

Rosenbrock, Rolf

Article — Digitized Version
Aids in Schweden

Vor-sicht: die AIDS-Zeitschrift

Provided in Cooperation with:
WZB Berlin Social Science Center

Suggested Citation: Rosenbrock, Rolf (1988) : Aids in Schweden, Vor-sicht: die AIDS-Zeitschrift, Lenz, Maass, Teuber, Berlin, Vol. 3, Iss. 5, pp. 7,13-19

This Version is available at:
<https://hdl.handle.net/10419/123080>

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>.

AIDS IN SCHWEDEN

von Rolf Rosenbrock

Auf AIDS gibt jedes Land und jede Regierung eine andere gesundheitspolitische Antwort. Daß diese Antworten regelmäßig nicht in krassem Widerspruch zur jeweiligen gesellschaftspolitischen Philosophie stehen, kann man sich dabei schon denken. Überraschend ist da schon eher das Gegenteil: Wenn zwei sehr unterschiedliche Gemeinwesen wie das sozialdemokratisch regierte Königreich Schweden einerseits und das Bundesland Bayern mit seiner ebenso stabilen CSU-Regierung andererseits in sehr wesentlichen Eckpfeilern ihrer AIDS-Politik übereinzustimmen scheinen. Wobei Schweden an einigen Stellen sogar noch härter auf polizeiliche Methoden zu setzen scheint als Bayern, das in dieser Hinsicht in der Bundesrepublik eine Außenseiterlinie fährt. Immerhin: In Schweden gibt es so etwas wie individuelle verbindliche Verhaltensauflagen und namentliche Meldepflicht für symptomlos HIV-Infizierte, gibt es festgelegte Verfahren und Orte für die 'Absonderung' für Uneinsichtige (vgl. DIE ZEIT 51/87, S.78). In Schweden gibt es sogar, wozu die Bayern sich nicht durchringen mochten: Die Verpflichtung zur Offenlegung von Intim- und Spritzenpartnern nach Feststellung einer HIV-Infektion ("contact tracing"). Dabei ist in beiden Ländern die erklärte Grundlage aller AIDS-Prävention die Gesundheitsaufklärung und die "sanfte Verhaltensbeeinflussung". Warum die ganze Aufregung in und über Bayern, während aus dem kühlen Schweden praktisch kein Protest zu hören ist? Koinzidenz zwischen kalter Sozialtechnokratie und krachlederner Lust am starken Staat? Les extremes se touchent? Siegt in Schweden die bayerische Linie?

AIDS-Politik in Schweden und in Bayern: Koinzidenz zwischen kalter Sozialtechnokratie und krachlederner Lust am starken Staat?

Ein genauerer Blick auf die schwedische AIDS-Politik zeigt eher das Gegenteil und mag deshalb auch für die Bundesrepublik lehrreich sein. Um diese Lehre zu verstehen, mag man sich vergegenwärtigen, daß jedes Vorgehen gegen die weitere Ausbreitung von AIDS in einem Span-

nungsbogen steht, dessen Pole sich durch je eine Leitfrage kennzeichnen lassen:

Die klassische, seuchenpolizeiliche Leitfrage lautet: Wie ermitteln wir möglichst viele individuelle Infektionsquellen und wie legen wir diese Infektionsquellen still? Weil nach heutigem Stand des Wissens das AIDS-Virus faktisch nur in den präzise eingegrenzten Risikosituationen des penetrierenden Geschlechtsverkehrs und der gemeinsamen Nutzung von Injektionsbestecken übertragen wird, weil diese Situationen im Tabu- und Intimbereich der Sexualität bzw. im Illegalitätsbereich der i.v.-Drogenbenutzung liegen, und weil zu diesen Situationen immer mindestens zwei

Erfolge mit der seuchenpolizeilichen Strategie lassen sich nur im Kampf gegen die Syphilis beim Militär vorzeigen.

