

Rosenbrock, Rolf

**Research Report — Digitized Version**  
**Politik mit und gegen Aids**

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

*Suggested Citation:* Rosenbrock, Rolf (1988) : Politik mit und gegen Aids, Aids-Hilfe Schweiz (AHS), Zürich

This Version is available at:  
<https://hdl.handle.net/10419/112257>

**Standard-Nutzungsbedingungen:**

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

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

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

**Terms of use:**

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

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

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



## WZB-Open Access Digitalisate

## WZB-Open Access digital copies

---

Das nachfolgende Dokument wurde zum Zweck der kostenfreien Onlinebereitstellung digitalisiert am Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung gGmbH (WZB). Das WZB verfügt über die entsprechenden Nutzungsrechte. Sollten Sie sich durch die Onlineveröffentlichung des Dokuments wider Erwarten dennoch in Ihren Rechten verletzt sehen, kontaktieren Sie bitte das WZB postalisch oder per E-Mail:

Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung gGmbH  
Bibliothek und wissenschaftliche Information  
Reichpietschufer 50  
D-10785 Berlin  
E-Mail: [bibliothek@wzb.eu](mailto: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](mailto:bibliothek@wzb.eu)

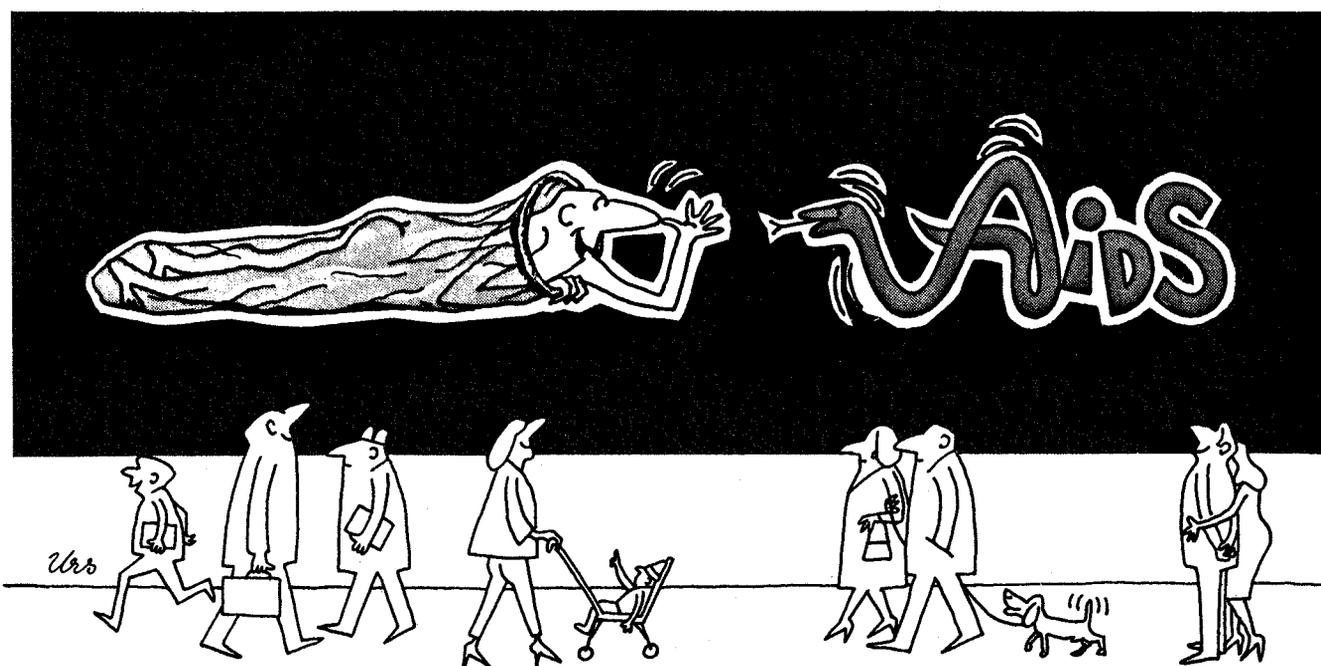
---

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  
Wissenschaftszentrum Berlin  
für Sozialforschung

# Politik mit und gegen Aids



**A+** AIDS-HILFE SCHWEIZ  
AIDE SUISSE CONTRE LE SIDA  
AIUTO AIDS SVIZZERO

Herausgegeben von:  
AHS – Aids-Hilfe Schweiz, Postfach 1054, 8039 Zürich, PC 80-23678-6

April 1988



Rolf Rosenbrock  
Wissenschaftszentrum Berlin  
für Sozialforschung

Der vorliegende Aufsatz, die Kürzungen sind vom Verfasser autorisiert, enthält wesentliche Ergebnisse aus dem Buch: Rolf Rosenbrock, AIDS kann schneller besiegt werden - Gesundheitspolitik am Beispiel einer Infektionskrankheit, VSA-Verlag Hamburg 1986, 3. durchgesehene Auflage 1987. Dort ist auch die zugrundeliegende Literatur verzeichnet. Zur Gestaltung und Evaluation der Aids Prävention vgl.: Rolf Rosenbrock, Soziale, medizinische und sozialwissenschaftliche Voraussetzungen der Prävention und Bekämpfung von Aids, Berlin 1987, kann kostenlos beim Wissenschaftszentrum Berlin, Griegstr. 5-7, 1000 Berlin 33, angefordert werden. Dr. Rolf Rosenbrock, geb. 1945, Sozialwissenschaftler und Gesundheitsforscher am Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, Mitglied der Enquete-Kommission "Gefahren von Aids und wirksame Wege zu ihrer Eindämmung" des Deutschen Bundestages.

Herausgegeben von  
AHS, Aids-Hilfe Schweiz  
Postfach 1054, 8039 Zürich  
PC 80-23678-6  
April 1988  
(C)

## Politik mit und gegen Aids

### I. Die soziale Gestalt der Krankheit

Aids ist nicht nur eine ernsthafte Herausforderung für die Gesundheitspolitik. Betroffen sind vielmehr auch die Sozial-, Forschungs- und Rechts-politik sowie all jene Bereiche, die ordnende Gesellschaftspolitik zum Gegenstand haben. Das zentrale Problem der Aids-Politik besteht darin, Aids primär als Problem der Gesundheitspolitik zu betrachten und zu be-handeln, ohne die Synergismen und Interferenzen mit anderen Politikbe-reichen aus dem Auge zu verlieren.

