

Rosenbrock, Rolf

**Article — Digitized Version**

## Politik mit und gegen Aids

Blätter für deutsche und internationale Politik

**Provided in Cooperation with:**

WZB Berlin Social Science Center

*Suggested Citation:* Rosenbrock, Rolf (1987) : Politik mit und gegen Aids, Blätter für deutsche und internationale Politik, ISSN 0006-4416, Pahl-Rugenstein, Köln, Iss. 9, pp. 1183-1196

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/122865>

**Standard-Nutzungsbedingungen:**

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

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

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

**Terms of use:**

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

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

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



## WZB-Open Access Digitalisate

## WZB-Open Access digital copies

---

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

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

Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung gGmbH

Bibliothek und wissenschaftliche Information

Reichpietschufer 50

D-10785 Berlin

E-Mail: [bibliothek@wzb.eu](mailto:bibliothek@wzb.eu)

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

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

Berlin Social Science Center (WZB)

Library and Scientific Information

Reichpietschufer 50

D-10785 Berlin

e-mail: [bibliothek@wzb.eu](mailto:bibliothek@wzb.eu)

---

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

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

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

# Politik mit und gegen Aids

Von Rolf Rosenbrock

## *I. Die soziale Gestalt der Krankheit*

Die Krankheit der erworbenen Immunschwäche (Aids) ist nicht nur eine ernsthafte Herausforderung für die Gesundheitspolitik. Betroffen sind vielmehr auch die Sozial-, Forschungs- und Rechtspolitik sowie all jene Bereiche, die im weitesten Sinne ordnende Gesellschaftspolitik zum Gegenstand haben. Das zentrale Problem der Aids-Politik besteht heute darin, Aids primär als Gegenstand der Gesundheitspolitik zu betrachten und zu behandeln, ohne dabei die Synergismen und Überlagerungen mit den anderen Politikbereichen aus dem Auge zu verlieren.

Als vorwiegend sexuell übertragene Retrovirus-Erkrankung ist Aids bislang eine Einzelercheinung. Trotzdem ist es notwendig, einige Relationen im Auge zu behalten:

- Zu den vielen, individuell und gesellschaftlich nicht beherrschten (und zum Teil wohl nicht beherrschbaren) Risiken und Gefahren für Leben und Gesundheit ist mit Aids eine weitere hinzugetreten.
- Die große Mehrzahl der Krankheiten, für die die naturwissenschaftlich fundierte Individualmedizin keine Heilung bieten kann, hat sich mit Aids um eine weitere Krankheit vermehrt.
- Die zahlreichen ungelösten Probleme und Fehlsteuerungen unserer Gesundheitspolitik zeigen sich auch am Umgang mit Aids und werden dort zum Teil besonders deutlich.

– Zu den vielen gesellschaftspolitischen Sprengsätzen, die die Grundfesten des erreichten Zivilisationsstandes erschüttern können, ist mit Aids ein weiterer hinzuge-treten.

Die Bedeutung und die Gefahren, die in Aids liegen, werden deutlich, wenn Aids nicht nur als physiologisch-gesundheitliches Problem, sondern im Zusammenwirken der medizinischen, psychologischen, sozialpsychologischen und politischen Faktoren gesehen wird. Im wesentlichen geht es dabei um zehn Dimensionen, von denen neun geeignet sind, Erschrecken hervorzurufen und nur eine (allerdings entscheidende) Ansatzpunkte für einen rationalen Umgang eröffnet.

1. Aids ist eine Krankheit in *brisanter sozialpsychologischer Einbettung*: Die zuerst sichtbar gewordenen Betroffenengruppen sind Schwule, Fixer und Prostituierte, sämtlich Gruppen, die aus unterschiedlichen Gründen und in unterschiedlichem Ausmaß prekäre gesellschaftliche Randlagen einnehmen. Irrationale Schuldzuweisungen liegen in der Luft. Sie lassen sich noch verstärken, wenn diesen „Schuldigen“-Gruppen die „unschuldigen“ Bluter, Transfusionsempfänger und „Aids-Babys“ (Kinder HIV-infizierter Frauen) gegenübergestellt werden, die „nichts dafür“ können.

2. Sämtliche relevanten Übertragungswege für die Krankheit liegen im *Tabu- und Schambereich* (nicht-monogamer) Sexualität sowie im *Illegalitätsbereich* der Benutzung intravenös aufgenommener Drogen.

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

4. Aids ist eine Krankheit *unbekannter Herkunft*. Daran knüpfen sich allzu leicht Vermutungen und Hypothesen aus exotischen Bereichen und aus Verschwörungstheorien. Niemand weiß heute, wo das Virus herkommt und wie es sich weltweit verbreitet hat.

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

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

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

8. Aids ist eine Krankheit mit *hoher Ungewißheit des Ausbruchs*: Wieviele von den Infizierten irgendwann einmal an Aids oder einer seiner Vorformen (Aids Related Complex = ARC) erkranken, ist wissenschaftlich derzeit nicht klärbar und deshalb Gegen-

stand zum Teil offenkundig interessierter Spekulationen: Seriöse Schätzungen liegen heute etwa im Bereich zwischen 20 und 40%, diese Quoten können sich durch längere Beobachtungszeit sowohl nach oben als auch nach unten hin verschieben.

9. Aids ist eine regelmäßig *tödliche Krankheit*: Auch unter dem Einfluß des (mit schweren unerwünschten Wirkungen) lebensverlängernden Medikaments AZT (Handelsname: Retrovir) ist 24 Monate nach dem Auftreten von Symptomen nur noch eine verschwindende Minderheit der Patienten am Leben.

