ECONSTOR
Make Your Publications Visible.

A Service of

ZBW Leibniz-Informationszentrum Wirtschaft
Leibniz Information Centre for Economics

Rosenbrock, Rolf

Book Part — Digitized Version

Der HIV-Antikörper-Test: medizinische und gesundheitspolitische Probleme

Provided in Cooperation with:
WZB Berlin Social Science Center

Suggested Citation: Rosenbrock, Rolf (1987) : Der HIV-Antikörper-Test: medizinische und gesundheitspolitische Probleme, In: Volkmar Sigusch (Ed.): Aids als Risiko: über den gesellschaftlichen Umgang mit einer Krankheit, ISBN 3-922144-67-5, Konkret Literatur Verlag, Hamburg, pp. 170-190

This Version is available at:
https://hdl.handle.net/10419/122591

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

Der HIV-Antikörper-Test
Medizinische und gesundheitspolitische Probleme

> Wer sollte sich testen lassen? Jeder, der glaubt, sich angesteckt zu haben.
> Prof. Dr. phil. Rita Süssmuth, Bundesministerin für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit
>
> Testen, testen, testen!
> Prof. Dr. med. Wolfgang Stille, Klinikum der Johann-Wolfgang-Goethe-Universität Frankfurt a. M.
>
> Es gibt kein Recht auf Nicht-Information.
> Dr. jur. Peter Gauweiler, Staatssekretär im Innenministerium der bayerischen Staatsregierung

Die naturwissenschaftlich-medizinische Forschung im Umkreis Aids hat in der kurzen Zeit seit dem Auftreten des HI-Virus Erstaunliches und Vielversprechendes geleistet. Ihr erstes technologisch massenhaft einsetzbares Produkt waren die 1984 auf den Markt gekommenen ersten Verfahren für die Bestimmung des HIV-Antikörperstatus von dem menschlichen Körper entnommenen Körpersekreten oder Geweben. Daß bei der pharmakologischen Forschung in bezug auf ein völlig neuartiges Virus Diagnostika vor den Impfstoffen und Therapeutika anfallen, entspricht dem Gang der Forschung: Bevor man gegen ein Virus mit gezielt wirkenden Mitteln vorgehen kann, muß man es erst einmal identifizieren können. Diese Sachgesetzlichkeit der Forschung und Entwicklung sagt noch nichts über die Sinnhaftigkeit des Einsatzes *außerhalb* der Forschung, im breiten und ungezielten Masseneinsatz gar.

Freilich bestand auch für die von der US-Regierung forcierte Entwicklung und rasche Zulassung ein massives objektives gesundheitspolitisches Interesse: Auf ca. 10 Prozent der ersten Aids-Patienten war das Virus außerhalb subjektiv zu beeinflussender Risikosituationen durch Transfusionen, Blutprodukt-Versorgung und Transplantationen übergegangen (vor allem auf Bluter, operierte Patienten, Unfallopfer). Dieser Übertragungsweg ist auch bei niedriger »Durchseuchung« und trotz Aufforderung zum Blutspendeverzicht an die Angehörigen der zuerst sichtbar gewordenen Betroffenengruppen *nur* durch verläßliche, naturwissenschaftlich-technisch fundierte Aussonderung infizierter Blut- und Gewebespenden zu versperren. Solange Aids außerdem als Schwulen- und Fixerseuche galt, konnte sich noch die weitergehende Hoffnung an den Test knüpfen, die Krankheit mit seiner Hilfe auf diese Gruppen beschränkt zu halten. Die technischen Anforderungen erfüllt der Test in dieser Hinsicht durch sequentiell risikovermindernde Testanordnungen und bei der gegebenen extrem geringen »Durchseuchung« der Blutspenden (als Beispiel: in Hessen 1987: 1:70 000) vergleichsweise sehr gut: Die Wahrscheinlichkeit, daß eine infizierte Blutspende »durchrutscht«, wird auf ca. 1:3 000 000 geschätzt.

Wird der Test jedoch über diese Funktion hinaus eingesetzt, so sind auch die »Schwächen« einer Testung zu beachten. Dabei sollen hier Laborfehler, Verwechslungen von Blutproben etc. nicht berücksichtigt werden, weil sie — z. B. durch Testwiederholung — fast ausschließbar sind. Es bleiben jedoch die Probleme jeglicher medizinischer Diagnostik, die sich bei der HIV-Testung — wie zu zeigen sein wird — verschärft stellen:

1. Ein Test, eine diagnostische Maßnahme, ist *nie* in der Lage, 100 prozentig zwischen »gesund« und »krank« — hier infiziert und nicht-infiziert — zu unterscheiden; dies ist durch die Variabilität biologischer Phänomene wesentlich erklärt. Diese »Abweichung« von einer 100 prozentigen Trennung zwischen »gesund« und »krank« wird in der *Test-Qualität* — in *Spezifität* und *Sensitivität* — beschrieben. Unter der *Sensitivität* eines Testes versteht man den Prozentsatz der im Test als »krank« (hier: infiziert bzw. Infektionskontakt) Erscheinenden an der

Gesamtzahl real Erkrankter. Die als Ersttests verwendeten ELISA haben eine Sensitivität zwischen 93,4 und 99,6 Prozent. Dies bedeutet, daß von 1000 Erkrankten 4 bis 66 im Test nicht als solche erfaßt werden (= falsch-negativ).

Unter der *Spezifität* eines Testes versteht man den Prozentsatz der im Test als »gesund« Identifizierten an der Gesamtzahl der real Gesunden. Die Spezifität der ELISA auf HIV liegt zwischen 98,6 und 99,6 Prozent, d. h. bei 1000 gesunden, also hier nichtinfizierten Personen werden im Test zwischen 4 und 14 als »krank« identifiziert (= falsch-positiv). (Zahlen nach: Gostin und Curran 1987; ungünstigere Testqualitäten referieren Gürtler et al. 1986; über extrem hohe Raten falschpositiver Ergebnisse bei hoher »Durchseuchung« mit anderen Infektionserkrankungen, z. B. Malaria, berichtet Konotey-Ahulu 1987.)

