

Rosenbrock, Rolf

Article

Strategie und Politik für wirksame Aids-Prävention

Aids-Forschung / AIFO: Acquired immune deficiency syndrome research ; Monatszeitschrift über Ätiologie, Diagnostik, Klinik, Therapie, Prophylaxe und Epidemiologie von AIDS und verwandten Viruserkrankungen, mit Beiträgen für Gesundheitswesen und Rechtspflege

Provided in Cooperation with:

WZB Berlin Social Science Center

Suggested Citation: Rosenbrock, Rolf (1994) : Strategie und Politik für wirksame Aids-Prävention, Aids-Forschung / AIFO: Acquired immune deficiency syndrome research ; Monatszeitschrift über Ätiologie, Diagnostik, Klinik, Therapie, Prophylaxe und Epidemiologie von AIDS und verwandten Viruserkrankungen, mit Beiträgen für Gesundheitswesen und Rechtspflege, ISSN 0179-3098, Schulz, Percha am Starnberger See, Vol. 9, Iss. 2, pp. 85-90

This Version is available at:

<http://hdl.handle.net/10419/122824>

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>.

Dokumentation – Documentation

Strategie und Politik für wirksame AIDS-Prävention¹⁾

Strategy and Policy for Effective AIDS Prevention

Rolf Rosenbrock

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

Zusammenfassung: Defizite in Entwurf und Umsetzung geeigneter Politiken sind weltweit der wichtigste Grund für die anhaltend dynamische Ausweitung der HIV/AIDS-Pandemie und ihrer zahlreichen Subepidemien. Die Auswertung von zehn Jahren Erfahrung, Beobachtung und Evaluierung 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.

Summary: Policy deficits are the most important factors 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 of 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 and cooperation, are decentralized, and incorporate the motivation and competence of those affected. Key elements of such a strategy are timely risk perception and assessment; priority given to primary prevention and the formulation of a coherent policy that is integrated into the more general public health programs.

Schlüsselbegriffe: AIDS - Gesundheitspolitik - Public Health - Prävention.

Key words: AIDS - health policy - public health - prevention.

I. AIDS: Strategie und Politik

Allgemein gesprochen ist Politik die mehr oder weniger intelligente 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 diese Ziele schnell benannt und weltweit konsensfähig:

1. Minimierung der Anzahl von Neuinfektionen;
2. Verhinderung der Ausgrenzung und Diskriminierung von infektionsgefährdeten, infizierten und erkrankten Menschen;
3. Bedürfnisgerechte Krankenversorgung und die Ermöglichung eines würdigen Sterbens.

Diese simplen Ziele gelten gleichermaßen und einheitlich für die vielen hundert HIV-Sub-Epidemien (1, 2), in die sich das weltweite AIDS-Geschehen bei näherem Hinsehen auflöst. Die Wege zur Erreichung dieser Ziele unterscheiden sich selbstverständlich, je nachdem, ob es 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 Sextouristen handelt. Diesen Unterschieden liegen ungleiche Verteilung und unterschiedliche Risikoladung von Risikosituationen zugrunde (3). Ebenso weisen regionale, kulturelle und soziale Settings der 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 und der sozialen Bewegungen. Selbstverständlich müssen diese Unterschiede in der konkreten Formulierung und Implementation der jeweiligen Politik berücksichtigt werden. Daraus folgen die er-

1) Plenarvortrag auf der „9th International Conference on AIDS and the 4th World STD Congress“ am 11. Juni 1993 in Berlin.

sten beiden Regeln für Strategien gegen HIV und AIDS:

1. Strategien gegen HIV und AIDS müssen so dezentral und kontextnah wie möglich entwickelt und umgesetzt werden.
2. 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 reduziert, wo also das Verhalten dekontextualisiert wird, kann sie nicht erfolgreich sein.

Viele Versuche, betroffenen Bevölkerungsgruppen Präventionsstrategien in einem Top-down-Verfahren vorzuschreiben, sind beredte Zeugnisse dieser Problemverengung. Das gilt auch für viele gut gemeinte 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 dazu zu befähigen.

Andererseits gibt es nach über zehn Jahren weltweiter Erfahrungen mit der Pandemie einen Satz von verallgemeinerbaren Regeln und Kriterien, denen jede AIDS-Politik genügen muß (4). Wenn sie effektiv und effizient sein will, heißt dies wegen des ubiquitären Vorkommens von Risikosituationen und der Latenzzeit des Virus von bis weit über zehn Jahren natürlich langfristig wirksam. 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.

Die für alle Subepidemien zutreffenden Politik-Regeln lassen sich unter drei Schlagworten zusammenfassen: Effektive AIDS-Politik muß **frühzeitig, konsistent und integriert** sein.

