

Rosenbrock, Rolf

Article — Digitized Version

Prävention von Aids: Herausforderung an die Gesundheitswissenschaften

Prävention: Zeitschrift für Gesundheitsförderung

Provided in Cooperation with:

WZB Berlin Social Science Center

Suggested Citation: Rosenbrock, Rolf (1987) : Prävention von Aids: Herausforderung an die Gesundheitswissenschaften, Prävention: Zeitschrift für Gesundheitsförderung, ISSN 0170-2602, Deutscher Bundesverlag, Bonn, Vol. 10, Iss. 3, pp. 67-71

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/123076>

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>.

Theorien und Konzepte

Prävention von Aids

— Herausforderung an die Gesundheitswissenschaften —

Rolf Rosenbrock

Gegenwärtig und absehbar zukünftig kann die Anzahl der Aids-Kranken und -Opfer vor allem durch nicht-medizinische Primärprävention gemindert werden. Unter realistischer Abschätzung von erwünschten und unerwünschten Wirkungen führt die Anwendung des Prinzips der weitestgehenden Risikominderung zu sozialwissenschaftlich fundierten Strategien strukturgestützter Verhaltensbeeinflussung.

Summary

Presently and for the foreseeable future the number of HIV-infected people and Aids-victims is to be reduced mainly by primary prevention. Assessing realistically the desired and non-desired impacts, the idea of maximal riskreduction is leading to social-science based strategies which tend to change behaviour, by means of education and influencing societal structures.

Wovon kann ausgegangen werden?

Aids wird durch ein Virus (HIV) ausgelöst, welches das menschliche Immunsystem außer Gefecht setzen kann. Zur Übertragung des HIV muß eine vergleichsweise große Menge hochinfiziertes Körpersekret (Blut oder Sperma) in den Blutkreislauf gelangen. Epidemiologisch relevante Übertragungssituationen sind der penetrierende Geschlechtsverkehr und die Benutzung unsteriler Injektionsbestecke. Die Natur dieser Situationen (Tabu- und Schambereich Sexualität sowie Illegalitätsbereich Drogenbenutzung) sowie ihre zum Teil ubiquitäre Verbreitung schließen Formen der *Fremdsteuerung* (Zwang, Sanktionen, Drohungen, Polizei etc.) schon aus Effektivitätsgründen faktisch aus. Gesucht und optimiert werden müssen deshalb Methoden der Verhaltensbeeinflussung, die zu einer möglichst flächendeckenden *Selbststeuerung* führen. Es geht also um die Organisation eines gesellschaftsweiten Lernprozesses (vgl. R. Rosenbrock 1987 a). Erfolgreiche (z. B. persönliche Hygiene, Benutzung von Anti-Konzeptiva, Gurtpflicht im Auto) und erfolglose (z. B. Rauchen, Alkohol, Streß ect.) Bemühungen der Gesundheitspolitik, durch Präventionskampagnen langfristig und zeitstabil Verhalten zu verändern, liefern wichtige Anhaltspunkte für dieses schwierige, aber machbare Unterfangen.

Ein tragfähiges Konzept der Verhaltensprävention für Aids muß Antworten auf fünf Fragen enthalten:

- Was soll/muß gelernt werden?
- Wer soll/muß lernen?
- Welche objektiven und subjektiven Faktoren erleichtern bzw. behindern dieses Lernen?

- Wie kann der Lernvorgang optimal organisiert werden?
- Welche Rolle spielt der HIV-Antikörpertest für die Prävention?

Im folgenden kann es lediglich darum gehen, hierzu einen sehr groben Überblick zu geben.

Was soll/muß gelernt werden?

Nach heutigem Stand des Wissens enthalten folgende Situationen ein epidemiologisch relevantes Risiko der HIV-Infektion, wenn mindestens einer der Beteiligten infektiös ist (in der Reihenfolge der Risikoladung; Abstände, vor allem zwischen a) und c) höchst unklar):

- a) Analverkehr (Risiko für beide Beteiligten)
- b) Benutzung eines Injektionsbestecks durch mehrere Personen
- c) Vaginalverkehr (Risiko für beide Beteiligten)
- d) Eindringen von infiziertem Blut oder Sperma in verletzte blutführende Gefäße an der Körperoberfläche (entsprechende Techniken des Sado-Masochismus (S/M); aber auch zum Teil in der Krankenbehandlung).

