

Rosenbrock, Rolf

Article — Digitized Version

Strategien gegen Aids: gesundheitspolitische und sozialwissenschaftliche Perspektiven der Prävention und Krankenversorgung

Psychosozial: Zeitschrift für Analyse, Prävention und Therapie psychosozialer Konflikte und Krankheiten

Provided in Cooperation with:

WZB Berlin Social Science Center

Suggested Citation: Rosenbrock, Rolf (1991) : Strategien gegen Aids: gesundheitspolitische und sozialwissenschaftliche Perspektiven der Prävention und Krankenversorgung, Psychosozial: Zeitschrift für Analyse, Prävention und Therapie psychosozialer Konflikte und Krankheiten, ISSN 0171-3434, Psychosozial-Verlag, Gießen, Vol. 14, Iss. 4, pp. 23-32

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/122394>

Standard-Nutzungsbedingungen:

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

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

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

Terms of use:

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

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

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



WZB-Open Access Digitalisate

WZB-Open Access digital copies

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

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

Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung gGmbH

Bibliothek und wissenschaftliche Information

Reichpietschufer 50

D-10785 Berlin

E-Mail: bibliothek@wzb.eu

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

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

Berlin Social Science Center (WZB)

Library and Scientific Information

Reichpietschufer 50

D-10785 Berlin

e-mail: bibliothek@wzb.eu

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

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

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

Strategien gegen Aids

Gesundheitspolitische und sozialwissenschaftliche Perspektiven der Prävention und Krankenversorgung

Rolf Rosenbrock

Dimensionen gesellschaftlicher Betroffenheit

1. Aids verändert *alle* Gesellschaften und wird dies weiterhin tun,
 - in den Grundnormen ihres inneren und globalen Zusammenlebens (Wahrnehmung von und Umgang mit individuellen und gesellschaftlichen Risiken; Verhältnis von privaten und öffentlichen Angelegenheiten; Verhältnis zur Sexualität; Verhalten gegenüber Gefährdeten, Infizierten und Kranken; Gewicht von sozialer Prävention und kurativer Medizin für die Gesundheit; Bereitschaft zu internationaler Hilfe und globaler Zusammenarbeit);
 - in ihren Ressourcen und Institutionen. Die politischen Aufgaben und die materiellen Ausgaben im Zusammenhang mit Aids werden in den nächsten Jahren in jedem Falle ansteigen müssen. Aids konfrontiert ganze Regionen der Erde mit neuen Qualitäten und Quantitäten des Leidens und führt sie damit an neue Grenzen ihrer sozialen und ökonomischen Leistungsfähigkeit. Aids hat in allen Ländern neuartige Arrangements von institutioneller und professioneller Zuständigkeit im Umkreis von Prävention und Versorgung hervorgeufen und trägt langfristig zu einem Umbau der Gesundheitsdienste mit einer neuen Kombination basisorientierter Prävention und Betreuung mit fortgeschrittener Hightech-Medizin bei.

Unterschiedliche Muster der Betroffenheit

2. In der Betroffenheit von Aids lassen sich mehrere Muster ausmachen. Sie unterscheiden sich voneinander so stark, daß es sinnvoll ist, sie auch unter globaler Perspektive zunächst getrennt zu betrachten. Die Unterschiede lassen sich zurückführen auf
 - Merkmale der Epidemiologie, vor allem hinsichtlich
 - des quantitativen Verhältnisses zwischen verschiedenen Übertragungswegen für HIV,
 - der Effektivität und Effizienz von Präventionsprogrammen,
 - der daraus folgenden Verteilung und Dynamik von Neuinfektionen und Erkrankungsfällen nach Geschlecht und sozialen Gruppen;
 - den sozio-ökonomischen Zustand der Gesellschaften. Hierzu zählen vor allem
 - die insgesamt mobilisierbaren bzw. mobilisierten Ressourcen für Gesundheitsförderung, Prävention, für Krankenversorgung und Betreuung sowie für medizinische und sozialwissenschaftliche Forschung,
 - der Ausbau und die problemgemäße Anpassung von medizinischen und nicht-medizinischen Gesundheitsdiensten,
 - die sozialen und kulturellen Voraussetzungen für Toleranz gegenüber und Integration von Randgruppen und abweichendem Verhalten, sowie für die solidarische Bewältigung einer Epidemie.

Es ist offenkundig, daß diese beiden Merkmalsgruppen nicht voneinander unabhängig sind: Öffentliche und private Armut begün-

stigen ebenso wie Bildungsdefizite die Verbreitung und Dynamik der Epidemie, wie sie auch die Möglichkeiten der gesellschaftlichen Bewältigung begrenzen. Im Effekt scheint sich bei Aids die Erfahrung von nahezu allen großen Infektionskrankheiten zu wiederholen: Sie sind Krankheiten der Armut, betroffen sind vor allem untere und randständige sozio-ökonomische Schichten und Gruppen der Gesellschaft. Der große Auftrag humanistischer Gesundheitspolitik ist die Verringerung der sozialen Ungleichheit vor Krankheit und Tod. Durch Aids wird dieses Thema wieder einmal in seinem globalen Zusammenhang sichtbar.