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

- Zu den individuell und gesellschaftlich nicht beherrschten Risiken und Gefahren für Leben und Gesundheit ist mit Aids eine weitere hinzuge-treten.
- Die Mehrzahl der Krankheiten, für die die naturwissenschaftliche fun-dierte Individualmedizin keine Heilung bieten kann, hat sich mit Aids um eine weitere Krankheit vermehrt.
- Die ungelösten Probleme und Fehlsteuerungen unserer Gesundheitspolitik zeigen sich auch am Umgang mit Aids und werden dort zum Teil besonders deutlich.
- Zu den gesellschaftspolitischen Sprengsätzen, die die Grundfesten des Zivilisationsstandes erschüttern können, ist ein weiterer hinzugetre-ten.

Die Bedeutung und die Gefahren, die in Aids liegen, werden deutlich, wenn Aids im Zusammenwirken der medizinischen, psychologischen, sozialpsycho-logischen und politischen Faktoren gesehen wird. Im wesentlichen geht es dabei um 10 Dimensionen, von denen neun geeignet sind, Erschrecken her-vorzurufen und nur eine, die allerdings entscheidende Ansatzpunkte für einen rationalen Umgang eröffnet.

1. Aids ist eine Krankheit in brisanter sozialpsychologischer Einbet-tung: Die zuerst sichtbar gewordenen Betroffenenengruppen sind Schwule, Fixer und Nutten, Gruppen, die aus unterschiedlichen Gründen und in un-terschiedlichem Ausmass prekäre gesellschaftliche Randlagen einnehmen. Irrationale Schuldzuweisungen liegen in der Luft. Sie lassen sich ver-stärken, wenn diesen 'Schuldigen', die 'unschuldigen' Bluter, Transfu-sionsempfänger und 'Aids-Babies' gegenüber gestellt werden, die 'nichts dafür' können.

2. Sämtliche relevanten Übertragungswege für die Krankheit liegen im Tabu- und Schambereich (nicht-monogamer) Sexualität sowie im Illegali-tätsbereich intravenös aufgenommener Drogen.

3. Aids ist eine neue Krankheit: Bis 1982 gab es in der Bundesrepublik einen Fall, 1982 waren es zehn Fälle, Ende 1986 überschritt die kumulierte Fall-Anzahl die Tausendergrenze, über 500 der Patienten waren bereits verstorben. Neue Krankheiten - man erinnere sich an die 1976 auftauchende 'Legionärskrankheit' - erregen Schrecken.

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

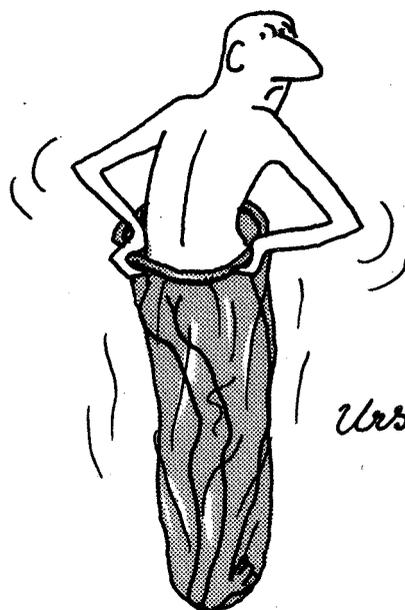
5. Aids ist eine **übertragbare Krankheit**. Das ist für eine Gesellschaft, die sich daran gewöhnt hat, dass 90% der Morbidität und Mortalität auf nicht-übertragbare chronische Verschleisserkrankungen zurückgehen, schwierig zu verdauen. Nicht zuletzt wird damit die Hypothese erschüttert, dass zumindest in den industrialisierten Ländern das Zeitalter der grossen übertragbaren Krankheiten (TBC, Pocken, Pest, Typhus, Syphilis etc.) durch Prävention und Medizin beendet sei.

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

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

8. Aids ist eine Krankheit mit **hoher Ungewissheit des Ausbruchs**: Wieviele Infizierte irgendwann an Aids oder einer seiner Vorformen (aids related complex = ARC) erkranken, ist derzeit nicht klärbar und deshalb Gegenstand zum Teil interessierter Spekulationen: Seriöse Schätzungen liegen heute etwa im Bereich zwischen 20 und 40%, diese Quoten können sich durch längere Beobachtungszeit sowohl nach oben als auch nach unten hin verschieben.

9. Aids ist eine regelmässig **tödliche Krankheit**: Auch unter dem Einfluss des lebensverlängernden Medikaments AZT ist 24 Monate nach dem Auftreten von Symptomen nur noch eine verschwindende Minderheit der Patienten am Leben.



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

10. Aids ist eine schwer übertragbare Krankheit: Das Virus wird nur wirksam übertragen, wenn eine ausreichend grosse Menge (derzeitige Schätzung: ca. 1 Mikroliter) hoch infizierter Körpersekrete (Blut oder Sperma) in die Blutbahn eines anderen Menschen gelangt. Dies kann wahrscheinlich sowohl durch 'einsickern' durch unverletzte Schleimhäute als auch durch direktes Einfliessen in (auch sehr kleine) Wunden (Direktinokulation) geschehen. Zwischen der Resorptionsfähigkeit der Mastdarmschleimhaut, der Vagina und der Mundraum-Schleimhäute bestehen Differenzen von mindestens mehreren Zehnerpotenzen, die durch Forschung geklärt werden müssten. Weltweit ist kein Fall der Übertragung durch Speichel, Tränen, Schweiss, Nasensekret, Talg, Ohrenschmalz, Schuppen, Urin oder Kot bekannt. Der soziale, auch enge Umgang mit infizierten und kranken Menschen ist übertragungssicher. Auch im Krankenhaus (vor allem Nadelstichverletzungen) ist z.B. das Hepatitis B-Virus offenbar mindestens 20 mal leichter zu übertragen. Mit anderen Worten: Es gibt kaum eine Krankheit, vor der man sich so leicht und so sicher schützen kann wie vor Aids.

Dieser entscheidende Gesichtspunkt geht vor dem Hintergrund der anderen, angststiftenden Faktoren immer wieder verloren. Sowohl in der öffentlichen als auch in der je individuellen Wahrnehmung gibt es deshalb sowohl Über- als auch Unterreaktionen: Die Gefahr lauert überall, man kann sich faktisch nicht schützen, das Virus ist übermächtig. Eine solche Reaktion führt zu Berührungsängsten, die auf gesellschaftlicher Ebene in Ausgrenzungswünsche umgemünzt werden können und auf individueller Ebene zur Aids-Hysterie führen.

Die aus Verdrängung und Verleugnung resultierende Unterreaktion tendiert zur Verharmlosung bis zu jenem Punkt, an dem Handlungsbedarf oder Notwendigkeit von Verhaltensänderungen generell bestritten werden. Beide Fehlreaktionen hängen sicher damit zusammen, dass die mit Aids berührten Assoziationsfelder niemanden kalt lassen können: Es geht um Sex, käuflichen Sex, es geht um Perversionen, Orgien, Sucht, Kriminalität und den Tod - in einem Thema. Archaische Topoi wie 'der Feind mit der Tarnkappe' oder die 'lebenden Leichen' sind mobilisierbar. Aids eignet sich vorzüglich als Projektionsschirm für individuell und gesellschaftlich ungelöste Probleme des Umgangs mit eigenen Ängsten, Lüsten sowie Selbst- und Fremdbestrafungswünschen. Es ist evident, dass es eine gesundheitspolitische Aufgabe darstellt, die mobilisierbare Restvernunft im Umgang mit und im Kampf gegen Aids vor allem durch De-Hysterisierung zu aktivieren.