Ergebnisse der beschreibenden Epidemiologie deuten übereinstimmend darauf hin, daß oral-genitale sowie oral-ale Kontakte demgegenüber entweder kein oder ein verschwindend geringes Übertragungsrisiko enthalten. Alle anderen Formen und Techniken des auch körperlich intimen Umgangs enthalten offenbar kein relevantes Übertragungsrisiko. Die Risiken zu a) und c) sind durch Kondombenutzung relativ sehr verlässlich zu vermeiden: Einschließlich aller Handhabungsfehler weist der Pearl-Index (Sicherheit von Verhütungsmitteln) für Kondome ein bis drei unerwünschte Schwangerschaften auf 100 Benutzer-Jahre aus. Das Risiko zu b) ist durch Benutzung von sterilen Spritzbestecken (am besten: Einwegspritzen) zu eliminieren, das Risiko d) durch Unterlassung bzw. Härte-Reduktion entsprechender Sexualtechniken.

Unter diesen Bedingungen ist auch der Verkehr mit Seropositiven (d. h. symptomlos bzw. stumm bzw. latent Infizierten) faktisch übertragungssicher. Besondere Schutzmaßnahmen für bestimmte Berufsgruppen (Krankenbehandlung, Köche, Friseur, Tätowierer etc.) und in Institutionen (Familie, Krankenhaus, Gefängnis, Drogenentzugseinrichtungen etc.) erscheinen bei Einhaltung der normalen Hygieneregeln und bei Anlegung auch strengerer Standards hinsichtlich in anderen Bereichen allgemein akzeptierter Lebensrisiken nicht erforderlich.

Durch die Einhaltung der daraus ableitbaren Präventionsregeln (Safer Sex und sterile Spritzbestecke) würden nach übereinstimmender Ansicht der befragten Infektiologen, Virologen, Epidemiologen und Praktiker die Neuinfektionen um *mindestens* 99% sinken. Verglichen mit anderen Krankheiten, vor allem den modernen chronischen Massenerkrankungen, sind die Voraussetzungen der Prävention von Aids auf der Ebene der ‚Botschaft der Prävention‘ demnach als äußerst günstig einzuschätzen.

Was soll/muß gelernt werden? Die verlässliche Benutzung von Kondomen und Einwegspritzen.

Das sind allerdings weit mehr als nur technische Probleme: Im Sexualbereich bedeutet dies unter anderem, daß die seit einigen Jahrzehnten einseitig auf die Frau abgewälzte Verantwortung für die Verhütung unerwünschter Folgen des Geschlechtsverkehrs (Empfängnis und Infektion sind sicher nur auf dieser Ebene äquivalent) außerhalb der Monogamie wieder auf den Mann übergehen muß. Der notwendige Beitrag der Frauen bei der Durchsetzung ist dabei sicherlich sehr erheblich.

Schwule Männer kommen im Zusammenhang mit Aids überwiegend erstmals mit der Lernaufgabe ‚Sichere Anwendung von Verhütungsmitteln‘ in Berührung. Es muß bei promiskem Verhalten gelernt werden, daß die Kondombenutzung keine Mißtrauenserklärung und kein ‚Aids-Bekenntnis‘, sondern eine schlichte Selbstverständlichkeit ist. Es muß gelernt werden, in den zum Teil sehr kurzen Anbahnungsphasen der geschlechtlichen Begegnung die Frage der Kondombenutzung rechtzeitig zu klären. Und — last but not least — es muß die Technik der Kondombenutzung gelernt werden.

Wer soll/muß lernen?

Bei gegebener Unsicherheit des Wissens (z. B. Übertragungsweg in der Vagina) ist die gesamte sexuell aktive Bevölkerung, soweit sie nicht streng monogam lebt, risikobetroffen. Außerdem die Gruppe der i. v. Drogenbenutzer.