Perspektiven in relativ reichen Industrieländern

3. Im folgenden werden einige Perspektiven der durch Aids ausgelösten Entwicklungen in industrialisierten und (relativ) reichen Ländern skizziert. Diese Betrachtung soll dazu helfen, kritische Punkte der Entwicklung von morgen zu identifizieren, um sie durch politisches Handeln von heute zu beeinflussen. Eine unverzichtbare moralische und materielle Bedingung der Bewältigung von Aids besteht darin, daß die reichen Länder den am härtesten getroffenen armen Regionen großzügig und auf eine nicht diskriminierende und kulturell sensible Weise bei der Gestaltung einer effektiven Prävention und den Problemen von cure and care helfen.

Merkmale der Epidemie und ihrer Bewältigung in reichen Industrieländern

4. Auch zwischen den industrialisierten und relativ reichen Ländern bestehen große Unterschiede

- in der Epidemiologie, z. B. hinsichtlich der völlig unterschiedlichen Betroffenheit schwuler Männer und i. v.-Drogenbenutzer zwischen Nord- und Südeuropa. Aber generell gilt,
 - daß die Epidemie entgegen manchen Voraussagen bislang weitgehend auf die Hauptbetroffenengruppen konzentriert geblieben ist,
 - daß die Bevölkerung außerhalb der

Gruppen mit verdichtetem Risiko bislang kaum getroffen ist. Die Meldungen über beachtliche Zuwachsraten müssen vor dem Hintergrund der insgesamt sehr seltenen Fälle in diesen Bereichen interpretiert werden;

- daß die Inzidenz von Infektionen durch Präventionskampagnen wesentlich und mit wachsendem Erfolg verringert werden konnte,
- daß die Inzidenz der Krankheit z. T. stark sinkende Zuwachsraten aufweist,
- daß die Fortschritte in der kurativen, vor allem medikamentösen Behandlung zu Verlängerungen der Lebenserwartung von Infizierten und Kranken geführt hat, ohne daß von einem prophylaktischen oder therapeutischen Durchbruch der Medizin gesprochen werden könnte,
- daß gesellschaftliche Diskriminierung und Gleichgültigkeit bislang nicht dominant werden konnten;
- in den Ressourcen und Institutionen. Hier finden sich z. T. sehr große Unterschiede zwischen den hier betrachteten Ländern:
 - Die ökonomische Leistungsfähigkeit und die für Gesundheitsdienste mobilisierbaren Ressourcen differenzieren z. T. um ein Mehrfaches. Die materielle und soziale Sicherung von Infizierten und Kranken ist in manchen Ländern nahezu lückenlos, in anderen Ländern stürzen HIV-Infizierte und Aids-Kranke nahezu ungebremst in den sozialen Abgrund.
 - Sozialepidemiologie und public health mit ihrer inhärenten Perspektive auf gesellschaftliche Prävention sind in einigen Ländern bestimmend für die staatliche Gesundheitspolitik, in anderen Ländern reduziert sich staatliche Gesundheitspolitik auf Krankenversorgungspolitik.
 - In einigen Bereichen dominiert in der Politikgestaltung das Innenressort mit seiner traditionellen Betonung repressiv polizeilicher und individuen-zentrierter Bearbeitung der Probleme von Infektionskrankheiten, während anderswo der positive und kollektive Lebensweise-Ansatz im Vordergrund steht.
 - Teils wird Gesundheit noch immer primär als Aufgabe von Ärzten und anderen Gesundheitsprofessionals gesehen, teils liegt der Schwerpunkt auf der Ak-

tivierung und Handlungsbefähigung von Betroffenengruppen und Subkulturen.

- In den Strukturen und Ressourcen der Krankenversorgung finden sich erhebliche Unterschiede im Verhältnis zwischen ambulanter und stationärer Versorgung sowie ihrer gegenseitigen Durchlässigkeit, ebenso hinsichtlich der Verfügbarkeit und des Regimes der Erforschung und generellen Anwendung von Arzneimitteltherapien.

Generell aber gilt für diese Länder,

- daß sie institutionell und ressourcenmäßig die Herausforderung Aids angenommen haben und dabei beträchtliche Innovationen vor allem bei der Einbeziehung von Betroffenengruppen und anderer nicht-staatlichen Organisationen zu beobachten sind. In der Aids-Prävention hat sich der Ansatz gesellschaftlicher Lernstrategie bislang gegenüber anderen Ansätzen, vor allem solchen gesundheitspolizeilicher Suchstrategie, mit Erfolg durchgesetzt;
- daß zumindest potentiell die menschlichen und materiellen Ressourcen vorhanden und mobilisierbar sind, um die gesellschaftlichen Aufgaben der Infektionsverhütung, angemessener Versorgung, Pflege und Betreuung für die Kranken, der Stabilisierung und des Ausbaus gesellschaftlicher Solidarität sowie der Förderung und Steuerung von medizinischer und nicht-medizinischer Forschung anzugehen.

Wenn die in dieser Konstellation liegenden Chancen genutzt werden, können die dabei anfallenden Erfahrungen auch für die Prävention und Bewältigung anderer epidemiologisch wichtiger Gesundheitsprobleme und Krankheiten genutzt werden. Insgesamt könnte dies auf eine empirische Fundierung und Stärkung des auch von der WHO propagierten Ansatzes lebensweisebezogener Gesundheitspolitik (healthy public policy) hinauslaufen. Dieser Ansatz sieht individuelles Verhalten eingebettet in gesellschaftliche Bedingungen des Verhaltens und versucht vor diesem Hintergrund, integriert und zeitgleich auf beiden Ebenen mit staatlichen und nicht-staatlichen sowie mit medizinischen und nicht-medizinischen Instrumenten zu intervenieren. Damit wird an die Erfolge früherer Präventionspolitik in diesen Ländern angeknüpft: Die Dynamik aller großen Infektionskrankheiten in Europa seit der Indu-

strialisierung wurde zeitlich zuerst und in der Wirksamkeit überlegen mit den Mitteln sozialer Prävention gebrochen, bevor die naturwissenschaftliche Medizin diese Erfolge mit ihren Waffen ausbauen und befestigen konnte. Ob diese Erfolge bei Aids wiederholt werden können, hängt im wesentlichen davon ab, ob das derzeit dominante Modell der Aids-Prävention als gesellschaftliches Lern- und Integrationsprogramm sich weiterhin entwickeln kann und nicht zuletzt auch materiell ausgebaut wird.