Bei Verwendung des gleichen Testes geht jede Erhöhung der Spezifität mit Verringerung der Sensitivität — und umgekehrt — einher. Das hier skizzierte Problem besteht, wie gesagt, für jegliche medizinische Diagnostik. Oft ist jedoch die Durchführung weiterer, methodisch anders ablaufender und damit nicht voneinander abhängiger Tests (Untersuchungen) möglich. Weist eine Mehrzahl von methodisch untereinander unabhängiger Untersuchungen immer in die gleiche Richtung (positiv oder negativ), so wird somit die Wahrscheinlichkeit des richtig-positiven oder richtig-negativen Testergebnisses erhöht. Bei der Untersuchung auf HIV bei asymptomatischen Personen aber gibt es außer dem ELISA-Test nur noch einen (Western blot) oder in Ausnahmen einen weiteren (Virus-Züchtung) Test. Mit zwei, maximal drei Tests jedoch bleibt die Wahrscheinlichkeitseingrenzung zur Beurteilung, ob richtig oder falsch positiv, relativ eingeschränkt — und dies bei einer solch schwerwiegenden Diagnose!

2. Steht man vor einem positiven oder negativen Testergebnis, so kann, nach dem oben Gesagten, nur nach Wahrscheinlichkeiten — selbst wenn die genannten zwei weiteren Tests durchgeführt werden — entschieden werden, ob hier ein richtig-positives oder ein falsch-positives Ergebnis im Einzelfall vorliegt (gleiches gilt für negative Test-Ergebnisse). Diese

Wahrscheinlichkeiten werden aber ganz wesentlich durch die anzunehmende Wahrscheinlichkeit des Vorliegens der Erkrankung — hier des Viruskontaktes — bestimmt.

Die *Prädiktion oder der prädiktive Wert* eines Testes wird ganz überwiegend durch die anzunehmende Wahrscheinlichkeit (ausgedrückt durch die anzunehmende Häufigkeit der gesuchten Erkrankung in einer Population) sowie durch die oben erwähnte Test-Qualität bestimmt. Für einen positiven Testausfall sei das einmal illustriert: Ein positiver Test-Befund wird mit hoher Wahrscheinlichkeit auch richtig-positiv sein, ist er bei einem Homosexuellen mit zahlreichen Partnern und Analverkehr gewonnen worden. Ein positiver Testbefund, gewonnen aus dem Blut eines ausschließlich Heterosexuellen mit wenigen Partnern und keinen Prostitutions/Drogenkontakten, wird hingegen mit hoher Wahrscheinlichkeit falsch-positiv sein (entsprechende Modellrechnungen in: Rosenbrock 1986, Testkapitel).

Die Kenntnis des prädikativen Werts eines Testes ist von größter Bedeutung für die Frage der Sinnhaftigkeit der Anwendung eines Testes in der Bevölkerung: Ist von einer sehr geringen — bei HIV extrem geringen — »Durchseuchung« in der durchschnittlichen Bevölkerung auszugehen, so ist eine generelle Testdurchführung unsinnig, weil sie in der Mehrzahl nur falsch-positive Befunde erbringen kann.

3. Antikörper finden sich meist 6 bis 8, in nicht ganz seltenen Fällen auch erst 26 und mehr Wochen nach dem Zeitpunkt der Infektion. Ein einmaliger Test sagt also nur dann etwas über den Status der untersuchten Person aus, wenn in einem entsprechend langen Zeitraum vor dem Test eine Infektion sicher ausgeschlossen werden kann. Möglicherweise, aber nicht sicher, könnten die demnächst marktreifen Tests auf das Antigen selbst diese Unsicherheit beseitigen. Sie könnten freilich auch neue Unsicherheiten mit sich bringen.

Die inhaltlichen Schwächen der Testaussage (Prognosesicherheit, Testkonsequenzen) lassen sich in der fiktiven Mitteilung zusammenfassen, die einem symptomlosen Probanden mit positivem Testergebnis gegeben werden müßte:

»Du wirst nach den vorliegenden, sozialepidemiologisch durch-

weg unbrauchbaren Studien und nach den bisherigen Erfahrungen in einem Zeitraum zwischen einem halben Jahr und unbekannt vielen, vielleicht 7 Jahren, nach der/den Infektion/en (nicht nach dem Test!) mit einer unbekannten Wahrscheinlichkeit ARC- oder/und Aids-Symptome entwickeln. Die auf Basis methodologisch vertretbarer Studien vorgenommenen seriösen Schätzungen für diese Wahrscheinlichkeit liegen zwischen 20 Prozent und 40 Prozent. Diese Quoten können sich durch längere Beobachtung der Krankheit sowohl nach unten als auch nach oben hin verändern. Wann die Krankheit ausbricht, wenn sie ausbricht, ist schwer zu sagen und hängt von weitgehend unerforschten Faktoren ab. Die meisten derer, die überhaupt Symptome entwickeln, tun dies zwischen dem 3. und 4. Jahr nach der wirksamen Infektion. Warum bei dir, im Gegensatz zu einer unbekannten Anzahl anderer Menschen mit Viruskontakt, das Virus eingedrungen ist, weiß niemand.

Die Existenz von Antikörpern in deinem Blut kann zweierlei bedeuten, entweder ist dein Immunsystem mit der (möglicherweise geringen) Anzahl eingedrungener Viren fertiggeworden oder, das ist wahrscheinlicher, in deinem Körper findet derzeit ein Auseinandersetzungsprozeß mit offenem Ausgang statt.

Wie du den Prozeß in deinem Körper, wenn es ihn überhaupt gibt, beeinflussen kannst, weiß auch niemand. Laß dir da von den aus dem Boden schießenden Quacksalbern nichts vormachen. Wahrscheinlich machst du keinen Fehler, wenn du einfach gesund lebst. Das Wichtigste sind vielleicht eine positive Lebenseinstellung und eine gesicherte soziale Existenz. Auch scheint Angst vor der Krankheit die Krankheit befördern zu können, während emotionale Wahrnehmungs- und Ausdruckskraft, das Akzeptieren deiner selbst und deiner Sexualität sowie insgesamt ein aktiver Umgang mit deinem Leben und der Krankheit bremsend oder verhindernd wirken können. Das ist allerdings leider nicht sehr spezifisch, denn dies gilt eigentlich als Lebensregel für jedermann/frau und verbessert allgemein die Gesundheits- und Lebensschancen.

Hinsichtlich der spezifischen Aids-Prävention gelten die gleichen Regeln, die auch besser vorher für dich gegolten hätten: Safer sex und Einmalspritzen.

Wenn du irgendwann eine Symptomatik ›unterhalb‹ von Aids entwickelst (LAS, ARC), so kann dies in einem unbekannten Zeitraum und mit einer nicht bestimmbaren Wahrscheinlichkeit später in Aids übergehen. Solltest du zu der unbekannt großen Gruppe derer gehören, die irgendwann an Aids erkranken, wirst du nach dem heutigen Stand des Wissens über palliative, symptomatische und kurative Interventionsmöglichkeiten der Medizin mit einer Wahrscheinlichkeit von über 80 Prozent an diesem Syndrom sterben.«

Es ist evident und müßte jedem Beteiligten klar sein, daß eine solche lebensbedrohliche und zum Teil notwendigerweise zynisch klingende Mitteilung in erster Linie einen »Life Event« darstellt. Darunter versteht die sozialmedizinische Forschung plötzliche und von außen kommende lebensverändernde Ereignisse. Sie beeinflussen den gesundheitlichen Status so stark, daß das Erkrankungsrisiko des Betroffenen spezifisch und unspezifisch, physiologisch und psychologisch beträchtlich steigt.

