
## Rudolf-Virchow-Krankenhaus

Wer in der Klinik täglich AIDS-Kranke sieht, weiß, daß die kurative Medizin einem Patienten einige Monate oder ein gutes Jahr helfen kann, dann sind ihre Mittel und menschlichen Möglichkeiten ausgeschöpft.

Was kann die präventive Medizin?

Virologie, Immunologie und klinische Forschung haben in bemerkenswert kurzer Zeit den Verlauf der Infektion und den Ursprung der AIDS-bezogenen Krankheiten entdeckt, aber ihr wichtigstes Ergebnis ist, daß die wissenschaftliche Medizin zur Zeit kein denkbares Modell aktiver Intervention hat. Öffentliches Gesundheitswesen und Epidemiologie haben bei uns nahezu nichts mehr mit Infektionskrankheiten zu tun; sie könnten in ihrer derzeitigen Verfassung auch nichts zur Lösung des Problems AIDS beitragen.

Genau gesehen kann die Medizin nach der weitgehenden Lösung des Transfusionsproblems nur eines: sie kann sagen, was sie nicht kann. Sie kann aus sich heraus keine Prävention verwirklichen.

Der Autor der vorliegenden Arbeit hat nicht einfach ein weiteres Buch über AIDS geschrieben, sondern er hat seine seit Jahren erarbeiteten Ergebnisse über Möglichkeiten und Grenzen der Prävention und den gesellschaftlichen wie politischen Umgang mit Gesundheit/Krankheit auf die besonderen Fragestellungen des AIDS-Problems angewendet.

Für einen Infektionskliniker, dem die Begriffe Epidemiologie und Präventivmedizin nicht fremd sind, ist die Argumentation faszinierend menschlich.

Für den Autor folgen die Voraussetzungen zur Prävention aus einer Analyse der Übertragungssituationen der Geschlechtskrankheit AIDS. Entscheidend ist die Art und Weise des sexuellen Kontakts und nicht die - mit und ohne Test - ungewisse Frage, ob ein Partner oder eine Partnerin infiziert ist. Wenige, klare Verhaltenskonsequenzen und nicht pauschale Ratschläge sind das Ergebnis der Analyse.

Ein "Test", der keine anderen Folgen hat, als einen Menschen seelisch krank zu machen, ist gewiß keine ärztliche Handlung; die reine Absicht, aus dem "Test" die Voraussetzung zur Prävention abzuleiten, ist unbedacht: wenn wir Ärzte dieses Ergebnis des Autors nicht unvermittelt verstehen, sollten wir die entsprechenden Passagen seiner Argumentation lesen.

Ob man dem Autor in seiner Beurteilung der Epidemie folgt, und wie man die Akzeptanz der vorgeschlagenen Maßnahmen einschätzt; eines ist sicher: nicht "die Medizin" kann nach ihren derzeitigen Möglichkeiten AIDS als Krankheit und als Epidemie besiegen, sondern menschliches Verhalten und menschliche Verhältnisse werden den Verlauf der Epidemie und den künftigen Rang von AIDS unter den anderen großen Infektionskrankheiten bestimmen.

Berlin, im September 1986

# Danksagung

Die Entstehung dieses Buches haben viele professionelle und Eigen-Experten durch Diskussion, Anregungen und Information begleitet. Ihnen allen bin ich für ihre Geduld und ihr Engagement am Thema dankbar. Einige mag ich vergessen haben, aber ganz sicher waren daran beteiligt: Heinz-Harald Abholz, Eugen Baranowski, Dieter Borgers, Inge Brockmann, Dieter Eichenlaub, Annegret Flagmeier, Hans Halter, Constanze Jacobowski, Bernd Jansen, Johanna L'Age-Stehr, Ulrich Marcus, Markus Nikolaou, Gerd Paul, Hans D. Pohle, Christoph Primm, Stefan Reiß, Jürgen Roland, Ian Schäfer und Roger Staub.

Zwei Institutionen haben mich bei dieser Arbeit umgeben: der Schwerpunkt Arbeitspolitik im Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB) und die Deutsche AIDS-Hilfe (DAH) in Berlin. Beide haben mich - wie auch mein Direktor und Kollege Frieder Naschold - durch viel Verständnis für meine hier wie dort etwas außerhalb der Routine liegende Aufgabe sehr unterstützt.

Beate Fischer-Economides, Katrin Kisker und Bärbel Lehmann hatten einen durch die Chaotik mehrerer Textfassungen erschwerten Kampf mit der neuen Technologie und gegen die Zeit zu bestehen. Sie haben ihn gewonnen. Ich danke ihnen.

R.R.

# Einführung: Die Steuerung von AIDS

Zwar sinken - zumindest in Westeuropa und in den USA - die Zuwachsraten der Neuerkrankungen erheblich.[1] Doch wird die Welt auch über das Ende dieses Jahrtausends hinaus mit der Infektionskrankheit der erworbenen Immunschwäche (AIDS) leben müssen. Vielleicht wird die Krankheit, wie bislang nahezu alle Seuchen, niemals gänzlich ausgerottet werden können. Von dieser traurigen Regel gelten die Pocken als einzige Ausnahme der letzten Jahrhunderte.

Bei günstiger (und wahrscheinlicher) Entwicklung wird AIDS eines Jahres einen unauffälligen Platz in der Statistik der Kranken und Toten einnehmen, möglicherweise noch unterhalb zum Beispiel der Tuberkulose. Diese Krankheit verbreitete vor hundert Jahren ähnliche Panik wie heute AIDS. Sie kostete sogar Millionen Menschen das Leben. Ihre Erreger - die 1882 von Robert Koch entdeckten Tuberkelbakterien - konnten niemals ausgerottet werden. Sie sind noch heute in unserer Umwelt überall (ubiquitär) vorhanden. Durch Verbesserung der Wohn-, Arbeits- und Lebensbedingungen sowie der Körperhygiene und durch Fortschritte der Medizin in Immunisierung und Therapie führt der Kontakt mit dem Erreger heute nur noch selten zur Infektion und die Krankheit nur noch selten zum Tod. Die Tuberkulose gilt heute deshalb - in Mitteleuropa - zu recht als besiegt. Allerdings: seit dem Auftreten der neuen Krankheit starben in der Bundesrepublik Deutschland immer noch zwanzigmal mehr Menschen an Tuberkulose als an AIDS.[2]

Eine neue Krankheit ist für die Gesundheitspolitik eine Herausforderung. Dabei entstehen zwei Aufgaben, die gleichermaßen rasch und effizient gelöst werden müssen: die Ausbreitung der Krankheit einzudämmen und die Möglichkeiten der Immunisierung und Therapie zu verbessern. Die bisherigen und die gegenwärtig absehbaren Entwicklungen im Umgang mit AIDS zeigen neben zahlreichen positiven Ergebnissen auch Defizite und Fehlregulierungen. Ihr Ausgleich könnte die mit dieser Krankheit verbundenen individuellen Katastrophen und gesellschaftlichen Gefährdungen in bedeutendem Umfang vermindern.

Gravierende Defizite und Fehlregulierungen im Umgang mit AIDS zeigen sich dabei auf allen wichtigen Teilgebieten einschlägiger Gesundheitspolitik. Sie sind sämtlich im Kern nicht AIDS-spezifisch, sondern finden sich - in jeweils anderen Ausprägungen - in der gesundheitspolitischen Bearbeitung aller großen Krankheiten der Gegenwart (F. Naschold et al. 2. Aufl. 1978; H.-H. Abholz 1980; R. Rosenbrock 1986).

Am gesundheitspolitischen Umgang mit AIDS werden insoweit einige Grundprobleme gegenwärtiger Gesundheitspolitik sichtbar. Im Folgenden ist deshalb zwar streng und durchgängig von AIDS die Rede. Zugleich steht der Umgang mit AIDS jedoch auch als Beispiel für gesundheitspolitische Fehlregulierungen, die weit über diese neu aufgetretene Infektionskrankheit hinausweisen.

Diese gesundheitspolitischen Fehlsteuerungen haben mittlerweile durchweg Formen von Institutionalisierung und stabiler Ressourcenverteilung gefunden. Sie sind damit teilweise sklerotisch verfestigt. Das Auftreten einer neuartigen Krankheit bietet in einer solchen Situation auch die Chance, innovative und insgesamt vorwärtsweisende Ansätze der Gesundheitspolitik zu entwickeln. Auch die sozialpsychologisch brisante Ein-

bettung von AIDS ist kein überzeugender Grund, nach Lösungen ausschließlich im alten Trott defizitärer Gesundheitspolitik zu suchen.

Eines der herausragenden Defizite der üblichen Gesundheitspolitik ist die systematische Untergewichtung der Prävention (vgl. E. Standfest et al. 1977; Th. McKeown 1979/82; R. Rosenbrock 1985).

Im folgenden sollen deshalb Möglichkeiten und Konzepte der Prävention von AIDS dargestellt und diskutiert werden. Dabei kommen drei Aspekte zur Sprache: (1) Die Entwicklung und Steuerung der medizinischen, klinischen AIDS-Forschung sowie der damit zusammenhängenden Defizite der Prävention; (2) individuelle und politische Strategien der Minimierung der Übertragungssituationen des HIV-Virus[3]. Schließlich wird (3) gezeigt, daß der HIV-Antikörper-Test an symptomlosen Probanden nicht nur nichts mit Prävention zu tun hat, sondern die iatrogene Produktion einer 'symptomlosen Patientengruppe' darstellt, mit dem darüber hinaus zahlreiche antipräventive Effekte erzielt werden.

Andere gesundheitspolitische Arenen der Auseinandersetzung mit oder des Kampfes gegen AIDS, wie z.B. die sozialrechtliche Regulierung oder der gesundheitspolizeiliche Umgang mit AIDS, werden im folgenden mehrfach gestreift. Sie haben nur indirekt - und bislang meist nur störend - etwas mit AIDS-Prävention zu tun.[4] Wegen der in ihnen liegenden gesundheitspolitischen Sprengkraft hätten sie eine ausführlichere Auseinandersetzung sicherlich verdient.[5] Nicht behandelt werden im folgenden Fragen der Betreuung, Pflege und Behandlung von Patienten, die an Aquired Immuno Deficiency Syndrome (AIDS) oder seiner unklaren, minderschweren oder Vor- oder Übergangs-Form, dem AIDS Related Complex (ARC) manifest erkrankt sind.

# 1. Die Medizinische Forschung

In verblüffend kurzer Zeit hat die medizinische Forschung ein beeindruckendes Gebäude des Wissens über AIDS errichtet: Zwischen der ersten Diagnose einer völlig neuartigen und hochkomplexen tödlichen Erkrankung an zunächst nur wenigen Patienten und der Identifikation des Retro-Virus lagen z.B. nur vier Jahre. Bis zur Entwicklung einer einsatzfähigen Diagnostik einschließlich des Antikörper-Tests dauerte es nur ein weiteres Jahr. Heute sind Struktur und Wirkungsmechanismen des Virus weitgehend entschlüsselt. Auch wenn selbst die optimistischen Forscher nicht zu sagen vermögen, ob bis zur Anwendungsreife wirksamer Impfstoffe und/oder Therapeutika noch drei, fünf oder sieben Jahre ins Land gehen werden: Die begehbaren Entwicklungspfade sind absehbar, Virologie und Immunologie haben das Problem in die Paradigmata ihrer Disziplinen integriert und arbeiten an seiner Lösung. An der Spitze des Wissensgebäudes wird also allem Anschein nach erfolgreich und in die richtige Richtung gearbeitet.

Gravierende Defizite der Forschung und des Wissens finden sich dagegen auf den unteren Etagen des Wissensgebäudes. Gerade hier - im Fundament und im Unterbau - liegen aber erfahrungsgemäß die wichtigsten wissensmäßigen Voraussetzungen für wirksame Prävention.

Nicht nur die naturgeschichtliche und geographische Herkunft des Virus sind noch unbekannt[6]; auch - was wahrscheinlich wichtiger ist - über die bedingenden, ermöglichenden, för-

dernden, hemmenden und ausschließenden Faktoren der Übertragung weiß man immer noch sehr wenig. Auch liegt hier kein erkennbarer Schwerpunkt der weltweiten AIDS-Forschung. Dabei weiß man aus dem Kampf gegen die 'alten' großen Infektionskrankheiten, daß der Keim (hier: das Virus) stets nur eine notwendige Voraussetzung der Infektion und der Krankheit ist. Die hinreichenden Bedingungen, an denen Prävention anzusetzen hat, lagen bislang immer in den sozialen, hygienischen und Ernährungs-Umständen sowie dem dadurch geprägten Verhalten der Betroffenen. Dieser Zusammenhang zwischen Erreger und Erkrankung wird hin und wieder auch von klinisch orientierten Medizinern explizit hervorgehoben: "Selbst der direkte Nachweis eines 'Erregers' besagt nicht, daß er auch der krankheitsbestimmende Faktor ist." (D. Eichenlaub 1985, S. 138)

Schon die Gründe für die riesigen Unterschiede der Betroffenheit zwischen Mann und Frau (Afrika 1:1[7]; BRD 20:1[7a]) sind unerforscht. Weiterhin warten simple Fragen des Übertragungsmechanismus auf Antworten durch die medizinische Forschung. Gesundheitspolitisch zwingend notwendige Präventionskonzepte sind deshalb weithin auf ungefähre und unpräzise Mitteilungen der Medizinforschung, manchmal auch auf bloß plausible Schlußfolgerungen angewiesen.

Schließlich warten auch Fragen nach den physischen, psychischen und sozialen Bedingungen des Ausbruchs der Krankheit auf nur durch Forschung zu gewinnende Anwortende. Angesichts von weltweit Millionen symptomloser Seropositiver[8] ein kaum verständliches, auf jeden Fall nicht hinnehmbares Defizit.

Seitdem die medizinische Forschung das Virus im Visier hat, jagt sie hinter ihm her und verfolgt es bis in die Zellstrukturen und seine/ihre Einzelteile. Dabei scheint zu-

nehmend die Tatsache aus dem Blick zu geraten, daß das Virus ja auch irgendwo herkommen muß und nur unter bestimmten und bestimmbaren Bedingungen die Entwicklung der Krankheit in ihren verschiedenen Stufen bewirken kann.

Vereinzelt wird dies auch von führenden AIDS-Klinikern so gesehen. W. Stille von der Frankfurter Universitätsklinik:

> "... es wird zu Unrecht so getan, als sei ausschließlich Retrovirus-Forschung die Lösung des Problems AIDS. Woran es hapert, sind ganz praxisnahe, vergleichsweise alltägliche Dinge. AIDS ist schließlich ohne Zweifel eine venerische Infektionskrankheit, eine Geschlechtskrankheit, offenbar in hohem Maße über Sperma übertragen. Alle möglichen Leute saugen sich derzeit Empfehlungen aus dem Daumen, wie man "Safer Sex" zu betreiben habe. Dabei weiß niemand Genaues über den zentralen Übertragungsmechanismus, an dem dann auch vorbeugende Maßnahmen ansetzen könnten. Um den zentralen Übertragungsmechanismus von AIDS kümmert sich aber überhaupt niemand in der Bundesrepublik, und die Diskussion um den Forschungsbedarf schwebt ständig in höheren 'Max-Planck-Sphären'..." (in: Armutszeugnis, 1985, S. 120).

Die Gründe für diese seltsame und in ihren gesundheitlichen Folgen schon jetzt wahrscheinlich verheerende Scherenentwicklung in der Produktion des Wissens liegen sicher nicht nur in der physiologischen Natur des Problems.[9] Hier hat die medizinische Forschung ihre erstaunliche Potenz bereits unter Beweis gestellt. Die Gründe liegen zum Teil und wahrscheinlich viel mehr in der Steuerung und Regulierung der Forschung: Die Jagd auf das Virus wird durch die Triebkräfte des Profitmotivs der forschenden pharmazeutischen Unternehmen, durch die Reputations- und Karriereanreize des medizinischen Wissenschaftssystems und die staatliche Subventionierung verläßlich angetrieben. Den Forschungen über die Bedingungen einer wirksamen Prävention (z.B. durch einen präzisen und minimierten Katalog der übertragungsriskanten Situationen und dessen sozial sensible und gezielte Vermittlung an die risikotragenden Gruppen), die sozialpsy-

chologische Unterstützung der Verallgemeinerung und Annahme solcher Kenntnisse (z.B durch eine Minimierung des Faktors Angst) oder aber die Möglichkeiten der Gesunderhaltung bereits Seropositiver (z.B. durch Minimierung physischer, psychischer und sozialer Ko-Faktoren) fehlen vergleichbare Schubkräfte und Anreize.
Dieses Defizit wäre forschungspolitisch anzugehen. Vor allem Staat und Selbsthilfebewegung könnten hier wichtige Akzente setzen, indem sie nicht nur einfach nach Art der Tonnen-Ideologen "mehr Forschung" fordern bzw. subventionieren, sondern stattdessen gezielt jene Forschungsfelder aktivieren, die in der Regulierungslogik industriell orientierter Medizinforschung - nicht nur bei AIDS - regelmäßig zu kurz kommen.

AIDS-Forschung hätte dabei freilich Entwicklungen zu vollziehen, die auch bei der Erforschung und Bekämpfung der wirklichen Volksseuchen unseres Jahrhunderts (Herz-Kreislauf-Krankheiten, Krebse, Rheuma, Alkoholismus etc.) nur schwer und zögernd in Gang zu setzen waren und sind: Sie muß ihren Blickwinkel auf die persönlichen und sozialen Entwicklungsbedingungen der Krankheit erweitern und dabei in gleichberechtigter Weise mit jenen Wissenschaftsdisziplinen zusammenarbeiten, die für die Erforschung dieser Bedingungen zuständig sind. Diese generelle Problematik bei der Bekämpfung von Volkskrankheiten hat Dieter Borgers (1981) an den scheinbar so weit auseinanderliegenden Beispielen der Tuberkulose, der Karies und der Hypertonie dargestellt.

Die offenen Fragen der AIDS-Forschung lassen sich konkret benennen: Zusätzlich zu und in Kooperation mit den heute dominanten Zweigen der virologisch-immunologischen und der Therapie-Forschung muß in multi- bis hin zu interdisziplinärer Arbeit mehr Licht in die im folgenden aufgeführten fünf Fragenkomplexe gebracht werden. Zum Teil handelt es sich

dabei um Fragen, die - weil auch für die Virologie und Immunologie von Interesse - von diesen Disziplinen schon angeschnitten sind. In diesen Fällen müssen die Forschungsfragen um präventionsrelevante Gesichtspunkte ergänzt werden. Zum anderen Teil handelt es sich um Fragen, zu deren Beantwortung Ergebnisse und Methoden aus Sozialwissenschaften, Sozialepidemiologie, Sexualwissenschaft, Psychologie, Physiologie und Ethnologie zusammengeführt werden müssen. Sämtliche hier angesprochenen offenen Probleme liegen auf Stufen bzw. Ebenen des Wissens, die der Forschung nach wirksamen Impfstoffen und/oder Therapeutika vorgelagert sind, sie beziehen sich also auf die 'unteren Etagen des Wissens' über AIDS.

a) Wie sieht die Verteilung der Risiken in der Bevölkerung aus? Welche Individuen und Gruppen lassen sich in welchen Zusammenhängen heute noch auf Situationen ein, die ein relevantes Übertragungsrisiko enthalten? Wie sind diese Gruppen sozial, sexuell, regional und ethnisch zu beschreiben?
   Zur Vermeidung von psychosozial bedingten Gesundheitsschäden muß aber heute bereits auch anders herum gefragt werden: Welche Gruppen erlegen sich heute aus Desinformation und Angst Schranken im Alltag und im sexuellen Verhalten auf, die mit der AIDS-Gefahr realistisch nicht begründet werden können?
   Die Beantwortung dieser Fragen ist vor allem wichtig für die zielgruppenspezifische Anlage von Aufklärungs- und Präventionsmaßnahmen. Der Gewinn bestünde vor allem in sozialepidemiologischer Beratung bei der Anlage und Verfeinerung von Präventionskampagnen, die zweckmäßigerweise in den Händen von Betroffenenorganisationen liegen (vgl. unten, Abschnitt 2.4). Halbwegs verläßliche Aussagen hierzu wären auch die einzig solide Ausgangsbasis für AIDS-Hochrechnungen aller Art. Die Frage nach dem

explikativen Wert von Hochrechnungen jenseits regionaler Bettenplanung würde allerdings auch durch eine bessere Fundierung nicht beantwortet.

b) Wie gelangt das Virus in die Blutbahn? Wie groß ist die 'kritische Masse' an Viren? Wie groß ist infolgedessen die 'kritische Masse' unterschiedlich virushaltiger Körpersekrete? Wie muß die Eingangspforte beschaffen sein? Sind Läsionen erforderlich, oder genügt der Kontakt virushaltiger Körpersekrete mit Schleimhaut-Gewebe? Wodurch erklären sich die insgesamt offenbar mehrere Zehnerpotenzen ausmachenden, möglicherweise aber auch risikoausschliessenden Unterschiede in den Resorptionswahrscheinlichkeiten zwischen Mastdarm-, Vaginal- und Mundschleimhaut? (Daß der Mundraum als relativ offenes Körper-Organ gegen eindringende Mikroben besser geschützt ist als - in offenbar unterschiedlichem Ausmaß - Vagina und Mastdarm, ist bekannt, müßte aber unter dem Gesichtspunkt der HIV-Infektion spezifiziert werden.) Welche Rolle spielen die mit der Applikationsform virushaltiger Sekrete erheblich variierende Dauer und Intensität des Virus- bzw. Sekretkontaktes mit der (verletzten und unverletzten) Schleimhaut?
Die Beantwortung dieser Fragen könnte die überwiegend auf epidemiologisch-beschreibender Ebene getroffenen Aussagen zur Verhaltensprävention (vor allem für Safer Sex, vgl. unten 2.1) konzeptionell fundieren und weitere Risiken ausschließen (oder ermitteln) helfen.

c) Unter welchen sozialen, psychischen, physisch konstitutionellen wie akuten Bedingungen wird aus einer ausreichend großen Virusinokulation in die Blutbahn ein 'wirksamer' Viruskontakt? Die Epidemiologie liefert Hinweise darauf, daß Menschen trotz erheblichen Viruskontaktes weder Antikörper gebildet haben noch krank geworden sind. In welchen Merkmalen unterscheiden sich diese Men-

schen und ihre Lebenssituationen von anderen, bei denen die gleiche Virus-Attacke 'erfolgreich' war?
Die Identifizierung der Ko-Faktoren des Virusbefalls könnte u.a. für größere Sicherheit, Flächendeckung und Verfeinerung von Präventionskampagnen wertvolle Erkenntnisse erbringen.

Diese und andere Fragen müssen vor einem potentiell lebensgefährlichen Mißverständnis bewahrt werden:

Dies sind Forschungsfragen, mit denen die Bedingungen geklärt werden sollen, unter denen ein Mensch trotz Viruskontakt gesund bleibt. Solche Fälle gibt es auf jeder Stufe des Infektions- und Erkrankungsprozesses in unterschiedlicher (meist ungeklärter) Anzahl bzw. Quote. Findet man heraus, warum diese 'Escaper' nicht erkranken, so lassen sich daraus möglicherweise verallgemeinerbare Maßnahmen und Strategien der Infektions- und Erkrankungs-Verhütung herleiten. Das gilt unabhängig davon, wie groß die 'Escaper'-Quote ist. Sie liegt in den Untersuchungen im Zusammenhang zwischen 'Risikofaktoren' und koronaren Herzerkrankungen z.B. Beispiel regelmäßig oberhalb von 90% (vgl. F. Friczewski et al. 1983), beim (trotzdem hochsignifikanten) Zusammenhang zwischen Rauchen und Bronchial-/Lungen-Krebs in ähnlichen Größenordnungen (vgl. F. Schmidt 1984). Bei symptomlosen HIV-Seropositiven, die nicht an AIDS erkranken, beträgt diese Quote nach dem derzeitigen Erkenntnisstand zwischen knapp 70% und 95% (vgl. dazu unten, Abschnitt 3).

Diese Überlegungen sind jedoch völlig ungeeignet für individuelle Schutzstrategien: Wenn jemand seine individuellen, sozialen, psychischen und physischen Ko-Faktoren für günstig hält, so ist er keineswegs gegen die Virus-Infektion quasi gewappnet (vgl. z.B. F. Ripploh 1985).

Individuelle Verhütungsstrategien können nur in dem Maße 'liberalisiert' werden, wie dies auf Basis epidemiologischer und medizinischer Befunde vertretbar erscheint (vgl. dazu unten Abschnitt 2). Individuell gilt im Zweifel zum Verhältnis zwischen Virus und Ko-Faktoren das Diktum von E. Helm (1986): "Das Virus allein reicht für eine Infektion." Hinzuzufügen ist: Wenn die Regeln der Prävention verletzt werden (vgl. unten, Abschnitt 2.1) und solange über Ko-Faktoren nicht mehr Wissen existiert.

d) Gibt es Bedingungen, unter denen das Virus von den angreifenden Antikörpern rechtzeitig - d. h. vor der RNS/DNS-Transkriptase in den befallenen Zellen - ausgeschaltet oder dauerhaft neutralisiert werden kann?
Die vorliegenden epidemiologischen Ergebnisse lassen hier die Existenz einer großen Fallgruppe vermuten. Die möglichen Erträge der Beantwortung dieser Frage sowohl für die primäre Prävention als auch für die sekundäre Prävention (Schutz vor Ausbruch einer latenten Krankheit bzw. Schutz vor Verschlimmerung einer bestehenden Erkrankung) als auch für die Therapie liegen auf der Hand.

e) Unter welchen Bedingungen wird aus einem symptomlosen Sero-Positiven ein ARC- oder AIDS-Kranker? Es deutet alles darauf hin, daß diese Bedingungen nicht nur in der Physiologie der betroffenen Menschen liegen. Von der Beantwortung dieser Frage hängt das Schicksal von weltweit Millionen Menschen ab, auf die diese beiden Merkmale (seropositiv und gesund) heute zutreffen.

Es ist evident, daß aussichtsreiche Interventionsmöglichkeiten, die sich aus Antworten auf die Fragen zu d) und e) ergeben, die weiter unten im Abschnitt 3 erhobenen Einwände gegen den Antikörper-Test an symptomlosen Menschen modifi-

zieren oder sogar gegenstandslos machen könnten.

Schon ein rascher Überblick über die Forschungslandschaft von AIDS erlaubt die These, daß diesen - für die Prävention von AIDS entscheidenden - Fragen weit weniger Aufmerksamkeit und weit weniger Ressourcen an Menschen, Zeit und Geld zufließen als der immunologisch-virologischen und Behandlungs-Forschung. Gesundheitspolitik steht damit in der akuten Gefahr, den gleichen Fehler zu wiederholen, den ihr Thomas McKeown (1979/82) anhand aller großen Infektionskrankheiten der Neuzeit nachgewiesen hat: Sie setzt beim Wettlauf gegen die Krankheit einseitig auf das naturwissenschaftliche Pferd, obwohl es nach all dieser Erfahrung nahezu unvorstellbar ist, daß dieses jemals oder gar schnell - alleine - siegt.

> "Medizinische Forschung und medizinische Dienste sind fehlgeleitet; was die Gesellschaft für das Gesundheitswesen ausgibt, stellt eine entsprechende Fehlinvestition dar, da bei der Mittelverteilung von falschen Annahmen über die Grundlagen menschlicher Gesundheit ausgegangen wird. Man betrachtet den Körper als Maschine, die vor allem durch direkte Eingriffe in ihre internen Vorgänge vor Krankheit und ihren Folgen geschützt werden könne. Diese Betrachtungsweise führte dazu, daß Umwelteinflüssen und persönlichem Verhalten - den wichtigsten gesundheitsrelevanten Faktoren - mit Gleichgültigkeit begegnet wurde. Auch zog sie eine relative Vernachlässigung der Mehrheit der Kranken nach sich, deren Probleme für klinische Interventionen, die im Zentrum des medizinischen Interesses stehen, keine Anwendungsmöglichkeiten bieten." (Th. McKeown 1982, S. 22)

Es geht - natürlich - nicht darum, die virologische und immunologische Forschung einzuschränken oder zu zügeln. Auch daß der Kampf gegen das AIDS-Virus absehbar die ersten wesentlichen Einbrüche der Gen-Technologie in die Humanmedizin zur Folge haben wird[10] und daß dabei auch noch viele Tiere sterben werden, wirft Probleme auf, die weit über die Infektionskrankheit AIDS hinausweisen und deshalb hier außer Betracht bleiben müssen. Worum es vielmehr geht, ist die problemadäquate Steuerung wissenschaftlicher Neugier auch auf

jene Wegstrecke, die das Virus zurücklegt, bevor es das Immunsystem endgültig ausschaltet und/oder in das zentrale Nervensystem eindringt.

Selbst wenn - was die optimistischste aller Annahmen ist - in fünf Jahren wirksame Impfstoffe und Therapeutika zur Verfügung stünden, könnte solche Forschung absehbar vermeidbare Opfer vermeiden helfen. Denn infiziert wird immer noch jeden Tag, und die große Masse der Seropositiven ist heute noch symptomlos und gesund.

# 2. Die Prävention

Krankheiten verhüten heißt, so früh wie wissenschaftlich begründbar und praktisch möglich in die Verursachungsketten einzugreifen. Da das Krankheits- und Sterbegeschehen in industrialisierten Ländern zu ca. 90% durch überwiegend chronisch verlaufende Krankheiten bestimmt ist, für die die Medizin kaum Heilung, sondern allermeist Symptomlinderung und Betreuung bereitstellen kann, stellt Prävention die eigentliche gesundheitspolitische Herausforderung dieses und wohl auch noch des nächsten Jahrhunderts dar (vgl. R. Rosenbrock 1982). Eine Dimension dieses Problems zeigen Berechnungen, nach denen in der Bundesrepublik z.B. im Jahre 1975 über 9 Millionen Lebensjahre durch vorzeitigen, d.h. prinzipiell vermeidbaren Tod verloren gegangen sind. (U. Geißler 1979).

Bislang sind die Erfolge auf diesem Gebiet eher bescheiden, die Schwierigkeiten liegen dabei vor allem auf drei Ebenen (vgl. R. Rosenbrock 1985):

- Wirksame Prävention kommt häufig nicht ohne Eingriffe in die autonomen Verfügungsbereiche überwiegend privater Unternehmen aus. Es geht dabei um die gesundheitsgerechte Organisation von Arbeitsprozessen, den Umgang mit der Umwelt und um die produzierten Produkte. Prävention scheitert hier meist an der Durchsetzbarkeit, auch der Staat kapituliert weithin.
- Oft sind es zu viele, oder nicht einmal hinreichend erforschte Faktoren, die aus einem gesunden Menschen im Laufe meist langer Latenzzeiten z.B. einen Herzkranken, ei-

nen Rheumatiker, einen Bronchitiker oder einen Krebskranken werden lassen. Wirksamer Krankheitsverhütung stehen damit häufig auch Defizite des Wissens entgegen.

- Schließlich (und damit erst drittens!) erweisen sich gesundheitsriskante Verhaltensweisen oftmals als sehr schwer beeinflußbar. Das gilt nicht nur für den Bereich der Sucht (Rauchen, Alkohol und andere Drogen), sondern auch für Verhaltensänderungen auf leichter zugänglichen Persönlichkeitsebenen. Daß 'die Gesellschaft' ein gerüttelt Maß an benennbaren und erforschbaren Anteilen an der Entstehung solch gesundheitsriskanter Verhaltensweisen hat, ist dabei wenig tröstlich: Es wird keine soziale Revolution ausbrechen, damit die Leute mehr laufen und weniger rauchen.

Nun ist es allerdings nicht so, als habe sich die Unmöglichkeit wirksamer Krankheitsverhütung sozusagen als anthropologische Konstante erwiesen. Vielmehr verweist gerade der Sieg über die infektiösen Volksseuchen des 19. Jahrhunderts (Tuberkulose, Pocken, Diphtherie, Kinderdiarrhoe etc.) auf die enorme Wirksamkeit vorwiegend nicht-medizinischer Prävention und medizinischer Immunisierung und Therapie (vgl. Th. McKeown 1979/82). Verbesserungen im Arbeits- und Verbraucherschutz sowie im Umweltbereich (Clean Air Acts in London und Pittsburgh, vgl. H.-H. Abholz/D. Borgers/K. Krusewitz 1981, 'blauer Himmel über der Ruhr' in den 60er/70er Jahren) zeigen, daß Fortschritte auch gegen mächtige wirtschaftliche und politische Interessen durchsetzbar sind.

Und auch das Gesundheitsverhalten ist prinzipiell beeinflußbar: Der Sieg über die Infektionskrankheiten wäre ohne durchgängige und tiefgreifende Veränderungen der persönlichen Körperhygiene nicht denkbar gewesen. Der planvolle Umgang mit modernen Antikonzeptiva zur Verhinderung lebensverändernder gesundheitlicher Ereignisse (unerwünschte

Schwangerschaft) hat sich innerhalb weniger Jahre ebenso flächendeckend durchgesetzt wie das unbequeme Anlegen von Gurten beim Autofahren. Prävention - so zeigt sich - ist also schwierig, aber machbar. Und: Sie ist offenbar desto erfolgreicher, je mehr sie mit positiven, das Eigeninteresse mobilisierenden Impulsen und Instrumenten betrieben wird.

Im Falle von AIDS liegen die Voraussetzungen für Prävention sogar vergleichsweise beglückend günstig: Mächtige ökonomische Interessen müssen nicht tangiert werden, um die Krankheit sicher zu verhüten, weil die Übertragung durch individuell mögliche Meidung der riskanten Situationen verhindert werden kann. Der Kenntnisstand hinsichtlich der Übertragungswege und Übertragungssituationen reicht - trotz der in Abschnitt 1 genannten, forschungspolitisch bedingten Defizite - auch heute schon aus, um wirksame und lebbare Verhaltensgebote zu formulieren.

Die Probleme wirksamer AIDS-Prävention können deshalb nur auf der dritten Ebene liegen: in der Schwierigkeit, Verhalten zu steuern, gesundheitsriskantes Verhalten auf breiter Front zurückzudrängen.

Weltweit stehen sich in dieser Frage in Wissenschaft und Politik zwei Lager gegenüber: die einen meinen, das wirksamste (oder gar das einzige) Motiv für die Unterlassung liebgewordener, aber gefährlicher Gewohnheiten und Praktiken sei die Angst. Die Angst vor Strafe, die Angst vor Liebesverlust, die Angst vor Krankheit, die Angst vor dem Tod. Es ficht die Vertreter dieser Linie nicht an, daß ihr Rezept zumindest in Gesundheitsfragen weder plausibel ist, noch sich jemals empirisch bewährt hat. Plausibel ist es nicht, weil Angst irrationales Verhalten von der Verdrängung bis hin zur Panik und zur Anomie (und damit erst recht Verstöße gegen die Gebote) auslösen kann. Plausibel ist es nicht, weil Angst

sich im Zeitablauf oder durch zuviele Ängste abnutzt (vgl. H. Keupp 1986). Plausibel ist es schließlich drittens nicht, weil von außen verstärkte Angst das Individuum geradezu daran hindert, eine eigenständige Verantwortlichkeit für sein Leben und sein Tun zu übernehmen. Hinter den Versuchen, gesundheitsgerechtes Verhalten durch die Vermittlung und Verstärkung von Angst zu steuern, steht ein zutiefst pessimistisches Menschenbild, das sich auf theoretisch haltbare Konzepte oder ausreichende empirische Erfahrungen nicht stützen kann, ebenso wenig wie sein blauäugig-optimistisches Gegenstück. Schließlich weiß man, daß der Bevölkerung durch das Vorzeigen abgehackter Raucherbeine und pechschwarzer Teerlungen das Rauchen nicht abzugewöhnen ist. Diese Versuche wurden wegen ihrer Erfolglosigkeit zu Recht eingestellt. Schließlich weiß man, daß der 'workoholic' sich durch die Drohung mit dem Herzinfarkt nicht davon abbringen läßt, immer wieder Arbeit mit nach Hause zu schleppen. Wer davon wieder runterkommt, hat vielmehr meist eine bessere und machbare Alternative für sich gefunden. Und schließlich weiß man auch sicher, daß eine angstgetränkte Umwelt die denkbar schlechtesten Voraussetzungen für die Entwicklung psychischer und damit auch physischer Widerstandskräfte gegen drohende Erkrankungen produziert (V. Sigusch 1986).

Das andere Lager dieser - wie gesagt: weltweiten - Kontroverse macht es sich nicht ganz so einfach. Es zielt nicht eindimensional auf das je individuelle psychische Reiz-Reaktionsmuster namens Angst - Vermeidungsverhalten. Stattdessen geht es von den je unterschiedlichen Bedürfnissen der Menschen und ihren je unterschiedlichen, psychisch und gesellschaftlich geprägten Verhaltensbedingungen aus. Es wird in diesem Rahmen nach Möglichkeiten gesucht, in dieses Spannungsverhältnis Strategien gesundheitsgerechten Verhaltens einzubauen. Solche Strategien werden - das zeigen die Erfahrungen vom Zähneputzen über Suchttherapien bis zum Jog-

ging und zum Fußballspielen - um so allgemeiner und konsequenter angenommen, je mehr sie das eigene Interesse (an einem guten Leben in Gesundheit) zum Ausgangspunkt machen, und je weniger heroische Leistungen sie im Alltagsverhalten fordern.
Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) faßt diese Voraussetzung für gesundheitsgerechte Änderungen der Lebensweise in der griffigen Formel zusammen: Make the healthy way the easy choice (vgl. A. Labisch 1984, 1985).

Durch AIDS ist für Menschen, die mit wechselnden Partnern übertragungsriskanten Geschlechtsverkehr haben, eine genau bestimmbare Veränderung bzw. Einschränkung ihrer sexuellen Aktivitäten zu einer objektiven Notwendigkeit geworden. Die Bereitschaft, angesichts dieser oder einer anderen Krankheit das Verhalten zu ändern, hängt nach S.F. Morin (1984, zit. n. F. Rühmann 1985) von folgenden Bedingungen ab: Menschen müssen sich durch die Krankheit persönlich gefährdet fühlen und der Überzeugung sein, daß dies schwere Konsequenzen für sie hätte. Sie müssen ferner davon überzeugt sein, daß Verhaltensänderungen tatsächlich die Krankheit verhindern können und daß sie auch die Möglichkeit haben, ihr Verhalten zu ändern. Auch brauchen sie einen Anlaß, sei es durch persönliche Erlebnisse, sozialen Druck von außen oder durch Unterstützung durch das soziale Umfeld. Hinzuzufügen ist, daß es um so wahrscheinlicher zu einer auch zeitstabilen Verhaltensanpassung kommt, je eindeutiger und handhabbarer die geforderte Veränderung ist und je leichter sie in die gewohnten Lebensvollzüge (mit all ihren Bedeutungsebenen) einpaßbar ist.
Zur Vermeidung von Mißverständnissen: Auch in diesem Ansatz spielt die Angst vor qualvoller Erkrankung und vorzeitigem Tod eine Rolle. Sie bleibt aber durch Vermittlung von Faktenwissen und durch Aufklärung auf der ihr im psychisch gesunden Menschen zukommenden Rolle der Furcht (Real-

Angst) und wird nicht künstlich hypertrophiert. Auch Instrumente von Kontrolle, Zwang und Sanktion sind mit diesem Konzept nicht prinzipiell unvereinbar. Ihre Anwendung und Dimensionierung richtet sich aber danach, ob sie tatsächlich Verhalten verändern können und ob ihre Anwendung nicht die positiven Effekte anderer gesundheitspolitischer Instrumente beeinträchtigt oder sogar aufhebt.

Einem weiteren Mißverständnis muß vorgebeugt werden: Es ist - bis auf ganz wenige Ausnahmen - unrealistisch, irrational und gefährlich, die vollständige Ausrottung einer Krankheit als Zielgröße der Gesundheitspolitik zu wählen.

Unrealistisch: Ein Blick auf die bis heute andauernde Geschichte der großen Infektionskrankheiten (Tuberkulose, Lepra, Syphilis, Malaria und vieler anderer mehr, bis hin zur banalen Lungenentzündung) zeigt, daß auch konsequente Gesundheits- bzw. Seuchenpolitik nicht mehr kann, als solche Krankheiten zu bändigen, d. h. sie auf untere Ränge in der Statistik der Krankheiten und Todesfälle zurückzuzwingen und dort zu halten.

Irrational ist dieses Ziel, weil es von der Schimäre der Möglichkeit eines gefahrlosen Lebens ausgeht. Tatsächlich ist jeder Lebensvollzug und auch die bloße Anwesenheit auf diesem Planeten aus tausenden von Gründen unter anderem gesundheits- und lebensgefährlich. Ein Blick auf das Millionengeschehen arbeitsbedingter Erkrankungen, auf die ca. 60.000 Verkehrstoten auf bundesdeutschen Straßen seit dem Auftreten von AIDS (K. W. Kern/W. Braun 1985, S. 235 ff; AIDS-Tote bis Ende Juni 1986: ca. 250) illustriert diese ebenso grausame wie banale Einsicht. Es ist verständlich, daß manche Berufsgruppen und speziell vielleicht Ärzte aufgrund ihrer professionellen Sichtweise Probleme haben, mit dieser Einsicht umzugehen. Sie werden in ihrem Studium, ihrer klinischen

Ausbildung und ihrem Berufsethos darauf trainiert, jedes einzelne Leben mit allen Mitteln ihrer Kunst zu erhalten, und sie kämpfen dabei oft bis zum Umfallen. Gleichwohl kann die daraus resultierende Sichtweise nicht der Blickwinkel der Gesundheitspolitik sein. Sie ist vielmehr dem epidemiologischen Blickwinkel verpflichtet. Ihr Bemühen gilt - unter Nutzung und Anerkennung der unverzichtbaren Leistungen der Individualmedizin - der erreichbaren Senkung von Erkrankungswahrscheinlichkeiten, der maximalen Minderung der Risiken innerhalb und außerhalb der Medizin (vgl. H.-H. Abholz 1984).

Wo immer es wissenschaftlich begründbar und politisch durchsetzbar ist, ist diese Herangehensweise mit Strategien der vollständigen Eliminierung des Risikos identisch. Nur: bei den meisten bekannten Problemen der Volksgesundheit ist mindestens eine dieser beiden Voraussetzungen eben nicht gegeben. Ein Verharren auf dem Null-Risiko-Denken führt dann nicht weiter.

Auf der anderen Seite gibt es Gesundheitsrisiken, bei denen eine Strategie der Senkung von Erkrankungswahrscheinlichkeiten im Sinne der Risiko-Minderung nicht vertretbar erscheint. Hierzu gehört - unter gesundheitlichen Gesichtspunkten - z.B. der Umgang mit dem Strahlenrisiko aus militärischen und zivilen Anlagen der Kernspaltung. Und zwar nicht etwa deshalb, weil infolge des Unglücks von Tschernobyl in der BRD zahlreiche Erkrankungen und Todesopfer zu erwarten wären. Sondern weil die Risikodimension einen qualitativen Sprung gegenüber den anderen, menschen-gemachten Risiken enthält: ein eingetretenes Risiko kann zu einer Millionenzahl von Opfern führen - das ist auch bei zivil gemeinten Anlagen wie Krieg.

Gefährlich wird die Zielgröße Null-Risiko dann, wenn wegen

ihrer Nichterreichbarkeit gangbare Wege vernachlässigt werden. Das führt dann oft zu Resignation oder zu totalitären Wahngebilden. Die Debatte um AIDS kennt Beispiele für beide Positionen.[11]

Im Kampf gegen AIDS hat eine Strategie der maximalen Risiko-Minderung ein einfach zu benennendes Ziel: die Minimierung der Anzahl der Übertragungssituationen in der Bevölkerung. Diese Risikosituationen sind identifizierbar, sie treten nur ein, wenn sich Personen bewußt in sie hineinbegeben.

AIDS-Prävention ist deshalb - zumindest beim derzeit gegebenen Wissensstand - zeitstabil wirksame Verhaltenssteuerung in potentiell riskanten Situationen.

Für den Entwurf und die Umsetzung von Strategien, die diesem Ziel näherkommen wollen, sind Kenntnisse aus mindestens fünf Bereichen bzw. Ebenen erforderlich:

- Infektionswege und -situationen,
- Einbettung der Übertragungssituationen in den Lebenszusammenhang der potentiell Betroffenen,
- Merkmale und Eigenarten der potentiell betroffenen Gruppen,
- Probleme und Wege der Vermittlung von handlungsleitendem Präventionswissen für die risikotragenden Gruppen,
- fördernde und behindernde Faktoren dieser Kommunikation.

## 2.1 Infektionswege und Infektionssituationen

Das medizinisch-physiologische Wissen über Infektionswege und -situationen ist wegen der oben beschriebenen Forschungsdynamik des Medizinsystems wahrscheinlich defizitärer als es - gemessen am allgemeinen Stand des Wissens über das

HIV-Virus - sein müßte. Der Grund ist im Kern einfach (vgl. oben Abschnitt 1.): Für die Erforschung der biologischen Voraussetzungen wirksamer Prävention gibt es mutmaßlich weder einen Nobelpreis, noch zeigen die weltweit um den Impfstoff konkurrierenden Pharmaunternehmen daran sonderlich großes Interesse. Die staatliche Gesundheitspolitik hat diese Regulierungsmängel der Forschung bislang kaum durch eigene Akzente der Steuerung kompensiert, da ihr individualmedizinisches Auge immer noch weit schärfer blickt als ihr präventives.

Gleichwohl lassen sich mittlerweile genügend Forschungsergebnisse zusammentragen und miteinander verbinden, um die Situationen, in denen das Virus übertragen wird, einzugrenzen. Diese Ergebnisse beruhen fast durchweg nicht auf Forschungen zum Übertragungsmechanismus, sondern auf empirischen (Langzeit-)Beobachtungen unter (begrenzt) kontrollierten Bedingungen. Die Forschungsfrage solcher Studien lautet also nicht: Wie wird das Virus wirksam übertragen? Sondern: Kommt es zu einer wirksamen Übertragung, wenn bestimmte Merkmale einer Übertragungssituation erfüllt sind?

Eine genetische Determiniertheit für AIDS zeichnet sich weder in der epidemiologischen noch in der virologischen Forschung ab (G. Hunsmann 1986, BT S. 142). Das Virus wird praktisch ausschließlich durch Sperma → Blut und Blut → Blut- Kontakte übertragen. Die Übertragungswahrscheinlichkeit durch Sperma scheint erheblich höher zu liegen als durch Blut, doch ist auch dies derzeit eine offene Forschungsfrage. Aus den mittlerweile zig-tausend Erfahrungsjahren im Umgang mit manifest ARC- und AIDS-Kranken in Klinik, Familien und Gefängnissen wissen wir, daß der auch enge Umgang mit Kranken keine Gefahren birgt. Dokumentiert ist weltweit der einzige Fall einer englischen Krankenschwester, die sich bei einem Klinikunfall frisch von einem manifest AIDS-Kranken

entnommenes Blut selbst injiziert hat und seropositiv wurde (D. Miller et al. 1986, S. 942). Zweitausend weitere Verletzungen von Krankenpflegepersonal mit Injektionsnadeln im Umgang mit manifest AIDS-Kranken wurden nachgeprüft - die Betroffenen blieben ausnahmslos seronegativ (F. Deinhardt 1986, in: SPD S. 8; vgl. auch E. McCray et al. 1986). Aus Familien und Gefängnissen ist kein Fall von Übertragung ohne riskanten Geschlechtsverkehr bekannt geworden, obwohl z.B. nicht infizierte Familienangehörige oftmals sogar Rasierapparate und Zahnbürsten mit den manifest Kranken geteilt hatten (vgl. z.B. B. R. Saltzman 1986).

