ECONSTOR
Make Your Publications Visible.

A Service of

ZBW Leibniz-Informationszentrum Wirtschaft
Leibniz Information Centre for Economics

Rosenbrock, Rolf

Article — Digitized Version

Ein Grundriß wirksamer Aids-Prävention

Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften: Journal of public health

Provided in Cooperation with:
WZB Berlin Social Science Center

Suggested Citation: Rosenbrock, Rolf (1994) : Ein Grundriß wirksamer Aids-Prävention, Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften: Journal of public health, ISSN 0943-1853, Juventa, Weinheim, Vol. 2, Iss. 3, pp. 233-244

This Version is available at:
https://hdl.handle.net/10419/122553

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

Ein Grundriß wirksamer Aids-Prävention

An Outline of Efficient Aids Policies[1]

Defizite in Entwurf und Umsetzung geeigneter Politiken sind weltweit der wichtigste Grund für die anhaltend dynamische Ausweitung der HIV-/Aids-Pandemie und ihrer zahlreichen Sub-Epidemien. Die Auswertung von zehn Jahren Erfahrung, Beobachtung und Evaluation ermöglicht sowohl die Formulierung von Grundmustern und Kernelementen effektiver Aids-Politik als auch die Identifikation typischer Politikhindernisse.
Erfolgreiche Aids-Politiken folgen der Strategie des kooperativen, sozialen Lernens. Sie werden dezentral entworfen und umgesetzt, und sie schließen dabei Motivation und Kompetenzen der hauptsächlich betroffenen Gruppen ein. Zentrale Elemente sind rechtzeitige Wahrnehmung und Abschätzung von Risiken sowie eine klare Prioritätensetzung für Primärprävention. Auf dieser Basis können widerspruchsfreie und umfassende Politiken formuliert werden, die die jeweiligen gesundheitlichen und gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen berücksichtigen.
Schlüsselwörter: Aids, Gesundheitspolitik, Public health, Prävention

Policy-deficits are the most important factor contributing to the ongoing spread, and associated dynamics, of the HIV/AIDS pandemic and its numerous sub-epidemics around the world. Drawing upon ten years experience, observation, and evaluation of AIDS policies, both the general design and core elements of an effective AIDS policy, as well as typical policy impediments, are outlined. Successful AIDS policies follow a strategy of social learning by inclusion and cooperation, are decentralized, and incorporate the motivation and competencies of those affected. Key elements of such a strategy are timely risk perception and assessment; priority to primary prevention; and the formulation of a coherent policy which is integrated into the more general public health programs.
Keywords: AIDS, health policy, public health, prevention

I. Aids-Politik: Das Allgemeine und das Besondere

Politik als Aufgabe besteht in der mehr oder weniger intelligenten Zusammenführung von Menschen, Gemeinschaften, Wissen, Ressourcen und Institutionen mit Hilfe von Informationen, Anreizen und Normen im Hinblick auf die Erreichung von Zielen. Im Hinblick auf HIV und Aids sind drei zentrale Ziele zumindest auf der Programmebene weltweit konsensfähig:

1. Minimierung der Anzahl von Neuinfektionen;
2. Verhinderung der Ausgrenzung und Diskriminierung von infektionsgefährdeten, infizierten und erkrankten Menschen;

1 The text is based on the Plenary Address at the IXth International Conference on AIDS and the IVth World STD Congress, June 11, 1993, in Berlin Germany.

3. Bedürfnisgerechte Krankenversorgung und die Ermöglichung eines würdigen Sterbens.

Diese drei Ziele gelten gleichermaßen und einheitlich für die vielen hundert HIV-Sub-Epidemien [1, 2], aus denen das weltweite Aids-Geschehen bei näherem Hinsehen besteht. Die Wege zur Erreichung dieser Ziele unterscheiden sich selbstverständlich, je nachdem, ob es sich um die Epidemien z. B. unter portugiesischen i.v. Drogenbenutzern, in den Bordellen von Bombay, unter schwulen Männern in San Francisco, in der ländlichen Bevölkerung von Ruanda oder unter deutschen Sex-Touristen handelt. Diesen Unterschieden liegen große Unterschiede in der Verteilung und Risikoladung von Risikosituationen zugrunde [3]. Ebenso weisen die regionalen, kulturellen und sozialen Settings von Risikosituationen eine große Diversität auf. Große Unterschiede finden sich auch hinsichtlich der verfügbaren materiellen, personellen und institutionellen Ressourcen auf seiten des Staates, des Public-health-Systems, der Krankenversorgung und der sozialen Bewegungen. Diese Unterschiede bestimmen die konkrete Formulierung und Implementation der jeweils regional und sozial besonderen Politik. Daraus folgen allgemeine Regeln für Strategien gegen HIV und Aids:

a. Strategien gegen HIV und Aids müssen so dezentral und kontextnah wie möglich entwickelt und umgesetzt werden.