Und so ist es auch: Bis zur Hälfte der Personen erkrankt an der Mitteilung eines positiven Testergebnisses, die Folgen reichen von behandlungsbedürftigen depressiven Verstimmungen über psychosomatische Manifestationen und den Ausbruch von Psychosen bis hin zum Suizid. Der Test ist also ein äußerst wirkungsmächtiges Instrument in den Händen der naturwissenschaftlichen Individualmedizin, zumindest was die *unerwünschten Wirkungen* angeht: Durch die Mitteilung des positiven Testergebnisses wird eine große und wachsende Anzahl von Kranken durch das Medizinsystem selbst produziert, die dann medizinisch und psychotherapeutisch versorgt werden muß und/oder Bewältigungskapazitäten der Aids-Hilfen von den Aufgaben der Prävention abzieht.

Nun ist evident und entspricht auch den weltweit anerkannten Regeln der ärztlichen Kunst, daß medizinische und gesundheitspolitische Instrumente und Maßnahmen dann und nur dann eingesetzt werden, wenn bei verständiger Würdigung des Gesamtzusammenhangs die erwünschten Wirkungen eindeutig überwiegen und die unerwünschten Wirkungen tolerabel sind. Das läßt sich sowohl logisch als auch aus der ärzt-

lichen Ethik (Obersatz: nil nocere, deutsch: dem Patienten keinen Schaden zufügen) als auch epidemiologisch (das heißt in bezug auf die gesundheitliche Wirksamkeit solcher Instrumente und Maßnahmen) als auch verfassungs- und strafrechtlich begründen.

Bei dieser Sachlage ist demnach die Vornahme des HIV-Antikörpertests nur dann zulässig oder gar anzuraten, wenn damit *erwünschte Wirkungen* erzielt werden können, die diese unerwünschten Wirkungen übertreffen. Die beabsichtigten (d. h. erwünschten) Wirkungen unterscheiden sich nach Zwekken und Zielen, die mit dem Test erreicht werden sollen. Im folgenden werden deshalb differenzierte Antworten für die verschiedenen Indikationsmöglichkeiten des Tests skizziert.

1. *Medizinische Indikationen:* Absolut erforderlich und zweckmäßig ist der Test zur Sicherung von Blut- und Samenspenden sowie von Transplantaten (s. o.). Zur Abklärung von Symptomen (lang anhaltende Lymphknotenschwellungen, verbunden mit Gewichtsverlust etc.), die auf ARC oder Aids hindeuten können, ist der Test im Rahmen der Ausschluß- und Differentialdiagnose ebenfalls ein notwendiges Instrument, sollte aber — im Gegensatz zur gegenwärtig vielgeübten Handhabung — erst *nach* weniger »invasiven« Diagnosemethoden eingesetzt werden. Bislang vereinzelt aufgetretene Komplikationen deuten darauf hin, daß die Immunisierung mit Lebendimpfstoffen gegen andere Infektionskrankheiten bei positivem Sero-Status zu Komplikationen führen kann. Auch massive Cortison-Gaben (medizinisch ohnehin meist umstritten) können bei Seropositiven kontraindiziert sein. Schwangeren aus risikotragenden Gruppen sollte im Rahmen einer ausführlichen Beratung und bei Sicherstellung der Betreuung der Test angeboten werden, weil das relativ hohe, aber keinesfalls 100 prozentige Risiko einer seropositiven Mutter, ein infiziertes Kind zur Welt zu bringen, eine medizinische Indikation für einen Schwangerschaftsabbruch sein kann.

2. Angesichts immer noch großer Zonen der (qualitativen und quantitativen) Ungewißheiten über den äußeren Übertragungsmechanismus (wie kommt das Virus in die Blutbahn? wieviel ist erforderlich?) sowie über physische, psychische und

soziale Ko-Faktoren sowohl der Infektion (wer nimmt das Virus auf und entwickelt Antikörper?) als auch des Übergangs in die Krankheit (wer wird nach wie langer Zeit krank?) besteht ein beträchtlicher Bedarf an epidemiologischer und vor allem *sozialepidemiologischer Forschung.* Für solche Forschungen muß getestet werden. Weltweit haben sich hierfür bislang immer ausreichend viele Freiwillige gefunden, die in Kenntnis der Risiken an solchen Studien teilnehmen. Der Engpaß liegt hier in der Qualität der Forschung: Die Mindeststandards in der Zusammenstellung, in der Erhebung vor allem nichtmedizinischer Parameter und in der Auswertung werden sehr oft nicht erreicht (für die BRD vgl. z. B. die Kritik an der Frankfurter Helm/Stille-Studie von 1986 bei Rosenbrock 1986, S. 96—100).

3. Als Maßnahme der *individuellen Früherkennung* gibt es für den Test außerhalb der unter 1. genannten Situationen keine Indikation. Individuelle Früherkennung ist nach den Regeln der Logik und der ärztlichen Kunst nur zulässig, wenn auf Basis eines positiven Befundes eine sinnvolle medizinische Intervention einsetzen kann (Wilson 1986; auch: Reichsversicherungsordnung § 181 a). Das ist gegenwärtig nicht der Fall; die Beurteilung würde sich aber schlagartig ändern, wenn medizinische Mittel gefunden würden, die die Latenzzeit verlängern und/oder den Ausbruch der Krankheit unwahrscheinlicher machen würden. Auch zu den — medizinisch zu Recht sehr umstrittenen — Früherkennungsuntersuchungen auf verschiedene Krebserkrankungen besteht ein grundlegender Unterschied. Die Kritik an der Sinnhaftigkeit der Früherkennung bezieht sich dort auf die Effektivität der medizinischen Therapie im Verhältnis zu der durch das Untersuchungsergebnis bewirkten Lebensbeschädigung (Abholz 1987). Aber es *gibt* dort Therapieansätze, von denen zumindest wesentliche Fraktionen der ärztlichen Profession der medizinisch begründeten Auffassung sind, daß sie das Leben des/der Patienten verlängern können. Das ist bei der HIV-Infektion zumindest gegenwärtig nicht der Fall.