## II. Prinzipien der Krankheitsbekämpfung

Bei dieser Sachlage erscheint es notwendig, an fünf banale Grundsätze der Krankheitsbekämpfung zu erinnern, deren Anwendung auf die Infektionskrankheit Aids sowohl die hysterischen Vorschläge und Massnahmen als auch Strategien der Verharmlosung gegenstandslos machen könnten.

1. Aids ist ein Gesundheitsproblem. Strategien und Massnahmen der Prävention und Bekämpfung von Aids haben sich auf die Verhütung der Krankheit zu konzentrieren. Zu beobachten ist demgegenüber, dass die Diskussion um Aids allenthalben mit Problemen bzw. Scheinproblemen belastet wird, die auch ohne Aids nicht lösbar waren. Die Belastung der Bekämpfung von Aids mit anderen Themen, vor allem aus dem Bereich der Sexual-, der Moral- und der Suchtpolitik, gefährdet jeden Erfolg. Konkret gesprochen: Gesundheitspolitik muss das gegebene Sexualverhalten der Bevölkerung sowie die Existenz von Süchten erst einmal hinnehmen und **auf dieser Basis** nach Strategien der Prävention suchen. Gesundheitspolitik verfügt nun einmal nicht über geeignete Instrumente, historisch gewachsene und gesellschaftlich bedingte Lebenslagen und daraus resultierende Lebensweisen und Lebensstile substantiell zu verändern. Wer Aids zum Vorwand nimmt, 'Minderheiten auszudünnen' oder die Pluralisierung der Lebens- und Lebensstile rückgängig zu machen, gefährdet nicht nur den Erfolg im Kampf gegen Aids, sondern produziert Massnahmen, mit denen im Effekt die Anzahl der Infektionen und damit der Kranken und Toten erhöht wird (kontraproduktive Gesundheitspolitik).

2. Bis auf die einzige Ausnahme der Pocken ist noch nie eine Infektionskrankheit vollständig ausgerottet worden. Strategien, die von vornherein auf die vollständige Eliminierung abzielen, verbauen sich den Zugang zu den Handlungsfeldern, auf denen tatsächlich die Anzahl der Opfer minimiert werden kann. Mit anderen Worten: Realistischerweise muss davon ausgegangen werden, dass an Aids noch viele tausend Menschen in der BRD sterben werden. Die Gesellschaft muss damit leben lernen und zugleich Strategien entfalten, die die Anzahl der Opfer so weit wie möglich senken. Dies ist eine Betrachtungsweise, die sich nicht mehr primär dem einzelnen und immer entsetzlichen Fall widmet, sondern die Epidemiologie im Blick hat. Aids ist unter den Krankheiten und Todesursachen der Bundesrepublik (mit 1000 Kranken und 500 Toten kumuliert innerhalb von 5 Jahren) völlig unbedeutend. Seine Bedrohlichkeit liegt in seiner potentiellen Dynamik.

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

Diesem Denken entspricht es auch, auf Aids ungeachtet der schwierigen Übertragbarkeit **und** Unheilbarkeit der Krankheit gegebenen Konstellationen die 'bewährten Mittel der Seuchenpolitik' in Stellung zu bringen. Obgleich die Wirksamkeit dieses Instrumentariums bei allen historischen Krankheiten bezweifelt werden kann, werden nach dem Motto 'das haben wir immer so gemacht' die grundrechtseinschränkende Paragraphen des Seuchenrechts immer wieder ins Spiel gebracht. Dabei wird meist unreflektiert gegen ein viertes Prinzip der Krankheitsbekämpfung verstossen.

4. Jede gesundheitsbezogene Massnahme hat sich damit auseinanderzusetzen, dass sie erwünschte und unerwünschte Wirkungen hervorruft. Nach den Regeln der Kunst darf ein Mittel oder eine Massnahme nur eingesetzt werden, wenn bei verständiger Würdigung des Gesamtzusammenhangs die erwünschten Wirkungen eindeutig überwiegen und die unerwünschten Wirkungen tolerabel sind. Praktisch bedeutet dies, dass jede Massnahme **vor ihrer Ingangsetzung** in ihren erwünschten und unerwünschten Wirkungen in Bezug auf die Aids-Prävention und in Bezug auf die anderen Politikfelder abgeschätzt werden muss. Diese Betrachtungsweise ist in der Bundesrepublik entschieden unterentwickelt, da bei uns Gesundheitspolitik traditionell aus dem individualmedizinischen Gesichtswinkel definiert und instrumentiert wird.

5. Es klingt banal, aber es muss gesagt werden: Vorbeugen ist besser als Heilen, erst recht, wenn Möglichkeiten der Heilung nicht zur Verfügung stehen. Auf Aids angewendet heisst dies, dass alle gesundheitspolitischen und medizinischen Massnahmen nicht zuletzt danach zu bewerten sind, ob sie die Prävention behindern oder stören. Das gilt nicht nur für demagogisch-populistische Massnahmen wie in Bayern, mit denen die Voraussetzungen für den notwendigen Lernprozess zerstört werden, sondern auch für den breiten und ungezielten Einsatz des HIV-Antikörper-Tests, der für die Prävention von Aids keinerlei Wert hat (vgl. dazu weiter unten).



## II. Aids-Politik am Scheidewege

Über die Grösse der Welle von Aidskranken und -toten, die auf uns zukommt, können derzeit seriöse Hochrechnungen oder gar Extrapolationen auf der Zeitachse nicht vorgenommen werden. alle diesbezüglichen Versuche leiden darunter, dass über acht entscheidende Parameter nur Schätzungen mit sehr grosser Bandbreite vorliegen:

