

Rosenbrock, Rolf

Article — Digitized Version

Prävention oder Repression? AIDS und staatliche Gesundheitspolitik

Forum Wissenschaft

Provided in Cooperation with:

WZB Berlin Social Science Center

Suggested Citation: Rosenbrock, Rolf (1987) : Prävention oder Repression? AIDS und staatliche Gesundheitspolitik, Forum Wissenschaft, ISSN 0178-6563, Marbuch-Verlag, Marburg, Vol. 4, Iss. 2, pp. 4-10

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/123011>

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>.

Prävention oder Repression?

A I D S und staatliche Gesundheitspolitik

Wie jede neu auftretende Krankheit ist die Infektionskrankheit AIDS eine Herausforderung auch für die staatliche Gesundheitspolitik.

Dabei entstehen drei Aufgaben, die gleichermaßen rasch und effizient gelöst werden müssen:

- die Ausbreitung der Krankheit einzudämmen,

- die Möglichkeiten der Immunisierung und Therapie zu verbessern,

- die gesundheitliche und soziale Versorgung der Erkrankten zu gewährleisten.

Jeder, der mit Gesundheitspolitik vertraut ist oder den gesellschaftlichen Umgang mit Gesundheit und Krankheit beobachtet, weiß, daß die Antworten der Gesundheitspolitik nur auf wenigen Feldern dem Charakter der gesundheitlichen Herausforderung entsprechen.

Das soll hier keine allgemeine Gesellschafts- und Kulturkritik sein, sondern hat für den Umgang mit AIDS zwei konkrete Implikationen, und zwar eine schlechte und eine gute:

1. Nicht alles, was im Umgang mit AIDS gesundheitspolitisch falsch läuft und falsch gemacht wird, hat speziell mit dieser Krankheit selbst zu tun. Mit anderen Worten: Staatliche Gesundheitspolitik bezogen auf AIDS weist zunächst einmal die gleichen Mängel, Fehlsteuerungen und Blindheiten auf wie der gesamte öffentliche Umgang mit Gesundheit und Krankheit. Dies festzustellen ist wichtig, um die tatsächlichen Einbrüche von Diskriminierung, Repression und Ausgrenzung sozialer Minderheiten von den gesundheitspolitischen Defiziten unterscheiden und konkret und präzise benennen zu können.

Dies zu sagen bedeutet keine Verharmlosung der gesellschaftspolitischen Brisanz, die AIDS umgibt. Sie ist real und gefährlich. Die Mixtur besteht aus Elementen der physiologischen Natur des Problems (Geschlechtskrankheit, extrem lange Latenzzeit und hohe Ungewißheit des Ausbruchs, meist tödliches Ende der Krankheit), seiner geheimnisvoll-exotischen Herkunft und der gesellschaftlichen Randlage der zufällig zuerst sichtbar gewordenen Betroffenen-Gruppen – Schwule, Fixer, Nutten. Damit ist ein Ensemble versammelt, das in geradezu einmaliger Konstellation atavistische Ängste, Wünsche und Vorurteile mobilisieren kann: Es geht um die Verbindung von Sex, käuflichem Sex, Perversion, Orgien, Sucht, unsichtbaren Feinden und um den Tod – in einem Thema.

Es ist kein Wunder, daß die auf Verkauflichkeit orientierten Massenmedien auf dieses Thema anspringen mußten. Frank Rühmann referiert in seinem 1985 erschienenen Buch ›AIDS – eine Krankheit und ihre Folgen‹ zahlreiche erschütternde Beispiele verantwortungsloser Kolportage. Wenn man berücksichtigt, daß die in Sachen AIDS besonders aggressiven Blätter der Regenbogenpresse sowie die großen Boulevardzeitungen immer noch die meistgelesenen gedruckten Medien in der Bundesrepublik sind, so wird die latente Gefahr deutlich: Es gibt breite Bevölkerungsschichten, deren Bild von AIDS und den Betroffenen-Gruppen sich nahezu ausschließlich aus durchweg gegenaufklärerischer Berichterstattung speist. Aber auch sonst gemeinhin als seriös eingestufte Blätter wie z. B. der Hamburger ›Spiegel‹ zeigten und zeigen böse Ausfallerscheinungen.