4. Ins Spiel gebracht wird der Test auch immer wieder als Mittel zur Beantwortung der Frage, wie hoch der *»Durchseu-*

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

a) Die Wahl der adäquaten Präventionsstrategie gegen Aids (möglichst flächendeckende und zeitstabile Durchsetzung der Kondombenutzung in Risikosituationen und der Verwendung von sterilen Spritzbestecken durch strukturgestützte Verhaltensbeeinflussung) ist weitgehend unabhängig davon, ob nun 30 000 oder 100 000 Menschen das Virus in sich tragen und deshalb in Risikosituationen weitergeben können.

b) Eine »repräsentative Bevölkerungsstichprobe« für die HIV-»Durchseuchung« kann es nicht geben, da die »repräsentative« Verteilung der Risiken aufgrund zahlreicher offener Forschungsfragen in bezug auf den »äußeren« Übertragungsmechanismus, die Kofaktoren, die Latenzzeiten und die Ausbruchswahrscheinlichkeiten nicht ermittelt werden kann. Schon die allergröbste Klassifizierung der risikotragenden Gruppen stößt auf nicht behebbare Wissenslücken und unüberwindliche Erhebungsprobleme: Die Anzahl der immer oder häufig homosexuell aktiven Männer liegt wahrscheinlich irgendwo zwischen 1 und 2, 5 Millionen; zwischen 50 000 und 100 000 Menschen bringen sich intravenös Drogen bei; der Prostitution gehen wahrscheinlich zwischen 200 000 und 400 000 Menschen nach; über das Ausmaß der hetero- und homosexuellen Promiskuität liegen nur vage Schätzungen vor etc. Über die Verteilung von Risikoverhalten in diesen Gruppen läßt sich ebenfalls nicht viel sagen. Elementare Voraussetzungen der Erhebung einer in bezug auf Aids-Gefährdung »repräsentativen Bevölkerungsstichprobe« sind damit nicht gegeben, so daß sich die gravierenden Fragen der Freiwilligkeit der Teilnahme an einer solchen Untersuchung nicht stellen.

c) In Frage käme deshalb nur eine Totalerhebung auf Basis gesetzlichen Zwangs. Weder die polizeilichen Melderegister noch eine (a) »halbwegs geglückte« und (b) durch gesetzwidrige

De-Anonymisierung mißbrauchte Volkszählung würde aber für ein solches Unterfangen ausreichende Unterlagen zur Verfügung stellen. Es müßte also eigens dafür ein gewaltiger Polizei- und Kontrollapparat geschaffen werden, gegen den sich der »Deutsche Herbst« von 1977 wie ein harmloses Spiel im Kinderladen ausnehmen würde.

d) Daß bei gegenwärtig »hoch gegriffen« einem HIV-Positiven auf 10 000 geschlechtsreife Bürger/innen zumindest im ersten Testdurchgang ca. 400 000 falsch-positive und auch einige Tausend falsch-negative Befunde produziert würden, bleibt bei solchen Überlegungen regelmäßig außer Betracht.

e) Generell wird auch das Problem »übersehen«, daß mit einer solchen Aktion möglicherweise zigtausende psychiatrisch bzw. psychotherapeutisch behandlungsbedürftiger »Fälle« produziert würden, von der weit über Aids hinausgehenden Hysterisierung der Gesamtbevölkerung noch ganz abgesehen.

f) Und wozu das Ganze? Für die Prognose notwendiger Behandlungs- und Bettenkapazitäten und der finanziellen Belastung des Sozialversicherungssystems sind solche, nur um den Preis eines extrem »starken Aids-Staates« zu gewinnenden Daten nicht erforderlich. Dieser Informationsbedarf könnte aus anderen Quellen und ohne jede Repression hinreichend befriedigt werden. Derzeit verfügen wir über vier »Meßstellen« hinsichtlich der Verbreitung des Virus und der Entwicklung der Krankheit (Jacobowski 1987):

— Jährlich fallen einige Hunderttausend Blutspenden an, die ohnehin untersucht werden müssen und fast ausschließlich aus soziologisch zumindest grob bestimmbaren Bevölkerungsgruppen stammen, die subjektiv davon ausgehen, daß sie *nicht* Aids-gefährdet sind.

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

— Mit sozialepidemiologisch fundierten Kohortenstudien auf Basis von Information, Freiwilligkeit und Betreuung lassen sich problemlos Erkenntnisse über Verbreitung und Entwicklung von Aids in risikotragenden Gruppen gewinnen.

— Die Vollbilderkrankungen an Aids werden mit unter-

durchschnittlicher Dunkelziffer beim Bundesgesundheitsamt auf freiwilliger Basis gemeldet.

Durch eine soziologisch und epidemiologisch angeleitete Inerpretation der Daten aus diesen vier ohnehin vorhandenen Quellen lassen sich in bezug auf Aids bessere und härtere Informationen gewinnen als über die meisten anderen wichtigen Krankheiten in unserem Land. Von einer wissenschaftlich adäquaten Nutzung dieser Möglichkeiten kann aber gegenwärtig kaum die Rede sein.

Es ist deshalb wohl keine bösartige Unterstellung, wenn hinter dem Ruf nach Massentestungen zur epidemiologischen Messung andere Motive vermutet werden. Z. B. die unreflektierte »seuchenstrategische« Weisheit, daß man zur Bekämpfung von Infektionskrankheiten alle individuellen Infektionsquellen kennen muß. Übersehen wird dabei, daß diese »klassische« Regel angesichts der extrem schwierigen Übertragbarkeit des HIV (Übertragungssicherheit aller Kontakte außerhalb der Risikosituationen), des daraus folgenden absoluten Primats präventiver Selbststeuerung und angesichts der Nicht-Therapierbarkeit auf Aids nicht anwendbar ist (vgl. Rosenbrock 1987 a). Häufig stehen hinter solchen Vorschlägen freilich auch erkennbar gefährliche Omnipotenzphantasien vom »starken Staat«. Zumindest implizit spielt wohl auch der Gedanke eine Rolle, daß durch den Test individuell präventives Verhalten erzeugt werden kann. Dies verdient eine genauere Erörterung.