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

10. Aids ist eine *extrem schwer übertragbare Krankheit*: Das Virus wird nur wirksam übertragen, wenn eine ausreichend große Menge (derzeitige Schätzung: ca. 1 Mikroliter) hoch infizierter Körpersekrete (Blut oder Sperma) in die Blutbahn eines anderen Menschen gelangt. Dies kann wahrscheinlich sowohl durch „einsickern“ über unverletzte Schleimhäute als auch durch direktes Einfließen in (auch sehr kleine) Wunden (Direktinokulation) geschehen. Zwischen der Resorptionsfähigkeit der Mastdarmschleimhaut, der Vagina und der Mundraum-Schleimhäute bestehen offensichtlich Differenzen von mindestens mehreren Zehnerpotenzen, die durch (derzeit allenthalben vernachlässigte) Forschung geklärt werden müßten. Weltweit ist kein Fall der Übertragung durch Speichel, Tränen, Schweiß, Nasensekret, Talg, Ohrenschmalz, Schuppen, Urin oder Kot bekannt. Der soziale, auch enge Umgang mit infizierten und kranken Menschen ist offenbar übertragungssicher. Auch im Krankenhaus (vor allem Nadelstichverletzungen) ist z. B. das Hepatitis B-Virus anscheinend mindestens 20mal leichter zu übertragen als das Aids-Virus. Tröpfcheninfektion und leichte Schmierinfektion sind auszuschließen. Mit anderen Worten: Die Übertragung des Virus findet in eng eingrenzenden, klar definierbaren Situationen statt. Es gibt kaum eine Krankheit, vor der man sich so leicht und so sicher schützen kann, wie vor Aids.

Dieser entscheidende Gesichtspunkt geht vor dem Hintergrund der anderen, angststiftenden Faktoren immer wieder verloren. In der öffentlichen wie in der individuellen Wahrnehmung gibt es deshalb sowohl Über- als auch Unterreaktionen: Für die (in den Medien und öffentlich immer noch dominante) Überreaktion ist Aids eine Bedrohung wie die Wolke von Tschernobyl: Die Gefahr lauert überall, man kann sich faktisch nicht schützen, das Virus ist übermächtig. Eine solche Reaktion führt logischerweise zu Berührungsängsten, die auf gesellschaftlicher Ebene in Ausgrenzungswünsche umgemünzt werden können und auf individueller Ebene zur (mittlerweile auch klinisch weitverbreiteten) Aids-Hysterie führen. Die (vorwiegend aus Verdrängung und Verleugnung resultierende) Unterreaktion tendiert zur Verharmlosung bis zu jenem Punkt, an dem Handlungsbedarf oder die Notwendigkeit von Verhaltensänderungen generell bestritten werden.

Beide Fehlreaktionen hängen sicher damit zusammen, daß die mit Aids berührten Assoziationsfelder niemanden, auch den Leser dieser Zeilen nicht kalt lassen können: Es geht um Sex, käuflichen Sex, es geht um Perversionen, Orgien, Sucht und den Tod – in einem Thema. Aids eignet sich vorzüglich als Projektionsschirm für die individuellen und gesellschaftlich ungelösten Probleme des Umgangs mit eigenen Ängsten, Lüsten sowie Selbst- und Fremdbestrafungswünschen. Es ist evident, daß es bei diesem Umfeld eine eigenständige gesundheitspolitische Aufgabe darstellt, die mobilisierbare Restvernunft im Umgang mit und im Kampf gegen Aids vor allem durch De-Hysterisierung zu aktivieren.

## II. Prinzipien der Krankheitsbekämpfung

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

1. Aids ist ein Gesundheitsproblem. Strategien und Maßnahmen der Prävention und Bekämpfung von Aids haben sich auf die Verhütung der Krankheit zu konzentrieren. Zu beobachten ist demgegenüber, daß die Diskussion um Aids allenthalben implizit und explizit mit Problemen bzw. Scheinproblemen verknüpft wird, die auch ohne Aids nicht lösbar waren. Die Bekämpfung von Aids mit anderen Themen, vor allem aus dem Bereich der Sexual-, der Moral- und der Suchtpolitik zu belasten, gefährdet jeden Erfolg. Konkret: Gesundheitspolitik muß das gegebene (historisch gewachsene und soziologisch vielfach erklärte) Sexualverhalten der Bevölkerung sowie die Existenz von Süchten, darunter die Benutzung von intravenös aufgenommenen Drogen, erst einmal hinnehmen und *auf dieser Basis* nach Strategien der Prävention suchen. Wer Aids zum Vorwand nimmt, „Minderheiten auszudünnen“ oder die Pluralisierung der Lebens- und Geselligkeitsstile rückgängig zu machen, gefährdet nicht nur den Erfolg im Kampf gegen Aids, sondern produziert Maßnahmen, mit denen im Endeffekt die Anzahl der Infektionen und damit der Kranken und Toten erhöht wird (kontraproduktive Gesundheitspolitik).

2. Bis auf die einzige Ausnahme der Pocken ist noch nie eine Infektionskrankheit vollständig ausgerottet worden. Strategien, die von vornherein auf die vollständige Eliminierung abzielen, verbauen sich im Denken und Agieren den Zugang zu den Handlungsfeldern, auf denen tatsächlich die Anzahl der Opfer minimiert werden kann. Mit anderen Worten: Realistischerweise muß davon ausgegangen werden, daß an Aids im Laufe mindestens des nächsten Jahrzehnts noch etliche tausend Menschen in der Bundesrepublik sterben werden. Die Gesellschaft muß damit leben lernen und zugleich Strategien entfalten, die die Anzahl der Opfer so weit wie möglich senken. Dies ist eine Betrachtungsweise, die sich nicht mehr primär dem einzelnen (und im einzelnen immer entsetzlichen) Fall widmet, sondern die Epidemiologie im Blick hat. Aids ist unter den Krankheiten und Todesursachen der Bundesrepublik (mit 1000 Kranken und 500 Toten kumuliert innerhalb von 5 Jahren) völlig unbedeutend. Die Bedrohlichkeit liegt in seiner potentiellen Dynamik. Zwar fallen auch hier die Zuwachsraten (im ersten Halbjahr 1985 wurden dem Bundesgesundheitsamt (BGA) 122 Neuerkrankungen gemeldet, im ersten Halbjahr 1987 ca. 250; die Anzahl der Neuerkrankungen pro Halbjahr verdoppelt sich *bei fallenden Zuwachsraten* demnach derzeit alle 24 Monate), doch kann sicher keiner seine Hand dafür ins Feuer legen, daß dies so bleibt; und zum anderen wäre eine relative Stagnation der Ausbreitung angesichts der in einigen Jahren wahrscheinlich verfügbaren Möglichkeiten der Immunisierung und der Therapie ein großer und die gesellschaftliche Bedrohung eliminierender Erfolg der Gesundheitspolitik.