Modellfall staatlicher Gesundheitspolitik

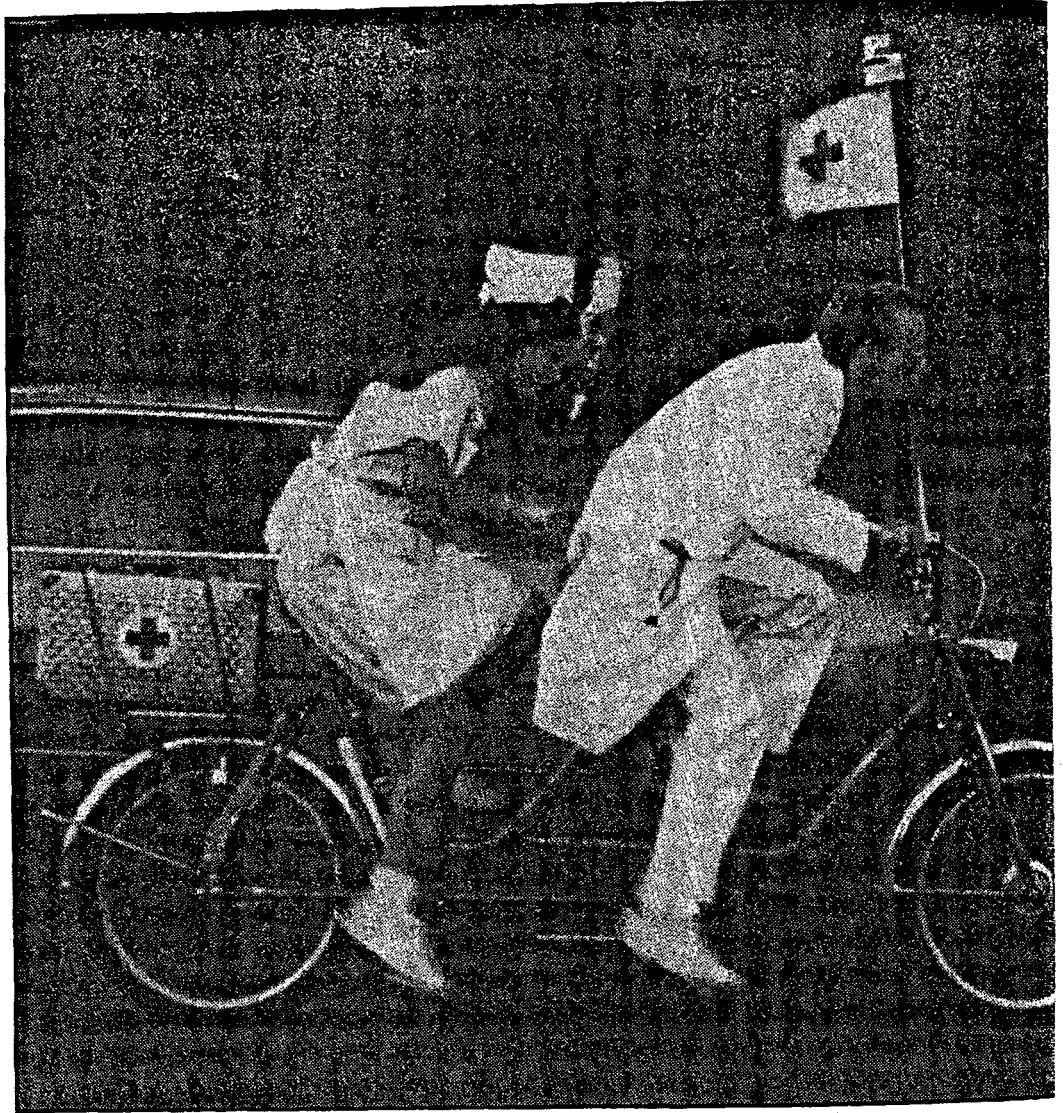
2. AIDS ist eine vergleichsweise sehr neue Krankheit. Und AIDS ist im Gegensatz zu den nicht übertragbaren Krankheiten, die über 90 % des Erkrankungs- und Sterbesehens in industrialisierten Ländern aus-

machen, eine Infektionskrankheit. Mit Infektionskrankheiten, auch mit ungleich katastrophaleren Infektionskrankheiten, haben zumindest die europäischen Länder in den letzten 100 Jahren gesundheitspolitisch sehr viel erfolgreiche Erfahrungen sammeln können. Erfolg in der Gesundheitspolitik ist dabei stets relativ zu verstehen: So starben z. B. seit dem ersten Auftreten von AIDS in der Bundesrepublik immer noch über zwanzig Mal mehr Menschen an Tuberkulose als an AIDS. Trotzdem gilt die Tuberkulose gesundheitspolitisch zurecht als besiegt. Und aus den Siegen gegen die alten großen Infektionskrankheiten kann – positiv wie negativ – gelernt werden. Es können Fehler und Umwege vermieden werden. AIDS könnte insofern – das ist die positive Schlußfolgerung – zu einem Modellfall für eine dem Stand des gesellschaftlichen und medizinischen Wissens entsprechende, also moderne Gesundheitspolitik werden. Und dann könnte auch die Gesundheitspolitik für die Bewältigung der großen Krankheiten unseres Jahrhunderts daraus lernen. Auch die sozialpsychologisch brennende Einbettung von AIDS ist schließlich kein überzeugender Grund, nach Lösungen ausschließlich im alten Trott defizitärer Gesundheitspolitik zu suchen.