5. Der Grundgedanke der *individuellen Verhaltensbeeinflussung* durch den Test kommt in der Formel zum Ausdruck: Nur wer seinen Serostatus kennt, verhält sich präventionsgerecht. Dem liegen mehrere Denkfehler zugrunde:

a) Gemeint können damit nur HIV-positive Probanden sein, von denen erwartet wird, daß sie in Kenntnis der von ihnen ausgehenden Infektionsgefahr entweder strikt den Präventionsregeln folgen (Kondome bei penetrierendem Geschlechtsverkehr, sterile Spritzbestecke) und/oder ihre/n Partner/in über ihren Status aufklären oder sexuell gänzlich abstinent leben. Übersehen wird dabei, daß ein *negativer* HIV-Antikörperbefund (vor allem wegen der langen Inkubations-

zeit) keinen eindeutigen Aufschluß über die Infektiosität gibt und zudem auch für Seronegative die Regeln der individuellen Prävention gelten, solange das Virus in der Bevölkerung kursiert. Logischerweise — und empirisch durch eine Reihe von Studien belegt — führt ein negatives Testergebnis zu möglicherweise lebensgefährlichem Leichtsinn, speziell bei solchen Personen, die zuvor Infektionsrisiken ausgesetzt waren und sich nicht angesteckt haben. Der Leichtsinn nimmt plausiblerweise außerdem in dem Maße zu, wie durch Testprogramme die mit keiner Strategie realisierbare Illusion genährt wird, daß alle »Positiven« irgendwie »aussortiert« worden sind (durch amtliches Sexverbot für HIV-Positive, durch Prostitutionsüberwachung, durch Grenzkontrollen oder ähnliche symbolische Aktionen). Das Stiften von Leichtsinn ist eine auch quantitativ hochrelevante »unerwünschte Wirkung« einer auf Testpropagierung oder gar -zwang konzentrierten Gesundheitspolitik, bei deren Beachtung der bayerische Maßnahmenkatalog vom Februar 1987 — jenseits aller Bürgerrechtsfragen und der unmittelbar mit ihm erzielten erwünschten und unerwünschten Wirkungen in den Zielgruppen — unter gesundheitspolitischen Gesichtspunkten nicht hätte verabschiedet werden dürfen.

b) Ein *positives* Testergebnis kann folgende Reaktionstypen hervorrufen:

— Anomie, Panik, Depression, Hysterie, Verlust rationaler Handlungskontrolle, Rückzug. Ob diese iatrogen produzierten Krankheitsbilder günstige Voraussetzungen für einen vernünftigen Umgang mit der Sexualität und die Einhaltung der Regeln der Prävention bieten, darf füglich bezweifelt werden (vgl. Becker und Clement 1987).

— Ignorieren, Verleugnen, Verdrängen, keine Veränderung des (Sexual-)Verhaltens.

— Unterlassung riskanter Sexualpraktiken, Übergang auf Safer sex.

Es ist weder plausibel noch erwiesen, daß der zuletzt genannte Reaktionstyp die größte Häufigkeit aufweist, und selbst wenn dem so wäre, müßten die schädlichen Konsequenzen aus den Reaktionstypen 1. und 2. dagegen zumindest abge-

wogen werden. Besonders gesundheitsgefährlich (im Sinne der Aids-Übertragung) dürfte die Produktion von — ansonsten wohl sehr seltenen — *»Desperados«* sein, die das Testergebnis als Reduktion der ihnen noch zur Verfügung stehenden Lebensspanne auf wenige Monate oder Jahre *miß*verstehen und vor diesem Hintergrund auch sexuell »ohne Rücksicht auf Verluste« und nach dem Motto »Nach mir die Sintflut« agieren.

Daß vor allem von ärztlicher Seite *gegen* die Plausibilität und *gegen* die vorliegende Empirie so außerordentlich hartnäckig am Gedanken der Verhaltensbeeinflussung durch den Test festgehalten wird, dürfte nicht zuletzt damit zusammenhängen, daß die medizinische Ausbildung keine oder nur rudimentäre Kenntnisse aus Verhaltens- und Sexualwissenschaften vermittelt. Die ärztliche Profession folgt deshalb weithin dem (vielfach widerlegten) Glaubenssatz, daß mit Schock, Angst und Todesdrohung die nachhaltigsten Verhaltensänderungen zu erzielen sind. Daß dies vielleicht generell und ganz sicher für langfristige Verhaltensänderungen der falsche Weg ist, daß im Rahmen adäquater Modelle der Aids-Prävention viel mehr der prekäre Pfad zwischen rationaler Furcht und hysterischer Angst zu definieren ist, gerät auf diese Weise gar nicht erst in den Blick (vgl. dazu Rosenbrock 1987 b).

c) Einen Schritt weiter gehen Teststrategen, die als Konsequenz aus positiven Testergebnissen vollständige *Abstinenz* fordern und dies auch gegebenenfalls administrativ (»Absonderung«) durchsetzen wollen. Die griffige Begründungsformel lautet: »Safer sex is not safe.« Dieser Satz enthält natürlich einen Kern Wahrheit: Zwar ist die Herstellung dichter und reißfester Kondome technisch kein Problem, und die Verwendung von diesbezüglich getesten Fabrikaten bietet insoweit Sicherheit; auf der anderen Seite gibt es aber eine Reihe von Studien an kleinen Gruppen, die relativ hohe Quoten von Handhabungsfehlern, speziell bei Analverkehr, ausweisen (keine oder falsche Gleitcreme, Abrollen, Abrutschen). Dies verweist auf die Notwendigkeit, die Aufklärung in dieser Hinsicht zu spezifizieren und zu intensivieren. Es kann aber wohl davon ausgegangen werden, daß bei angeleiteter und verläßlicher

Kondombenutzung die HIV-Übertragungswahrscheinlichkeit mindestens auf die Größenordnung des Pearl-Index für Kondombenutzung (1—3 unerwünschte Schwangerschaften auf 100 Benutzerjahre) reduziert werden kann. Zusammen mit der Übertragungswahrscheinlichkeit des HIV-Virus in Risikosituationen (Schätzungen auf z. T. unklarer methodischer Basis zwischen 1 : 3 und 1 : 100 bei Analverkehr, zwischen 1 : 30 und 1 : 1000 bei Vaginalverkehr) ergibt sich daraus eine verbleibende Infektionsgefährdung, die — epidemiologisch betrachtet — weit unter den Risiken z. B. der Teilnahme am Straßenverkehr (Todesrisiko für jeden Teilnehmer in jedem Jahr ca. 1 : 7000) liegt. Von arbeitsbedingten Erkrankungen, ärztlichen Behandlungen und vom Zigarettenrauchen ganz zu schweigen. Aids würde bei verläßlicher Einhaltung der Minimalregeln nach dem »Herauswachsen« der Kranken aus den jetzt bereits Infizierten zu einer sehr seltenen Krankheit werden (diesen Zusammenhang übersieht z. B. Frösner 1987 b in seinem neuesten Horror-Szenario). Wer für sich individuell in bezug auf Aids eine höhere Sicherheit erreichen will, ist auf sexuelle Enthaltsamkeit oder strenge Monogamie angewiesen.