Zu Beginn der AIDS-Forschung waren in epidemiologischen Studien an großen Gruppen noch bis zu 10% der Fälle unter 'no detectable risk' rubrifiziert worden. Sogar noch durch retrospektive Zweitbefragung der untersuchten Personen konnte diese Rate durchweg auf 1% und darunter gesenkt werden (vgl. A. M. Lekatsas et al. 1986; A. Lifson et al. 1986).

Die Übertragung des Virus durch Insektenstiche erscheint ausgeschlossen ('there is substantial evidence against transmission by human ectoparasites such as mosquitoes...'), doch wird hierüber an der London School of Hygiene and Tropical Medicine weiter geforscht (A. Zuckerman 1986, S. 1094).

Weltweit ist kein einziger Fall wirksamer Virusübertragung durch Speichel, Tränen, Schweiß, Talg, Nasensekret, Ohrenschmalz, Schuppen, Urin oder Kot gesichert. Nicht aufgeklärt ist weltweit ein Fall von Ansteckung von einem durch Blutprodukte infizierten Ehemann auf seine Ehefrau, bei dem wegen Impotenz die Übertragung durch Geschlechtsverkehr ausgeschlossen werden konnte.

Die offenbar extrem geringe Gefährdung im Umgang mit Körpersekreten bedeutet nicht, daß sie kein Virus enthalten

können. Zum Beispiel dürften bei einer Harnwegsinfektion durchaus virustragende Zellen (vor allem infizierte T-Lymphozyten) im ansonsten virusfreien Urin zu finden sein. Auch scheint es durchaus plausibel, daß mit dem Auftreten und der Zunahme von ARC- bzw. AIDS-Symptomen nahezu alle Körperausscheidungen potentiell infektionsträchtig werden. Aufgrund des fehlenden Nachweises von Virusübertragungen durch diese Sekrete und aufgrund der konzeptionell und empirisch sehr sicheren Eingrenzung der relevanten Übertragungssituationen (vgl. A. Lifson et al. 1986; A. M. Lekatsas et al. 1986) erscheint es vertretbar und geboten, die Prävention von AIDS auf diese bekannt riskanten Situationen zu konzentrieren.
Nimmt man dazu den durchgängigen, aber noch keineswegs hinreichend spezifizierten Forschungsbefund, daß Virusbefall und -konzentration bei Symptomträgern höher sind als bei symptomlosen Seropositiven (vgl. D. Osmond et al. 1986), so kann mit hinreichender Sicherheit geschlossen werden, daß ein enger, auch körperlich intimer Umgang bei Vermeidung der bekannten Risiko-Situationen zumindest mit symptomlosen Seropositiven übertragungssicher ist.

Damit sind fünf Gruppen von Übertragungssituationen eingrenzbar, in deren Verhütung der Schlüssel zum Erfolg der AIDS-Prävention liegt. Vier davon sind ausschließlich, die fünfte teilweise bzw. unter Umständen, mit dem Geschlechtsverkehr assoziiert. Es ist deshalb grosso modo zutreffend, AIDS als venerische Krankheit zu bezeichnen, deren Übertragung allerdings schwieriger ist als bei allen anderen bekannten Geschlechtskrankheiten und auch bei gleichen Konstellationen - aus ungeklärten Gründen - erheblich seltener vorkommt als die Übertragung von Hepatitis B (D. Miller et al. 1986, S. 942).

**1. Penis-Vaginal-Verkehr**

Angesichts der Dominanz dieser Technik des Geschlechtsverkehrs ist das klägliche Wissen über die damit verbundene Ansteckungsgefahr ein forschungspolitischer Skandal. Bislang steht - so weiß man vorwiegend aus Untersuchungen an Ehefrauen seropositiver Bluter, positiven Antikörper-Befunden bei Schwangeren[12] und aus Untersuchungen an Prostituierten - lediglich fest, daß dieser Übertragungsweg existiert und daß das Infektionsrisiko um eine bis mehrere Zehner-Potenzen niedriger liegt als z.B. beim Analverkehr (z.B. J. Stibbe et al. 1986). Vom Mann aus gesehen ist der Weg des Virus beim Geschlechtsverkehr weitgehend geklärt (und identisch mit der Höchstrisikosituation des Analverkehrs, s.u.): Vor der Ejakulation tritt - in unterschiedlicher Quantität - das Sekret der zum immunologisch relativ aktiven, und deshalb zügig infizierte Abwehrzellen produzierenden Prostata-Komplex gehörenden Cowperschen Drüsen (Lusttropfen) aus. Es kann infizierte T-Lymphozyten enthalten. Gleichfalls infektiös - auch bei symptomlosen Seropositiven - kann die ebenfalls aus der Prostata kommende Gleitflüssigkeit sein, die das Gros des Ejakulats ausmacht und die eigentlichen Spermien transportiert.

Die beträchtliche Risikodifferenz zwischen z.B. Vaginal- und Analverkehr erklärt sich deshalb plausiblerweise aus der Beschaffenheit der Vagina. Jedoch sind hier noch viele Fragen offen: Gibt es relevante Unterschiede im Resorptionsverhalten der Vaginal-Schleimhäute im Vergleich mit Anus/Mastdarm und Mundraum? Welche Rolle spielen dabei die verschiedenen Schleimhautschichten, z.B. das unverhornte Plattenepithel in der Scheide (V. Sigusch 1986)? Kommt es in den Vaginal-Schleimhäuten - generell oder beim Verkehr? - seltener oder zu anderen/geringeren Mikroläsionen?

Ähnlich vage sind die Kenntnisse über die Möglichkeiten der

umgekehrten Virusübertragung durch eine seropositive Frau auf den Mann beim Vaginalverkehr. Daß diese Möglichkeit ebenfalls besteht, ist gut belegt (z.B. Ch. Franzen et al. 1986; L.H. Calabrese et al. 1986). Es scheint, als sei diese Möglichkeit noch einmal um eine oder vielleicht mehrere Zehner-Potenzen niedriger anzusetzen als die Ansteckung Mann - Frau.

Auch von virologisch kompetenter Seite werden diese Wissenslücken nur mehr oder weniger achselzuckend konstatiert, wenn z.B. der Direktor des Münchner Max von Pettenkoffer-Instituts erklärt:

> "Warum sich die LAV/HTLV-III-Infektion nicht weiter und schneller in der heterosexuellen Bevölkerung ausgebreitet hat, verstehe ich nicht." (F. Deinhardt 1986, in: SPD, S. 12)

Angesichts der Tatsache, daß wir in einer weithin nicht-monogam lebenden, zu über 90% heterosexuellen Gesellschaft leben, muß eine Gesundheitspolitik, die diesen Namen verdient, Wege und Mechanisen dieses möglichen, quantitativ wichtigsten Übertragungsweges sehr schnell und sehr differenziert erforschen lassen.

Solange hier keine Klarheit besteht, müssen Gebote der Prävention für die gesamte nicht-monogame Bevölkerung im weiten Umkreis der bislang sichtbar gewordenen Betroffenen-Gruppen gelten und entsprechend propagiert werden.

## 2. Übertragung des Virus auf den Fötus (vertikale Transmission)

Die Bedeutung der AIDS-Prävention im heterosexuellen Verkehr erfährt eine gewisse Dramatik durch die Tatsache, daß Neugeborene infizierter Mütter ein Infektionsrisiko tragen. Die Übertragung des Virus muß dabei durchaus nicht uno actu

mit dem Zeugungsvorgang erfolgen; denn das Virus wird von der Mutter auf das Kind übertragen. 30 Prozent bis 90 Prozent der seropositiv geborenen Kinder erkranken an AIDS (J.G. Gluckman 1986, S.10). F. Chiodo et al. (1986) fanden bei Kaiserschnitt-Geborenen eine deutlich verminderte Infektionsrate. Dies verweist auf die Möglichkeit, daß der natürliche Geburtsvorgang selbst eine wichtige zusätzliche und vermeidbare Übertragungssituation darstellt.

### 3. Penis-Anal-Verkehr

Es ist mittlerweile unbestritten, daß dies der Haupttransmissionsweg des Virus ist. (G.J.P. van Griensven (1986: "the anal receptive dimension was predictive for the presence of anti-LAV/HTLV III "). Unklar ist nach wie vor, ob das Virus nur durch Lusttropfen und Sperma oder auch durch Mikro-Läsionen an der Penis-Schleimhaut austritt. Unklar ist weiterhin, ob die infizierten Zellen durch die im Anal-Bereich auftretenden Mikro- (seltener auch: Meso-) Läsionen (einschließlich z.B. Hämorrhoiden) oder durch Verletzungen des Enddarms in den Blutkreislauf Eintritt finden. Wie häufig der eindringende Partner von der/dem passiven Partner/in das Virus erhält, ist unbekannt, kann aber beim derzeitigen Wissensstand als Risiko nicht vernachlässigt werden. Die Übertragung kann dabei vom Blut aus den Anus- oder Darm-Läsionen in die Mikro-Läsionen an der Schleimhaut des Penis erfolgen.

Zu den zahlreichen Befunden, die die Infektionsträchtigkeit dieser Sexualtechnik belegen, tritt eine plausible Erklärung hinzu: In den Studien über den Zusammenhang zwischen homosexuellen Sexualpraktiken und Serokonversion taucht kein Fall auf, in dem Seropositive nicht mindestens auch Analverkehr hatten. Seropositive ohne Analverkehr scheint es demnach nicht zu geben. Andererseits ist aus der einzigen grösseren empirischen Untersuchung über das Sexualverhalten

schwuler Männer in der Bundesrepublik (M. Dannecker/R. Reiche 1974, S. 204ff.) bekannt, daß über 30 Prozent der schwulen Männer keinen aktiven und über 40 Prozent keinen passiven Analverkehr praktizierten (Untersuchungszeitraum: 1971/72). Auch wenn diese Ergebnisse nicht repräsentativ sein konnten und zudem plausibel angenommen werden kann, daß der Anteil der Schwulen mit Analverkehr seither erheblich zugenommen hat: Die Gruppe derer, die aus den verschiedensten Gründen keinen Analverkehr hat, kann seit dieser Untersuchung nicht auf Null zurückgegangen sein. Wenn nun gegenwärtig faktisch jeder seropositive schwule Mann auch Analverkehr als Risikosituation angibt, so bleibt eigentlich nur die Erklärung, daß die Männer ohne Analverkehr eben nicht seropositiv geworden sind. Analverkehr wäre dann die einzige relevante Übertragungssituation.

Insofern ist M. Dannecker im Rahmen des hier vertretenen Konzepts der Risikominimierung zuzustimmen, wenn er 1986 erklärt:

> "Wenn man sich von Anfang an darauf beschränkt hätte, den Analverkehr als riskant darzustellen, und alles andere vergessen hätte, hätten wir heute sehr viel geringere Raten von HTLV-III-Infizierten." (Konkret Sexualität, Heft 7, 1986, S.21)

Der ungeschützte Analverkehr ist nach allen vorliegenden Ergebnissen immer strikt zu vermeiden. Die Benutzung eines Kondoms mit wasserlöslichem Gleitmittel bildet dann einen sicheren Schutz, wenn das Kondom nicht reißt.[13]

**4. Oral-Verkehr**

a) Vaginal-oral

Hierzu liegen weltweit offenbar weder konzeptionelle, den Übertragungsmechanismus klärende noch empirische Studien vor. Bekannt ist lediglich, daß die Vaginalsekrete erkrankter

Frauen virushaltige T-Lymphozyten enthalten können und daß die Mundschleimhaut sehr häufig Mikro-Läsionen aufweist. Ein Risiko kann daher konzeptionell nicht völlig ausgeschlossen werden. Andererseits gibt es keine belegten Hinweise auf orale Aufnahme des Virus aus der Vagina. Wegen des Fehlens empirischer Hinweise auf Übertragung durch diesen Weg und aus den weiter unten skizzierten Gründen dürfte die Aufnahme dieser Technik in den Katalog der relevanten, riskanten Techniken im Rahmen von Safer Sex-Kampagnen kontraproduktiv sein.

b) Penis-oral
Die potentielle Infektiosität der beim Mann aus dem Penis austretenden Sekrete ergibt in Verbindung mit den häufigen Mikro-Läsionen des Mundraums (nicht nur bei sichtbaren Verletzungen oder bei Zahnfleischbluten) beim Penis-Oral-Verkehr eine plausibel mögliche Übertragungssituation.

Allerdings sprechen gewichtige empirische Argumente gegen Relevanz und Gefährlichkeit dieses Übertragungsweges. In einer der weltweit sehr wenigen Studien, die verschiedene Übertragungssituationen differenziert erfassen konnten, haben J. Chmiel et al. (1986) 2096 schwul und promisk lebende Männer in drei Gruppen geteilt: Männer mit Analverkehr vor der Untersuchung wurden - in direkter Abhängigkeit von der Häufigkeit dieses Verkehrs - zwischen 3,5 Prozent (seltener Analverkehr) und 12,2 Prozent (häufiger Analverkehr) seropositiv. Von den 213 schwul und promisk lebenden Männern ohne Analverkehr blieben alle ohne Ausnahme seronegativ. Darunter befanden sich 151 Männer (71 Prozent), die während der gesamten Untersuchungszeit genital-oralen Verkehr hatten. Eine Untersuchung aus Vancouver, Kanada, kommt zum gleichen Ergebnis (B. Willoughby et al. 1986), und L. Kingsley et al. (1986) fanden ebenfalls "no detectable risk for oral receptive intercourse".

Im Rahmen einer Abwägung zwischen erwartbarer Compliance einer Safer Sex-Kampagne und der Wahrscheinlichkeit einer Infektion auf diesem Wege ist es mit sehr hoher Wahrscheinlichkeit richtig, den Penis-oral-Verkehr nicht unter die riskanten Situationen zu subsumieren. Die gegenwärtig vor allem in den USA und der Schweiz propagierte Linie, die Ejakulation in den Mundraum als gefährlich ('unsafe') zu klassifizieren, den prä-orgiastischen Penis-oral-Verkehr dagegen nicht ('possibly safe'), erscheint vor diesem Hintergrund wie ein durch die zitierten Forschungsergebnisse überholter Kompromiß zwischen medizinischem 'Null-Risiko-Denken' und lebenspraktisch angeleiteten Verhaltensratschlägen.

c) Anal-oral
Eine Infektionsgefahr mit HIV erscheint nur dann als gegeben, wenn sich im Analbereich Blut (z.B. durch Läsionen aus vorangegangenem, auch kondomgeschützten Penis-anal-Verkehr oder durch Hämorrhoiden-Blutungen) befindet. Auch in diesem Fall ist das Risiko plausiblerweise nicht größer als beim Penis-oral-Verkehr.

**5. Direkte Makroinokulationen in die Blutbahn**

Dieser Übertragungsweg dürfte am wenigsten von allen mit Geschlechtsverkehr assoziiert sein. Die häufigste Übertragungssituatione in Europa und USA dürfte die gemeinsame Benutzung nicht-steriler Injektionsbestecke (needle-sharing), vor allem bei der intravenösen Verabreichung von Drogen sein. Speziell für Heroin-Abhängige liegt darin sicher das dominante Initialrisiko.[14]

Von Bedeutung ist aber auch die gemeinsame Benutzung von nicht-sterilen Gegenständen zur Einführung vor allem in den After bei bestimmten Sexualpraktiken (Dildos, Sex-Toys).

Sexualpraktiken, bei denen es zur Beschädigung blutführender Gefäße an der Körperoberfläche kommt, stellen mindestens dann ein Risiko dar, wenn anschließend Blut oder Sperma des/der Partners/in in die Wunden gelangt.

Faust-Fick (Fist-Fucking) ist unter AIDS-Gesichtspunkten wahrscheinlich nur dann hochriskant, wenn die eingeführte (ungeschützte) Hand offene oder sich beim Akt öffnende Wunden der Epidermis aufweist.

Wegen der z.T. ungeklärten Lage müssen sämtliche Techniken, die zu direkter Inokulation in die Blutbahn führen können, derzeit als riskant angesehen und bezeichnet werden.

## Schlußfolgerungen: Verhaltensnotwendigkeiten als AIDS-Prävention

Für die Übertragung des Virus riskante Situationen entstehen praktisch nur dann, wenn sich Menschen frei von äußerem Zwang in sie hineinbegeben. Sie sind deshalb prinzipiell der Verhaltensänderung zugänglich. Wenn AIDS eine - von vielen - Bedrohungen der Volksgesundheit darstellt, ist Prävention vor AIDS eine öffentliche Aufgabe. Die Erfüllung dieser Aufgabe wirft im Falle AIDS einige für die Gesundheitspolitik ungewohnte Vermittlungsprobleme auf. Bevor auf diese eingegangen wird, sollen zunächst die Inhalte dieser Aufgaben ('die Botschaft der Prävention') skizziert werden.

Im Gegensatz zur fast durchgängigen öffentlichen Wahrnehmung hat AIDS-Prävention vier gleichermaßen wichtige Zielgruppen.

- Heterosexuelle mit wechselnden Partnern,
- Homosexuelle mit wechselnden Partnern,
- männliche und weibliche Prostituierte und

- intravenös injizierende Drogenbenutzer.

Bei diesen Bevölkerungsgruppen treten riskante Übertragungssituationen mit unterschiedlicher Häufigkeit und unterschiedlicher, aber relevanter Wahrscheinlichkeit auf.

Die für die AIDS-Prävention notwendigen Verhaltensregeln lassen sich übersichtlich zusammenfassen. Je mehr dies gelingt, desto größer sind die Chancen zeitstabiler Akzeptanz und Befolgung. Auf Basis des Konzepts der maximalen Risikominderung und unter Auswertung neuester Forschungsergebnisse, wie sie vor allem auf dem dritten weltweiten AIDS-Kongreß im Juni 1986 in Paris vorgetragen wurden, lassen sie sich wie folgt zusammenfassen:

Für Menschen mit wechselnden Geschlechtspartnern (homosexuell und heterosexuell):

Vermeidung des Kontakts zwischen den infektionsträchtigen Körpersekreten Blut und Sperma und offenen Blutgefäßen bzw. Schleimhäuten. Der Anus/Darmschleimhaut-Bereich ist extrem gefährlich, hinsichtlich der Vagina gibt es offenbar eine ernste, aber noch nicht ausgelotete Gefahr, die Mundschleimhaut scheint kaum ein Übertragungsrisiko zu bergen. Im wesentlichen konkretisiert sich die AIDS-Prävention auf die Unterlassung des ungeschützten Anal- und Vaginalverkehrs und einiger Techniken aus dem Bereich des Sado-Masochismus (S/M).

Offenbar um viele Zehner-Potenzen niedriger liegende Restrisiken (z.B. Reißen des Kondoms, meist infolge falscher Gleitcreme; Unklarheit, warum über den Mund-Rachenraum offenbar nicht infiziert wird) müssen - auch in ihrem Verhältnis zu anderen 'normalen Lebensrisiken' - davon entsprechend abgesetzt werden.

Bestehende Vorurteile und Vorbehalte gegen die Benutzung des Kondoms können und müssen ebenso sensibel aufgegriffen wie

entschieden überwunden werden. Wenig hilfreich ist angesichts der realen Gefahr dabei z.B. die diffamierend gemeinte Rede von "Präventionssex" (F. Rühmann 1986), die Kennzeichnung der "Gummizeit" als einer Phase, in der "das Leben nicht mehr wert ist, gelebt zu werden" (G. Amendt 1986, S. 26) oder die Klage über den "zum Teil kastrierenden Charakter des Safer Sex" (U. Clement 1986a, S. 233).

Vielleicht hilft die Reminiszenz weiter, daß das Kondom über Jahrzehnte für ganze Generationen hinweg das einzig verläßliche und deshalb milliardenfach benutzte Verhütungsmittel bis zur Markteinführung moderner Anti-Konzeptiva war. Man wird nicht sagen können, daß diese Generationen, die sich über ihr gesamtes Sexualleben gegenüber lebensverändernden Ereignissen (hier: unerwünschte Empfängnis und Elternschaft) mit dem Kondom geschützt haben, deshalb kein glückliches Sexualleben hatten. Im Vergleich zu diesen Generationen geht es der derzeitigen Generation sogar besser: Sie kann mit einiger Wahrscheinlichkeit darauf bauen, daß sich diese strikte Notwendigkeit innerhalb weniger Jahre durch medizinische Fortschritte lockern wird oder sogar fortfallen kann. Die Kondom-Benutzer noch der 40er und 50er Jahre hatten keine vergleichbare Aussicht.

Für Prostituierte:
Jeder Freier muß den Kondom benutzen. Vermeidung von bzw. Vorsicht bei bestimmten S/M-Techniken.

Für i.v. Drogenabhängige:
Nur mit sterilem Injektionsbesteck spritzen, kein 'needle-sharing'.

Werden diese dürren und scharf konturierten Regeln eingehalten, so sind die Anzahl der Partner/innen, das Ausmaß der

Promiskuität und die Orte des Geschlechtsverkehrs von verschwindend geringerer Bedeutung.

Das Infektionsrisiko kann durch das Ausmaß der Promiskuität nur aus zwei abzuwägenden Gründen steigen: Bei unbekannten Partnern/innen fehlt die gegenseitige Routine sowie u.U. die Verläßlichkeit bei der Einhaltung der Safer Sex-Regeln. Das derzeit noch nicht völlig auszuschließende, in jedem Falle aber minimale Restrisiko, z.B. beim Oralverkehr, addiert sich mit wachsender Anzahl von möglicherweise seropositiven Partnern/innen, übersteigt jedoch offenbar niemals den Bereich von Promille-Bruchteilen. Die zumindest erheblich nachrangige Bedeutung der Promiskuität gegenüber der Einhaltung der Safer Sex-Regeln ist nicht nur hochplausibel, sondern auch durch eine Reihe empirischer Studien belegt (u.a. G.J.B. van Griensven et al. 1986; D.F. Echenberg 1986).

Unter Berücksichtigung dieser Gesichtspunkte können die präventionswirksamen Verhaltensvorschläge weiter vereinfacht und in ihrem Umfang reduziert werden. Das hätten sie nötig:

Die derzeit in der Bundesrepublik und international propagierten Safer Sex-Anleitungen sind kompliziert und unübersichtlich. Sie bestehen zum Teil aus Check-Listen mit bis zu 16 Sex-Techniken, die in zwei bis drei Gefahrenklassen (unsafe, possibly unsafe bzw. possibly safe und safe) eingeteilt werden (Can we talk? San Francisco 1985, Stop Aids vrij vieleg, Amsterdam 1986; Mach'sch au mit? Aktion sicherer Sex, Zürich 1985; Mach mit! Aktion Safer Sex, Berlin 1985). Von anderer Seite werden Techniken sexueller Ersatzbefriedigung empfohlen (Onanie auf Basis von Voyeurismus, Telefon-Sex etc.), die den Geschlechtsakt auf die Dimension einer Art mechanischen Entspannung reduzieren und offenbar nicht mehr als intimsten und potentiell reichsten kommunikativen Le-

bensvollzug begreifen (z.B. E. Haeberle 1986; R. v. Praunheim 1984).

Es ist wenig wahrscheinlich, daß mit solchen, teils hochkomplexen, teils persönlichkeitsreduzierenden Gebrauchsanweisungen auf Dauer ein Maximum an gesundheitlicher Wirksamkeit im Sinne der Minimierung von Übertragungssituationen erzielt werden kann. Auch unter psychosozialen und damit gesundheitlich hochrelevanten Gesichtspunkten sind gegenüber solchen Konzepten schwerwiegende Einwände zu erheben (H. Kentler 1986). Sie lösen auch nach wie vor erhebliche Verwirrung, Ängste und irrationale Ablehnung aus (Beispiele vgl. M. Frings 1986a).

Die hier und neuerdings in dieser Richtung auch von der Schweizer und Deutschen AIDS-Hilfe (Safer Sex, Zürich, April 1986; Vorbeugen: Safer Sex, Berlin, Juli 1986) vorgeschlagenen Vereinfachungen lassen sich dagegen leichter in die Lebenszusammenhänge und Sexualgewohnheiten der betroffenen Gruppen einpassen, ohne damit an Wirksamkeit irgendeinem anderen realistischen Konzept unterlegen zu sein. Ihre Befolgung könnte durch ihre Simplizität und durch Kontinuität der Aufklärung über den jetzt bereits sehr hohen, unter schwulen Männern in den USA z.B. auf bis zu 80 Prozent bezifferten Einhaltungsgrad (J.L. Martin et al. 1986; W. Winkelstein et al. 1986) hinaus gesteigert werden.
Dies hängt wesentlich von einigen Rahmenbedingungen und der Lösung der Vermittlungsprobleme dieser 'Botschaft' ab. Diese sollen im folgenden erörtert werden. Dabei wird zum Teil in sehr kleinen Schritten, gewissermaßen 'Fuß vor Fuß' argumentiert. Das ist weniger auf des Autors Freude am Detail zurückzuführen als auf den Umstand, daß in der öffentlichen Diskussion mit der raschen Zuweisung der Gefahr an 'die Risikogruppen' präventionsrelevante Denkschritte sehr häufig übersprungen werden.

## 2.2 Die Umsetzung wirksamer Prävention

Das Auftreten einer neuen und wichtigen Krankheit wirft stets die Frage auf, von wem das Problem bearbeitet oder gar gelöst werden soll. Eigenschaften und Aufmerksamkeitswert der Krankheit AIDS legen es für die Prävention nahe, dabei zunächst an die öffentliche Gesundheitspolitik (zentral und dezentral), die Betroffenen-Gruppen und an die Vermittlung zwischen diesen beiden Polen zu denken.

### AIDS als Aufgabe öffentlicher Gesundheitspolitik

Öffentliche und staatliche Gesundheitspolitik wird durch AIDS erneut vor zwei immer wieder auftretende Probleme gestellt. Das erste Problem betrifft die Grenzziehung der Gesundheitspolitik, das zweite die Treffgenauigkeit ihrer Maßnahmen.

#### a) Begrenzungen der Gesundheitspolitik

Wird eine medizinisch nicht beherrschbare Krankheit überwiegend durch oder beim Geschlechtsverkehr übertragen, so besteht die wirksamste Möglichkeit der Prävention darin, die Zahl der riskanten Übertragungssituationen zu minimieren. Gesundheitspolitik erhält damit die Aufgabe, auf das sexuelle Verhalten einzuwirken. Das ist insoweit notwendig und auch unbedenklich, als sich die Versuche der Verhaltensbeeinflussung streng auf die gesundheitsrelevanten Aspekte beschränken. Für die Gesundheitspolitik ist das sexuelle Verhalten der Bevölkerung damit zunächst ein Datum. Der Gesundheitspolitiker hat nicht zu beurteilen oder zu bewerten, ob ihm dieses Verhalten unter Gesichtspunkten der Geschlechtsrolle, der Ethik, der emotionalen Konstellationen, der Ästhetik oder seiner eigenen Bilder von Armut und Reichtum des Lebens gefällt oder nicht gefällt.

Weicht Gesundheitspolitik von dieser Linie ab, so überschreitet sie zunächst einmal die Grenzen ihres Ressorts, d.h. sie versucht in Bereiche einzugreifen, für die sie professionell weder zuständig noch in der Regel kompetent ist. An die Stelle sachlicher und fachlicher Kompetenz treten dann sehr häufig weltanschaulich oder persönlich geprägte Vorurteile. Die praktisch-politische Anwendung solcher Vorurteile kann dabei durchaus ernste, auch gesundheitliche Folgen haben. Werden unter der Überschrift 'Gesundheitspolitik' z.B. Bemühungen zur Wiederherstellung der Monogamie als allein gültigem gesellschaftlichen Leitbild verfolgt, so ist dies - bei gegebenem gesellschaftlichen Emanzipationsstand - nur für einen sehr hohen Preis zu haben. Er besteht in der Unterdrückung von Aufklärung über Sexualität und menschliche Beziehungsmöglichkeiten, einer Zunahme von Doppelmoral und allgemeiner sexueller Verklemmtheit. Der Zusammenhang zwischen solchen Tendenzen und einer Vielzahl psychisch und physisch ernster Erkrankungen darf als wissenschaftlich sehr gut belegt angesehen werden. Gesundheitspolitik, die in Wahrheit Sittenpolitik zu sein versucht, kann sich auf diesem Wege in ihr glattes Gegenteil verkehren.

Noch bedenklicher als diese Grenzüberschreitung aber wäre der Umstand, daß Gesundheitspolitik sich damit Regelungs- bzw. Regulierungskompetenz für einen Bereich zuschriebe, der gemeinhin - bis auf strafrechtlich geregelte Grenzbereiche des Jugend- und Abhängigenschutzes - staatlich nicht reguliert wird. Wer diesen Bereich staatlich regulieren will, verabschiedet sich innerlich von einer Gesellschaft, für die die Pluralität von auch sexuellen Normalitäten ordnungspolitisch konstitutiv ist (vgl. auch R.A.P. Tielmann 1986). Eine Verminderung der Promiskuität ist z.B. für sich genommen keineswegs ein gesundheitspolitischer Erfolg. Wird ein solches Ergebnis z.B. durch eine Angstkampagne erreicht, sind sogar - wegen der erwiesenen Pathogenität von Angst, besonders im Sexualbereich - eher inverse Effekte zu vermuten.

Diese beiden Argumente gegen die sexualpolitische Aktivität von Gesundheitspolitik wiegen aber noch vergleichsweise leicht gegen den dritten Einwand: Es muß nach aller Lebenserfahrung davon ausgegangen werden, daß der Erfolg von Versuchen der Beeinflussung des Sexualverhaltens u.a. davon abhängig ist, daß die geforderte Änderung des sexuellen Verhaltens möglichst gering ist und möglichst leicht in die gewohnte Lebenspraxis eingefügt werden kann. Der angezielte Eingriff in das Sexualverhalten der Bevölkerung oder bestimmter, über ihr Sexualverhalten definierter Gruppen muß also - unter gesundheitspolitischer Zielsetzung - immer möglichst klein sein. Je einschneidender die geforderte Verhaltensänderung ist, desto geringer wird die Folgebereitschaft sein, desto unwirksamer ist also auch die Gesundheitspolitik.

Man mag sich das an einer groben Skala klarmachen: Der Nullpunkt dieser Skala wird durch das vorfindliche und gesundheitlich z.T. gefährliche Sexualverhalten definiert. Erfolgt keine Intervention, so verharrt das Sexualverhalten an diesem Pol bzw. entwickelt sich ausschließlich nach seiner Eigendynamik. Die Krankheit verbreitet sich dementsprechend.

Das andere Extrem wird durch das Verbot jeglichen Geschlechtsverkehrs definiert. Dieser Zustand verhindert sicher jede Übertragung und ist deshalb in Bezug auf die Eindämmung von AIDS zwar optimal, aber völlig unrealistisch (auch im Kloster), also auch gesundheitspolitisch bestenfalls wirkungsarm.

Gesundheitspolitik hat bei dieser Sachlage grundsätzlich vom unteren Pol aus zu denken. Die Frage lautet dann: Mit welchen minimalen Veränderungen des Sexualverhaltens könnte die Anzahl der Übertragungssituationen maximal reduziert werden?

Anhaltspunkte für die Bestimmung dieses Optimums ergeben sich aus

- der epidemiologisch bestimmbaren Wahrscheinlichkeit der Übertragung in definierten Situationen des Geschlechtsverkehrs,
- aus einer kompetent erfahrungsgestützten Abschätzung der Wirksamkeit von Versuchen der Verhaltensbeeinflussung.

Aus diesen beiden Größen lassen sich sowohl die erwünschten als auch die unerwünschten Wirkungen abschätzen. Wenn dabei die unerwünschten Wirkungen überwiegen, so hat die Maßnahme zu unterbleiben. Diese Notwendigkeit des Abwägens ist aus der Pharmakologie und der Medizin wohlbekannt. Das oftmals durchaus offene Ergebnis solchen Abwägens hat in diesen Disziplinen unter anderem dazu geführt, daß seit einer Reihe von Jahren der früher übliche Begriff der 'Nebenwirkungen' nicht mehr verwendet wird. Er suggerierte nämlich irreführenderweise, daß die 'Hauptwirkung' stets die 'Nebenwirkung' übertrifft.

Weil öffentliche Gesundheitspolitik direkt und indirekt in mindestens dem gleichen Umfang auf die Volksgesundheit einwirkt wie die Gesamtheit der Arzneimittel und Verordnungen der Individualmedizin, ist die Anwendung dieser Entscheidungslogik auch auf öffentliche/staatliche Maßnahmen geboten. Öffentliche Gesundheitspolitik muß an ihre eigenen Mittel und Instrumente die gleichen Maßstäbe anlegen lassen, deren Erfüllung sie zu Recht z.B. bei der Zulassung neuer Arzneimittel durch das Bundesgesundheitsamt (BGA) von den Herstellern fordert: das eindeutige und sichere Überwiegen der erwünschten Wirkungen und die - im Lichte der Dramatik der jeweils zu bekämpfenden Krankheit zu beurteilende - Vertretbarkeit der unerwünschten Wirkungen. Insoweit geht es um die Entwicklung einer 'Sozialpharmakologie der öffentlichen Gesundheitspolitik' (R. Rosenbrock 1986). Die Beachtung ihrer Regeln würde dazu führen, daß z.B. die staatlich

veranlaßten Maßnahmen vor ihrer Ingangsetzung auf die Gesamtheit der durch sie zu erzielenden gesundheitlichen Wirkungen zu prüfen wären.[15]

Die folgende - nicht nur hypothetische - Modellrechnung soll diese gesundheitspolitische Entscheidungssituation für die Anlage einer Aufklärungskampagne für die AIDS-Prävention verdeutlichen: Sie wäre - mit leichten Modifikationen - ebenso für die Abschätzung der Wirksamkeit (gesundheits-)polizeilicher Maßnahmen aufzustellen (zum Ansatz vgl. auch H.-H. Abholz 1984):
Die Risikopopulation (z.B. der normalerweise anal und oral verkehrenden nicht-monogamen hetero- wie homosexuellen Bevölkerung) betrage 100.000. Die Wahrscheinlichkeit, sich durch ungeschützten passiven Analverkehr zu infizieren, betrage im Laufe eines promisk gelebten Jahres 30 Prozent, bei Oralverkehr ein Promille. (Ob Oralverkehr überhaupt ein Übertragungsrisiko darstellt, ist bekanntlich eher unwahrscheinlich, der Risikoabstand zwischen diesen beiden Übertragungswegen ist wohl in jedem Falle erheblich größer als hier zugrunde gelegt; siehe oben: 2.1).

Mit einer Safer Sex-Kampagne, die vordringlich auf die Unterlassung des ungeschützten Analverkehrs zielt und den Oralverkehr als "sehr geringes Risiko" einstuft, werden z.B. 80.000 Menschen von dieser riskanten Technik nicht nur kurzfristig (durch Schock etc.), sondern auf Dauer abgehalten. Ein Promille dieser 80.000 im Prinzip beeinflußbaren Menschen werden sich im schlimmsten Fall, trotz der Warnung, durch Oralverkehr infizieren. Dies sind 80 Infektionen pro Jahr.
Wird eine Safer Sex-Kampagne auf die Achtung ungeschützten Anal- und Oralverkehrs ausgedehnt, werden ihr viele Menschen nicht mehr folgen, weil der Eingriff in ihr Sexualleben ihnen so tiefgreifend erscheint, daß sie die Gefahr zum Beispiel verdrängen oder hin und wieder eruptiv verachten. An-

genommen, eine solche tiefer eingreifende Safer Sex-Kampagne veranlasse nur noch 60.000 Menschen, ihr dauerhaft Folge zu leisten, so ergibt sich folgendes Bild: 60.000 werden ohne Übertragungsrisiko leben, aber 20.000, an sich erreichbare Menschen werden weiterhin Anal- und Oralverkehr betreiben, von den 20.000 infizieren sich dann mehr als 6.000 pro Jahr (30 Prozent von 20.000).

Die "Überziehung" des Eingriffs in das Sexualverhalten "kostet" damit "netto" über 6.000 vermeidbare Infektionen pro Jahr. Freunde der Hochrechnung, zu denen der Autor aus methodischen Gründen nicht zählt, können dies auf weitere Konsequenzen für Inzidenz und Prävalenz und vielleicht auch auf Behandlungskosten und "entgangenes Bruttosozialprodukt" weiterrechnen. Für die Gesundheitspolitik genügt die Feststellung, daß jedes "Zuviel" an versuchtem Eingriff in das Sexualverhalten inverse Effekte auslösen kann und infolgedessen unter dem Gesichtspunkt der gesundheitlichen Wirksamkeit im Zweifel zu unterbleiben hat.
Schließlich geben die derzeitigen Versuche, die Ausbreitung von AIDS durch Verhaltensappelle zu vermindern, noch Anlaß zu einer weiteren, an sich banalen Bemerkung: Der Kampf gegen die Krankheit AIDS ist plausiblerweise desto wirkungsvoller, je mehr er sich auf diese und nur diese Krankheit konzentriert.
Wenn beispielsweise eine Anti-AIDS-Politik mit Problemen befrachtet wird, die mit oder ohne AIDS einer gesellschaftlich befriedigenden Antwort harren, wie z.B. die Gesamtheit aller venerischen und sonstigen Infektionskrankheiten, die ungesunde Lebensweise oder der Drogenabusus, so muß im Einzelfall die Frage gestattet sein, ob damit nicht das deklarierte Hauptziel, die Minimierung der AIDS-Übertragung, gefährdet oder sogar konterkariert wird.

**b) Treffgenauigkeit gesundheitspolitischer Maßnahmen**

Gesundheitspolitik als Sozialpolitik beschränkt sich derzeit überwiegend darauf, den formal gleichen Zugang zu den medizinisch als notwendig erachteten Leistungen des Krankenversorgungssystems zu erreichen und zu sichern. Seit langem ist bekannt, daß mit dieser Gleichheit allein die bestehenden großen sozialen Ungleichheiten vor Krankheit und Tod nicht beseitigt werden können. Das sozialpolitische Ziel der Gleichheit von Gesundheitschancen wird insoweit dauerhaft verfehlt. Als notwendige Erweiterung des Instrumentariums der Gesundheitspolitik wurde deshalb eine leistungssteuernde Strukturpolitik vorgeschlagen. Sie geht davon aus,

> "daß Instrumente und Institutionen der Gesundheitspolitik nicht länger von den je nach Schichtzugehörigkeit und Lebenslage unterschiedlichen Gesundheitsproblemen abstrahieren dürfen, sondern daß für die verschiedenen Problemgruppen selektive, die Verhaltensbedingungen berücksichtigende Strategien entworfen und angeboten werden müssen. Ein wesentliches Element solcher Strategien besteht darin, daß Gesundheitsleistungen nicht nur passiv angeboten, sondern aktiv an die jeweilige Problemgruppe herangetragen werden. 'Aktiv' bedeutet dabei nicht nur, die Überwindung der jeweiligen materiellen, räumlich- zeitlichen, sozialen und psychischen Zugangsbarrieren als Gestaltungsaufgabe für die Gesundheitspolitik zu erkennen, sondern schließt Aktivierung der Zielgruppen bei der Lösung ihrer sich gesundheitlich äußernden Probleme ein. Eine Voraussetzung einer so verstandenen aktiven und selektiven Gesundheitspolitik ist die Erweiterung des Handlungsspielraums der dezentralen Träger der Gesundheitspolitik, um der Vielfalt der sozial generierten Problemgruppen und Problemlagen und den örtlich bzw. regional unterschiedlichen Rahmenbedingungen und Bündniskonstellationen gerecht werden zu können." (F. Hauss/F. Naschold/R. Rosenbrock 1981, S. 215).

Diese Leitlinien lassen sich sachgemäß auch auf AIDS als gesundheitspolitisches Problem anwenden:

- Die extreme Ungleichverteilung des Risikos und der Erkrankung zwischen verschiedenen Bevölkerungsgruppen erfordert eine teilgruppenspezifische Bearbeitung des Problems.

Sollen die Übertragungssituationen des HIV in der Bevölkerung minimiert werden, so muß zumindest in Umrissen bekannt sein, bei welchen Teilgruppen sie auftreten und welche Bedeutung sie in den jeweiligen Lebenslagen, Bedürfniskonstellationen und Gewohnheiten haben. Denn nur teilgruppenspezifische, an der Lebenslage der Betroffenen ausgerichtete Strategien haben die Chance,

- die Zielgruppen überhaupt zu erreichen,
- ihnen das notwendige Wissen in einer für sie verständlichen und aufnehmbaren Art und Weise zu vermitteln und
- so motivbildend zu wirken, daß die Diskrepanzen zwischen Wissen, Einstellung und Verhalten minimiert werden. (vgl. R. Rosenbrock 1985)

- AIDS-Prävention ist nicht in Form klassischer Gesundheitsleistungen, etwa durch Angebote des Medizinsystems, zu erbringen. Die 'Leistung' ist eine Botschaft über notwendige Verhaltensänderungen. Dies ist eine primär politische und kommunikative Aufgabe, für die das Medizinsystem nicht gerüstet ist. Die Schwerpunkte der gesundheitspolitischen Aufgaben liegen daher außerhalb des Medizinsystems. Für ihre Lösung ist deshalb zwar medizinische Beratungskompetenz fraglos notwendig, nicht aber so sehr ärztliche Handlungen und Entscheidungen.

Vielmehr ist nach geeigneten Medien und Mediatoren zu suchen, die diese Vermittlungsaufgabe für jede Ziel- bzw. Betroffenen-Gruppe in möglichst wirksamer Weise leisten können.

Sozial eingebettete Gesundheitsprobleme und gesundheitliche Problemgruppen sind nicht nur bei AIDS äußerst vielgestaltig. Die vorherrschenden Formen zentralstaatlicher Gesundheitspolitik verlieren auf vielen Gebieten in dem

Maße an Wirksamkeit, wie sich ihre Instrumente auf starre Normen und bloße Geldzuweisung reduzieren müssen. Die Lösung teilgruppenspezifischer Gesundheitsprobleme ist deshalb geradezu zwingend auf Träger angewiesen, die aufgrund ihrer sozialen Kompetenz und ihrer Kontextnähe ihre Handlungen den Bedingungen 'vor Ort' - im Rahmen allgemein gültiger Gesetze, aber eben nicht in Form des Verwaltungshandelns - anpassen können. Die Bedingungen des Handelns bei der AIDS-Prävention sind durch die Natur des Problems und die Lebenslagen der potentiell Betroffenen, der Zielgruppen, definiert.

## 2.3 Die Zielgruppen der Prävention

Von AIDS, realer AIDS-Gefahr und AIDS-Hysterie sind gegenwärtig und absehbar sehr unterschiedliche und vielgestaltige Gruppierungen der Bevölkerung betroffen. Für eine auch nur skizzenhafte soziologische Klassifizierung fehlt es an Wissen über die verschiedenen sozialen und psychischen Wege, die zu aktivem sexuellen Verhalten mit wechselnden Partnern oder zum Verkauf sexueller Leistungen oder zur Drogensucht führen. Dies nämlich sind die Merkmale, um die sich die Zielgruppe der AIDS-Prävention letztlich gruppieren. Unter dem pragmatischen Aspekt der gesundheits- und insbesondere präventionspolitischen Leistungssteuerung lassen sich freilich einige andere Merkmale zusammentragen, die Aufschluß über Inhalte, Orte und Vermittlungsformen präventionsorientierter Aufklärung sowie über die Gestaltung ihrer Träger erbringen

Die Inhalte der Aufklärung berühren hinsichtlich aller Übertragungssituationen und sämtlicher Zielgruppen offensichtlich immer noch mehr oder minder stark wirksame Tabus[16]: das Tabu der promisken Sexualität, das Tabu der Homosexualität, das Tabu der Prostitution, das Tabu der Sucht. Über die hi-

storischen Gründe dieser Tabus, ihre gesellschaftliche Bedeutung der Angstabwehr sowie die teilweise sehr handfest sich mit ihnen verknüpfenden materiellen Interessen gibt es eine umfangreiche Literatur, die hier nicht referiert werden kann. Die besondere Aktualisierung dieser Tabus im Zusammenhang mit AIDS ist relativ oft beschrieben worden (vgl. z.B. F. Rühmann 1985; zahlreiche Beiträge in: H. Gremliza/V. Sigusch (Hg.) 1986).

Für eine aufgeklärte AIDS-Politik für alle Zielgruppen folgt daraus vor allem:
AIDS-Prävention ist Verhaltenssteuerung in Lebensbereichen, die weithin gesellschaftlich noch als Tabu angesehen werden. Soll sie wirksam sein, müssen die Umstände und Praktiken dieser Lebensbereiche konkret, detailliert[17] und gelegentlich auch drastisch beim Namen genannt werden. ('Sozialdialekt', G. Fülgraff 1986, in: SPD, S. 8f.). Sie muß an jenen Orten präsent sein, an denen sich riskante Übertragungssituationen anbahnen oder abspielen. Es spricht nichts dafür, daß diese gesundheitspolitisch hochsensible und kontextabhängige Aufgabe vom Zentralstaat oder seinen Behörden kompetent (und damit wirksam) wahrgenommen werden könnte.

Öffentliche Gesundheitspolitik muß sich (neben den weiter oben genannten) auch aus diesem Grunde in Bereiche hinein ausdehnen, die gemeinhin nicht als staatlich angesehen werden. Es müssen also auch aus diesen Gründen Organisationsformen gefunden werden, die eine öffentliche Gesundheitsaufgabe erfüllen können, ohne sämtlichen Beschränkungen und Inkompetenzen staatlichen Handelns unterworfen zu sein. Dies ist auch ordnungspolitisch meist problemlos, weil damit regelmäßig nicht die Übernahme hoheitlicher Funktionen verbunden ist. Mehr oder weniger geglückte Analogien gibt es jedenfalls in großer Anzahl. Man denke an die weitgehend

staatlich finanzierten Wohlfahrtsverbände oder an die Rolle von 'Pro Familia' in der Familien- und Schwangerschaftsberatung (vgl. E. Thoß 1986, S. 333ff.).

Die Rolle zentralstaatlicher Stellen reduziert sich damit bei der Erfüllung dieser öffentlichen Aufgabe auf die Bereitstellung der notwendigen Ressourcen, die allgemeine (notwendigerweise großzügige) Rechtsaufsicht und die Beförderung eines gesellschaftlichen Klimas, das für die wirksame Problembearbeitung notwendig ist (vgl. dazu unten).

Mit den Merkmalen der Tabu-Bezogenheit der Prävention und der daraus hergeleiteten Rücknahme direkt staatlicher Aktivitäten zugunsten relativ autonomer, kontextnaher Organisationsformen sind die Gemeinsamkeiten zielgruppenspezifischer AIDS-Prävention benannt.

Die Verschiedenheiten ergeben sich aus der unterschiedlichen Diffusität/Kohärenz der Zielgruppen und dem Ausmaß ihrer gesellschaftlichen Akzeptanz/Diskriminierung.

**Heterosexuelle mit wechselnden Partnern**

Die Zielgruppe der Heterosexuellen mit wechselnden Partnern ist die zahlenmäßig größte und zugleich die diffuseste. Aufklärung und Motivbildung müssen hier notgedrungen sozial ziemlich unspezifisch bleiben und sehr breit gestreut werden. Angesprochen werden müssen im Grunde alle sexuell aktiven Bewohner des Landes zwischen 14(?) und ? Jahren. Erleichtert wird der Dialog mit und die Arbeit in dieser "Gruppe" dadurch, daß die gesellschaftliche Diskriminierung ihres Sexualverhaltens im Alltag weithin kaum mehr feststellbar ist, zumindest aber allenthalben abnimmt (vgl. G. Schmidt 1986). Schon gar nicht erreicht sie Ausmaße polizeilicher

Kontrolle oder strafrechtlicher Beschwerung.
Die Risiken in dieser Gruppe, über deren Umfang, Verteilung und soziale Merkmale eine besser ausgebaute Sexualwissenschaft und Sozialepidemiologie zielführendere Informationen zu produzieren hätte, sind beträchtlich.