Eines der herausragenden Defizite der üblichen Gesundheitspolitik ist die systematische Untergewichtung der Prävention, d. h. der Anwendung und Umsetzung der Volksweisheit: Vorbeugen ist besser als Heilen. Unsere Gesundheitspolitik hat eine deutliche Schlagseite zur kurativen Individualmedizin. Die Frage, die sie sich stellt, lautet meistens: Was kann man noch tun, wenn ein Mensch erkrankt ist? Die präventive Frage dagegen lautet: Unter welchen Bedingungen bleibt ein Mensch gesund, und was können wir tun, damit diese Bedingungen für möglichst viele Menschen gelten.

Ich will mich deshalb im folgenden auf die staatliche Gesundheitspolitik auf dem Gebiet der AIDS-Prävention konzentrieren. Das ist unmittelbar einleuchtend, weil die Verhütung von Erkrankungen das einzige Feld ist, auf dem unmittelbar jetzt und auf absehbare Zeit Erfolge zu erzielen sind, solange es wirksame Immunisierung und Therapien nicht gibt. Diese Konzentration ist aber darüber hinaus auch deshalb erforderlich, weil nach allen Erfahrungen im Umgang mit den großen alten Infektionskrankheiten die eigentlich wichtigen Siege immer – d. h.: ohne Ausnahme – auf dem Gebiet der Prävention errungen worden sind. Die Waffen der Medizin, z. B. in Form von Schutzimpfungen und Antibiotika, haben immer nur einen flankierenden Beitrag geleistet. Meist konnten sie erst zum Einsatz gebracht werden, nachdem der Höhepunkt der Erkrankungs- und Sterbewelle bereits überwunden war.





Instrumentarien der Prävention

Staatliche Gesundheitspolitik gegen AIDS als Präventionspolitik, das verlangt nach einer weiteren Vorbemerkung: Der Staat als Träger und Apparat von Gesundheitspolitik kann nicht alles, was er soll, und er soll nicht alles, was er kann. Es nützt also weder allzuviel, alle Versäumnisse auf den Staat zu schieben und über die Defizite zu lamentieren – das möchte ich den Sonntagsrednern überlassen. Noch bringt es gesundheitlich etwas, das gesamte mögliche Instrumentarium staatlicher Maßnahmen und Sanktionen in Stellung zu bringen, ohne sich *vorher* zu überlegen, welche *erwünschten und unerwünschten Wirkungen* dies hat und ob nicht andere Träger die gleiche Aufgabe besser erfüllen können. Gesundheitspolitik ist ein arbeitsteiliger Prozeß, an dem neben dem Staat zumindest das Medizinsystem sowie die Betroffenen und ihre Organisationen beteiligt sind (unberücksichtigt hier: öffentliche Meinung/Medien). Jeder dieser Akteure hat seine eigene Handlungslogik, die man kennen und berücksichtigen muß, wenn man eine Maßnahme ergreift oder auch unterläßt.

Der Kampf gegen AIDS hat auf seiner präventiven Seite ein einfach zu benennendes Ziel: die Minimierung der Anzahl der Übertragungssituationen in der Bevölke-

rung. Diese Risikosituationen sind identifizierbar, sie treten nur ein, wenn sich Personen bewußt in sie hineinbegeben.

AIDS-Prävention ist deshalb – zumindest beim derzeit gegebenen Wissensstand – zeitstabil wirksame Verhaltenssteuerung in potentiell riskanten Situationen.

Durch AIDS ist für alle Menschen, die mit wechselnden Partnern Übertragungsrisikanten Geschlechtsverkehr haben oder i. v. Drogen benutzen, eine genau bestimmbare Veränderung bzw. Einschränkung ihrer sexuellen Aktivitäten und im Umgang mit ihrem Drogengerät zu einer objektiven Notwendigkeit geworden.

Forschungs- und Gesundheitspolitik haben deshalb drei vordringliche Aufgaben:

- die Übertragungssituation genau zu identifizieren und so eng wie möglich einzugrenzen,
- Präventionsstrategien zu entwerfen und zu ermöglichen, die die Anzahl dieser Situationen unter Berücksichtigung ihrer jeweiligen Bedeutung im Lebenszusammenhang der jeweils potentiell Betroffenen soweit wie möglich vermindern,
- alles zu unterlassen, was die Wirksamkeit solcher Strategien gesellschaftlich und individuell beeinträchtigen könnte.

Im Lichte dieser Vorüberlegungen möchte ich nun fünf Handlungsfelder skizzieren, auf denen der Staat zum Teil durch eigene Aktivitäten, zum Teil durch flankierende

Maßnahmen, zum Teil durch Schaffung von Rahmenbedingungen die Prävention von AIDS verbessern kann.

Die Jagd auf das Virus

AIDS-Forschung muß nicht einfach vermehrt, besser subventioniert und entbürokratisiert werden. Das muß sie auch, denn sie steht in direktem Wettlauf mit der Zeit um Leben und Sterben. Unter dem Gesichtspunkt der Krankheitsverhütung erscheint es jedoch noch wichtiger, AIDS-Forschung thematisch und disziplinar auszuweiten.