- Über die Grösse und die soziale Zusammensetzung der risikotragenden Populationen gibt es nur Schätzungen: Es gibt in der BRD zwischen 1 Millionen und 2.5 Millionen immer oder häufiger homosexuell aktive Männer, es gibt 50.000 bis 100.000 Männer und Frauen, die i.v. Drogen benutzen und es gibt ca. 200.000 bis 400.000 (weibliche und männliche) Prostituierte. Die hetero- wie die homosexuelle Promiskuität ist ebenfalls weithin unerforscht: Ueber 90% der jungen Männer und Frauen haben im Alter von 20 Jahren ihre ersten sexuellen Erfahrungen hinter sich, über 50% derer, die in stabilen Zweierbeziehungen leben, verlassen zumindest gelegentlich die Monogamie, für relevante homo- und heterosexuelle Minderheiten ist die Promiskuität zu einem integralen Bestandteil ihrer Lebensweise geworden.
- Über Häufigkeit, soziale und regionale Verteilung von Risikoverhalten in all diesen Bevölkerungsgruppen ist recht wenig bekannt.
- Die erforderlichen Dosismengen und die Pforten des Virus' in die Blutbahn (der äussere Uebertragungsmechanismus) ist bei weitem noch nicht hinreichend erforscht. Die Gründe für die relative Seltenheit der heterosexuellen Übertragung über die Vagina sind unbekannt. Gesichert ist nur, dass es diesen Transmissionsweg gibt.
- Die Rolle möglicher Ko-Faktoren bei der körpereigenen Abwehr gegen das Virus unmittelbar nach dem Eindringen ist recht wenig bekannt.
- Generell wissen wir wenig über die Wahrscheinlichkeit, sich in Risikosituationen wirksam zu infizieren, die z.T. methodisch wenig durchschaubaren Schätzungen liegen bei Analverkehr zwischen 1:3 und 1:100, bei Vaginalverkehr zwischen 1:30 und 1:1000, bei Oralverkehr ist die Übertragung überhaupt fraglich.
- Über die unterschiedliche Dauer der Latenz sowie die physiologischen und psychosozialen Faktoren von denen die Dauer der Latenz abhängt, herrscht weitgehende Unklarheit.
- Über die Wahrscheinlichkeit des Ausbruchs der Krankheit nach Infektion sowie die Ko-Faktoren, von denen dies abhängen kann, gibt es lediglich mehr oder weniger begründete Spekulationen.
- Über die Wahrscheinlichkeit und erst recht den Zeitpunkt der massenhaften Einsatzbereitschaft wirksamer Impfstoffe und Therapeutika kann man ebenfalls nur spekulieren.
- Auch die gegebenen Daten voll entwickelter Aids-Fälle helfen nicht viel weiter: Zu den gemeldeten Fällen ist eine Dunkelziffer zwischen 20% und 100% hinzuzurechnen. Auf jeden manifesten Aids-Fall kommen - je nach Schätzung - 50 bis 100 latent Infizierte.

Aber auch diese Datenlage ist kein Grund zur Verzweiflung:

- Würden die vorhandenen epidemiologischen Beobachtungs- und Messpunkte der Krankheit einigermaßen sorgfältig ausgewertet, wären Trendausagen erheblich abgesicherter als die heute meist kolportierten. Mit den Blutspenden, den Aids-Fallmeldungen beim BfA, den sozialegidemiologisch fundierten Kohortenstudien auf freiwilliger Basis und der Berichtspflicht der Labors über HIV-Antikörperfunde verfügen wir über vier 'Messstellen', deren verständige und soziologisch angeleitete Auswertung einen erheblichen Zugewinn an Wissen verspricht.
- Unabhängig von der kommenden Fallzahl erzwingt die Abwesenheit medizinischer Interventionsmöglichkeiten die Konzentration auf die Frage der Optimierung der Prävention.

Bei allen Unterschieden hinsichtlich der politischen Motive und der Vorschläge zur Ausgestaltung stehen Strategien zur Bekämpfung infektiöser Krankheiten vor zwei Möglichkeiten. Die alternativen Strategien lassen sich unter je einer Leitfrage zusammenfassen.

Die klassische, aus dem Blickwinkel der Individualmedizin resultierende Leitfrage lautet: Wie identifizieren wir möglichst viele potentielle individuelle Infektionsquellen, und wie legen wir diese Infektionsquellen still?

Obgleich Strategien, die sich aus Antworten auf diese Leitfrage zusammensetzen, noch niemals in der Geschichte der Seuchenbekämpfung durchschlagende Erfolge hervorbringen konnten, gilt dies als die klassische Seuchenstrategie. Strategien dieses Typus' tendieren dazu, aus einem Gesundheitsproblem ein Polizeiproblem zu machen, sie gewichten die Selbstverantwortung und die Selbststeuerungsfähigkeit von Individuen und Gruppen relativ gering, und sie tendieren auch dazu, unerwünschte Wirkungen in anderen Lebensbereichen eher niedrig zu gewichten.

Die Leitfrage der zweiten Strategie dagegen lautet: Wie organisieren wir möglichst schnell, möglichst flächendeckend und möglichst zeitstabil den gesellschaftlichen Lernprozess, mit dem sich die Individuen und die Gesellschaft auf das Leben mit dem Virus einstellen und ein Maximum an präventivem Verhalten entwickeln kann? Strategien dieses Typus sind naturgemäss in ihren Methoden "weicher", sie verzichten auf Gesten des starken Staates, sie tendieren eher auf die Entwicklung von Selbststeuerungsfähigkeit und halten auch gesundheitliche Selbstverantwortung für eine entwickelbare Ressource.

**Angesichts von Aids sprechen sechs Gründe für eine moderne Seuchenbekämpfung und gegen die klassische Strategie:**

- 1) Die Übertragung des Aids-Virus ist sehr schwierig. Das gesamte soziale Leben ausserhalb der Risikosituationen ist 'Aids-sicher', im Gegensatz z.B. zu Tuberkulose oder Grippe.
- 2) Die Übertragungssituationen sind eng eingrenzbar, faktisch übertragungssichere Verhaltensweisen (Benutzung von Kondomen bei penetrierendem Geschlechtsverkehr ausserhalb strenger Monogamie und von sterilen Spritzbestecken bei Drogengebrauch) sind in (fast) jede bestehende Lebensweise 'einbaubar'.

- 3) Die Übertragungssituationen (nicht-monogamer Geschlechtsverkehr und i.v. Drogenbenutzung) sind derart verbreitet, dass die auf den Einzelfall zielenden Strategien mit dem gegebenen staatlichen Instrumentarium nicht zu realisieren sind. Zudem stellt sich die Frage des Zuschnitts und der Reichweite staatlicher Verantwortungs- und Aufgabenübernahme im Intimbereich bzw. in Bereichen, in denen massive staatlich-polizeiliche Intervention sich als weitgehend wirkungslos erwiesen hat (Drogen).
- 4) Aids bekommt man nicht, Aids holt man sich. Dieser Satz ist keine Legitimation für die sozialstaatlich indiskutable Stigmatisierung oder Ausgrenzung einer Krankengruppe, sondern bedeutet: Jede/r kann sich durch einfachen Schutz vor und in Risikosituationen faktisch Aids-sicher machen. Dass der Staat die 'Gesunden' vor den 'Infizierten' schützen müsse, erweist sich vor diesem Hintergrund als demagogische Formel.
- 5) Wir verfügen heute über ein ausgebauten und wissenschaftlich fundiertes Instrumentarium zur Beeinflussung und zur Messung von Verhalten.
- 6) Die zwangsweise "Stilllegung" von Infektionsquellen ist bei mutmasslich lebenslang gegebener Infektiosität ohne medizinische Beeinflussbarkeit mit gesellschaftlich inakzeptablen Konsequenzen verbunden.