Aids-Prävention: Lernstrategie versus Suchstrategie

5. Diese Voraussetzung ist weniger eindeutig gegeben, als vielfach angenommen wird. Immer noch stehen sich in einigen nationalen und z. T. auch internationalen Diskussionen zwei Ansätze der gesellschaftlichen Prävention und Bekämpfung von Aids gegenüber. Welcher Ansatz sich durchsetzt, ist dabei nicht nur für die Effektivität der Prävention, sondern auch für das gesamtgesellschaftliche Klima, in dem Aids-Politik entsteht und umgesetzt wird, von Bedeutung. Die politische Entscheidung in der Präventionspolitik ist damit auch entscheidend für die gesellschaftlichen Antworten auf die Probleme des Umgangs mit Infizierten und Kranken und die Herausforderung der gesellschaftlichen Solidarität mit betroffenen Individuen und Gruppen.

Abstrakt gesehen stehen sich in der Frage des gesellschaftlichen und staatlichen Umgangs mit einer neuen, im Intimbereich der Sexualität und im Illegalitätsbereich der i. v.-Drogenbenutzung übertragbaren Krankheit zwei Strategien gegenüber. Sie unterscheiden sich im wesentlichen durch die Blickrichtung der jeweils unterliegenden Leitfrage.

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

b) Die aufgeklärte, aus dem Blickwinkel moderner Gefahrenabwehr und der Epidemiologie resultierende Leitfrage lautet: Wie organisieren wir möglichst schnell, möglichst flächendeckend und möglichst zeitstabil den

gesellschaftlichen Lernprozeß, mit dem sich die Individuen, ihre Institutionen und die gesamte Gesellschaft auf das Leben mit dem vorläufig wohl unausrottbaren Virus einstellen können, und wie kann dabei ein Maximum an präventivem Verhalten mit einem Minimum an gesellschaftlich produziertem Leid erreicht werden?

Suchstrategie

ad a) Ansätze vom Typus *Suchstrategie* tendieren dazu, aus einem Gesundheitsproblem ein Polizeiproblem zu machen. Sie gewichten die Selbstverantwortung und die Selbststeuerungsfähigkeit von Individuen und Gruppen relativ gering, die Definitionsautorität und Handlungsfähigkeiten von Staatsorganen und Professionals dagegen entsprechend hoch. Sie tendieren auch dazu, unerwünschte Wirkungen in anderen Lebensbereichen eher niedrig zu gewichten. Strategien, die sich aus Antworten auf diese Leitfrage zusammensetzen, haben noch nie den entscheidenden Beitrag zum Sieg über Infektionskrankheiten geleistet. Von – eingeschränktem – Nutzen waren sie dort, wo eine sexuell übertragbare Krankheit umstandslos leicht zu diagnostizieren und wirksam medizinisch zu kurieren war, wo die Zielgruppen der Prävention in einem besonderen Gewaltverhältnis zum Staat standen und die Prostitution ebenfalls de facto staatlich organisiert war (Syphilisprävention in Armeen).

Eine konsequente Durchführung dieses Konzepts bedarf der wiederholten Durchsetzung der gesamten Bevölkerung im Abstand von wenigen Monaten und rigider Testkontrollen an den Landesgrenzen. Wegen der auch bei technisch perfekter Testhandhabung nicht vermeidbaren falsch-negativen Befunde wäre auch mit einer solchen Strategie das Virus nicht vollständig aus einer Population zu eliminieren. Mit den ebenso unvermeidbaren zahlreichen falsch-positiven Befunden würden unlösbare ethische und sozialrechtliche Probleme produziert. Zudem würden solche Maßnahmen national und international einen weitgehenden Umbau und erheblichen Ausbau repressiv polizeilicher Elemente in den Gesundheitsdiensten erfordern. Offen bleibt auch die Frage, was mit den identifizierten HIV-Positiven geschehen soll. Einleuchtend ist auch die Vermutung,

daß strategische Ansätze aus dieser Richtung stets dahin tendieren, öffentliche und damit polizeiliche Verantwortung und Repression immer tiefer hinein in das Intimleben der Menschen reichen zu lassen. Visionen von der „total Aids-kontrollierten Gesellschaft“ haben bislang noch nirgends eine nationale Aids-Politik bestimmen können. Es ist aber nicht auszuschließen, daß unter dem Druck verschobener Gefahrenwahrnehmung bzw. umgelenkter Krisenängste durch demagogische und populistische Kräfte diesen Konzepten bei vorläufig weiter steigenden Erkrankungsziiffern wieder einmal mehr Gewicht eingeräumt werden könnte.