Nicht oder nicht nur monogam lebt die Mehrzahl der Bevölkerung: Ca. 90% der Männer und Frauen haben im Alter von 20 Jahren bereits mehrere sexuelle Erfahrungen, über die Hälfte der in festen Partnerschaften lebenden Männer und Frauen verlassen zumindest gelegentlich die Monogamie, für wesentliche hetero- und homosexuelle Bevölkerungsgruppen ist Promiskuität ein identitätsbildendes Element ihrer Lebensweise geworden; ca. 50 000 bis 100 000 Männer und Frauen benutzen i. v. Drogen. Die Gesamt-Zielpopulation der Aids-Prävention ist daher im wesentlichen mit der sexuell aktiven Bevölkerung identisch.

Hinsichtlich der sexuellen Transmission des HIV ist damit auch die Botschaft (De-Hysterisierung, Kondombenutzung bei penetrierendem Geschlechtsverkehr) zunächst einheitlich und eignet sich deshalb für bevölkerungsweit gestreute ‚Gießkannenbotschaften‘. Für die Feinsteuerung der Prävention allerdings gliedert sich die Zielpopulation in eine endliche Menge von Untergruppen, die sich nach den Merkmalen ihrer geschlechtlichen Ausrichtung, ihrer Kontakt- und Sexualgewohnheiten (‚Szenen‘) sowie nach sozialen Schichten unterscheiden.

Im heterosexuellen Bereich sind hier grob zu nennen: Kinder, Jugendliche und Heranwachsende mit wechselnden Partnern auf der Suche nach ihrer sexuellen und Beziehungsidentität; promisk lebende Menschen in den Szenen der Diskotheken, Bars, Clubs, Kontaktanzeigen, Sex am Arbeitsplatz, Prostitution, Sex-Tourismus; S/M; regelmäßig monogam lebende Menschen mit gelegentlichen ‚Seitensprüngen‘. Im homosexuellen Bereich (ca. 4 - 8% der männlichen Bevölkerung): Bisexuelle; die meist jungen Männer mit den

spezifischen Problemen des ‚coming out‘; Szenen: Bars, Clubs, Klappen, Saunen, Kontaktanzeigen, Prostitution. Sex-Tourismus, Leder, S/M. Bei den Präventionsbemühungen im Bereich der Sexualität muß die unter Umständen präventionswidrige Wirkung häufig benutzter Drogen (Alkohol etc.) thematisiert werden.

Im Bereich der i. v. Drogenbenutzer gibt es ebenfalls unterschiedliche Szenen nach der sozialen Herkunftsschicht, der Gruppenbildung und Kommunikationsformen, der Geldbeschaffung etc. Die Merkmale konstituieren teilweise überlappende Gruppen von Risikoträgern.

Diese Merkmale und Szenen sind zugleich die geeigneten sachlichen und lokalen Anknüpfungspunkte für eine inhaltlich, formal und sozial möglichst kontextnahe Vermittlung der Präventionsbotschaft (Bringschuld der Gesundheitspolitik).

Welche objektiven und subjektiven Faktoren erleichtern bzw. behindern das Lernen?

Es ist zunächst daran zu erinnern, daß das Ziel der Prävention nur über eine Verhaltensänderung in Intim- und zum Teil Tabu-Bereichen zu erreichen ist. Diese Bereiche sind üblicherweise nicht Gegenstand direkt öffentlicher oder gar staatlicher Einwirkungen. Aids-Prävention als öffentliche Gesundheitsaufgabe muß diese Schranken des ‚Üblichen‘ durchbrechen. Solche Bemühungen haben sich auf ein durch die schrille und überwiegend risiko-vertebelnde Publizität in den Massenmedien bereits übermäßig angstbesetztes (und damit verdrängungs- und verleugnungsanfälliges) Thema zu beziehen.

Eine fundamentale Voraussetzung für öffentlich organisiertes Lernen im Intimbereich ist ein gesellschaftliches Klima, das für alle Bevölkerungsgruppen — nicht nur, aber auch und gerade für die besonders gefährdeten, traditionell randständigen — Vertrauen ermöglicht. Vertrauensstabilisierende bzw. -bildende Maßnahmen durch Herstellung von nicht-diskriminierender Öffentlichkeit über die zu bearbeitenden Probleme und die Gewährleistung von Repressionsfreiheit und Anonymität in der Beratung und individuellen Problembewältigung sind daher zwei unverzichtbare und objektive Bedingungen des Erfolgs der Aids-Prävention, weil es um öffentlich vermitteltes Lernen im Intimbereich geht. Jeder auch nur symbolische Schritt in Richtung auf Repression und Ausgrenzung gefährdet damit die Gesamtheit der auf Aufklärung zielenden Präventionsbemühungen.