d) Ein ganz anderes Argument für den Test zur Verhaltenssteuerung bezieht sich auf die Ermittlung des/der Uneinsichtigen. Hier ist an Verhaltenssteuerung durch *äußeren Zwang* gedacht. Dem Modell nach wird die gesamte Bevölkerung getestet, die HIV-Positiven erhalten eine »intensive ärztliche Beratung«. Wenn Hinweise (welche? woher?) vorliegen, daß die Beratenen den Rat (je nach Risikokonzept Safer sex oder Abstinenz)nicht befolgen, kann es zu Zwangsmaßnahmen bis zur »Absonderung« kommen (Frösner 1987 a, dazu: Pohle und Eichenlaub 1987, Bayerische Staatsregierung 1987). Zum »Durchtesten« der Bevölkerung wurde weiter oben unter 4. einiges gesagt. Zur »intensiven ärztlichen Beratung« ist zu bemerken, daß die ärztliche Profession generell in bezug auf Verhaltensbeeinflussung und speziell in bezug auf Sexualberatung aufgrund ihrer Ausbildung und ihres professionellen Standorts und Blickwinkels (Behandlungszimmer, Klinik) regelmäßig schlechtere Ergebnisse vorzuweisen hat als sozialwissenschaftlich angeleitete Professionen.

Wenn diese Defizite überwunden werden könnten, würde — ohne Test — eine Strategie naheliegen, in der jeder Arzt jedem Patienten ohne besonderen Anlaß und ohne Aufforderung die Minimalregeln der Aids-Prävention vorstellt und empfiehlt. Nach zwei Jahren hätte auf diese Weise nahezu jede/r Bundesbürger/in seine/ihre persönliche Aids-Beratung bekommen. So etwas funktioniert natürlich nur bei gegebenem Vertrauensverhältnis zwischen Patient und Arzt, also nicht, wenn die Aids-Beratung mit polizeilichen Aufgaben (Zwangstestung, Überwachung, Meldepflicht o. ä.) in Verbindung steht. Abgesehen davon ist mit der polizeilichen Kontrolle des »einsichtigen Verhaltens« von HIV-Positiven eine ganz erhebliche Ausweitung der Aufgaben und damit der Verantwortungsübernahme durch den Staat verbunden: Polizeilich kontrollbedürftig wird praktisch jeder penetrierende Geschlechtsverkehr und jede iv-Drogenbenutzung. Gerade die Erfahrungen mit der seit Jahren versuchten scharfen polizeilichen Kontrolle in bezug auf Drogenbenutzung sprechen — wiederum jenseits der damit verbundenen Bürgerrechtsprobleme — schon aus Effektivitätsgründen gegen solche Ansätze.

Zusammenfassend läßt sich festhalten, daß Ansätze der Verhaltensbeeinflussung durch massive Testpropagierung oder gar Testzwang gegen gesicherte Erkenntnisse der Verhaltens- und Sexualwissenschaften verstoßen und die in sie gesetzten Hoffnungen nicht nur nicht erfüllen können, sondern stattdessen sogar kontraproduktiv wirken. (Erhöhung der Anzahl vermeidbarer Opfer). Etwas anderes tritt hinzu: Präventionsbotschaften kommen desto wirksamer an, je simpler sie sind und je leichter sie in die jeweils gegebene Lebensweise einzubauen sind. Wer die Präventionsbotschaft (Safer sex und Einwegspritzen) mit der Testbotschaft »vertauscht«, muß mit beträchtlichen Effektivitätsverlusten rechnen. Vor diesem Hintergrund erweist sich die im Frühsommer 1987 begonnene, neue Kampagne der Bundesregierung als geradezu verhängnisvoll fehlkonzeptioniert: Risikosituationen und Präventionsmöglichkeiten werden überhaupt nicht mehr beim Namen genannt und *statt dessen* wird der Test propagiert.

6. Der HIV-Antikörpertest wird weiterhin als Maßnahme

zur *Sicherheit in Institutionen* propagiert und mit oftmals unterlaufener oder nur fiktiver Freiwilligkeit durchgeführt (medizinische Versorgung, Gefängnisse, Bildungseinrichtungen, Betriebe etc.). Zunächst ist festzuhalten, daß auch in diesen Institutionen außerhalb der bekannten Risikosituationen ein relevantes Infektionsrisiko nicht besteht. Zwar ist die Anzahl der mutmaßlich durch Blutkontakt mit Aids-Kranken in Krankenhäusern (Nadelstichverletzungen, Eindringen von infiziertem Blut in offene Wunden) Infizierten weltweit mittlerweile auf 9 gestiegen (MMWR 1987), doch ist dies vor dem Hintergrund der zigtausend Expositionsjahre im Umgang mit Aids-Kranken und in Relation zu den sonstigen Berufs- und Lebensrisiken zu sehen. Auch die US-amerikanischen Centers for Disease Control (CDC) sind deshalb bei ihrer bisherigen Einstellung geblieben: Einhaltung der Hygieneregeln im Krankenhaus, so als sei jeder Patient infektiös (mit HIV oder dem wesentlich leichter übertragbaren Hepatitis-B-Virus), kein Screening bei Krankenhausaufnahme (ebd.). Ausnahmen können sich in Risikosituationen ergeben, bei denen es fast regelmäßig zu Nadelstichverletzungen des Personals kommt (Operationen am offenen Brustkorb etc.). Die Gefährdung der Patienten durch infiziertes Personal ist ebenfalls im Rahmen vernünftiger Abwägungen als Risiko auszuschließen.

Immer noch fordern einzelne Landesversicherungsanstalten den HIV-Antikörpertest als Voraussetzung zur Bewilligung einer stationären Drogentherapie. Angesichts der Motivationslage der Rehabilitanden und der in den Einrichtungen zu organisierenden Prävention (Kondome) ist dies als präventions- und rehabilitationsfeindlich anzusehen.

Besonders absurd ist die Situation in Gefängnissen: Solange der Knast gegen die Evidenz als sex- und drogenfreier Raum definiert wird und deshalb die technischen Voraussetzungen der Prävention (Kondome, Spritzbestecke) ausgesperrt bleiben, kann über die Sinnhaftigkeit von Testprogrammen nicht ernsthaft diskutiert werden. Faktum ist, daß ein/e nicht Infizierte/r, der/die im Gefängnis mit iv-Drogen in Berührung kommt, so gut wie sicher infiziert wird: An den wenigen eingeschmuggelten Spritzbestecken (»Stationspumpen«) »hän-

gen« bis zu 25 Personen; der Drogenfluß in die Gefängnisse konnte trotz aller repressiven Bemühungen niemals unterbrochen werden. Vor allem Gelegenheits-Homosexualität ist im Gefängnis ständige und weitverbreitete Praxis.