Die Forschung nach wirksamen Impfstoffen und/oder Therapeutika wird offenbar verläßlich vom Profitmotiv der beteiligten Unternehmen, den Karriere- und Reputationsmechanismen der medizinischen Profession und einer immer noch Übergewichtig auf den naturwissenschaftlichen Teil der Gesundheitswissenschaften fixierten staatlichen Gesundheitspolitik angetrieben.

Seitdem die Forschung das Virus im Visier hat, jagt sie hinter ihm her und scheint dabei zu vergessen, daß das Virus auch irgendwie in den Körper hineingekommen sein muß und daß dies sowie die Situationen, in denen dies geschieht, aufklärungs-

Bestimmung der Zielgruppen und Präzisierungen hinsichtlich der gefährlichen Praktiken erlauben.

Risiken und Rationalität

- a) Die *Zielgruppe* umfaßt neben den i. v. Drogenbenutzern die gesamte hetero- und homosexuell aktive und nicht monogam lebende Wohnbevölkerung, weil allgemein übliche Sexualpraktiken mit beträchtlichen bis katastrophalen Risiken verbunden sind.

Unter dem Gesichtspunkt der AIDS-Verhütung ist eine Unterscheidung zwischen Hetero- und Homosexuellen sowie Prostituierten beiderlei Geschlechts auf der Ebene der Risiko-Ladung nicht vertretbar (wohl aber bei der Zielgruppen-spezifischen Vermittlung der Botschaft, vgl. unten).

Gerade wenn man in äußerster intellektueller Kälte die Präventionsüberlegungen auf die zahlenmäßige Minimierung von AIDS-Fällen orientiert, wird deutlich: Selbst der »Vorteil« einer z. B. um den Faktor 25 niedriger liegenden Übertragungswahrscheinlichkeit beim hetero- gegenüber dem homosexuellen Geschlechtsverkehr würde durch die ca. 40fache Größe der heterosexuellen Population sehr schnell aufgehoben sein.

- b) Die gefährlichen Praktiken können gegenüber früheren Versuchen von Präventions-Anleitungen (vor allem des »Safer Sex«) präzisiert und eingeschränkt werden.

Mit Sicherheit hochgefährlich sind demnach der Analverkehr ohne Kondom sowie die Benutzung unsteriler Injektionsbestecke. Eine relevante Gefahr besteht offenbar auch beim Vaginalverkehr ohne Kondom sowie bei blutgefäßverletzenden Praktiken vor allem im Bereich des Sado-Masochismus (S/M).

Werden *diese und nur diese* Techniken innerhalb der und mit Sicherheitsabstand von den risikotragenden Gruppen vermieden, so verliert die Infektionskrankheit ihre Ausbreitungsdynamik. Dabei ist daran zu erinnern, daß die Verhütung von Viruskontakten heute die Anzahl der Erkrankungen in drei bis fünf Jahren bestimmt.

Epidemiologische Studien aus Nordamerika (USA und Kanada) kommen übereinstimmend zu dem Ergebnis, daß demgegenüber das Risiko der Virusübertragung durch andere Sexualpraktiken, vor allem den Oralverkehr, zumindest um einige Zehnerpotenzen niedriger liegt (»no detectable risk for oral receptive intercourse«). Da die Erforschung des »äußeren« Übertragungsmechanismus des Virus weltweit vernachlässigt wird, kann derzeit nicht mit Bestimmtheit gesagt werden, woraus sich diese Differenz erklärt und ob das Virus überhaupt auf diesem Wege übertragen werden kann. Werden diese eingegrenzten Regeln des Safer Sex eingehalten, so ist auch der Verkehr mit HIV-antikörperpositiven Partnern

übertragungssicher. Es gibt keine gesundheitliche Begründung für die Schaffung eines neuen Getthos »getesteter Seropositiver«. Gegenüber der Einhaltung der Regeln des Safer Sex tritt auch die Bedeutung der Promiskuität als Übertragungsrisiko sehr weitgehend zurück.

Die Besonderheit der bei der Prävention anzusprechenden Themen (promiskue Sexualität, Homosexualität, Prostitution und Sucht) und die zum Teil extremen gesellschaftlichen Randlagen bei drei der vier Betroffenen-Gruppen erfordern *besondere Vermittlungsformen und -träger der Kommunikation/Prävention*.

Hierfür bieten sich die vor allem in der Zielgruppe der Homosexuellen weitgehend spontan entstandenen Selbsthilfeeinrichtungen (AIDS-Hilfen) an. Nur sie sind hinreichend dezentral organisiert und verfügen über ausreichende Kenntnisse und Erkenntnisquellen hinsichtlich der relevanten Risikosituationen, ihres sozialen und Bedürfnishintergrundes sowie der Transportmöglichkeit zielgruppenadäquater Botschaften. Vor allem beruht ihre Arbeit auf einem begründeten Vertrauensfundament in den Zielgruppen.