Das Scheitern vieler Versuche, betroffenen Bevölkerungsgruppen Präventionsstrategien in einem Top-down-Verfahren vorzuschreiben, ist auf die Mißachtung dieser Regel zurückzuführen. Das gilt auch für viele gutgemeinte, aber ebenfalls meistens erfolglose Ansätze, von Europa oder den USA aus Präventionsstrategien für Afrika, Asien oder Lateinamerika zu formulieren. Der Beitrag zentraler Politikinstitutionen besteht vor allem darin, den jeweils bedrohten und betroffenen Bevölkerungsgruppen die Entwicklung eigener, angepaßter Strategien zu ermöglichen und sie zur Durchführung zu befähigen.

b. Strategien gegen HIV und Aids müssen die materiellen und sozialen Bedingungen berücksichtigen, in denen Risikosituationen stattfinden.

Wo Aids-Prävention auf Verhaltensmodifikation ohne Berücksichtigung der sozialen und materiellen Bedingungen der Risikosituationen reduziert, das Verhalten also dekontextualisiert wird, kann sie nicht erfolgreich sein.

c. Wegen des ubiquitären Vorkommens der relevanten Risikosituationen und der Latenzzeit des Virus von bis weit über zehn Jahren müssen Strategien gegen Aids langfristig angelegt sein.

Wirksame Aids-Politik ist eine Daueraufgabe. Spektakuläre Augenblickserfolge, v. a. durch Einsatz von Repression und Zwang, haben sich meist nach kurzer Zeit als insgesamt ineffektiv und sogar kontraproduktiv erwiesen. Effizient ist eine Aids-Strategie dann, wenn sie zur zeitstabilen Selbststeuerung in potentiell riskanten Situationen führt.

Zehn Jahre weltweiter Erfahrungen mit der Pandemie erlauben es, zum Teil in Konkretisierung, zum Teil zusätzlich zu diesen allgemeinen Bestimmungen einige verallgemeinerbare Regeln und Kriterien zu formulieren, denen Aids-Politik für alle Sub-Epidemien genügen muß, wenn sie effektiv und effizient sein soll [4]. Auswertungen regionaler und auch nationaler Erfahrungen aus verschiedenen Kontinenten lassen den Schluß zu, daß die Beachtung dieser wenigen Kriterien und der daraus folgenden Regeln in jeder regional oder sozial definierten Teilepidemie zu einer sehr deutlichen Reduktion der Neuinfektionen und damit zur Begrenzung der Ausbreitungsdynamik führt. Auf der IX. Internationalen Aids-Konferenz im Juni 1993 in Berlin wurden Beispiele erfolgreicher Aids-Politik u. a. aus so unterschiedlichen Ländern wie Simbabwe, Mexiko, Schweiz, Zaire, Thailand, Deutschland und Ruanda berichtet [5, 6]. Die Liste ließe sich verlängern. Die Erfolge beruhten auf der spontanen oder geplanten Beachtung dieser Politikregeln. Das heißt im Umkehrschluß: Die Verletzung bzw. Nichtbeachtung dieser Politikregeln ist die wichtigste Ursache für die weltweit anhaltende Dynamik der Aids-Pandemie.

Im Folgenden sollen die Kernpunkte dieser Regeln unter den Stichworten der Frühzeitigkeit, der Konsistenz und der Integration erörtert werden. Dabei soll jeweils kurz und beispielhaft skizziert werden,
- was die Anwendung dieser drei Kriterien für die Aids-Politik bedeutet,
- und auf welche typischen Hindernisse ihre Umsetzung bzw. Anwendung stößt.

II. Frühzeitige Intervention

Die Entwicklung von Public health hat historisch ihren Ausgangspunkt bei der Bekämpfung der Infektionskrankheiten genommen. Seit Jahrhunderten sind deshalb die zwei Implikationen der Forderung nach frühzeitiger Intervention bekannt:

- Je früher im Epidemieverlauf eine Präventionspolitik implementiert wird, desto größer sind die Chancen der Wirksamkeit.
- Die Bekämpfung einer Infektionskrankheit muß unter der klaren Priorität der primären Prävention, also der Infektionsverhütung stehen.

Einer diesen Forderungen gehorchenden Präventionspolitik stehen unterschiedliche, aber immer wieder typische Hindernisse entgegen:

Staatliche Gesundheitspolitik verteilt Aufmerksamkeit und Ressourcen oft nicht nach der epidemiologisch meßbaren bzw. prognostizierbaren Größe von Problemen, sondern folgt viel eher Kriterien der öffentlichen Skandalisierung und des geringsten Widerstandes. Sie weicht der Verletzung ökonomischer und politischer Interessen aus. Im Ergebnis kommt es zu krassen sowohl Über- als auch Unterschätzungen und entsprechenden Reaktionen.