Symbolische Ausformungen dieses Politikansatzes finden sich in verschiedenen Ländern bzw. Teilregionen. Dabei werden z. B. nicht die gesamte Bevölkerung, sondern nur bestimmte unterschiedlich definierte „Risikogruppen“ (vor allem i. v.-Drogenbenutzer, Prostituierte, Gefängnisinsassen, Heiratswillige, Armeeangehörige) der z. T. repressiven Kontrolle unterworfen. Die bisherigen Ergebnisse deuten übereinstimmend darauf hin, daß mit solchen Ansätzen die gesamtgesellschaftliche Präventionsbilanz eher verschlechtert als verbessert werden kann.

Im *Mikrobereich* (d. h. im Bereich der polizeilich kontrollierten Gruppen) bedeutet die Verlagerung von Aids aus dem Gesundheits- in den Polizeibereich das Ende jeder vertrauensvollen Zusammenarbeit. Auf jede – unter Bürgerrechts- und Zivilisationsgesichtspunkten extrem problematische – Stilllegung *einer* Infektionsquelle kommt eine unbekannte, aber wohl erheblich größere Anzahl neu aufgerissener Quellen, die sich der Stilllegung durch Vermittlung von präventionsrelevantem Verhalten entziehen.

Quantitativ mutmaßlich bedeutsamer noch sind die präventionsschädlichen Wirkungen auf der *Makroebene*: Wo Aids zu einem Polizeiproblem (mit den möglichen Folgen von Berufsverbot, Einschränkungen der Bewegungsmöglichkeit, Meldepflicht etc.) geworden ist, wird vertrauensvolle Beratungstätigkeit auch für nicht primär betroffene Gruppen schwer gestört bzw. unmöglich gemacht. Die entscheidende Voraussetzung gesamtgesellschaftlicher Prävention, nämlich ein Klima, das öffentlich vermitteltes Lernen in Tabubereichen ermöglicht, wird ohne Not und ohne positiven gesundheitlichen Effekt in seiner Substanz getroffen. Au-

ßerdem werden die u. U. lebensgefährlichen Illusionen genährt, als könne der Staat jedem einzelnen die Verantwortung der Prävention abnehmen oder als sei und bleibe Aids ein Problem der zuerst sichtbar gewordenen Betroffenenengruppen.

Unter gesundheitswissenschaftlichem Blickwinkel ist die Suchstrategie nicht von Bedeutung, weil sie den erwünschten Zweck (Minimierung der Neuinfektionen) nicht so effektiv zu erfüllen vermag wie Strategien des gesellschaftlichen Lernens (s. u.) und zugleich erhebliche unerwünschte Wirkungen im Hinblick auf das zivilisierte Zusammenleben mit sich bringt. Die zwangsweise Suche nach Infizierten impliziert immer eine Ausdehnung staatlicher Gewalt in die privaten und intimen Bereiche des Lebens. Der säkulare Prozeß der Integration unterdrückter und ausgegrenzter Minderheiten könnte sich umkehren. Die polizeiliche Fahndung und gerichtliche Aburteilung wegen sexueller Begegnungen würde ein bedeutendes Dauerthema. Drückende Sexualangst, Doppelmoral und Mißtrauen würden die Entwicklung zwischenmenschlicher Beziehungen belasten.

Lernstrategie

ad b) Ansätze vom Typ *Lernstrategie* sind in ihren Methoden weicher, sie verzichten auf Gesten des starken Staates. Sie orientieren auf die Entwicklung von individueller und kollektiver Selbststeuerungsfähigkeit und halten gesundheitliche Selbstverantwortung und gesundheitsbezogene Aktivierung für eine entwicklungsfähige Ressource. Bezogen auf Aids ist davon auszugehen, daß bei konsequenter und richtig angeleiteter Benutzung von technisch geeigneten und einwandfreien Kondomen bei penetrierendem Geschlechtsverkehr außerhalb strenger Monogamie und von sterilen Spritzbestecken bei i. v.-Drogenbenutzung die Anzahl der HIV-Neuinfektionen auf Promille der Ausgangsgröße zurückginge. Die Präventionsbotschaft ist einfach, ihr Inhalt ist – auf der pragmatischen Ebene – in jede Lebensweise einbaubar, die Aufklärung kann an einer sehr hohen Bekanntheit des Themas anknüpfen. Erschwerend für die Prävention ist der Umstand, daß es bei Sexualität und Sucht um Themen geht, die üblicherweise nicht Gegenstand öffentlicher

Kommunikation sind und zudem auch nicht nur rationaler Steuerung unterliegen. Erschwerend ist auch der Umstand, daß bei der Aids-Prävention durch ein Verhalten von heute ein Risiko ausgeschaltet werden soll, daß vielleicht erst in zehn oder noch mehr Jahren eintreten kann. Erschwert wird die Prävention durch die notwendige Zeitstabilität der Verhaltensanpassung und den Umstand, daß die Propagierung und Verfügbarkeit der technischen Präventionsmittel (Kondome und Einwegspritzen) auf gesellschaftliche und rechtliche Vorbehalte stößt.

Unter diesen komplexen Bedingungen bedeutet „Lernen“ wesentlich mehr als Informationsaufnahme und Kognition. Für die Gestaltung der Präventionskampagne ist bedeutsam, daß Botschaften um so eher angenommen werden, je mehr sie die Lebensweisen, um die es geht, erst einmal als gegeben hinnehmen, im Prinzip auch akzeptieren und die betroffenen sozialen Strukturen und Subkulturen in ihrer Handlungsfähigkeit entsprechend stärken.