In Auswertung regionaler und auch nationaler Erfahrungen aus verschiedenen Kontinenten behaupte ich, daß die Beachtung dieser wenigen Kriterien und der daraus folgenden Regeln in jeder regional oder sozial definierten Teil-epidemie zu einer sehr deutlichen Reduktion der Neuinfektionen führt. Auf dieser Konferenz wurden Beispiele erfolgreicher AIDS-Politik aus so unterschiedlichen Ländern wie Simbabwe, Mexiko, Schweiz, Zaire, Thailand und Ruanda berichtet (5). Die Liste ließe sich verlängern, und ich möchte in aller Bescheidenheit auch Deutschland hinzufügen. Anders ausgedrückt: Die Verletzung bzw. Nichtbeachtung dieser Politikregeln ist die wichtigste Ursache für die anhaltende Dynamik

dieser weltweiten Bedrohung, mit der sich auch diese weltweite Konferenz beschäftigt hat.

Frühzeitig, konsistent und integriert - wer würde dem widersprechen wollen? Tatsache ist aber, daß diese Kriterien und die daraus folgenden Regeln oft nicht oder erst nach vermeidbarem Zeitverzug angewendet werden.

Im folgenden will ich deshalb jeweils kurz und beispielhaft skizzieren,

- was die Anwendung dieser drei Kriterien für die AIDS-Politik bedeutet
- und auf welche typischen Hindernisse ihre Umsetzung bzw. Anwendung stößt.

II. Frühzeitig

Die Entwicklung von Public Health hat historisch ihren Ausgangspunkt bei der Bekämpfung der Infektionskrankheiten genommen. Seit Jahrhunderten weiß man also zwei Dinge:

- Je früher 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 frühzeitig eingreifenden Politik 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 vielmehr Kriterien der öffentlichen Skandalisierung und des geringsten Widerstandes. Sie weicht der Verletzung ökonomischer und politischer Interessen aus.

Auch religiöse, moralische und gesellschaftspolitische Hemmungen verzögern häufig die zur Bekämpfung von AIDS letztlich unvermeidliche offene und öffentliche Risikokommunikation, d. h. das öffentliche Reden über Sexualität (6) und die Möglichkeiten des Infektionsschutzes beim Geschlechtsverkehr sowie beim Drogengebrauch (7).

Die Wahrnehmung und Abschätzung des Risikos als Voraussetzung jeder Strategie und Politik werden durch diese Faktoren verzögert oder verfälscht. 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.

Ein weiteres Hindernis tritt oft hinzu: Gesundheitspolitik wird immer noch weithin als die staatliche Kunst der Steuerung der Leistungen und Kosten der Krankenversorgung verstanden. Für Prävention bleiben zu wenig Aufmerksamkeit und zu wenig Ressourcen. Oft fehlt es auch einfach an Zutrauen für Strategien, die nicht am Individuum ansetzen und keine medizinische Verschreibung beinhalten. Auch dadurch wird häufig die Phase der Entwicklung von Optionen der Politikformulierung 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 diese Gebrechen 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 Möglichkeiten, diese Zeiträume zu verkürzen. Am wichtigsten hat sich der politische Druck durch Mobilisierung von betroffenen Bevölkerungsgruppen erwiesen, v.a. dann, wenn er sich mit modernen Fraktionen aus dem Public-Health-Bereich verbünden konnte.

Ein zweites Instrument zur Verkürzung der politischen Reaktionszeit besteht in der öffentlichen Benennung entgegenwirkender gesellschaftlicher Kräfte. 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. Aber als Anwälte der Gesundheit folgen wir den Grundregeln,

- daß es in erster Linie darauf ankommt, Leben zu schützen und Krankheit zu verhüten und
- daß wir die Menschen, die es zu schützen gilt, nicht nach unseren jeweiligen Moral- und Rollenvorstellungen formen können, sondern sie so zu akzeptieren haben wie sie sind, um dann mit ihnen zusammen Möglichkeiten der Risikomeidung zu entwickeln und anzuwenden.

Diese Hindernisse frühzeitiger Intervention lassen uns z.B. staatliche und kommerzielle Vertreter der Tourismusindustrie 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 vermeglich - leugnen. An gewisse religiöse und moralische Instanzen richten wir die Frage, 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 Risikomanagements gilt nicht nur für die Inangangsetzung 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 (8). Zu einer Gefährdung der Prävention kann dies führen, weil sich auch in vielen Selbsthilfeorganisationen/NGOs, die 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. Konsistent

Nach der Notwendigkeit und den Hinderungsgründen einer möglichst raschen Formulierung und Implementation einer AIDS-Politik mit dem Schwerpunkt auf Primärprävention möchte ich nun Inhalte sowie fördernde und hemmende Bedingungen einer konsistenten AIDS-Politik erörtern. 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. 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?

Strategie und Politik für wirksame AIDS-Prävention

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.

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 (10). 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.

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 nichtmedizinischen,
- soweit wie irgend möglich nichtrepressiven,
- 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 (11). 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 Regierung, und das heißt in der Regel die 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. Wir alle kennen die leidigen und letztlich präventionshinderlichen Debatten über die angebliche Infektion durch Mückenstich oder durch soziale Kontakte oder beim Küssen. Wir kennen 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 (12). 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, für i. v. Drogenbenutzer Safe Use zu propagieren und zugleich den Besitz von Spritzbestecken polizeilich zu verfolgen (7).