Zusätzlich verzögern religiöse, moralische und gesellschaftspolitische Hemmungen häufig die zur Bekämpfung von Aids letztlich unvermeidliche offene und öffentliche Risikokommunikation, d. h. das öffentliche Reden

über Sexualität [7] und die Möglichkeiten des Infektionsschutzes beim Geschlechtsverkehr sowie beim Drogengebrauch [8].

Die Wahrnehmung und Abschätzung des Risikos als Voraussetzung jeder Strategie und Politik werden durch diese Faktoren verzögert oder verfälscht, der Politikzyklus wird später als möglich in Gang gesetzt. Im Hinblick auf Aids führt dies häufig zur Verleugnung und Verdrängung realer und absehbarer Gefahren, bis dies angesichts der anschwellenden Anzahl von Kranken und Toten nicht mehr möglich ist. Dann aber ist für die Primärprävention einer Infektionsepidemie der günstigste Interventionszeitpunkt bereits verstrichen.

Hinzu tritt als weiteres Hindernis oftmals der Umstand, daß Gesundheitspolitik immer noch weithin als die staatliche Kunst der Steuerung der Leistungen und Kosten der Krankenversorgung verstanden wird. Für primäre Prävention bleiben zuwenig Aufmerksamkeit und zuwenig Ressourcen. Oft fehlt es auch an Zutrauen für Strategien, die nicht am Individuum ansetzen und keine medizinische Verschreibung beinhalten. Auch dadurch werden häufig die Phasen der Entwicklung von Optionen der Politikformulierung, der Entscheidungsfindung und der Umsetzung unnötig verlängert.

Auch wenn das Problem in seinem Wesen und in seiner Dynamik erkannt worden ist, ergeben sich in aller Regel weitere Verzögerungen durch die gesellschaftlichen Auseinandersetzungen und den politischen Streit über die „richtige" Präventionsstrategie.

Es gibt kein Allheilmittel gegen solche Umwege und Verzögerungen in der Gesundheitspolitik. Zum Teil sind sie notwendige Voraussetzung für die Schaffung gesamtgesellschaftlicher Aufmerksamkeit, zum Teil unvermeidlicher Bestandteil demokratischer Willensbildung. Der Anpassungszeitraum an neue Herausforderungen ist immer größer als Null. Aber es gibt rationale und erprobte Möglichkeiten, diese Zeiträume zu verkürzen. Am wichtigsten hat sich der politische Druck durch Mobilisierung betroffener Bevölkerungsgruppen erwiesen, v. a. dann, wenn er sich mit modernen Fraktionen aus dem Public-health-Bereich verbünden konnte [9]. Ein zweites Instrument zur Verkürzung der politischen Reaktionszeit besteht in der öffentlichen Benennung entgegenwirkender gesellschaftlicher Kräfte und ihrer Motive. Die Einbettung der HIV-Infektion in die Themenfelder Sexualität, Promiskuität, Homosexualität, Prostitution, Drogengebrauch und Sucht erschwert und verzögert nach wie vor die fachwissenschaftliche und politische Bearbeitung des Problems, weil dadurch tiefe und mächtige Ängste und Vorurteile mobilisiert werden können. Speziell den Repräsentanten des jeweiligen Public-health-Systems kommt in solchen Auseinandersetzungen die Aufgabe zu, auf elementare Grundregeln von Prävention und Gesundheitsförderung hinzuweisen und ihre Einhaltung öffentlich anzumahnen:

- Es kommt in erster Linie darauf an, Leben zu schützen und Krankheit zu verhüten.

- Die Menschen, die es zu schützen bzw. zum Selbstschutz zu befähigen gilt, können nicht nach den jeweils gängigen oder mehrheitsfähigen Moral- und Rollenvorstellungen geformt werden. Gesundheitspolitik hat sie so zu akzeptieren, wie sie sind, um dann mit ihnen zusammen Möglichkeiten der Risikomeidung zu entwickeln und anzuwenden.

Zur Überwindung solcher Hindernisse frühzeitiger Intervention ist es auch heute noch in vielen Teilen der Welt notwendig, z. B. staatliche und kommerzielle Vertreter der Tourismusindustrie zu fragen, welchen Vorstellungen von Entwicklung und Wohlstand sie folgen, wenn sie eine unvermeidbare Katastrophe wissentlich dadurch vergrößern, daß sie ihre Existenz für ein paar Jahre – und letztlich natürlich vergeblich – leugnen. Ebenso notwendig ist immer noch die Frage an religiöse und moralische Instanzen, wie ernst ihr stets proklamierter Einsatz für das menschliche Leben ist, wenn sie die Propagierung und Verteilung lebensrettender Ratschläge und Hilfsmittel behindern oder gar boykottieren.