Derzeit kann nicht davon gesprochen werden, dass die (gesundheits-)politischen Aktivitäten konsequent einer dieser beiden Leitfragen folgen: Weder fährt das Gesundheitsministerium unter Frau Süsmuth eine den Notwendigkeiten von Aids entsprechende Strategie der strukturgestützten und kontinuierlichen Verhaltensbeeinflussung, noch sind die krachledernen Gebärden der bayerischen Staatsregierung eine konsequente Anwendung der "klassischen" Strategie. Beide Strategien werden lediglich symbolisch bemüht, wobei allerdings den dabei gewählten Symbolen eine gewisse positive bzw. negative Wirksamkeit nicht abzusprechen ist. Auch die heikle Frage, ob und wie Elemente aus beiden Strategien miteinander gemischt werden können und damit die extrem prekäre Linie zwischen Aufklärung und Repression definiert werden könnte, stellt sich bislang nur theoretisch. Die bisherigen internationalen Erfahrungen im Umkreis dieser Frage lassen sich etwas zugespitzt auf die Formel reduzieren, dass jedes Mehr an Repression ein Weniger an Prävention bedeutet. Das hat seinen Grund neben der Tabu-, Scham- und Illegalitätsverknüpfung des Problems unter anderem darin, dass die heute stark überwiegenden Betroffenengruppen der homosexuellen Männer, der i.v. Drogenbenutzer und der Prostituierten aus nachvollziehbaren Gründen speziell in Deutschland kaum Gründe haben, allzu hohes Vertrauen in Massnahmen des Staates zu entwickeln, auch und gerade wenn diese unter der Fahne 'Schutz der Volksgesundheit' segeln.

Zur 'klassischen' Seuchenstrategie: Die im Mai 1987 in Kraft gesetzten bayerischen Massnahmen sehen die Zwangsüberwachung der offensichtlich unter dem Gesichtspunkt der leichtesten Ausgrenzbarkeit ausgewählten Gruppen der Prostituierten, der Fixer, der Strafgefangenen und - in beschränktem Umfang - der Ausländer vor. Diese Massnahmen entsprechen auf den ersten Blick einer Anwendung der "klassischen Seuchenstrategie", auf den zweiten Blick allerdings erweist sich schnell, dass diese Massnahmen kontraproduktiv sind.

**Im Mikrobereich** (d.h. im Bereich der nunmehr zur Aids-Verfolgung freigegebenen Gruppen) bedeutet die Verlagerung von Aids aus dem Gesundheits- in den Polizeibereich das Ende jeder vertrauensvollen Zusammenarbeit: Die Drogenberater in Bayern sind weithin arbeitslos geworden, die Prostitution verlagert sich in schwieriger zu durchschauende Gefilde, Streetworker in der Schwulen-Szene verlieren die Zugänge. Mit anderen Worten: Auf jede - unter Grundrechts-, Rechtsstaats- und Zivilisationsgesichtspunkten extrem bedenkliche - Stilllegung **einer** Infektionsquelle kommen vielleicht 30 bis 40 neu aufgerissene Quellen, die sich der Stilllegung durch Vermittlung von präventionsrelevantem Verhalten entziehen. Besonders absurd ist die Lage bei Strafgefangenen: Dort wird einerseits zwangsgetestet und bei positivem Befund eine Teilisolationshaft praktiziert, während andererseits alle tatsächlich möglichen Chancen der Prävention (Verteilung von Kondomen und Einwegspritzen) ungenutzt bleiben. Quantitativ mutmasslich verheerender sind die Wirkungen auf der **Makroebene**: Weil Aids zu einem Polizeiproblem geworden ist, ist vertrauensvolle Beratungstätigkeit nahezu auf allen Ebenen schwer gestört bzw. unmöglich geworden. Die entscheidende Voraussetzung gesamtgesellschaftlicher Prävention, nämlich ein Klima, dass **öffentlich vermitteltes Lernen in Tabubereichen** ermöglicht, ist in seiner Substanz getroffen worden. Ausserdem: Durch die symbolische Gebärde seines "Massnahmenkatalogs" tut der Staat so, als könne er jedem/r die Verantwortung für die individuelle Prävention vor Aids abnehmen. Das kann der Staat nicht, nicht einmal, wie angedeutet, in den nunmehr unter Kontrolle gestellten Gruppen.

Es ist nicht leicht einzuschätzen, welche Gründe die bayerische Staatsregierung zu diesem einmaligen Massnahmenkatalog getrieben haben: Möglicherweise ist dies nichts weiter als der Ausfluss eines, zumindest implizit, Moral und Sexualpolitik über Gesundheitsbelange priorisierenden Denkens von konservativen Individualmedizinern und Juristen oder halb reflektierter und plumper Demagogie. Aber auch eine weitere Interpretation ist denkbar: Dass nämlich angesichts der Widerstandspotentiale mit diesen Massnahmen zunächst ein noch eher vorsichtiger Fuss in die Tür in Richtung auf einen sich dann selbst dynamisierenden Aidsstaat gesetzt worden ist. Die (vorläufige?) Ausklammerung der homosexuellen Männer aus den Massnahmen deutet angesichts der Tatsache, dass deren Durchseuchungsgrad wesentlich höher liegt als der z.B. der Prostituierten, möglicherweise in diese Richtung. Tatsächlich finden sich vor allem in Bayern weiterreichende strategische Vorstellungen: Da ist z.B. von der Durchtestung der gesamten Bevölkerung im Abstand von wenigen Monaten bei Schliessung der Grenzen die Rede. Die ermittelten HIV-Positiven sollen dann einer "intensiven ärztlichen Beratung" zugeführt und im Falle ihrer "Uneinsichtigkeit" abgesondert werden. Nun haben Ärzte als Träger von Sexualberatung und Verhaltensbeeinflussung traditionell schlechtere Ergebnisse als andere Professionen vorzuweisen. Zudem würde eine solche Beratung Polizeifunktion haben müssen, was dem notwendigen Vertrauensverhältnis üblicherweise nicht gut tut.