3. Eine epidemiologisch fundierte Betrachtungsweise, die realistischerweise auf das Ziel der Minimierung der Opfer orientiert, wird sich auf die Hauptrisiken konzentrieren und die zum Teil singulären, zum Teil ungeklärten, zum Teil spekulativen zusätzlichen Risiken zwar weiter erforschen, aber sicherlich nicht in den Mittelpunkt von Politik und Gesundheitsaufklärung stellen. Weil die sexuelle Transmission bei penetrierendem Geschlechtsverkehr und die Übertragung durch unsterile Spritzen bei intravenösem Drogengebrauch mehr als 99% (oder mehr) aller HIV-Übertragungen (HIV = Human Immune Deficiency Virus) erklären, sind die Voraussetzungen für Prävention als

extrem günstig anzusehen. Mit dieser Logik in Konflikt liegen natürlich die marktinduzierten Sensationsstrategien der unseriösen Presse als auch das Bedürfnis bestimmter politischer Strömungen und Gruppen, am Beispiel Aids zeigen zu wollen, was ein starker Staat ist und kann. Ob Aids in extremen Einzelfällen beim Küssen, beim Oralverkehr oder durch Reißen des Kondoms übertragen werden *könnte*, ist in dieser Konstellation längst keine reine Sachfrage mehr, sondern Gegenstand z. T. harter interessenbezogener Auseinandersetzungen. Diesem – der Gesundheitspolitik an sich fremden – Denken entspricht es auch, gegen Aids (ungeachtet der durch die schwierige Übertragbarkeit *und* die Unheilbarkeit der Krankheit gegebenen Konstellationen) die angeblich „bewährten Mittel der Seuchenpolitik“ in Stellung zu bringen. Obgleich die Wirksamkeit dieses „bewährten“ Instrumentariums auch in bezug auf alle historischen Krankheiten füglich bezweifelt werden kann, werden nach dem Motto „das haben wir immer so gemacht“ die (für leicht übertragbare und zudem behandelbare Krankheiten rationalen) grundrechtseinschränkenden Paragraphen des Seuchenrechts immer wieder ins Spiel gebracht. Dabei wird meist unreflektiert gegen ein viertes Prinzip der Krankheitsbekämpfung verstoßen:

4. Jede gesundheitsbezogene Maßnahme (von der Arzneimittelforschung und -anwendung über die individuelle, ärztlich verordnete Therapie bis hin zu Maßnahmen staatlicher Gesundheitspolitik) hat sich damit auseinanderzusetzen, daß sie erwünschte und unerwünschte Wirkungen hervorruft. Nach den Regeln der ärztlichen (und der gesundheitspolitischen) Kunst darf ein Mittel oder eine Maßnahme nur eingesetzt werden, wenn bei verständiger Würdigung des Gesamtzusammenhangs die erwünschten Wirkungen eindeutig überwiegen und die unerwünschten Wirkungen tolerabel sind. Das Spannungsverhältnis zwischen erwünschten und unerwünschten Wirkungen ergibt sich dabei nicht nur im eigentlichen Zielbereich (z. B. der Aids-Prävention und -bekämpfung), sondern auch in bezug auf andere tangierte Bereiche: Grund- und Menschenrechte, Zuschnitt und Reichweite staatlicher Aufgaben- und Verantwortungsübernahme, Zivilisationsstand, individuelle und gesellschaftliche Emanzipation. Dies bedeutet, daß jede Maßnahme *vor ihrer Ingangsetzung* in ihren erwünschten und unerwünschten Wirkungen hinsichtlich der Aids-Prävention und in bezug auf die anderen Politikfelder abgeschätzt werden muß. Diese Betrachtungsweise ist in der Bundesrepublik auch im Vergleich mit anderen westeuropäischen Ländern entschieden unterentwickelt, da bei uns Gesundheitspolitik traditionell aus dem individualmedizinischen Gesichtswinkel definiert und instrumentiert wird.

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

### III. Aids-Politik am Scheideweg

Über die Größe der Welle von Aidskranken und -toten, die auf uns zukommt, können derzeit seriöse Hochrechnungen oder gar Extrapolationen auf der Zeitachse nicht vorgenommen werden. Alle diesbezüglichen Versuche leiden darunter, daß über acht entscheidende Parameter nur Schätzungen mit sehr großer Bandbreite vorliegen (wobei

den öffentlich kolportierten Horror-Szenarien meist für jeden Parameter die worst-case-Variante zugrundeliegt):

- Über die Größe und die soziale Zusammensetzung der risikotragenden Bevölkerungsgruppen gibt es nur Schätzungen: Es gibt in der BRD zwischen 1 Mio. und 2,5 Mio. immer oder häufiger homosexuell aktiver Männer, es gibt 50 000 bis 100 000 Männer und Frauen, die intravenös aufgenommene Drogen benutzen und es gibt ca. 200 000 bis 400 000 (weibliche und männliche) Prostituierte. Die hetero- wie die homosexuelle Promiskuität ist ebenfalls weithin unerforscht: Über 90% der jungen Männer und Frauen haben im Alter von 20 Jahren ihre ersten sexuellen Erfahrungen hinter sich, über 50% derer, die in stabilen Zweierbeziehungen leben, verlassen zumindest gelegentlich die Monogamie, für relevante homo- und heterosexuelle Minderheiten ist die Promiskuität zu einem integralen Bestandteil ihrer Lebensweise geworden.
- Über Häufigkeit, soziale und regionale Verteilung von Risikoverhalten in all diesen Bevölkerungsgruppen ist recht wenig bekannt.
- Die erforderlichen Dosismengen und die Pforten des Virus in die Blutbahn (der äußere Übertragungsmechanismus) sind bei weitem noch nicht hinreichend erforscht. Die Gründe für die relative Seltenheit der heterosexuellen Übertragung über die Vagina sind unbekannt. Gesichert ist nur, daß es diesen Transmissionsweg gibt.
- Die Rolle möglicher Ko-Faktoren bei der körpereigenen Abwehr gegen das Virus unmittelbar nach dem Eindringen ist recht wenig bekannt.
- Generell wissen wir wenig über die Wahrscheinlichkeit, sich in Risikosituationen wirksam zu infizieren, die zum Teil auf unklarer Methodik beruhenden Schätzungen liegen bei Analverkehr zwischen 1:3 und 1:100, bei Vaginalverkehr zwischen 1:30 und 1:1000, bei Oralverkehr ist die Übertragung überhaupt fraglich.
- Über die unterschiedliche Dauer der Latenz sowie die physiologischen und psychosozialen Faktoren von denen sie abhängt, herrscht weitgehende Unklarheit.
- Über die Wahrscheinlichkeit des Ausbruchs der Krankheit nach Infektion sowie über die Ko-Faktoren, von denen dies abhängen kann, gibt es lediglich mehr oder weniger begründete Spekulationen.
- Über die Wahrscheinlichkeit und erst recht den Zeitpunkt der massenhaften Einsatzbereitschaft wirksamer Impfstoffe und Therapeutika kann man ebenfalls nur spekulieren.
- Auch die gegebenen Daten voll entwickelter Aids-Fälle helfen nicht viel weiter: Zu den beim BGA gemeldeten Fällen ist eine Dunkelziffer zwischen 20% und 100% hinzuzurechnen. Auf jeden manifesten Aids-Fall kommen – je nach Schätzung – 50 bis 100 latent Infizierte.