Frühzeitige Intervention als Kriterium rationalen Risiko-Managements gilt nicht nur für die Ingangsetzung des Politikzyklus, sondern auch für die Phase der Intervention in den Erkrankungsprozeß. Die absolute Priorität der Primärprävention war dabei zu Beginn der Epidemie unumstritten. Je mehr Aids zu einer prinzipiell behandelbaren chronischen Krankheit wird, desto mehr verschieben sich Aufmerksamkeit und Ressourcen auf die Krankenversorgung – weg von der Primärprävention. Dies entspricht der habitualisierten Perzeption chronischer Krankheiten v. a. in industrialisierten Ländern, wo chronische Erkrankungen dominieren [10]. Zu einer Gefährdung der Prävention kann dies führen, weil sich auch in vielen Selbsthilfeorganisationen/NGO's, die ihre Arbeit als Agenturen der Primärprävention begonnen haben, die Prioritäten verschieben: sie folgen dem wachsenden Problemdruck der Pflege-, Versorgungs- und Betreuungsnotwendigkeiten einer wachsenden Anzahl von Infizierten und Kranken und müssen sich anhaltend gegen Diskriminierung und Ausgrenzung ihrer Klientel zur Wehr setzen. Diese Aktivitäten ziehen immer mehr ihrer begrenzten Kapazität von der Primärprävention ab. Die darin liegenden Gefahren für die Primärprävention muß v. a. das Public-health-System als Herausforderung annehmen.

III. Konsistente Intervention

Konsistent ist eine Strategie dann, wenn sie drei Bedingungen erfüllt:

- Sie muß mit ihren Instrumenten alle relevanten Aspekte des Problems treffen;
- sie muß von allen relevanten Akteuren getragen sein;
- sie muß in sich möglichst widerspruchsfrei sein.

Die Auseinandersetzung über die adäquate Aids-Politik als effektives gesellschaftliches Risikomanagement verlief in vielen Ländern kontrovers, zum Teil dauern diese Auseinandersetzungen an, zum Teil flackern sie immer wieder auf.

Internationale Vergleiche [9] zeigen eine überraschende Kongruenz in den jeweils kontroversen Positionen. In nahezu allen Ländern ging es um den Konflikt zwischen zwei gegensätzlichen Ansätzen, die sich wechselseitig weitgehend ausschließen [11]. Die individuelle Suchstrategie oder auch control- and containment-Strategie steht unter der Leitfrage: Wie ermitteln wir möglichst schnell möglichst viele Infektionsquellen, und wie legen wir diese still?

Die gesellschaftliche Lernstrategie oder auch inclusion- and cooperation-Strategie fragt dagegen: Wie organisieren wir möglichst schnell, möglichst flächendeckend und möglichst zeitstabil Lernprozesse, mit denen sich die Individuen und die Gesellschaft auf das Leben mit dem Virus bei maximaler Risikominderung und Vermeidung von Ausgrenzung und Diskriminierung einstellen kann?

In diesen Auseinandersetzungen wurden grobe Inkonsistenzen der individuellen Suchstrategie deutlich: die mit ihr verbundene Dauerkontrolle des Infektionsstatus von Populationen ist angesichts der Inkubationszeiten, der weltweiten und regionalen Mobilität, der Gefahr des Abtauchens gerade der bedrohtesten Gruppen sowie wegen der nicht zu eliminierenden Unsicherheiten des HIV-Antikörpertests nicht erreichbar. Zudem enthält die Strategie keine Antwort auf die Frage nach dem Umgang mit zum Teil viele Jahre lang gesunden und medizinisch nicht behandlungsbedürftigen HIV-positiven Menschen. Außerdem wäre sie nur in harter polizeilicher Konfrontation mit den von der Infektion bedrohten Gruppen und unter dauernder Verletzung von Menschenrechten durchzusetzen. Ein unauflösbarer Widerspruch existiert schließlich zwischen dem für Aufklärung und Beratung notwendigen gesellschaftlichen Klima des Vertrauens und den sich in diesem Ansatz selbst verstärkenden Elementen von Repression und Zwang.

Zumindest offiziell wurde deshalb die Auseinandersetzung in nahezu allen Ländern der Erde zugunsten der Lernstrategie entschieden, die damit den heute weltweit dominanten und auch von der WHO propagierten Typ des Risikomanagements darstellt (für die Bundesrepublik vgl. [12, 13]).

Der Erfolg und das Kriterium der Bürgerrechte geben dieser Entscheidung recht: Wo diese Politik umgesetzt wurde, haben sich zumindest in den hauptsächlich vom HIV-Risiko betroffenen Gruppen dramatische Einstellungs- und Verhaltensänderungen ereignet [14]. Sie übertreffen in Ausmaß und Zeitstabilität sämtliche Beispiele aus der bisherigen Geschichte von Prävention und Public health. Das zeigt sich im Vergleich z. B. mit der Durchsetzung der persönlichen Hygiene im Kampf gegen die alten Infektionskrankheiten in industrialisierten Ländern, mit der Zahnhygiene, dem Zigarettenrauchen, der Bewegung, der Ernährung, dem Gebrauch legaler und illegaler Drogen. Es hat sich als möglich erwiesen, mit den Mitteln der Politik durch öffentlich vermitteltes Lernen Verhalten auch in Tabu- und Illegalitätsbereichen zu beeinflussen, auch wenn über die Wirkmechanismen der Verhaltensbeeinflussung durchaus keine Klarheit besteht [15, 4].