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

7. Schließlich wird der HIV-Antikörpertest auch als Bestandteil *individueller Sicherheitsstrategien* diskutiert. Aus den bisherigen Ausführungen sollte deutlich geworden sein, wie fragwürdig, Leichtsinn stiftend und letztlich irrational die meisten zum Test führenden individuellen Überlegungen sind. Dennoch gibt es Konstellationen, in denen gerade unter Beachtung des Selbstbestimmungsrechts des/der Ratsuchenden vom Test nicht strikt abgeraten werden kann. So ist z. B. einer Frau, die schwanger werden möchte bzw. es schon ist, die Güter- und Risikoabwägung für sich selbst und ihr Kind in letzter Instanz selbst überlassen. Das Betreuungs- und Versorgungssystem hat die notwendigen Informationen bereitzustellen und zu gewährleisten, daß niemand mit einem positiven Test-Ergebnis alleine bleibt und/oder ein negatives Test-Ergebnis falsch interpretiert.

Eine andere Fallgruppe stellen Menschen dar, die in der Vergangenheit eine oder mehrere Risikosituationen hatten und dies subjektiv für ihre Zukunft ausschließen zu können glauben. Bei ihrer Beratung ist — wie bei allen Testberatungen — davon auszugehen, daß jeder und jede mit einem negativen Testergebnis rechnet, auch wenn er/sie in der Beratung das Gegenteil sagt; die Folgen eines positiven Testergebnisses werden ohne Beratung meist nicht konkret antizipiert. Auch hinsichtlich der jeweiligen Beziehungskonstellation und der Sicherheit der Prognose Aids-sicheren Verhaltens ergeben sich hier für die Beratung komplizierte, nur je individuell zu lösende Probleme (vgl. Becker und Clement 1987, Dannecker 1987). Generell kann gesagt werden, daß Menschen, die auch nur

gelegentlich Risikosituationen eingehen, vom Test abgeraten werden sollte und sie immer primär auf strikt präventives Verhalten in Risikosituationen hin orientiert werden sollten.

Eine letzte Gruppe mit oftmals überhaupt nicht erfüllbaren individuellen Sicherheitsbedürfnissen stellen die quantitativ zunehmenden Aids-Hysteriker dar, die — meist ohne jedes zugrunde liegende Risiko — die Aids-Hilfen, Beratungsstellen, Gesundheitsämter und Arztpraxen nach jeder aktuellen Horrormeldung verstärkt heimsuchen. Diesen Menschen ist oft nur mit einem negativen Test-Ergebnis zu helfen. Aber nicht immer: Es sind Fälle bekannt, in denen solche Opfer der Aids-Berichterstattung sich bei verschiedenen Institutionen mehr als zehnmal haben testen lassen.

8. Gänzlich zu unterscheiden von der gesundheitsbezogenen Betrachtung des HIV-Antikörpertestes ist der Test-Einsatz zur *juristischen* Beweissicherung, sei es zur Ermittlung strafrechtlicher Verantwortlichkeiten, sei es zur Klärung im Rahmen des Haftungsrechts (vgl. dazu Bruns 1987). Ohne auf die damit verbundenen Probleme im einzelnen einzugehen, ist aus gesundheitsbezogenem Gesichtswinkel darauf hinzuweisen, daß eine Beweissicherung, die antipräventive und gesundheitsschädliche Effekte auslöst, auch rechtlich nicht unproblematisch sein kann.

Fazit

Der HIV-Antikörpertest wurde für die Sicherung von Blutprodukten und Transplantaten und damit für die Verstopfung eines wichtigen Übertragungsweges entwickelt. Notwendig und nützlich ist er darüber hinaus für einige begrenzte Felder der ärztlichen Differential- und Ausschlußdiagnose, in der Schwangerenberatung sowie für die (sozial-) epidemiologische Forschung, soweit dabei professionelle Standards eingehalten werden. Der Test darf ethisch und rechtlich ausnahmslos nur auf der Basis des »informed consent« vorgenommen werden, d. h. aufgrund einer ausführlichen Beratung und auf der Basis *echter* Freiwilligkeit. Alles andere verstößt gegen Grundprinzipien der ärztlichen Ethik und wäre auch straf- und zivilrechtlich zu würdigen (gefährliche bzw. schwere Körperverlet-

zung). Dazu gehört weiterhin, daß vor dem Test geklärt sein muß, wo, wie und mit wem die psychischen, z. T. dramatischen Folgen der Mitteilung eines positiven Ergebnisses aufgefangen werden.

Ein Testeinsatz außerhalb der genannten Felder ist durchweg nutzlos, in den meisten Feldern und Fällen kontraproduktiv und angesichts der »unerwünschten Wirkungen« bis auf die im Text genannten Ausnahmen nicht zu vertreten (vgl. z. B. die in den Niederlanden staatlich offiziell so betriebene und so bezeichnete »Test-Entmutungspolitik«, Wijngarden 1986).

Um zu diesem Ergebnis zu gelangen, braucht man keiner spezifischen Ideologie in bezug auf was auch immer anzuhängen, vielmehr ergibt sich dies aus der Anwendung der Denkregeln von Medizin- und Gesundheitspolitik. Kriterium für Handeln oder Nichthandeln ist die erzielbare Wirksamkeit unter Abwägung sowohl der erwünschten als auch der unerwünschten Wirkungen in einem gegebenen Zusammenhang.

Wenn dem so ist, stellt sich natürlich die Frage, wieso der Test, die Testpropaganda und die Diskussion über Test-Zwang eine derart prominente (und allein dadurch schon präventionsfeindliche) Rolle spielen können. Dies ist nicht aus der Sache heraus zu erklären, sondern durch die nicht-gesundheitlichen, überwiegend symbolischen Bedeutungen, die der Test für die wichtigsten vier gesellschaftlichen Akteure im Umkreis von Aids gewonnen hat:

1. Für die beteiligten pharmazeutischen Firmen eröffnen die Tests einen nicht unbeträchtlichen Absatzmarkt, dessen Besetzung ihnen zudem Bekanntheits- und Vertrauensvorteile für die absehbar heiße Phase der Vermarktung von Therapeutika und Impfstoffen verleiht. Dieser Faktor ist sicherlich wichtig, erklärt aber keinesfalls das qualitative und quantitative Ausmaß des Mißbrauchs.