Partner gehören, wird die seuchenpolizeiliche Variante der AIDS-Bekämpfung weltweit ganz überwiegend abgelehnt: AIDS-Prävention wird vielmehr als Problem verantwortlicher Selbststeuerung in Bereichen angesehen, in die der Staat mit seinen polizeilich-administrativen Instrumenten weder effektiv intervenieren kann, noch wohl auch versuchen sollte.

Erfolge mit der seuchenpolizeilichen Strategie lassen sich ohnehin nur im Kampf gegen die Syphilis beim Militär vorzeigen: also bei einer leicht heilbaren Krankheit mit kurzer Inkubationszeit unter Menschen, die als Soldaten einem besonderen Gewaltverhältnis durch den Staat unterworfen sind.

Die gesundheitspolitische Alternative läßt sich durch die zweite Leitfrage umreißen: Wie organisieren wir möglichst schnell, möglichst für alle potentiell risikobetroffenen Menschen und möglichst zeitstabil den gesellschaftlichen Lernprozeß, mit dem sich die Gesellschaft, ihre Institutionen und die Individuen auf das Leben mit dem Virus einstellen können? Ziel ist dabei ein Maximum an präventivem Verhalten und ein Minimum an Ausgrenzung und sonstigen Zivilisationsschäden. Vertreter dieser Leitfrage weisen darauf hin (und finden z.B. in Bayern reiche empirische Belege dafür), daß sich die beiden Politiktypen nicht miteinander verbinden lassen: Wo polizeiliche Maßnahmen ergriffen werden, kommt Aufklärung generell und besonders auch bei den am meisten gefährdeten Gruppen

nicht mehr an, sinkt das Bewußtsein der Selbstverantwortlichkeit, wird den Strategien der Verhaltensbeeinflussung das notwendige Klima entzogen. Das Ziel der Minimierung der Anzahl von Kranken und Toten wird so letztlich verfehlt.

In Schweden aber geschieht offenbar beides nebeneinander: Aufklärung und Meldepflicht, Kondomkampagnen und Absonderung. Und da weder die AIDS-Zahlen noch andere Indikatoren auf eine geringere Effektivität schwedischer AIDS-Politik hindeuten, scheint dort bewiesen zu werden, was die bayerische Staatsregierung behauptet: Daß es gerade die Kombination aus Zwang und Aufklärung, aus Drohung und Hilfe, aus Angst und Furcht ist, die eine maximale Verhaltensänderung bewirkt. Diese Vermutung läßt sich freilich nur aufrechterhalten, wenn von den für die AIDS-Prävention wesentlichen gesellschaftlichen Grundlagen und von den Merkmalen schwedischer AIDS-Aufklärung abgesehen wird.

Elementare Voraussetzung jeder AIDS-Prävention ist ein gesellschaftliches Klima, das öffentliches Vermitteln im Intimbereich ermöglicht. Drei Schlüsselbegriffe kennzeichnen die Voraussetzungen des Erfolges: begründetes Vertrauen, Selbstverantwortlichkeit und Offenheit für Sexualität, auch in allen ihren nicht-monogamen Spielarten.

Schlüsselbegriffe jeder AIDS-Prävention: begründetes Vertrauen, Selbstverantwortlichkeit und Offenheit für Sexualität.

Seit zu Beginn der zwanziger Jahre die schwedische Pfarrerstochter Elise Otternsen-Jensen sich des Themas Sexualaufklärung annahm und es erfolgreich in die bildungsfreudige sozialdemokratische Arbeiterbewegung hineintrug, hat die schwedische Sexualgeschichte, das Verhältnis zur Sexualität insgesamt einen anderen Verlauf angenommen als bei uns. Eine durchaus nicht lustfeindliche und durchaus nicht nur auf sexuelle Monogamie abzielende Sexualaufklärung ist fester Bestandteil der Bildung und Erziehung innerhalb und außerhalb der Schule. Die bei uns keineswegs nur südlich der Mainlinie immer noch zu hörende Auffassung, zu viel und zu offene Sexualaufklärung führe zu mehr

Fortsetzung Seite 13

AIDS in Schweden
...Fortsetzung von Seite 7

Ehebruch, ungewöhnlichen Sexualpraktiken oder sexueller Devianz, stößt in Schweden auf absolutes Unverständnis. Und dabei betrachten sich die meisten Schweden durchaus, etwa im Vergleich zu den Dänen, noch eher als prüde.