Umriss des Präventionsmodells „Lernstrategie“

Unter Auswertung internationaler Erfahrungen läßt sich heute ein dreistufiges Modell der Prävention destillieren, daß wohl nirgendwo auf der Welt schon optimal gestaltet ist, an dem sich aber auch die Defizite der heute zu beobachtenden Präventionsbemühungen deutlich machen lassen. Das Modell – wie es auch die Aids-Enquete des Deutschen Bundestages vorschlägt – besteht aus drei Stufen:

1. Die gesamte Wohnbevölkerung – einschließlich der Hauptbetroffenengruppen – muß über wiederholte, multimedial vermittelte Botschaften darüber informiert werden,
 - daß Aids außerhalb des Geschlechtsverkehrs und der i. v.-Drogenbenutzung faktisch nicht übertragen werden kann,
 - daß die Benutzung von Kondomen beim penetrierenden Geschlechtsverkehr außerhalb der Monogamie einen sicheren Infektionsschutz darstellt,
 - daß die Infizierten und Kranken auf ge-

sellschaftliche Solidarität angewiesen sind und diese auch verdienen.

Weithin wird derzeit davon ausgegangen, daß mit solchen Kampagnen in der „breiten Allgemeinbevölkerung“ – dafür gibt es offenbar keinen besseren Ausdruck – ein epidemiologisch hinlänglicher Infektionsschutz erreicht werden kann.

2. Für die zahlreichen Bevölkerungsgruppen, die dichter am Risiko leben, kommt eine phantasievolle Fülle von jeweils gruppenspezifischen Kampagnen in Betracht. Weil solche Kampagnen auf die individuelle und kollektive Selbststeuerung unter Nutzung der Strukturen, in denen sich diese Gruppen bewegen, abzielen, kann man dies „strukturgestützte Verhaltensbeeinflussung“ nennen. Im Zweifel geht es um die Organisation der Kommunikation über das Risiko und seiner Vermeidung zwischen sozial Gleichen. Bezogen auf Expertenwissen oder gesellschaftlichen Status geht es also nicht um verbale Instruktion von oben nach unten. Bezogen auf die jeweilige Szene geht es auch nicht um Botschaftsübermittlung von außen nach innen. Wenn diese Kriterien beachtet werden, kann die Präventionsbotschaft räumlich, zeitlich und sozial so nahe wie möglich an die Risikosituationen herangetragen werden. Voraussetzung ist, daß die Szenen, Gruppen und Subkulturen, um die es geht, die Fähigkeit zur Selbstorganisation und zur Selbstartikulation haben bzw. daß diese Fähigkeit gefördert wird. Als hervorstechendes Beispiel sei hier das sehr kommunikationsintensive Stop Aids-Projekt in San Francisco genannt.
3. Die dritte Ebene der Prävention stellt die persönliche Beratung dar. Hierbei geht es um eine Abklärung des individuellen Risikos, der Möglichkeiten der Risikovermeidung und ggf. der individuellen Hindernisse und Abneigungen gegen risikovermeidendes Verhalten. In diesem Zusammenhang – also im Zusammenhang einer individuellen Präventionsberatung – kann auch die Frage des HIV-Antikörpertests aufgeworfen und in Abhängigkeit von den persönlichen Bedürfnissen und der Lebenslage des oder der Beratenen individuell von diesem oder dieser selbst (und nicht vom Berater) entschieden werden.

Internationale Varianz der Lernstrategie

Gegenüber diesem groben Idealmodell experimentieren derzeit immer noch nahezu alle Industrieländer mit verschiedenen inhaltlichen Akzentuierungen und organisatorischen Modellen. Die international zu beobachtende Varianz liegt vor allem

- im Mischungsverhältnis zwischen staatlichen und nicht-staatlichen Aktivitäten sowie in der Arbeitsteilung zwischen staatlichen Stellen, Medizinsystem und Betroffenenkompetenz,
- im extrem prekären Mischungsverhältnis zwischen Aufklärung und repressiven Maßnahmen,
- in der Rolle des HIV-Antikörpertests, zwischen möglichst breiter Anwendung und „Testentmutigungspolitik“, auch und gerade in den Hauptbetroffenengruppen,
- in der unterschiedlichen Bedeutung von Furcht, Angst und Humor bei der Prävention,
- in der positiven Akzeptierung von nicht-monogamer Sexualität und von Homosexualität sowie der Akzeptanz von i.v.-Drogenbenutzung,
- in der Akzentuierung der Präventionskampagnen speziell auf Aids (als qualitativ neue Bedrohung, z.B. Kampagne in der Schweiz) oder genereller: auf Geschlechtskrankheiten (mit dem Vorteil einer ersten Eingrenzung der Zielpopulation und der Möglichkeit der Anknüpfung an vorhandenen Wissensbeständen, z.B. in der Kampagne in den Niederlanden),
- in der Gewichtung und Koordination von Streubotschaften und zielgruppenspezifischer Aufklärung,
- in den Wegen der Kommunikation und der Drastik der Botschaft und
- last but not least – in der Bereitschaft, angesichts der Bedrohung durch Aids ein lebenspraktisches Opportunitätsprinzip z.B. in Gefängnissen oder beim Umgang mit i.v.-Drogenbenutzern und Prostituierten anzuwenden.