Keine der denkbaren, z. B. von K. D. Bock et al. (1987), G. G. Frösner (1987) vorgeschlagenen und seit Mai 1987 in Bayern z. T. in Kraft gesetzten repressiven Maßnahmen kann eine Wirksamkeit hinsichtlich der Verminderung der Anzahl von HIV-Infektionen für sich in Anspruch nehmen, die den durch sie bewirkten Effektivitätsverlust für die Prävention durch Aufklärung auch nur annä-

hernd wettmachen könnte. Per Saldo bewirken solche Maßnahmen daher höchstwahrscheinlich eine Vermehrung der Anzahl der Opfer.

Aids-Prävention ist schließlich auf die Verfügbarkeit der technischen Hilfsmittel (Kondome, Einwegspritzen) angewiesen. Der ungehinderte und ubiquitäre Zugang zu diesen Hilfsmitteln (auch in staatlich reglementierten Institutionen) ist damit eine *dritte objektive Bedingung* des Präventionserfolges.

Auf der *subjektiven Seite* sind *drei erleichternde und drei erschwerende Faktoren* des Lernens der Präventionsbotschaft von besonderer Bedeutung.

a) *Erleichternd* ist die große Publizität des Themas. Es kann von einer nahezu flächendeckenden Sensibilisierung ausgegangen werden. Es besteht die *Chance*, hieran mit sachlicher, de-hysterisierender Aufklärung anzuknüpfen. Der Erfolg auf Dauer hängt wesentlich unter anderem davon ab, inwieweit die mehr markt- als ethikgesteuerten Massenmedien auf die verkaufsträchtige Nutzung der durch das Thema anzuheizenden atavistischen Ängste und Wünsche (Sex, käuflicher Sex, ‚Orgien‘, ‚Perversion‘, Sucht, Kriminalität, Tod, ‚unerkannte Feinde‘ etc.) verzichten.

Erleichtert wird die Prävention weiter dadurch, daß — aufgrund der physiologischen Natur der Krankheit (Übertragung faktisch nur in scharf definierten Situationen) — die Präventionsbotschaft sehr einfach sein kann (Safer Sex und sterile Spritzbestecke). Jede Komplizierung der Botschaft würde die Schwierigkeit ihrer Vermittlung in die gesamte Bevölkerung, in alle sozialen Schichten und in zum Teil abgelegene „Szenen“ ganz erheblich vergrößern. Erfolgreich sind Präventionsbotschaften vom Komplexitätsgrad „erst gurten — dann starten“, „die Pille regelmäßig nehmen“ etc.

Erleichtert wird die Prävention durch Aufklärung drittens dadurch, daß die objektiv notwendige Verhaltensänderung keine fundamentalen Veränderungen der jeweiligen Lebensweisen fordert: Abweichungen von der Monogamie, Promiskuität und i. v. Drogenbenutzung können auch unter der Drohung von Aids praktisch ohne spezifisches Aids-Risiko beibehalten werden. Die geforderten Verhaltensänderungen sind in die jeweilige Lebensweise „einbaubar“. Man möge es sich einmal umgekehrt vorstellen: Eine Krankheit, zu deren gesellschaftlicher Prävention tatsächlich sexuelle Abstinenz, strenge Monogamie oder abrupter Ausstieg aus dem Drogengebrauch erforderlich wäre, könnte ohne einen sehr weitgehenden Umbau der Gesellschaft kaum besiegt werden. Umgekehrt folgt daraus: Wo Aids zum Vorwand genommen und in Wahrheit Sitten-, Moral-, Sexual- oder Drogenpolitik betrieben wird, kann sich „Gesundheitspolitik“ in ihr glattes Gegenteil verkehren — der Effekt bestünde in einer durch „Gesundheitspolitik“ bewirkten Steigerung der Anzahl der Opfer.

b) *Erschwert* wird die Prävention vor allem dadurch, daß mit dem Sexualleben und der Drogenbenutzung Lebensbereiche angesprochen sind, in denen das Verhalten nicht nur der rationalen Steuerung unterliegt (U. Clement 1986, St. Quensel 1982). Mit einer nur die Ratio ansprechenden Aufklärung sind hier keine durchschlagenden Erfolge zu erzielen (vgl. S. Becker/U. Clement 1987).