Wichtiger aber ist: Angesichts der beschränkten Aussagefähigkeit und Treffsicherheit des HIV-Antikörper-Tests wäre auch mit solchen radikalen Strategien das Virus nicht zu eliminieren, ein Null-Risiko nicht zu erreichen. Auf der anderen Seite sind die gesellschaftlichen Implikationen beträchtlich: Das Durchtesten der **gesamten** Bevölkerung würde eine polizeiliche Erfassung der Wohnbevölkerung voraussetzen, für die keine ausreichenden Unterlagen zur Verfügung stehen. Der Versuch einer Zwangserfassung der gesamten Bevölkerung **nur** für den HIV-Antikörpertest würde ein gesellschaftliches Konfliktpotential auslösen, zu dessen Bewältigung dann tatsächlich nur ein erheblich "stärkerer Staat" in der Lage wäre, dass bei mutmasslich ca. 60 000 bis 100 000 aufzufindenden HIV-Positiven durch die Mitteilung des positiven Testergebnisses 30 000 bis 50 000 psychiatrisch behandlungsbedürftige Fälle produziert würden, ist ein Gesichtspunkt, der in solchen Überlegungen für nicht erwähnenswert gehalten wird. Selbst wenn - hochgegriffen - mit einer solchen radikalen Strategie ca. 90% der Neuinfektionen verhindert werden könnten, stellt sich doch ganz grundsätzlich die Sinnfrage: Der gleiche Effekt ist - das zeigen die mittlerweile langjährigen Beobachtungen des Erfolges von konsequenter und strukturgestützter Aufklärungsarbeit - auch ohne Polizei, Sexüberwachung, Lager etc. zu erreichen. Unter gesundheitspolitischem Gesichtswinkel lohnt es sich deshalb nicht, über die Einzelheiten solcher Strategien zu debattieren: Nach den Entscheidungsregeln der Medizin und der Gesundheitspolitik ist im Zweifel **immer** jene Massnahme zu bevorzugen, die unter Effektivitätsgesichtspunkten ungefähr die gleichen **erwünschten** Wirkungen erzielt, dafür aber weniger **unerwünschte** Wirkungen mit sich bringt.

Zur modernen Seuchenpolitik: Eine moderne Seuchenstrategie im Kampf gegen Aids widmet sich der Optimierung des gesellschaftlichen und je individuellen Lernprozesses. Auszugehen ist davon, dass bei konsequenter Benutzung von Kondomen bei penetrierendem Geschlechtsverkehr ausserhalb strenger Monogamie und von sterilen Spritzbestecken die Anzahl der HIV-Neuinfektionen um über 99% zurückginge.

Jedes auf Prävention durch Aufklärung und strukturgestützte Verhaltensbeeinflussung gegründete Konzept muss vier Fragen beantworten.

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



Gemessen an diesen Fragen sind die Aktivitäten der Bundesregierung (ungezielte, unkoordinierte und nicht in eine kontinuierliche Kampagne eingebettete Streubotschaften durch Postwurfsendungen, Faltsblätter, Rundfunk- und Fernsehspots und Zeitungsanzeigen) unzureichend, unprofessionell und verklemt unklar in der Aussage. Europäische Nachbarländer, an ihrer Spitze die Schweiz und die Niederlande, aber auch Grossbritannien und Frankreich haben die BRD hier in kurzer Zeit mit professionellen Kampagnen längst überholt. Hinsichtlich der zielgruppen- und szenenspezifischen Aufklärung leisten die über 40 regionalen Aids-Hilfen Vorbildliches: Durchweg hervorgegangen aus der Betroffenenengruppe der homosexuellen Männer haben sie sich mehrheitlich inzwischen auch in andere Problembereiche hineinentwickelt und kooperieren mit Pro Familia-Gruppen, Gesundheitsämtern, Drogenberatungsstellen, kirchlichen Einrichtungen, etc.. Ihnen fehlt es vor allem an staatlicher Freiraumgewährung, Finanzierung und institutioneller Unterstützung.

Eine dem Problem Aids entsprechende Präventionsstrategie bedarf sozialwissenschaftlicher Fundierung, gefragt sind Kenntnisse aus der Sexualwissenschaft, aus den Kommunikationswissenschaften, aus der soziologischen Lebenslage- und Lebensweise-Forschung. Aufgenommen und ausgewertet werden müssen Erfahrungen sowohl aus erfolgreichen Bemühungen zur Verhaltensänderung (z.B. persönliche Hygiene im Umgang mit den alten Infektionskrankheiten, Gurtpflicht beim Autofahren, Benutzung von Antikonzeptiva) als auch aus erfolglosen Anstrengungen, das Verhalten der Bevölkerung in Richtung auf grössere Gesundheitsgerechtigkeit hin zu beeinflussen (Rauchen, Alkohol, Bewegungsarmut, Stress etc.).

Aids-Prävention muss sich im Sinne der Strategien der Risikominimierung und der Schadensbegrenzung auf die Hauptrisiken konzentrieren und beschränken. Durch ein abgewogenes Verhältnis zwischen zentralen Streubotschaften und dezentralen zielgruppen- und szenenspezifischen Aktivitäten, durch eine aufeinander abgestimmte Benutzung aller zur Verfügung stehenden Medien, durch Schaffung auch der praktischen Voraussetzungen der Prävention ist ein Lernprozess zu organisieren, bei dem die Stärkung der Selbststeuerung hohe Priorität genießt. Überkommene Vorstellungen der Arbeitsteilung zwischen Staat, Medizinsystem und der Kompetenz der Betroffenen müssen aufgebrochen werden: Vor allem die Kompetenz aus den risikotragenden Gruppen bedarf einer deutlichen Aufwertung.

Aids-Prävention kann nur erfolgreich sein, wenn die Präventionsbotschaft als **kontinuierliche Bringschuld der Gesundheitspolitik** begriffen wird. Lebensstile, Lebenslagen, sexuelle und andere Ausdrucksformen der Zielgruppen der Aids-Prävention müssen positiv akzeptiert werden. Die Botschaften sind so zu gestalten, dass der prekäre Prozess von der Informationsvermittlung über die Beeinflussung der Einstellung auch tatsächlich bis hin zur Veränderung des Verhaltens reicht.

Die Voraussetzungen dafür sind umso besser, je leichter die geforderte Verhaltensänderung in die jeweilige Lebensweise einbaubar ist und je klarer und eindeutiger die Präventionsbotschaft ist. Die WHO fasst dies in der weltweit erfahrungsgesättigten Formel zusammen: **Make the healthy way the easy choice**. Zudem muss die Präventionsbotschaft missverständnisfrei und 'unverrauscht' einfach formuliert sein.