Hinsichtlich der quantitativen Ausdehnung ist dabei stets von zwei Überlegungen auszugehen:

(1) Es gibt in der Bundesrepublik mehr als vierzigmal soviele heterosexuell verkehrende Menschen wie - zusammengenommen - homosexuelle Männer, Prostituierte und i.v. Drogenbenutzer.
(2) Das AIDS-Virus ist wahrscheinlich durch Überschneidungen der Gruppe der nicht-monogamen Heterosexuellen mit den Erstbetroffenen-Gruppen der homo- und bisexuellen Männer, der infizierten Drogenabhängigen und der Prostituierten präsent geworden. Seine weitere Verbreitung in dieser Gruppe komponiert sich aus der Binnendynamik und den anhaltenden "Importen" und "Exporten" (in diesem Punkt aufschlußreich: D. Dörner 1986[18]).

- Die überwiegend heterosexuellen Menschen mit häufig wechselndem Geschlechtsverkehr sind die zahlenmäßig größte risikotragende Gruppe überhaupt. Es ist zwar plausibel (und aus der Geschichte der Unterdrückung und der partiellen Befreiung der Homosexuellen auch erklärbar[19]), daß der Anteil der ausgesprochen promisk lebenden Homosexuellen an der Gesamtpopulation der Schwulen höher ist als der Anteil vergleichbar promisk lebender Heterosexueller an der heterosexuellen Gesamtpopulation. Es ist aber mindestens ebenso plausibel, daß die absolute Anzahl der promisk lebenden Heterosexuellen größer ist als die Anzahl der promisk lebenden Homosexuellen.

- Die Höchstrisikosituation, der ungeschützte Analverkehr, wird im heterosexuellen Geschlechtsverkehr absolut wohl kaum seltener vollzogen als im homosexuellen Geschlechtsverkehr.

- Die Übertragungswahrscheinlichkeiten Mann → Frau und Frau → Mann beim Vaginalverkehr mag um eine oder vielleicht auch mehrere Zehnerpotenzen niedriger liegen als beim Analverkehr; sie ist aber offenbar in relevantem Umfang existent.

- Auch Sexualtechniken, bei denen es zur Verletzung blutführender Gefäße an der Körperoberfläche oder in Vagina und Anus durch Benutzung unsteriler Dildos etc. kommt, dürften in der heterosexuellen Bevölkerung - in absoluten Zahlen - kaum weniger verbreitet sein als in der schwulen Population.

- Hinsichtlich des höchstwahrscheinlich zu vernachlässigenden Risikos verschiedener Formen des Oral-Verkehrs dürften die heterosexuellen Aktivitäten zahlenmäßig um ein Vielfaches über denen im homosexuellen Verkehr liegen.

Schließlich tragen die gebärfähigen Frauen dieser Bevölkerungsgruppe das Risiko, das Virus bzw. die Krankheit über den Fötus in die nächste Generation weiterzugeben.

Unter diesen Aspekten ist die bislang zu beobachtende Konzentration aller Präventionsbemühungen auf die anderen drei Betroffenen-Gruppen nicht mehr verständlich. Außer allgemeinen, angststiftenden und damit gesundheitlich mindestens nicht optimal wirksamen Kolportagen über die allgemeine Gefahr einer Ansteckung (zahlreiche Beispiele referiert F. Rühmann 1985) erfolgt keine gezielte Aufklärung. Da die Latenz-

zeit derjenigen Infizierten, die ARC- oder AIDS-Symptome entwickeln, im Mittel drei bis vier Jahre beträgt und offenbar bis zu sieben Jahre betragen kann, ist diese gesundheitspolitische Abstinenz auch nicht mit den bislang noch geringen Erkrankungsziffern zu begründen.

Notwendig und machbar wäre eine auf die Hauptrisiken zielende und an den Orten des Zustandekommens von häufig sexuell verlaufenden Kontakten allenthalben sichtbare Safer Sex-Aufklärung. Konkret: Erforderlich wäre in allen Diskotheken, Bars, Clubs, Saunen etc. Aufklärungsmaterial, das auf die Notwendigkeit von Safer Sex und Benutzung von Kondomen hinweist. Gesundheitspolitisch ist die Tatsache, daß es bislang nur schwule Plakate und - außer für Prostituierte (vgl. Gruppe HWG Frankfurt, 1986) - kaum heterosexuell angelegten Aufklärungszettel zum Thema Safer Sex gibt, längst ein lebensgefährlicher Anachronismus. (Erste Ansätze: Deutsche AIDS-Hilfe: Vorbeugen: Safer Sex, Juli 1986.)

Vor diesem Hintergrund ist zu begreifen, was H. Pohle vom Berliner Rudolf-Virchow-Krankenhaus im Juni 1986 gegenüber der Illustrierten 'Der Stern' (Nr. 33/1986, S. 14) äußerte (und was er - folgenlos - schon im November 1984 bei einer Anhörung im Abgeordnetenhaus von Berlin gesagt hatte):

> "Wenn es in der Waschküche eines 30-Stock-Hotels brennt, müssen die Leute in allen Etagen alarmiert und evakuiert werden. Sonst sind sie verloren. Aber das scheint kaum ein Politiker zu begreifen."

Die Postwurfsendung des Bundesgesundheitsministeriums (BMJFG) (Dezember 1985) und die Aufklärungsfaltblätter der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA) können dieses Defizit in der vorliegenden Form nicht beheben, da sie weder die Zielgruppen noch die Übertragungssituationen konkret genug beim Namen nennen. Die Kooperation von erfahrungsgesättigtem Kontextwissen, sexualsoziologischen Kennt-

nissen und professionellem Fachwissen über die massenmediale Verbreitung zielgruppenspezifischer Botschaften würde hier wesentlich einleuchtendere und damit gesundheitlich wohl auch wirksamere Ergebnisse erbringen können.

**Schwule, Fixer, Nutten**

Einer wirksamen AIDS-Prävention stehen in den bislang primär sichtbar gewordenen Betroffenen-Gruppen indes noch andere, wahrscheinlich schwierigere Hindernisse entgegen als die Gestaltung und mediale Vermittlung lebbarer und verantwortbarer Verhaltensvorschläge. Diese Hindernisse haben eine gemeinsame Wurzel darin, daß Schwule, Fixer und Nutten sich sämtlich in (sehr unterschiedlich ausgeprägten) gesellschaftlichen Randlagen befinden. Am Rande bzw. außerhalb gesellschaftlicher Akzeptanz befinden sich dabei keineswegs periphere, sondern lebenslage-relevante, z.T. sogar lebenslage-determinierende Aspekte ihrer Identität. Diese Hindernisse belasten das Verhältnis zwischen Öffentlichkeit/Staat und Zielgruppen von beiden Seiten aus:

- Gegenüber allen drei Gruppen existieren starke, z.T. tiefverwurzelte Vorurteile, die sich in unterschiedlichem und historisch variierendem Ausmaß in gesellschaftlicher und/oder staatlicher Repression ausdrücken. AIDS-Prävention als Gesundheitspolitik hat deshalb die schwierige Aufgabe, das funktional Notwendige z.T. gegen diese Vorurteile und ihre nahezu ubiquitären Auswirkungen gesundheitspolitisch zu formulieren und durchzusetzen.

- Zahlreiche Angehörige der Betroffenen-Gruppen nehmen Aktivitäten der öffentlichen Gesundheitspolitik nicht oder nicht primär als Maßnahmen des Gesundheitsschutzes wahr, weil die Überschrift "Maßnahmen zum Schutze der öffentlichen Ordnung, Sittlichkeit und Gesundheit" etc.

auch oft genug für die Begründung evident vorurteilsgespeister Repression mißbraucht worden ist. Diese, sachlich meist nicht begründbare Repression traf und trifft auf Menschen, die bis auf wenige Ausnahmen nicht aus freier Entscheidung homosexuell, Prostituierte oder drogenabhängig geworden sind. Während die Schwulen mehrheitlich nach z.T. psychisch-sozial und auch physisch extrem belastenden Coming-out-Prozessen zu einer im Kern lebbaren und bejahten Identität gelangen können, stellt sich die Lage für Prostituierte und Drogenabhängige anders dar: die große Mehrzahl empfindet ihre Lebenslage als auf Dauer unhaltbar und erlebt die diskriminierende und repressive Behandlung häufig als Hindernis gegen Projekte der Veränderung ihrer Lebenslage.
Wegen dieser individuellen und kollektiven Erfahrungen mit staatlicher/öffentlicher Gesundheitspolitik können Versuche der Verhaltensbeeinflussung auch dann auf Ablehnung stoßen, wenn sie - objektiv - gesundheitlich sinnvoll oder sogar lebenssichernd sind.

- Schwule wissen, daß vor noch nicht 50 Jahren von den Rechtsvorgängern der heutigen Gesundheitspolitik ihresgleichen ausschließlich wegen ihrer geschlechtlichen Identität umgebracht worden sind und eine Entschädigung der wenigen Überlebenden bis heute nicht stattgefunden hat (vgl. H. D. Schilling (Hg.) 1983). Die Teilliberalisierung des Sexualstrafrechts - 24 Jahre nach der Niederwerfung des Faschismus - hinterließ den anachronistischen Reststrafbestand eines geschlechtsspezifisch unterschiedlichen Schutzalters. Dadurch erscheint gelebte Homosexualität immer noch - eher symbolisch, aber wirksam - in der Nähe des Strafgesetzbuches angesiedelt. Jahrzehntelange, zum Teil barbarische Versuche der physiologischen und psychologischen Konvertierung zur Heterosexualität

sind zwar erheblich zurückgegangen, konnten aber das Vertrauen zur Medizin als helfender Wissenschaft sicher nicht festigen. Im weltweit gebräuchlichen Krankheitsarten-Verzeichnis (International Code of Deseases, ICD) findet sich Homosexualität immer noch unter der Nummer 302.0 in der Gruppe der psychiatrischen Krankheiten (vgl. N. Mappes, 1985). Die Kette von Fällen sozialer und beruflicher Diskriminierung ist niemals abgerissen. Öffentliche Beiträge zur Minderung der bei großen Teilen der Bevölkerung tiefverwurzelten Vorurteile sind äußerst rar. Das Eis scheint dünn, auf dem man geht, man horcht deshalb auf jedes Knacken.

- Prostituierte erleben, daß sie ihrer Tätigkeit nur unter dauernder, z.T. immer noch schikanös gehandhabter gesundheitspolizeilicher und polizeilicher Aufsicht mit 14-tägiger Meldepflicht nachgehen können. Sie haben allerbeste Gründe, ihre berufliche Identität, wo immer möglich, streng geheimzuhalten.

- Fixer wissen, daß sie sich mit ihrem Drogenkonsum in strikter Illegalität bewegen und daß sie - gegen die empirische Evidenz (vgl. F. Bschor/J. Wessel 1983, S. 74 ff.) - von der Mehrzahl derer, mit denen sie ausserhalb ihrer Szene überhaupt noch in Kontakt kommen, ohnehin als Verlorene und Todgeweihte angesehen werden, in die Mitgefühl und Hilfe zu investieren sich nicht mehr lohnt.

Öffentliche Versuche der Verhaltensbeeinflussung, die nicht explizit glaubwürdig machen können, daß sie nicht in der Tradition dieses Umgangs mit Randgruppen und Minderheiten stehen, sind unter gesundheitspolitischen Gesichtspunkten absehbar wirkungsarm, u.U. sogar kontraproduktiv. Die Vor-

aussetzungen dafür sind auf der anderen Seite nicht so schlecht wie vielfach (vgl. z.B. F. Rühmann 1985, G. Schmidt 1986a, V. Sigusch 1986) angenommen.

Für eine Zunahme von Tendenzen der Ausgrenzung der drei derzeitigen Hauptbetroffenen-Gruppen gegenüber dem Zustand vor den ersten AIDS-Diagnosen gibt es zwar zahlreiche, z.T. brutale Einzelbeispiele. Bedrohliche Erosionen finden sich auch vor allem in reglementierten und damit durch Normbildung und Vorbild potentiell reglementierend wirkenden Bereichen. Das betrifft in der Bundesrepublik zur Zeit vor allem Aspekte der Behandlung von Ausländern, Häftlingen, Kranken und Seropositiven.
Insgesamt aber haben die zivilisatorischen Bastionen in den gesellschaftlichen Kernbereichen der Gefahr und Versuchung von Sündenbock-Politik bislang einigermaßen standgehalten. Jedenfalls hinreichend, um das Projekt einer aufgeklärten und problembezogenen AIDS-Politik noch für möglich zu halten.

Die für Prävention und Behandlung von AIDS schädlichen Störungen in den Beziehungen zwischen öffentlicher Gesundheitspolitik und Betroffenen-Gruppen können nicht auf einen Schlag behoben werden. Das ginge auch dann nicht, wenn es AIDS nicht gäbe. Es sind aber drei einander ergänzende Wege sichtbar, auf denen der aus diesen Störungen resultierende gesundheitliche Schaden begrenzt werden kann:

a) In zahllosen Situationen der Aufklärung, Beratung und Hilfe für Angehörige der bislang primär von AIDS betroffenen Gruppen kommt es zu einem Spannungsverhältnis bzw. zum Konflikt zwischen vernünftiger Unterstützung einerseits und 'öffentlichen Normen' andererseits. Teilweise handelt es sich dabei um - zumindest auf dem Papier stehende - Straf- und Sanktionsbestimmungen. An den Schnittstellen zwischen betrof-

fenen Gruppen und öffentlicher Gesundheitspolitik, d.h. in Gesundheitsämtern, sozialmedizinischen und sozialpsychiatrischen Diensten, in Institutionen der Sozialhilfe, in Arztpraxen und Kliniken wird mit diesen Double-bind-Situationen häufig geradezu virtuos umgegangen. Wo die Situation in Richtung auf effektive Hilfe und gesundheitliche Wirksamkeit hin aufgelöst wird, werden regelmäßig rechtsgültige Normenwerke gedehnt und häufig verletzt. Allen Beteiligten ist dabei klar, daß diese Gratwanderung von der individuellen Einstellung und Geschicklichkeit der Artisten abhängt und jederzeit mit dem Absturz enden kann. Eine ihre Wirksamkeit maximierende Gesundheitspolitik wird deshalb stets darum bemüht sein, solche erfolgreichen Ansätze der Kooperation zu verstetigen und auch rechtlich durch Beseitigung problemfremder Straf- und Kontrollvorschriften zu fundieren.

b) Wenn eine Krankheit medizinisch nicht (noch nicht) beherrscht werden kann, die Übertragungswege und die Risikopopulationen aber einigermaßen bekannt sind, dann ist es gesundheitspolitisch legitim, auch über gesundheitspolizeiliche Maßnahmen nachzudenken, die die Ausbreitung der Krankheit stoppen oder verlangsamen könnten. In diesem Zusammenhang sind auch Grundrechtseinschränkungen kein prinzipielles Tabu, sondern müssen Gegenstand sorgfältiger Güterabwägungen sein, wenn und insoweit mit ihnen die Schädigung Dritter (hier: Ansteckung) wirksam verhindert werden kann.

Unter dem Gesichtspunkt maximaler gesundheitlicher Wirksamkeit muß die Reflexion gesundheitspolizeilicher Maßnahmen dabei folgende Stufen durchlaufen:

- Ist die Maßnahme wirksam? Konkret: unterbleiben durch ihre Anwendung Übertragungsvorgänge des Virus, die ohne sie vorgekommen wären oder wird die Übertragung nur räumlich oder zeitlich verlagert?

- Ist die Maßnahme faktisch durchsetzbar? Welche gruppen- bzw. schichtenspezifischen Möglichkeiten des Unterlaufens gibt es bzw. werden durch die Maßnahme erst geschaffen?
- Falls sich aus diesen Überlegungen ein gesundheitlich positiver Effekt ergibt: Wäre diese Wirkung auch mit weniger eingreifenden Instrumenten zu erreichen?
- Welche unerwünschten Wirkungen produziert die Maßnahme? Wird z.B. ein neuer, schwerer zu erreichender und damit zu beeinflussender 'Untergrund' geschaffen? Werden Angst, Hysterie und Panik erzeugt, die rationales Verhalten gerade in den Zielgruppen behindern oder ausschalten und damit die (positiven) Wirkungen der gesundheitspolitischen Maßnahmen mindern oder sogar überkompensieren?
- In welchem Verhältnis steht die gesundheitspolizeiliche Maßnahme zu anderen gesundheitspolitischen Strategien? Befördert oder behindert sie z.B. Strategien der Verhaltensbeeinflussung durch Aufklärung, Beratung und Betreuung?
- Stehen Aufwand (Staatseingriff, Rechtseinschränkungen etc.) und Ertrag (an Gesundheit) in einem vernünftigen Verhältnis zueinander?
- Welche Folgewirkungen hat die Maßnahme auf den historisch erreichten Stand von Zivilisation und Kultur, auch von Sexualkultur und Emanzipation?

Werden diese Fragen sorgfältig und realistisch im Sinne einer Check-Liste beantwortet, so erweisen sich so gut wie alle bislang diskutierten und durchgeführten gesundheitspolizeilichen Maßnahmen im Umkreis von AIDS als kontraproduktiv, bestehende Vorschriften vielfach als obsolet. Und zwar nicht aus sozialromantischen Gründen einer möglichst staats- und polizeifreien Gesellschaft, sondern aus funktionalen, gesundheitspolitischen Überlegungen.

c) Jeder öffentliche und öffentlich sichtbare Schritt, der die Integration der betroffenen Gruppen in die akzeptierten Sphären der Gesellschaft erhöht, verbessert die Voraussetzungen für verantwortungsbewußtes Handeln der Betroffenen und die Voraussetzungen zielbezogenen Handelns der öffentlichen Gesundheitspolitik. Jede derart vertrauensbildende Maßnahme, die die Marginalisierung und Ausgrenzung verringert oder aufhebt, ist deshalb gesundheitspolitisch sinnvoll und funktional richtig. Unter dem Gesichtspunkt der AIDS-Prävention wären z.B. die Aufhebung des ohnehin obsoleten § 175 StGB, die Überführung der gesundheitspolizeilichen Kontrolle der Prostitution in eine soziale und gesundheitliche Betreuung bzw. Umstiegshilfen sowie die konsequente Anwendung des Prinzips "Therapie statt Strafe" für i.v. Drogenabhängige gesundheitlich positiv wirksame Maßnahmen.

In einer Untersuchung über die Reaktionen homosexueller Männer in Frankreich auf AIDS kamen M. Pollack et al. (1986) zu dem Ergebnis,

> "that preventive action should take into consideration its own side effects, in particular the production of anxiety that leads to barriers and opposition rather than to the changes in sexual patterns that were intended."
> "daß Präventionsbemühungen ihre eigenen Nebenwirkungen berücksichtigen müssen, vor allem die Produktion von Angst, die eher zu Barrieren und Widerstand führt als zu den angestrebten Änderungen des Sexualverhaltens."

Es spricht viel dafür, daß die Wirksamkeit von AIDS-Prävention in dem Maße zunimmt, wie die 'öffentliche Gewalt' auf den hier genannten Ebenen die sozialen und sozialpsychologischen Rahmenbedingungen der Lebenslage der bislang quantitativ bedeutendsten Betroffenen-Gruppen verbessert. Etwas überspitzt und metaphorisch ließe sich sagen, daß das gesamtgesellschaftliche Klima auch einen Teil des Infektionsklimas ausmacht[20].

Je entspannter die Rahmenbedingungen, desto handhabbarer werden auch die konkreten Aufgaben der Prävention, die sich bei den drei Gruppen jeweils sehr unterschiedlich darstellen und hier nur in einigen, sehr groben Strichen angerissen werden können.

**Homosexuelle mit wechselnden Partnern**

Die Grundgesamtheit der homosexuell und bisexuell verkehrenden Männer ist unbekannt, in der Bundesrepublik liegt sie wahrscheinlich irgendwo zwischen einer Million und 2,5 Millionen. Weitgehend unbekannt sind auch die soziale Schichtung, die Verteilung zwischen den verschiedenen Szenen und der gewohnheitsmäßige Umgang mit Situationen, die unter dem Gesichtspunkt von AIDS ein Risiko darstellen.
Aufklärung und Beratung müssen deshalb breit ansetzen und, wo dies möglich ist, 'szenenspezifisch' ausdifferenziert werden. AIDS-Warnungen und Safer Sex-Anleitungen sollten sich überall dort finden, wo es regelmäßig zu Kontakten kommt, die potentielle Übertragungssituationen vorbereiten oder beinhalten. Das sind Bars, Clubs, Klappen, Saunen, Parks etc.. Die Einbeziehung von Eigentümern und Personal entsprechender Lokale ist sinnvoll und aussichtsreich, sie muß gegebenenfalls gegen kommerzielle Interessen durchgesetzt werden. Es ist nicht ausreichend, Aufklärungsaktionen auf die geschlossenen Örtlichkeiten zu beschränken. Die Einschaltung schwuler Medien (Presse, Rundfunk) zur Übermittlung professionell gestalteter Botschaften dürfte unverzichtbar sein. Die Bildung von kleinen Aufklärungsgruppen hat sich in den USA offenbar als erfolgreich erwiesen (vgl. E. Haeberle 1986, in: SPD, S. 20).

**i.v. Drogenbenutzer**

Die Aufklärung und Beratung über AIDS-Prävention wird in diesem Bereich, der in der Bundesrepublik auf ca. 50.000 Drogenabhängige geschätzt wird, dadurch erschwert, daß er sich in der Illegalität bewegt. Eine erreichbare 'Szene' ist nicht leicht auszumachen, Fixer neigen auch nicht zur Bildung größerer oder stabiler Gruppierungen.
Unter dem Aspekt der Prävention erscheint es vordringlich, streng und für die Betroffenen verläßlich zwischen der Krankheit der Drogensucht einschließlich der damit sehr häufig zusammenhängenden strafrechtlichen Aspekte einerseits und der Prävention gegen AIDS andererseits zu unterscheiden. Eine solche Unterscheidung mag straf- und sozialrechtlich manchmal problematisch sein, unter dem Gesichtspunkt einer häufig so und nur so möglichen Lebensrettung muß ein lebensnahes Opportunitätsprinzip Vorrang haben.

Die Mortalität beträgt für die meist jungen Drogenabhängigen zwischen 1% und 3% pro Jahr - ohne AIDS. Sie liegt damit gegenüber der durchschnittlichen Sterblichkeit der entsprechenden Altersgruppen 10-30fach erhöht (F. Bschor/J. Wessel 1983, S. 74 ff). Katamnese-Erhebungen und nachgehende Studien ergeben übereinstimmend, daß nach 10-15 Jahren etwa 20 von 100 Drogenabhängigen gestorben sind, also ca. 80 von 100 noch leben, davon ziemlich genau die Hälfte drogenfrei, die meisten davon ohne Delinquenz und rehabilitiert[21]. Die Abstinenzquote nähert sich nach dem 30sten Lebensjahr dem Wert von 40%, bei steigender Tendenz in zunehmendem Alter (F. Bschor/H. G. Schommer/J. Wessel 1984, S. 3 ff).

Wie die entwöhnten Überlebenden von den Drogen losgekommen sind, weiß niemand. In welchem Mischungsverhältnis hier welche Therapien, Therapieversuche, Lebensumstellungen, externe Einflüsse, Reifungsprozesse, neue soziale Bindungen

etc. wirksam werden konnten, ist unbekannt. Von einem systematisch erzielten Erfolg der staatlichen Drogenpolitik kann also keine Rede sein.

Unter gesundheitspolitischen Gesichtspunkten haben bei dieser Sachlage vor allem solche Maßnahmen Priorität, die die Überlebensrate in dieser hochkritischen Lebensphase erhöhen können, zumindest aber nicht absinken lassen.
Bezogen auf die Probleme von AIDS heißt dies unter anderem (vgl. auch W. Heckmann 1986, BT, S. 52ff.)

- Freie und unkontrollierte Beschaffungsmöglichkeiten für sterile Injektionsbestecke. Diese Voraussetzung ist in der Bundesrepublik bislang schon in einigen Großstädten faktisch gegeben und müßte verallgemeinert werden.
- Die erneute Reflexion von Ausweichprogrammen (Methadon u.a.) unter dem neuen Gesichtspunkt der Verhütung von AIDS-Übertragung.
- Es ist präventionsfeindlich, die Zulassung zu und die Bezahlung von Entzugsbehandlungen von einem HIV-Antikörper-Test abhängig zu machen, wie es derzeit von Versicherungsträgern wie der BfA und einzelnen LVA praktiziert wird. Gerade in der für den Aufbau einer Entzugs- und Gesundungsmotivation zentral wichtigen und höchst labilen Phase vor Beginn der stationären Therapie dürfen keine zusätzlichen und möglicherweise existentiell entmutigenden Hürden aufgebaut werden[22].
- Wahrscheinlich enthält das gesamte Arsenal formellen und informellen, stützenden und strafenden Umgangs mit Fixern außerhalb und innerhalb von Therapieeinrichtungen sowie im Gefängnis zahlreiche Aspekte, die hinsichtlich ihrer Verträglichkeit mit der AIDS-Prophylaxe neu überdacht und gegebenenfalls revidiert werden müssen (vgl. W. Heckmann 1986, BT, S.145ff., S.165, S.228ff.; F. Bschor 1981, 1984).

**Prostituierte**

Es gibt drei Gruppen von Prostituierten:

- die Professionellen mit ordnungsgemäßer Registrierung und laufender Gesundheitskontrolle bei den Gesundheitsämtern. Wegen der sehr weitgehenden Durchsetzung des Kondom-Gebrauchs haben Angehörige dieser Gruppen in der BRD - im Gegensatz zu vielen anderen Ländern - derzeit nahezu kein AIDS-Problem[23].
- die 'Amateure'(Hausfrauen, Ausländerinnen und Studentinnen; Stricher) mit zum Teil informeller gesundheitlicher Kontrolle und Betreuung sowie
- die 'Beschaffungsprostitution' (weibliche und männliche i.v. Drogenabhängige), deren Träger meist aus mehreren, kumulativ wirkenden Gründen ohne Kontakt zum öffentlichen Gesundheitswesen anschaffen.

Die Aufgaben der AIDS-Prävention im Prostitutionsbereich werden dabei von Stufe zu Stufe größer und schwieriger (H. Bilitewski, 1986, BT S.72ff.).

Ein zentrales Präventionsproblem besteht darin, daß der Durchsetzung der Mindestregel der Prävention (Verwendung des Kondoms) oft handfeste ökonomische Argumente entgegenstehen, da der Geschlechtsverkehr ohne Kondom oft erheblich höher entlohnt wird. Da sich Prostituierte vor allem aus der zweiten und dritten Gruppe darauf angeblich eher einlassen, werden ohnehin vorhandene Spannungen zwischen den sozialen (und zum Teil ethnischen) Gruppen im Prostitutionsbereich verschärft. Diesen Problemen dürfte in erster Linie durch gruppenspezifische Propagierung und Selbsthilfe zu begegnen sein. Ob eine staatliche Vorschrift dabei einen zusätzlichen Rückhalt geben könnte, wäre nur im Lichte der grundsätzlich gegen weitere polizeiliche Eingriffe in diesen Bereich sprechenden Argumente zu prüfen.

Generell besteht seitens der Freier und Bordellbesitzer die Tendenz, die Verantwortlichkeit für HIV-Infektionen und AIDS einseitig auf die Prostituierten zu verlagern. So verlangen Bordellbesitzer z.T. amtliche Bescheinigungen von den Prostituierten, daß sie seronegativ sind, und verbieten ihnen, mit dem Kunden über Safer Sex auch nur zu sprechen. Aufgabe der AIDS-Prävention wäre die Durchsetzung der Verpflichtung für jedes bordellähnliche Etablissement, an nicht übersehbarer Stelle auf die Notwendigkeit und die Techniken von Safer Sex hinzuweisen. Die Ausgabe von Bescheinigungen über HIV-Antikörper-Tests und ihr Ergebnis müßte gegebenenfalls auch administrativ unterbunden werden, da diese Problemverlagerung der in jeder Hinsicht vielfach wichtigeren Durchsetzung von Safer Sex direkt im Wege steht. Außerdem verfestigt sie die Tendenz, die Opfer von AIDS als die Täter erscheinen zu lassen (vgl. N. Schmacke 1986).

Für Frauen und Männer, die die Prostitution verlassen wollen, müssen spezielle Umsteigemöglichkeiten ausgebaut bzw. geschaffen werden.

## 2.4 Die Träger der Prävention

Die hier nur angerissenen Aufgaben einer zielgruppenspezifischen Leistungserbringung und -steuerung der AIDS-Prävention bündeln sich mit zahlreichen anderen Betreuungs- und Hilfsnotwendigkeiten aus diesem Bereich. Dazu zählen in zunehmendem Umfang AIDS- und zielgruppen-spezifische Notlagen aus dem Straf-, Zivil-, Arbeits-, Miet- und Sozialrecht sowie die Betreuung von Menschen im Umkreis von AIDS, die sich in reglementierten Institutionen (Gefängnisse, Krankenhäuser etc.) befinden. Schließlich tritt als weitere Notwendigkeit die Organisierung psycho-sozialer Betreuung und Selbsthilfe für HIV-Antikörper-Positive hinzu, soweit die iatrogene Produktion

dieser an sich gesunden Problemgruppe nicht unterbunden werden kann (vgl. unten Abschnitt 3). Aus den weiter oben genannten Gründen kommen die Institutionen der staatlichen Gesundheitspolitik als Träger für diese Aufgaben nicht in Frage. Die Gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV) wären damit augenscheinlich ebenfalls überfordert, zumal ihre Aktivitäten auch auf dem Gebiet zielgruppen-spezifisch wirksamer Verhaltensprävention noch in rudimentären Ansätzen stecken (vgl. F. Hauss 1985; R. Rosenbrock/F. Hauss (Hg.) 1985; R. Rosenbrock 1985).

Vorzüglich geeignet zur Bearbeitung der Gesamtheit der damit angedeuteten Probleme, darunter auch solcher der Prävention, sind Organisationsformen, die nach den Prinzipien der unmittelbaren Selbsthilfe aufgebaut sind und arbeiten (vgl. A. Trojan (Hg.) 1986)[24]. Die intime Kenntnis der jeweiligen Lebenszusammenhänge und Bedürfnis- sowie Interessenkonstellationen, kurz: die Kontextnähe, ist die erste Voraussetzung für eine solche Arbeit. Die Verbindung dieser Kenntnisse mit Fach- und Sachwissen über die gesundheitlichen und sozialen Probleme und Problemlösungen bilden die Kompetenz, die als zweite Voraussetzung erfolgreicher Selbsthilfearbeit gelten kann. Die Kompetenz entfaltet dabei ihre Wirksamkeit nach beiden Seiten: Sie führt zu Glaubwürdigkeit in der Zielgruppe und zu funktionaler Anerkennung durch die Träger der öffentlichen Gesundheitspolitik. In asymmetrischen Macht-Beziehungen, wie sie zwischen den Problemgruppen und der öffentlichen Gesundheitspolitik zweifellos gegeben sind, hängen Glaubwürdigkeit und Durchsetzungsfähigkeit nach beiden Seiten noch von einer dritten Voraussetzung ab: der Konfliktfähigkeit der Selbsthilfeorganisationen bei der Vertretung der Interessen der Betroffenen gegenüber öffentlichen und privaten Institutionen. Nur Gruppen und Organisationsformen, die diese drei Voraussetzungen zumindest ansatzweise erfüllen, sind erfahrungsgemäß auch in der Lage, die aus Präven-

tionsgründen erforderliche Verhaltensänderung in der Zielgruppe zeitstabil aufrecht zu erhalten zu helfen. Insoweit kommt ihnen auch die Aufgabe der Kontrolle zu, gewiß nicht im Sinne von Aufsicht oder gar Sanktionsausübung, sondern als sensibles Frühwarnsystem für die Betroffenen selbst. (Zur Systematik dieser Voraussetzungen vgl. H. Kühn 1982, R. Rosenbrock 1982). Der Erfolg der Arbeit solcher Organisationen - das muß wiederholt werden - hängt wesentlich von den staatlich/öffentlich produzierten Rahmenbedingungen ab.

In der BRD sind Aufgaben der AIDS-Prävention und der Betreuung HIV-Seropositiver und AIDS-Kranker sehr schnell von insgesamt ca. 40 örtlichen und regionalen AIDS-Hilfen aufgegriffen worden.[25] Sie sind überwiegend als eingetragene Vereine organisiert, einige sind bei Gesundheitsläden oder Universitäten angesiedelt. Sie definieren ihre Aufgaben selbst und führen sie in eigener Verantwortung durch, meist unter starker Betonung basisdemokratischer Entscheidungsstrukturen. Als Körperschaften sind sie Mitglieder der Deutschen AIDS-Hilfe e.V. in Berlin. Dieser Dachverband erledigt zentrale und gemeinsame Aufgaben der AIDS-Hilfe auf professionellem Niveau (Verhandlungen mit staatlichen Stellen, Lobby, Öffentlichkeitsarbeit, Herstellung von Aufklärungsmaterial). Die Richtlinien dieser Arbeit werden durch einen auch formal starken, elfköpfigen Beirat festgelegt und kontrolliert, dessen Mitglieder per Delegation aus den Basisverbänden stammen. Die Finanzierung erfolgt aus Beiträgen, Spenden und - zu einem erheblichen Teil - öffentlichen Mitteln, vor allem aus Zuwendungen über die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA).

In einer für die institutionelle Trägheit staatlicher Gesundheitspolitik außergewöhnlichen Geschwindigkeit haben Bundes- und Ländergesundheitsministerien sowie einzelne Kommunalbehörden die in der Existenz dieser Organisationen liegenden

gesundheitspolitischen Chancen erkannt und durch materielle und ideelle Unterstützung zu nutzen begonnen. Damit könnte sich eine Entwicklung andeuten, die auch für den Kampf gegen die großen Volkskrankheiten wichtige Anstöße enthielte.

Neben den unübersehbaren Stärken und Erfolgen der bisherigen Arbeit dieser Gruppen und Organisationsform zeichnen sich derzeit vor allem zwei Probleme ab, von deren Lösung der Erfolg dieses gesundheitspolitischen Modells wesentlich bestimmt sein wird:

(1) AIDS-Hilfe ist bisher nicht flächendeckend und kann dies auch nicht ohne weiteres werden. Erforderlich dafür wären zielgruppenspezifische Strategien und Mediatoren für alle vier Zielbereiche/-gruppen. Die derzeitige Dominanz schwuler Initiativen in diesem Bereich erklärt sich nicht nur daraus, daß AIDS unter Homosexuellen die ersten und mit bislang über 70 Prozent auch die meisten Opfer gefordert hat. Einige wichtige weitere Gründe hierfür zeigen zugleich die Schwachpunkte auf, die der Bildung vergleichbarer Ansätze bei den anderen Betroffenen-Gruppen im Wege stehen:

- Die gesellschaftliche und legale Diskriminierung der Schwulen ist im Vergleich zu den Prostituierten und Drogenabhängigen seit den 70er Jahren sehr viel milder und in wichtigen Gesellschaftsbereichen faktisch nicht mehr spürbar.
- Die homosexuellen AIDS-Hilfen konnten vielfach inhaltlich, und manchmal auch personell und organisatorisch an den Resten der Schwulen-Bewegung der 70er Jahre anknüpfen.
- Wichtige Voraussetzungen wirksamer Interessenvertretung, wie z.B. öffentliche Artikulationsfähigkeit, sind in dieser Gruppe in relativ hohem Ausmaß präsent.
- Die erfolgreiche Arbeit ähnlicher Ansätze in den USA (vgl. G. Paul/L. Walz (Hg.) 1986) erleichterte die Akzeptanz in der Bundesrepublik.

Ob und wie der daraus resultierende "Vorsprung" der Schwulen vor den anderen Gruppen aufgeholt oder kompensiert werden kann, erscheint derzeit offen. Ob z.B. mit der öffentlich geförderten Bildung von Ressorts für Heterosexuelle mit wechselnden Partnern, für Prostituierte und i.v. Drogenbenutzer im Rahmen der bestehenden AIDS-Hilfen (einschließlich ihres Dachverbandes in Berlin) die erforderliche teilgruppenspezifische Kontextnähe und Kompetenz aufgebaut werden können, ist noch nicht absehbar.

Eine notwendige Bedingung bestünde in der aktiven Einbeziehung des nur in den betreffenden Gruppen vorhandenen Wissens über die Eigenarten und Bewegungsformen der verschiedenen Teilszenen von heterosexueller Promiskuität, Prostitution und Drogenabusus. Konkret: Erfolgreiche AIDS-Prävention für Prostituierte und i.v. Drogenbenutzer ohne die maßgebliche Einbeziehung von Prostituierten und zumindest Ex-Usern ist jedenfalls nur schwer vorstellbar. Positive Anknüpfungsmöglichkeiten ergeben sich bei Selbsthilfeorganisationen im Prostitutionsbereich (Gruppe Hydra in Berlin/West, Gruppe HWG in Frankfurt/Main und vergleichbare Ansätze in München und Hamburg), für Fixer sind entsprechende Ansätze nicht bekannt.

(2) Selbsthilfegruppen mit gesundheitlicher Aufgabenstellung stehen grundsätzlich in einem Spannungsfeld zwischen vier Eckpunkten. In diesem Feld müssen sie sich orientieren und positionieren, indem sie ihren Abstand zu den jeweiligen Eckpunkten festlegen. Jede Position in diesem Feld ist mit spezifischen Vorteilen und Nachteilen verbunden (vgl. dazu A. Windhoff-Héritier 1982; R. Rosenbrock 1983; A. Trojan (Hg.) 1986):

Striktes Autonomiestreben der Selbsthilfe-Gruppen ist meist verbunden mit dauernder Ressourcenknappheit und häufig mit Defiziten an Kontinuität und Effizienz.
Orientierung am professionellen Medizinsystem erbringt oft hohe (abgeleitete) Legitimation des Handelns, orientiert dieses Handeln aber weithin auf das Krankheitsverständnis der verengt-naturwissenschaftlichen Individualmedizin.
Marktorientierung löst manchmal das Ressourcenproblem, reduziert aber das Spektrum der möglichen Leistungen zumindest langfristig auf verkäufliche Güter und Dienstleistungen.
Staatsorientierung kann die Legitimation erhöhen und das Ressourcenproblem mildern, bindet aber das Handeln mehr oder weniger stark an die Logik und die Grenzen des Verwaltungshandelns und die (ideologischen) Grundlinien der jeweiligen Regierungspolitik.

Im Bereich gesundheitsbezogener Selbsthilfe gibt es derzeit wohl Beispiele für alle Abstufungen und Mischungsverhältnisse von Lösungsversuchen für dieses komplexe Orientierungsproblem. Die politische Schwierigkeit für die Selbsthilfegruppen liegt häufig darin, daß die Entscheidung über 'ihren' Ort in diesem Spannungsfeld implizit und pragmatisch gefällt wird, wenn die langfristig wirksamen Implikationen und Folgen noch gar nicht absehbar erscheinen.

Die AIDS-Hilfe hat sich - wegen der öffentlichen Brisanz und der dem Problem innewohnenden Dynamik - relativ stark am Staat und mittelbar am professionellen medizinischen System orientiert. Die Nachfrage des Staates kam dem entgegen.

Neben den unübersehbaren Vorteilen der Handlungslegitimation und der Sicherung lebenswichtiger Ressourcen liegen darin einige spezifische Gefahren, über deren weitere Entwicklung derzeit nur spekuliert werden kann:

- Der Handlungsrahmen der AIDS-Hilfe (hier vor allem: des Dachverbandes) ist weitgehend dadurch begrenzt, daß öffentliche Gelder nur für jede einzelne, vorher genau zu spezifizierende Maßnahme bewilligt werden. Durch dieses Verfahren geht für die Prävention uneinholbare Zeit verloren, wenn z.B. zwischen dem Antrag auf ein Faltblatt und seiner Bewilligung ca. ein halbes Jahr vergeht. Der Vorteil der Wendigkeit und der Kontextnähe der Arbeit wird auf diese Weise mindestens zum Teil verschenkt.
- Ähnlich wird mit den inhaltlichen Spielräumen verfahren, die sich aus der Staatsunabhängigkeit der AIDS-Hilfen ergeben und die, wie gezeigt wurde, einen wesentlichen Teil ihrer präventionspolitischen Potenz ausmachen.
  - In Zusammenarbeit mit der Deutschen AIDS-Hilfe e.V. war 1985 ein Aufklärungs-Video über den Umgang mit AIDS in den USA produziert worden ('San Francisco - eine Stadt lebt mit AIDS'). Die BzgA lehnte Zuschüsse für die Herstellung von Film-Kopien ab und versuchte damit faktisch, die Verbreitung dieser Aufklärung zu unterbinden. Begründung: weil für kurze Zeit ein entblößtes Männer-Gesäß zu sehen und an anderer Stelle die Worte zu hören sind: "So wie die Dinge liegen, wird Ronald Reagan höchstwahrscheinlich als der Präsident in die Geschichte eingehen, der mehr Amerikaner an AIDS hat sterben lassen als im Vietnamkrieg", sei der Film "streckenweise anti-amerikanisch, anstößig und zu schwulenpolitisch" (vgl. Siegessäule Nr. 7/1986, S. 52).
  - Die Rigidität einer scheinbar unpolitischen Verwaltungslogik gegenüber den Bedürfnissen einer teilgruppenspezifischen Aufklärung äußert sich auch in der Verweigerung von Zuschüssen für Aufklärungsschriften über Praktiken des Safer Sex mit Zeichnungen des derzeit in der BRD populärsten Schwulen-Cartoonisten (vgl. ebd.).

- Im Falle eines Faltblatts über AIDS für Prostituierte (geplante Auflage: 25.000 Stück; veranschlagte Kosten: ca. 14.000 DM) wurde die Bewilligung mit der Auflage verbunden, daß

  "die Faltblätter nur im Zusammenhang eines Gesprächs im Gesundheitsamt, einer Arztpraxis etc. eingesetzt werden, weil ein bloßes Auslegen der Faltblätter nicht sinnvoll wäre, dem Problem - Prostitution und die Gefahr einer Infektion - nämlich nicht gerecht würde: das Faltblatt soll die Funktion haben, nach einem Beratungsgespräch noch einmal die wichtigsten Informationen schriftlich präsent zu haben." (A.Z.: V-03/531 06/25.4.5.11/86 v. 24.7.1986; Antrag vom 6.2.1986)

Es ist sicher noch nicht ausgemacht, ob sich diese Einzelpunkte zu Linien verlängern werden. Es erscheint aber notwendig, bereits jetzt darauf hinzuweisen, daß eine solche Entwicklung für die spezifisch präventionspolitische Wirksamkeit der AIDS-Hilfe keine sinnvolle Perspektive mehr ergäbe.

- Würden im Falle des USA-Videos die von der BzgA inkriminierten Sequenzen aus dem (inzwischen aus Spendenmitteln der AIDS-Hilfe vervielfältigten) Film (das Buch zum Film: G. Paul/L. Walz (Hg.) 1986; Zuschüsse für die Produktion des Buches wurden ebenfalls abgelehnt) eliminiert, ergäbe sich ein deutlicher Authentizitätsverlust der Darstellung, ohne daß dem ein irgendwo faßbarer gesundheitspolitischer Gewinn gegenüberstünde. Die Notwendigkeit außenpolitischer Rücksichtnahme könnte wohl nur in sehr extremen Fällen gesundheitspolitische Überlegungen (hier: der zielgruppengemäßen Informationsvermittlung) außer Kraft setzen. Für solche delikaten Abwägungen gibt der 'Fall' indes überhaupt nichts her: Daß der öffentliche und staatliche Umgang mit AIDS in den USA im Zusammenhang mit den dort - im Vergleich zu zentraleuropäischen Ländern - nur rudimentär ausgeprägten sozialstaatlichen Strukturen und aktuell mit der Heckenschnitt-Politik der gegenwärtigen Administration zu sehen ist (vgl. A. Windhoff-Héritier

1985; R. Rosenbrock 1985b), weiß jeder Tageszeitungsleser bzw. kann es sich an drei Fingern ausrechnen. Die im Film gezeigten Betreuungsaktivitäten der AIDS-Selbsthilfe in den USA sind ohne diesen Hintergrund auf weiten Strecken nicht zu verstehen. Ihre Eliminierung würde darüber hinaus mit der Authentizität auch die Glaubwürdigkeit und damit die gesundheitspolitische Wirksamkeit mindern, zumal große Teile der angesprochenen Zielgruppe (Homosexuelle) die USA aus eigener Anschauung kennen.

Die Kritik der Anstößigkeit bezieht sich auf rare und kurze Sequenzen in dem Film, in denen in nicht-angststiftender Weise die sinnliche Seite des Sexuallebens angesprochen wird. Diese Betonung aber ist konstitutiv für eine auf gesundheitliche Wirksamkeit angelegte AIDS-Aufklärung und -Prävention.

Der Vorwurf der 'schwulenpolitischen' Akzentuierung bezieht sich im Kern auf die Notwendigkeit, den Kampf gegen AIDS mit und in den Zielgruppen zu führen, wenn er erfolgreich sein soll. Damit ist die Essenz dessen angesprochen, was gerade die Chance der Einbeziehung der AIDS-Hilfe in die Gesundheitspolitik ausmacht und weshalb die staatliche Unterstützung dieser Organisationsform gesundheitspolitischen Sinn macht.

- Im Falle der zum Teil derben Aufklärungs-Comics wird die AIDS-spezifische Benutzung eines bereits existierenden, breiten und erfolgreichen Kommunikationsweges in die Zielgruppe (die in der 'Szene' beliebten Zeichnungen) versperrt. Auch damit wird der spezifische Vorteil kontextnaher Warnung und Aufklärung, den gerade die nichtstaatliche Organisationsform der AIDS-Hilfe erbringen kann, zugunsten gesundheitspolitisch sachfremder, im übrigen wohl eher lebensfremd prüder Erwägungen abgeschnitten.

- Die staatlichen Auflagen hinsichtlich der Verteilung der Flugschrift über Prostitution und AIDS verstoßen gleich gegen drei präventionspolitische Gebote: a) Der Zugang zu den am meisten gefährdeten Zielgruppen der Prävention (den Prostituierten ohne öffentliche gesundheitliche Betreuung) wird versperrt. Die wichtigsten Problemgruppen der Prostitution (s. oben, Abschnitt 2.3) befinden sich regelmäßig eben nicht in Kontakt mit Gesundheitsämtern und Arztpraxen, in denen mit ihnen ein 'Beratungsgespräch' geführt wird. b) Vorhandene Fehlurteile hinsichtlich der Übertragungswege werden befestigt (die Gefahr geht eben nicht überwiegend von den Prostituierten aus, die Gefahr des Übertragungsweges Frau → Mann liegt nach den bisherigen Forschungsergebnissen möglicherweise um einige Zehnerpotenzen niedriger als für den umgekehrten Weg). c) Es wird die präventionswidrige und gesellschaftspolitisch gefährliche Tendenz verstärkt, die Verantwortlichkeit für AIDS allein den Prostituierten 'zuzuteilen' und damit die Opfer der Krankheit für die Täter zu halten.

In den bisher aufgetretenen Konfliktpunkten zwischen AIDS-Hilfe und staatlichen Stellen sind damit sämtliche Dimensionen der teilgruppenspezifischen und kontextnahen Aufklärung und Warnung berührt. In diesen Fällen ist damit jener Widerspruch sichtbar geworden, der in der ausführlichen politischen und sozialwissenschaftlichen Debatte über die Frage der 'Staatsknete' für 'autonome Projekte' stets im Mittelpunkt der Betrachtung stand, und aus dessen Erörterung gelernt werden könnte:

Die aus der Sache heraus notwendigerweise zum Teil unkonventionell agierenden Projekte sind auf finanzielle Unterstützung durch den Staat angewiesen. Im Falle der AIDS-Hilfe

geht es dabei um die Erfüllung einer anerkannt wichtigen, öffentlichen gesundheitspolitischen Aufgabe.