Kritik der Präventionskampagne in der Bundesrepublik Deutschland

Blickt man z.B. auf die bundesdeutsche Realität der Aids-Prävention, so ergeben sich gravierende Defizite auf allen drei Ebenen des Modells. Gemeint sind damit nicht die immer noch festzustellenden professionellen Unbeholfenheiten und Verklemmtheiten, die sich sicherlich noch weiter verringern lassen. Gemeint ist auch nicht, daß generell zu wenig geschieht: Im gesundheitspolitischen Vergleich sind die Aufwendungen für Aids-Prävention exorbitant hoch. Die Mängel liegen eher im Konzept:

1. Auf der Ebene der allgemeinen Aufklärung werden trotz deutlicher Verbesserungen die Themen Treue, Kondom und Test immer noch in einer Weise durcheinandergeworfen, die der Klarheit und damit der Wirksamkeit der Präventionsbotschaft abträglich ist. Die Hauptbetroffenengruppen kommen in der allgemeinen Aufklärung gar nicht vor.
2. Zielgruppenspezifische Prävention ist – was die „Schmuddelgruppen der Nation“ anbelangt – weitgehend an die Aids-Hilfen und andere Selbsthilfefzusammenschlüsse delegiert. Gegenwärtig kann man den Eindruck gewinnen, als träte das Thema Prävention dort immer weiter hinter der aufgezwungenen politischen Selbstverteidigung und der Betreuung von Infizierten und Kranken zurück. Jedenfalls kann keine Rede von gezielter, nachhaltiger und sexualfreundlicher, d. h. insgesamt lebensstilakzeptierender Aufklärung in den verschiedenen Szenen der Heterosexualität, der Homosexualität und der Drogenbenutzer sein. Die verschiedenen potentiellen Risikoszenen der Heterosexualität werden – mit Ausnahmen im Bereich der Prostitution und der Jugendlichen – so gut wie überhaupt nicht bearbeitet.
3. Die Präventionsberatung ist – sieht man von der Beratung durch Aids-Hilfen und von vielen wichtigen Ausnahmen im Bereich der öffentlichen Gesundheitsämter und bei besonders sachkundigen niedergelassenen Ärzten einmal ab – immer noch vorwiegend eine Testberatung mit der Tendenz, zum Test zu überreden. Diese Orientierung auf den Test in der Prävention ist wissenschaftlich nicht ausgewiesen, die

Gegenargumente aus der Ethik, der Biostatistik, den Verhaltenswissenschaften und der Gesundheitsökonomik werden von der staatlichen Gesundheitspolitik und von der medizinischen Profession weithin ignoriert.

Chancen und Gefährdungen der Aids-Prävention

Einschätzungen des epidemiologischen Gefährdungsprofils durch Aids sowie Analysen der Schwächen und Stärken bisheriger Präventionskampagnen zu Aids wie auch – positive und negative – Erfahrungen aus anderen staatlich und nicht-staatlich induzierten Prozessen der Verhaltensbeeinflussung erlauben den Schluß, daß das Lernziel „Kondome außerhalb der Monogamie und Einwegspritzen“ sowohl notwendig als auch realistisch als auch ausreichend ist. Mit seiner Durchsetzung sind freilich einige Wirkungen verbunden (Veränderung der gesellschaftlichen Normierung und Modellierung des Trieblebens; spontaner Rückgang nicht-monogamer Sexualität; öffentliche Detabuisierung von Promiskuität. Homosexualität und Drogenbenutzung; verbleibendes Restrisiko), die vielleicht nicht von jedem gewünscht werden können, aber angesichts der Größe und potentiellen Dynamik der Epidemie hingenommen werden müssen.

Sozialwissenschaften haben die Aufgabe, die Lernprozesse der Prävention wissenschaftlich zu fundieren, zu effektivieren und laufend zu evaluieren. Die nicht intendierten Wirkungen sollten dabei verstärkt beachtet werden.

Der kritische Punkt dieser Entwicklung besteht darin, ob Staat, Medizinsystem, Wissenschaftssystem und Betroffenenkompetenz sich auf die Organisation dieses Lernprozesses als politische Strategie einigen und diese dann auch in einer funktionalen Arbeitsteilung durchsetzen können. Politik- und kulturwissenschaftliche Forschungen zur Frage der gesellschaftlichen Bedingungen effektiver Aids-Prävention können zugleich wichtige Erkenntnisse darüber liefern, wie in den nächsten Jahren zumindest ein Teil der Aids-Prävention in eine reformierte Sexualpädagogik für Jugendliche und Erwachsene integriert werden kann.

Aids in der Krankenversorgung

6. Aids wirft nicht nur für die Prävention z. T. völlig neue Fragen, z. T. alte Fragen in neuer Form auf. Das gleiche gilt auch für das Krankenversorgungssystem: Die Grenzziehung zwischen „gesund“ und „krank“ ist in bezug auf die HIV-Infektion erneut problematisch geworden und strittig. Die Frage der Effektivität und Effizienz individueller Präventivmedizin (Früherkennung zur Frühbehandlung), die in bezug auf Krebse, Bluthochdruck und andere epidemiologisch wichtige Krankheiten seit Jahren umstritten ist, wird sich auch bei Aids zuspitzen. Die Lücken der sozialen Sicherung besonders bei einer überwiegend jungen und zunehmend aus den unteren Sozialschichten stammenden Krankengruppe führen zu einer Herausforderung an die nationalen Sozialpolitiken. Das starke und offenbar stabile Engagement der Betroffenenkompetenz, z. T. spontan, z. T. organisiert, in der Pflege und Betreuung bei einer chronischen und in der Regel vorzeitig zum Tode führenden Krankheit ist eine gesundheitspolitische Innovation, deren Existenz- und Verallgemeinerungsbedingungen dringend geklärt werden müßten. Die dies tragenden Bevölkerungsgruppen und Organisationen erhöhen auch systematisch die Informiertheit der Patienten über ihre Krankheit und die Therapiechancen bzw. -alternativen. Dies verändert das Kompetenzverhältnis und das Machtgleichgewicht zwischen Arzt und Patient. Es hat auch beachtliche Auswirkungen auf die Erforschung, Anwendung und ethische Beurteilung von Therapien: betroffene Gruppen nehmen für sich in Anspruch, gleichberechtigt in diesen Fragen mitzuentcheiden. Infolgedessen erodieren derzeit die in der Medizin ohnehin nicht sehr scharf gezogenen Grenzen zwischen klinischer Erforschung und breiter Anwendung neuer Arzneimittel und Therapieschemata. An ihre Stelle tritt der massenhafte und klinisch nicht mehr kontrollierbare Feldversuch, oft ohne hinreichende Nachweise der Unbedenklichkeit oder Wirksamkeit, sehr oft auch als Polypragmasie.