Diese Ansätze müssen finanzielle und organisatorisch teilgruppen- und szenenspezifisch für alle vier Zielgruppen ausgebaut werden. Sie können ihren spezifischen Beitrag zur Prävention nur dann leisten, wenn sie – innerhalb allgemein gültiger Grenzen – von ihrer Kontextnähe und Kompetenz einen relativ autonomen Gebrauch machen können. Sie müssen die Möglichkeit haben, in den Zielgruppen spezifisch und ausschließlich unter dem Gesichtspunkt der AIDS-Prävention zu agieren. Die Belastung mit anderen Themen gefährdet die Substanz ihres Erfolges.

Erfolgreiche AIDS-Prävention ist nach alledem nicht mit der Logik des Verwaltungshandelns zu steuern. Auch die Einbindung solcher Kampagnen in die Logik einer »öffentlichen Sittlichkeit«, die an der gesellschaftlichen Ausschließlichkeit von Leitbildern wie Monogamie und Suchtfreiheit festzuhalten versucht, gefährdet den gesundheitspolitischen Kern dieser Ansätze. Werden die reale gesellschaftliche Entwicklung des Sexualverhaltens und die mit AIDS verbundene Lebensgefahr berücksichtigt, so läßt auch der grundgesetzlich garantierte besondere Schutz der Familie (Art. 6 GG) hierzu sicherlich genügend Spielraum.

Handlungsspielräume

Durch die weitgehende Übertragung der konkreten Aufklärungs- und Präventionsaufgaben auf außerstaatliche Träger (AIDS-Hilfe), die diese Aufgabe kontext- und szenenspezifisch sowie in dementsprechender Autonomie erfüllen, sind die Träger der staatlichen und parastaatlichen Gesundheitspolitik keineswegs aus ihrer Verantwortung entlassen. Ihre Aufgaben lassen sich in vier Punkten zusammenfassen:

- a) Schaffung und Gewährleistung des notwendigen Handlungsspielraums für die AIDS-Hilfe als nichtstaatlichem und

bedürftig sind. Die Forschung über den konkreten Übertragungsmechanismus des Virus ist verglichen mit den Kenntnissen über das Virus selbst in den Kinderschuhen steckengeblieben. Dabei wären gerade solche Erkenntnisse erforderlich, um Präventionsstrategien und Verhaltensvorschläge so präzise wie möglich und damit so erfolversprechend wie möglich anzulegen.

Hier fehlt es an der – gleichberechtigten – Einbeziehung von Sozialwissenschaften, Sozialepidemiologie, Sozialwissenschaft und auch Ethnologie sowie der Sachkompetenz aus den risikotragenden Gruppen. Staat und Selbsthilfebewegung hätten die Aufgabe, die Eigendynamik medizinischer Forschung entsprechend zu korrigieren.

Aufklärungs- und Präventionskampagnen sind zwingend und in allen risikotragenden Gruppen notwendig. Sie müssen die wesentlichen Warnungen scharf konturiert und eingegrenzt transportieren, je unschärfer sie sind, und erst recht, je mehr sich sachfremde (AIDS-fremde) Motive in sie mischen, desto störanfälliger wird dieser Transport. Für AIDS-Prävention verbessern sich infolgedessen die Voraussetzungen durch neueste, zuletzt auf dem internationalen AIDS-Kongreß Ende Juni 1986 in Paris vorgetragenen Forschungsergebnisse (überwiegend aus der beschreibenden Epidemiologie), die eine genauere

dezentralem Träger dieser ganz speziellen öffentlichen Gesundheitsaufgabe. Bereitstellung der notwendigen finanziellen Ressourcen, organisatorische Unterstützung und öffentlich-staatliche Legitimation des Handlungsspielraums. Das Verhältnis zwischen staatlichen Stellen und AIDS-Hilfe ist analog zu einer weit zu interpretierenden Rechtsaufsicht, nicht aber nach den Regeln einer Fachaufsicht zu gestalten. Die Aufgabenstellung der AIDS-Hilfe verträgt sich *nicht* mit Versuchen, die Probleme der Infektionskrankheit mit anderen sitten-, sexual- oder suchtpolitischen Themen zu vermischen oder gar AIDS-Hilfe dafür zu instrumentalisieren.