Das Modell wirksamer Lernstrategie besteht in der Regel aus drei Ebenen:
1. Bevölkerungsweiten Streubotschaften mit den zentralen Botschaften:

- Wo kann ich mich nicht infizieren?
- Was sind Risikosituationen, was ist wirksamer Schutz?
- Sowie Botschaften zum Diskriminierungs- und Ausgrenzungsschutz.

2. Zielgruppenspezifischen Kampagnen, die den sozialen und regionalen Bedingungen und Kulturen entsprechen und am besten von betroffenen Gruppen selbst organisiert werden sowie

3. Empathischer Einzelberatung, professionell oder von Menschen in gleicher Lage erbracht.

Als Kernbestand einer auf Verhaltensmodifikation zielenden Aids-Strategie ergibt sich damit das Modell
- einer vorwiegend nicht-medizinischen,
- soweit wie irgend möglich nicht-repressiven,
- die Lebensweisen und Milieus der Zielgruppen berücksichtigenden und stützenden Strategie,
- die durch auf Dauer angelegte Aufklärung über Risiko- und Vermeidungsmöglichkeiten
- unter besonderer Nutzung der persönlichen Kommunikation und Beratung
- gruppenbezogene und selbstorganisierte Anreizsysteme
- mit dem Ziel der Etablierung und Befestigung von sozialen Normen
- für risikomeidendes und solidarisches Verhalten
- schafft und stabilisiert.

Dieser paradigmatische Ansatz einer modernen Seuchenpolitik hat eine gegenüber klassischer Gesundheitspolitik stark veränderte Akteurkonstellation zur Folge: Die Bedeutung des Medizinsystems sowie der repressiven und auf Zwang angelegten Instrumente tritt zurück. Professionell ist vor allem das Public-health-System gefordert. Von absolut zentraler Bedeutung ist die Einbeziehung bzw. Mobilisierung von Vertretern oder Organisationen der betroffenen Bevölkerungsgruppen [16]. Das Achteck aus Medizinsystem, Public-health-System, Forschung, Polizei, Betroffenenorganisationen, Massenmedien und Privatwirtschaft beginnt erfahrungsgemäß nur zu leben und zielgerecht zu funktionieren, wenn die jeweilige Regierungsspitze die Führung aktiv übernimmt und dafür sorgt, daß jeder Akteur seinen praktischen Beitrag erbringen kann und auch erbringt. Defizite der Lernstrategie erklären sich meist aus unvollständiger Implementation und aus inneren Widersprüchen.

Eine konsistente Aids-Politik umfaßt Information, Aufklärung, Selbstorganisation, Kommunikationsstrukturen sowie Verfügbarkeit von Schutzmitteln. Defizite bei einem dieser Instrumente können die Bemühungen aller Akteure und die Wirksamkeit aller anderen Instrumente zunichte machen. Es hat zum Beispiel keinen Sinn, über Schutzmöglichkeiten vor HIV und Aids zu reden, wenn nicht offen und öffentlich über safer sex und clean use geredet werden darf. Es macht keinen Sinn, die Bevölkerung auf safer sex hin zu orientieren, wenn Kondome entweder nicht verfügbar oder zu teuer sind.

Widersprüchlich ist eine Aids-Politik zum Beispiel dann, wenn sie über die Existenz und die Größe des Risikos verschiedene Aussagen enthält. Es sei an die letztlich präventionshinderlichen Debatten über die angebliche Infektion durch Mückenstich oder durch soziale Kontakte oder beim Küssen erinnert. Bekannt sind auch die fundamentalen und lebensgefährlichen Fehlschlüsse, die aus Mißverständnissen mancher mikrobiologischen und virologischen Debatten gezogen werden. Widersprüchlich ist Aids-Politik auch dann, wenn sie auf safer sex in Risikosituationen hin orientiert und zugleich den HIV-Antikörpertest als zentrales und allgemeines Mittel der Prävention propagiert: die Forderung einer einfachen und logischen Präventionsbotschaft ist damit verletzt [11]. Widersprüchlich ist es auch, zutreffend über die Ungefährlichkeit aller sozialen Kontakte im Haushalt und im Zusammenleben aufzuklären und zugleich in bestimmten gesellschaftlichen Bereichen wie z. B. Gefängnissen oder Schulen HIV-Infizierte von Gemeinschaftsaktivitäten wie Kochen oder Spielen auszuschließen. Widersprüchlich ist es schließlich, auf die Kompetenzen der hauptsächlich betroffenen Gruppen zu setzen und zugleich Diskriminierung oder gar Kriminalisierung aufrecht zu erhalten , also z. B. für i. v. Drogenbenutzer safe use zu propagieren und zugleich den Besitz von Spritzbestecken polizeilich zu verfolgen [8].