Aber auch diese Datenlage ist kein Grund zur Verzweiflung:

- Würden die vorhandenen epidemiologischen Beobachtungs- und Meßpunkte der Krankheit einigermaßen sorgfältig ausgewertet, wären Trendaussagen erheblich abgesicherter als die heute meist kolportierten. Mit den Blutspenden, den Aids-Fallmeldungen beim BGA, den (erheblich auszubauenden und zu vermehrenden) sozialepidemiologisch fundierten Kohortenstudien auf freiwilliger Basis und der Berichtspflicht der Labors über HIV-Antikörperfunde verfügen wir über vier „Meßstellen“, deren verständige und soziologisch angeleitete Auswertung ein erheblicher Zugewinn an Wissen verspricht.



– Unabhängig von der kommenden Fallzahl erzwingt die Abwesenheit medizinischer Interventionsmöglichkeiten die Konzentration auf die Frage, wie die Prävention zu optimieren ist.

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

Die klassische, aus dem Blickwinkel der Individualmedizin resultierende Leitfrage lautet: Wie identifizieren wir möglichst viele potentielle individuelle Infektionsquellen, und wie legen wir diese Infektionsquellen still? Obgleich Strategien, die sich aus Antworten auf diese Leitfrage zusammensetzen, noch niemals in der Geschichte der Seuchenbekämpfung tatsächlich durchschlagende Erfolge hervorbringen konnten, gilt dies als die klassische Seuchenstrategie. Tendenziell neigen Strategien dieses Typus dazu, aus einem Gesundheitsproblem ein Polizeiproblem zu machen, sie gewichten die Selbstverantwortung und die Selbststeuerungsfähigkeit von Individuen und Gruppen relativ gering, und sie tendieren auch dazu, unerwünschte Wirkungen in anderen Lebensbereichen eher niedrig einzustufen.

Die Leitfrage der zweiten Strategie dagegen lautet: Wie organisieren wir möglichst schnell, möglichst flächendeckend und möglichst zeitstabil den gesellschaftlichen Lernprozeß, mit dem sich die Individuen und die Gesellschaft auf das Leben mit dem Virus einstellen und ein Maximum an präventivem Verhalten entwickeln können? Strategien dieses Typus sind naturgemäß in ihren Methoden „weicher“, sie verzichten auf Gesten des starken Staates, orientieren eher auf die Entwicklung von Selbststeuerungsfähigkeit und halten auch gesundheitliche Selbstverantwortung für eine entwickelbare Ressource. Angesichts von Aids sprechen bereits auf den ersten Augenschein sechs Gründe für eine derart moderne Seuchenbekämpfung und damit gegen die klassische Strategie:

1. Die Übertragung des Aids-Virus ist sehr schwierig. Das gesamte soziale Leben außerhalb der Risikosituationen ist „Aids-sicher“, im Gegensatz z. B. zu Tuberkulose oder (sehr oft tödlichen) Grippe.
2. Die Übertragungssituationen sind eng eingrenzbar, faktisch Übertragungssicherheit stiftende Verhaltensweisen (Benutzung von Kondomen bei penetrierendem Geschlechtsverkehr außerhalb strenger Monogamie und von sterilen Spritzbestecken bei Drogengebrauch) sind in (fast) jede bestehende Lebensweise „einbaubar“.
3. Die Übertragungssituation (nicht-monogamer Geschlechtsverkehr und intravenöse Drogenbenutzung) sind derart ubiquitär und häufig, daß die auf den Einzelfall zielenden Strategien mit dem gegebenen staatlichen Instrumentarium nicht zu realisieren sind. Zudem stellt sich die Frage des Zuschnitts und der Reichweite staatlicher Verantwortungs- und Aufgabenübernahme im Intimbereich bzw. in Bereichen, in denen massive staatlich-polizeiliche Intervention sich als weitgehend wirkungslos erwiesen hat (Drogen).
4. Aids bekommt man nicht, Aids holt man sich. Dieser Satz ist keine Legitimation für die sozialstaatlich indiskutable Stigmatisierung oder Ausgrenzung einer Krankengruppe, sondern bedeutet: Jede/r kann sich durch einfachen Schutz vor und in Risikosituationen faktisch Aids-sicher machen. Daß der Staat die „Gesunden“ vor den „Infizierten“ schützen müsse, erweist sich vor diesem schlichten Hintergrund als demagogische Formel.

5. Wir verfügen heute über ein ausgebautes und wissenschaftlich fundiertes Instrumentarium zur Beeinflussung und zur Messung von Verhalten.

6. Die zwangsweise „Stilllegung“ von Infektionsquellen ist bei mutmaßlich lebenslang gegebener Ansteckungsfähigkeit mit gesellschaftlich inakzeptablen Konsequenzen verbunden.