- b) Aufgaben der AIDS-Prävention liegen für staatliche Stellen auch dort, wo staatliche Regelungen den Notwendigkeiten der AIDS-Prävention direkt widersprechen. Das ist z. B. in Gefängnissen und vielfach auch in der Prostituiertenbetreuung sowie im Umgang mit i. v. Drogenabhängigen der Fall. Staatlich regelungsbedürftig erscheint auch der Zugang von Safer-Sex-Botschaften in die Massenmedien. Wenn Boulevard-Zeitungen die Schaltung von Safer-Sex-Annoncen unter Verweis auf die »öffentliche Sittlichkeit« ablehnen, während sie gleichzeitig Tag für Tag seitenweise ungetarnt für Prostitution werben können (»Hostess«, »Dressman«), wird die Doppelmoral zur lebensgefährlichen Perversion. Im Bereich der parastaatlichen Gesundheitspolitik (Rentenversicherung und Krankenkassen) geht es vor allem darum, Einbrüche in das Solidarprinzip bei Rehabilitation und Versicherungsschutz abzuwehren bzw. rückgängig zu machen. Mit anderen Worten: Der HIV-Antikörper-Test, der seinem Wesen nach keine Individualdiagnose, sondern eine Dispositionsdiagnose mit lediglich epidemiologisch interpretierbarem Ergebnis darstellt, darf nicht zur sozialrechtlich legitimierten Voraussetzung für den Leistungszugang werden. Die sozialrechtliche »Ächtung« einer Krankheit würde zudem das gesellschaftliche Klima für Prävention erheblich beeinträchtigen.
- c) Wirksame AIDS-Prävention in den vier identifizierten risikotragenden Gruppen (promisk lebende Hetero- und Homosexuelle, Prostituierte, i. v. Drogenbenutzer) setzt voraus, daß die risikotragenden Menschen als Träger eines *Gesundheitsrisikos* angesprochen werden, und nicht als sozial und sexuell Deviante, Perverse, Verrufene und Verlorene. Wirksame Verhaltensaufklärung kollidiert in diesem Punkt mit einer auch staatlich getragenen »öffentlichen Moral«, die das Leitbild der ausschließlichen und lebenslangen Monogamie hochhält sowie die gesamtgesellschaftlich präsenten Probleme der Sucht auf kriminalisierbare Randgruppen »delegiert«. Ein Teil der Folgekosten dieser, mit jeder doppelten Moral verbundenen Schizophrenie kann durch die autonom zu gestaltende Arbeit ausdifferen-





ziert zielgruppenspezifischer AIDS-Hilfe aufgefangen werden. Vor allem aber die notwendige Verhaltensaufklärung in der heterosexuellen Szene setzt voraus, daß nicht-monogames Sexualverhalten auch öffentlich als akzeptierte Lebensform behandelt wird, in deren von der Gesundheitspolitik als gegeben anzunehmendem Rahmen bestimmte Verhaltensmaßregeln zum Gesundheits- und Lebensschutz zwingend erforderlich sind. Wenn umgekehrt versucht wird, AIDS für die Wiederherstellung solcher Leitbilder zu instrumentalisieren, so ist dies erstens wenig erfolgversprechend, zweitens – auch partiell – nur über massive und gesundheitsschädliche Angstkampagnen erreichbar, und drittens kostet es vermeidbare AIDS-Tote.

- d) Ein Blick auf die Geschichte des Umgangs mit nicht nur sexuell definierten Minderheiten in Deutschland zeigt, daß es in diesen Gruppen handfeste Gründe des Mißtrauens gegen staatliche Maßnahmen gibt; auch und gerade dann, wenn diese sich mit Etiketten des Gesundheits- und Sittenschutzes schmücken. Das gesamtgesellschaftliche Klima, das auch einen Teil des Infektionsklimas ausmacht, könnte durch »vertrauensbildende Maßnahmen« erheblich entspannt, die Chancen der AIDS-Prävention dadurch erheblich verbessert werden.

Ein ärztlicher Kunstfehler

Der Test auf HIV-Antikörper (bzw. bei fortschreitender Technologie: auf das Virus selbst) ist ein notwendiges und hilfreiches Instrument für die Sicherheit von Blutprodukten und Transplantaten. In der Ausschluß- und Differentialdiagnostik sollte der Test wegen der oft verheerenden bis lebensbedrohlichen Folgen der Mitteilung eines positiven Testergebnisses nur *nach* allen weniger »invasiven« Instrumenten der Diagnose eingesetzt werden. In der Forschung über Epidemiologie und Verlauf der Krankheit hängt die ethische und gesundheitliche Vertretbarkeit der Test-Verwendung von der Einhaltung üblicher professioneller Standards ab. Die gegenwärtige Forschungspraxis, bei der häufig völlig unsystematisch alles erreichbare Blut vor allem aus den zuerst sichtbar gewordenen Betroffenengruppen getestet und die Basisvoraussetzung des »informed consents« nicht überall eingehalten wird, unterschreitet diese professionellen Standards derzeit noch in beunruhigendem Ausmaß und trägt deshalb auch wenig zum Wissen über Verhütung und Behandlung von AIDS bei.