2. Für die medizinische Profession ist der Test (von AZT einmal abgesehen) das einzige vorzeigbare Interventionsinstrument im Umkreis der Krankheit. Er gewinnt dadurch eine hohe Symbolbedeutung für die Macht der Medizin über die Krankheit Aids und die Zuständigkeit der Medizin für Proble-

me von Krankheit/Gesundheit generell. Der HIV-Antikörpertest wird dabei einem Berufsstand an die Hand gegeben, der hinsichtlich der immer breiter werdenden Kluft zwischen den diagnostischen Möglichkeiten und den therapeutischen Fähigkeiten des vor allem technischen Instrumentariums stark desensibilisiert zu sein scheint.

3. Für den Staat ist der HIV-Antikörpertest *das* Symbol für Kontrolle und Kontrollierbarkeit der Krankheit. Wer nicht testet oder testen will, steht sofort im Verdacht, die unkontrollierte Ausbreitung einer Seuche zu befürworten. Die Frage, was sinnvollerweise mit dem Test kontrolliert werden kann und was aus den wie auch immer erhobenen Testbefunden folgen soll, wird meist gar nicht erst erörtert.

4. Letztlich gibt es — abgesehen von hysterischen und hypochondrischen Reaktionen — eine ziemlich starke nachfrageinduzierte Testvornahme. Teils dürfte diese auf mangelnder Aufklärung beruhen, teils auf nicht hinterfragter Arztgläubigkeit und Zutrauen in die Zuständigkeit des Medizinsystems für alle Fragen von Gesundheit/Krankheit. Aus vielen empirischen Untersuchungen geht aber auch hervor, daß bei einem großen Teil der Testteilnehmer unterdrückte Schuldgefühle und Wünsche nach Bestrafung für verbotene sexuelle Betätigung eine wichtige Rolle spielen.

Der vorliegende Aufsatz enthält wesentliche Ergebnisse aus dem Buch des Verfassers: AIDS kann schneller besiegt werden — Gesundheitspolitik am Beispiel einer Infektionskrankheit, VSA-Verlag, Hamburg 1986, 3. durchgesehene Auflage 1987. Dort ist auch die zugrunde liegende Literatur verzeichnet. Darüber hinaus wurde hier folgende Literatur zitiert:

Literatur

Abholz, H. H. 1987: Was ist Früherkennung, was kann sie leisten? in: Jahrbuch für kritische Medizin 13, ARGUMENT-Sonderband AS 155, Berlin

Bayerische Staatsregierung 1987: AIDS: Vollzug des Seuchenrechts, des Ausländerrechts und des Polizeirechts. Bekanntmachung des Bayer. Staatsministeriums des Innern vom 19. Mai 1987, Nr. IE/IA/IC-5280-8.2/7/87, in: Ministerialamtsblatt der Bayerischen Inneren Verwaltung, 39. (106.) Jg., Nr. 10, S. 246—256

Becker, S., U. Clement 1987: HIV-Infektion und Sexualität, in: Deutsches Ärzteblatt, 84. Jg., Nr. 28/29, S. 1223—1226

Bruns, M. 1987: Aids, Alltag und Recht, in: Monatsschrift für Deutsches Recht, 41. Jg., Nr. 5, S. 353—358
Burr, M. L., P. C. Elwood 1985: Research and Development of Health Promotion Services — Screening, in: W. W. Holland, G. Knox (Eds.), Oxford Textbook of Public Health, Volume 3, Oxford/New York/Toronto, S. 373—384
Dannecker, M. 1987: Haben Sie Angst vor AIDS? in: Sexualmedizin, 16. Jg., Nr. 7, S. 294—298
Frösner, G. G. 1987 a: Wie kann die weitere Ausbreitung von AIDS verlangsamt werden? in: AIDS-Forschung, 2. Jg., Heft 1, S. 61—65
Frösner, G. G. 1987 b: Einfluß von »safer sex« auf die Prävalenz der HIV-Infektion, in: AIDS-Forschung, 2. Jg., Nr. 6, S. 315—322
Gürtler, L., J. Eberle, B. Lorbeer, F. Deinhardt 1986: Sensitivity and Specifity of Different Commercially Available anti-LAV/HTLV-III ELISA Screening Tests, Poster 43, Int. Conf. on AIDS, Paris
Gostin, L., W. J. Curran 1987: AIDS Screening, Confidentiality, and the Duty to Warn, in: American Journal of Public Health, Vol. 77, No. 3, S. 361—365
Helm/Stille-Studie 1986: Brodt, H. R., E. B. Helm, A. Werner, A. Joetten, L. Bergmann, A. Klüver, W. Stille: Spontanverlauf der LAV/HTLV-III-Infektion, in: Deutsche Medizinische Wochenschrift, 111. Jg., Nr. 31/32, S. 1175ff.
Jacobowski, C. 1987: AIDS — Entschließungsantrag IV/36 an den 90. Deutschen Ärztetag (zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen), Karlsruhe
Konotey-Ahulu, F.I.D. 1987: Clinical Epidemiology, not Seroepidemiology, is the Answer to Africa's AIDS Problem, in: British Medical Journal, Vol. 294, S. 1593—1594
Miller D., J. Green, D. J. Jeffries, A. J. Pinching, J. R. W. Harris 1986: HTLV III — Should Testing Ever be Routine? in: British Medical Journal, Vol. 292, S. 941f.
MMWR 1987: Update: HIV Infections in Health Care Workers Exposed to Blood of Infected Patients, in: Morbidity and Mortality Weekly Report, Vol. 36., No. 19, S. 285—289
Pohle, H. D., D. Eichenlaub 1987: Kann die weitere Ausbreitung von AIDS verhindert werden? in: AIDS-Forschung, 2. Jg., Nr. 3, S. 118—121
Rosenbrock, R. 1987 a: Politik mit und gegen AIDS, in: Blätter für deutsche und internationale Politik, 32. Jg., Nr. 9
Rosenbrock, R. 1987 b: Soziale, medizinische und sozialwissenschaftliche Voraussetzungen der Prävention und Bekämpfung von Aids, IIVG/pre 87—209 (engl.: 87-210) (kostenlos zu beziehen bei: WZB, Griegstr. 5—7, D—1000 Berlin 33), Berlin
Wijngarden, J. van 1986: AIDS in den Niederlanden, in: S. R.: Dunde (Hg.): AIDS — Was eine Krankheit verändert, Frankfurt
Wilson, J. M. G. 1966: Some Principles of Early Diagnosis and Detection, in: G. Teeling-Smith (Ed.): Surveillance and Early Diagnosis in General Practice, Office of Health Economics, London
Wilson, J. M. G., G. Jungner 1968/1971: Principles and Practice of Screening of Disease, WHO, Genf