Der Staat sichert sich das spezifische Handlungs- bzw. Modernisierungspotential dieser Projekte, indem er sie finanziell unterstützt.

Jede der beiden Seiten bringt dabei ihre spezifische Handlungslogik ein. Daß diese Handlungslogiken in wichtigen Dimensionen nicht übereinstimmen, ist dabei konstitutiv für diese Beziehung. Diese Widersprüche können sach- und vernunftbezogen diskursiv angegangen oder durch Einsatz von Machtmitteln (staatliche Auflagen und Verweigerung von Zuschüssen sind Machtmittel!) aufgelöst werden. Im ersten Fall lassen sich wahrscheinlich durch gesundheitsbezogene Aushandlungsprozesse tragbare Kompromisse finden. Im zweiten Falle vernichtet der Staat durch Einsatz seiner Machtmittel genau das, was er braucht, nämlich die zielgruppenspezifische Kompetenz beim Entwurf und der Durchführung präventiver Maßnahmen.
In beiden Fällen benötigt der machtmäßig unterlegene Partner eine gewisse Konfliktfähigkeit auf Basis entsprechender Bündnisstrukturen. Verzichtet er auf die Entwicklung eigener Konfliktfähigkeit oder erweist sich die Bündnis-Basis als zu schwach, so laufen (inhaltlich oder medial) innovative Ansätze absehbar in die Konsensfalle (R. Rosenbrock 1985a). In diesen, aus gesundheitspolitischen Aushandlungsprozessen z.B. im Rahmen der Selbstverwaltung von Krankenkassen bekannten Fällen werden nur noch solche Themen bzw. Innovationen in die Diskussion eingebracht, die in keinem wichtigen Punkt von der Handlungslogik der machtmäßig überlegenen Seite abweichen. Solche Prozesse aber sind nicht mehr als 'Aushandlung', sondern nur noch als 'Anpassung' zu beschreiben und werfen die Frage nach der Existenzberechti-

gung problem- und teilgruppenspezifischer Organisationsformen auf.

Insgesamt muß demnach die Frage, ob die finanzielle Förderung der AIDS-Hilfen durch staatliche Stellen in der BRD sowie ihre zumindest formale Einbindung in staatliche Beratungs- und Entscheidungsprozesse letztlich ein effektvolles Beispiel symbolischer Politik zur Kaschierung staatlicher Hilfslosigkeit ist, oder ob es sich dabei um eine fruchtbare Aufnahme der Erfahrungen mit anderen gesundheitspolitischen Ansätzen aus der Selbsthilfebewegung oder den Krankenkassen (vgl. F. Hauß 1985) und damit um eine richtungsweisende Innovation zielgruppen-spezifischer Gesundheitspolitik handelt, derzeit offen bleiben.

In benachbarten Ländern, die zum Teil allerdings auch eine erheblich abweichende Geschichte des Umgangs mit Minderheiten und Sexualität aufweisen, sind effektivitätsmindernde Reibungsverluste bei der AIDS-Prävention nicht in vergleichbarem Umfang aufgetreten. Zumindest zum Teil hängt dies auch mit anderen institutionellen Lösungen der Zuordnung von Betroffenen-Expertise und staatlicher Gesundheitspolitik zusammen.

In der Schweiz, die derzeit in der AIDS-Aufklärung vorbildliche Leistungen vorzuweisen hat, ist ein führender Funktionär der Schweizer AIDS-Hilfe (einem Dachverband ähnlich der Deutschen AIDS-Hilfe) als für die AIDS-Politik Verantwortlicher in das Schweizer Bundesgesundheitsamt inkorporiert worden. Das Bundesgesundheitsamt selbst ist dort als Körperschaft 'einfaches' Mitglied der Schweizer AIDS-Hilfe. Dies führt in Kombination mit zum Teil anderen gesetzlichen Grundlagen zu einem reibungsloseren und flächendeckenderen Informationsfluß ohne vergleichbare administrative Hemmschwellen. Die produktive Offenheit dieser staatlich finan-

zierten Aufklärung zeigt sich vielleicht exemplarisch daran, daß das Schweizer Bundesgesundheitsamt derzeit die Produktion eines Porno-Films zur Aufklärung von Homosexuellen über Safer Sex vorbereitet.[26]

In den Niederlanden findet sich ebenfalls eine zielgruppenspezifische und offene AIDS-Prävention. Dort wurde ein führender Funktionär des Nationalen Schwulenverbandes COC mit erheblichen Vollmachten direkt in das Gesundheitsministerium berufen.

## 2.5 Zusammenfassung und Ausblick

Vertrauensbildende Maßnahmen und die Stabilisierung von zielgruppenspezifischen Mediatoren können wichtige Beiträge zu einer offeneren und verbindlicheren Kommunikation zwischen den derzeitig primär betroffenen Gruppen und der an AIDS-Prophylaxe interessierten Öffentlichkeit leisten. Ihre jeweilige Wirksamkeit in bezug auf das gemeinsame Politikziel, die Minimierung von HIV-Übertragungssituationen, entfaltet sich allerdings nicht unabhängig voneinander: zum Beispiel mindern staatliche Maßnahmen - seien sie symbolisch oder effektiv -, die den labilen Vertrauensfundus angreifen, nicht nur die Wirksamkeit der staatlichen Gesundheitspolitik selbst, sondern verringern auch den positiven Einfluß der Mediatoren. Es kann dann nachgerade zu inversen Reaktionen, z.B. zur Verringerung der Compliance bei Safer Sex, kommen. Als Folge staatlicher Gesundheitspolitik kann es dann zu einer Vergrößerung der AIDS-Inzidenz kommen.

Eigenkompetentes und selbstverantwortliches Handeln in den betroffenen Gruppen wird sich dann am besten und zeitstabil entwickeln, wenn den Infektions-Gefährdeten durch Worte und

Taten ihre tatsächliche und akzeptierte Zugehörigkeit zur Gesellschaft signalisiert wird.

Verantwortlicher Umgang mit der Sexualität entfaltet sich am besten in einer politischen und gesellschaftlichen Atmosphäre, in der die "wenigen Errungenschaften der sexuellen Liberalisierung, die wir in unserer Gesellschaft in den letzten Jahren erreicht haben" (V. Hauff 1986, in: SPD, S.1), auch wirklich als Errungenschaften akzeptiert und ihre Verteidigung bzw. ihr Ausbau als Gebot der Aufklärung begriffen wird:

> "Ende der 60er Jahre sah es eine Zeitlang so aus, als könnte ein großer Schritt vorwärts hin zu einer sexualfreundlichen (und das heißt immer auch: menschenfreundlichen) Kultur gemacht werden. In Kommunen und Wohngruppen wurden Alternativen zur Kleinfamilie erprobt, sexuelle Beziehungen ohne Trauschein, ohne Ausschließlichkeitsanspruch, ohne Treueversprechen waren nicht mehr von vornherein verpönt. ... Die sexuelle Liberalisierung der 60er und 70er Jahre hatte vor allem drei Erfolge: die Anerkennung des Rechts Jugendlicher auf sexuelle Befriedigung, eine Bewegung unter den Frauen, die schon heute zu einer größeren Gleichberechtigung beider Geschlechter geführt hat, schließlich der Kampf sexueller Minderheiten um gesellschaftliche Anerkennung. ...AIDS droht dies alles zunichte zu machen." (H. Kentler 1986, S. 59f.)

Auch wenn man diesen Emanzipations-Vorstellungen aus ethischen oder religiösen Gründen[27] nicht folgen mag, dürfte klar sein: Versuche, den Kampf gegen AIDS für die Veränderung von sexuellen oder Beziehungs-Leitbildern zu instrumentalisieren, rauben den gesundheitspolitischen Bemühungen gegen diese Infektionskrankheit ihre Grundlage und verkehren sie zum Teil in ihr Gegenteil.

Gesundheits- und lebensschützende Verhaltensanweisungen werden umso flächendeckender und zeitstabiler befolgt je weniger sie in die (viel schwieriger und mit Mitteln einer auf eine Krankheit bezogenen Gesundheitspolitik ohnehin kaum zu

beeinflussenden) Lebenslagen, Bedürfnisse und Gewohnheiten der Zielgruppen eingreifen. Die geforderten Verhaltensänderungen müssen als notwendig einsehbar und sie müssen so klein wie möglich sein. Ein eventuell verbleibendes Restrisiko muß in seinen Dimensionen (auch im Vergleich mit anderen Gesundheitsgefährdungen) transparent sein.

Safer Sex-Anweisungen müssen die gefährlichen und ungefährlichen Sexualtechniken und die ihnen innewohnenden Risikodimensionen ungetarnt beim Namen nennen. Übertriebene Angst vor Schamverletzung in der Öffentlichkeit kann vermeidbare Tote kosten. Unscharfe Aussagen erbringen suboptimale Ergebnisse: z.B. führte die Safer Sex-Kampagne in New York bei einer prospektiven Studie unter 745 schwulen Männern bei 68% mindestens zu einer Reduktion des Analverkehrs, wobei 60% Kondome benutzten (gegenüber 3% vor der AIDS-Zeit). Der mindestens um etliche Zehner-Potenzen weniger gefährliche Oralverkehr reduzierte sich noch stärker, nämlich um 80%, das ungefährliche Küssen um 50% (J. L. Martin et al. 1986). Es kann spekuliert werden, wie diese Erfolgsziffern hätten aussehen können, wenn von vorherein nach dem Konzept der maximalen Risikominderung gezielt auf die strikte Unterlassung des ungeschützten Analverkehrs orientiert worden wäre.

Die bisherigen Erfolge der ganz überwiegend von Betroffenen-Organisationen getragenen AIDS-Kampagnen gegen gefährlichen Sex und gemeinsame Benutzung von Injektionsbestecken übertreffen nach nahezu allen vorliegenden Forschungsergebnissen mit 60 bis 80 % Befolgung der Regeln des Safer Sex, mit mindestens 40 % beim Gebrauch von Infektionsnadeln, sämtliche Versuche gesundheitsbezogener Verhaltensbeeinflussung der letzten Jahrzehnte (Rauchen, Alkohol, Drogen, Streß, Straßenverkehr etc., vorbildliche Ausnahme: Gurtpflicht).

Das gilt sowohl für die Geschwindigkeit der Durchsetzung als auch für die Quote der Einhaltung (Für i.v.-Nadeln: P.A. Selwyn et al. 1986: Die Hälfte der Untersuchten mit anhaltendem Needle-sharing tat dies wegen der mangelnden Verfügbarkeit steriler Bestecke. Für Safer Sex: J.L. Martin et al. 1986; L. McKusick et al.; M. B. Wilson et al. 1986; R. E. Anderson et al. 1986; L.L. Bye et al. 1986; W. Winkelstein et al. 1986. Skeptische Befunde: A.M. Renton et al. 1986: HIV-Antikörper-Befund führt nicht immer zu Änderungen des Sexualverhaltens, vgl. dazu unten: Abschnitt 3; K. Siegel et al. 1986). Es erscheint nicht unrealistisch, diesen Erfolg durch kontinuierliche Aufklärung und Warnung auf ein noch höheres Niveau zu heben und dort zu stabilisieren.

AIDS könnte dann eines Tages in die Geschichte der Gesundheitspolitik als weiteres Beispiel für eine bedrohliche Krankheit eingehen, deren Dynamik vor ihrer medizinischen Beherrschung durch angeleitetes und verantwortungsbewußtes Handeln der risikotragenden Gruppen gebrochen worden ist.

Medizin und Medizinforschung würden nach der bisherigen Entwicklung keinen allzu großen Anteil an einem solchen Erfolg haben. In einem wichtigen Punkt ist der bisherige Beitrag der Medizin zur AIDS-Bekämpfung sogar überwiegend schädlich und verhängnisvoll. Die Rede ist vom Test auf HIV-Antikörper, die These wird im folgenden Abschnitt belegt.

# 3. Der Test auf HIV-Antikörper

Seit 1984 kann medizinisch einigermaßen sicher festgestellt werden, ob eine Person mit HIV in physiologisch wirksame Berührung gekommen ist. Der Nachweis wird durch die Identifikation von Antikörpern im untersuchten Blut geführt. Mittlerweile ist nach ELISA und Western Blot die dritte Testgeneration in Entwicklung, die absehbar auf gentechnologischer Basis nicht mehr HIV-Antikörper, sondern das Virus selbst identifizieren wird.

Die heute gebräuchlichen Test-Methoden wurden, forciert von der US-amerikanischen Regierung, von fünf pharmazeutischen Firmen entwickelt. In der Bundesrepublik wurden sie 1985 vom BGA in Rekordzeit zugelassen. Der Markt wurde bereits 1984 weltweit auf 200 Mio. US-Dollar geschätzt (F. Rühmann 1985, S. 38). Derzeitige Marktführer sind die Firmen Abbott, ENI, Litton, Organon und Pasteur bzw. ihre Lizenznehmer. "In Frankreich haben Organon (für den Abbott-Test) und Pasteur (für Elavia-Test) einen Marktanteil von 60% bzw. 40%" (DÄB 49/1985, S. 3706).
Außer den unmittelbar mit dem Test zu erzielenden Gewinnen sprechen für die Präsenz auf diesem Markt für alle HIV-engagierten Pharma- und Gentechnologie-Unternehmen gewichtige Gründe:[28]

- Für die absehbar heißen Phasen der Vermarktung konkurrierender Impfstoffe und Therapeutika wird die für die Einführung von Pharmazeutika besonders wichtige Verbindung zu den ärztlichen Meinungsführern frühzeitig gepflegt und ein Bekanntheitsvorsprung erzielt.

- Erfahrungen und Ergebnisse aus der Testentwicklung können wichtige Hinweise für die Erforschung der Immunisierung und eventuell auch der Therapie erbringen.
- Die Entwicklung von Tests ist eine aussichtsreiche Strategie, um Verfahrensschritte, Substanzen und Mikroorganismen im weiten Umkreis um das HIV patentrechtlich zu sichern.

Der Preis ist - wie bei pharmazeutischen Produkten üblich - nicht der wichtigste Konkurrenzparameter zwischen den beteiligten Pharma-Unternehmen.[29] Im Zusammenhang mit der mittel- und langfristig zu sehenden Markteinführung spielen dabei vielmehr derzeit Schnelligkeit, Handhabbarkeit und Verläßlichkeit eine unternehmensstrategisch erheblich größere Rolle (R. Rosenbrock 1980).

Die Verläßlichkeit eines Tests bestimmt sich danach, inwieweit mit seiner Hilfe die 'wirklich Positiven' (Probanden mit wirksamen Viruskontakt: Spezifität des Tests) und die 'wirklich Negativen' (ohne wirksamen Viruskontakt: Sensitivität des Tests) herausgefunden werden können. Kaum irgendein medizinischer Labortest erreicht in beiden Dimensionen den Wert 100, durchweg kommt es sowohl zu 'falsch positiven' und zu 'falsch negativen' Befunden (vgl. Redaktion 1986). Am Max von Pettenkofer-Institut in München wurden Spezifität und Sensitivität des für die Erstuntersuchung von Blutproben gebräuchlichen ELISA-Tests von verschiedenen Herstellern getestet. Das Ergebnis (L. Gürtler et al. 1986):

| | **Spezifität** | **Sensitivität** |
|---|---|---|
| Abbot | 75,0% | 99,6% |
| Emi | 92,2% | 97,9% |
| Litton | 96,9% | 98,7% |
| Organon | 93,8% | 98,7% |
| Pasteur | 96,9% | 98,7% |

Im Klartext bedeutet dies: Werden eintausend Blutproben mit ELISA untersucht, wird - je nach Test-Hersteller - zwischen 31 und 250 mal zunächst falscher Alarm gegeben: der Test zeigt Antikörper an, die es nicht gibt (falsch positive Befunde). Vier- bis 13- mal bleiben dagegen vorhandene Antikörper unentdeckt: Der Test ist dann negativ.

F. Beske et al. (1986, S. 53f.) referieren Ergebnisse anderer Untersuchungen über die Verläßlichkeit von ELISA. Sie zeigen, daß nicht einmal von einer gesicherten Quote falsch-positiver und falsch-negativer Ergebnisse ausgegangen werden kann. Zugleich beleuchten sie ein Charakteristikum, das sehr viele Labortests miteinander teilen: Eine Erhöhung der Spezifität geht auf Kosten der Sensitivität und umgekehrt: "Insgesamt konnte die Empfindlichkeit (Sensitivität, R. R.) des ELISA durch die Bewertung grenzwertiger Ergebnisse als positiv von 96,6% auf 97,7% gesteigert werden, während die Spezifität dabei von 99,3% auf 92,6% abfiel. Durch die relativ kleine Zahl untersuchter Personen sind die ermittelten Werte jedoch mit großen Vertrauensbereichen versehen."

Diese Werte setzen eine professionell perfekte Laborhandhabung voraus. Diese Voraussetzung wird hinsichtlich der HIV-Antikörper-Untersuchung noch stärker bezweifelt als bei anderen Laboruntersuchungen. Es bestehen deshalb seitens der Ärzteverbände Pläne, Qualitätskontrollrichtlinien zu erarbeiten; vereinzelt werden Ringversuche zur Einübung der Technik veranstaltet (R. Seuffer 1986, BT S. 184; Seuffer ist Präsidiumsmitglied der Deutschen Gesellschaft für Laboratoriumsmedizin).

Zur Erhöhung der Wahrscheinlichkeit werden deshalb mehrere Tests und Testmethoden nacheinander vorgenommen, die Verifizierungstests nach Immuno- bzw. Western Blot nur von wenigen, dafür eigens ermächtigten Instituten. Tests nach

Western Blot liegen z.B. im Gegensatz zu ELISA hinsichtlich ihrer Spezifität sehr viel höher: falsch positive Befunde liegen nach Expertenurteil weit unter einem Prozent. Dafür ist ihre Sensitivität deutlich geringer: Experten berichten von ca. 20% falsch negativen Befunden, doch fällt dies statistisch und epidemiologisch nicht so sehr ins Gewicht, wenn zuvor mit dem erheblich sensitiveren ELISA getestet worden ist. Aber auch durch die Kombination verschiedener Tests und Testmethoden kann die Irrtumswahrscheinlichkeit nur gesenkt werden, die Annäherung an absolut gültige Aussagen ist - theoretisch und praktisch - immer nur asymptotisch.

Eine zusätzliche Schwierigkeit der Testauswertung liegt in der langen Inkubationszeit: nachweisbare Antikörper haben sich meist sechs bis acht Wochen nach dem wirksamen Virus-Kontakt gebildet, in einigen Fällen beträgt dieser Zeitraum auch mehr als 26 Wochen (M. Koch 1986, BT S. 126). Zur vertretbar sicheren Feststellung des Antikörper-Status eines Probanden sind deshalb mindestens zwei mehrwöchige Testreihen im Abstand von mindestens vier Monaten erforderlich. Ein negatives Testergebnis sagt - das Problem der Sensitivität des Tests einmal als gelöst unterstellt - über den Status einer untersuchten Person naturgemäß nur dann etwas aus, wenn in diesem Zeitraum ein Viruskontakt sicher ausgeschlossen werden kann.

Die bisher verfügbaren Tests ermöglichen Aussagen nur über das "ob" eines wirksamen Viruskontaktes. Intensität, Dichte und Kumulation des Virusbefalls können nicht festgestellt werden. Ein positives Testergebnis sagt infolgedessen nichts darüber aus,

- ob das Virus durch die Entwicklung der diagnostizierten Antikörper besiegt bzw. aktuell oder auf (welche?) Dauer in seiner Wirksamkeit neutralisiert worden ist,

- ob, mit welcher Wahrscheinlichkeit in welcher Zeitspanne und in Abhängigkeit von welchen physischen, psychischen und sozialen Bedingungen die untersuchte Person an Immunschwäche (ARC oder AIDS) erkranken wird,
- ob Blut und Sperma der untersuchten Person infektiös sind.

Aussagen hierüber folgen nicht aus dem Test, sondern werden aus klinischen Untersuchungen, Verlaufsstudien an methodisch meist zufällig gegriffenen Kohorten symptomloser HIV-Positiver bzw. ARC- und AIDS-Kranker sowie durchweg fragwürdigen Hochrechnungen aus der kurzen Zeit der Bekanntheit des Virus und des manifesten AIDS-Bildes gewonnen. Auf die potentielle Virushaltigkeit von Körpersekreten (und damit ihre Infektiosität) kann praktisch nur aus der Existenz von Antikörpern rückgeschlossen werden. AIDS-relevante Testinterpretationen sind aus diesen Gründen sämtlich mit erheblichen, häufig mit unvertretbaren methodischen Unsicherheiten verbunden.

## Medizinisch sinnvoller Einsatz

HIV-Antikörpertests wurden zunächst entwickelt, um die iatrogenen Quellen der Infektion, die Übertragung durch Blutprodukte in der Hämophilie-Behandlung und bei Bluttransfusionen[30] sowie durch Transplantate und bei künstlicher Insemination zu verstopfen. Diese Aufgaben erfüllen sie vergleichsweise sehr verläßlich. Von Nutzen sind sie auch für die Differential- und Ausschlußdiagnose vor allem bei unklaren Krankheitsbildern, in denen die unspezifischen ARC-Symptome (langanhaltende Lymphknotenschwellung, Gewichtsabnahme etc.) eine Rolle spielen. Wegen der möglichen psychopathologischen Folgen der Untersuchung darf der Test dabei nur nach allen gesundheitlich weniger 'invasiven' Diagnostiken

eingesetzt werden. Sinnvoll erscheint er auch als Schwangerschaftsuntersuchung bei werdenden Müttern aus risikotragenden Gruppen.
Die Vornahme des Test ist medizinisch in ausnahmslos allen Fällen absolut unzulässig, in denen die Bedingungen der Freiwilligkeit und der vollen Information über die möglichen Testfolgen nicht zweifelsfrei gegeben sind ("antibody testing must preceed only with informed consent" D. Miller et al. 1986, S. 941).

## In der Epidemiologie

Notwendig ist der Einsatz des Tests auch für die Erforschung der Epidemiologie und des Verlaufs von AIDS. Ein Überblick über die weltweit mittlerweile in die Hunderte gehenden Studien auf der Basis von Antikörper-Tests verweist allerdings auf schwerwiegende methodische Defizite und ungenutzte Forschungs-Chancen:

- Ganz überwiegend werden die Probanden nach keinen anderen Kriterien ausgesucht als nach ihrer Zugehörigkeit zu einer "Risikogruppe". Zahlreiche epidemiologische Studien scheinen unter dem Gesichtswinkel angelegt zu sein, nach der die Zugehörigkeit zu den risikotragenden Gruppen eine Art 'Grunderkrankung' darstellt, zu dem die HIV-Infektion als Zweiterkrankung, gewissermaßen als Superinfektion hinzutritt. Allenfalls werden noch hin und wieder - auch meist zu global - retrospektiv Sexual- und Drogengewohnheiten erhoben. Kontrollgruppen (trotz Risiken seronegativer Probanden) finden sich ebenfalls nur selten.

  So notwendig es ist, die Forschung auf die zuerst sichtbar gewordenen Betroffenen-Gruppen zu konzentrieren, so sicher ist es andererseits auch, daß bei dieser Betrach-

tungsweise die möglichen Ko-Faktoren (sowohl der Infektion als auch der Serokonversion als auch des Ausbruchs der Krankheit) systematisch zu kurz kommen. Die methodische Anlage solcher Studien kommt auch in den besseren Fällen nicht über das epidemiologisch längst fragwürdig gewordene Risikofaktoren-Konzept hinaus (vgl. zur Kritik: H.-H. Abholz et al.(Hg.) 1982) und rückt möglicherweise entscheidende Faktoren (z.B. der Lebenslage und -weise; Vorbelastungen des Immunsystems) zu oft an den Rand der Betrachtung oder blendet sie gänzlich aus.

Diese Schwächen der Forschung sind allerdings nicht AIDS-spezifisch, sondern finden sich bei Untersuchungen zu allen, auch den großen Volkskrankheiten (vgl. W. Karmaus 1985). Auch dort wird die gesundheitspolitische Frage: Unter welchen Bedingungen bleibt ein Mensch gesund? regelmäßig geringer gewichtet als die ärztliche Frage: Wieviele Menschen werden krank und was können wir dagegen tun? (vgl. zur Kritik: W. Maschewsky 1984).

Es ist bei dieser Forschungslage nicht verwunderlich, daß die Studien zur HIV-Seroprävalenz in den einzelnen Gruppen eine Streuung aufweisen, die ihre Verwendung für epidemiologische Schätzungen (und erst recht für Hochrechnungen) faktisch ausschließt. 54 zwischen 1984 und 1986 in den USA durchgeführte Studien erbrachten nach einer Zusammenstellung des CDC (1986) z.B. für die einzelnen Betroffenen-Gruppen folgende Spannweite an HIV-Antikörper-Positiven unter den jeweils Untersuchten:

- 'drug abusers': zwischen 0,0 % und 71,8 %
- Hämophile: zwischen 40 % und 78,9 %
- Heterosexuelle: zwischen 0,0 % und 3,4 %
- Homosexuelle: zwischen 24 % und 67,9 %
- Prostituierte: zwischen 3,0 % und 40 %.

Die Hälfte dieser Studien untersuchte Gruppen von unter 100 Personen bzw. enthält keine Größenangaben.

Epidemiologisch nicht viel brauchbarer ist "die erste deutschsprachige Arbeit über Langzeit-Untersuchungen" (FR vom 13. 8.1986), vielleicht sogar "die erste aus dem europäischen Raum" (Der Spiegel 33/1986, S. 136) über den "Spontanverlauf der LAV-HTLV-III-Infektion" von H. R. Brodt et al. (1986).

Die Studie beruht auf HIV-Antikörper-Tests sowie internistischen Untersuchungen und Verlaufsbeobachtungen an 543 Probanden aus risikotragenden Grupen, die aufgrund persönlicher Besorgnis oder auch als mitgeteilte Sexualpartner von ARC- oder AIDS-Patienten ('tracing') die Frankfurter Universitätsklinik aufgesucht hatten. Dieses Auswahlprinzip kann zu sehr großen und höchst unzufälligen Verzerrungen des Kollektivs führen, die im Extremfall jede Form von Verallgemeinerung ausschließen können. Entsprechende Variablen wurden offenbar nicht kontrolliert, das Problem wird in der Studie nicht erwähnt.

Es ist wohl nicht nur terminologisch aufschlußreich, daß in dieser Studie - wie in vielen anderen auch - sämtliche Untersuchten, also auch die HIV-Antikörper-Negativen (n = 166, d.h. 30,6% des Kollektivs) aus den "Risikogruppen" umstandslos als "Patienten" bezeichnet werden. Die fünfstufige "Stadieneinteilung des Krankheitsbildes" (S. 1179) beginnt mit der Gruppe 1a: "Gesunde Personen mit einem Risiko für eine LAV/HTLV-III-Infektion und negativem anti-HTLV-III-Antikörper-Nachweis." (S. 1177) Wie anders soll dies gedeutet werden, als daß die Zugehörigkeit zu einer risikotragenden Gruppe als die erste Manifestation der Krankheit oder gar als Grunderkrankung gilt, die dann mit zu ermittelnden Wahrscheinlichkeiten ihren Lauf durch die weiteren Stadien der Erkrankung bis hin zum Vollbild AIDS und zum Tod

nimmt? Dieser Gesichtswinkel führt auch bei Brodt et al. zur Ausblendung der präventionsrelevanter Fragestellungen, unter anderem der möglicherweise entscheidenden Ko-Faktoren: die Anamnese-Erhebung enthält keine differenzierten Fragen nach Variablen der Lebensweise, der sozialen Lage, der psychischen Befindlichkeit, der spezifischen sexuellen und Drogen-Gewohnheiten etc.. Die einzige nicht-medizinische Frage der Anamnese bezieht sich auf Fernreisen in den letzten fünf Jahren (S. 1176).

Von den 543 Probanden konnten 97 (17,9%) zwischen 12 und 24 Monaten und 35 (6,4%) zwei Jahre bis längstens 36 Monate beobachtet werden. Bei 411 Probanden (75,7%) betrug der Beobachtungszeitraum unter einem Jahr, bei 236 Probanden (43,5%) unter drei Monaten. Für die Untersuchung der sub-, vor- oder nicht-klinischen Verläufe nach Viruskontakt und zur näheren Abklärung von Latenzzeiten und -bedingungen fallen damit rund drei Viertel des Untersuchungskollektivs von vornherein faktisch aus. Unter Präventionsgesichtspunkten wird die Studie damit weitgehend unbrauchbar, weil Ko-Faktoren nicht erhoben wurden und der Beobachtungszeitraum zu kurz ist.

Hinsichtlich der Langzeitprognose symptomloser HIV-Antikörper-Positiver enthält die Studie keine verwertbaren Aussagen: "Auch wenn die Zahl unserer Patienten derzeit noch zu klein für eine exakte statistische Auswertung ist, erscheint es doch bemerkenswert, daß innerhalb eines Jahres 50% der symptomlosen LAV/HTLV-III-Träger (Stadium 1b) nach Stadium 2a (Patienten mit einer LAV/HTLV-III-Infektion (anti-HTLV-III-positiv und/oder typische Symptome eines Lymphadenopathie-Syndroms) sowie einem mäßigen zellulären Immundefekt) wechselten." (S. 1180). Zahlen, auf denen dieser Befund beruhen

könnte, werden in der Studie nicht mitgeteilt und sind auch durch Rückrechnungen aus dem Tabellenmaterial nicht zu ermitteln.

Aus der Studie nicht interpretierbar ist auch der Befund, daß nach 24 bis 36 Monaten 6 von 31 Probanden (19,4%) an AIDS erkrankt waren. Zum einen bleibt unklar, wo die restlichen 4 (11,4%) der ursprünglich genannten 35 Probanden mit diesem Beobachtungszeitraum geblieben sind. Und zum anderen wird über den Verlauf der Vorstadien nichts mitgeteilt: Ob und in welchen Relationen die sechs nach 2 bis 3 Jahren an AIDS erkrankten Patienten zu Beginn des Untersuchungszeitraums symptomlos waren oder bereits irgendwelche Symptome bis hin zum Stadium 2b ("schwerer zellulärer Immundefekt") entwickelt hatten, wird nicht mitgeteilt.

Eher im Bereich des methodologisch Abenteuerlichen bewegen sich die abschließenden Schlußfolgerungen der Studie: Ohne Bekanntgabe irgendeiner Berechnungsgrundlage und "unter Annahme einer Normalverteilung (?, R. R.) der Patienten innerhalb (?, R. R.) der verschiedenen Stadien müßte damit gerechnet werden, daß sich von den symptomlosen LAV/HTLV-III-Trägern bei der Hälfte nach spätestens 5 Jahren und bei drei Viertel nach spätestens sieben Jahren das Vollbild von AIDS entwickelt hat." (S. 1180)

Es ist absolut nicht ersichtlich, nach welchen anerkannten Regeln der Logik oder der Statistik sich aus der Beobachtung eines in wichtigen Variablen nicht kontrollierten Kollektivs von 132 Personen über einen Zeitraum von 12 bis maximal 36 Monaten derartige Schlüsse über das Schicksal aller Antikörper-Träger für einen Zeitraum von bis zu 84 Monaten herleiten ließen.

Es wäre methodologisch wohl sauberer gewesen, wenn H. R. Brodt et al. bei der Aussage geblieben wären, die eine häufig zitierte Mitverfasserin dieser Studie nur rund vier Monate vor der Publikation als diesbezügliches Ergebnis mitgeteilt hatte:

> "Über die Menschen, die nur infiziert sind, aber noch gesund sind, kann ich nichts im Hinblick auf den Prozentsatz sagen. Dafür habe ich meine Studien noch nicht lange genug durchgeführt. Ich weiß auch nicht, wie hoch der Prozentsatz sein wird, der überhaupt Krankheitssymptome zeigen wird." (E. B. Helm 1986, BT S. 12)

Diese - der Studie entsprechendere - Mitteilung hätte nicht jenen (zusätzlichen) AIDS-Schock bei wahrscheinlich vielen tausend (getesteten und ungetesteten) Menschen aus den risikotragenden Gruppen ausgelöst, den eine solche Botschaft über die Wahrscheinlichkeit der vorzeitigen Beendigung des eigenen Lebens plausibel (und vorhersehbar) auslösen muß. Zumal diese Botschaft die Öffentlichkeit in einer Form erreichte, in der die methodische Dürftigkeit der Herleitung unter der Tünche der Frag- und Kritiklosigkeit der Berichterstattung verborgen bleibt (vgl. z.B.: o.V.: 'Traurige Bilanz', in: Der Spiegel Heft 33/1986, S. 135f.).

Nota bene: AIDS ist keine Krankheit, die sich zur Verharmlosung eignet. Den genauen Anteil der Antikörper-Träger, die irgendwann einmal ARC- oder AIDS-Symptome entwickeln, kann heute seriöserweise niemand zu wissen beanspruchen. Die seriösen Schätzungen liegen bei gegebenem Stand des Wissens zwischen 5% und 34% (R. A. Coutinho 1986). Sie können durch die Realität nach oben und nach unten korrigiert werden. Vorsicht und Prävention sind also in jedem Falle geboten. Aber diese Forschungslage müßte alle verantwortungsbewußten Forscher besonders dazu anhalten, auch nur das zu sagen, was sie sagen können. Im Falle der beschreibenden Epidemiologie ist dies unter anderem durch die Regeln der Statistik

eingegrenzt. Weichen die Aussagen nach unten (Verharmlosung) oder nach oben (Hysterisierung) von der dadurch bestimmten Bandbreite ab, so wird dadurch das verletzt, was zu schützen der Zweck all dieser Untersuchungen zu sein hat: die Gesundheit.
Hinsichtlich der meisten epidemiologischen Studien ist demnach zusammenfassend festzuhalten:

- Die Grundgesamtheiten der gefährdeten Kollektive sind unbekannt.
- Die sozialen und individuellen Merkmale, von denen die Risikoexposition abhängt, sind unbekannt.
- Die sozial und sexuell streuende Risikoverteilung innerhalb der Gruppe ist infolgedessen unbekannt.
- Die positiven und negativen Selektionseffekte, die aus der Art der Testpropagierung und aus der Gestaltung des Testzugangs resultieren, sind unbekannt.

Jeder dieser regelmäßig nicht kontrollierten Variablen kann Ergebnis-Schwankungen von mindestens 100% oder sogar einem Vielfachen davon bewirken. (Vgl. allein zur schichtenspezifischen Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen: W. Thiele 1981, S. 140ff.) Von ernsthafter epidemiologischer Forschung kann hier anscheinend noch kaum gesprochen werden. Für die Entwicklung einer problemadäquaten Sozialepidemiologie fehlt es offensichtlich u.a. an der Einbeziehung sozialwissenschaftlicher, sozialmedizinischer und Kompetenz aus den risikotragenden Gruppen.

Bei Vermeidung bzw. Behebung dieser sehr häufigen und sehr gravierenden Defizite im Design empirischer HIV- und AIDS-Forschung könnte der Antikörper-Test einen erheblich größeren Beitrag bei erheblich reduziertem Einsatz zur Erforschung von Epidemiologie und Verlauf der Infektion erbringen.

# Früherkennung und Screening

Ein grundsätzlich anderes Bild ergibt die Betrachtung der Testverwendung am Menschen außerhalb von Diagnose und Forschung. Mittlerweile kommt der Test nämlich auch ohne solchen Hintergrund auf breiter Front an symptomlosen Probanden, vorzugsweise aus den bislang sichtbar gewordenen BetroffenenGruppen, zur Anwendung.

Die Armee der USA fordert seit dem 1. Oktober 1985 ein negatives Testergebnis als Eintrittsvoraussetzung, Armee-Angehörige mit positivem Testergebnis werden entlassen. Von den bis Frühjahr 1986 getesteten 200.000 Soldaten/innen waren ca. 3.200 antikörper-positiv (D. Burke et al. 1986). Die Bundeswehr hat den Test bislang abgelehnt. Das kann Ausdruck medizinpolitischer Vernunft sein. Es könnte aber auch die Frage nach den rechtlichen Konsequenzen ausschlaggebend gewesen sein: Im Gegensatz zur USA-Armee beruht die deutsche Bundeswehr auf der allgemeinen Wehrpflicht. Völlig symptomlose und gesunde Wehrpflichtige hätten bei positivem Antikörper-Befund und amtlicher Definition als 'Risikoträger' entweder von der Wehrpflicht befreit oder als Zivildienstleistende in Krankenhäusern, Altenheimen etc. eingesetzt werden müssen. Gesundheitlich wären diese Alternativen zwar unbedenklich gewesen. Ihre öffentliche Begründung hätte aber sicherlich einige Probleme aufgeworfen.

Stipendiaten aus 'Problemländern' (vor allem Zentralafrika und Haiti), die in der Bundesrepublik studieren oder eine andere Ausbildung absolvieren wollen, müssen seit 1985 ein negatives Testergebnis vorweisen (Ansorg 1986, BT S. 30).

In den bundesdeutschen Gefängnissen wird der Test auf Basis einer als fragwürdig anzusehenden Freiwilligkeit abgenommen (Beteiligung: 40% bis 85 %) (H. Bölter 1986, BT S. 47ff.; Hois-Vacek 1986 BT S. 50 ff.; S. Simitis 1986). Einige US-Firmen fordern den Test als Bestandteil der betriebsärztlichen Einstellungsuntersuchung.

Die Bundesministerin für Jugend, Familie und Gesundheit beantwortete in einer im Dezember 1985 an alle Haushalte in der Bundesrepublik verteilten Wurfsendung die selbstgestellte Frage: "Wer sollte sich testen lassen?" "Jeder, der glaubt, sich angesteckt zu haben". Wortgleich formulierte es die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA) in ihrer AIDS-Information Nr. 4: "Was jeder über AIDS wissen sollte" (September 1985).

Es verdient festgehalten zu werden, daß dieses, in keiner Richtung dimensionierte Testangebot die einzig direkt sichtbare medizinpolitische Geste der Bundesregierung in Sachen AIDS ist.

Das Ergebnis dieser Geste ist weder eine gezielte Früherkennung (die auch nicht indiziert wäre, siehe unten) noch eine epidemiologisch interpretierbare Erhebung. Am ehesten läßt sie sich noch als ungezieltes Screening ansehen. Ungezieltes Screening auf nicht behandelbare Krankheiten gilt allerdings z.B. nach den Standards des weltweit anerkannten Oxford Textbook of Public Health als gesundheitspolitisch, medizinisch und ökonomisch nicht akzeptabel (M. L. Burr/P. C. Elwood 1985, S. 373 ff.).

Das Testangebot in Berlin (West) z.B. nahmen 1985 ca. 10.000 von ca. 1,9 Mio. Bürgerinnen und Bürgern wahr. Ca. 5.000 Blutproben wurden zentral vom Bundesgesundheitsamt (BGA) untersucht. Ca. 83 % wiesen keine Antikörper auf. Von de-

nen, die sich zu einer Betroffenen-Gruppe bekannten (Schwule, Fixer), waren ca. 30 % seropositiv, jedoch wies diese Quote starke Schwankungen auf: nach dem spektakulären AIDS-Tod von Rock Hudson sank die Quote der HIV-Antikörper-positiven Blutproben aus der Gruppe der Schwulen z.B. auf 20 %. Aus Frankfurt/Main, der Stadt mit der höchsten Quote an ARC- und AIDS-Kranken in der Bundesrepublik, berichtet E. Helm (1986, BT, S. 13) von 10 % positiven Testergebnissen aus den 'Risikogruppen'. Bienzle (1986 BT S. 147) führt das Sinken der Positiven-Quoten an den Testergebnissen darauf zurück, daß "jetzt Leute zu uns (kommen) die nicht so gefährdet sind wie die, die 1984 bei uns waren".

Beim ungezielten Massenscreening führen die weiter oben genannten Defizite der Testmethoden in Bezug auf Spezifität und Sensitivität im übrigen zu Verzerrungen, die mit abnehmender Wahrscheinlichkeit von Befunden (Prävalenz) immer weiter zunehmen. Dies kann verallgemeinernde Interpretationen der Ergebnisse weitgehend verbieten. Das soll an einem Beispiel verdeutlicht werden: Gutmütig geschätzt erbringt der geläufige ELISA-Test 5% falsch-negative Befunde und 1% falsch-positive Befunde. Legt man die (wie auch immer ermittelte) Antikörper-Prävalenz in bundesdeutschen Blutspenden mit 0.02% zugrunde[31] (F. Deinhardt et al. 1985, S. 3595), so ergibt sich für 100.000 Probanden folgendes Bild:

| **Status laut Test** | **positiv** | **negativ** | **Total** |
|---|---|---|---|
| wahrer Status Antikörper | 190 | 10 | 200 |
| keine Antikörper | 998 | 98.802 | 99.800 |
| Total | 1.188 | 98.812 | 100.000 |

Bei einem einmaligen Testdurchgang werden demnach fast sechsmal mehr Positive entdeckt als tatsächlich vorhanden sind. Zehn 'echte' Positive bleiben dagegen unentdeckt. Die Trefferquote (prädiktive Quote) errechnet sich aus dem Verhältnis der ermittelten tatsächlich Positiven ('true positives': 190) zu den ermittelten Positiven ('detected positives': 1.188). Sie beträgt knapp 16%. Ein positiver Testbefund ist dann nur mit einer Wahrscheinlichkeit von 1:6 zutreffend. Bessere Näherungswerte lassen sich durch Testwiederholung und Kombination von Testmethoden erzielen. Es bleiben aber - bei allem Aufwand (vgl. H.-H. Abholz 1981) und bei aller Sorgfalt - gerade bei Massenscreening mit relativ geringen Prävalenz-Quoten immer Näherungswerte.

Zur Beurteilung des Tests an symptomlosen Probanden ist zunächst auf die Banalität hinzuweisen, daß es sich nicht um eine therapeutische, sondern lediglich um eine diagnostische Maßnahme handelt. Mehr noch: Aus dem Test sind medizinische Handlungen oder Unterlassungen nicht herzuleiten. Für symptomlose Antikörper-Träger gibt es keinerlei Möglichkeit (und vielleicht auch niemals eine Notwendigkeit) medizinischer Intervention.

Als Früherkennungsmaßnahme muß sich der Test an den Maßstäben messen lassen, die durch den Staat bzw. durch die ärztliche Profession für solche Untersuchungen aufgestellt wurden.

Über die Indikation medizinischer Tests zur Früherkennung gibt es auch in der Medizin seit vielen Jahren eine breite Diskussion. Sie entstand aus der spätestens in den 60er Jahren erwachsenden Erkenntnis, daß der Abstand zwischen medizinischer Diagnosefähigkeit und Therapiemöglichkeiten auf vielen Gebieten der Medizin immer weiter auseinanderklafft. Bei zahlreichen der gebräuchlichen (1970 in der Bundesrepu-

blik zur Kassenleistung avancierten) Früherkennungsuntersuchungen v.a. auf Krebs wird seit Jahren von zahlreichen, auch medizinischen Kritikern die Frage nach dem medizinischen Sinn aufgeworfen. Die Kritik stützt sich auf Untersuchungen, nach denen durch zahlreiche Früherkennungsuntersuchungen lediglich der Diagnosezeitpunkt vorverlegt, nicht aber eine Verlängerung der Überlebenszeit oder eine Vergrößerung der Überlebensrate erzielt werden kann, weil die - auf Basis des Untersuchungsergebnisses - eingeleiteten medizinisch-therapeutischen Maßnahmen den Krankheitsverlauf nicht wesentlich beeinflussen können (vgl. H.-H. Abholz 1977, 1980; BMFT 1983). In einigen anderen Fällen wird sogar vermutet, daß die Früherkennungsuntersuchung und/oder die auf ihrer Basis frühzeitiger einsetzende medizinisch-therapeutische Intervention den Tumor zu rascherem Wachstum bringt, die Maßnahme also als problemverschärfend bzw. lebensverkürzend angesehen werden muß.

Der gesundheitliche 'Gewinn' solcher Früherkennungsuntersuchungen bestünde dann einzig und allein darin, daß der Untersuchte länger mit dem Bewußtsein einer lebensbedrohlichen Erkrankung umgehen und die zum Teil sehr nebenwirkungsintensiven Therapieversuche über sich ergehen lassen 'darf'.

Zum HIV-Antikörper-Test besteht trotz dieser zunehmenden Kritik ein fundamentaler Unterschied: Der positive Befund einer Früherkennungsuntersuchung auf Krebs löst in jedem Einzelfall sofort ärztlich-medizinische Interventionen aus, von denen zumindest wesentliche Teile der ärztlichen Profession der medizinisch begründeten Auffassung sind, daß sie das Leben des/der Patienten verlängern können. Solche Früherkennungsuntersuchungen erfüllen damit zumindest möglicher-

weise jenes, im Zweifel inhibitive Kriterium, das die ärztliche Profession schon 1965 für die Zulässigkeit solcher Untersuchungen aufgestellt hat:

> "There should be an acceptet treatment for a patient with recognized disease" (J.M.G. Wilson 1966).
> "Es muß eine anerkannte Behandlung für Patienten geben, die an der diagnostizierten Krankheit leiden."

Ein Reflex dieses Gebots findet sich auch im deutschen Sozialrecht. In der Fassung vom 21.12.1970 legt der § 181a der Reichsversicherungsordnung (RVO) fest, daß Früherkennungsuntersuchungen u.a. nur dann als Kassenleistung erstattet werden dürfen, wenn

"1. es sich um Krankheiten handelt, die wirksam behandelt werden können,
2. das Vor- und Frühstadium dieser Krankheit durch diagnostische Maßnahmen erfaßbar ist
3. die Krankheitszeichen medizinisch-technisch genügend eindeutig sind,
4. genügend Ärzte und Einrichtungen vorhanden sind, um die aufgefundenen Verdachtsfälle eingehend zu diagnostizieren und zu behandeln".

Beim HIV-Antikörper-Test - und auch beim absehbar einsatzfähigen HIV-Test - sind diese Kriterien eindeutig verletzt: 1. Ein ärztliches Handeln folgt nicht aus dem Test. 2. Ob der HIV-Antikörper-Test ein 'Vor- oder Frühstadium' der Immunschwäche anzeigt, ist beim derzeitigen Stand des Wissens eher unwahrscheinlich, in jedem Fall aber unbekannt. 3. Der Test erfaßt kein eindeutiges Krankheitszeichen. Ziffer 4 enthält kein medizinisches oder gesundheitsbezogenes Kriterium und kann deshalb hier außer Betracht bleiben (vgl. dazu F. Naschold 1967).

Die Untersuchung auf HIV-Antikörper liegt damit auf der gleichen Problemebene wie zahlreiche, am Beginn ihres Einsatzes stehende Tests, die u.a. durch Gen-Untersuchungen die individuelle Disposition für bestimmte Krankheiten bzw. die Belastbarkeit des Organismus für bestimmte (Arbeits-)Situatio-

nen zu prognostizieren versuchen (R. Müller 1983, sowie weitere Beiträge in: M. M. Wambach (Hg.) 1983). Solche Tests gelten nach allgemeinem Verständnis als massive Menschenrechtsverletzungen.