Erschwerend für die Prävention sind die Langfristigkeit und die Ungewißheit des Risikos: Durch heutiges Verhalten muß ein Risiko (der Ausbruch von Aids) verhütet werden, das vielleicht in drei bis fünf, vielleicht auch erst in zehn Jahren eintritt.

Präventives Verhalten ist deshalb auch davon abhängig, ob eine ähnlich langfristige Lebensperspektive zumindest in Ansätzen kognitiv und emotional präsent ist. Diese Schwierigkeit der Prävention kann zumindest zum Teil durch das persönliche und vermittelte Erleben des Schicksals der heute bereits erkrankten und sterbenden Opfer kompensiert werden.

Erschwert wird die wirksame Prävention auch dadurch, daß eine langfristig stabile Verhaltensänderung erforderlich ist. Kurzfristig wirksame, aber leichter handhabbare Impulse der Verhaltensbeeinflussung wie Schock, Angst, Drohung etc. können deshalb nicht erfolgversprechend eingesetzt werden. Ihre Wirkung auf das langfristige Verhalten ist nach allen Erfahrungen sogar kontraproduktiv, da sie stets in Verleugnung, Verdrängung und Ausbrechen „umkippen“ können.

Wie kann der Lernvorgang optimal organisiert werden?

Es wurde oben bereits angedeutet,

- daß zur Aids-Prävention sowohl flächendeckende Streubotschaften (zentraler Absender) als auch die spezifische Ansprache zahlreicher Zielgruppen (dezentraler Absender) erforderlich sind,
- daß diese Botschaften zeitlich und inhaltlich aufeinander abgestimmt sein sollten,
- daß die Gestaltung der Botschaften professionellen Kriterien der Kommunikationswissenschaften einschließlich der Werbepsychologie zu genügen haben,
- daß die wenigen Risikosituationen der HIV-Übertragung und die Mittel der Verhütung klar und ungetarnt bezeichnet werden müssen,
- daß die Botschaften sowohl die kognitiven wie die emotionalen Faktoren zu berücksichtigen haben,
- daß die Botschaften die jeweiligen Lebenslagen und Eigenarten der gemeinten Zielgruppen positiv aufnehmen, zumindest aber als gegeben hinnehmen müssen,
- daß die zielgruppenspezifischen Botschaften sich der Kommunikationsformen, Medien und der Sprache der jeweiligen Zielgruppen bedienen müssen,
- daß die Botschaften nicht mit Angst oder

Schock arbeiten dürfen, wohl aber rational begründete Furcht wecken sollen,

- daß es (bis zur Verfügbarkeit eines Impfstoffs) nicht um eine einmalige Aktion, sondern um eine langfristige Kampagne mit einer ausgewogenen Mischung von Initial-, Erinnerungs- und Stabilisierungsimpulsen geht.

Es sind viele Modelle denkbar, die diesen Anforderungen mehr oder weniger genügen können. Gegenwärtig experimentieren diesbezüglich nahezu alle betroffenen Länder mit verschiedenen inhaltlichen Akzentuierungen und organisatorischen Modellen. Ihre große Varianz und ihre Abhängigkeit von national unterschiedlich gewachsenen Gegebenheiten (unterschiedliche staatliche Durchdringung gesellschaftlicher Bereiche; Organisation und Privatisierungsgrad des Medizinsystems; Umgang mit Sexualität und mit Minderheiten etc.) verbieten es, ein quasi ideales Modell zu konstruieren. Stattdessen sei auf einige durchgängige Erfordernisse und Probleme hingewiesen (vgl. auch F. Hauß/F. Naschold/R. Rosenbrock 1981).