Durch die medizinischen Erfolge bei der Verlängerung des Lebens von Infizierten und Kranken stellt sich die Frage der Verknüpfung zwischen ambulanter Betreuung und stationärer Versorgung in neuer Form. Da

überwiegend jüngere Patienten betroffen sind und zwischen den Phasen der stationären Versorgung lange Phasen subjektiver Gesundheit und Arbeitsfähigkeit bestehen, sind das Versorgungssystem wie auch das Sozialrecht und Arbeitsrecht genötigt, an diesem Beispiel die therapiel leitenden Prinzipien und institutionellen Ausprägungen des Umgangs mit chronischen Krankheiten zu überprüfen. Dabei gilt es, die Erfüllung humanitärer und ökonomischer Kriterien gemeinsam zu optimieren. Unter dem Gesichtspunkt der Lebensqualität für die Patienten ergeben sich neue Arbeitsteilungen zwischen Medizin, pflegenden Berufen, Professionen der psychischen und sozialen Hilfe und der organisierten Betroffenenkompetenz. Die auf diesem Feld exemplarisch an Aids zu gewinnenden Erfahrungen können von hohem Nutzen auch für einen adäquateren Umgang mit den chronisch-degenerativen Krankheiten sein, die das Krankheits- und Sterbe geschehen in den industrialisierten Ländern auch weiterhin bestimmen werden.

Schlußfolgerungen für Politik und Wissenschaft

7. In diesem Papier wurden einige Entwicklungsprobleme und Implikationen des gesundheitspolitischen Umgangs mit Aids skizziert. Daraus lassen sich mindestens sechs Variablen destillieren, die je nach Weichenstellung und daraus folgendem Verlauf in der Zukunft zu großen Unterschieden der Entwicklung und des Erfolgs von Strategien gegen Aids führen können. Darüber hinaus beeinflußt die Entwicklung dieser Variablen den gesellschaftlichen Umgang auch mit anderen Gesundheits-/Krankheitsproblemen sowie die gesellschaftliche Entwicklung insgesamt. Diese Weichenstellungen sind deshalb nicht nur für politische Entscheidungsträger von Bedeutung, sondern sie bezeichnen auch wichtige Fragestellungen für die weitere sozialwissenschaftliche Aids-Forschung.

a) Die globale Epidemiologie von Aids wird sich in den armen Regionen der Erde entscheiden. Die Bewältigung dort hängt von Quantität und Qualität der Unterstützung aus den reichen Ländern ab. Die Entwicklung von Formen und Inhalten nicht-diskri-

minierender Kooperation beim Einbau der Aids-Problematik in Strukturen, Organisationen und Finanzierung von Gesundheitspolitik und Gesundheitsdiensten stellt Politik und Forschung vor z. T. neue Aufgaben.

b) Wirksame und solidarische Aids-Politik ist oft weniger ein Problem des Wissens und der Kenntnis der Instrumente, sondern vielmehr ein Problem der politischen Durchsetzung. Es ist deshalb erforderlich, die politischen Bedingungen einer rationalen Aids-Politik zu erforschen. Schwierige Faktoren sind dabei

- der öffentliche Umgang mit Sex und Sucht,
- die individuelle und gesellschaftliche Risikowahrnehmung,
- das Verhältnis der Gesellschaften zu ihren Randgruppen und Minderheiten,
- die Rolle von Kirchen und religiösen Wahrnehmungsmustern für die Ausgestaltung gesundheitspolitischer Strategien und Instrumente,
- die Gewichtung der medizinischen und sozialwissenschaftlichen Gesundheitswissenschaften bei der Definition, Entwicklung und Umsetzung von Gesundheitspolitik,
- sowie die Möglichkeiten des demagogischen und populistischen Mißbrauchs des Themas Aids.

c) Strategien der Primärprävention von Aids sind epidemiologisch und politisch das entscheidende Feld der Strategien gegen Aids. Weitere Forschungen aus der Sexualwissenschaft, der Sexualpädagogik, der Verhaltenswissenschaften, der Gemeindepsychologie und der Evaluation können diese Strategien besser fundieren und effektivieren.