Der diagnostische Schritt zum HIV-Virus mit Hilfe der Gentechnologie öffnet noch weitergehende Perspektiven: im Bereich der langsamen Viren (slow virus, Lentiviren) mit noch mehr verzögerter oder gar lange unterbleibender Antikörper-Bildung werden möglicherweise bald Diagnosen gestellt, die den Untersuchten eine erhöhte Erkrankung- bzw. Sterbewahrscheinlichkeit für eine Krankheit voraussagen, die in vielleicht 20-30 Jahren ausbrechen kann und für deren Behandlung die Medizin keine wirksamen Methoden und Mittel kennt.

Die ärztliche Profession ist sich international zumindest in Teilbereichen dieser Problematik durchaus bewußt. Ein Vergleich der innermedizinischen Diskussion über eine ungefähr zeitgleich entwickelte Testmethode mit ähnlich problematischen Folgen und Implikationen drängt jedoch den Eindruck auf, daß die ethischen Bedenken im Falle des HIV-Antikörper-Tests niedriger gewichtet wurden als anderswo.

Dies sei am Beispiel des gentechnologischen Marker-Tests auf Veranlagung zu Chorea major dargestellt (vgl.zum folgenden D. I. O. Cauford/R. Harris 1986; S. 249 ff.). Chorea major (Chorea Huntington) ist eine sehr seltene Erbkrankheit, die nach völliger Symptomlosigkeit im mittleren bis späteren Lebensalter ausbrechen kann und dann überwiegend tödlich verläuft. Mit dem 1985 entwickelten Gen-Test kann die Veranlagung zu dieser Krankheit erheblich präziser (aber keineswegs sicher) bestimmt werden als durch die bisher zur Prognose verwendete Familien-Anamnese. Bei gegebenem Stand des Wissens folgt medizinisch aus dem Huntington-Test ebenso wenig wie aus dem HIV-Antikörper-Test: Solange keine Symp-

tomatik vorliegt, gibt es weder Möglichkeiten noch Notwendigkeiten der Intervention, im Falle des Auftretens der Krankheit werden die Chancen wirksamer Intervention durch das Testergebnis nicht beeinflußt. Die durch den Test ermittelten Risiken liegen für AIDS und Chorea Huntington in ähnlichen Dimensionen: das Risiko der Erkrankung an Chorea major wird bei positivem Testergebnis mit 25% bis 50% beziffert, für Antikörper-Positive auf AIDS liegt es nach derzeitigem Erkenntnisstand zwischen 5% und 34% (R. A. Coutinho 1986). Auch die Zeiträume des möglichen Eintritts der Krankheit belaufen sich in beiden Fällen auf unbekannt, aber möglicherweise sehr viele Jahre.

Für den Huntington-Test spricht die Überlegung, daß genetisch disponierte Personen auf die Zeugung/Empfängnis von hoch gefährdeten Kindern verzichten können. Bei positivem HIV-Antikörper-Status gilt dies - zumindest für Frauen - ebenfalls.

Bei aller Verschiedenheit weisen Tests auf HIV-Antikörper und genetische Veranlagung für Chorea Huntington demnach in ihren medizinpolitisch entscheidenden Dimensionen (Präventions- und Therapierelevanz. prädiktiver Wert, unmittelbar gesundheitliche Wirkungen des Tests) große Gemeinsamkeiten auf.

Der entscheidende Unterschied liegt nun darin, daß die Probleme des Tests auf Huntington-Veranlagung vor jedem klinischen Einsatz und mit äußerst sorgfältiger Diskussion aller Unsicherheiten, psychischen und sozialen Gefährdungen sowie unter Abwägung der Folgen (z.B. des Bewußtseins eines größeren Erkrankungs-Risikos) geführt wird.

> "... before the G8 probe is used clinically the ethics of predictive testing need to be clarified... There is currently no empirical evidence that would allow a confident

forecast of the psychological effects of predictive testing for Huntington's chorea...Ethical guidelines should be established, but these require greater knowledge of the potential benefits and hazards of this powerful new procedure. Controlled clinical trials are urgently needed."

"... vor dem klinischen Einsatz des Tests müssen die ethischen Implikationen dieser Vorhersage-Untersuchung geklärt werden... Es gibt derzeit keine empirische Evidenz, die eine verläßliche Abschätzung der psychischen Wirkungen dieser Vorhersage-Untersuchung auf Huntington erlauben würde... Es müssen ethische Richtlinien aufgestellt werden; aber dafür werden größere Kenntnisse über den möglichen Nutzen und die möglichen Risiken dieses sehr wirkungsmächigen Verfahrens benötigt. Dazu sind dringend kontrollierte klinische Untersuchungen erforderlich." (D.I.O. Craufurd/R. Harrison 1986, S. 249)

Eine Erörterung der medizinischen und ethischen Probleme mit ähnlich massiven Vorbehalten gegen den Einsatz ist in bezug auf den HIV-Antikörper-Test nicht bekannt geworden. Mit Sicherheit hat sie nicht vor dem Einsatz des Tests, zum Teil im Massen- Screening, stattgefunden.

Eine vergleichbare Abhandlung zum HIV-Antikörper-Test erschien in der gleichen Zeitschrift, dem weltweit anerkannten British Medical Journal, erst 1986, also nach der Einführung des Test. Auf Basis einer sehr sorgfältigen Darstellung der Vor- und Nachteile endet der Artikel mit - unbeantwortet bleibenden - Fragen:

"Why are we testing and what benefits, to the individual or to society, derive uniquely from testing? How can we achieve the benefits of testing by other means? Is the potential harm resulting for the patient justified by the benefits? Do we have the means to deal with it?".

"Warum testen wir und welchen ganz spezifischen Nutzen erzielen wir mit dem Test, für das Individuum und für die Gesellschaft? Wie können wir den Nutzen aus der Untersuchung auch mit anderen Mitteln erreichen? Ist das mögliche Leid, das aus dem Test folgt, durch den Nutzen gerechtfertigt? Haben wir die Mittel, um mit diesem Leid umzugehen?" (D. Miller et al. 1986, S. 942).

Eine ähnlich tiefgreifende Problembeleuchtung des HIV-Antikörper-Tests in der bundesdeutschen Ärzteschaft sucht man vergebens. In einem Beitrag im Deutschen Ärzteblatt (1985, S. 1956 f.) stellen E. Jovaisas, U. Marcus und M. Koch von der AIDS-Arbeitsgruppe des Bundesgesundheitsamtes zwar fest, daß durch den Test "eine Reihe schwieriger Fragen aufgeworfen werden". Zu einer grundsätzlichen Problematisierung ihres ärztlichen Tuns vermögen sie sich allerdings nicht durchzuringen. Sie berichten, daß die "psychische Belastung" für Seropositive zu "Panik und depressiven Phasen mit teilweise suizidalen Reaktionen" führt. Als Gegenmittel empfehlen sie "vor dem ärztlichen Gespräch... ein Informationsblatt über den HTLV III ELISA" (S. 1956 f.), eine (ohnehin technisch bedingte) 10-Tages-Frist zwischen Testvornahme und "Befundmitteilung", die Aushändigung eines weiteren Informationsblatts an Test-Positive und die Weiterverweisung "an eine AIDS-Selbsthilfe- oder Beratungsgruppe" als "unverzichtbaren Teil der Patientenbetreuung" (S. 1957).

Die weithin widerstandslose Akzeptanz der HIV-Antikörper-Tests könnte eine Bresche in die vorhandenen Standards ärztlicher Ethik schlagen, die später nur noch mit größten Schwierigkeiten gesellschaftlich zu regulieren wäre. Es ist medizinpolitisch höchste Zeit, sich dieser neuen Herausforderung zu stellen. Ein Ignorieren kann zu gesundheitlichen und gesundheitspolitischen Schäden von nicht absehbarem Ausmaß führen. Dagegen könnten die mit der Infektionskrankheit AIDS verbundenen Probleme eines Tages gering erscheinen.

## Verhaltenssteuerung

Nun könnte eingewandt werden, daß mit dem Test zwar keine medizinisch-therapeutischen Handlungen begründet, dafür aber

auf seiner Grundlage Verhaltensanweisungen an den potentiellen Patienten gegeben werden können, von deren Existenz und Notwendigkeit er sonst nicht oder zu spät erfahren hätte. Dergleichen wäre allerdings ein klarer gesundheitlicher Gewinn, der gegen die fehlende medizinische Indikation in die Waagschale gelegt werden könnte. Medizinische Experten verweisen dabei z.B. auf Blutzuckeruntersuchungen und die aus ihnen folgenden Ernährungsanweisungen zur günstigen Beeinflussung des Diabetes mellitus; oder auf Blutfettuntersuchungen mit den daraus zu ziehenden (umstrittenen) Ernährungs- und Verhaltenskonsequenzen zur Senkung des Risikos koronarer Herzkrankheiten.

Dagegen ist dreierlei einzuwenden:

1. In den genannten Fällen gibt es - im Gegensatz zum seropositiven HIV-Befund - zumindest auch eine sofort nach der Untersuchung einsetzbare medizinische Therapie.
2. Mit dem Versuch, über Tests und ihre Bekanntgabe an den Probanden/Patienten das Verhalten der Betroffenen zu steuern, überschreitet die Medizin und überschreiten die Ärzte eindeutig ihre professionelle Kompetenz. Ärzte werden in Theorie und Empirie der Verhaltenswissenschaften faktisch nicht ausgebildet. Ihre Vorstellungen über die Wirksamkeit ihres Handelns auf das jeweilige Individuum reduzieren sich in der Praxis meist auf unsystematisch gewonnene Annahmen über 'Patientenführung' bei behandlungsbedürftigen und in Behandlung befindlichen Patienten.
   Das Scheitern solcher Bemühungen findet seinen Niederschlag meist in folgenlosem Klagen über die mangelnde 'Compliance' (wörtlich: Willfährigkeit) der Patienten. Dieses Defizit wird auch von Medizinern immer wieder beklagt (vgl. M. Regus 1983, H.-H. Abholz 1983).

3. Entscheidend aber ist, daß aus der Diagnose 'HIV-positiv' auch keine sinnvollen und spezifischen Verhaltensanweisungen an die Untersuchten folgen. Weder im Hinblick auf a) die allgemeine Lebensweise noch in bezug auf b) das Sexualverhalten.

a) Die BzgA rät in ihrer AIDS-Information Nr. 2. "Für alle, deren LAV/HTLV-III-Test positiv ausgefallen ist":

> "Helfen Sie ihrem Immunsystem bei der Auseinandersetzung mit dem Erreger durch eine gesunde Lebensweise. Belasten Sie ihre Gesundheit nicht unnötig.
> - Setzen Sie sich nicht mutwillig der Gefahr weiterer Infektionen (z.B. Tripper, Hepatitis, Syphilis) aus.
> - Sorgen Sie für ausreichende und ausgewogene Ernährung. Machen Sie keine radikalen Diäten.
> - Vermeiden Sie Drogen. Die meisten Drogen schwächen das Immunsystem.
> - Trinken Sie Alkohol nur maßvoll.
> - Setzen Sie sich nicht extensiver UV-Strahlung (z.B. in Bräunungsstudios) aus. Extensive UV-Bestrahlung belastet Ihr Immunsystem."

Ob und wie dem Immunsystem Seropositiver geholfen werden kann und muß, ist derzeit weitestgehend unbekannt. Der mögliche Beitrag dieser fünf konkreten Verhaltensanweisungen zur Verhinderung oder Verzögerung des Übergangs aus der (als Testergebnis nicht sicher zu ermittelnden) Latenz zu ARC- bzw. AIDS-Symptomen ist völlig ungeklärt. Die erste konkrete Verhaltensregel gilt darüber hinaus für jeden Menschen und ist zudem durch die spezifischen Gebote der AIDS-Prävention (vgl. oben Abschnitt 2.1: Safer Sex) abgedeckt. Anweisung zwei gilt für die Gesamtbevölkerung und enthält keinen spezifizierbaren Beitrag zur AIDS-Verhütung. Anweisung drei mag drogenpolitisch sicher allgemein richtig sein, medizinisch ist sie hingegen unscharf. Nachweislich schwächt nur der Gebrauch von Opiaten direkt das Immunsystem, indem es

dieses bei jedem Gebrauch stimuliert. Der Umgang mit Opiaten aber ist in der Regel mit dem Krankheitsbild 'Sucht' verbunden, das mit Verhaltensanweisungen zum Schutz des Immunsystems wegen AIDS-Gefahr regelmäßig nicht zu kurieren ist[32]. Der je aktuell mit Alkoholgenuß (Anweisung vier) verbundene Einfluß auf das Immunsystem ist in bezug auf AIDS höchst unklar, da gerade die T-Zellen nicht davon betroffen sind. Es fehlt dagegen der wichtige Hinweis darauf, daß der übermäßige Gebrauch von Drogen aller Art die Selbstkontrolle herabsetzt, was zur Verletzung der einzig relevanten Präventions-Regeln beitragen kann. Der Inhalt der Anweisungen fünf ist in bezug auf AIDS ungeklärt. UV-Strahlung schwächt momentan die zelluläre Immunität, die Langzeitwirkungen und ihr möglicher Einfluß auf die Entwicklung von AIDS sind ungeklärt.

Die in dem Flugblatt der BzgA darüber hinaus gegebenen Verhaltensmaßregeln für die persönliche Hygiene und den Umgang mit medizinischem Personal sind entweder überflüssig (vgl. oben, Abschnitt 2) oder sie gelten für jeden, der im sexuellen oder im intimen Umgang mit Menschen aus den hauptbetroffenen Gruppen lebt. Für die Verhaltensrichtlinien, die die Flugschrift als Erkenntnisertrag des HIV-Antikörper-Tests anbietet, bedarf es des Tests demnach nicht.

b) Das gilt auch für die spezifische AIDS-Prävention, also das sexuelle Verhalten und den Umgang mit benutzten Spritzen und Kanülen: Die strikte Einhaltung der genau gefaßten Regeln des Safer Sex (vgl. dazu Abschnitt 2.1) und strikte Vermeidung der Benutzung fremder Injektionsbestecke gelten für alle Angehörigen risikotragender Gruppen. Bei Einhaltung dieser Regeln ist auch der Verkehr zwischen Positiven und Negativen

faktisch unbedenklich. Die Notwendigkeit der Einhaltung dieser Regeln ergibt sich aus der Existenz des Virus in der Risikopopulation, nicht aus der Existenz von Antikörpern in der Blutbahn einer bestimmten Person.

Auch unter dem Gesichtspunkt der Verhaltensbeeinflussung verstößt die Vornahme des Tests an symptomlosen Probanden demnach gegen essentielle Grundregeln der medizinischen Profession. Danach sind ärztliche Eingriffe nur dann zulässig, wenn der erwartbare Nutzen und der mögliche Schaden in einem - im Kontext festzustellenden - vernünftigen Verhältnis zueinander stehen. Entscheidungs- und handlungsleitend hat dabei der Grundsatz 'nil nocere'(dem Patienten keinen Schaden zufügen) zu sein. Ärztliche Kunst erweist sich insofern im Zweifel auch hier im 'Unterlassen' und nicht im 'Tun'. Auf Früherkennung zugespitzt, wird ein weiteres, 1968 von der WHO veröffentlichtes Kriterium für solche Maßnahmen verletzt:

"It must be acceptable for the subject with regard to inconvenience, discomfort and risk of side effects... Obviously there is no point in screening for a condition which cannot be treated."

"Die Untersuchung muß im Hinblick auf Unannehmlichkeiten und die Beschwerden sowie auf das Risiko unerwünschter Wirkungen für die Probanden akzeptabel sein... Selbstverständlich hat Früherkennung in Bezug auf Körperzustände, für die es keine medizinische Behandlung gibt, keinen Sinn." (J.M.G. Wilson/G. Junger 1968, vgl. auch z.B. M.L. Burr/P.C. Elwood 1985).

Wobei zu beachten ist, daß die durch den Test ausgelösten gesundheitlichen Probleme häufig weit oberhalb einer durch Begriffe wie 'Unannehmlichkeiten' und 'Beschwerden' definierbaren Schwelle liegen und daß von 'unerwünschten' bzw.

'Neben'-Wirkungen ('side effects') vernünftigerweise nur dort die Rede sein kann, wo es irgendeine medizinisch indizierte erwünschte Wirkung gibt.

## Testaussagen und Testfolgen

Der HIV-Antikörper-Test an symptomlosen Probanden ist danach weder medizinisch indiziert noch folgen aus ihm spezifische Verhaltensanweisungen. Sind auf der einen Seite also keine sinnvollen Folgerungen aus ihm zu ziehen, so hat er auf der anderen Seite bedeutsame, auch gesundheitlich schwerwiegende Folgen. Dies soll an der Mitteilung illustriert werden, die an einen HIV-positiven Probanden zu seinem Testergebnis gegeben werden kann:

> "Du wirst nach den vorliegenden, sozialepidemiologisch durchweg unbrauchbaren Studien und nach den bisherigen Erfahrungen in einem Zeitraum zwischen einem halben Jahr und unbekannt vielen, vielleicht sieben oder mehr Jahren nach der/den Infektion/en (nicht: nach dem Test!) mit einer Wahrscheinlichkeit zwischen 5% und 34% ARC- oder AIDS-Symptome entwickeln (R.A. Coutinho 1986). Die relativ meisten derer, die überhaupt Symptome entwickeln, tun dies zwischen dem dritten und vierten Jahr nach der wirksamen Infektion. Warum bei Dir, im Gegensatz zu einer unbekannten Anzahl anderer Menschen, der Viruskontakt wirksam geworden ist, weiß niemand. Wie Du den Prozeß in Deinem Körper, wenn es ihn überhaupt gibt, beeinflussen kannst, weiß auch niemand. Wahrscheinlich machst Du keinen Fehler, wenn Du einfach gesund lebst. Das wichtigste sind vielleicht eine positive Lebenseinstellung und eine gesicherte soziale Existenz. Auch scheint Angst vor der Krankheit die Krankheit befördern zu können, während emotionale Ausdruckskraft, das Akzeptieren Deiner selbst und Deiner Sexualität so wie insgesamt ein aktiver Umgang mit Deinem Leben und der Krankheit bremsend oder verhindernd wirken können." (R. Penny et al. 1986). Das ist nicht sehr spezifisch, denn es gilt wahrscheinlich für die meisten Krankheiten (vgl. R. Rosenbrock/H.-H. Abholz 1984).
>
> Hinsichtlich der spezifischen AIDS-Prävention gelten die gleichen Regeln, die auch besser vorher für Dich gegolten hätten: Safer Sex und Einmalspritzen.

> Wenn Du irgendwann eine Symptomatik 'unterhalb' von AIDS entwickelst, so kann dies in einem unbekannten Zeitraum und mit einer nicht bestimmbaren Wahrscheinlichkeit später in AIDS übergehen. Solltest Du zu der unbekannt großen Gruppe derer gehören, die irgendwann an AIDS erkranken, wirst Du nach heutigem Stand des Wissens über palliative, symptomatische und kurative Interventionsmöglichkeiten der Medizin mit einer Wahrscheinlichkeit von über 80% an diesem Syndrom sterben."

Es ist evident und müßte jedem Beteiligten klar sein, daß eine solche lebensbedrohliche und zum Teil notwendigerweise zynisch klingende Mitteilung in erster Linie ein Life-event darstellt. Darunter versteht die sozialmedizinische Forschung plötzlich und von außen kommende lebensverändernde Ereignisse. Sie beeinflussen den gesundheitlichen Status so stark, daß das Erkrankungsrisiko der Betroffenen spezifisch und unspezifisch, physiologisch und psychologisch beträchtlich steigt (vgl. W. Maschewsky/U. Schneider 1982).

Und so ist es auch: D. Seux (1986) berichtet von ca. 60 Studien über die psychiatrischen Aspekte von AIDS, allein die Hälfte befaßt sich mit den individuellen Reaktionen auf die Konfrontation mit dem Antikörper-Befund. O. Seidl et al. (1986) beobachteten durchgängig ein nicht tolerierbares Ausmaß an Angst, alle Anzeichen einer prämorbiden Persönlichkeit sowie depressive und hypochondrische Verstimmungen. Auch S. Tross et al. (1986) berichten über Depressionen, Angst und Somatisierungen, die Quote der am Test psychisch Erkrankten betrug ungefähr 70% der Quote psychischer Erkrankungen infolge einer AIDS-Diagnose (weitere Befunde bei J.W. Dilley 1986; J. G Joseph et al. 1986; H.J. Weisman et al. 1986; Th. van der Helm et al. 1986). Bekannt geworden sind auch Suizidfälle als Reaktion auf den Antikörper-Befund (E. Jovaisas et al. 1985, S. 1956 f.; D. Telge 1986).

Die gesundheitlichen Testfolgen lassen sich dahingehend zusammenfassen, daß hier eine große und wachsende Anzahl von Kranken durch das Medizinsystem selbst produziert wird. Da die medizinische, einschließlich der psychiatrischen Profession für diese Gruppen keine spezifische Therapie anzubieten hat bzw. daran nicht interessiert ist bzw. keine ausreichenden Behandlungskapazitäten aufweist[33], wird diese Problemgruppe weitgehend der Selbsthilfe zugeschoben: Von den elf in einem Flugblatt verbreiteten Angeboten der Berliner AIDS-Hilfe z.B. beziehen sich allein vier auf die Besserung des Zustandes von bzw. den Umgang mit Seropositiven. Dies ist unter gegebenen Umständen keine Kritik an der Selbsthilfe, weil diesen Menschen selbstverständlich geholfen werden muß und die Prinzipien der Selbsthilfe sicherlich auch nicht die schlechtesten Therapie- bzw. Rehabilitationsmöglichkeiten bieten (vgl. B. Badura (Hg.) 1981). Nur wird die AIDS-Selbsthilfe, der gesellschaftlich ohnehin eher mehr Aufgaben gestellt werden, als sie bei gegebenen Kapazitäten und gegebener Unterstützung lösen kann, dabei mit einem großen zusätzlichen und vor allem weitgehend vermeidbaren zusätzlichen Problem belastet.

Auch kann auf diese Weise ein neues Ghetto entstehen, das Ghetto der 'Positiven'. Es ist dies durchaus kein Ghetto, in dem das Ansteckungsrisiko mit minderer Sorgfalt angegangen werden darf. Wegen der bei gegebenem Stand des Wissens nicht ausschließbar wachsenden Gefährdung durch kumulative HIV-Infektionen gelten dort die gleichen Präventionsregeln (Safer Sex und Einmalspritzen) wie außerhalb des Ghettos. Ghettobildung aber ist nicht nur prinzipiell inhuman, sondern stets auch gesellschafts- und gesundheitspolitisch gefährlich. Die Gefahr liegt darin, daß die Existenz von Ghetto-Grenzen Grenzüberschreitungen sofort oder irgendwann provozieren kann. Da die Grenzüberschreitung eine Regelverletzung (for-

mell oder informell) darstellt, liegt die Gefahr nahe, daß dabei dann alle Regeln (darunter auch die sinnvollen Regeln der Prävention) verletzt werden.

Zudem wird mit der gesundheitlich nicht begründbaren Spaltung der Problemgruppen in 'Positive' und 'Negative' die Wirksamkeit der zentral wichtigen Botschaften der Prävention verunklart und schwerer handhabbar, weil die Zusammenhänge zwischen Safer Sex-Anleitungen und Testergebnissen sehr häufig nicht durchschaut werden (können).

Dies zeigt sich nicht zuletzt an Untersuchungen, nach denen ein negatives Testergebnis offenbar häufig zu Leichtsinn, also dazu verführt, Risikosituationen nicht zu vermeiden (R. Fox et al. 1986). Fox et al. kommen zu dem Ergebnis, daß die Mitteilung des Antikörperstatus an schwule Männer dem Ziel der öffentlichen Gesundheitsprogramme, die Verbreitung des Virus durch Safer Sex Prävention zu vermindern, zuwiderläuft.

## Die Gründe für den Test

Natürlich stellt sich die Frage, warum trotz dieser gesundheitlich, medizinisch und ethisch im Grunde sehr klaren Sachlage zahlreiche Ärzte und Institutionen nicht nur Blut für den Test abnehmen, sondern ihre Probanden/Patienten geradezu zum Test auffordern.

Die Antwort auf diese Frage ist komplex. Sie verweist auf Aspekte und Fehlregulierungen, die keineswegs nur im ärztlichen Umgang mit der Krankheit AIDS von Bedeutung sind. Die Probleme liegen zu erheblichen Teilen in der Struktur des Medizinsystems und in der überhöhten Bedeutung, die ihm gesamtgesellschaftlich für die Lösung gesundheitlicher Probleme

zugeschrieben wird. Es wäre deshalb auch verfehlt, primär nach 'Schuld' zu suchen und 'die' Ärzte als diabolische Vollstrecker menschenverachtender Praktiken zu brandmarken.

1. Der wichtigste Grund für die massenhafte Anwendung des Tests an gesunden Probanden ohne medizinische und wissenschaftliche Indikation liegt sicher darin, daß es ihn gibt. Gerade bei 'Gesundheitsgütern' ist immer wieder nachgewiesen worden, daß Nachfrage und Anwendung kaum von reflektierten, gesundheitlichen 'Kosten-Nutzen'-Überlegungen, sondern in erster Linie davon abhängen, daß die Leistung verfügbar ist. Die Nachfrage nach Gesundheitsgütern wird insoweit vor allem anderen durch das Angebot hervorgerufen (vgl. F. Naschold et al. 1978; W. Thiele 1981). Dies findet eine seiner wichtigen Ursachen darin, daß die Folgen und Wirkungen medizinischer Verfahren und pharmazeutischer Produkte sehr häufig ziemlich unsicher und ungewiß sind ('Gebrauchswertunschärfe' von Gesundheitsgütern, R. Rosenbrock 1983a; 'fehlende Konsumentensouveränität', Th. Thiemeyer 1986). Die Folge ist häufig eine bei Ärzten und Patienten stark herabgesetzte Reflexion über die gesundheitlichen und sozialen Folgen des Einsatzes medizinischer Mittel und Maßnahmen. Es ist einleuchtend, daß die Hersteller und Verkäufer medizinischer Verfahren und Produkte aus dieser Eigenschaft des 'Medizinmarktes' entsprechenden Nutzen zu ziehen versuchen. Die Zustände auf den Teilmärkten für Arzneimittel und Medizintechnologie liefern dafür breites Anschauungsmaterial (V. Friedrich/A. Hehn/R. Rosenbrock 1977; E. Westphal 1982).

   Im Falle des HIV-Antikörper-Tests hat diese Konstellation dazu geführt, daß ein ursprünglich und sinnvoll für einen ganz anderen Zweck, nämlich die Sicherung von Blutprodukten und Transplantaten entwickeltes Verfahren

nahezu widerstandslos seinen Weg auf ein Anwendungsgebiet gefunden hat, auf dem es nach den Regeln der Logik und der medizinischen Wissenschaft nichts zu suchen hat.[34]

2. Besonders günstige Aufnahmebedingungen findet der Test vor allem bei solchen Ärzten (und Patienten) die bezüglich der Methodik der Verhaltenssteuerung der Vorstellung verhaftet sind, menschliches Handeln lasse sich vorrangig (oder gar ausschließlich) über die Erzeugung von Angst steuern. In ihrer Ausbildung wird ihnen kaum vermittelt, daß dieses Konzept im Widerspruch zu den wissenschaftlichen Standards und empirischen Evidenzen aus Lerntheorien, Sozialpädagogik und Sozialpsychologie aller wesentlichen 'Schulen' in diesen, dafür zuständigen Wissenschaftsdisziplinen steht. Der Zusammenhang von AIDS mit 'unmoralischem' Sexualverhalten und illegaler Drogenbenutzung errichtet zusätzliche Hürden auf dem Wege zu dieser Einsicht.

   Diese Konstellation macht es verständlich - aber deshalb noch lange nicht hinnehmbar -, daß auch aufgeklärte Testbefürworter unter den Ärzten in Expertengesprächen das grausame und gesundheitlich hoch-riskante Spiel mit der Todesangst der Probanden als Mittel der Verhaltenssteuerung als wichtigen Grund für ihre Haltung angeben. Zumindest in einzelnen Fällen hat dieses Denken auch in die Forschung Eingang gefunden: J. Gold et al. (1986) wollen in einer Screening-Untersuchung an 4.000 Probanden in Sydney "die Wirkung des Antikörper-Tests auf die Veränderung von hoch-riskantem Verhalten, z.B. in bezug auf die Übernahme von Safer Sex-Techniken", untersuchen. Angesichts der oben skizzierten ernsten Risiken psychischer und physischer Erkrankungen durch den Test rückt ein solches 'Forschungsdesign' in die unmittelbare Nähe

absolut unzulässiger Menschenversuche.
Es sprechen aber nicht nur ethische Argumente gegen die Vornahme des Tests an symptomlosen Probanden, sondern auch Überlegungen (und Forschungsergebnisse) zu den real erzielten Wirkungen auf das Verhalten der Getesteten:

- Ein negatives Testergebnis bei vorangegangenen gefährlichen Sex-Praktiken kann plausiblerweise und empirisch nachgewiesen zu verhängnisvollen Fehleinschätzungen der indviduellen Widerstandskraft und damit zu Leichtsinn führen (vgl. R. Fox et al. 1986).
- Ein positives Testergebnis kann folgende Reaktionstypen hervorrufen:
  - Anomie, Panik, Depression, Hysterie, Verlust rationaler Handlungskontrolle, Rückzug. Ob diese iatrogen produzierten Krankheitsbilder günstige Voraussetzungen für einen vernünftigen Umgang mit der Sexualität und die Einhaltung der Regeln der Prävention bieten, darf füglich bezweifelt werden.
  - Ignorieren, Verdrängen: keine Veränderung des (Sexual-)Verhaltens.
  - Unterlassung riskanter Sexualpraktiken, Übergang auf Safer Sex.

Es ist weder plausibel noch erwiesen, daß der zuletzt genannte Reaktionstyp die größte Häufigkeit aufweist. Und selbst wenn dem so wäre, müßten die schädlichen Konsequenzen aus den Reaktionstypen 1. und 2. dagegen zumindest abgewogen werden[35] (vgl. oben 2.1: Sozialpharmakologie der Gesundheitspolitik). Besonders gesundheitsgefährlich (im Sinne der AIDS-Übertragung) dürfte die Produktion von Desperados sein, die das Testergebnis als Reduktion der ihnen noch zur Verfügung stehenden Lebensspanne auf wenige Monate oder Jahre mißverstehen und vor diesem Hintergrund auch

sexuell 'ohne Rücksicht auf Verluste' und nach dem Motto 'nach mir die Sintflut' agieren. Empirische Untersuchungen über den Hintergrund derer, die trotz allgemein hoher Befolgung heute noch gefährlichen Sex und Needle sharing betreiben, könnte hier weitere Aufschlüsse erbringen.

Der Einsatz von Angst zur Verhaltenssteuerung durch HIV-Antikörper-Tests erfolgt allerdings keineswegs nur auf Anraten von Ärzten oder gesundheitsbezogenen Institutionen. Selbstbestrafungswünsche etc. finden sich ebenso in der Bevölkerung, und speziell bei Angehörigen gesellschaftlich diskriminierter Gruppen. O. Seidl et al. (1986) berichten, daß bei einem großen Teil der Testteilnehmer neben Hypochondrie "unterdrückte Schuldgefühle und Wünsche nach Bestrafung für verbotene sexuelle Betätigung" eine wichtige Rolle spielten.

3. Die Nachfrage nach dem Test wird häufig auch mit der öffentlichen Sicherheit, d.h. dem Schutz vor Virus-Übertragungen außerhalb kritischer Übertragungssituationen begründet. Danach sollen Küchenpersonal, Friseure, Gefangene etc.pp getestet werden (vgl. z.B. P. Gauweiler 1986 BT S. 180 f.) Da aus diesen Bereichen weltweit bislang kein einziger Übertragungsfall dokumentiert worden ist, sind solche Forderungen unter gesundheits- und seuchenpolitischen Gesichtspunkten gegenstandslos (vgl. oben 2.1; auch: E. Helm 1986, BT S. 185). Besonders absurd wird die Forderung nach Prävention durch Antikörper-Tests in Haftanstalten. Solange das Gefängnis wider alle empirische Evidenz als sex- und drogenfreier Raum definiert wird, sind dort auf der anderen Seite alle Wege zu wirksamer AIDS-Prävention verbaut[36] (vgl. auch L. Guerrero et al. 1986).

4. Ein beträchtlicher Teil der Nachfrage nach dem Test kommt aus den betroffenen Gruppen selber und beruht auf dem Wunsch nach persönlicher Sicherheit. Unter den Nachfragern befindet sich - nicht zuletzt aufgrund der Desorientierung stiftenden Vermarktung von AIDS in zahlreichen Medien - eine beträchtliche und offenbar wachsende Anzahl von Hypochondern. Ihre Angst, an AIDS zu erkranken, hat zwar objektiv oftmals keine Grundlage, besitzt aber für die Betroffenen einen hohen - auch gesundheitlich wirksamen - Realitätsgehalt (vgl. A. West et al. 1986: 'fixed belief'). Diesen Menschen ist mit einem Test-Ergebnis, allerdings nur, wenn es negativ ist, sicher am leichtesten zu helfen.

   Neben dieser Gruppe eher unspezifischer und psychisch ausgelöster Test-Nachfrage gibt es Fälle, in denen der Wunsch nach dem Test sich eher aus strategisch angelegten, individuellen Präventionsüberlegungen herleiten läßt. Eine nähere Betrachtung solcher Überlegungen zeigt allerdings, daß der Wunsch nach dem Test in der Regel auf Fehlinformationen bzw. Kurzschlüssen beruht. Beispielhaft seien einige typische Konstellationen, die zum Test-Wunsch führen, genannt:

   - Personen, die in der Vergangenheit gefährliche Sex-Praktiken betrieben haben, nunmehr aber strikt nach Safer Sex-Regeln verkehren wollen. Das Testergebnis ändert am gegebenen Gefährdungsgrad nichts. Bei weiterhin promiskem Sexualverhalten ist Safer Sex in jedem Falle strikt erforderlich. Für einen Test gibt es keine Indikation.
   - Sexgemeinschaften aus z.B. fünf bis acht Personen ('Fahrgemeinschaften') bzw. auch Paare, die in der Vergangenheit mit wechselnden Partnern gefährliche

Sex-Praktiken betrieben haben und fortan monogam bzw. nur noch in der Gruppe verkehren wollen.

Es kann realistischerweise nicht davon ausgegangen werden, daß Sexgemeinschaften, deren 'Gründungsbasis' die Angst vor der Virusübertragung ist, mit der notwendigerweise ausnahmslosen Verläßlichkeit über längere Zeiträume halten. Auch muß die emotionale Perspektive von Paaren, die sich auf der Basis von Angst auf monogames Verhalten einigen, als äußerst störanfällig angesehen werden. Zwar gibt es (unbekannt) viele, zum Teil über Jahrzehnte dauernde Paarbeziehungen zwischen Männern (vgl. dazu u.a. R. Lautmann 1984), doch verweisen die wenigen empirischen Untersuchungen darauf, daß meist nach wenigen Jahren - trotz anhaltender intensiver emotionaler Beziehung und zum Teil auch häuslicher Gemeinschaft - sexuell monogames Verhalten eine seltene Ausnahme darstellt (D.P. McWhirter/A.M. Mattison 1986). Ein Test würde - selbst wenn sein Ergebnis bei allen Beteiligten negativ ist - insofern eher eine falsche Sicherheit bzw. Perspektive vorgaukeln.

Selbst wenn man von diesen Einwänden absieht, ergeben sich in den unterschiedlichen Konstellationen weitere gewichtige Gründe gegen den Test:

a) Die (zwei oder mehr) Teilnehmer wollen fortan Safer Sex miteinander treiben (was ohnehin erforderlich ist, wenn auch nur ein Teilnehmer HIV-Antikörper-positiv ist). Ein Test ist dann überflüssig, da die Teilnehmer durch Safer Sex geschützt sind.
b) Das Paar oder die Gruppe wollen fortan übertragungsrelevante Sexpraktiken nur noch untereinander betreiben. Der Gang zum Test kann nunmehr verschiedene Konstellationen ergeben:

- Beide bzw. alle Teilnehmer sind antikörper-negativ: es bleibt das Restrisiko des falsch-negativen Tests (bei Tests nur mit ELISA: ca. 5%), zudem muß die Inkubationszeit (6-26 Wochen plus erheblichem 'Sicherheitszuschlag') zum Testzeitpunkt beachtet werden. Wichtiger aber erscheint, daß sich jeder 'Seitensprung' mit gefährlichem Sex in einer solchen Konstellation über seine beziehungshygienische und psychische Seite hinaus zu einer potentiellen Bedrohung für Gesundheit und Leben aller 'Teilnehmer' auswächst. Bei Seitensprüngen nur mit Safer Sex allerdings besteht keine Gefahr.
- Testergebnis teils negativ, teils positiv: Man mag sich ausmalen, was dies für die Ausgestaltung einer Beziehung bedeuten mag, zumal diese, das beweist der Gang zum Test, als sehr eng geplant war.
- Beide bzw. alle Teilnehmer sind antiköper-positiv: Für die Abschätzung der psychischen Folgen für die Beziehung sowie für die Schwierigkeiten ihrer Verarbeitung ist davon auszugehen, daß Angehörige der Hauptbetroffenen-Gruppen in der Regel zum Test gehen, weil sie die Hoffnung haben, 'negativ' zu sein. Die Mitteilung eines positiven Antikörper-Befundes ist eine medizinisch und gesundheitlich überflüssige Schwerstbelastung der Beziehung. Wenn - was auch vorkommt - die Beziehung gestärkt aus dieser Krise hervorgeht, ist das sicher kein Lorbeerblatt, welches sich die Medizin an die Stirn heften darf. Außerdem folgt aus diesem Testergebnis auch für die Binnenbeziehung, daß - wegen der Gefahr der kumulativen Infektion - ausschließlich Safer Sex betrieben werden darf.

- Frauen aus Gruppen mit erhöhtem Risiko bzw. deren Umfeld, die ein Kind bekommen wollen: Wegen der relativ hohen und durch Kaiserschnitt derzeit nur partiell reduzierbaren Übertragungsgefahr des Virus auf den Fötus (F. Chiodo et al 1986) erscheint ein Test sinnvoll. Angesichts der Größenordnung des Risikos (vgl. oben 2.1) stellt ein positives Ergebnis eine medizinische Indikation für einen Schwangerschaftsabbruch dar. Es erscheint allerdings dringend notwendig, vorher (d.h. möglichst vor der Empfängnis) darauf hinzuweisen, daß ein positives Testergebnis ein Ereignis darstellt, dessen lebensverändernde Tragweite die Gefahr, einen möglicherweise gefährdeten Fötus abtreiben lassen zu müssen, bei weitem übertreffen kann.

## Resümée und ein Vorschlag

Resümierend läßt sich festhalten: Der HIV-Test ist für die Sicherung von Blutprodukten sowie Transplantaten indiziert und notwendig. Als Instrument der Ausschluß- und Differentialdiagnostik sowie der epidemiologischen Forschung hängt seine Zulässigkeit von der Einhaltung ärztlich-professioneller Regeln ab.

Für die Vornahme der Untersuchung an symptomlosen Probanden gibt es beim derzeitigen Stand der TherapieForschung durchweg keine medizinische Indikation. Versuche, über die Mitteilung des Test-Ergebnisses Verhalten zu steuern, kollidieren mit essentiellen Normen ärztlicher Ethik, sind überwiegend erfolglos und in vielen Fällen kontraproduktiv. Sinnvolle und spezifische Verhaltenskonsequenzen folgen aus dem Testergebnis nicht.

Die Vornahme des Tests an symptomlosen Probanden ist beim derzeitigen Stand des Wissens über Entstehung und Verlauf der HIV-Infektion die iatrogene Produktion einer (teilweise schwerkranken) Patientengruppe.

Dieses Urteil über den HIV-Antikörper-Test könnte sich dann ändern, wenn dereinst mit medizinischen Interventionen die Übergänge von wirksamem Viruskontakt zu latenter Infektion oder von latenter Infektion zu Erkrankung an ARC- bzw. AIDS-Symptomen wirksam beeinflußt werden kann.

Gesundheitspolitisch wäre es bei dieser Sachlage wahrscheinlich das Vernünftigste, die Anwendung des Tests an gesunden Personen zu verbieten. Jedoch ist evident, daß ein solches Verbot nicht durchsetzbar wäre. Dagegen sprechen auch zwei gesundheitliche Gründe:

- Die bloße Existenz des Tests schafft - durchweg psychogen - gesundheitlich gewichtige Nachfragesituationen (z.B. bei Hypochondern), die in vielen Fällen nur durch die Vornahme des Tests wirksam behoben werden können.
- Es gibt streng einzugrenzende Situationen (vor allem Empfängnis- und Schwangerschaftsberatung), in denen der Test auch medizinisch/gesundheitlich sinnvoll ist.

Unter diesen Umständen gilt es, die mißbräuchliche Verwendung des Tests zu minimieren. Dies geschieht zweckmäßigerweise durch eine Regulierung des Zugangsweges zum Test. Dadurch sollen ohne unzumutbare Belastungen für die Nachfragenden die indizierten Fälle möglichst trennscharf von den nicht-indizierten Fällen abgesondert werden. Dabei ist davon auszugehen, daß die Vornahme eines HIV-Antikörper-Tests im Falle eines positiven Ergebnisses ein lebensveränderndes und gesundheitlich bedrohliches Ereignis darstellt. Mit diesen möglichen Konsequenzen muß sich deshalb jede/r Testnachfra-

gende vorher kognitiv und emotional hinreichend auseinandersetzen.

Auf dieser Ebene - und nur auf dieser Ebene - besteht eine strukturelle Ähnlichkeit mit dem Schwangerschaftsabbruch nach der Reform des § 218 StGB.

Nur auf den allerersten Blick kann deshalb der Vorschlag überraschen, den Zugang zum HIV-Antikörper-Test nach ähnlichen Prinzipien zu organisieren und mit ähnlichen Hürden zu versehen wie den Zugang zum Schwangerschaftsabbruch.

Für den HIV-Antikörper-Test würde dies bedeuten: Der Bluttest wird nur an Personen vorgenommen, die in einem definierten (mehrwöchigen) zeitlichen Abstand mindestens zwei ausführliche medizinische und psychosoziale Beratungen bei verschiedenen Institutionen über die Aussagen und die möglichen Folgen des Tests in Anspruch genommen haben. Keine der beteiligten Institutionen darf dabei an der letztendlich möglichen Vornahme des Tests ein materielles oder sonstiges Interesse haben (wie es z.B. R. Seuffer 1986, vgl. Anmerkung 29, formuliert). Als Beratungsinstitutionen kommen z.B. die Gesundheitsämter (z.B. die Beratungsstellen für Geschlechtskrankheiten) und - bei entsprechenden qualifikatorischen Voraussetzungen - Institutionen der AIDS-Hilfe infrage. Die notwendige Beratung ist keine genuin medizinische Aufgabe. Eine Beratung durch niedergelassene Ärzte bietet darüber hinaus nach allen Erfahrungen nicht die Gewähr hinreichender Ausführlichkeit und psychosozialer Sensibilität.

Bei der vorgeschlagenen Regelung bliebe die Entscheidung über die Vornahme des Tests in letzter Instanz dort, wo sie unter gesundheitlichen Gesichtspunkten ihren Ursprung haben muß: in der Selbstverantwortung und Eigenkompetenz des/der Einzelnen. Zugleich könnte aber die Gefahr vermindert wer-

den, daß durch die öffentlich und medizinisch in Gang gehaltenen Druck- und Sog-Kräfte in Richtung auf die Testvornahme vermeidbare individuelle Katastrophen ausgelöst werden.

Es ist bei der Abwägung des Für und Wider einer solchen Zugangs-Regulierung zu einer Maßnahme der Diagnose daran zu erinnern, daß das damit berührte Problem weit über den Umgang mit dem HIV-Virus hinausweist. Es ist wahrscheinlich nur zufällig zuerst im Umkreis der Krankheit AIDS öffentlich sichtbar geworden: bei anhaltend ungesteuerter Entwicklung medizinischer Technologie wird die Kluft zwischen Diagnosemöglichkeiten und Therapiefähigkeit der Medizin auch in Zukunft immer breiter werden. Es werden immer mehr Dispositions-Diagnosen möglich sein. Damit werden Befunde erhoben, die etwas über die relative, lediglich epidemiologisch interpretierbare Erkrankungswahrscheinlichkeit aussagen, nicht aber, ob und wann eine konkrete Person an einem bestimmten Leiden erkranken wird. Häufig kann dabei weder die Wahrscheinlichkeit der Erkrankung noch die Krankheit selbst medizinisch beeinflußt werden. Die Erhebung, Mitteilung und soziale Verwendung[37] eines solchen medizinischen Befundes, aus dem medizinisch - außer der häufigen Notwendigkeit nachfolgender kompensatorischer Psychotherapie - nichts folgt, stellt eine Persönlichkeitsbeeinträchtigung etwa im Range einer schweren Körperverletzung dar.

Medizinpolitisch wird damit nicht nur der Zugang zum Test auf HIV-Infektion regulierungsbedürftig, sondern - allgemeiner - der Umgang mit der medizinischen Produktion von Damokles-Schwertern.

Gesundheitspolitisch verweist die bisherige Entwicklung der Test-Anwendung auf einige allgemeinere Tendenzen, die hier in zehn - extrem gerafften - Thesen zusammengefaßt werden:

1. Die Entwicklung medizinischer Forschung und Technologie (hier: des Tests) wird durch gesellschaftliche Problemlagen (hier: AIDS) angestoßen, verläuft dann aber weitgehend nach der Eigengesetzlichkeit der beteiligten Unternehmen und der medizinischen Profession. Staatliche Stellen können beschleunigende oder verlangsamende Impulse geben.
2. Die Anwendung und Verbreitung neuer medizinischer Technologie beschränkt sich nicht automatisch auf die medizinisch sinnvollen Indikationen (hier: Sicherung von Blutprodukten und Transplantaten; Forschung), sondern drängt auf alle aktivierbaren Nachfragefelder. Die Nachfrage wird nicht nur vom Markt, sondern auch vom Grad der politischen Thematisierung bestimmt.
3. Die Standesethik der medizinischen Profession, die das öffentlich-rechtlich garantierte Definitionsmonopol für notwendige und zulässige medizinische Maßnahmen begründet, ist nicht immer stark genug, in solchen Druck- und Sog-Situationen die eigenen, anerkannten Maßstäbe aufrechtzuerhalten. Das Medizinsystem tendiert auch aus diesem Grunde zu immer weitergehender Expansion.
4. Angesichts der allgemein unabweisbaren Notwendigkeit von Prävention expandiert auch (und bislang fast ausschließlich) das Medizinsystem in diesen Bereich. Es verbleibt dabei weitgehend im engen Rahmen seines individualmedizinischen, von der Kuration her definierten Weltbildes. In diesem Rahmen werden unter anderem alle gegebenen technologischen Möglichkeiten (z.B. der Test) auch eingesetzt. Die Frage des gesundheitlich sinnhaften Zusammenhangs der je konkreten Maßnahme am Individuum und dem Charakter des Gesundheitsproblems in seinen sozialepidemiologischen/volksgesundheitlichen Dimensionen tritt bei diesen In-

terventionen offenbar in den Hintergrund bzw. kommt erst gar nicht in den Gesichtswinkel dieses Weltbildes.

5. Medizinische Maßnahmen drängen, häufig unter der Überschrift 'Früherkennungs'- oder gar irreführenderweise: 'Vorsorge'-Untersuchung, in Bereiche ein, für die geeignete und gesundheitlich wirksame Maßnahmen und Strategien der nicht-medizinischen Prävention zur Verfügung stehen (hier vor allem: Safer Sex und sterile Spritzen). Der gesundheitliche Nutzen der medizinischen Maßnahmen ist dabei nicht nur beim HIV-Antikörper-Test zumindest umstritten.