IV. Integrierte Intervention

Neben der Frühzeitigkeit und Konsistenz besteht das dritte Kriterium für die Wirksamkeit einer Aids-Strategie darin, daß sie integriert ist. Integriert heißt dabei zweierlei:

- Die Aufgaben müssen so verteilt werden, daß jeder Akteur den von ihm optimal zu leistenden Beitrag erbringt.
- Aids-Politik muß sich in den Gesamtzusammenhang der staatlichen und gesellschaftlichen Bemühungen zur Verbesserung der gesundheitlichen Lage der Bevölkerung einfügen.

Zur Aufgabenzuweisung: Eine gute Arbeitsteilung in der Aids-Politik bedeutet in der Regel, daß den Vertretern bzw. Organisationen der hauptsächlich betroffenen Bevölkerungsgruppen eine hohe Priorität für Ausgestaltung, Inhalte, Ansprechorte und Kontrolle der Präventionsbotschaft eingeräumt wird. Wo solche Organisationen nicht bestehen oder (noch) nicht handlungsfähig sind, muß ihre Entstehung angeregt und unterstützt werden, hauptsächlich vom Public-health-System.

Ein regelmäßig auftretendes Beispiel der Störung einer integrierten Aids-Politik ist die Überschätzung der eigenen Möglichkeiten des Medizinsystems in der Primär- und Sekundärprävention. Hinsichtlich der Primärprävention bedeutet dies meist den durch Empirie nicht gedeckten Glauben an den HIV-Antikörpertest als Mittel der Verhaltensbeeinflussung [17]. Für die Sekundärprävention bedeutet die Selbstüberschätzung des Medizinsystems oft eine Übertreibung hinsichtlich medikamentöser Interventionsmöglichkeiten bei symptomlos HIV-Infizierten [18]. Ein Vergleich der zum

Teil dringenden Empfehlungen zum Test als Eingangspforte zur AZT-Frühbehandlung mit den ernüchternden Ergebnissen z. B. der Concorde-Studie [19, 20] zum AZT-Einsatz zeigen, daß das ärztliche Bedürfnis zu helfen in Koalition mit dem Bedürfnis nach Hilfe auf seiten von Infizierten und dem Bedürfnis pharmazeutischer Firmen zum Verkauf ihrer Produkte zu bemerkenswerten Verzerrungen der Realitätswahrnehmung und damit zu suboptimaler Aufgabenzuweisung führen kann [4].

Eine integrierte Aids-Politik muß schließlich auch den Zusammenhang mit anderen Gesundheitsproblemen beachten. Aids ist weder in industrialisierten noch in Entwicklungsländern das einzige, in den meisten Ländern nicht einmal das bedeutendste Gesundheitsproblem. Auch unter den prävenierbaren Infektionskrankheiten gibt es alte Risiken und Krankheiten mit erheblich höherem epidemiologischem Gewicht. Nach wie vor sterben weltweit mehr Menschen an Malaria, Tuberkulose, Tetanus und vielen anderen Infektionskrankheiten als an Aids. Unter den vermeidbaren Todesursachen durch Infektionen bei Kindern rangiert die HIV-Infektion deutlich hinter Masern und Diarrhoe. 2,1 Millionen Kinder sterben jedes Jahr an Krankheiten, die durch Impfung verhütet werden könnten [21]. Eine integrierte Aids-Politik muß deshalb in der öffentlichen Wahrnehmung und in den praktischen Instrumenten den Bezug zu diesen Krankheiten und den Möglichkeiten ihrer Bekämpfung herstellen.

Zutreffende Risikowahrnehmung und -abschätzung erfordern vergleichbare Maßstäbe und Meßziffern. Auf Dauer ist es nicht hilfreich, wenn alle Krankheiten in Jahresziffern zur Inzidenz, Prävalenz und Mortalität erfaßt und veröffentlicht werden, während nur für Aids alle Angaben seit Beginn der Epidemie und immer weiter kumuliert werden. Das hat weder wissenschaftliche noch gesundheitspolitische Vorteile [22].

Zum anderen aber muß Gesundheitsberichterstattung in Zukunft nicht nur Morbidität und Mortalität umfassen, sondern braucht auch Angaben über Gesundheitsrisiken und ihre soziale Verteilung sowie Informationen über Potentiale der Prävention. Dies wäre ein wesentlicher Beitrag zur Verbesserung der gesellschaftlichen Risiko-Kommunikation. Gesundheitsberichterstattung kann dann eine geeignete Grundlage für gesellschaftliche Entscheidungsprozesse über Prioritäten der Gesundheitspolitik werden.