Für den **HIV-Antikörper-Test** gibt es eine Reihe zwingender **medizinischer Indikationen** (Sicherung von Blutprodukten und Transplantaten, Differential- und Ausschlussdiagnose, Beratung von Schwangeren aus risikotragenden Gruppen, seriöse epidemiologische Forschung auf der Basis von 'informed consent'). Eine medizinische Indikation für eine **Früherkennungsuntersuchung** auf nichtbehandelbare Krankheiten existiert nach den Regeln der ärztlichen Kunst nicht. Schon gar nicht, wenn die Wahrscheinlichkeit und der Zeitpunkt des Ausbruchs der Krankheit derart ungewiss sind wie bei Aids und auch durch persönliches Verhalten nicht spezifisch beeinflusst werden können. Ein **ungezieltes Massenscreening** auf nicht behandelbare und in ihrem Ausbruch derart ungewisse Krankheiten wie Aids widerspricht zudem epidemiologischen Grundregeln, wie sie u.a. mehrfach von der WHO verabschiedet oder im weltweit anerkannten Oxford Textbook of Public Health niedergelegt sind. Auf der anderen Seite werden durch die Mitteilung eines positiven Testergebnisses bei bis zu 50% der Betroffenen schwere psychische Störungen bis hin zur Psychose und zum Suizid ausgelöst. Diese 'unerwünschten Wirkungen' schliessen den breiten und undifferenzierten Testansatz angesichts des Fehlens einer medizinischen Indikation ebenfalls aus.

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

a) Es ist weder plausibel noch deuten die vorliegenden empirischen Studien darauf hin, dass mit dem Test wirksamere Impulse zur Verhaltensänderung gesetzt werden als mit den Mitteln der kontinuierlichen und kontextspezifischen Aufklärung über die Risikosituation. Schock und Todesangst sind durchweg kein besonders geeignetes Mittel zur Inangangsetzung **langfristig wirksamer** rationaler Verhaltenssteuerung.

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

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

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

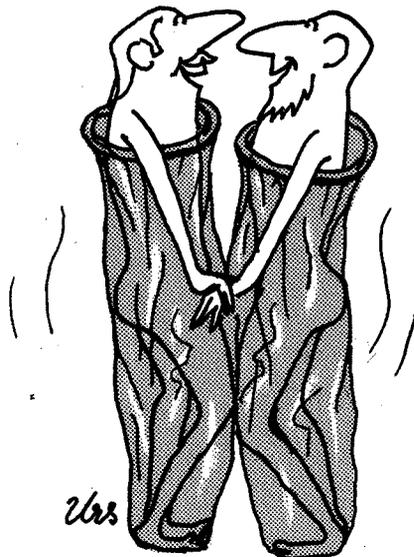
e) Mit dem HIV-Antikörper-Test ist die Diskussion über Meldepflicht, Zwangstestungen, Berufsverbote, über arbeits-, sozial-, miet- und strafrechtliche Fragen verbunden. Dies alles wirkt dem Grundgedanken der Prävention entgegen und bringt keinen gesundheitlichen Nutzen.

Die fachlich-sachliche Debatte über Wert und Unwert des HIV-Antikörper-Tests leidet darunter, dass er auf doppelte Weise zum Symbol geworden ist: Für die Individualmedizin ist er die derzeit einzig vorzeigbare 'Intervention', für den Staat ist der Test zum Symbol der Kontrolle über die Krankheit geworden. Wer in der Bundesrepublik z.B. die in den Niederlanden entwickelte und so bezeichnete 'Test-Entmutigungs-Politik' propagiert, wird sofort als 'Verharmloser' diffamiert.

**Nota bene:** Dies ist auch ausserhalb der medizinischen Indikationen keine zwingende Absage an den HIV-Antikörper-Test: Wer nach sorgfältiger Beratung und Selbstprüfung individuelle Gewissheit für sich haben möchte, dem/der mag der Test ebenso helfen wie der wachsenden Anzahl von Aids-Hysterikern. Aber dies sind diffizile individuelle Psycho- und/oder Sicherheits-Strategien. Mit Prävention haben sie nichts zu tun: Die Gefahr, an Aids zu erkranken, entsteht dann, wenn man sich auf Risikosituationen ohne Schutz einlässt. Der Test ändert hieran nichts.

Präventionskampagnen, die den hier skizzierten Erfordernissen genügen, bedürfen infektiologischer, sexualwissenschaftlicher und sozialwissenschaftlicher Fundierung. Da die erforderlichen Wissensbestände gegenwärtig nur zum Teil verfügbar sind, mit der Inangsetzung solcher Kampagnen aber nicht gewartet werden kann, bietet sich ein auf vielen anderen Gebieten bewährtes Verfahren an: Man beginnt die Kampagne auf Basis der verfügbaren Wissensbestände und unter Zugrundelegung eines realistischen Risikokonzepts. Gleichzeitig werden die offenen Forschungsfragen gezielt angegangen, und zugleich wird dafür gesorgt, dass die Ergebnisse der Präventionskampagne und der Forschungen ständig evaluiert und im Prozess miteinander verbunden werden.

Auch unvollkommene und zum Teil falsch angelegte Präventionskampagnen führen zu zeitstabilen Verhaltensänderungen in der jeweils angesprochenen Zielgruppe bei 70% und mehr. Es spricht konzeptionell und empirisch viel dafür, dass diese Quoten durch professionelle Gestaltung, stärkere Gewichtung der Kompetenz aus den Betroffenenengruppen, grosszügigere Ausstattung und Kontinuität gesteigert und stabilisiert werden könnten. Eine wesentliche Voraussetzung ihres Erfolges wäre freilich, dass öffentlich und undiskriminiert über Fragen und Einzelheiten von nicht-monogamer Sexualität und Homosexualität sowie über Probleme der Sucht in unserer Gesellschaft geredet werden müsste. Selbst wenn dies als 'unerwünschte Wirkung' erscheint, sollte dies im Lichte der repressiven und ineffektiven Alternativen bedenken.



## ANHANG

Aids-Hilfe Schweiz, Gerechtigkeitsgasse 14, 8002 Zürich  
Telefon: 01 / 201 70 33                      Telefax 01 / 201 70 42  
Bürozeiten: 8.00 - 12.00/13.30 - 18.00 Uhr, PC 80-23678-6