Wie für jede Botschaftsübermittlung gilt auch für die Aids-Prävention: Der *Sender* muß bekannt, vertraut und vertrauenswürdig sein. Soll die von ihm ausgehende Botschaft angenommen werden, darf er nicht im Verdacht stehen, z. B. ein doppeltes Spiel zu spielen: Aufklärung und Repression schließen sich auch hier fast gänzlich aus. Zentralen und dezentralen Sendern kommen verschiedene Aufgaben zu; die dezentralen Sender müssen die Möglichkeit haben, sich inhaltlich und mit gemeinsam benutzten (vor allem visuellen) Symbolen auf die Botschaften der zentralen Absender zu beziehen. Je kontextnäher, d. h. meist: je dezentraler der Absender, desto mehr können die zielgruppenspezifischen sowie regionalen und kommunalen Besonderheiten in Inhalt, Gestus, Sprache und Lebensstil berücksichtigt werden. Am schnell und spontan entstandenen Netzwerk der über 40 regionalen Aids-Hilfen in der Bundesrepublik lassen sich Stärken und Schwächen dezentraler Kommunikation täglich studieren (vgl. DAH 1987). Generell gilt: Je einfacher die Botschaft ist und je leichter ihr Inhalt in die gegebene Lebensweise eingebaut werden kann, desto größer ist die Chance, daß sie ankommt. „Ankommen“ umschließt die drei Ebenen der Informationsaufnahme („Verstehen“), der Akzeptanz („Einstellung“) und der Umsetzung („Verhalten“). Ob als zentraler Absender die Regierung (in der BRD einschließlich der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung) oder eher parastaatliche Organisationen (Krankenkassen, eine Aids-Stiftung etc.) effektiver sind, müßte weiter durchdacht werden. Dezentrale Absender sind die Selbsthilfeorganisationen sowie Institutionen des öffentlichen Gesundheitswesens und des Medizinsystems (niedergelassene Ärzte und Krankenhäuser), soweit diese über Vertrauenswürdigkeit in den Zielgruppen und eine ausreichende Qualifikation in Fragen von Sexualität bzw. Drogen und Aids verfügen. Ersteres wird durch jede Form einer zentralen Befundregistrierung, die die Möglichkeit des Rückverfolgs zu namentlich geführten Patientenakten ermöglicht, zumindest schwer erschüttert. Letzteres stellt derzeit noch einen wesentlichen Engpaß dar.

Vor allem bei den *Empfängern* in den zuerst sichtbar gewordenen Betroffenen Gruppen (männliche Homosexuelle, i. v. Drogenbenutzer, Prostituierte) ist mittlerweile eine sehr hohe und breite Sensibilität (Bereitschaft zum Empfang der Präventionsbotschaft) für Aids zu verzeichnen. Diese kann allerdings durch die Kombination sehr schriller Signale (Boulevard-, Regenbogen-, zum Teil auch ‚seriöse‘ Presse) mit mehr oder weniger offenen Schuldzuweisungen und desorientierenden In-

formationen über die Risikosituationen auch in Verdrängung und Verleugnung umschlagen. Wenig sensibilisiert sind trotz beträchtlicher Inputs bislang die Szenen der nicht-monogamen Heterosexualität. Die anfängliche Charakterisierung von Aids als ‚Schwulenseuche‘ hat hier Präventionshindernisse errichtet, die durch sorgfältige und szenenspezifische Ansprache überwunden werden müssen.

Es steht zu vermuten, daß mit Kombinationen aus Streubotschaften, zielgruppenspezifischer Propaganda, telefonischer Beratung und persönlicher Ansprache die besten Wirkungen erzielt werden — Aids-Prävention ist mehr als das Verteilen oder gar nur Bereithalten von Faltpblättern.

Welche Rolle spielt der HIV-Antikörpertest für die Prävention?

Über Aids-Prävention kann heute nicht ohne Erörterung der Rolle des HIV-Antikörpertests geredet werden (vgl. R. Rosenbrock 1987 b). Vorneweg: Es gibt 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 nicht behandelbare 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. Erst recht widerspricht ein ungezieltes *Massen-Screening* auf nicht behandelbare und in ihrem Ausbruch derart ungewisse Krankheiten wie Aids Regeln der ärztlichen Kunst und epidemiologischen Grundregeln (vgl. M. L. Burr, P. C. Elwood 1985). Denn auf der anderen Seite werden durch die Mitteilung eines positiven Testergebnisses bei bis 50% der Betroffenen schwere psychische Störungen bis hin zur Psychose und zum Suizid ausgelöst. Diese ‚unerwünschten Wirkungen‘ schließen den breiten und undifferenzierten Testeinsatz angesichts des Fehlens einer medizinischen Indikation ebenfalls aus (vgl. z. B. J. M. G. Wilson, G. Jungner 1968). Auch nach der geltenden Reichsversicherungsordnung kann der undifferenzierte Testeinsatz keine Leistung des Kassenarztes sein (§ 181a, RVO).