6. Der Einsatz der - zumindest - weniger geeigneten medizinischen Interventionen erfolgt auch dann, wenn er erfolgreiche Strategien nicht-medizinischer Prävention behindern oder konterkarieren kann.

7. Dieses Vordringen in Bereiche, in denen der Beitrag der Medizin für die Gesundheit (H.-H. Abholz 1980) immer fragwürdiger wird, wird in erheblichem Umfang durch das Zusammenwirken der Dynamik von Unternehmensstrategien, den Karriere- und Reputationsmechanismen der Medizin und der weitgehend individualkurativen Ausrichtung staatlicher Gesundheitspolitik vorangetrieben.

8. Im Bereich der Prävention trifft diese Dynamik auf keine vergleichbar organisierten und handlungsmächtigen Gegenkräfte: Prävention ist ungleich schwächer institutionalisiert, vielfach sogar in Rückbildung begriffen (z.B. der Öffentliche Gesundheitsdienst, vgl. N. Schmacke 1986a). Präventive Potenzen liegen auch bei Gruppen und sozialen Bewegungen (vgl. R. Rosenbrock 1985c), die den Anteil der Betroffenen-Kompetenz an der Definition von Gesundheit/Krankheit erweitern wollen.

9. Die Erweiterung der Handlungsspielräume solcher Gruppen ist deshalb ein wichtiges Element einer Strategie, die langfristig den Gefahren einer immer weiter medikalisierten Gesellschaft entgehen will. Die gesundheitspolitische Richtigkeit dieses Weges zeigt sich exemplarisch an den (bislang v.a. in den USA erforschten) Erfolgen und Möglichkeiten der nicht-medizinischen AIDS-Prävention in risikotragenden Gruppen.

10. Da die Handlungsspielräume dieser Gruppen (auch im Falle des HIV-Antikörper-Tests) wesentlich durch die Dynamik der 'medizinischen Seite' bestimmt und gegebenenfalls eingeschränkt werden, sind gesundheitspolitisch flankierende Maßnahmen notwendig, die die Eigenregulierung des Medizinsystems in Richtung auf eine größere Entsprechung zwischen Problem und Lösung hin korrigieren.

# 4. Zusammenfassung: Die Regulierung von AIDS

## 4.1 Gesundheitspolitische Schlußfolgerungen

Aus den bis hierher entwickelten Gedankengängen lassen sich eine grundsätzliche und fünf politisch-praktische Schlußfolgerungen ziehen.

Grundsätzlich besteht die zentrale Aufgabe der Gesundheitspolitik in der maximalen Senkung von Erkrankungswahrscheinlichkeiten für die gesamte Wohnbevölkerung. Darin unterscheidet sich Gesundheitspolitik von dem notwendigerweise auf den Einzelfall fixierten Gesichtswinkel der Individualmedizin, deren Kenntnisstand und Therapiemöglichkeiten damit einen wesentlichen Aspekt für den Entwurf von problembezogenen Gesundheitspolitiken liefern. Andere Aspekte wie die weitgehend durch soziale Lage und psychische Konstitution bestimmten Bedingungen des Eintretens von Erkrankungsrisiken kommen mindestens gleichgewichtig hinzu.

Die maximale Senkung von Erkrankungswahrscheinlichkeiten gilt als Zielgröße sowohl für die chronisch-degenerativen Erkrankungen, die das Krankheits- und Sterbegeschehen bei uns zu ca. 90% beherrschen, als auch für die gelegentlich neu auftretenden Infektionskrankheiten[38].

Diese Zielgröße gilt sowohl für medizinische wie für nichtmedizinische Interventionen. Das gesundheitserhaltende Po-

tential vor allem nicht-medizinischer Prävention bildet - nicht nur bei AIDS - die weitgehend ungenutzte Produktivitätsreserve der Gesundheitspolitik. Ihre Aktivierung ist bei Infektionskrankheiten wie AIDS prinzipiell leichter zu bewerkstelligen als bei den nicht übertragbaren Volkskrankheiten, weil sie meist nicht gegen politisch-wirtschaftlich starke Gruppen durchgesetzt werden muß und weil Anzahl und Konstellationen der risikoauslösenden Faktoren in der Regel überschaubarer und deshalb leichter zu beeinflussen sind.

Die im folgenden zusammengefaßten fünf politisch-praktischen Schlußfolgerungen zielen sämtlich auf die Entwicklung und Nutzung der Möglichkeiten der Verhütung von AIDS. Bei gegebenem Stand des Wissens über die medizinische Immunisierung und Therapie der Krankheit betreffen sie damit das einzige Eingriffsfeld, auf dem Gesundheitspolitik jetzt unmittelbar wirksam werden kann. Doch würde auch mit der Anwendungsreife und Verfügbarkeit medizinisch wirksamer Impfstoffe und/oder Therapeutika die Bedeutung nicht-medizinischer Prävention keineswegs schlagartig auf Null schrumpfen: Die gesundheitspolitischen Siege über die großen 'alten' Infektionskrankheiten beruhten ausnahmslos auf einer Kombination gesellschaftlich ermöglichter und angestoßener Verhaltensänderungen mit den fast immer erst später entwickelten wirksamen Waffen der Medizin (Th. McKeown 1979/1982, D. Borgers 1981).

Die - nicht nur aktuell und nicht nur bei AIDS - zu beobachtende Untergewichtung der nichtmedizinischen Interventionsformen in der Gesundheitspolitik rechtfertigt deshalb die These, daß mit den hier vorgeschlagenen Veränderungen der gesundheitspolitischen Steuerung mit relativ geringem Aufwand ein relativ sehr hoher gesundheitlicher - und angesichts der brisanten sozialen Einbettung von AIDS: auch gesellschaftlicher - Ertrag erzielt werden kann.

1. **AIDS-Forschung** muß nicht einfach vermehrt, besser subventioniert und entbürokratisiert werden. Das muß sie auch, denn sie steht in direktem Wettlauf mit der Zeit um Leben und Sterben. Unter dem Gesichtspunkt der Krankheitsverhütung erscheint es jedoch noch wichtiger, AIDS-Forschung thematisch und disziplinär auszuweiten.

Die - gleichberechtigte - Einbeziehung von Sozialwissenschaften, Sozialepidemiologie, Sexualwissenschaft und Ethnologie sowie der Sachkompetenz aus den risikotragenden Gruppen könnte den Entwurf und die Umsetzung präventiver Strategien erheblich präzisieren und effektivieren. Darüber hinaus deuten zumindest die Erfahrungen beim Kampf gegen die 'alten' Infektionskrankheiten darauf hin[39], daß durch die systematische Beleuchtung des Weges des Virus in die Blutbahn und der Bedingungen des Übergangs zwischen den unterscheidbaren potentiellen Vorstufen der Krankheit (Viruskontakt, Antikörperbildung, Latenz, ARC-Symptomatik, AIDS) auch wichtige Aufschlüsse für Immunisierung und Therapie gewonnen werden können.

2. **Aufklärungs- und Präventionskampagnen** sind zwingend und in allen risikotragenden Gruppen notwendig. Sie müssen die wesentlichen Warnungen scharf konturiert und eingegrenzt transportieren. Je unschärfer sie sind, und erst recht, je mehr sich sachfremde (AIDS-fremde) Motive in sie mischen, desto störanfälliger wird dieser Transport. Für die AIDS-Prävention verbessern sich infolgedessen die Voraussetzungen durch neueste Forschungsergebnisse (überwiegend aus der beschreibenden Epidemiologie), die eine genauere Bestimmung der Zielgruppen und Präzisierungen hinsichtlich der gefährlichen Praktiken erlauben.

a) Die Zielgruppe umfaßt neben den i.v. Drogenbenutzern die gesamte hetero- und homosexuell aktive und nicht monogam lebende Wohnbevölkerung, weil allgemein übliche Sexualpraktiken mit beträchtlichen bis katastrophalen Risiken verbunden sind.
Unter dem Gesichtspunkt der AIDS-Verhütung ist eine Unterscheidung zwischen Hetero- und Homosexuellen sowie Prostituierten beiderlei Geschlechts auf der Ebene der Risiko-Ladung nicht vertretbar (wohl aber bei der zielgruppen-spezifischen Vermittlung der Botschaft, vgl. unten).
Gerade wenn man in äußerster intellektueller Kälte die Präventionsüberlegungen auf die zahlenmäßige Minimierung von AIDS-Fällen orientiert, wird deutlich: Selbst der 'Vorteil' einer z.B. um den Faktor 25 niedriger liegenden Übertragungswahrscheinlichkeit beim hetero- gegenüber dem homosexuellen Geschlechtsverkehr würde durch die 40-fache Größe der heterosexuellen Population sehr schnell aufgehoben sein.

b) Die gefährlichen Praktiken können gegenüber früheren Versuchen von Safer Sex-Anleitungen präzisiert und eingeschränkt werden. Gefährlich sind demnach der ungeschützte Analverkehr wie auch höchstwahrscheinlich der Vaginalverkehr sowie gefäßverletzende S/M-Praktiken und 'Needle-sharing' innerhalb und mit Sicherheitsabstand von den risikotragenden Gruppen und Menschen. Die Durchsetzung dieser Regel und nur dieser Regel würde der Infektion ihre Ausbreitungs-Dynamik nehmen.
Die nicht bzw. noch nicht völlig auszuschließenden Restrisiken (Reißen des Kondoms, Übertragung beim Oralverkehr, Unfälle beim Geschlechtsverkehr) liegen - epidemiologisch betrachtet - weit unter Gesundheitsrisiken wie Dauerstreß am Arbeitsplatz oder Zigarettenrauchen. Sie sind in diesen Dimensionen als Restrisiko auszuweisen.

3. Die Besonderheit der bei der Prävention anzusprechenden Themen (promiske Sexualität, Prostitution und Sucht) und die zum Teil extremen gesellschaftlichen Randlagen bei drei von vier Betroffenen-Gruppen erfordern **besondere Vermittlungsformen und -träger der Kommunikation/Prävention.**

Hierfür bieten sich die vor allem in der Zielgruppe der Homosexuellen weitgehend spontan entstandenen Selbsthilfeansätze (AIDS-Hilfen) an. Nur sie sind hinreichend dezentral organisiert und verfügen über ausreichende Kenntnisse und Erkenntnisquellen hinsichtlich der relevanten Risikosituationen, ihres sozialen und Bedürfnishintergrundes sowie der Transportmöglichkeit zielgruppen-adäquater Botschaften. Vor allem beruht ihre Arbeit auf einem begründeten Vertrauensfundament in den Zielgruppen.

Diese Ansätze müssen finanziell und organisatorisch teilgruppen- und szenen-spezifisch für alle vier Zielgruppen ausgebaut werden.

Sie können ihren spezifischen Beitrag zur Prävention nur dann leisten, wenn sie - innerhalb allgemein gültiger Gesetze - von ihrer Kontextnähe und Kompetenz einen relativ autonomen Gebrauch machen können. Sie müssen die Möglichkeit haben, in den Zielgruppen spezifisch und ausschließlich unter dem Gesichtspunkt der AIDS-Prävention zu agieren. Die Belastung mit anderen Themen gefährdet die Substanz ihres Erfolges.

Solche Aktivitäten sind nicht mit der Logik des Verwaltungshandelns zu steuern. Auch die Einbindung solcher Kampagnen in die Logik einer 'öffentlichen Sittlichkeit', die an der gesellschaftlichen Ausschließlichkeit von Leitbildern wie Monogamie und Suchtfreiheit festzuhalten versucht, gefährdet den gesundheitspolitischen Kern dieser Ansätze[40]. Werden die

reale gesellschaftliche Entwicklung des Sexualverhaltens und die mit AIDS verbundene Lebensgefahr berücksichtigt, so läßt auch der grundgesetzlich garantierte besondere Schutz der Familie (Art. 6 GG) hierzu sicherlich genügend Spielraum.

AIDS-Hilfe als dezentraler und kontextnaher Akteur der Gesundheitspolitik muß sich den 'vor Ort' gegebenen Handlungs- und Bündnisbedingungen anpassen können. Das ist unvereinbar mit einer Rollenzuschreibung, die AIDS-Hilfe lediglich als ausführendes Organ staatlicher Gesundheitspolitik versteht. Zum notwendigen Handlungsraum von AIDS-Hilfe gehört deshalb auch eine zumindest begrenzt eigenständige Politik-, Bündnis- und Konfliktfähigkeit. Die geforderte Eigenständigkeit der Betroffenen-Organisationen unterscheidet sich grundsätzlich von Formen "abhängiger Partizipation" (vgl. F. Hauss/F. Naschold/R. Rosenbrock 1981, S. 231).

Wenn und wo diese Bedingungen gegeben sind, kann AIDS-Hilfe ein Modellfall für eine dezentrale und kontextnahe Leistungs- und Strukturpolitik im Gesundheitswesen werden, deren Bedeutung weit über den Einzugsbereich der Infektionskrankheit AIDS hinausweist. Zudem könnte hier eine wesentliche Innovation im Hinblick auf die notwendige präventive Umorientierung der Gesundheitspolitik geleistet werden.

4. Durch die weitgehende Übertragung der konkreten Aufklärungs- und Präventionsaufgaben auf außerstaatliche Träger (AIDS-Hilfe), die diese Aufgabe kontext- und szenenspezifisch sowie in dementsprechender Autonomie erfüllen, sind die **Träger der staatlichen und parastaatlichen Gesundheitspolitk** keineswegs aus ihrer Verantwortung entlassen. Ihre Aufgaben lassen sich in vier Punkten zusammenfassen:

- Schaffung und Gewährleistung des notwendigen Handlungsspielraums für die AIDS-Hilfe als nichtstaatlichem und dezentralem Träger dieser ganz speziellen öffentlichen

Gesundheitsaufgabe. Bereitstellung der notwendigen finanziellen Ressourcen, organisatorische Unterstützung und öffentlich-staatliche Legitimation des Handlungsspielraums. Das Verhältnis zwischen staatlichen Stellen und AIDS-Hilfe ist analog zu einer weit zu interpretierenden Rechtsaufsicht, nicht aber nach den Regeln einer Fachaufsicht zu gestalten. Die Aufgabenstellung der AIDS-Hilfe verträgt sich nicht mit Versuchen, die Probleme der Infektionskrankheit mit anderen sitten-, sexual- oder suchtpolitischen Themen zu vermischen oder gar AIDS-Hilfe dafür zu instrumentalisieren.

- Aufgaben der AIDS-Prävention liegen für staatliche Stellen auch dort, wo staatliche Regelungen den Notwendigkeiten der AIDS-Prävention direkt widersprechen. Das ist z.B. in Gefängnissen und vielfach auch in der Prostituiertenbetreuung sowie im Umgang mit i.v. Drogenabhängigen der Fall. Staatlich regelungsbedürftig erscheint auch der Zugang von Safer Sex-Botschaften in die Massenmedien. Wenn Boulevard-Zeitungen die Schaltung von Safer Sex-Annoncen unter Verweis auf die 'öffentliche Sittlichkeit' ablehnen, während sie gleichzeitig Tag für Tag seitenweise ungetarnt für Prostitution werben können ('Hostess', 'Dressman'), wird die Doppelmoral zur lebensgefährlichen Perversion. Im Bereich der parastaatlichen Gesundheitspolitik (Rentenversicherung und Krankenkassen) geht es vor allem darum, Einbrüche in das Solidarprinzip bei Rehabilitation und Versicherungsschutz abzuwehren bzw. rückgängig zu machen. Mit anderen Worten: Der HIV-Antikörper-Test, der seinem Wesen nach keine Individualdiagnose, sondern eine Dispositionsdiagnose mit lediglich epidemiologisch interpretierbarem Ergebnis darstellt, darf nicht zur sozialrechtlich legitimierten Voraussetzung für den Leistungszugang werden. Die sozialrechtliche 'Ächtung' einer Krankheit würde zudem das gesellschaftliche Klima für Prävention erheblich beeinträchtigen (vgl. Anmerkung 20

und 22).

- Wirksame AIDS-Prävention in den vier identifizierten risikotragenden Gruppen (promisk lebende Hetero- und Homosexuelle, Prostituierte, i.v. Drogenbenutzer) setzt voraus, daß die risikotragenden Menschen als Träger eines Gesundheitsrisikos angesprochen werden, und nicht als sozial und sexuell Deviante, Perverse, Verrufene und Verlorene. Wirksame Verhaltensaufklärung kollidiert in diesem Punkt mit einer auch staatlich getragenen 'öffentlichen Moral', die das Leitbild der ausschließlichen und lebenslangen Monogamie hochhält sowie die gesamtgesellschaftlich präsenten Probleme der Sucht auf kriminalisierbare Randgruppen 'delegiert'. Ein Teil der Folgelasten dieser, mit jeder doppelten Moral verbundenen Schizophrenie kann durch die autonom zu gestaltende Arbeit ausdifferenziert zielgruppenspezifischer AIDS-Hilfe aufgefangen werden. Vor allem aber die notwendige Verhaltensaufklärung in der heterosexuellen Szene setzt voraus, daß nicht-monogames Sexualverhalten auch öffentlich als akzeptierte Lebensform behandelt wird, in deren von der Gesundheitspolitik als gegeben anzunehmendem Rahmen bestimmte Verhaltensmaßregeln zum Gesundheits- und Lebensschutz zwingend erforderlich sind. Wenn umgekehrt versucht wird, AIDS für die Wiederherstellung solcher Leitbilder zu instrumentalisieren, so ist dies erstens wenig erfolgversprechend, zweitens - auch partiell - nur über massive und gesundheitsschädliche Angstkampagnen erreichbar, und drittens kostet es vermeidbare AIDS-Tote.
- Ein Blick auf die Geschichte des Umgangs mit nicht nur sexuell definierten Minderheiten in Deutschland zeigt, daß es handfeste Gründe des Mißtrauens gegen staatliche Maßnahmen gibt, auch und gerade dann, wenn diese sich mit Etiketten des Gesundheits- und Sittenschutzes schmücken. Das gesamtgesellschaftliche Klima, das auch einen Teil des Infektionsklimas ausmacht, könnte durch 'vertrauens-

bildende Maßnahmen' erheblich entspannt, die Chancen der AIDS-Prävention dadurch erheblich verbessert werden.

5. Der **Test auf HIV-Antikörper** (bzw. bei fortschreitender Technologie: auf das Virus selbst) ist ein notwendiges und hilfreiches Instrument für die Sicherheit von Blutprodukten und Transplantaten sowie - streng eingegrenzt - bei der Ausschluß- und Differentialdiagnose erkrankter Personen. Im Rahmen der Forschung über Epidemiologie und Verlauf der Krankheit hängt die Legitimität seines Einsatzes von der Einhaltung üblicher professioneller und ethischer Standards ab.

Seine Verwendung im ungezielten Massenscreening oder als Instrument der Verhaltenssteuerung liegt dagegen eindeutig jenseits der Grenzen ärztlich-professioneller Ethik und ist - angesichts der durch ihn ausgelösten Gesundheits- und Verhaltenswirkungen - ein ärztlicher Kunstfehler.

Angesichts der durch eine Reihe von technologischen Entwicklungen wachsenden Kluft zwischen medizinischen Diagnosemöglichkeiten und Therapierbarkeit für zahlreiche Krankheiten stellt der weithin widerstandslos praktizierte Mißbrauch dieses Instruments einen gesundheitspolitisch gefährlichen Einbruch dar.

Da die bloße Existenz des Tests auch eine weithin irrationale Nachfrage nach ihm weckt und stimuliert, muß der Zugang zum Test mit Hürden versehen werden, bei deren Überwindung den Nachfragern eine kognitiv und emotional hinreichende Aufklärung über die Qualität der Aussage sowie die lebensverändernden psychischen Folgen eines positiven Test-Ergebnisses vermittelt wird. Der Zugang kann zweckmäßigerweise analog zum Verfahren vor einem Schwangerschaftsabbruch (mehrfache gesundheitliche und psychosoziale Beratung in zeitlichem Abstand bei verschiedenen, nicht nur ärztlichen Institutionen) reguliert werden.

Die absehbare Zunahme ähnlicher, medizinisch irrelevanter Tests wirft in einem weit über AIDS hinausreichenden Rahmen

die Frage nach dem Sinn und der Handhabung von medizinischen Damokles-Schwertern auf.

## 4.2 Durchsetzungsprobleme

### 4.2.1 Die 'normale' Gesundheitspolitik und AIDS

Wer sich mit Gesundheitspolitik oder - allgemeiner - mit dem gesellschaftlichen Umgang mit Gesundheit und Krankheit beschäftigt, der weiß: die Antworten der Gesundheitspolitik entsprechen nur auf wenigen Feldern dem Charakter der gesundheitlichen Herausforderungen (R. Rosenbrock 1986a).

Das gilt für die weitgehende Unterausnutzung der gegebenen Möglichkeiten der Krankheitsverhütung in Betrieb, Umwelt, Verkehr, Wohnung und Schule. Hier erkranken und sterben jährlich viele tausend Menschen, obwohl dies durch bekannte Maßnahmen verhindert werden könnte. Das gilt weiter für die 'Auswahl' der Gesundheitsprobleme, die in den Einzugsbereich des Medizinsystems gelangen: 80% der selbst-wahrgenommenen Gesundheitsstörungen bleiben - überwiegend: zum Glück - medizinisch unbehandelt; unter den ärztlich behandelten 20% sind viele Probleme weder medizinischer Natur noch medizinisch zu heilen (vgl. F. Naschold et al. 1978, Bd. 1, S. 263 ff.) Das zeigt sich auch im Inneren des Medizinsystems mit seiner tief zerklüfteten Struktur, deren jeweilige Einzelbereiche (der öffentliche Gesundheitsdienst, der Arbeitsschutz, die Praxis des niedergelassenen Arztes, die Arzneimittel- und Geräteindustrie, das Krankenhaus, die Krankenkassen etc.) auch gegen gesundheitlich sinnvolle Innovationen sorgsam geschützt zu sein scheinen.

Setzt man die Ergebnisse der Gesundheitspolitik (Maßnahmen, Leistungen, Informationen) in Beziehung zu den ursprünglichen Gesundheitsproblemen und den durch Wissen, Technik

und Geld definierten Möglichkeiten präventiver, betreuender und heilender Interventionen, so zeigt sich: diese Ergebnisse sind durchweg suboptimal, in vielen Fällen geben sie keine Antwort auf die Gesundheitsprobleme, oft sind sie sogar schädlich und problemverschärfend.

Unter diesem vergleichenden Gesichtswinkel bietet der Blick auf den Umgang mit AIDS keine großen Überraschungen: Die derzeitige Gesundheitspolitik folgt keinem problemadäqaten Konzept (vgl. Chr. v. Ferber 1971). Auch wenn die Akteure größtenteils gutwillig und vielfach auch sachkundig sind, arbeiten sie fast immer mit zumindest zweifelhaftem Erfolg.

Auch die Ursachen für diese Fehlsteuerungen sind im Falle AIDS nicht viel anders als anderswo:

- Der Staat als Träger der öffentlichen Gesundheitspolitik verfügt im großen und ganzen nur über drei Handlungsinstrumente: Er kann Gesetze und Verordnungen erlassen, sowie Verpflichtungen und Berechtigungen für Leistungen definieren - er kann also Normen setzen. Außerdem kann er den Geldfluß direkt oder über Normensetzung regulieren, er kann also mit Geld steuern (F. Tennstedt 1976). Und er kann Informationen vermitteln. Viel mehr kann er gesundheitspolitisch nicht.

  Mit staatlich gesetzten und machtförmig durchgesetzen Normen ist dem Problem AIDS aufgrund der physiologischen 'Natur des Problems' und seiner sozialen Einbettung nicht beizukommen. Mit Geld kann der Staat zwar Forschung und Prävention ermöglichen, er kann sie aber nicht selber durchführen. Um - mit Geld - Prävention und Forschung optimal in Gang zu bringen, muß er von gewohnten Routinen der bürokratischen Hierarchie, der Medizin-Orientierung und des Verwaltungshandelns abrücken. Das fällt ihm schwer genug. Für eine generelle AIDS-In-

formation steht der Staat sich - trotz deutlicher Fortschritte - immer noch selbst im Wege: Wenn sich staatliche Repräsentanten als Garanten der 'oberen Etagen' der gesellschaftlichen Doppelmoral verstehen, können sie schlecht AIDS-Aufklärung betreiben, die eine Bejahung nicht-monogamer Beziehungsformen zur Voraussetzung hätte.

- Das Medizinsystem funktioniert und entwickelt sich weitgehend nach der Problemwahrnehmung der individual-medizinisch ausgerichteten ärztlichen Profession in Verbindung mit handfesten materiellen Interessen der Ärzte, der Pharma- und Geräteindustrie sowie einiger weiterer Wirtschaftszweige. Ihnen wohnt u.a. die gemeinsame Tendenz inne, immer mehr Gesundheits- und Krankheitsprobleme in ihren Einzugs- und Marktbereich zu integrieren. Das Medizinsystem ist damit - gegen die gesundheitliche und ökonomische Vernunft - auf Expansion geschaltet. Organisations- und Bearbeitungsformen, die auf Aktivierung von Eigen- und 'Laien'-Kompetenz abzielen, werden nur schwer und zögernd akzeptiert. Noch die Prävention als gesellschaftlich organisierte Verhütung von Krankheit wird häufig unter der irreführenden Überschrift 'Präventivmedizin' zur ärztlichen Aufgabe deklariert (z.B. F. W. Schwartz 1982).

Versuche, die (in Millionen von Fällen segensreichen) Bemühungen des Medizinsystems auf jene Probleme zu konzentrieren und zu beschränken, die es tatsächlich besser lösen kann als andere bestehende oder zumindest machbare Organisations- und Interventionsformen, sind bislang durchweg gescheitert. Der Normsetzungs-Macht des Staates widersteht das Medizinsystem vor allem dadurch, daß die ärztliche Seite sich ein faktisches Monopol auf die Problemdefinitionen der staatlichen Gesundheitspolitik zu sichern gewußt hat (vgl. F. Naschold 1967).

Im Falle AIDS hat dies - trotz unzweifelhaft positiver Ansätze - bis heute zu einer systematischen und für eine unbekannte Anzahl von Menschen tödlichen Untergewichtung der Möglichkeiten der Prävention außerhalb des Medizinsystems geführt.

Auch die massenhafte und sinnlose Vornahme des Antikörper-Tests findet hier einen wesentlichen Teil ihrer Ursachen: Da immunologische und therapeutische Möglichkeiten faktisch nicht zur Verfügung stehen, das Medizinsystem aber gesellschaftlich für Krankheitsprobleme 'zuständig' ist, muß eben irgendetwas anderes geschehen ('ut aliquid fiat'). Und sei es der Einsatz einer 'Diagnose'-Methode, die an symptomlosen Probanden sicher sehr viel mehr Schaden anrichtet als Nutzen. Das Interesse der beteiligten Arzneimittel-Unternehmen, ihre Tests auch zu verkaufen und damit den Marktzutritt für kommende Impfstoffe und Therapeutika vorzubereiten, tut ein Übriges.

Das medizinische Definitionsmonopol für Gesundheits-/Krankheitsprobleme führt zu einer sachlich nicht zu rechtfertigenden Minderbewertung anderer Wissensbestände und Problemzugänge. Das drückt sich in der geringen Wertschätzung der 'Laien'-Kompetenz und der Erkenntnisse anderer, ebenfalls mit Gesundheit beschäftigter Wissenschaftsdisziplinen aus. Wenn - wie im Falle der AIDS-Hilfe - der Beitrag der 'Laien'-Kompetenz der betroffenen Gruppen aus zwingenden Gründen einbezogen werden muß, werden ihre Fragen von der medizinischen Forschung allenfalls nebenbei bearbeitet. Fragen, Methoden und Wissensbestände anderer Disziplinen finden nur sehr zögernd Eingang in den Entwurf und die Umsetzung gesundheitspolitischer Strategien einschließlich ihres forschungspolitisch zu steuernden Vorlaufs. Auch dies zum Schaden der Prävention.

In diesem Kräftefeld aus Staat und Medizinsystem mit den daran beteiligten politischen und materiellen Interessen hat AIDS keine besseren Chancen der Bearbeitung als die zigtausendfach häufigeren volksgesundheitlichen Probleme des Herzinfarkts, der Krebse, des Rheuma, der Bronchitis, des Alkoholismus etc..

Wem es um eine Effektivierung des Kampfes gegen AIDS geht, wird demnach nicht darum herumkommen, sich mit diesen 'alten' Themen der Gesundheitspolitik zu befassen und bewährte wie gescheiterte Reformstrategien auf ihre Verwendbarkeit für dieses Problem hin abzuklopfen (vgl. E. Standfest et al. 1977; F. Naschold et al. 1978; F. Haus/F. Naschold/R. Rosenbrock 1981; A. Trojan (Hg). 1986; DGB 1986).

### 4.2.2 AIDS als besonderes gesundheitspolitisches Problem

Dies zu sagen bedeutet keine Verharmlosung der gesellschaftspolitischen Brisanz, die AIDS umgibt. Sie ist real und gefährlich.

Die Mixtur besteht aus Elementen der physiologischen Natur des Problems (Geschlechtskrankheit, extrem lange Latenzzeit und hohe Ungewißheit des Ausbruchs, meist tödliches Ende der Krankheit), seiner geheimnisvoll-exotischen Herkunft und der gesellschaftlichen Randlage der zufällig zuerst sichtbar gewordenen Betroffenen-Gruppen - Schwule, Fixer, Nutten. Damit ist ein Ensemble versammelt, das in geradezu einmaliger Konstellation atavistische Ängste, Wünsche und Vorurteile mobilisieren kann: Es geht um die Verbindung von Sex, käuflichem Sex, Perversion, Orgien, Sucht, unsichtbaren Feinden und um den Tod, in einem Thema.

Es ist kein Wunder, daß die auf Verkäuflichkeit orientierten Massenmedien auf dieses Thema anspringen mußten. Frank Rühmann (1985) referiert zahlreiche erschütternde Beispiele verantwortungloser Kolportage. Wenn man berücksichtigt, daß die in Sachen AIDS besonders aggressiven Blätter der Regenbogenpresse sowie die großen Boulevardzeitungen immer noch die meistgelesenen gedruckten Medien in der Bundesrepublik sind, so wird die latente Gefahr deutlich: Es gibt breite Bevölkerungsschichten, deren Bild von AIDS und den Betroffenen-Gruppen sich nahezu ausschließlich aus durchweg gegenaufklärerischer Berichterstattung speist. Aber auch sonst "gemeinhin als seriös" (H. Brückner 1986, in: SPD, S. 3) eingestufte Blätter wie z.B. der Hamburger 'Spiegel' zeigten und zeigen böse Ausfallerscheinungen (vgl. F. Rühmann 1985; M. Dannecker 1986; H. L. Gremliza 1986, 1986a; M. Frings 1986).

Kein Wunder auch, daß diese - mehr markt- als ethik-gesteuerten - Formen und Inhalte der öffentlichen Abhandlung von AIDS speziell bei den Gruppen der allermeist Betroffenen Angst auslösen. Und zwar sowohl irrationale Angst vor AIDS als auch Angst vor einer Wiederzunahme der Repression. Beide Ausprägungen der Angst stehen einem rationalen Umgang mit AIDS und einer sensiblen AIDS-Prävention sicherlich entgegen. Aber über die Wirkungen derartiger Gegenaufklärung im Konzert mit anderen Informationsquellen auf Stimmungen, Haltungen und Handlungen sowohl in der Bevölkerung als auch auf gesundheitspolitische Entscheidungsträger ist - nicht nur bei AIDS - recht wenig bekannt (vgl. G. Mackenthun 1985). Das nimmt nichts von der Bedrohlichkeit. Es spricht aber dagegen, allein aufgrund der Berichterstattung eine extrem defensive Situation für die Betroffenen-Gruppen zu diagnostizieren.

### 4.2.3 Gesundheitspolitik, Repression - oder was?

Auf der Ebene der Gesundheitspolitik können Wirkungen der sozialpsychologisch brisanten Einbettung von AIDS überall dort plausibel angenommen werden, wo der politische Umgang mit dieser Krankheit vom 'normal schlechten' Lauf der Gesundheitspolitik nach unten hin abweicht und dies mit einer Diskriminierung AIDS-Kranker oder risikotragender Minderheiten verbunden ist. An solchen Punkten rutscht die auf AIDS bezogene Gesundheitspolitik zu einer repressiven Sexual- und Drogenpolitik ab, AIDS wird dann für andere Zwecke instrumentalisiert, obwohl das gesundheitliche Ziel (vor allem die Prävention) dadurch gefährdet wird (kontraproduktive Gesundheitspolitik).

Solche Einbruchstellen lassen sich benennen. Sie lassen allerdings nicht auf eine eindeutige Tendenz schließen, zumal ihnen zahlreiche positive Beispiele gegenüberstehen.

- Einbruchstellen finden sich überall dort, wo Polizeilogik über Gesundheitslogik dominiert (vgl. zu den Kriterien oben: Abschnitt 2.3) Konkrete Beispiele finden sich derzeit konzentriert wohl vor allem in München (vgl. P. Gauweiler 1986, BT S. 41ff., S. 180ff.; P. Gauweiler 1986a). In anderen Städten bieten dagegen z.B. die Gesundheitsressorts den Inhabern von Schwulen-Lokalen Unterstützung gegen sachfremde Eingriffe der Innenverwaltung an (vgl. Schümann 1986).
- Einbruchstellen finden sich auch in staatlich reglementierten Institutionen. Wenn z.B. in Gefängnissen aus gesundheitlich nicht begründbaren Motiven der Einsatz von (mehr oder weniger freiwillig getesteten) HIV-Positiven in der Gefängnisküche "ausschließlich aus psychologischen Gründen" unterbleibt (H. Bölter 1986, BT S. 48), so kann damit keine gesundheitsbezogene Psychologie gemeint sein. Feuerrote, aber auch andersfarbige Schutzhandschuhe im

Umgang mit Seropositiven entsprechen ebenfalls sicher keinen sinnvollen gesundheitlichen Überlegungen. Ob die Bundeswehr den HIV-Antikörper-Test für alle Rekruten auch dann abgelehnt hätte, wenn sie nur Freiwillige, nicht aber ganze Jahrgänge von Wehrpflichtigen durchtesten müßte, darüber kann nur spekuliert werden.

Unklar ist die Lage im Sozialrecht. Zwar steht AIDS als gesundheitliches Großrisiko vollständig und unangefochten unter dem Versicherungsschutz der gesetzlichen Krankenkassen (im Gegensatz z.B. zur Handhabung in den USA). Die Einführung des HIV-Antikörper-Tests als Zugangsvoraussetzung für ein Versicherungsverhältnis bzw. für gesetzliche Versorgungsleistungen durch die BfA sowie einzelne LVA und AOK stellt jedoch ohne Zweifel einen Einbruch dar. Ob diese Regelung auch dann getroffen worden wäre, wenn die davon Betroffenen 'achtbare Bürger' und nicht Angehörige gesellschaftlicher Randgruppen gewesen wären, erscheint fraglich. Angesichts der weit über AIDS hinausreichenden gesundheitspolitischen Sprengkraft, die in solchen Tests und ihrer Einführung ausgerechnet über das Sozialrecht liegt, scheint eine Rückbesinnung dieser Institutionen auf die ihre Arbeit tragenden Prinzipien der Solidargemeinschaft und des Gesundheitsschutzes zumindest nicht unwahrscheinlich.

Die Institutionen medizinisch-kurativer Behandlung haben sich in Fragen der Betreuung und Behandlung von Seropositiven sowie ARC- und AIDS-Kranken offenbar bislang gegenüber der Versuchung repressiver Behandlung von Patienten im großen und ganzen und trotz z.T. hysterischer Ausnahmen bewährt.

Die Steuerung von Forschungsressourcen an den Notwendigkeiten der Prävention vorbei findet sich in der gesamten Gesundheitsforschung und ist wohl nicht AIDS-spezifisch. Ähnlich sieht es mit den im Falle von AIDS sogar relativ geringen Problemen der Ärzteschaft aus, mit Betroffenen

und Betroffenen-Organisationen gleichberechtigt zu kooperieren.

Weit unterhalb ihrer Möglichkeiten blieb bislang der Beitrag der Epidemiologie und speziell der Sozialepidemiologie zur Erhellung der Herkunft und des Verlaufs von AIDS. Auch diese Schwächen der Forschung sind jedoch nicht AIDS-spezifisch, sondern finden sich bei den Untersuchungen zu allen, auch den großen Volkskrankheiten. Auch dort wird die gesundheitspolitische Frage: Warum und unter welchen Umständen bleiben Menschen gesund? regelmäßig geringer gewichtet als die individual-medizinische Frage: Wieviele Menschen werden krank, und was können wir dagegen tun? (Vgl. zur Kritik W. Maschewsky 1984).

Die Medizinstatistik hat sich einschließlich ihres in Form von Hochrechnungen aller Art erblühten Wurmfortsatzes bislang unfähig gezeigt, zu einer sachlichen Aufklärung und halbwegs dimensionierten Risikoabschätzung beizutragen[41]. Die undifferenzierte Kumulation von Neuerkrankungen, Kranken und Toten über viele Jahre hinweg sowie die methodisch nicht haltbaren (und inzwischen - von der Öffentlichkeit kaum wahrgenommen - auch revidierten) Aussagen über "Verdoppelung von AIDS in jeweils acht Monaten" etc. haben unzweifelhaft hysterisierend gewirkt und waren damit - in der Konsequenz - auch gesundheitsschädlich. Doch wäre es voreilig, dies auf eine bewußte oder unbewußte Diskriminierung von Minderheiten zurückzuführen: Daß beim Auftreten einer gänzlich neuen Krankheit zunächst Inzidenz, Prävalenz und Letalität nicht nach Perioden bzw. Stichtag erfaßt, sondern erstmal einfach aufaddiert werden, ist verständlich und "legitim" (G. Neumann 1986, S. 894). Wenn auch beim mehrjährigen Umgang mit dieser neuen Krankheit nicht zu der seit Jahrzehnten eingeführten und Vergleichbarkeit herstellenden Darstellungsform zurückgefunden wird, so liegen die

Gründe dafür zwar sicher auch im Medizinsystem, haben aber nur bedingt etwas mit der Diskriminierung von Minderheiten zu tun: AIDS-Forscher brauchen und wollen Geld, u.a. staatliche Subventionen. Sie würden sich - bei gegebener Struktur der Forschungsförderung - keinen Gefallen tun, wenn sie das von ihnen zu untersuchende Problem nicht so groß wie möglich darstellen würden. Daß diese Zahlen dann von einer aus Marktgründen an auch quantitativer Überzeichnung interessierten Presse aufgegriffen werden, hat die Epidemiologie sicher nicht allein zu vertreten. Versagt haben Teile der ärztlichen Profession dagegen sicher in der Frage des ungezielten Screenings mit dem HIV-Antikörper-Test an symptomlosen Probanden. Wie die ärztliche Profession auf das - allerdings staatlich legitimierte - Angebot eines vergleichbar gesundheitlich folgenschweren, medizinisch aber irrelevanten Tests reagiert hätte, dessen Zielgruppe nicht Schwule, Fixer und Nutten gewesen wären, ist nicht leicht zu entscheiden. Einen wichtigen Anhaltspunkt für die eher pessimistische Einschätzung der Widerstandskraft der ärztlichen Professionsethik gibt allerdings der unterschiedliche Verlauf der ethischen Debatten über die etwa zeitgleich möglich gewordenen Tests auf HIV-Antikörper und genetische Chorea-major-Veranlagung (vgl. oben Abschnitt 3.). In der Frage des HIV-Antikörper-Tests war der Doppelsog aus Vorurteilen und medizinischem Expansionstrieb offenbar stärker als die ärztliche Ethik.

Von einer Gewährleistung des 'informationellen Selbstbestimmungsrechts' im Umgang mit Blutproben kann nach übereinstimmendem Expertenurteil derzeit nicht mehr überall gesprochen werden.

Es erscheint jedoch nicht unrealistisch, auch an diesen Einbruchstellen ärztlicher Professionsethik auf eine Selbstbesinnung zu hoffen.

- In der zentralstaatlichen Aufklärungs- und Medizinpolitik finden sich sowohl richtige Schritte als auch gesundheitspolitische Fehler. Die relative Gelassenheit staatlicher Aufklärung gegenüber teilweise zischender Hysterie in einigen Massenmedien hat die prinzipielle Fähigkeit bewiesen, Gesundheitspolitik nach ihrer eigenen Logik auch gegenüber Widerständen und Versuchungen zu betreiben. Andererseits gab und gibt es nicht aufholbare Verzögerungen bei der sachlichen Aufklärung und gezielten Forschungsförderung.
  Fehlerhaft, weil gesundheitsschädlich, ist dagegen sicher jedes auch nur spielerische Winken mit dem Seuchenrecht einschließlich der namentlichen Meldepflicht (vgl. z. B. M. Steinbach 1984, 1985): Entsprechende Versuche im Umkreis von AIDS in Schweden[42] und im US-Bundesstaat Colorado (vgl. N. Fain 1986, BT S. 78) haben zu gesundheitspolitisch eindeutig kontraproduktiven Ergebnissen geführt. Die Deutsche Gesellschaft zur Bekämpfung von Geschlechtskrankheiten kommt nach 84 Jahren Erfahrung auf diesem Gebiet zu dem Resümee, daß die "verschiedensten Arten der Meldepflicht ... eigentlich nichts gebracht haben" (S. Borelli 1986 BT S. 83). Da Beispiele für positive Wirkungen der Meldepflicht fehlen, kann hinter Versuchen ihrer Einführung keine gesundheitsbezogene Logik vermutet werden.

Im Falle des HIV-Antikörper-Tests ist die deutsche Gesundheitspolitik den Anregungen aus der ärztlichen Profession und dem US-amerikanischen Vorbild gefolgt. Ob das Ausmaß der darin enthaltenen Rücksichtslosigkeit bei anderen Zielgruppen anders ausgesehen hätte, dürfte schwierig zu beantworten sein.

Die sachlich nicht zu vertretende Verzögerung der nur absolut öffentlich und offen zu führenden Kampagne für die

Notwendigkeit der Kondom-Benutzung bei wechselnden Partnern/innen des Geschlechtsverkehrs dürfte verschiedene Gründe haben. Darunter gibt es mindestens zwei, die nicht als Fortführung der Diskriminierung der zunächst sichtbar gewordenen Betroffenengruppen zu interpretieren sind. 1. Staatliche Gesundheitspolitik, die nicht ohnehin stark auf Prävention orientiert ist, hat generell Schwierigkeiten, ohne öffentlichen Druck und ohne beängstigende Zahlen manifest Kranker ungewöhnliche Maßnahmen zu ergreifen. 2. Die Durchführung dieser Kampagne würde jene Teile und Repräsentanten des Staatsapparates in - sicherlich zu bewältigende - Identitätsprobleme stürzen, die sich als Träger einer ausschließlich auf Monogamie orientierenden 'öffentlichen Sittlichkeit' verstehen.

Die rasche und zum Teil unbürokratische Einbeziehung der Betroffenen und ihrer Organisationen stellt sicherlich einen innovativen und in der Sache unzweifelhaft richtigen Schritt staatlicher Gesundheitspolitik dar. Ob die aufgekommenen Querelen (vgl. oben 2.3) eher die gängigen Spielraumkämpfe zwischen scheinbar 'unpolitischem Verwaltungshandeln' und 'autonomen Projekten mit Staatsknete' sind; oder ob es sich um die Auswirkungen einer allgemein verklemmten Sexualpolitik handelt; oder ob sich hier eine spezifische Schwulen-/Prostituierten-/Fixer-Diskriminierung abzeichnet: Dies ist derzeit nicht zu entscheiden. In jedem der drei Fälle aber wäre die Unterwerfung der AIDS-Hilfe unter die interne Logik einer nachgeordneten Behörde (hier: BzGA) eine gesundheitspolitische und auch eine gesundheitliche Niederlage.

Zusammenfassend läßt sich festhalten, daß auch jene gesundheitspolitischen 'Einbruchstellen', an denen gegebene Möglichkeiten der AIDS-Bekämpfung und -Prävention nicht genutzt wurden/werden, nicht gradlinig und einsinnig auf eine Dis-

kriminierung der zuerst sichtbar gewordenen Betroffenen-Gruppen hindeuten. An zahlreichen Punkten scheint diese Tendenz aber zumindest durch. Es ist deshalb notwendig und legitim, wenn die Betroffenen und ihre Organisationen mit besonderer Sensibilität auf derartige Entwicklungen achten und im je gegebenen Fall auch öffentlich Alarm schlagen.

### 4.2.4 Probleme und Perspektiven der AIDS-Selbsthilfe

Vor allem die homosexuellen Betroffenen, in einigen Ansätzen auch die Prostituierten haben sich überraschend schnell und wirksam organisiert. Der Grad der Flächendeckung der ca. 40 schwulen AIDS-Hilfen ist beeindruckend für ein spontan entstandenes Gesundheitsnetzwerk. Politische Differenzen werden in diesen Organisationen nach einigen Anlaufschwierigkeiten pragmatisch behandelt. Neben dem Ausbau und der Kontinuität des Netzes finden sich in diesem Bereich einige weitere ungelöste Probleme:

Die Haltung zur Frage des HIV-Antikörper-Tests ist unklar. Er wird keineswegs durchgängig in seiner Gefährlichkeit und den in ihm liegenden Bündnismöglichkeiten erkannt. Es wäre zu fragen, inwieweit Betroffene in dieser Frage den Mechanismen der Expansionslogik des Medizinsystems aufsitzen.

Die Fortdauer des ungezielten Screenings ('Test-Angebot') und die damit verbundene Vermehrung betreuungsbedürftiger, aber physisch symptomloser Seropositiver könnte auf Dauer zu einer Verringerung personeller und organisatorischer Kapazitäten für die Prävention und Aufklärung führen. Jedenfalls insoweit es nicht gelingt, Mitglieder dieser Gruppen für diese gesundheitliche Aufgabe zu gewinnen.

Die Schaffung einer eigenständigen Konfliktfähigkeit mit den staatlichen Zuwendungsgebern zur Sicherung der Voraussetzungen der Aufgabenerfüllung stellt einen Engpaß der AIDS-Hilfe dar. Konfliktfähigkeit ist auch und gerade dann erforderlich, wenn vernünftigerweise weiterhin Kooperation und diskursive Interessenauseinandersetzungen mit staatlichen Stellen angestrebt werden. Sie kann sich bei gegebener Machtasymmetrie nur aus Bündnissen ergeben. Auf diesem Feld war die AIDS-Hilfe sowohl im Hinblick auf Teile der Öffentlichkeit als auch des Medizinsystems bisher sicher sehr erfolgreich.

Das Spektrum möglicher Bündnisse könnte sich erweitern, wenn AIDS auch von den Betroffenen-Organisationen vor allem anderen als Gesundheitsproblem und nicht primär als Problem des Umgangs mit Minderheiten angesehen wird. Diese Balance ist sicher schwer zu halten; die genannten Einbruchsstellen zeigen, daß der Umgang mit AIDS tatsächlich zwischen diesen Polen schwankt und ein Ausschlagen des Pendels in Richtung Repression wohl niemals sicher ausgeschlossen werden kann. Gleichwohl ist der Kampf gegen die Krankheit AIDS desto sicherer vor seinem Umkippen in Repression, je mehr es gelingt, AIDS in die Arenen der Gesundheitspolitik zu tragen und dort zu halten. Denn die Logik der Gesundheitspolitik ist - wie gezeigt wurde - unter den bestehenden strukturellen Bedingungen zwar bei weitem nicht problemadäquat, sie enthält aber in ihren Prinzipien relativ starke Elemente, die Repression 'eigentlich' ausschließen. Die Schwelle der Instrumentalisierung von AIDS für problemfremde Zwecke erhöht sich wohl in dem Maße wie AIDS als genuin gesundheitliches Problem angesehen und behandelt wird.