Die Verwendung des HIV-Antikörper-Tests an symptomlosen Menschen liegt da-

Zeit für Safer Sex

gegen eindeutig jenseits der Grenzen ärztlich-professioneller Ethik und gesundheitsbezogener Logik. Ein positives Testergebnis bedeutet *nach heutigem Wissensstand eine Wahrscheinlichkeit* zwischen fünf Prozent und dreißig Prozent, innerhalb von meistens zwischen drei und sieben Jahren an AIDS oder einer Vorform zu erkranken. Zumindest bis zum Auftreten von Symptomen gibt es keine Möglichkeit spezifischer medizinischer Intervention. Interventionsbedarf ergibt sich lediglich – dies aber sehr häufig – aus den psychischen Folgen der Mitteilung eines positiven Testergebnisses, die über schwere psychische Erkrankungen bis hin zum Selbstmord reichen. Hier entsteht eine iatrogen produzierte »symptomlose Patientengruppe«. Dies ist umso sinnloser, als aus dem Testergebnis auch keine Konsequenzen für das Verhalten der Getesteten oder ihrer Umwelt folgen: Die Präventionsregeln (Safer Sex und Einmalspritzen) gelten unabhängig vom Serostatus für alle Menschen im Umkreis der risikotragenden Gruppen. Ein positives Testergebnis löst häufig Panik, Realitätsrückzug oder Anomie aus. Dies aber sind die denkbar schlechtesten Voraussetzungen für das zur AIDS-Prävention notwendige rationale Verhalten. Fundierte Ratschläge für die Lebensweise von Seropositiven, mit denen die Wahrscheinlichkeit des Ausbruchs der Krankheit gemindert werden könnte, sind nicht bekannt. Daß hingegen existentielle Angst die Disposition auch für den Ausbruch infektiöser Krankheiten erhöht, erscheint zumindest plausibel.

Die Sicherheit vor AIDS in Krankenhäusern, Schulen, Gefängnissen und Restaurationsbetrieben kann durch den HIV-Antikörper-Test nicht gesteigert werden, weil sie außerhalb der bekannten Risikosituationen nicht bedroht ist.

Mit dem regierungsamtlichen Testangebot (»Wer sollte sich testen lassen? Jeder, der glaubt, sich angesteckt zu haben.«) ist tatsächlich ein ungezieltes Massenscreening in Gang gesetzt worden, das mit den von der medizinischen Wissenschaft und der ärztlichen Ethik selbst definierten Kriterien für Früherkennungsuntersuchungen nicht zu vereinbaren ist. Angesichts der durch den Test ausgelösten bzw. auszulösenden Gesundheits- und Verhaltenswirkungen, ist die Testvornahme an symptomlosen Probanden außerhalb streng definierter Forschungsdesigns ein ärztlicher Kunstfehler.

Angesichts der durch eine Reihe von technologischen Entwicklungen wachsenden Kluft zwischen medizinischen Diagnosemöglichkeiten und Therapierbarkeit für zahlreiche Krankheiten stellt der weithin widerstandslos praktizierte Mißbrauch dieses Instruments einen gesundheitspolitisch gefährlichen Einbruch dar.

Da die bloße Existenz des Tests auch eine weithin irrationale Nachfrage nach ihm weckt und stimuliert, muß der Zugang zum Test mit Hürden versehen werden, bei deren Überwindung den Nachfragern eine kognitiv und emotional hinreichende Aufklärung über die Qualität der Aussage sowie die lebensverändernden psychischen Folgen eines positiven Test-Ergebnisses

vermittelt wird. Der Zugang kann zweckmäßigerweise analog zum Verfahren vor einem Schwangerschaftsabbruch (mehrfache gesundheitliche und psychosoziale Beratung in zeitlichem Abstand bei verschiedenen, nicht nur ärztlichen Institutionen) reguliert werden.

Die absehbare Zunahme ähnlicher, therapeutisch irrelevanter Tests wirft in einem weit über AIDS hinausreichenden Rahmen die Frage nach dem Sinn und der Handhabung von medizinischen Damokles-Schwertern auf.

Probleme und Perspektiven der AIDS-Selbsthilfe

Vor allem die homosexuellen Betroffenen, in einigen Ansätzen auch die Prostituierten haben sich überraschend schnell und wirksam organisiert. Der Grad der Flächendeckung der ca. 40 schwulen AIDS-Hilfen ist beeindruckend für ein spontan entstandenes Gesundheitsnetzwerk. Politische Differenzen werden in diesen Organisationen nach einigen Anlaufschwierigkeiten pragmatisch behandelt. Neben dem Ausbau und der Kontinuität des Netzes finden sich in diesem Bereich einige weitere unge löste Probleme:

Die Haltung zur Frage des HIV-Antikörper-Tests ist unklar. Er wird keineswegs durchgängig in seiner Gefährlichkeit und den in ihm liegenden Bündnismöglichkeiten erkannt. Es wäre zu fragen, inwieweit Betroffene in dieser Frage den Mechanismus der Expansionslogik des Medizinsystems aufsitzen.