Es müssen also schon schwerwiegende Gründe vorliegen, um den breiten und breit propagierten Einsatz zu rechtfertigen. Solche Gründe könnten darin liegen, daß der Test oder die Mitteilung des Testergebnisses einen wesentlichen Beitrag zur Aids-Prävention leistet. 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 Ingangsetzung rationaler Verhaltenssteuerung, schon gar nicht auf längere Frist.

b) Ein positives Testergebnis kann Kurzschlußreaktionen („Desperado Effekt“) mit anti-präventiven Konsequenzen auslösen.

c) Ein negatives Testergebnis kann Leichtsin 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 medizinisch-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.“ In der Beratung muß immer das präventive Verhalten (Safer Sex und Einwegspritzen bzw. Therapie) im Vordergrund stehen.

e) Mit dem medizinisch und präventiv meist nutzlosen Test ist die Diskussion über Meldepflicht, Zwangstestungen, Berufsverbote, über arbeits-, sozial-, miet- und strafrechtliche Fragen verbunden. Dies alles wirkt dem Grundgedanken der Prävention entgegen und bringt keinen gesundheitlichen Nutzen.

Das zunehmende Auseinanderklaffen zwischen diagnostischen Möglichkeiten und therapeutischen Fähigkeiten in der Medizin erreicht im Falle Aids eine gesundheitspolitisch neue Stufe (vgl. H. H. Abholz 1987). In den Niederlanden hat dies z. B. zur Entwicklung und Anwendung einer auch offiziell so bezeichneten „Test-Entmutigungspolitik“ geführt (J. v. Wijngaarden 1986).

Ausgangspunkt jeder Präventionskampagne ist eine realistische Einschätzung der Zieldimensionen

Im Falle Aids kann — wie bei allen anderen Infektionskrankheiten mit Ausnahme der Pocken — vorläufig nicht auf eine vollständige Eliminierung der Risiken und Erkrankungen orientiert werden. Sämtliche verfügbaren Untersuchungen zeigen aber, daß sogar mit sehr unvollkommenen und zum Teil sogar falsch konzipierten Präventionskampagnen zeitstabile Verhaltenswirkungen im Bereich von 50 bis 80% und mehr der Zielgruppen erreichbar sind. Es gibt empirische und konzeptionelle Gründe für die Annahme, daß diese Quoten durch koordinierte Bemühungen zu steigern bzw. zu stabilisieren sind. Bei der Wirkungsabschätzung der Prävention ist zu beachten, daß sich der Effekt *jeder* Präventionsstrategie erst nach frühestens drei bis fünf Jahren in der Inzidenz niederschlagen kann.

Aids-Prävention ist Verhaltensprävention

Zwischen der Veränderung des Verhaltens und den Verhältnissen, unter denen sich das Verhalten abspielt, bestehen enge Wechselwirkungen (vgl. R. Rosenbrock 1985). Der Erfolg von Verhaltensbeeinflussung in bezug auf Aids-Prävention ist essentiell daran gebunden, daß für alle Menschen, die mit Risikosituationen umgehen bzw. umgegangen sind, ein begründetes Vertrauen in die Verlässlichkeit der Information und in die Abwesenheit von Repression besteht. Eine Vermischung von Aufklärung und Repression kann Strategien der Aufklärung schweren Schaden zufügen, bis hin zur vollständigen Neutralisierung ihrer Wirksamkeit. Die konkret diskutierten und zum Teil praktizierten Vorformen und Formen der Repression sind durchweg im Hinblick auf ihre gesundheitliche (z. B. bei Aids allein: präventive) Gesamt-Wirkung mindestens unausgewiesen. Die Zone möglicher Kompromisse zwischen Prä-