### REGIONALE BERATUNGSSTELLEN DER AIDS-HILFE SCHWEIZ

#### ANTENNES REGIONALES DE L'AIDE SUISSE CONTRE LE SIDA

- AARGAU**            Aids-Hilfe Aargau, Postfach, 5001 Aarau  
PC 50-8460-2
- BASEL**             Aids-Hilfe beider Basel, Claragraben 160, 4057 Basel  
Tel.No.: 061/32 21 22 und 061/32 73 92  
(ab 1. Juni 1988: 061/692 21 22 und 061/692 73 92)  
Bürozeiten: 09.00 - 17.00 Uhr, Mo - Fr  
PC 40-8275-9
- Doris Frank/Walter Hirz, Aids-Beratungsstelle, Kantonsspital  
Basel, Tel.No.: 061/25 41 61, Montag bis Freitag
- Beauftragter für Seelsorge und Information im Bereich Aids  
Ruedi Weber, Pfarrer, Claragraben 160, 4057 Basel  
Tel.No.: 061/25 80 45 oder 061/32 52 52  
(ab 1. Juni 1988: 061/692 52 52)
- BERN**              Aids-Hilfe Bern, Postfach 55, 3000 Bern 9  
Büro: Länggass-Strasse 65, Tel.No.: 031/24 70 76  
Beratungstel.No.: 031/24 70 77  
Mo + Do 15 - 18.30 Uhr, Di + Mi 18 - 20 Uhr, Sa 10 - 12 Uhr  
PC 30-10716-6
- BIEL/BIENNE**    ab 3. Mai 1988:  
Aids-Hilfe Biel/Aide SIDA Bienne, Gurnigelstrasse 34,  
2560 Biel-Nidau, Beratungstel.No.: 032/25 52 52 (deutsch)  
und 032/25 02 02 (français), Di + Mi 18 - 20 Uhr,  
Sa 10 - 12 Uhr  
Bankverbindung: Kantonalbank von Bern, 2501 Biel  
Kto.Nr. 423.268.755.68
- FRIBOURG**        Aide Fribourgeoise Contre le Sida/Aids-Hilfe Freiburg,  
Case postale 44, 1700 Fribourg 5  
PC 17-11186-2
- GENEVE**           Dialogai, 5, rue Rossi, 1201 Genève (Case Postale 237, 1211  
Genève 1)  
Tel.No.: 022/31 84 46, mardi 20-22h et mercredi 17-19h  
Local ouvert lundi, mardi, mercredi et jeudi dès 20h  
CCP 12-18945-1 - Banque: Société de Banque Suisse,  
compte No 108.038.2

- GENEVE** Groupe Sida Genève (GSG), 27, rue de l'Arquebuse,  
1204 Genève (Case postale 2443, 1211 Genève 2)  
Tel. 022/81 23 81, lundi, mercredi et vendredi 19.00-21.30 h  
Portes ouvertes (dialogue, échange) tous les mercredis soir  
19.00-21.30h  
Banque: Société de Banque Suisse, Genève,  
compte no. C3-108.117.0 340
- GRAUBUENDEN** Aids-Hilfe Graubünden, Postfach 2, 7002 Chur 2  
Tel. 081/39 31 41, Do 17 - 22 Uhr  
PC 70-4500-7
- LAUSANNE** Point Fixe, Rue Curtat 14, 1005 Lausanne,  
Tel.No.: 021/20 40 60
- LUZERN** Aids-Hilfe Luzern, Postfach 2004, 6002 Luzern  
Tel.No.: 041/51 68 48, Mo 19 - 21 Uhr, Mi 9.30 - 11.30 Uhr  
Do 15.30 - 17.30 Uhr und 19 - 21 Uhr  
Bankverbindung: Volksbank Willisau AG,  
Kto. 130.725.01.05
- ST.GALLEN** Aids-Hilfe St. Gallen, Postfach 2, 9004 St.Gallen  
Büro: Adlergasse 4, Tel.No.: 071/23 68 08,  
Di - Fr 09.00 - 12.30 Uhr  
Beratungstelefon: 071/23 38 68, Di + Do 19 - 21 Uhr  
PC 90-9886-6
- SOLOTHURN** Aids-Hilfe Solothurn, Postfach 155, 4502 Solothurn  
PC 45-6617-1
- Aids-Hilfe Region Olten, Postfach, 4603 Olten  
Tel.No.: 062/26 68 68, Di und Fr 18 - 21 Uhr  
PC 46-474-1
- TESSIN** Aiuto Aids Ticino, Casella Postale 79, 6900 Massagno  
Tel.No.: 091/54 94 94, martedì/giovedì ore 18 - 20.30  
Bankverbindung: Cornèr Banca SA, 6901 Lugano  
Kto.No. 210 876-01
- THURGAU/  
SCHAFFHAUSEN** Aids-Hilfe Thurgau/Schaffhausen, Postfach 355, 8501  
Frauenfeld, Tel.No.: 054/21 55 87, Mo - Fr 8 - 12 Uhr,  
Mo 19 - 22 Uhr, übrige Zeit: Telefonbeantworter  
PC 85-1518-3
- Beratungsstelle Schaffhausen: Schützengraben 17, 8200  
Schaffhausen, Tel.No.: 053/5 93 38 (ab 15.9.1988:  
053/25 93 38), Mo - Fr 8 - 12 Uhr  
Die Beratungsstelle ist zudem jeden Mittwoch- und  
Freitagnachmittag geöffnet.
- VALAIS** Antenne SIDA du Valais romand, Centre Contact de la  
L.V.T., rue des Tanneries 4, 1951 Sion (Case postale 550,  
1951 Sion)  
Tel.No.: 027/22 87 57, Di 18 - 22 Uhr

**ZUG** Aids-Hilfe Zug, Chamerstrasse 6, 6300 Zug  
Tel.No. 042/21 32 02 (Mo bis Fr 09.30 - 17 Uhr)  
PC 60-23701-3

**ZÜRICH** Zürcher Aids-Hilfe, Postfach 3374, 8031 Zürich  
Geschäftsstelle: Turbinenstrasse 10, 8005 Zürich  
Tel.No.: 01/44 39 44 (Bürozeiten: 10-13.00/14-17.00 Uhr)  
Beratungstelefon: 01/44 50 20, Mo - Fr 17-19.00 Uhr)  
PC 80-3388-5

Heiko Sobel, "Aids-Pfarrer", Plattenstrasse 10, Büro 405,  
8032 Zürich  
Tel.No.: 01/255 90 55 (G)  
01/241 49 27 (P)

**FUERSTENTUM LIECHTENSTEIN** Aids-Hilfe Liechtenstein, Postfach 207, FL-9494 Schaan,  
Tel.No.: 075/20 5 20, Mo 18-20.00 Uhr, Do 8-9.00 Uhr

**Medizinische Beratungsstellen:  
Information et consultation Sida:**

Basel-Stadt Information und Aids-Sprechstunde, Universitätsklinik,  
Tel.No.: 061/25 41 61

Bern Information und Aids-Sprechstunde, Inselspital  
Tel.No.: 031/64 22 81

Genève Information et consultation Sida, Hôpital Cantonal  
Tél.No.: 022/46 92 11 (interne 244-225)

Lausanne Information et consultation Sida. CHUV,  
Tél.No.: 021/41 41 41

Zürich Information und Aids-Sprechstunde, Universitätsspital  
Tel.No.: 01/255 23 06  
(anonymer Aids-Test: Montag + Mittwoch 17 - 18 Uhr  
ohne Voranmeldung)

Weitere Adressen auf Anfrage bei:  
Bundesamt für Gesundheitswesen  
Kantone  
Aids-Hilfen

Autres adresses sur demande à:  
Office fédéral de la santé publique  
cantons  
Antennes régionales de l'Aide Suisse contre le Sida