Zudem finden sich in den gesundheitspolitischen Auseinandersetzungen auch jene gesellschaftlichen Bündnisgruppen, die sich aus anderen und unterschiedlichen Gründen ebenfalls ge-

gen die Unterbelichtung der Prävention, gegen die imperiale Attitüde des Medizinsystems und gegen die Vermischung von Markt und Gesundheit sowie für die Stärkung nicht-medizinischer Kompetenzen und Organisationen im Gesundheitswesen einsetzen.

Umgekehrt folgt daraus für alle diese, an der Gesundheitspolitik interessierten Gruppen, daß ihnen der Umgang mit AIDS nicht gleichgültig sein kann. Zum einen werden am Beispiel AIDS für die gesamte Gesundheitspolitik wichtige Zukunftsentwicklungen ausgefochten. Und zum anderen auch deshalb, weil AIDS keine Schwulen-, Fixer- und Nutten-Seuche ist.

Noch wäre Zeit, den gesellschaftlichen Umgang mit dem Problem der erworbenen Immunschwäche zu einem positiven Testfall problemorientierter Gesundheitspolitik zu machen. Denn Mikroben machen weder Geschichte noch Politik, aber der Umgang mit Mikroben ist Politik.

# Anmerkungen

1. In der Bundesrepublik Deutschland wurden der AIDS-Arbeitsgruppe beim Bundesgesundheitsamt (BGA) für das erste Halbjahr 1986 130 Neuerkrankungen gemeldet, im ersten Halbjahr 1985 waren es 112 und im zweiten Halbjahr 1985 noch 159 Fälle. Damit war erstmals die Anzahl der Neuerkrankungen auch absolut rückläufig. Schlüsse über den Trend lassen sich daraus noch nicht herleiten. Doch sind diese Zahlen ein starker empirischer Beleg für die methodisch begründete Fragwürdigkeite der nahezu allseits beliebten AIDS-Hochrechnungen, die durchweg von steigenden Zuwachsraten ausgegangen sind.
   Kaum beachtet von der Öffentlichkeit nahm auch der Ausschuß für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit des Deutschen Bundestages auf seiner Sitzung am 25. Juni 1986 "zur Kenntnis, daß die Ausbreitungsgeschwindigkeit der Krankheit sich verlangsamt hat." (Woche im Bundestag 13/1986, S. 42).
   Die AIDS-Arbeitsgruppe im BGA schätzt, daß 60 bis 90% der AIDS-Fälle dort gemeldet werden. Zehn Prozent bis 40% werden demnach entweder nicht richtig diagnostiziert oder aus anderen Gründen nicht gemeldet. Die Verläßlichkeit der freiwilligen Meldung von AIDS-Fällen liegt damit sehr wahrscheinlich über der gesetzlich vorgeschriebenen Meldung z.B. von Syphilis-Fällen. Dort wird die Dunkelziffer auf mehr als 90% geschätzt.
   In den USA ist im ersten Halbjahr 1986 die Anzahl der Neuerkrankungen offenbar ebenfalls absolut gesunken. Gegenüber 4.101 Neuerkrankungen im ersten Halbjahr 1985 und 4.846 im zweiten Halbjahr 1985 lag die Anzahl neuer AIDS-Fälle im ersten Halbjahr 1986 unter 4.000 (CDC). Dort wird das 'levelling off' kontrovers diskutiert.

2. Vom ersten Auftreten der Seuche bis zum 30.06.1986 starben in der Bundesrepublik 248 Menschen an AIDS. Im gleichen Zeitraum starben in der gleichen Bevölkerung über 5.500 Menschen an Tuberkulose (H. Schütz 1986, S. 134).

3. Die Bezeichnung HIV (Human Immunodeficiency Virus) ist seit der internationalen AIDS-Konferenz vom 23. bis 25. Juni 1986 in Paris an die Stelle der vorher verwendeten zwei Bezeichnungen LAV und HTLV III getreten (F. Brown 1986). LAV nannte die Forschungsgruppe um Luc Montagnier von Institute Pasteur in Paris das Virus, nach dem sie es im Jahre 1983 erstmals identifiziert hatte. Mit dieser Bezeichnung konkurrierte in unterschiedlicher Weise bis 1986 die Namensgebung HTLV III, die die Zweitentdecker (1984) um Robert Gallo vom National Cancer Institute, Bethesda, USA, dem Virus gegeben hatten.

4. Vgl. in Abschnitt 2.3, 3 und 4 sowie Anmerkungen 22, 20, 37 und 29.

5. Das gilt auch für den Zusammenbruch methodologischer Standards der Epidemiologie und Medizinstatistik vor dem Problem AIDS. Dort wird derzeit - mit weitgehend unausgewiesenen Grund- und Teilpopulationen, heroischen Annahmen über Risiko-Ursachen und -Verteilung sowie mit verzerrten und manipulierten Maßstäben weltweit eingeführter Methoden der statistischen Erhebung, Darstellung und Auswertung sowie insbesondere mit dem Modespiel gaukelhafter Hochrechnungen - ein akademisch trauriges Kapitel dieser Disziplin geschrieben. Vgl. Anmerkungen 7, 18, 31 und 41.

6. Das älteste Blut, in dem bislang HIV-Antikörper nachgewiesen werden konnten, stammt aus dem Jahr 1970. Es wurde gesunden Müttern in Kinshasa/Zaire abgenommen und lagerte bis zu seiner Untersuchung durch französische und belgische Wissenschaftler bei -20 Grad Celsius in Leuven/Belgien (J. Desmyter et al. 1986). Die naturgeschichtliche Herkunft des Virus (Nachfahre oder Vetter eines Affen- oder Meerkatzen-Virus (L. Gluckman 1986, S. 4)? Ausbruch aus einem Primatenzentrum/Gen-Labor (F. Brun-Vezinet et al. 1984; B. Hatch 1984, 1986)?) ist ebenso unbekannt, wie die Umstände der Erstübertragung auf den Menschen (Blutkontakt mit Meerkatze oder Affe?, Mutation(en)?, Zwischenträger?) und sein geographischer Weg zunächst in die USA (über Haiti? aus Zentralafrika?) und dann nach Europa.

7. Zur Frage der Transmissionswege verweisen Kenner afrikanischer Verhältnisse darauf, daß dort - mit großen regionalen, schichtenspezifischen und Stadt/Land

Unterschieden - der Analverkehr als wirksames Mittel der Empfängnisverhütung innnerhalb und außerhalb der Prostitution angesehen wird und entsprechend verbreitet ist. Näheres hierzu ist ebenso wenig bekannt wie über daraus zu ziehende oder gezogene Konsequenzen für Aufklärung und Prävention. Auszugehend ist bei dieser Frage immer noch von dem Standardwerk über 'Birth Control in the Modern World' von E. Draper (1965, S. 61): "It is known that in some cultures anal and oral intercourse were not only commonly practised without guilt, but had the object of avoiding conception."
Über die Breite anderer Transmissionswege sowie spezifische Ko-Faktoren, wie z.B. mangelnde Sterilität medizinischen Gerätes, Drogenabusus und verbreitete Vorbelastungen des Immunsystems, z.B. durch Schlafkrankheit, Masern und Malaria, gibt es offenbar bislang nur Hypothesen. Die Rolle des in diesem Zusammenhang ebenfalls häufig genannten hohen Anteils ultravioletter Strahlen im Sonnenlicht der Äquatorzone (vgl. z.B. A.G. Fettner 1986) ist ungeklärt.

**7a.** Auf eine Veränderung der Betroffenheit von AIDS zwischen den Geschlechtern zuungunsten der Frauen deuten auch in der Bundesrepublik verschiedene Anzeichen hin (vgl. z.B. auch Anmerkungen 12 und 23). Ein - freilich ziemlich unsicherer - Indikator sind HIV-Antikörper-Funde in den seit dem 1.5.85 vollständig geprüften Blutspenden.
Von den bis 30.9.85 durchgetesteten Blutspenden stammten ca. 35% (ca. 290.000) von Frauen, ca. 65% (ca. 535.000) von Männern. Von den 167 als definitiv seropositiv angesehenen Blutspenden (ca. 0,02%) stammten 25% von Frauen, 75% von Männern. Seropositive Blutspenden von Männern waren demnach relativ nur noch 1,6 mal häufiger als seropositive Blutspenden von Frauen (Berechnungen nach: B. Kubanek/K. Koerner 1986). Vor Hochrechnungen muß auch hier gewarnt werden: 1. Die Repräsentativitätsverzerrungen der Gruppe der Blutspender gegenüber der Gesamtbevölkerung sind ungeklärt. 2. Die absolute Zahl der seropositiven Blutspenden ist zu klein für Hochrechnungen. 3. Die Gruppen der Blutspender/innen und der i.v. Drogenbenutzer/innen überschneiden sich in unbekanntem, aber überproportionalem Ausmaß. 4. Das Blutspenden wird - aufgrund einer Fehlregulierung, vgl. Anmerkung 34 - als Möglichkeit benutzt, den eigenen Serostatus zu erfahren.

8. Auf Basis durchweg fragwürdiger Annahmen und Extrapolationen geht die medizinische Forschung davon aus, daß sich weltweit im Blut von ca. 6 Millionen Menschen HIV-Antikörper befinden. Aus dieser sehr unsicheren Schätzung wird in den Medien typischerweise die Meldung: "Schon 6 Millionen Menschen mit dem AIDS-Virus infiziert" (als Beispiel für viele: Münchener Merkur vom 2./3. August 1986, Unterstreichung: R.R.) Die Differenzierung zwischen (1) Virus-Kontakt, (2) Antikörper-Bildung, (3) Infektion, (4) Symptombildung und (5) AIDS geht dabei durchweg verloren. In den Unterschieden zwischen diesen Stufen, vor allem in der Frage nach den sozialen, psychischen und physischen Entwicklungsbedingungen des Virus bei jenen Menschen, die den möglichen Prozeß zur Krankheit auf einer dieser Stufen abbrechen (den 'Escapers') liegen aber zumindest potentiell die wichtigsten Eingriffsmöglichkeiten der Prävention.

9. Der präzisen Beschreibung des Übertragungsmechnismus stehen derzeit zwei sicherlich auch nicht unüberwindliche Hindernisse im Wege:
1. Auf das Vorhandensein des Virus kann bislang nur durch den Nachweis von Antikörpern in Körpersekreten geschlossen werden. Diese Verfahren ermöglichen lediglich Aussagen darüber, ob ein wirksamer Virus-Kontakt stattgefunden hat. Weitergehende Mengen- und Verlaufsbestimmungen erlauben sie nicht. Anzüchtungen des Virus sind bislang sehr aufwendig und könnten diese Fragen auch nicht ohne weiteres beantworten.
2. Es gibt bislang kein Tiermodell, an dem der Übertragungsmechanismus dargestellt werden könnte.

10. Historisch wahrscheinlich zufällig treffen das Auftreten dieses Erregers (Retro-Virus, das sich durch Veränderung der Gen-Information in das Immunsystem einschleust) und der Stand der Entwicklung der Gen-Forschung zeitlich zusammen: Mit den vor zehn Jahren zur Verfügung stehenden Erkenntnismitteln hätten Struktur und Wirkungsmechanismen des Virus noch nicht entschlüsselt werden können. Ein wirksamer HIV-Impfstoff kann ohne Erkenntnisse der Gen-Technologie wohl kaum entwickelt werden. US-amerikanische Wissenschaftler des nationalen Krebs-Instituts in Bethesda, der Universität Washington und der Firma Biotech in Rockville berichteteten im Sommer 1986 über Erfolge bei der Produktion einer möglicherweise für die Immunisierung tauglichen Form des HIV-Virus "auf dem Wege der Genmanipulation" (vgl. FR vom 04.08.1986 unter Bezugnahme auf 'Science').

Die jüngste (dritte) Generation von HIV-Antikörper-Tests wurde auf gen-technologischer Basis entwickelt und im Juli 1986 vom BGA zugelassen. Und auch im Umkreis von AIDS finden sich gen-technologische Durchbrüche: Im Juli 1986 hat die US-amerikanische FDA erstmalig die Genehmigung für die kommerzielle Produktion eines Impfstoffs gegeben, der mit Hilfe von Gen-Manipulation aus Hefezellen, d.h. nicht mehr aus menschlichem oder tierischem Blut gewonnen wird. Der Impfstoff soll gegen Hepatitis B immunisieren. Seine Notwendigkeit wurde mit dem (mittlerweile auszuschließenden) Verdacht begründet, der bereits seit 1982 verwendete Hepatitis-B-Impfstoff könne HIV übertragen und damit AIDS auslösen (vgl. FR vom 25. 07.1986). Zur auch gesundheitspolitischen Problematik dieser Entwicklung vgl. z.B. die Kontroverse zwischen E. Hickel (1985) und J.P. Starlinger (1985).

11. Resignation findet sich derzeit offenbar häufig bei Klinikern und niedergelassenen Ärzten, die eine unbekannt große Welle junger sterbender Patienten auf sich zurollen fühlen und deshalb auch häufig in bezug auf Präventionsmöglichkeiten wenig Energie und Hoffnung aufbringen können. Wahngebilde finden sich z.B. in dem glücklicherweise auch technisch unsinnigen Vorschlag, die Antikörper-Positiven durch mehrfaches Screening der gesamten Wohnbevölkerung bei Sperrung aller Grenzen zu ermitteln und diese dann in der Genitalgegend zu tätowieren bzw. bei Frühverrentung lebenslang in einer Art von Leprosorien zu isolieren (F.E. Hoevels 1986). Ansätze von verselbständigten Wahnsystemen finden sich auch in der juristischen Literatur, wenn zum Schutz gegen die Ausbreitung von AIDS ein ganzes Arsenal von Grundrechtseinschränkungen und tief eingreifenden Polizeimaßnahmen explizit ohne Berücksichtigung der realen Gefährdungs- und Übertragungssituationen entfaltet wird: "Um Mißverständnissen vorzubeugen: Es handelt sich hier nicht um einen Ansteckungsverdacht im medizinischen Sinne, sondern um einen Ansteckungsverdacht im sicherheitsrechtlichen, genauer im seuchenrechtlichen Sinne." (H.U. Gallwas 1986, S. 36; vgl. dagegen z.B. S. Simitis 1986, W. Loschelder 1986, R. Herzberg 1986, J. Roland 1986).

12. Nach einer mündlichen Mitteilung von J. L'Age-Stehr (AIDS Arbeitsgruppe im BGA, August 1986) sind 1986 von den werdenden Müttern in der geburtshilflichen Abteilung des Klinikums Charlottenburg der FU Berlin 2,4% der getesteten Frauen seropositiv. Ohne Berück-

sichtigung der ermittelten i.v. Drogenbenutzerinnen beträgt der Anteil 0,7%.
Für Hochrechnungen dürfte dieser Befund nicht taugen: Bei ca. 1.400 untersuchten Frauen liegt die absolute Anzahl der seropositiven Befunde außerhalb der Gruppe der i.v. Drogenbenutzerinnen unterhalb von zehn.

13. Kondome, die den speziellen Belastungen dieses Verkehrs sicherer entsprechen, wurden bereits entwickelt (vgl. Siegessäule 4/1986; sowie: The Hot Rubber Story, Zürich 1986).

14. Die konkreten Umstände ('der äußere Übertragungsmechanismus') beim Gebrauch unsteriler Infektionsbestecke ist anscheinend noch nicht genau untersucht: Wenn ein 'Schuß' zwischen zwei oder mehreren Fixern geteilt wird, erhalten der/die zweite etc. nahezu sicher virushaltige Zellen, weil zur Kontrolle des 'richtigen Sitzens' der Spritze in der Vene meist etwas Blut in die Injektionsfüssigkeit in der Spritze gezogen wird. Dieses Blut mischt sich im Injektionsraum (dem Lumen) mit der Infektionsflüssigkeit. Auch bei der Wiederbenutzung einer Spritze unmittelbar nach einem Schuß durch eine/n zweite/n dürften sich noch beträchtliche frische Blutreste an und in der Kanüle und im Lumen befinden. Wenn zwischen der Benutzung derselben Spritze durch mehrere Personen ein größerer Zeitraum liegt, dürfte die Übertragungswahrscheinlichkeit wegen der für das Virus notwendigen Überlebensbedingungen von der Art der Aufbewahrung der Spritze abhängen: Viele Fixer tragen ihre 'Fixe' (teils aus Gründen der Sicherheit, teils wegen ihrer emotionalen Besetzung) direkt am Körper (vgl. W. Heckmann 1986, BT S. 145): In diesem Klima kann das Virus mehrere Tage überleben. Die Wahrscheinlichkeit, ob auch eine über längere Zeit versteckte Spritze ('gebunkerte Fixe') noch die kritische Masse an übertragungsfähigem Virus enthält, ist unbekannt. Retrospektive Befragungen ohnehin freiwillig getesteter i.v. Drogenbenutzer (mit positivem und negativem Antikörper-Befund) könnten wichtige Aufschlüsse über die 'kritische Masse' erbringen. Für praktische und aktuelle Präventionsüberlegungen sind solche Untersuchungen wegen des wohl insgesamt sehr hohen Übertragungsrisikos dagegen bedeutungslos. Für Prävention ist der unkontrollierte Zugang zu sterilen Injektions-Spritzen kurz- und mittelfristig sicher das wirksamste Mittel. In Schwerpunktstädten des i.v. Drogenkonsums ist diese Voraussetzung entweder weitgehend informell gegeben (z.B. in Berlin, vgl. W. Heckmann 1986, BT S. 146)

oder wird - z.B. in Kopenhagen (vgl. taz vom 09.08.1986) - durch kostenlose Abgabe von Spritzen staatlich hergestellt.

15. Die Implikationen der Anwendung dieser Grundregel auf die öffentliche Gesundheitspolitik sind noch keineswegs ausreichend untersucht. Es geht im Kern um die Gesamtheit der gesundheitlichen Auswirkungen von Instrumenten der Gesundheitspolitik im Vergleich zu den Wirkungen auf das gesundheitliche Teilproblem, für welches das jeweilige Instrument geschaffen worden ist. Diese Überlegungen betreffen insoweit die gesundheitlichen Wirkungen z.B. sowohl von Angstkampagnen als auch des Einsatzes gesundheitspolizeilicher Mittel als auch finanzieller Hebel zum Beispiel zur Steuerung der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen (Selbstbeteiligung) (vgl. R. Rosenbrock 1985d, 1986).

16. Hinsichtlich der Wirksamkeit dieser Tabus sind vor allem zwei wichtige Unterschiede zu beachten: Einer immer noch wirksamen öffentlichen Tabuisierung kann eine zum Teil problemlose Akzeptierung im Lebensalltag entsprechen. Und: Die Wirksamkeit von Tabus differiert erheblich zwischen sozialen Schichten/Gruppen und nach Regionen.

17. Für den Bereich der Sexualpraktiken gibt einen einfühlsamen und gültigen Überblick: 'Das Sex-Buch' von G. Amendt (1983). Einen vergleichbar konkreten Einblick in homosexuelle Sexualpraktiken vermitteln Ch. Silverstein/E. White (1984): 'Die Freuden der Schwulen'. Diese Werke enthalten natürlich keine Aussagen über die Verbreitung bzw. Verteilung der einzelnen, zum Teil übertragungsriskanten Sexualtechniken.

18. D. Dörner (1986, Bamberg) will mit seiner computergestützten Simulationsrechnung ein "Szenario zur psychologischen Untersuchung von Planungs- und Entscheidungsprozessen in komplexen Situationen" schaffen (S. 1). Es geht ihm dabei um die Veränderungen der Ausbreitungsgeschwindigkeit von AIDS unter variierenden Bedingungen.
Dazu werden im Zeitablauf von 1980 bis 1998 jeweils kumuliert Erkrankungen und Todesfälle an AIDS kalkuliert. Der Autor geht von einer fiktiven, in einigen Parametern an Berlin (West) erinnernden Population aus, in der bis 1998, wenn nichts geschieht, insgesamt 107.000 Personen an AIDS gestorben sein werden. Sinkt z.B. die Infektionshäufigkeit der Homosexuellen

ab 01.01.1984 um 50%, sterben in den 18 Jahren des Modell-Laufs 'nur noch' 48.300 Menschen, wird durch "eine einzige simple Maßnahme der Kontrolle" (S. 21) die "Ansteckungswahrscheinlichkeit durch Kontakt mit Prostituierten fast ganz auf 0" (S. 20) gebracht, so sollen bis 1998 ca. 59.000 Menschen sterben.
Es lohnt nicht, in die zum Teil avancierten Verästelungen des Simulationsprogrammes einzusteigen, da die Prämissen des Modells ganz offensichtlich frei gegriffen sind: Der Autor geht von fiktiven Zahlen über die Subpopulationen der Homosexuellen, der Prostitutierten, der Jugendlichen und der Narkomanen aus. Diese nicht weiter differenziertenn vier Gruppen sind primär gefährdet. Die Homosexuellen wie die promisken Heterosexuellen sind offenbar immerzu auf Partnersuche und -wechsel. Bei einer angenommenen Promiskuität von 0.2 wechseln z.B. 20% pro Zeittakt (= ein Monat) den Partner. In einer homosexuellen Partnerschaft mit einem Infizierten wird in einem Zeittakt mit 80% Wahrscheinlichkeit das Virus übertragen, im heterosexuellen Verkehr beträgt die Wahrscheinlichkeit 30%. Jeder dieser Viruskontakte führt im Modell zur Infektion, der Übergang aus der Latenz in die Krankheit AIDS (Differenzierungen kennt der Autor auch hier nicht) und von AIDS in den Tod erfolgt für alle, die mit dem Virus in Kontakt gekommen sind, mit nicht beeinflußbarer, aber Monat für Monat wachsender Wahrscheinlichkeit etc. pp.

Angesichts der vom Autor selbst geäußerten Einsicht, daß "oft relativ geringfügige Veränderungen der Parameter (reichen), um relativ starke Veränderungen des Ablaufs zu erzeugen" (S. 2), stellt sich die Frage, woher der Autor den Mut nimmt, auf Basis solcher Annahmen absolute Zahlen über AIDS-Opfer prospektiv auf weit über zehn Jahre zu kalkulieren.
Die Mindeststandards wissenschaftlicher Seriosität hätten es geboten, bei den Ausgangsparametern nicht mit gegriffenen Zahlen zu arbeiten, sondern die Spannweite der vorliegenden Forschungsergebnisse und fundierten Schätzungen in Form von Ober- und Untergrenzen in das Modell einzubauen. Für die Größe der risikotragenden Gruppen, die unterschiedlichen Wahrscheinlichkeiten von Risikosituationen innerhalb der Gruppen und Sub-Gruppen, die unterschiedlichen Schätzungen über die Wahrscheinlichkeit einer Infektion und der Manifestationen der Krankheit macht die Differenz zwischen diesen Größen jeweils mehrere 100 Prozent aus. Diese Spannbreiten der Ungewißheit multiplizieren sich von Stufe zu Stufe des Modells. Im Ergebnis - bei der Kalkulation der Kranken und Toten - beträgt die Spanne zwischen möglichem unteren Wert und möglichem

oberen Wert dann mehrere tausend Prozent.
Interessant wäre auch die Beantwortung der Frage, was das Nachrichten-Magazin 'Der Spiegel' dazu veranlaßte, dieses leicht durchschaubare Horror-Elaborat ohne Kritik publizistisch kräftig auszuschlachten (vgl.: o.V.: "AIDS: 'Es geht alles schön schnell'", 1986).

19. Die 'Entlassung' der Homosexuellen aus dem Untergrund in die zumindest formale Legalität ihrer sexuellen Identität erfolgte in einer Phase, in der die Durchdringung der Sexualität von Markt und Werbung eine bis dahin unbekannte Dynamik annahm. Auf die Homosexuellen hatte diese Entwicklung plausiblerweise eine besonders starke Wirkung, weil es dieser Gruppe zuvor verwehrt gewesen war, im Rahmen gesellschaftlicher Akzeptanz eine eigene 'Beziehung-Kultur' zu entwickeln. In diesem Zusammenhang nicht nur als Zeitdokument, sondern immer noch besonders aufschlußreich die Kontroverse zwischen R. Reiche: Sexualität und Klassenkampf. Zur Abwehr repressiver Entsublimierung (1968) und F.W. Haug: Sexuelle Verschwörung des Spätkapitalismus? (1972).
Welche Veränderungen der so gewachsenen 'Beziehungs-Kultur' sich unter einem anhaltend prägenden Einfluß von AIDS-Angst und -Hysterie herausbilden könnten, ist kaum prognostizierbar. Es spricht nicht viel dafür, daß die Ergebnisse tragfähig und menschenfreundlich sein würden. AIDS ist in dieser Hinsicht wohl kaum eine 'Chance', sondern in erster Linie ein Schaden, der begrenzt werden muß.

20. Das für die Prävention relevante gesundheitspolitische Klima wird plausiblerweise auch durch die Sicherheit der sozialrechtlichen Absicherung im Krankheitsfall beeinflußt. Die Absicherung besteht für 92% der Wohnbevölkerung im Versicherungsschutz durch die gesetzliche Krankenversicherung (GKV). Im Kernbereich der GKV gibt es hier keine Probleme: "Die Träger der gesetzlichen Krankenversicherung haben für AIDS-Kranke bzw. die mit dem AIDS-Virus infizierten Versicherten ohne jegliche Einschränkung die Leistungen zu erbringen, die auch bei anderen Krankheiten nach Gesetz und Satzung vorgesehen sind." (Ch. Kebbekus 1986, BT S. 84 f., Kebbekus spricht als Vertreter der Spitzenverbände der GKV). Einbrüche gibt es dagegen an den Rändern, in diesem Falle bei Personen, die nicht der gesetzlichen Krankenversicherungspflicht unterliegen und die nach § 176 der Reichsversicherungsordnung (RVO) das Recht haben, die Neu-Aufnahme als freiwil-

lig Versicherte in eine GKV-Kasse zu beantragen. Für diesen (relativ kleinen) Personenkreis sehen die Absätze 2 und 3 des § 310 RVO vor: "(2) Eine Erkrankung, die beim Beitritt bereits besteht, begründet für diese Krankheit keinen Anspruch auf Kassenleistung. (3) Die Kasse kann Versicherungsberechtige, die sich zum Beitritt melden, ärztlich untersuchen lassen." Vergleichbare Regelungen existieren für alle (auch und noch mehr für die privaten) Krankenversicherungen. Im Extremfall können sie dazu führen, daß ein Versicherungswilliger keine Krankenversicherung findet und er deshalb im Krankheitsfall zunächst darauf angewiesen ist, sein gesamtes Vermögen für Behandlungs- und Krankheitskosten aufzuwenden. Die potentielle Inhumanität dieser Regelung dürfte im Rahmen eines gegliederten Versicherungssystems (etwa im Gegensatz zu Modellen der Volksversicherung) kaum aufhebbar sein. Sie wird jedoch dadurch 'gemildert', daß der/die Betroffene nach Aufzehrung seines/ihres Vermögens (inklusive haftender Familienangehöriger) Rechtsanspruch auf Leistungen der Sozialhilfe hat, zu denen auch die (dann nicht mehr von der Kasse abzulehnende) Versicherung in der örtlich zuständigen AOK gehört.

Mindestens bei der AOK Berlin und der AOK München gab es (insgesamt drei belegte) Fälle, in denen nicht nur der HIV-Antikörper-Test als Teil der ärztlichen Eingangsuntersuchung nach § 310, Absatz 3 RVO gefordert wurde, sondern ein positiver Antikörper-Befund auch zur Ablehnung des Versicherungsverhältnisses führte. Dieser Handhabung liegen prinzipielle und sozialrechtlich insgesamt gefährliche Mißverständnisse des HIV-Antikörper-Tests zugrunde: Ein positives Test-Ergebnis wird als 'latente Erkrankung' bewertet, obgleich es tatsächlich lediglich Aussagen über eine - in Zeit und Wahrscheinlichkeit sehr ungewisse - Erkrankungs-Disposition enthält. Die rapide Zunahme von medizinischen 'Früherkennungs'-Möglichkeiten, aus deren Ergebnissen außer der massiven Persönlichkeitsverletzung medizinisch nichts folgt und für die der HIV Antikörper-Test lediglich eines der ersten Beispiele ist, enthält eine Sprengkraft, die die Grundfesten des Krankenversicherungsschutzes aushebeln könnte. Es steht zu vermuten, daß die Kassen und ihre Selbstverwaltungsorgane sich dessen noch nicht hinreichend bewußt geworden sind. (vgl. auch Abschnitt 3 sowie Anmerkungen 22 und 37).

21. Die auch im Zusammenhang mit AIDS diskutierte Verläßlichkeit des Hamburger Nachrichten-Magazins 'Der Spiegel' in Fragen tabu- und skandalträchtiger Seuchengeschichten erbrachte zum Heroinproblem seinerzeit

ein etwa um den Faktor 10 übertriebenes 'Recherchenergebnis': "Zwischen 1971 und 1977 stiegen die 'Fixer' fast vollständig auf Heroin um. K's Schätzungen über die Sterberate unter Süchtigen: jedes Jahr 10%; das bedeute, daß die, welche heute täglich Heroin nehmen, 'innerhalb von zehn Jahren ausgestorben sind'." (Der Spiegel Nr. 49/1979, S. 259, zit. nach: F. Bschor/J. Wessel 1983, S. 77).

22. Die Forderung eines negativen HIV-Antikörper-Tests als Voraussetzung für eine stationäre Suchttherapie bei i.v. Drogenabhängigen stützt sich auf folgende Konstruktion: Die Therapie gilt als Rehabilitationsmaßnahme. Für deren Durchführung sind seit dem Rehabilitations-Angleichungs-Gesetz (1974) die Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (BfA) und die Landesversicherungsanstalten (LVA) zuständig. Diese Institutionen können die Zugangsvoraussetzungen in (relativ engem) Ermessensspielraum selbst regulieren. Die hier entscheidende Voraussetzung findet sich in § 1236 RVO, Abs.1, Satz 1: "Ist die Erwerbsfähigkeit eines Versicherten wegen Krankheit oder körperlicher, geistiger oder seelischer Behinderung erheblich gefährdet oder ist sie gemindert, kann der Träger der Rentenversicherung Leistungen zur Rehabilitation erbringen, wenn die Erwerbsfähigkeit durch diese Leistungen wesentlich gebessert oder wieder hergestellt werden kann oder wenn bei einer bereits geminderten Erwerbsfähigkeit durch diese Leistungen der Eintritt von Berufsunfähigkeit oder Erwerbsunfähigkeit abgewendet werden kann."

Im Klartext bedeutet dies, daß Rehabilitations- Maßnahmen desto weniger bewilligt und finanziert werden, je geringer die Aussicht auf eine Wiedereingliederung in die Erwerbsarbeit eingeschätzt wird. Die (in der Praxis häufig gemilderte) Priorisierung der Erwerbsfähigkeit gegenüber z.B. der Lebensqualität und der Lebensdauer gilt für das gesamte Gebiet der Rehabilitation. In diesem Sinne läßt sich dann argumentieren: "Bei Versicherten mit manifester AIDS-Erkrankung ist ... davon auszugehen, daß sie aufgrund der Schwere der Erkrankung und der nicht möglichen Behandlung im Sinne der Vorschriften des § 1236 der RVO nicht rehabilitationsfähig sind, so daß stationäre Heilbehandlung durch die Rentenversicherung auch wegen anderer Leiden bei diesen Patienten in der Regel nicht in Betracht kommt."(F. W. Kaufmann 1986, BT S. 91; Kaufmann spricht für den Verband deutscher Rentenversicherungsträger, VdR).

Mit anderen Worten: Drogenabhängige mit manifester AIDS- Erkrankung erhalten danach auch dann keine Entzugstherapie, wenn die Bewilligungskriterien hinsichtlich der Sucht- Erkrankung erfüllt sind. Diese Regelung kann im Einzelfall inhuman sein, sie entspricht aber der Logik der Regulierung des Zugangs zu allen Rehabilitations-Leistungen.
Diese Logik wird aber verlassen, wenn die Bewilligung einer Drogentherapie von dem (negativen) Ergebnis beim "HTLV III- Suchtest" (ebd. S. 92) abhängig gemacht wird. Dieser Test sagt ja eben nichts über eine manifeste Erkrankung oder die individuelle Erkrankungsentwicklung aus. Sein Ergebnis ermöglicht - mit sehr großen Bandbreiten der Ungewißheit - epidemiologisch begründete Aussagen über die Erkrankungswahrscheinlichkeiten in mehr oder weniger präzise zu beschreibenden Kollektiven. Das Testergebnis ist demnach eine Aussage über die mehr oder weniger große Disposition von Personen, an ARC oder AIDS zu erkranken. Solche Aussagen lassen sich in nicht viel geringeren Wahrscheinlichkeitsdimensionen z.B. über die Gefahr einer koronaren Herzerkrankung für hochgestreßte Männer zwischen 45 und 60 Jahren treffen, die viel rauchen und trinken, sich falsch ernähren, zu wenig bewegen und einen erhöhten Blutdruck aufweisen. Zu Recht wird die Bewilligung von Kuren für solche risikotragenden Personen nicht von der Abwesenheit derartiger 'Risikofaktoren' (zur Problematik des Konzepts vgl. H.-H. Abholz et al. (Hg.) 1982) abhängig gemacht.
Das Problem beim HIV-Antikörper-Test als Voraussetzung der Bewilligung von Rehabilitations-Leistungen besteht darin, daß das Testergebnis nicht als Disposition für eine Krankheit, sondern als latente Krankheit interpretiert wird: Aus der Existenz von Antikörpern im Blut des einzelnen Untersuchten wird der "hohe Durchseuchungsgrad" einer gesundheitlichen Problemgruppe. F. W. Kaufmann (ebd., S. 92): "Der Test ... wird nach diesen vorläufigen Empfehlungen grundsätzlich bei Drogenabhängigen gefordert - eben im Hinblick auf den erwähnten hohen Durchseuchungsgrad. Von daher ist ja die Gefahr gegeben, daß sich unter diesen Patienten möglicherweise ein besonders hoher Anteil von latent Erkrankten befindet."
Da die technischen Möglichkeiten derartiger Dispositions-Diagnosen mit nur epidemiologisch (also nicht: individuell) interpretierbaren Ergebnissen derzeit und absehbar beträchtlich zunehmen (vgl. R. Müller 1983), wäre es Aufgabe gerade der sozialstaatlichen Institutionen, hier rechtzeitig eine scharfe Grenze zu ziehen. Von der medizinischen Profession allein sind solche Regulierungen ohne Anstoß von außen erfahrungsgemäß

kaum zu erwarten. Problemverschärfend tritt die Nachfrage privater Unternehmen nach solchen Tests im Rahmen von Einstellungsuntersuchungen hinzu. Daß es ausgerechnet die öffentlich-rechtlichen, halb-paritätisch selbstverwalteten Anstalten der Rentenversicherung sind, die hier leichtfertig den ersten Stein aus dem Gewölbe des Solidarprinzips nehmen, auf dessen Tragfähigkeit die Gesundheitspolitik angewiesen ist, wirft die Frage nach sachlicher Kompetenz und sozialpolitischem Aufgabenverständnis dieser Institutionen auf (vgl. im übrigen Abschnitt 3 sowie Anmerkungen 20 und 37).

23. F. Deinhardt (1985, S. 3595) berichtet von 0,5% bis 1,5% positiven Antikörperbefunden bei Prostituierten. Sozialepidemiologische Differenzierungen wie etwa eine Aufschlüsselung nach den verschiedenen Gruppen der Prostitution werden nicht mitgeteilt. Nach H. Bilitewski (1986, BT, S. 171 ff.) von der Gruppe Hydra (Berlin, West) haben sich sämtliche registrierten Prostituierten der Gruppe testen lassen. Sie waren alle negativ.

24. Die Selbsthilfe wird hier nur unter dem funktionalen Aspekt ihres möglichen Beitrags zur AIDS-Prävention betrachtet. Weitere, mindestens ebenso wichtige Aspekte von Selbsthilfe als sozialer Bewegung, als Instrument der Betroffenen-Mobilisierung und -Partizipation, als Weg der Politisierung von Gesundheitsproblemen sowie als Raum für individuelle Entfaltung und Praktizierung von Solidarität bleiben hier ausgeklammert, obwohl sie mit der gesundheitspolitischen Funktionsfähigkeit unlösbar verbunden sind (vgl. dazu F. Naschold/F. Hauß/R. Rosenbrock 1981; A. Trojan (Hg.) 1986; B. Köhler-Schmidt 1986; R. Rosenbrock 1985c).

25. Insgesamt bieten derzeit ca. 100 Stellen in der Bundesrepublik mehr oder weniger qualifizierte AIDS-Beratung an. Eine 'AIDS-Adressenkartei' kann bei der Bundesvereinigung für Gesundheitserziehung e.V., Bernkasteler Straße 53, 5300 Bonn 2, Telefon: 0228/31 78 10, bezogen werden.

26. Die Frage des möglichen Einflusses von Porno-Filmen mit Safer Sex-Praktiken auf den Erfolg von Präventions-Kampagnen wird hier nicht weiter untersucht. Auch bleibt außer Betracht, wie die Umstellung kommerzieller Pornos auf Safer Sex möglicherweise durch eine Kombination von administrativen und Markt-Impulsen angeregt werden könnte. Der von F. Rühmann aus den

USA berichtetet Befund ("Mittlerweile haben die Pornofilme ihre Inhalte auf Safer Sex-Praktiken umgestellt", 1985, S. 160) trifft auf die in der Bundesrepublik gezeigten (vornehmlich US-) Streifen jedenfalls nicht zu.

27. Unbestritten hat jede Institution das Recht, gesellschaftliche Probleme aus ihrem je spezifischen Blickwinkel zu beleuchten. So sinnierten hohe Würdenträger der römisch-katholischen Kirche in der Bundesrepublik im Frühjahr 1986 öffentlich über die Frage, ob die Infektionskrankheit AIDS eine 'Prüfung' (wie jede Krankheit) oder eine 'Heimsuchung' (im Sinne der Bestrafung) sei. Dies wurde als theologisches Problem bezeichnet. Wäre die Entscheidung zugunsten von 'Heimsuchung' gefallen, so hätte dies den Rahmen einer philosophisch-theologischen Erörterung zweifellos gesprengt. Die 'Heimsuchung' wäre eine irdisch produzierte Freigabe von Sündenböcken mit irdischen Folgen der Diffamierung und Repression gegenüber in dieser Hinsicht 'bewährten' Minderheiten gewesen. In ihrem direkten Einflußbereich als Arbeitgeber trägt die römisch-katholische Kirche mit den ihr angeschlossenen Institutionen die Fürsorgepflicht für ca. eine halbe Million abhängig Beschäftigter. Außerdem unterliegen über 20 Prozent der Krankenhäuser direkt oder über die Caritas der Legislatur dieser Institution.

28. An der Entwicklung von Mitteln der HIV-Diagnose, -Immunisierung und -Therapie arbeiten derzeit mindestens folgende Firmen:
Abbott, Merieux, Behring/Hoechst, Bayer, Hoffmann LaRoche, Wellcome, Dupont, Upjohn, Lederle, Rhône-Poulenc, Beecham, Organon, Searle, Litton, Diagnostic Pasteur, Genentech, Newport Pharmceutical International, Endotronics, Electro Nucleonics, ViraMed, Vit-Organ (letztere allein mit 11 offenbar als dubios eingeschätzten Präparaten, vgl. R. Seuffer 1986, BT S.183).
Über die Verflechtung durch Lizenzen und Kapitalbeteiligungen sowie über den unterschiedlichen Stand und die Seriosität der Entwicklungen liegen noch keine Forschungsergebnisse vor. Nachzugehen wäre auch hier der Frage, inwieweit sinnvolle Forschungsstrategien von Unternehmen durch die hochgradige und jeden Verfahrensschritt einbeziehende Dichte der Patentierungen behindert bzw. blockiert werden (vgl. V. Friedrich/A. Hehn/R. Rosenbrock 1977, S. 227 ff.).
Bezüglich der Anwendung des HIV-Antikörper-Tests wäre eine Untersuchung reizvoll, inwieweit die Existenz

verschiedener, miteinander konkurrierender Testersteller und -methoden die Frage der Sinnhaftigkeit des Tests bei medizinpolitischen Entscheidungsträgern (Staat, Kassen, Ärzteverbände) in den Hintergrund rückt.
Solange keine wirksame Immunisierung und Therapie gegen das Virus bzw. die Krankheit entwickelt ist, bietet AIDS auch einen Tummelplatz für ärztliche und nicht-ärztliche Scharlatanerie. Vgl. als Beispiel für viele Berichte: "Betrug an AIDS-Kranken", in: Ärzte Zeitung vom 25./26. Juli 1986: Für Behandlungskosten von durchschnittlich DM 20.000 "werden die groteskesten Dinge angeboten, die aber nicht helfen, sondern nur teuer sind". Beteiligt sind Angehörige von "verschiedenen Berufszweigen, von Masseuren über Tiermediziner, Heilpraktiker bis hin zu Ärzten" (vgl. auch S. Porn 1986; R. Seuffer 1986, BT, S. 183).
Für die forschenden Pharma-Unternehmen ist die AIDS-Forschung ein rationales Kalkül: "Sie müssen eines ganz klar sehen: Ein pharmazeutisches Unternehmen ist elementar darauf angewiesen, Produkte zu verkaufen. Für uns existieren nicht nur die AIDS-Patienten, denen geholfen werden soll, sondern auch viele andere hilfsbedürftige Patienten. Für uns existieren aber auch die Mitarbeiter in der Firma, deren Arbeitsplätze gesichert werden müssen. Deswegen müssen wir dort arbeiten, wo Erfolge möglich sind, denn vom Erlös leben wir nun mal." (J. Hilfenhaus/Behring Werke AG, in: Armutszeugnis, 1985, S. 116).

29. Die Kosten für einen Bluttest nach ELISA belaufen sich auf ca. DM 8,--, für den Test nach Western Blot auf ca. DM 75,--. Western Blot wird nur eingesetzt, wenn der Befund nach ELISA wiederholt positiv ist.
Niedergelassene Ärzte, die den Test abnehmen (und ihn gegebenenfalls durch ein Labor durchführen lassen), rechnen nach einer 'ähnlichen Gebührenposition' ab, die ihnen von der Krankenkasse mit ca. DM 30,-- vergütet wird (Ch. Kebbekus 1986, BT, S. 173). De facto wird dabei häufig die Bestimmung des § 181a RVO unterlaufen, nach der Früherkennungsuntersuchungen (a) nur nach Genehmigung durch Arbeits- und Gesundheitsministerium sowie Bundesrat als Kassenleistung zugelassen werden dürfen und wenn (b) "es sich um Krankheiten handelt, die wirksam behandelt werden können". Im Zweifel kann der testende Arzt die Blutuntersuchung jedoch als Maßnahme der Differential- und Ausschlußdiagnostik bezeichnen und abrechnen (Ch. Kebbekus, BT, S. 86). Öffentliche Institutionen, wie etwa das BGA in Berlin, nehmen den Test in 80 bis 90% der Fälle ohne Berechnung vor. Die Reaktion

eines ärztlichen Standesvertreters hierauf: "Es ist vielen berufspolitisch engagierten Ärzten nicht verständlich, daß sehr viele 'kostenlose' Antikörper-Tests von Medizinal-Untersuchungsämtern durchgeführt werden. Hier wäre zu fragen, ob nicht eine Partei, die den Grundsatz 'so viel Staat wie nötig, so wenig Staat wie möglich' vertritt, sich dazu durchringen sollte, solche Tests auch von niedergelassenen Ärzten oder Krankenhausärzten durchführen zu lassen." (R. Seuffer 1986, BT, S. 20).

30. Blutprodukte werden zum Ausschluß der Virushaltigkeit ein- bis dreimal mit ELISA geprüft. Die dadurch entstehenden Zusatzkosten verteuern z.B. beim Blutspendedienst des DRK für Schleswig-Holstein und Hamburg jede Blutkonserve um 7%, die Kosten steigen von DM 115,-- auf DM 123,-- (vgl. Beske et al. 1986).
Durch Wiederholungstests mit unterschiedlichen Fabrikaten und Methoden konnte die Sicherheit von Blutprodukten erheblich gesteigert werden. "Beim DRK-Blutspendedienst Hamburg/Schleswig-Holstein wird ein Risiko von einem 'falsch'-negativen Testergebnis auf 1.000.000 Blutspenden vermutet" (F. Beske et al. 1986, S. 55). Das Risiko der Infektion durch Blutprodukte kann demnach - wie alle Risiken - nicht mit letzter Sicherheit ausgeschlossen werden. Es liegt aber, wie I. Scharrer gezeigt hat (1985, S. 174), weit unterhalb der 'alltäglichen Risiken'.

31. Die sozial sehr heterogene Gruppe der Blutspender ist mit einiger Sicherheit nicht repräsentativ für die Gesamtbevölkerung. Hinsichtlich des Vorkommens von HIV-Antikörpern dürfte zumindest in den Phasen von AIDS-Hysterie eine Verzerrung um den Faktor 10 dann eintreten, wenn der Gang zur Blutspende als Möglichkeit angesehen wird, möglichst anonym Informationen über den eigenen Serostatus zu erhalten. Der Anteil seropositiver Blutspender in Berlin betrug z.B. von Januar bis Juli 1985 ca. 0,25%, sank bis August 1985 auf 0,08% und lag im Juni 1986 (mit sinkender Tendenz) bei 0,03% (K.O. Habermehl 1986).

32. Der unter Homosexuellen (in unbekanntem Ausmaß) verbreitete Mißbrauch des Herz-Kreislauf-Präparats Amylnitrit zur sexuellen Stimulierung ('Poppers') hatte 1984/85 einige Monate die Hitliste möglicher Ko-Faktoren der Infektion angeführt. Um ihn ist es völlig still geworden.

33. Erste Erfahrungen aus professionell psychotherapeutischer Betreuung von HIV-Antikörper-Positiven finden sich bei S. Becker (1986). Für die Autorin sind diese immerhin physisch durchweg gesunden Menschen umstandslos "Patienten", über deren "Betreuung" sie sich Gedanken macht (S. 247). Auf die ausschließlich iatrogene Herkunft ihrer Patienten geht die Autorin nicht ein. Im gleichen Band finden sich eindrucksvolle Beispiele für die Produktion der TestFolgen: U. Marcus und D. Telge (1986).

Die Bundesregierung hat im August 1986 drei Millionen Mark für ein neuartiges Programm der AIDS-Beratung bereitgestellt, das sich auf die psychosoziale Betreuung von HIV-Antikörper-Positiven konzentriert. "Es zielt auf Fragen im Zusammenhang mit dem AIDS-Test (sic!), bei Lebens- und Partnerkrisen aufgrund des Wissens um die erfolgte Infektion (sic!) und bei der Bewältigung von Ängsten vor der Krankheit." (FR vom 23.08.1986, S. 16).

34. Die Sicherheit von Blutspenden wird durch sequentiell angewendete Antikörper-Tests hergestellt. Antikörperpositive und fragliche Blutspenden werden vernichtet. Dazu ist weder die Mitwirkung noch die Benachrichtigung der Spender erforderlich. Durch Ausschluß der bekannt seropositiven Spender kann die Sicherheit der Blutprodukte faktisch nicht erhöht werden. Es besteht deshalb kein Grund, Blutspendern mit fraglichen oder positiven Testergebnissen diesen Befund mitzuteilen. Angesichts der erwiesen pathogenen Wirkung dieser Mitteilung müßte es selbstverständlich sein, solche Mitteilungen zu unterlassen. Tatsächlich geschieht z.B. beim DRK-Blutspendedienst Hamburg und Schleswig-Holstein g.G.m.b.H. folgendes: "Positive sowie grenzwertige Proben werden nochmals dem gleichen Testverfahren unterworfen, allerdings mit Reagenzien eines anderen Herstellers. Wenn beide Analysen positive Ergebnisse liefern, wird der Blutspender (!) aufgefordert, eine weitere Blutprobe, die ihm von seinem Hausarzt entnommen wird, zur erneuten zweimaligen Überprüfung mit Hilfe von ELISA dem Labor des Blutspendedienstes zu übersenden."