Dabei stehen unter dem Gesichtswinkel von Präventions- bzw. Gesundheitsförderungs-Politik drei Gesichtspunkte im Vordergrund, nämlich die Rolle der Betroffenen, die Berücksichtigung der Lebensweise und die Einbeziehung objektiver Bedingungen von Lebensweisen:

- Der Beitrag von spontanen und organisierten Betroffenenengruppen für die Primärprävention einer Krankheit war noch nie so stark wie bei Aids. Während Selbsthilfegruppen bislang ihre wichtigen Erfolge vor allem auf dem Gebiet der besseren Bewältigung bereits eingetretener Krankheiten erzielten (Tertiärprävention, z. B. Infarktgruppen, Selbsthilfegruppen von Rheu-

matischen oder brustamputierten Frauen, Anonyme Alkoholiker), haben bei Aids erstmals und schnell bedeutende Selbsthilfeorganisationen den Schritt auf das Handlungsfeld der Primärprävention vollzogen. Es ist zu fragen, wie dies stabilisiert werden kann und ob dieses Modell auch für andere Krankheiten und Bevölkerungsgruppen nutzbar gemacht werden kann.

- Aids-Prävention ist Verhaltensprävention. Sie funktioniert offenbar um so besser, je sensibler und betroffenennäher die Präventionsbotschaft in die Lebensweisen der Zielgruppen hineingetragen und eingebaut wird. Dies muß für die zuerst sichtbar gewordenen Betroffenenengruppen noch verstärkt und für andere Gruppen mit kleineren, aber relevantem Aids-Risiko noch entwickelt werden (z. B. heterosexuelle „disco people“). Der Ansatz lebensweisebezogener Prävention kann sich an Aids bewähren und dabei auch für die Anwendung bei anderen Gesundheitsrisiken weiterentwickelt werden.
- Der Lebensweiseansatz führt in seiner konsequenten Anwendung zu Überlegungen, wie mit den Mitteln öffentlicher Politik Biotope gesunden Verhaltens geschaffen, gefördert und stabilisiert werden können. Die Förderung relativ autonomer Infrastrukturen und Begegnungsorte von Homosexuellen, aber auch die Selbstorganisation von Prostituierten, Freien und Fixern hat sich als Faktor von hoher Relevanz für die Prävention von Aids und die gesellschaftliche Integration dieser Gruppen erwiesen. Auch dies kann ausgebaut und auf seine Übertragbarkeit auf andere Felder der Gesundheitspolitik hin untersucht werden.

d) HIV und Aids haben uns wieder einmal gelehrt, daß die individuelle und gesellschaftliche Wahrnehmung von Risiken für Gesundheit und Leben nicht von der tatsächlichen Größe und Nähe der Gefahr abhängen. Es kommt zu extremen Über- und Unterschätzungen. Eine ungefähre zutreffende Wahrnehmung von Risiken ist aber eine in der Perspektive notwendige Bedingung rationaler und zielbezogener Gesundheitspolitik. Es fehlt hierzu an Studien zu den komplexen Zusammenhängen zwischen Gefahr – Risiko – Risikowahrnehmung – Risikokommunikation – Risikoabschätzung und Risikomanagement.

ment, wobei mehr als bisher zwischen den Ebenen Individuum – soziale Gruppen – Staat zu unterscheiden ist.

e) Aids hat die gesellschaftliche Arbeitsteilung in der Gesundheitspolitik verändert und wird sie weiter verändern. Im Dreieck: staatliche Gesundheitspolitik – Medizinsystem – Betroffenenkompetenz

- haben sich der Staat und speziell gesundheitspolitische Akteure als z. T. außerordentlich flexibel und innovationsfähig erwiesen;
- ist die Bedeutung der kurativen Medizin, zumindest zeitweilig, in den Hintergrund getreten. Der Beitrag der Präventivmedizin (HIV-Antikörpertest: Früherkennung zur Frühbehandlung) ist umstritten;
- konnte die spontane und organisierte Kompetenz von Betroffenengruppen in einem vorher unbekanntem Ausmaß aktiviert und mobilisiert werden.

Die Bedingungen dieser Entwicklung und ihrer Verallgemeinerbarkeit für den Ansatz lebensweisebezogener Prävention und Gesundheitsförderung wären zu überprüfen.

f) In der Versorgung und Betreuung von Infizierten und Kranken entscheidet sich nicht nur die Lebensqualität der Opfer der Krankheit. Vielmehr sind damit auch grundlegende Fragen der gesellschaftlichen Solidarität, des verbesserten medizinischen und sozialen Umgangs mit chronischen Krank-

heiten, der Einsatzbedingungen für neue Therapien und Arzneimittel sowie Fragen der Finanzierung von sozialen und Gesundheitsdiensten verbunden. Für Politik und Forschung sind dabei in der Perspektive besonders wichtig

- die Einbeziehung der Betroffenenkompetenz in Pflege und Betreuung von Infizierten und Kranken sowie auch ihre Einbeziehung in Entscheidungsprozesse über ambulante und stationäre Behandlung;
- die Entwicklung institutioneller, materieller und sozialrechtlicher Strukturen für die immer größeren Gruppen chronisch Kranker, die phasenweise intensiver, z. T. stationärer Behandlung bedürfen und phasenweise gesund und arbeitsfähig sind;
- die Entwicklung neuer Entscheidungsregeln und -prozesse in der klinischen und pharmakologischen Forschung. Am gegenwärtig zu beobachtenden Zusammenbruch der gewachsenen professionellen Regeln für die Erforschung und Anwendung neuer Arzneimittel und Therapien zeigt sich die Notwendigkeit, Vertreter von Betroffenen sowie generell mehr nicht-medizinische Expertisen in solche Entscheidungsprozesse frühzeitig einzubeziehen.

*Dr. Rolf Rosenbrock
WZB
Reichpietschufer 50
1000 Berlin 30*