Die Fortdauer des ungezielten Screenings (»Test-Angebot«) und die damit verbundene Vermehrung betreuungsbedürftiger, aber physisch symptomloser Seropositiver könnte auf Dauer zu einer Verringerung personeller und organisatorischer Kapazitäten für die Prävention und Aufklärung führen. Jedenfalls insoweit es nicht gelingt, Mitglieder dieser Gruppen für diese gesundheitliche Aufgabe zu gewinnen.

Die Schaffung einer eigenständigen Konfliktfähigkeit mit den staatlichen Zuwendungsgebern zur Sicherung der Voraussetzungen der Aufgabenerfüllung stellt einen Engpaß der AIDS-Hilfe dar. Konfliktfähigkeit ist auch und gerade dann erforderlich, wenn vernünftigerweise weiterhin Kooperation und diskursive Interessenausinandersetzungen mit staatlichen Stellen angestrebt werden. Sie kann sich bei gegebener Machtasymmetrie nur aus Bündnissen ergeben. Auf diesem Feld war die AIDS-Hilfe sowohl im Hinblick auf Teile der Öffentlichkeit als auch des Medizinsystems bisher sicher sehr erfolgreich. Das Spektrum möglicher Bündnisse könnte sich erweitern, wenn Aids auch von den Betroffenen-Organisationen vor allem anderen als Gesundheitsproblem und nicht primär als Problem des Umgangs mit Minderheiten angesehen wird. Diese Balance ist sicher schwer zu halten; die genannten Einbruchstellen zeigen, daß der Umgang mit AIDS tatsächlich zwischen diesen Polen schwankt und ein Ausschlagen des Pendels in Richtung Repression wohl niemals sicher ausgeschlossen werden kann.

Gleichwohl ist der Kampf gegen die Krankheit AIDS desto sicherer vor seinem Umkippen in Repression, je mehr es gelingt, AIDS in die Arenen der Gesundheitspolitik zu tragen und dort zu halten. Denn die Logik der Gesundheitspolitik ist – wie gezeigt wurde – unter den bestehenden strukturellen Bedingungen zwar bei weitem nicht problemadäquat, sie enthält aber in ihren Prinzipien relativ starke Elemente, die Repression »eigentlich« ausschließen. Die Schwelle der Instrumentalisierung von AIDS für problemfremde Zwecke erhöht sich wohl in dem Maße wie AIDS als genuin gesundheitliches Problem angesehen und behandelt wird.

Zudem finden sich in den gesundheitspolitischen Auseinandersetzungen auch jene gesellschaftlichen Bündnisgruppen, die sich aus anderen und unterschiedlichen Gründen ebenfalls *gegen* die Untergewichtung der Prävention, *gegen* die imperiale Attitüde des Medizinsystems und *gegen* die Vermischung von Markt und Gesundheit sowie *für* die Stärkung nicht-medizinischer Kompetenzen und Organisationen im Gesundheitswesen einsetzen.

Umgekehrt folgt daraus für alle diese an der Gesundheitspolitik interessierten Gruppen, daß ihnen der Umgang mit AIDS nicht gleichgültig sein kann. Zum einen werden am Beispiel AIDS für die gesamte Gesundheitspolitik wichtige Zukunftsentwicklungen ausgefochten. Und zum anderen auch deshalb, weil AIDS keine Schwulen-, Fixer- und Nutten-Seuche ist.

Ich habe versucht, die positiven Ansatzpunkte einer wirksamen AIDS-Prävention und die Verbesserungsmöglichkeiten staatlichen Handelns und Nicht-Handelns auf diesem Gebiet zu skizzieren. Diese Möglichkeiten liegen in der Forschungspolitik, in der politischen, klimatischen und materiellen Ermöglichung zielgruppenspezifischer und kontextnah organisierter AIDS-Aufklärung, in der politischen Eliminierung gesundheitspolitischer Störeinflüsse und in einer gesundheits- und präventionsadäquaten Regulierung der Anwendung des HIV-Antikörper-Tests.

Es sollte evident geworden sein, daß eine Gesundheitspolitik, die tatsächlich die Prävention von AIDS, d. h. die Minimierung der Anzahl der Opfer dieser schrecklichen Krankheit, im Auge hat, unverträglich ist mit Maßnahmen, die der Polizeilogik, der Logik von Sexualfeindlichkeit und der Logik Diskriminierung und Ausgrenzung entstammen. Tatsächlich läßt sich bts in die Verzweigungen der einzelnen Maßnahmefelder hinein aufzeigen, daß Repression und Prävention einander ausschließende Alternativen sind. Entweder man setzt auf Prävention, Aufklärung, Eigenverantwortung und staatlich ermöglichte Selbsthilfe oder man betreibt Angstkampagnen, Repression und die Ausgrenzung von Minderheiten.

Noch wäre Zeit, den gesellschaftlichen Umgang mit dem Problem der erworbenen Immunschwäche zu einem positiven Testfall problemorientierter Gesundheitspolitik zu machen. Denn Mikroben machen weder Geschichte noch Politik, aber der Umgang mit Mikroben ist Politik.