Derzeit kann nicht davon gesprochen werden, daß die (gesundheits-)politischen Aktivitäten konsequent einer dieser beiden Leitfragen folgen: Weder verfolgt das Gesundheitsministerium unter Frau Süßmuth eine den Notwendigkeiten von Aids entsprechende Strategie der strukturgestützten und kontinuierlichen Verhaltensbeeinflussung, noch sind die krachledernen Gebärden der bayerischen Staatsregierung eine konsequente Anwendung der „klassischen“ Strategie. Beide Strategien werden derzeit lediglich symbolisch bemüht, wobei allerdings den dabei gewählten Symbolen eine gewisse positive bzw. negative Wirksamkeit nicht abzuspüren ist. Auch die heikle Frage, ob und wie Elemente aus beiden Strategien miteinander gemischt werden können und damit die extrem prekäre Linie zwischen Aufklärung und Repression definiert werden könnte, stellt sich bislang nur theoretisch. Diesbezügliche internationale Erfahrungen lassen sich etwas zugespitzt auf die Formel reduzieren, daß jedes Mehr an Repression ein Weniger an Prävention bedeutet. Das hat seinen Grund unter anderem darin, daß die zuerst sichtbar und bis heute stark überwiegenden Betroffenen Gruppen der homosexuellen Männer, der Fixer und der Prostituierten aus historisch leicht nachvollziehbaren Gründen speziell in Deutschland kaum Gründe haben, ein allzu hohes Spontanvertrauen in Maßnahmen des Staates zu entwickeln, auch und gerade wenn diese unter der Fahne „Schutz der Volksgesundheit“ segeln. Das erschwert den notwendigen Kommunikations- und Interaktionsprozeß – und zwar von beiden Seiten aus. Durch funktional nicht begründbare Repression werden die zaghaften Ansätze der Kooperation zerstört.

Die im Mai 1987 in Kraft gesetzten bayerischen Maßnahmen sehen die Zwangsüberwachung der offensichtlich unter dem Gesichtspunkt der leichtesten Ausgrenzbarkeit ausgewählten Gruppen der Prostituierten, der Fixer, der Strafgefangenen und – in beschränktem Umfang – der Ausländer vor. Diese Maßnahmen entsprechen auf den ersten Blick einer Anwendung der „klassischen Seuchenstrategie“, sie erweisen sich allerdings schnell als kontraproduktiv.

Im *Mikrobereich* (d. h. im Bereich der nunmehr zur Aids-Verfolgung freigegebenen Gruppen) bedeutet die Verlagerung von Aids aus dem Gesundheits- in den Polizeibereich das Ende jeder vertrauensvollen Zusammenarbeit: Die Drogenberater in Bayern sind weitgehend arbeitslos geworden, die Prostitution verlagert sich in schwieriger zu durchschauende Gefilde, Streetworker in der Schwulen-Szene verlieren die Zugänge. Mit den wenigen Prostituierten und Fixern, die so ermittelt und dann (wo? wie lange?) „abgesondert“ werden können, wird kein relevantes Infektionspotential stillgelegt. Dafür werden aber alle jene *Betreuungsprozesse von Drogenberatungsstellen, kommunalen Gesundheitsämtern und Aids-Hilfen*, mit denen in erstaunlichem Umfang präventives Verhalten eingeleitet bzw. durchgesetzt werden konnte, abgebrochen. Mit anderen Worten: Auf jede (unter Grundrechts-, Rechtsstaats- und Zivilisationsgesichtspunkten extrem bedenkliche) Stilllegung *einer* Infektionsquelle kommen vielleicht 30 bis 40 neu aufgerissene Quellen, die sich der Stilllegung durch Vermittlung von präventionsrelevantem Verhalten entziehen. Besonders absurd ist die Lage bei Strafgefangenen: Dort wird einerseits zwangsgetestet und bei positivem Befund eine Teil-Isolation praktiziert, während andererseits alle tatsächlich möglichen Chancen der Prävention (Verteilung von Kondomen und Einwegspritzen) ungenutzt bleiben.

Auf der *Makroebene* sind die Wirkungen mutmaßlich quantitativ verheerender. Weil Aids zu einem Polizeiproblem (mit den möglichen Folgen von Berufsverbot, Einschränkung der Bewegungsmöglichkeit etc.) geworden ist, wurde die entscheidende Voraussetzung gesamtgesellschaftlicher Prävention, nämlich ein Klima, das *öffentlich vermitteltes Lernen in Tabubereichen* ermöglicht, ohne Not und ohne positiven gesundheitlichen Effekt in ihrer Substanz getroffen. Außerdem: Durch die symbolische Gebärde seines „Maßnahmekatalogs“ tut der Staat so, als könne er jedem die Verantwortung für die individuelle Prävention vor Aids abnehmen. Das kann er nicht, nicht einmal in den nunmehr unter Kontrolle gestellten Gruppen. Die Folgen sind absehbar (und in Bayern zum Teil auch schon beobachtbar): Wer glaubt, ein Aidsproblem zu haben, wird es lieber verdrängen und verleugnen, anstatt sich in (als potentiell gefährlich wahrgenommene) Beratung zu begeben. Die unter Umständen lebensgefährliche Illusion, daß Aids ein Problem von Prostituierten und Fixern sei, wird weiter befestigt.

Es ist nicht leicht zu entscheiden, welche Gründe die bayerische Staatsregierung zu diesem in der zivilisierten Welt einmaligen Maßnahmenkatalog getrieben haben: Möglicherweise ist dies nichts weiter als der Ausfluß einer Moral und Sexualpolitik zumindest implizit über Gesundheitsbelange stellenden Denkens von konservativen Individualmedizinern und Juristen oder halb reflektierte und plumpe Demagogie. Aber auch eine weitere Interpretation ist denkbar: Daß nämlich mit diesen Maßnahmen (wenn auch vorsichtig) ein Fuß in die Tür zu einem sich dann selbst dynamisierenden Aidsstaat gesetzt wird. Die (vorläufige?) Ausklammerung der homosexuellen Männer aus den Maßnahmen deutet angesichts der Tatsache, daß deren Durchseuchungsgrad wesentlich höher liegt als etwa der der Prostituierten, möglicherweise in diese Richtung.