Integriert werden müssen andere Risiken und Krankheiten aber nicht nur in der Wahrnehmung und Abschätzung, sondern auch in das Risiko-Management. Der wechselseitige Zusammenhang zwischen HIV- und anderen Infektionen zeigt sich immer stärker sowohl in Entwicklungsländern als auch in den Armutsgebieten industrialisierter Länder. Neben verschiedenen risikoerhöhenden Hintergrundinfektionen spielen dabei die sexuell übertragbaren Krankheiten [23] und die Tuberkulose [24] eine besondere Rolle. Insbesondere für STD's und TBC haben sich historisch Strategien durchgesetzt, die nicht dem Typ des sozialen Lernens, sondern eher dem Typ der individuellen Suchstrategie entsprechen. Hier kann es zu einem Konflikt zwischen den Kriterien der Konsistenz und der Integration der Strategie kommen. Die Debatte hierüber ist weltweit in Fluß [25]. Für die

anstehenden Entscheidungsprozesse sei daran erinnert, daß Strategien des zwangsweisen Testens oder Screenings, der Erfassung und der Quarantäne nur sehr selten, nur kurzfristig und unter anderen Bedingungen erfolgreich waren. In keinem Fall wurden mit ihnen Erfolge in der Größenordnung der auf dem Gebiet der Aids-Prävention bewirkten Verhaltensänderungen erzielt. Wer deshalb angesichts der zunehmenden epidemiologischen Überschneidung zwischen HIV-Infektion und anderen Infektionskrankheiten für die Anwendung alter Rezepte der Seuchenkontrolle plädiert, muß den Nachweis antreten, wie die bei HIV und Aids auf Basis der Strategie des sozialen Lernens erzielbaren Erfolge mit alten Strategien überboten werden sollen.

Wichtige Faktoren der Ätiologie und der Hinderungsgründe für eine effektive Prävention sind bei den meisten Infektionskrankheiten gleich [26, 27]. Sie liegen in der Armut und der Destruktion sozialer Strukturen mit ihren Eltern ökonomischer und politischer Ungerechtigkeit und Krieg. Diese Faktoren erhöhen die physische Vulnerabilität, die erhöhen die materiellen, kognitiven und emotionalen Hindernisse bzw. Sperren gegen die Aufnahme und Umsetzung der Präventionsbotschaft. Sie verschlechtern auch die Bedingungen der Bewältigung von Infektionen und Krankheiten. Medizinische und soziale Strategien gegen Aids und die anderen großen Infektionskrankheiten sind deshalb langfristig um so wirksamer, je erfolgreicher sie sich in regionale und globale Strategien zur Wohlstandsmehrung, zur Bildung, zum Arbeitsmarkt, zur Wohnungspolitik und zur Überwindung gewaltsamer Konfliktaustragung einordnen. Die Umsetzung dieser Einsicht in eine integrierte Aids-Politik hat globale Implikationen. Wer Aids schneller besiegen will, muß wissenschaftlich, politisch und materiell in den weltweiten und regionalen Auseinandersetzungen zwischen Nord und Süd, arm und reich, auf der Seite der Schwächeren, Ärmeren und Diskriminierten stehen.

Literatur

(Auswahl unter besonderer Berücksichtigung der auf der IX. Internationalen Aids-Konferenz 1993 vorgetragenen Ergebnisse. Weitere Literatur beim Verfasser):

[1] Mann JM, Tarantola D, Netter T, eds. AIDS in the World. Cambridge, Mass. und London, England: Cambridge University Press 1992.

[2] Merson MH/GPA-WHO. The HIV pandemic – Global Spread and response. Plenary Lecture PS-01-1 at the IXth International Conference on AIDS, mimeo, Geneva/Berlin. Conference Abstract Book. Berlin. 1993. Vol. 1, p. 9.

[3] Bassett M. Social and economic determinants of vulnerability to HIV. Plenary Lecture PS-06-2 at the IXth International Conference on AIDS, mimeo, Harare/Berlin 1993; Conference Abstract Book, Berlin 1993, Vol. 1, p. 11.

[4] Rosenbrock R. Aids: Questions and Lessons for Public Health. AIDS & Public Policy Journal 1993; Vol 8, No 1, S. 5 – 19. deutsch: Aids: Fragen und Lehren für Public Health, In: Wer oder was ist Public Health? Argument Sonderband AS 198. Hamburg: Argument Verlag. 1992: S. 82 – 114.

[5] Lamptey P, Coates T, Piot P, Slutkin G. Prevention: Is it working? Plenary Lecture PS-02-2 at the IXth International Conference on AIDS, mimeo, Arlington/Berlin 1993; Conference Abstract Book, Berlin 1993, Vol. 1, p. 9.