IV. Integriert

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 Arbeit muß so organisiert werden, daß jeder Akteur den von ihm optimal zu leistenden Beitrag erbringt. Die Arbeitsteilung und Aufgabenzuweisung müssen also stimmen.
- AIDS-Politik muß sich in den Gesamtzusammenhang der staatlichen und gesellschaftlichen Bemühungen zur Verbesserung der gesundheitlichen Lage der Bevölkerung einfügen.

Zur Arbeitsteilung und 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, 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 falschen Glauben an den HIV-Antikörpertest als Mittel der Verhaltensbeeinflussung (13).

Für die Sekundärprävention bedeutet die Selbstüberschätzung des Medizinsystems oft eine Übertreibung hinsichtlich medikamentöser Interventionsmöglichkeiten bei symptomlos HIV-Infizierten (14). Ein Vergleich der zum Teil dringenden Empfehlungen zum Test als Eingangspforte zur AZT-Frühbehandlung mit den ernüchternden Ergebnissen der Concorde-Studie (15, 16) 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.

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 epidemiologischen 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 Diarrhö. 2,1 Millionen Kinder sterben jedes Jahr an Krankheiten, die durch Impfung verhütet werden könnten. 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.

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 Risikokommunikation. Gesundheitsberichterstattung kann dann eine geeignete Grundlage für gesell-

schaftliche 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 Risikomanagement.

Der wechselseitige Zusammenhang zwischen HIV- und anderen Infektionen zeigt sich immer stärker sowohl in Entwicklungsländern als auch in den Armutsgemeinden industrialisierter Länder. Neben verschiedenen risikoerhöhenden Hintergrundinfektionen spielen dabei die sexuell übertragbaren Krankheiten (17) und die Tuberkulose (18) eine besondere Rolle. Insbesondere für STDs und TBC haben sich historische 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. Für die anstehenden Entscheidungsprozesse sei daran erinnert, daß Strategien des zwangsweisen Testens oder Screenings, der Erfassung und der Quarantäne nur sehr selten 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.

Meine abschließende Bemerkung enthält die vielleicht wichtigste Botschaft: Wichtige Faktoren der Ätiologie und der Hinderungsgründe für eine effektive Prävention sind bei den meisten Infektionskrankheiten gleich (19, 20). 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, sie erhöhen die materiellen, kognitiven und emotionalen Hindernisse bzw. Sperrn 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 umso wirksamer, je erfolgreicher sie sich in regionale und globale Strategien zur Wohlfahrtsförderung, zur Bildung, zum Arbeitsmarkt, zur Wohnungspolitik und zur Überwindung gewaltsamer Konfliktaustragung einordnen.

Die Umsetzung dieser Einsicht in eine integrierte AIDS-Politik hat globale Implikationen. Die wichtigste heute und an diesem Orte heißt: wer AIDS

schneller besiegen will, muß in den weltweiten und regionalen Auseinandersetzungen zwischen Nord und Süd, Arm und Reich, auf der Seite der Schwächeren, Ärmeren und Diskriminierten stehen: wissenschaftlich, politisch, materiell.

Literatur

1. Mann, J.M., Tarantola, D., Netter T., (eds.): AIDS in the World, Cambridge, Mass. und London, Cambridge University Press, England 1992.
2. Merson, M.H./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. In: AIDS & Public Policy Journal, Vol 8, 1993, 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 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. 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.
7. 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.
8. Fee, E., Krieger, N.: Thinking and Rethinking AIDS: Implications for Health Policy. In: International Journal of Health Services, Vol. 23, 1993, No. 2, p. 323-346.
9. Kirp, D./Bayer R. (eds.): AIDS in the Industrialized Democracies, Passions, Politics and Policies, Rutgers University Press: New Brunswick 1992.
10. 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.
11. Singh, J. J.: 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.
12. Rosenbrock, R.: Some Social and Health Policy Requirements for the Prevention of AIDS. In: Health Promotion, Oxford University Press, Vol. 2, 1987, No. p. 161-168.
13. Higgins, D. L., Galavotti, Chr. et al.: Evidence for the Effects of HIV Antibody Counseling and Testing on Risk Behaviors. In: JAMA 266, 2419-2429 (1991).
14. Rosenbrock, R.: HIV Screening. In: Int J Technol Assess Health Care 7, 264-274 (1991).
15. 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.
16. Aboulker, J.P., Swart A. M. et al.: Preliminary Analysis of the Concorde Trial. In: Lancet 341, 889-890 (1993).
17. 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.
18. de Cock, K., Kassin, S., Ackah, A. et al.: 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.
19. Dubos, R.: Mirage of Health. New York, Harper 1959.
20. McKeown, Th.: The role of medicine. Dream, mirage, or nemesis. Oxford: Blackwell 1979.