Tatsächlich finden sich vor allem in Bayern weiterreichende strategische Vorstellungen: Da ist z. B. von der Durchtestung der gesamten Bevölkerung im Abstand von wenigen Monaten bei Schließung der Grenzen die Rede. Die ermittelten HIV-Positiven sollen dann einer „intensiven ärztlichen Beratung“ zugeführt und im Falle ihrer „Uneinsichtigkeit“ abgesondert werden. Nun haben Ärzte als Träger von Sexualberatung und Verhaltensbeeinflussung traditionell schlechtere Ergebnisse als andere Professionen vorzuweisen. Zudem müßte eine solche Beratung Polizeifunktion haben, was dem notwendigen Vertrauensverhältnis üblicherweise nicht gut tut. Wichtiger aber ist: Angesichts der beschränkten Aussagefähigkeit und Treffsicherheit des HIV-Antikörpertests wäre auch mit solchen radikalen Strategien das Virus nicht zu eliminieren, ein Null-Risiko nicht zu erreichen.

Auf der anderen Seite sind die gesellschaftlichen Implikationen beträchtlich: Das Durchtesten der gesamten Bevölkerung würde eine polizeiliche Erfassung der Wohnbevölkerung voraussetzen, für die weder die Melderegister noch eine „erfolgreiche“ und durch De-Anonymisierung mißbrauchte Volkszählung ausreichende Unterlagen zur Verfügung stellen. Der Versuch einer Zwangserfassung der gesamten Bevölkerung für den HIV-Antikörpertest würde ein gesellschaftliches Konfliktpotential schaffen, zu dessen Bewältigung dann tatsächlich nur ein noch erheblich „stärkerer Staat“ in der Lage wäre. Schließlich folgt aus solchen Strategien zwingend, daß staatliche Stellen potentiell kontrollierend, überwachend und strafend für den Vollzug eines jeden einzelnen Geschlechtsverkehrs zuständig wären. Und schließlich würde sich die Frage stellen, wohin eine Menge von mutmaßlich zehntausenden, amtlich als „uneinsichtig“ eingestuft Menschen dann „verbracht“ werden sollte. Selbst wenn – hochgegriffen – mit einer solchen radikalen Strategie ca. 90% der Neuinfektionen verhindert werden könnten, stellt sich doch ganz grundsätzlich die Sinnfrage: Der gleiche Effekt ist – das

zeigen die mittlerweile langjährigen Beobachtungen des Erfolges von konsequenter und strukturgestützter Aufklärungsarbeit – auch ohne Polizei, Sexüberwachung, Lager etc. zu erreichen. Unter gesundheitspolitischem Blickwinkel lohnt es sich deshalb nicht, über die Einzelheiten solcher Strategien zu debattieren: Nach den Entscheidungsregeln der Medizin und der Gesundheitspolitik ist im Zweifel immer jene Maßnahme zu bevorzugen, die unter Effektivitätsgesichtspunkten ungefähr die gleichen erwünschten Wirkungen erzielt, dafür aber weniger unerwünschte Wirkungen mit sich bringt.

Eine moderne Seuchenstrategie im Kampf gegen Aids widmet sich der Optimierung des gesellschaftlichen und individuellen Lernprozesses. Auszugehen ist davon, daß bei konsequenter Benutzung von Kondomen bei penetrierendem Geschlechtsverkehr außerhalb strenger Monogamie und von sterilen Spritzbestecken die Anzahl der HIV-Neuinfektionen um über 99% zurückginge; erst recht, wenn die Qualität der Kondome weiter verbessert wird und die Handhabungsfehler durch vorurteilsfreie Aufklärung minimiert werden. Unter diesen Bedingungen liegt das Übertragungsrisiko beim Verkehr zwischen HIV-Positiven und Nichtinfizierten um Zehnerpotenzen unterhalb des Risikoniveaus, wie es z. B. bei der Teilnahme am Straßenverkehr existiert. Wer absolute Sicherheit will, bleibt auf die strenge Monogamie verwiesen.

Jedes auf Prävention durch Aufklärung und strukturgestützte Verhaltensbeeinflussung gegründete Konzept muß vier Fragen beantworten:

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

Gemessen an diesen Fragen sind die Aktivitäten der Bundesregierung (ungezielte, unkoordinierte und nicht in eine kontinuierliche Kampagne eingebettete Streubotschaften durch Postwurfsendungen, Faltblätter, Rundfunk- und Fernsehspots und Zeitungsanzeigen) unzureichend, unprofessionell und verklemmt unklar in der Aussage. Europäische Nachbarländer, an ihrer Spitze die Schweiz und die Niederlande, aber auch – nach beträchtlichen Anlaufschwierigkeiten – Großbritannien und Frankreich haben die Bundesrepublik hier in kurzer Zeit mit professionellen Kampagnen überholt. Hinsichtlich der zielgruppen- und szenenspezifischen Aufklärung (ohne die es keine erfolgreiche Aids-Prävention geben kann) leisten die über 40 regionalen Aids-Hilfen Vorbildliches: Durchweg hervorgegangen aus der Betroffenengruppe der homosexuellen Männer haben sie sich mehrheitlich inzwischen auch in andere Problembereiche hineinentwickelt und kooperieren, wo dies geht, mit Pro Familia-Gruppen, Gesundheitsämtern, Drogenberatungsstellen, kirchlichen Einrichtungen etc. Ihnen fehlt es vor allem an staatlicher Freiraumgewährung, Finanzierung und institutioneller Unterstützung.

Eine dem Problem Aids entsprechende Präventionsstrategie bedarf der sozialwissenschaftlichen Absicherung, gefragt sind Kenntnisse aus der Sexualwissenschaft, aus den Kommunikationswissenschaften, aus der soziologischen Lebenslage- und Lebensweise-Forschung. Aufgenommen und ausgewertet werden müssen Erfahrungen sowohl aus erfolgreichen Bemühungen zur Verhaltensänderung (z. B. persönliche Hygiene im Umgang mit den alten Infektionskrankheiten, Gurtpflicht beim Autofahren, Benutzung von Antikonzeptiva) als auch aus erfolglosen Anstrengungen, das Ver-