[6] WHO: Effective Approaches to AIDS Prevention. Conclusions of a Meeting, 26 – 29 May 1992, WHO/GPA/IDS, Geneva 1992.
[7] Ehrhardt A. Young People and sex education. Plenary Lecture PS-02-1 at the IXth International Conference on AIDS, mimeo, New York/Berlin; Conference Abstract Book, Berlin 1993, Vol. 1, p. 9.
[8] Mordaunt J. Structural Impediments to effective HIV prevention and health promotion among IVDUs. Plenary Lecture PS-08-1 at the IXth International Conference on AIDS, mimeo, London/Berlin 1993; Conference Abstract Book, Berlin 1993, Vol. 1, p. 12.
[9] Kirp D, Bayer R, eds. Aids in the Industrialized Democracies, Passions, Politics and Policies. Rutgers University Press: New Brunswick. 1992. Die deutsche Ausgabe erscheint Anfang 1994 in der Reihe „Ergebnisse sozialwissenschaftlicher Aids-Forschung", in der edition sigma, Berlin.
[10] Fee E, Krieger N. Thinking and Rethinking Aids: Implications for Health Policy. International Journal of Health Services 1993; Vol. 23, No. 2: p. 323 – 346.
[11] Rosenbrock R. Some Social and Health Policy Requirements for the Prevention of Aids. Health Promotion 1987; Vol. 2: 161 – 168.
[12] Deutscher Bundestag, 11. Wahlperiode: Zwischenbericht der Enquete-Kommission „Gefahren von Aids und wirksame Wege zu ihrer Eindämmung", BT-Drucksache 11/2475, Bonn 1988, Nachdruck: Deutscher Bundestag, ed. Zur Sache – Themen parlamentarischer Beratung 3/88: Aids – Fakten und Konsequenzen. Bonn. 1988.
[13] Deutscher Bundestag, 11. Wahlperiode: Endbericht der Enquete-Kommission „Gefahren von Aids und wirksame Wege zu ihrer Eindämmung", BT-Drucksache 11/7200, Bonn 1990, Nachdruck: Deutscher Bundestag, ed. Zur Sache – Themen parlamentarischer Beratung 13/90: Aids: Fakten und Konsequenzen. Bonn. 1990.
[14] Horton M/GPA-WHO: Homosexually active men and the evolving global epidemic of HIV. Plenary Lecture PS-08-2 at the IXth International Conference on AIDS, mimeo, Geneva/Berlin 1993; Conference Abstract Book, Berlin 1993, Vol. 1, p. 12.
[15] Rosenbrock R, Salmen A, eds. Aids-Prävention, Ergebnisse sozialwissenschaftlicher Aids-Forschung, Band 1. Berlin: edition sigma. 1990.
[16] Singh JJ. Empowerment for Malaysian PWAs – Issues, barriers and strategies. Plenary Lecture PS-06-1 at the IXth International Conference on AIDS, mimeo, Kuala Lumpur/Berlin 1993; Conference Abstract Book, Berlin 1993, Vol. 1, p. 11.
[17] Higgins DL, Galavotti C et al. Evidence for the Effects of HIV Antibody Counseling and Testing on Risk Behaviors. Journal of the American Medical Association (JAMA) 1991; Vol. 266, No. 17: p. 2419 – 2429.
[18] Rosenbrock R. HIV Screening. International Journal for Technology Assessment in Health Care 1991; Vol. 7, No. 3: p. 264 – 274.
[19] Seligmann M. Report of the coordinating committee of the Concorde trial, overview OP-01-2 at the IXth International Conference on AIDS, mimeo, Paris/Berlin.
[20] Aboulker JP, Swart AM et al. Preliminary Analysis of the Concorde Trial. Lancet 1993; Vol 341: 889 – 890.
[21] WHO: World Health Statistics Annual. Geneva. 1991.
[22] Rosenbrock R. Aids kann schneller besiegt werden. Gesundheitspolitik am Beispiel einer Infektionskrankheit, Hamburg: VSA. 1986.
[23] Laga M. STD Control for HIV Prevention. Plenary Lecture PS-06-3 at the IXth International Conference on AIDS, mimeo, Antwerp/Berlin 1993; Conference Abstract Book, Berlin 1993. Vol. 1, p. 11.

[24] de Cock K, Kassin S, Ackah A, Digbeu H, Abouja L, Coulibaly D, Coulibaly IM. Tuberculosis and AIDS – Treatment, prophylaxis and public health issues. Plenary Lecture PS-04-3 at the IXth International Conference on AIDS, mimeo, Abidjan/Atlanta/Berlin 1993; Conference Abstract Book, Berlin 1993, Vol. 1, p. 10.
[25] Bayer R. The Dual Epidemics of Tuberculosis and Aids: Ethical and Policy Issues in Screening and Treatment. American Journal of Public Health 1993; Jg. 83 No. 5: p. 649 – 653.
[26] Dubos R. Mirage of Health, Utopias, Progress, and Biological Change. New York: Harper and Brothers 1959.
[27] McKeown T. The role of medicine. Dream, mirage, or nemesis. Oxford: Blackwell 1979.

Priv.-Doz. Dr. Rolf Rosenbrock, Forschungsgruppe Gesundheitsrisiken und Präventionspolitik, Wissenschaftszentrum Berlin, Reichpietschufer 50, D-10785 Berlin, Germany