35. Im Falle des erwähnten Marker-Tests auf Chorea major-Disposition wurden die Dimensionen und Implikationen einer solchen Güterabwägung offen ausgesprochen und als ethisches Dilemma offengelassen (vgl. D.I.O. Craufurd/R. Harris 1986, S. 250). Dort liegt der Fall

aber insoweit 'einfacher', als es offenbar keine Verhaltensreaktion auf den Test gibt, durch welche die Gefahr des Ausbruchs der Krankheit direkt erhöht wird (kein 'Desperado-Effekt' mit hoher Übertragungs-/Infektions-/Erkrankungsgefährdung).

36. In der Vollzugsanstalt Stuttgart wurden zwischen März 1985 und Frühjahr 1986 ca. 1.800 Häftlinge (das ist ca. ein Drittel des jährlichen 'Durchgangs') "auf freiwilliger Basis" getestet. "Von den untersuchten heroinsüchtigen Frauen waren 50% positiv, während es bei den heroinabhängigen Männern 33 bis 37% waren. Bei Homosexuellen, Bisexuellen, Zuhältern und Prostituierten lag der Durchseuchungsgrad bei etwa 10%" (H. Bölter 1986, BT, S. 50). Unter dem Gesichtspunkt der AIDS-Prävention wäre es bei dieser relativ hohen Risikodichte und dem nicht zu verhindernden geschlechtlichen Verkehr unter Häftlingen rational (und potentiell lebensrettend), den Zugang zu Präservativen zu ermöglichen. Der Gegenstandpunkt hierzu läßt sich konsequent so formulieren, wie Th. Kraemer (1986) den Anstaltsgeistlichen einer Düsseldorfer Haftanstalt zitiert: "Das kleinere Übel ist die 'Lustseuche' AIDS, das größere ist das der Homosexualität". - Die Austrocknung des HIV-Übertragungsweges durch unsterile Spritzen könnte wohl nur durch wirksame und lebensnahe Formen der Drogentherapie gelingen. - Symptomlose HIV-Positive (getestet und ungetestet) stellen keinerlei Gefahr für die Sicherheit und Gesundheit des Personals und der Häftlinge dar. Medizinisch nicht haltbar und in seinen Konsequenzen inhuman ist ein "Maßnahmekatalog für den Alltag im Gefängnis", der davon ausgeht: "Sehr wichtig ist, daß die Häftlinge sowie die Bediensteten wissen, daß Blut und Körpersekrete allgemein (sic!) als infektiös betrachtet werden müssen und daß der unmittelbare Kontakt gemieden werden soll" (Hois-Vacek 1986, BT, S. 52.). Beim Auftreten von ARC- oder AIDS-Symptomen (und damit wohl zunehmender, aber im Alltag immer noch ungefährlicher Virus-Ausscheidung, vgl. oben 2.1) muß die Frage des Aufenthalts im Gefängnis nach anderen Kriterien entschieden werden: "Über die Haftfähigkeit entscheidet der Arzt. Ein Mensch mit einem fortgeschrittenen Lymphadenopathie-Syndrom bzw. mit AIDS ist meines Erachtens nicht haftfähig" (E.B. Helm 1986, in: SPD, S. 11).

37. Die Frage der Weitergabe von Testergebnissen, vor allem an "Kranken- und Lebensversicherungen, Arbeitgeber, Behörden" (E. Jovaisas et al. 1985, S. 1957;

vgl. auch: D. Miller et al. 1986, S. 942) ist in der Bundesrepublik weitgehend offen. "Dies hat die amerikanische Gesundheitsbehörde veranlaßt, den Blutspendezentralen Empfehlungen über den Umgang mit ELISA zu geben. Eine Übersetzung ist im Bundesgesundheitsblatt (Februar 1985) abgedruckt, darin wird u.a. den Blutspendezentralen nahegelegt, sich rechtzeitig juristische Schritte für den Fall zu überlegen (sic!), daß sie aufgefordert werden sollten, solche Befunde weiterzugeben" (E. Jovaisas et al. a.a.O.). Das Problem der Befund-Weitergabe ist sicher nicht auf den Umgang mit Blutspenden zu begrenzen, zumal diese relativ leicht zu anonymisieren wären (vgl. Anmerkung 34).
Erheblich schwieriger dürfte die strikte Unterlassung derartiger Tests bei betriebsärztlichen Einstellungsuntersuchungen durchzusetzen sein. Weil die sozialen Rahmenbedingungen dieser Untersuchungssituation regelmäßig Elemente von Nötigung enthalten können (vgl. R. Rosenbrock 1982), kann dabei sogar vielfach eine formale Freiwilligkeit 'erzielt' werden. Ob, unter welchen Umständen und mit welchen Konsequenzen der HIV-Antikörper-Test bereits Bestandteil betriebsärztlicher Einstellungsuntersuchungen in der Bundesrepublik ist (vgl. z.B. D. Telge 1986, S. 222), muß derzeit als ungeklärt, aber dringend klärungsbedürftig angesehen werden.
Zu den sozialrechtlichen Konsequenzen der Test-Durchführung und Befund-Weitergabe vgl. Anmerkungen 20 und 22.

38. Erinnert sei z.B. an die 1976 erstmals diagnostizierte 'Legionärskrankheit', die immer noch häufig tödlich endet.

39. Belle Glade in Florida weist in den USA mit 50 AIDS-Erkrankungen in den 15.000 Einwohnern die höchste Prävalenz an AIDS auf. Belle Glade gilt mit seinem hohen Slum-Anteil und seinen Problemgruppen nicht nur in bezug auf AIDS als Beispielfall für die Verschränkung zwischen sozialen und gesundheitlichen Problemen (vgl. J. Leavitt 1977). Weil in Belle Glade sowohl AIDS als auch African Swine Fever auftreten, hat sich die daran entzündete Diskussion relativ rasch auf die Frage der möglichen Verwandtschaft der Erreger für beide Krankheiten konzentriert (vgl. z.B. R. K. St. John 1983, Ärzte Zeitung vom 31.07.1986). Soziale und psychosoziale Faktoren, die bei den Bewohnern von Belle Glade möglicherweise vergleichbar wirksam sind wie bei Teilen der risikotragenden Gruppen an anderen Punkten des Globus, werden anscheinend nirgends untersucht.

40. Andere Gesellschaften haben zur Erreichung gesundheits- und gesellschaftspolitischer Ziele das Tabu der öffentlichen Thematisierung von Sexualität aktiv überwunden. Vgl. z.B. die Kampagne zur Familienplanung und Geburtenkontrolle in Thailand, wo der "Bann des Schweigens, der in der buddhistischen Gesellschaft über der Sexualität lag, mit modernen Werbe- und Management-Methoden" gebrochen wurde (Ch. Wichterich 1986).

41. Die zu AIDS veröffentlichten Statistiken erlauben nur selten einen Vergleich mit anderen bekannten Krankheiten. Die Dynamik der Verbreitung läßt sich aus den veröffentlichten Statistiken - wenn überhaupt - meist nur durch Rückrechnungen ermitteln. Seit Jahrzehnten werden Ausbreitung und Verlauf von Krankheiten anhand folgender Indikatoren statistisch dargestellt:

1. Wieviele neue Erkrankungen gibt es in einem Jahr? (Inzidenz der Krankheit)
2. Wieviele Kranke gibt es zu einem bestimmten Stichtag oder in einem bestimmten Zeitraum? (Prävalenz der Krankheit)
3. Wieviele Kranke sind im Verlaufe eines Jahres an der Krankheit gestorben? (Letalität)
4. Wieviele Gestorbene sind dies in bezug auf die Gesamtbevölkerung? (Mortalität)

Diese vier, aus guten Gründen getrennt erfaßten und dargestellten Indikatoren werden in den weltweit veröffentlichten AIDS-Statistiken zusammengerechnet (Neuerkrankungen, Kranke und Tote) und zudem über die Jahre hinweg kontinuierlich aufaddiert (kumuliert) (vorsichtige Kritik auch aus dem ärztlichen Lager: A. Habermehl 1986, S. 98 f.). Beiläufig hat sich im Falle AIDS auch die seit Jahrzehnten eingeführte Standardbezugsziffer von 100.000 Einwohner um eine Zehnerpotenz auf eine Million verschoben (vgl. G. Neumann 1986, S. 894 f.). Das Ergebnis ist - und wäre für jede andere Krankheit auch - irreführend und perhorreszierend (vgl. U. Clement 1986, S. 38 ff.). "Welch hohe Krebsmortalität würde sich ergeben, wenn man alle Sterbefälle der Jahre 1981 bis 1984 nur auf die Bevölkerung des Jahres 1984 beziehen wollte" (G. Neumann, ebd.). Bei AIDS werden auch noch die Kranken hinzuaddiert.

42. P. Kallings (Stockholm) berichtete am 24.06.1986 auf der International Conference on AIDS, Paris, daß in Schweden seit Einführung der Melde- und Testpflicht die Anzahl der Untersuchungen auf HIV-Antikörper massiv zurückgegangen sei. Insbesondere habe sich bei den Testergebnissen eine deutliche Verschiebung zwischen den risikotragenden Gruppen ergeben, die mit den Erkrankungen (Inzidenz und Prävalenz) nicht in Übereinstimmung zu bringen sei. So waren unter den bis dahin 51 AIDS-Kranken in Schweden 45 Homosexuelle (ca. 90%), unter den seit Einführung der Melde- und Testpflicht produzierten 1001 positiven HIV-Antikörper-Befunden stammten dagegen 'nur' 582 (58%) von Homosexuellen. Vor der Einführung von Test- und Meldepflicht waren dies 79%. Hingegen ist der Anteil der i.v. Drogenbenutzer unter den HIV-Antikörper-Positiven von ca. 15% vor der Testpflicht auf seither ca. 30% gestiegen.
Es wird angenommen, daß diese Verschiebung durch die sozial ungleich verteilten Möglichkeiten des 'Abtauchens' vor der Melde- und Testpflicht erklärt werden kann. Die gesundheitlich und gesundheitspolitisch negative Wirkung dieses Mechanismus liegt aber vor allem jenseits der Frage der Flächendeckung der HIV-Antikörper-Tests: Durch solche staatlichen Maßnahmen wird die offene und problemadäquate Kommunikation zwischen Betroffenen und Institutionen der öffentlichen Gesundheitspolitik nachhaltig belastet, das Klima für Prävention und Behandlung von AIDS wird ohne Not erheblich verschlechtert. Ein positiver Effekt der Melde- und Testpflicht ist dagegen nicht auszumachen (vgl. im übrigen: Abschnitt 3).

# Zitierte Literatur

Abholz, H.H. 1984: Risiko-Verminderung als präventives medizinisches Konzept, in: Krankheit und Ursachen, Argument-Sonderband AS 119, Berlin

ders. 1983: Das Konzept der Ganzheitlichkeit als Grundlage der Allgemeinmedizin, in: Ambulante Gesundheitsarbeit, Argument-Sonderband AS 102, S. 102 ff., Berlin

Abholz, H.H., D. Borgers, W. Karmaus, J. Korporal (Hg.) 1982: Risikofaktorenmedizin. Konzept und Kontroverse, Berlin/New York

Abholz, H.H. 1981: Überlegungen zur Tragfähigkeit medizinischer Konzepte bei der Behandlung volksgesundheitlich relevanter Erkrankungen, Vortragsserie des Ludwig-Boltzmann-Instituts für Medizinsoziologie, Nr. 2, Wien

Abholz, H.H., D. Borgers, K. Krusewitz 1981: Chronische Bronchitis - Von der medizinischen Intervention zur Umweltkontrolle, in: Prävention, Argument-Sonderband AS 64, Berlin

Abholz, H.H. 1980: Welche Bedeutung hat die Medizin für die Gesundheit? in: H.U. Deppe (Hg.) 1980

ders. 1977: Der Nutzen von Früherkennungsuntersuchungen des Lungen-, Brustdrüsen- und Gebärmutterhalskarzinoms sowie polyvalenter Screenings, in: Jahrbuch für kritische Medizin Band 2, Argument-Sonderband AS 17, S. 55 ff., Berlin

AIDS-Gruppe der Homosexuellen Arbeitsgruppe Zürich (HAZ) 1985: Mach'sch au mit? Aktion sicherer Sex, (März), Zürich

AIDS-Hilfe Schweiz 1986: Safer Sex, (April), Zürich

dies. 1986: The Hot Rubber Story - Produktinformation, (Januar), Zürich

Amendt, G. 1986: Jetzt ist alles Gras aufgefressen, in: H.L. Gremliza/V. Sigusch (Hg.) 1986

ders. 1983: Das Sex-Buch, Dortmund

Anderson, R.E., J. Chin, D. Francis 1986: AIDS Prevention in California; Poster 456; Int. Conf. on AIDS, Juni, Paris

Armutszeugnis 1985: Streitgespräch über die Dürftigkeit der deutschen Forschungsszene mit W. Stille, M. Steinbach, J. Hilfenhaus, G. Hunsmann, in: bild der wissenschaft Heft 12, S. 114 ff., Stuttgart

Badura, B. (Hg.) 1981: Soziale Unterstützung und chronische Krankheit. Zum Stand sozialepidemiologischer Forschung, Frankfurt/M.

Becker, S. 1986: Angst - Schuld - Krankheit, in: M. Frings (Hg.) 1986

Beske, F., R. Hanpft, J.G. Brecht 1986: Gesundheitsökonomische Aspekte zum erworbenen Immundefektsyndrom, I. Blutspendewesen, Kiel

Bonner Ignoranz 1986: Interview mit Ch. Brunswicker und G. Paul, in: Siegessäule Nr. 7, Berlin (W)

Borgers, D. 1981: Primärprävention von Volkskrankheiten. Biotechnischer Eingriff und soziale Prävention, in: Prävention, Argument-Sonderband AS 64, Berlin

Brodt, H.R., E.B. Helm, A. Werner, A. Joetten, L. Bergmann, A. Klüver, W. Stille 1986: Spontanverlauf der LAV/HTLV-III-Infektion, in: Deutsche Medizinische Wochenschrift, 111. Jg., Heft 31/32, S. 1175 ff., Stuttgart/New York

Brown, F. 1986: Human Immunodeficiency Virus, in: Science, Vol. 232, S. 1486, Washington D.C.

Brun-Vezinet, F., C. Rouzioux 1984: Etiologies virales du SIDA: faits et hypothese, in: Rev Fr Transfus Immunohematol, S. 445 ff.

Bschor, F. 1984: Permissive, repressive oder rehabilitative Strategien im Suchtgiftbereich, in: I. Eisenbach-Stangl/W. Stangl (Hg.): Grenzen der Behandlung - Soziale Kontrolle und Psychiatrie, S. 173 ff., Opladen

Bschor, F., H.-G. Schommer, J. Wessel 1984: Risiken und Perspektiven der Drogenabhängigkeit, in: Deutsche Medizinische Wochenschrift Nr. 28/29, S. 1101 ff., Stuttgart/New York

Bschor, F., J. Wessel 1983: Sterblichkeit Drogenabhängiger im internationalen Vergleich, in: Landesversicherungsmedizin Heft 4, S. 74 ff.

Bschor, F. 1981: Therapie Drogenabhängiger unter dem Aspekt berufsgerechten ärztlichen Handelns, in: Psychiatrische Praxis Heft 2, S. 47 ff., Stuttgart/New York

BT 1986: Deutscher Bundestag, 10. Wahlperiode, Ausschuß für Jugend, Familie und Gesundheit (13. Ausschuß), Stenographischer Bericht (unkorrigiert) der 76. Sitzung des Ausschusses am 19. März 1986, u.a. mit den zitierten Statements von: Ch. Kebbekus, N. Fain, Bienzle, H. Bilitewski, E.B. Helm, F.W. Kaufmann, Ansorg, R. Seuffer, P. Gauweiler, G. Hunsmann, H. Bölter, Frau Hois-Vacek, W. Heckmann, S. Borelli, Bonn

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 1985: AIDS-Information Nr. 2; Für alle, deren LAV/HTLV-III-Test positiv ausgefallen ist (September), Köln

Burke, D., W. Bernier, J. Voskovitch, R. Redfield, G. Jacobs, J. Spiker: Prevalence of HTLV-III Infections Among Prospective U.S. Military Recruits; Poster 676; Int. Conf. on AIDS, Juni, Paris

Burr, M.L., P.C. Elwood 1985: Reserach and Development of Health Services - Screening, in: W.W. Holland et al. (Eds.), S. 373 ff.

Bye, L.L., S.B. Puckett, J. Amory 1986: The Design and Evaluation of an Effective AIDS Risk Reduction Education Program: The San Francisco Model; Poster 475; Int. Conf. on AIDS, Juni, Paris

Calabrese, L.H., K.V. Gopalakrishna 1986: Transmission of HTLV-III Infection from Man to Woman to Man, in: New

England Journal of Medicine, Vol. 314, S. 987, Boston

CDC, Surveillance and Evaluation Branch, AIDS-Program 1986: HIV Seroprevalence in Defined Groups, United States, 1984 - 1986, o.O.

Chmiel, J., R. Detels, M. van Raden, R. Brockmeyer, L. Kingsley, R. Kaslow 1986: Prevention of LAV/HTLV-III Infection through Modification of Sexual Practices; Communication 117; Int. Conf. on AIDS, Juni, Paris

Chiodo, F., E. Ricchi, P. Costigliola, L. Michelacci, M.C. Re, D. Gotti 1986: Vertical transmission of LAV/HTLV-III; Poster 197; Int. Conf. on AIDS, Juni, Paris

Clement, U. 1986: Höhenrausch, in: H.L. Gremliza/V. Sigusch (Hg.) 1986

ders. 1986a: Zur Sozialpsychologie des "Safer Sex", in: M. Frings (Hg.) 1986

Craufurd, D.I.O., R. Harris 1986: Ethics of Predictive Testing for Huntington's Chorea: the Need for More Information, in: British Medical Journal, Vol. 293, S. 249 ff.

Dannecker, M. 1986: Offener Brief: Sehr geehrter Herr Augstein, in: H.L. Gremliza/V. Sigusch (Hg.) 1986

Dannecker, M., R. v. Praunheim 1986: Das finde ich kriminell, Streitgespräch, in: H.L. Gremliza/V. Sigusch (Hg.) 1986

Dannecker, M., R. Reiche 1974: Der gewöhnliche Homosexuelle, Frankfurt

Deinhardt, F., G. Maass, K.-O. Habermehl 1985: Weniger Blutspender sind HTLV-III-positiv, in: Deutsches Ärzteblatt, Heft 48, S. 3595

Deppe, H.U. (Hg.) 1980: Vernachlässigte Gesundheit, Köln

Der Bundesminister für Jugend, Familie und Gesundheit 1985: Was Sie über AIDS wissen sollten; Postwurfsendung an alle Haushaltungen, (Dezember), Bonn

Desmyter, J., P. Goubau, S. Chamaret, L. Montagnier 1986: Anti-LAV/HTLV-III in Kinshasa Mothers in 1970 and 1980; Communication 110; Int. Conf. on AIDS, Juni, Paris

Deutsche AIDS-Hilfe e.V. 1985: Mach' mit! Aktion Safer Sex, Berlin

dies. 1986: Vorbeugen: Safer Sex, Juli, Berlin

DGB 1986: Gesundheitspolitische Strukturkommission beim DGB-Bundesvorstand; Der solidarischen Gesundheitssicherung die Zukunft. Bürgernähe und Arbeitnehmerorientierung statt Anbieterdominanz, Ms., Düsseldorf (i.E.: Köln)

Dilley, J.W. 1986: Neuropsychiatric Complications of AIDS; Primary or Secondary Phenomena; Communication 202 : Int. Conf. on AIDS, Juni, Paris

Dörner, D. 1986: Ein Simulationsprogramm für die Ausbreitung von AIDS, Memorandum No. 40, Ms., Bamberg

Draper, E. 1965: Birth Control in the Modern World, The Role of the Individual in Population Control, London

Echenberg, D.F., G.W. Rutherford, W.W. Darrow, P.M. O'Malley, T. Bodecker, H.W. Jaffe 1986: The Incidence and Prevalence of LAV/HTLV-III Infection in the San Francisco City Clinic Cohort; Poster 673; Int. Conf. on AIDS, Juni, Paris

Eichenlaub, D. 1985: ZNS-Veränderngen bei AIDS, in: E.B. Helm, W. Stille (Hg.)

Ferber, Chr. v. 1971: Gesundheit und Gesellschaft. Haben wir eine Gesundheitspolitik? Stuttgart

Fettner, A.G. 1986: Sunburn, STDs, and Other possible Co-Factors in AIDS, in: New York Native, 16.6., New York

Fox, R., N. Odaka, B.F. Polk 1986: Effect of Learning HTLV-III/LAV Antobody Status on Subsequent Sexual Activity; Communication 115; Int. Conf. on AIDS, Juni, Paris

Franzen, Chr., M. Jertborn, G. Biberfeld 1986: Four generations of heterosexual transmission of LAV/HTLV-III in a small Swedish town; Poster 199; Int. Conf. on AIDS, Juni, Paris

Friczewski, F., W. Maschewsky, F. Naschold, P. Wotschack, W. Wotschack 1983: Herz-Kreislauf-Krankheiten und industrielle Arbeitsplätze. Forschungsbericht des WZB/IIVG-Arbeitspolitik für den BMFT, Berlin

Friedrich, V., A. Hehn, R. Rosenbrock 1977: Neunmal teurer als Gold - die Arzneimittelversorgung in der Bundesrepublik, Reinbek

Frings, M. (Hg.) 1986: Dimensionen einer Krankheit - AIDS, Reinbek

ders. 1986a: Safer Sex - sicher besser? in: M. Frings (Hg.) 1986

ders. 1986b: Wie AIDS gemacht wird, in: K. Pacharzina (Hg.) 1986

Gauweiler, P. 1986: Subkultur: Treibminen für die Verbreitung von AIDS? Interview in: Rosa Flieder Nr. 47, Nürnberg

Geißler, U. 1979: Verlust an Lebensjahren - durch vorzeitigen Tod - nach Krankheitsarten - 1952 und 1975, WIdO-Materialien 5, Bonn

Gluckman, J.-C. 1986: Keynote Address to the International Conference on AIDS, Juni 23-25, 1986, Paris, Ms.

Gremliza, H.L. 1986: Die Herren des Montagmorgengrauens, oder: Die Abwehrschwäche des Informationssystems Der Spiegel (A.I.D.S.), in: Konkret Heft 7, S. 28 f., Hamburg

Gremliza, H.L. 1986a: Schwule Geschichte, in: ders./V. Sigusch (Hg.), S. 6

Gremliza, H.L./V. Sigusch (Hg.) 1986: Operation AIDS, Konkret Sexualität 7, Hamburg

Griensven, G.J.P. van, R.A.P. Tielman, J. Goudsmit, J. van der Noordaa, F. de Wolf, R.A. Coutinho 1986: Prevalence of LAV/HTLV III antibodies in relation to lifestyle characteristics in homosexual men in the Netherlands; Communication 103; Int. Conf. on AIDS, Juni, Paris

Gold, J., A. Morlet, M. Anns, D. Cooper, R. Penny 1986: An Evaluation of the Multidisciplinary AIDS Screening Service in Sydney, Australia; Poster 686; Int. Conf. on AIDS, Juni, Paris

Guerrero, I.C., A. Koenigsfest 1986: AIDS in Prison - An Update of a Continuing Saga; Poster 703; Int. Conf. on AIDS, Juni, Paris

Gürtler, L., J. Eberle, B. Lorbeer, F. Deinhardt 1986: Sensitivity and Specificity of Different Commercially Available anti-LAV/HTLV III ELISA Screening Tests; Poster 43; Int. Conf. on AIDS, Juni, Paris

Habermehl, A. 1986: Mortalität - Letalität - Morbidität (Inzidenz-Prävalenz), in: Deutsches Ärzteblatt Heft 3, S. 98 f.

Habermehl, K.O. 1986: AIDS - Ätiologie und Diagnostik aus klinischer Sicht, Vortrag an der Akademie für ärztliche Fortbildung, 19. Juni, Berlin

Haeberle, E.J. 1986: Spass am Sex, Offizielles Handbuch für sicheren Sex, Sonderbeilage zu Penthouse, April

Harvey Milk Lesbian & Gay Democratic Club 1985: Can we talk?, San Francisco

Hatch, B. 1986: Ist AIDS ein Laborunfall? in: H.L. Gremliza/V. Sigusch (Hg.) 1986

ders. 1984: AIDS: Unfall, Zufall oder unzufällig? in: Wechselwirkung Heft 23, Berlin

Haug, W.F. 1972: Sexuelle Verschwörung des Spätkapitalismus? Zur Kritik von Reiche's 'Sexualität und Klassenkampf', in: ders.: Warenästhetik, Sexualität und Herrschaft, Frankfurt

Hauß, F. 1985: Krankheitverhütung durch Verhaltensbeeinflussung, WZB/IIVG/discussion paper 85 - 205, Berlin

Hauß, F., F. Naschold, R. Rosenbrock (wiss. Bearbeitung) 1981: Schichtenspezifische Versorgungsprobleme im Gesundheitswesen, Forschungsbericht 55 (Gesundheitsforschung), hrsg. v. BMAuS, Bonn

Hauß, F., F. Naschold, R. Rosenbrock 1981a: Schichtenspezifische Versorgungsprobleme und leistungssteuernde Strukturpolitik im Gesundheitswesen, in: dies (wiss. Bearb.) 1981

Helm, Th. van der, A. Becheringh, J. Huisman, R.A. Coutinho 1986: Experience with alternative site testing in Amsterdam and Rotterdam; Communication 114; Int. Conf. on AIDS, Juni, Paris

Helm, E.B., W. Stille (Hg.) 1985: AIDS. Acquired Immune Deficiency Syndrome, München, Bern, Wien

Helm, E.B. 1986: Verlaufsbeobachtung beim Lymphadenopathiesyndrom, Vortrag an der Akademie für ärztliche Fortbildung, 19. Juni, Berlin

Herzberg, R. 1986: Die AIDS-Infizierung als Straftat, Referat am 19.7.1986 im Institut für Sozialrecht der Ruhr-Universität Bochum auf der Tagung "AIDS - Rechtliche und medizinische Probleme in vergleichender Sicht"

Hickel, E. 1985: Gefahren der Genmanipulation, Schlußfolgerungen aus der Arbeit in der Enquete-Kommission des Bundestages, in: Blätter für deutsche und internationale Politik, 30. Jg., Heft 3, S. 340 ff., Köln

Hinz, St. 1984: AIDS - Die Lust an der Seuche, Reinbek

Hoevels, F.E. 1986: Tabuthema AIDS-Stop, Freiburg

Holland, W.W., R. Detels, G. Knox (Eds.) 1985: Oxford Textbook of Public Health, Oxford

HWG Prostituiertenselbsthilfe o.J. (1986): Informationen zu AIDS für Prostituierte, Frankfurt

Joseph, J.G., D.G. Ostrow, J. Phair, J. Chmiel, C. Wortman, R. Kessler 1986: Effect of Perceived Risk, HTLV-III Infection, and Clinical Status on Mental Health; Communication 204; Int. Conf. on AIDS, Juni, Paris

Jovaisas, E., U. Marcus, M. Koch 1985: AIDS: Konsequenzen des Nachweises von Antikörpern gegen LAV/HTLV-III, in: Deutsches Ärzteblatt, Heft 25/26, S. 1956 f.

Karmaus, W. 1985: Dreizehn Fehlerquellen epidemiologischer Studien, in: Umweltmedizin, Argument-Sonderband AS 125, S. 65 ff., Berlin

Kentler, H. 1986: AIDS zerstört Sexualität, in: K. Pacharzina (Hg.) 1986

Kern, K.D./W. Braun 1985: Einfluß wichtiger Todesursachen auf die Sterblichkeit und die Lebenserwartung, in: Wirtschaft und Statistik Heft 3, S. 233 ff.

Keupp, H. 1986: Das Ende der atomaren Gelassenheit. Zur psychischen Bewältigung des Nichtbewältigbaren, in: Dr. med. Mabuse Nr. 43, S. 23 ff., Frankfurt

Kingsley, L., C. Rinaldo, D. Ostrow, N. Odaka, B. Vischer, R. Solomon 1986: Risk Factors for Seroconversion to LAV/HTLV-III among Homosexual Men; Poster 193; Int. Conf. on AIDS, Juni, Paris

Köhler-Schmidt, B. 1986: Struktur und Wirksamkeit von Selbsthilfegruppen, WZB/IIVG dp 86-208, Berlin

Kraemer, Th. 1986: AIDS und Knast, in: Nummer, Nr. 23, Wiesbaden

Kubanek, B., K. Koerner 1986: Häufigkeit von HTLV-III-Antikörpern bei Blutspenden des Deutschen Roten Kreuzes, in: Deutsche Medizinische Wochenschrift, Nr. 13, S. 516, Stuttgart/New York

Kühn, H. 1982: Betriebliche Arbeitsschutzpolitik und Interessenvertretung der Beschäftigten, Frankfurt/New York

Labisch, A. 1985: Soziologische Grundlagenprobleme der primären Prävention und das Konzept der 'gemeinschaftlichen Gesundheitssicherung' der Weltgesundheitsorganisation, in: R. Rosenbrock/F. Hauß (Hg.)

ders. 1984: Die Wiederaneignung der Gesundheit - zur sozialen Funktion des Gesundheitsbegriffs, in: Wie

teuer ist uns die Gesundheit? Argument-Sonderband AS 113, Berlin

Landelijk Beleidskoördinatieteam AIDS 1986: Stop AIDS vrij veilig, (April), Amsterdam/Utrecht

Lautmann, R. 1984: Scheinfamilie, Zweckgebilde oder Liebesnest. Über homosexuelle Partnerschaften, in: Widersprüche Heft 13, Offenbach

Leavitt, J. 1977: White Town in Town, but an Outhouse for Blacks - Belle Glade, Forida, in: University of Detroit Journal of Urban Law, Vol. 54, S. 765 ff., Detroit

Lekatsas, A.M., J. Walker, R. O'Donnell, N. Garcia, P. Thomas, R. Stoneburner 1986: Identification of Risk in Persons with AIDS in New York City: When Is "No Risk" Without Risk?; Poster 674; Int. Conf. on AIDS, Juni, Paris

Lifson, A.R., K.G. Castro, J.P. Narkunas, A. Lekatsas, T.E. Ksell, R.S.Fox 1986: "No Identified Risk" Cases of Acquired Immunodeficiency Syndrome; Communication 41; Int. Conf. on AIDS, Juni, Paris

Loschelder, W. 1986: Gesundheitsrechtliche Aspekte des AIDS-Problems, Referat am 19.7.1986 im Institut für Sozialrecht der Ruhr-Universität Bochum auf der Tagung "AIDS - Rechtliche und medizinische Probleme in vergleichender Sicht"

Mackenthun, G. 1985: Katastrophen lassen sich gut verkaufen, in: Umweltmedizin, Argument-Sonderband AS 125, Berlin

Mappes, Norbert 1985: Position ICD 302.0 - Umfrage zum Umgang mit Homosexualität, in: Demokratisches Gesundheitswesen, Heft 11, S. 29, Köln

Marcus, U. 1986: "Ich muß Ihnen leider mitteilen ..." Aus der Sprechstunde des Bundesgesundheitsamtes, in: M. Frings (Hg.)

Martin, J.L. 1986: Sexual Behavior Patterns, Behavior Change, and Occurrence of Antibody to LAV/HTLV-III among New York City Gay Men; Communication 116; Int. Conf. on AIDS, Juni, Paris

Maschewsky, W. 1984: Sozialwissenschaftliche Ansätze der Krankheitserklärung, in: Krankheit und Ursachen, Argument-Sonderband AS 119, Berlin

Maschewsky, W., U. Schneider 1982: Soziale Ursachen des Herzinfarkts, Frankfurt/New York

McCray, E. 1986: Prospective Evaluation of Health Care Workers with Parenteral or Mucous-Membrane Exposure to Blood or Other Body Fluids from Patients with Acquired Immunodeficiency Syndrome, United States: An Update; Communication 177; Int. Conf. on AIDS, Juni, Paris

McKeown, Th. 1979/1982: The Role of Medicine - Dream, Mirage or Nemesis? Oxford. Deutsch: Frankfurt 1982

McKusick, L., J. Wiley, T. Coates, S. Morin, C. Conant et al. 1986: Reported changes in the Sexual Behavior of Men at Risk for AIDS, San Francisco, 1982-1985, Poster 238; Int. Conf. on AIDS, Juni, Paris

McWhirter, D.P., A.M. Mattison 1986: Männerpaare, Berlin
Miller, D., J. Green, D.J. Jeffries, A.J. Pinching, J.R.W. Harris 1986: HTLV-III: Should Testing Ever be Routine? in: British Medical Journal, Vol. 292, S. 941 f.
Müller, R. 1983: Prävention von arbeitsbedingten Erkrankungen? Zur Medikalisierung und Funktionalisierung des Arbeitsschutzes, in: M.M. Wambach (Hg.), S. 176 ff.
Naschold, F. (Hg.) 1985: Arbeit und Politik, Gesellschaftliche Regulierung der Arbeit und der sozialen Sicherung, Frankfurt/New York
Naschold, F. et al. 1978: Systemanalyse des Gesundheitswesens in Österreich, Projektleitung: F. Naschold, W. Schönbäck, 2 Bände, 2. Auflage, Wien
Naschold, F. 1967: Kassenärzte und Krankenversicherungsreform, Freiburg
Neumann, G. 1986: Zahlen über AIDS, in: Deutsches Ärzteblatt Heft 13, S. 894 f.
o.V. 1986: Traurige Bilanz, in: Der Spiegel, H. 33, S. 135 f., Hamburg
o.V. 1986: AIDS: "Es geht alles schön schnell", in: Der Spiegel, Heft 18, S. 208 ff., Hamburg
Osmond, D., A. Moss,T. Kelly, R. Stempel, J. Carlson, F. Barre-Sinoussi 1986: Risk factors for seropositivity in homosexual partners of AIDS cases; Communication 101; Int. Conf. on AIDS, Juni, Paris
Pacharzina, K. (Hg.) 1986: AIDS und unsere Angst, Reinbek
Paul, G., L. Walz 1986: Eine Stadt lebt mit AIDS, Hilfe und Selbsthilfe in San Francisco, Berlin
Pollak, M., M.-A. Schiltz, L. Laurindo 1986: Ambivalent Reactions to AIDS among French Male Homosexuals; Communication 118; Int. Conf. on AIDS, Juni, Paris
Porn, S. 1986: Ein Virus macht Kasse, Über Geschäftemacher, Hysteriker und Ideologen, in: M. Frings (Hg.) 1986
Praunheim, R. v. 1984: Gibt es Sex nach dem Tod?, in: Der Spiegel, Heft 48, S. 228, Hamburg
Redaktion 1986: AIDS - Offene Fragen und Probleme, Stellungnahme der Medizin-Redaktion der Zeitschrift DAS ARGUMENT, in: Jahrbuch für kritische Medizin Band 11, Argument-Sonderband AS 131, Berlin
Regus, M. 1983: Probleme psychosozialer Beratung der primärmedizinischen Versorgung - Zu einer Funktionsbestimmung ärztlicher Sozialarbeit, in: Ambulante Gesundheitsarbeit, Argument-Sonderband AS 102, S. 16 ff., Berlin
Reiche, R. 1968: Sexualität und Klassenkampf. Zur Abwehr repressiver Entsublimierung, Frankfurt
Renton, A.M., D. Goldmeier, D. Miller, H. George, J. Green 1986: Sexual Behavior Patterns in Homosexual Males from a STD Clinic Population 1985/86: A Comparison with Data from 1982; Poster 236; Int. Conf. on AIDS, Juni, Paris

Ripploh, F. 1984: Interview in St. Hinz (1984): "Ich kriege, was ich verdiene"
Roland, J. 1986: Paragraphen statt Behandlung. Zur rechtlichen Lage von "Ausscheidungsverdächtigen", Infizierten und Kranken, in: M. Frings (Hg.) 1986
Rosenbrock, R. 1986: Die Regulierung der Gesundheit, Ms., WZB, Berlin
ders. 1986a: Prinzipien und Ideologie der Gesundheitspolitik in der Bundesrepublik, in: Die Grünen im Bundestag (Hg.): Kritik des Gesundheitswesens und Grüne Alternativen, Bonn
Rosenbrock, R., F. Hauß (Hg.) 1985: Krankenkassen und Prävention, Berlin
Rosenbrock, R. 1985: Primärprävention durch GKV - dreizehn Thesen und Gegenthesen, in: Soziale Sicherheit, Sozialpolitische Monatszeitschrift der Gewerkschaften, 34. Jg., Heft 1, Köln
ders. 1985a: Prävention arbeitsbedingter Erkrankungen - ein Thema in einer Arena, in: F. Naschold (Hg.), S. 367-404
ders. 1985b: Sozialpolitik im internationalen Vergleich, in: Bildungsvereinigung Arbeit und Leben Niedersachsen (Hg.): Die Zukunft des Wohlfahrtsstaates, S. 20 ff., Hannover
ders. 1985c: Der Dialog muß jetzt praktisch geführt werden, Gedanken zum Gesundheitstag 1984 in Bremen, in: Soziale Sicherheit, Sozialpolitische Monatszeitschrift der Gewerkschaften, 34. Jg., Heft 4, S. 116 ff., Köln
ders. 1985d: Die Kolonialisierung des Sozialstaats, in: Soziale Sicherheit, Sozialpolitische Monatszeitschrift der Gewerkschaften, 34. Jg., Heft 11, S. 324 ff., Köln; teilweise vorabgedruckt als Essay unter dem Titel: Gesundheit - mehr Markt? in: Der Spiegel Nr. 42/1985, S. 288 f., Hamburg
Rosenbrock, R., H.H. Abholz 1984: Streß-Prävention durch Arbeitsschutz? in: Krankheit und Ursachen, Argument-Sonderband AS 119, Berlin
Rosenbrock, R. 1983: Selbsthilfe und Marktökonomie, in: Ambulante Gesundheitsarbeit, Argument-Sonderband AS 102, Berlin
ders. 1983a: Entstaatlichung, Entrechtlichung - die marktradikale Variante der Arzneimittelversorgung, in: Medizin - Mensch - Gesellschaft, 8. Jg., S. 287 ff., Stuttgart
ders. 1982: Arbeitsmediziner und Sicherheitsexperten im Betrieb, Frankfurt/New York
ders. 1980: Die Rolle der chemisch-pharmazeutischen Industrie im Gesundheitswesen, in: H.U. Deppe (Hg.)
Rühmann, F. 1986: Sichererer Sex, in: H.L. Gremliza/V. Sigusch (Hg.) 1986
ders. 1985: AIDS - Eine Krankheit und ihre Folgen, Frankfurt/New York, 2. Aufl.
Saltzman, B.R., G.H. Friedland, M.F. Rogers, P.A. Kahl, R.S. Klein, C. Feiner et al 1986: Lack of Household

Transmission of HTLV-III/LAV Infection; Communication 173; Int. Conf. on AIDS, Juni, Paris
Scharrer, I. 1985: Hämophilie, Bluttransfusionen und AIDS, in: E.B. Helm/W. Stille (Hg.)
Schilling, H.D. (Hg.) 1983: Schwule und Faschismus, Berlin
Schmacke, N. 1986: AIDS: Reale Gefahren und Hysterie. Ein Appell zu aufgeklärtem gesellschaftlichem Handeln, in: Jahrbuch für kritische Medizin Band 11, Argument-Sonderband AS 131, Berlin
ders. 1986a: Der Standort der Gesundheitsämter in der aktuellen gesundheitspolitischen Diskussion, Ms., Bremen (i.E.: Jahrbuch für kritische Medizin 12, Argument-Sonderband, Berlin)
Schmidt, F. 1984: Raucherentwöhnung, Reinbek
Schmidt, G. 1986: Das große Der Die Das, Über das Sexuelle, Herbstein
ders. 1986a: Moral und Volksgesundheit, in: H.L. Gremliza/V. Sigusch (Hg.) 1986
Schümann, B. 1986: Man bittet zum Tee. Die Hamburger Gesundheitsbehörde lud Hamburger Gastwirte zum Gespräch, in: Gay Express, 3. Jg., Nr. 8, S. 16, Hamburg
Schütz, H. 1986: Tuberkulose 1984, in: Wirtschaft und Statistik Heft 2, S. 132 ff.
Schwartz, F.W. 1982: Grenzen der Präventivmedizin, in: Niedersächsisches Ärzteblatt, Heft 19, S. 679 ff., Hannover
Seidl, O., F.D. Goebel 1986: Life in anxiety. Psychosomatic reactions following the knowledge of positive results of HTLV-III/LAV antibody test; Communication; Int. Conf. on AIDS, Juni, Paris
Selwyn, P.A., C.P. Cox, C. Feiner, C. Lipshutz, R.L. Cohen 1986: Knowledge about AIDS and High-Risk Behavior Among Intravenous drug Abusers in New York City; Communication 72; Int. Conf. on AIDS, Juni, Paris
Seux, D. 1986: A Survey of Psycho-Social Trends Concerning the Treatment of AIDS. Is there a need for social psychiatry?; Communication 60; Int. Conf. on AIDS, Juni, Paris
Siegel, K., P.B. Grodsky, D. Friedman, L.J. Bauman, G.H. Christ, S. Bohrer 1986: Trends in Sexual Practices Among Homosexual Men in New York City; Poster 237; Int. Conf. on AIDS, Juni, Paris
Sigusch, V. 1986: AIDS für alle, alle für AIDS, in: H.L. Gremliza/V. Sigusch (Hg.) 1986
Silverstein, Ch., E. White 1984: Die Freuden der Schwulen, Berlin
Simitis, Sp. 1986: Gesundheitsrechtliche Aspekte der Bekämpfung von AIDS, in: AIDS-Forschung Heft 4, S. 210 ff., München
SPD 1986: AIDS. Zwischen Angst und Verdrängung. Werkstattgespräch am 24. Februar, herausgegeben vom Vorstand der SPD, u.a. mit den zitierten Statements

von: V. Hauff, F. Deinhardt, G. Fülgraff, H. Brückner, E. Haeberle, E.B. Helm, Bonn

Standfest, E., Chr. von Ferber, A. Holler, G. Leminsky, F. Naschold, A. Schmidt, F. Tennstedt 1977: Sozialpolitik und Selbstverwaltung, WSI-Studie Nr. 35, Köln

Starlinger, P. 1985: Gefahren der Genmanipulation? Erwiderung auf einen Artikel von Erika Hickel, in: Blätter für deutsche und internationale Politik, 30. Jg., Heft 7, S. 883 ff., Köln

Steinbach, M. 1985: Wir werden keine Meldepflicht einführen, Interview in: Der Spiegel, Heft 39, S. 83, Hamburg

ders. 1984: Fünf Jahre in Quarantäne? Interview in: Der Spiegel, Heft 52, S. 28 ff., Hamburg

Stibbe, J., M. van der Ende, Ph. Rothbarth 1986: Heterosexual infectivity of LAV/HTLV-III as judged by antibody testing in spouses of seropositive hemophiliacs; Poster 188; Int. Conf. on AIDS, Juni, Paris

StJohn, R.K. 1983: AIDS and African Swine Fever, in: Lancet, S. 1335 (Vol. 1)

Telge, D. 1986: Ein Test und seine Folgen, in: M. Frings (Hg.) 1986

Tennstedt, F. 1976: Zur Ökonomisierung und Verrechtlichung in der Sozialpolitik, in: A. Murswieck (Hg.): Staatliche Politik im Sozialsektor, München

Tielman, R.A.P. 1986: Ethical aspects of AIDS; Poster 718; Int. Conf. on AIDS, Juni, Paris

Thiele, W. 1981: Schichtenspezifische Inanspruchnahme medizinischer Leistungen in der Bundesrepublik Deutschland, in: Hauß/Naschold/Rosenbrock (wiss. Bearb.), S. 133 ff.

Thiemeyer, Th. 1986: Gesundheitsleistungen. Steuerung durch Markt, Staat oder Verbände? in: Sozialer Fortschritt, 35. Jg., S. 97 ff., Bonn

Thoß, E. 1986: Pro Familia: Zwischen Abhängigkeit und Autonomie, in: B. Blanke/A. Evers/H. Wollmann (Hg.): Die Zweite Stadt, Leviathan Sonderheft 7, S. 333 ff., Opladen

Trojan, A. (Hg.) 1986: Wissen ist Macht. Eigenständig durch Selbsthilfe in Gruppen, Frankfurt

Tross, S., J. Holland, D. Hirsch, M. Schiffman, J. Gold, B. Safai et al. 1986: Psychological and Social Impact of AIDS Spectrum Disorders; Communication 63; Int. Conf. on AIDS, Juni, Paris

Wambach, M.M. (Hg.) 1983: Der Mensch als Risiko. Zur Logik von Prävention und Früherkennung, Frankfurt/M.

Weisman, H.J., M. Belmont, J. Mantell, H. Spivak 1986: Neurologic and Psychiatric Behavior Problems Associated with AIDS: A Study of Hospitalized Patients; Communication 205; Int. Conf. on AIDS, Juni, Paris

West, A.L., J. Blackfield Cohen, J.W. Dilley 1986: Fixed Belief of AIDS diagnosis in High Risk Persons with

Non-Specific Symptoms; Poster 705; Int. Conf. on AIDS, Juni, Paris

Westhoff, J. 1985: Zwischen Hysterie und Abwiegelei: Die ratlose Republik, in: bild der wissenschaft Heft 12, S. 88 ff., Stuttgart

Westphal, E. 1982: Der Arzneimittelmarkt, Köln

Wichterich, Ch. 1986: Familienplanung ist wie Soyasauce ..., in: die tageszeitung v. 21.8.1986, S. 8, Berlin

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

Wilson, J.M.G. 1966: Some Principles of Early Diagnosis and Detection, in: G. Teeling-Smith (Ed.): Surveillance and Early Diagnosis in General Practice, London (Office of Health Economics)

Wilson, M.B., W.A. Scott, M.K. Sumrall, P.W.A. Mansell, S.P. Timm 1986: Impact of an AIDS Risk Reduction Program in Houston (Texas, USA), 1982-1985 - Epidemiological, Educational, Psychosocial, and Public Relations Aspects; Poster 457; Int. Conf. on AIDS, Juni, Paris

Willoughby, B., M.T. Schechter, W.J. Boyko, B. Douglas, M. Maynard, K.J.P. Craib 1986: On the Oral Transmission of HTLV-III; Poster 465; Int. Conf. on AIDS, Juni, Paris

Windhoff-Héritier, A. 1985: Politik "für die Bedürftigsten und ehrlichen Armen" - Ziele und Folgen der Sparpolitik Reagans im Sozialsektor, in: Politische Vierteljahresschrift, 26. Jg., Heft 2, S. 107 ff., Opladen

dies. 1982: Selbsthilfeorganisationen - eine Lösung für die Sozialpolitik der mageren Jahre?, in: Soziale Welt, 33. Jg., Heft 1

Winkelstein, W., J. Wiley, W. Lang, R. Grant, M. Samuel, J.A. Levy 1986: Reduction in AIDS Virus Transmission: Seroconversion in San Francisco, 1982-1985; Communication 102; Int. Conf. on AIDS, Juni, Paris

Zuckerman, A.J. 1986: AIDS and Insects, in: British Medical Journal, Vol.292, S. 1094