halten der Bevölkerung in Richtung auf größere Gesundheitsgerechtigkeit zu beeinflussen (Rauchen, Alkohol, Bewegungsarmut, Streß etc.). Aids-Prävention muß sich im Sinne der Strategien zur Risikominimierung und Schadensbegrenzung auf die Haupttrisiken konzentrieren und beschränken (d. h. auf die sexuelle und die Transmission durch Spritzbestecke). Durch ein abgewogenes Verhältnis zwischen zentralen Streubotschaften und dezentralen zielgruppen- und szenenspezifischen Aktivitäten, durch eine aufeinander abgestimmte Benutzung aller zur Verfügung stehenden Medien, durch Schaffung auch der praktischen Voraussetzungen der Prävention (vor allem Verfügbarkeit der Hilfsmittel) ist ein Lernprozeß zu organisieren, bei dem die Stärkung der Selbststeuerung hohe Priorität genießt. Überkommene Vorstellungen der Arbeitsteilung zwischen Staat, Medizinsystem und der Kompetenz der Betroffenen müssen aufgebrochen werden: Vor allem die Kompetenz aus den risikotragenden Gruppen bedarf (nicht nur bei Aids) einer deutlichen Aufwertung. Andererseits muß eingesehen werden, daß Aids-Prävention eine primär nicht-medizinische Aufgabe ist. Aids-Prävention kann nur erfolgreich sein, wenn die Präventionsbotschaft als kontinuierliche Bringschuld der Gesundheitspolitik begriffen wird. Lebensstile, Lebenslagen, sexuelle und andere Ausdrucksformen der Zielgruppen der Aids-Prävention müssen – das lehrt jeder Blick auf die Werbung – positiv akzeptiert werden. Die Botschaften sind so zu gestalten, daß der Prozeß von der Informationsvermittlung über die Beeinflussung der Einstellung auch tatsächlich bis hin zur Veränderung des Verhaltens reicht. Die Voraussetzungen dafür sind um so besser, je leichter die geforderte Verhaltensänderung in die jeweilige Lebensweise einbaubar ist und je klarer und eindeutiger die Präventionsbotschaft ist. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) faßt dies in der weltweit erfahrungsgesättigten Formel zusammen: „Make the healthy way the easy choice.“\*) Zudem muß die Präventionsbotschaft mißverständnisfrei und einfach formuliert sein. In diesem Zusammenhang ergeben sich massive Einwände gegen die derzeitige breite Testkampagne vor allem der Bundesregierung.

Für den *HIV-Antikörper-Test* gibt es eine Reihe zwingender medizinischer Indikationen (Sicherung von Blutprodukten und Transplantaten, Differential- und Ausschlußdiagnose, Beratung von Schwangeren aus risikotragenden Gruppen, seriöse epidemiologische Forschung auf der Basis von „informed consent“). Eine medizinische Indikation für eine *Früherkennungsuntersuchung* auf nichtbehandelbare Krankheiten existiert nach den Regeln der ärztlichen Kunst nicht. Schon gar nicht, wenn die Wahrscheinlichkeit und der Zeitpunkt des Ausbruchs der Krankheit derart ungewiß sind wie bei Aids und auch durch persönliches Verhalten nicht spezifisch beeinflusst werden können. Ein ungezieltes Massenscreening auf nicht behandelbare und in ihrem Ausbruch derart ungewisse Krankheiten wie Aids widerspricht ebenfalls den Regeln der ärztlichen Kunst und epidemiologischen Grundregeln. Auf der anderen Seite werden durch die Mitteilung eines positiven Testergebnisses bei bis zu 50% der Betroffenen schwere psychische Störungen bis hin zur Psychose und zum Suizid ausgelöst. Diese „unerwünschten Wirkungen“ schließen den breiten und undifferenzierten Testeinsatz ebenfalls aus. Die undifferenzierte Testvornahme an symptomlosen Probanden und erst recht der Testeinsatz im ungezielten Massenscreening verstoßen demnach gegen elementare Regeln der ärztlichen Kunst, wie sie unter anderem mehrfach von der WHO verabschiedet oder im weltweit anerkannten Oxford Textbook of Public Health niedergelegt sind. Auch nach der geltenden Reichsversicherungsordnung kann der undifferenzierte Testeinsatz keine Leistung des Kassenarztes sein (§ 181 a, RVO). Es müssen also schon schwerwiegende Gründe vorliegen, um den breiten und breit propagierten

\*) Sinngemäß: „Sorgt dafür, daß die Entscheidung für die Gesundheit die leichteste ist.“

Einsatz zu rechtfertigen. Solche Gründe könnten darin liegen, daß der Test oder die Mitteilung des Testergebnisses einen wesentlichen Beitrag zur Aids-Prävention leisten. Davon aber kann kaum die Rede sein. Im Gegenteil: In Bezug auf Prävention ist der Test durchweg kontraproduktiv:

- a) Es ist weder plausibel noch deuten die vorliegenden empirischen Studien darauf hin, daß mit dem Test wirksamere Impulse zur Verhaltensänderung gesetzt werden als mit den Mitteln der kontinuierlichen und kontextspezifischen Aufklärung über die Risikosituationen. Schock und Todesangst sind durchweg kein besonders geeignetes Mittel zur Inangasetzung langfristig wirksamer rationaler Verhaltenssteuerung.
- b) Ein positives Testergebnis kann Kurzschlußreaktionen (*Desperado-Effekt*) mit anti-präventiven Konsequenzen auslösen.
- c) Ein negatives Testergebnis kann Leichtsinn im Umgang mit Risikosituationen befördern.
- d) Die öffentliche Aufforderung zum Test im Zusammenhang mit der Prävention mindert die essentiell notwendige Klarheit (und damit die Wirksamkeit) der Präventionsbotschaft. Die Präventionsregeln gelten nämlich für alle Menschen in Risikosituationen, unabhängig von ihrem Sero-Status. Die medizin-politische Botschaft der Bundesregierung „Wer sollte sich testen lassen? Jeder, der glaubt, sich angesteckt zu haben“, muß unter Präventionsgesichtspunkten lauten: „Wer sollte eine Beratungsstelle aufsuchen? Jeder, der glaubt, sich angesteckt zu haben.“
- e) Mit dem HIV-Antikörper-Test ist die Diskussion über Meldepflicht, Zwangstests, Berufsverbote, über arbeits-, sozial-, miet- und strafrechtliche Fragen verbunden. Dies alles wirkt dem Grundgedanken der Prävention entgegen. Es ist für die Medizin nicht *nur in bezug auf den HIV-Antikörper-Test* eine offenbar schwierige Lernaufgabe, einen technischen Befund deshalb nicht zu erheben, weil dadurch im Ergebnis mehr gesundheitlicher Schaden als Nutzen entsteht. Das zunehmende Auseinanderklaffen von diagnostischen Möglichkeiten und therapeutischen Fähigkeiten in der Medizin erreicht im Falle Aids eine gesundheitspolitisch neue Stufe. Die breite und selbstverständliche Vornahme des medizinisch sinnlosen Tests bereitet den Boden für die vor allem gentechnologisch möglich werdende Herstellung biographischer Gesundheitsrisiko-Profile eventuell schon im Fötus.