vention und Repression ist unter dem Gesichtspunkt der gesundheitlichen Wirksamkeit extrem schmal. Dieser Sachverhalt erschwert die politische Bearbeitung des Problems, weil in der Politik die Kompromißfindung durch Bargaining das normale Verfahren ist. Eine Behandlung des Aids-Problems „halb Aufklärung — halb Repression“ aber würde die Wirksamkeit der Aufklärung weitgehend in Frage stellen. Die Folge könnte ein auch auf längere Sicht weiteres Anwachsen der Erkrankungsziffern sein, was den gesundheitspolitisch weder jetzt noch dann zu begründenden Ruf nach Repression verstärken könnte. Die Weichenstellung zwischen den beiden Großalternativen: Aufklärung, Überzeugung, Unterstützung, Betreuung, Zivilisation versus Hysterisierung, Verängstigung, Ausgrenzung und Repression muß jetzt erfolgen. Dabei tragen Forschung und Anwendung der medizinischen und nicht-medizinischen Gesundheitswissenschaften eine große Verantwortung. Sie sollten deutlich machen, daß im Falle Aids der Weg der Prävention und der Aufklärung — jenseits aller Bürgerrechtsfragen — zugleich auch der gesundheitlich effektivste Weg ist.

Literatur

- Abholz, H. H. 1987: Was ist Früherkennung, was kann sie leisten? in: Jahrbuch für Kritische Medizin 13, ARGUMENT-Sonderband 155, Berlin.
- Becker, S., U. Clement 1987: HIV-Infektion und Sexualität, in: Deutsches Ärzteblatt, 84. Jg., Nr. 28/29, S. 1223 - 1226.
- Bock, K. D. et al. 1987: AIDS — Zusehen oder handeln? in: FAZ v. 10.03.1987.
- Burr, M. L., Elwood, P. C. 1985: Research and Development of Health Services — Screening, in: Holland, W. W.; Detels, R.; Knox, G. (eds.): Oxford Textbook of Public Health, Oxford.
- Clement, U. 1986: Sexualepidemiologie, Expertise im Auftrag des BMJFFG, mimeo, Heidelberg.
- DAH 1987: Deutsche AIDS-Hilfe, Jahresbericht 1986/87, Berlin.
- Frösner, G. G. 1987: Wie kann die weitere Ausbreitung von AIDS verlangsamt werden? in: AIFO, 2. Jg. Heft 2.
- Hauß, F., Naschold, F., Rosenbrock, R. 1981: Schichtenspezifische Versorgungsprobleme und leistungssteuernde Strukturpolitik im Gesundheitswesen, in: dies. (Hg.) Schichtenspezifische Versorgungsprobleme im Gesundheitswesen, Forschungsbericht Nr. 55 des BMAuS, Bonn.
- Quensel, St. 1982: Drogenelend, Frankfurt/New York.
- Rosenbrock, R. 1987 a: Politik mit und gegen Aids, in: Blätter für deutsche und internationale Politik, 32. Jg., Nr. 9.
- Rosenbrock, R. 1987 b: HIV-Antikörpertest, Medizinische und gesundheitspolitische Probleme, in: V. Sigusch (Hg.): Aids als Risiko; Über den gesellschaftlichen Umgang mit einer Krankheit, Hamburg.
- Rosenbrock, R. 1985: Primärprävention durch GKV, in: ders./Hauß, F. (Hg.): Krankenkassen und Prävention, Berlin.
- Wijngaarden, J. V. 1986: AIDS in den Niederlanden, in: Dundes, S. R. (Hg.): AIDS — was eine Krankheit verändert, Frankfurt.
- Wilson, J. M. G.; Jungner, G. 1968: Principles and Practice of Screening of Disease, Genf (WHO).

Eine weitere Zusammenfassung mit dem Literaturverzeichnis als WZB-Discussion Paper (Rolf Rosenbrock: AIDS und präventive Gesundheitspolitik, IIVG/pre86-210) kann beim WZB Griegstr. 5 - 7, D-1000 Berlin 33, kostenlos angefordert werden.

Anschrift des Autors:

Dr. rer. pol. Rolf Rosenbrock
Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung
Steinplatz 2
1000 Berlin 12