Die fachlich-sachliche Debatte über Wert und Unwert des HIV-Antikörper-Tests leidet darunter, daß der Test auf doppelte Weise zum Symbol geworden ist: Für die Individualmedizin ist er die derzeit einzig vorzeigbare „Intervention“ aus ihrem Instrumentenkasten. Für den Staat ist der Test zum (irrational bewerteten) Symbol der Kontrolle über die Krankheit geworden. Wer in der Bundesrepublik z. B. die in den Niederlanden aus präventionspolitischen Erwägungen entwickelte und so bezeichnete „Test-Entmutigungs-Politik“ propagiert, wird sofort als „Verharmloser“ diffamiert.

Wohlgemerkt: Dies ist auch außerhalb der medizinischen Indikationen keine zwingende Absage an den HIV-Antikörper-Test: Wer nach sorgfältiger Beratung und Selbstprüfung individuelle Sicherheit (im positiven wie im negativen Sinne) für sich haben möchte, wer nach Durchleben von Risikosituationen vor allem Wert auf Gewißheit legt, dem mag der Test ebenso helfen wie der wachsenden Anzahl von (durchweg sero-negativen) Aids-Hysterikern. Mit Prävention hat dies freilich nichts zu tun: Die Gefahr, an Aids zu erkranken, entsteht dann, wenn man sich auf Risikosituationen ohne Schutz einläßt. Der Test ändert hieran nichts. Zudem zeigt er meist erst nach sechs bis acht Wochen, manchmal aber erst auch nach mehr als einem halben Jahr an, daß eine Infektion vorliegt (Antikörperbildung).

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

Auch unvollkommene und zum Teil falsch angelegte Präventionskampagnen führen – das zeigen Studien aus den USA, aus Kanada und Frankreich – zu zeitstabilen Verhaltensänderungen in der jeweils angesprochenen Zielgruppe, die bei 70% und mehr liegen. Es spricht konzeptionell und empirisch viel dafür, daß diese Quoten durch professionelle Gestaltung, stärkere Gewichtung der Kompetenz aus den Betroffenenengruppen, großzügigere Ausstattung und Kontinuität gesteigert und stabilisiert werden könnten. In den „erwünschten Wirkungen“ sind sie damit nicht unwirksamer als die Horrorvisionen eines paranoiden Aids-Staates. Eine wesentliche Voraussetzung ihres Erfolges wäre freilich, öffentlich und undiskriminiert über Fragen und Einzelheiten von nicht-monogamer und Homosexualität sowie über Probleme der Sucht in unserer Gesellschaft zu reden. Selbst wem dies als „unerwünschte Wirkung“ erscheint, sollte angesichts der repressiven Alternativen darüber nachdenken.

Zusammenfassend läßt sich festhalten:

1. Die Aids-Prävention als strukturgestützte Verhaltensbeeinflussung liegt in der Bundesrepublik weit unter dem wissenschaftlich und materiell möglichen und international erprobten Standard. Das kostet Tote.
2. Repressive Strategievarianten unterhalb eines Eingriffsniveaus, das die gesamte Gesellschaft hysterisch und monoman unter dem Gesichtspunkt dieser einen Infektionskrankheit umgestalten würde, nützen nicht nur nichts, sondern vermehren absehbar die Anzahl der Opfer. Repressive Strategien, die unter Vernachlässigung der realen Risikorelationen den paranoiden Aids-Staat in Kauf nehmen (oder ihn wollen), können bei extremer Anwendung in bezug auf Aids eine ähnliche Wirksamkeit erreichen, wie sie auch durch Strategien der nicht-repressiven strukturgestützten Verhaltensbeeinflussung durch Staat, Medizinsystem und Betroffenenkompetenz zu erzielen ist. Wenn man bedenkt, wieviel hunderttausend vorzeitige Tote Jahr für Jahr durch unterlassene Präventions- und Gesundheitspolitik in der Arbeits- und Umwelt in Kauf genommen werden, daß durch ein repressiv-administrativ, verglichen mit Aids relativ leicht zu bewirkendes Verbot des Zigarettenkonsums jährlich ca. 30 000 vorzeitige Todesfälle verhindert werden könnten, dann wird deutlich, daß hinter den Strategien, die das Aids-Problem mit dem starken Staat „lösen“ wollen, etwas anderes steht als die Sorge um die Gesundheit der Bevölkerung.

In der Frage des gesellschaftlichen Umgangs mit Aids stehen sich mit potentiell ungefähr gleicher Wirksamkeit die Alternativen Aufklärung, Unterstützung, Betreuung, Zivilisation versus Hysterisierung, Verängstigung, Ausgrenzung und Repression gegenüber. Die Entscheidung zwischen diesen Alternativen dürfte einem denkenden Menschen nicht schwer fallen. Folgerichtig ist der Umgang mit Aids in den meisten westeuropäischen Ländern kein Gegenstand politischer Auseinandersetzung. Die Entscheidung für Aufklärung und gegen Repression ist auch unter konservativen Regierungen eine gesundheitswissenschaftliche Fachfrage, der Streit der Experten geht

dann um die Gestaltung und um Einzelheiten der Präventionskampagne. Nennenswerte Ausnahmen von dieser sachlich begründeten Handhabung machen lediglich die rechtsradikale bis neofaschistische Bewegung von Le Pen in Frankreich und die CSU in Bayern. Dennoch: Die Gefahr, daß sich andere Parteien dem auf diesem Feld entfachtbaren demagogischen Potential nicht entziehen können, existiert – auch in Bonn. \* \*)