Staatlich betriebene AIDS-Aufklärung konnte deshalb seit 1984 auf einem breiten und stabilen Fundament von Offenheit und Wissen aufbauen und ein ausgebautes Netz von Kommunikationswegen benutzen. Langatmige und wertvolle Zeit raubende Debatten über die Vorteilhaftigkeit der Monogamie oder Vetos aus kirchlichen Kreisen gegen lebensrettende Präventionsbotschaften waren und sind in Schweden undenkbar.

Schwedische AIDS-Aufklärung konnte auf einem breiten und stabilen Fundament von Offenheit und Wissen aufbauen.

Auch im Umgang mit sexuellen Minderheiten ist die Bundesrepublik verglichen mit Schweden eher ein Entwicklungsland: Abgesehen von einer Phase eher skurriler Paranoia vor homosexuellen Verschwörungen in den dreißiger und vierziger Jahren gab es in Schweden nie eine massive Schwulenvorfassung, KZ und Tod für Homosexuelle sind ohnehin eine deutsche Spezialität. 1944 wurde in Schweden durch eine Liberalisierung des Sexualstrafrechts ein gesetzlicher Stand hergestellt, der bei uns noch ein weiteres Vierteljahrhundert (bis 1969) warten ließ. In Schweden kommt Homosexualität seit 1977 im Strafrecht überhaupt nicht mehr vor. Gleichgeschlechtliche Partnerschaften sind weitgehend in Gesetzgebung und in den Alltag integriert, bis hin zur genossenschaftlichen Wohnungsvergabe, zum paarweisen Bahnkartenverkauf etc. Unter Homosexuellen wird seit Jahren kontrovers, aber entspannt diskutiert, ob man die politische Forderung nach der staatlich sanktionierten Ehe von gleichgeschlechtlichen Partnern nun erheben soll oder nicht. Und weil AIDS nun mal als erstes und bis heute zu über 80% seiner Opfer in der schwulen Bevölkerung holte, und weil die schwedische Regierung jede Entwicklung einer Schuldzuweisung oder Diskriminierung im Ansatz entgegenwirken sollte, und weil AIDS-Prävention ohne die aktive Kooperation der homosexuellen Männer und ihrer

Organisationen nicht zu machen ist, kam Mitte 1987 noch ein Gesetz gegen die Diskriminierung von Homosexuellen hinzu. Zeitgleich erhob der bayerische Minister Zehetmayer im Zusammenhang mit AIDS das 'Ausdünnen' von Minderheiten, und namentlich der homosexuellen, zu einem politischen Ziel.

In Schweden können denn auch die Zielgruppen und Probleme der AIDS-Prävention öffentlich und unverklemmt beim Namen genannt werden: neun von zehn jungen Frauen und Männern kennen mit 20 Jahren den Geschlechtsverkehr aus eigener Erfahrung. Überwiegend aus Erfahrungen mit mehreren Partnern, wobei insbesondere bei Heranwachsenden jede neue Verliebtheit und Beziehung als treu und monogam erlebt wird. Sexualwissenschaftler nennen dieses Verhalten auf der Suche nach der Beziehungs- und Geschlechtsidentität die Phase der 'sequentiellen Monogamie'. Wenn AIDS-Aufklärung da auf Treue anstatt auf Kondom orientiert, kann dies zur tödlichen Falle werden. Auch von den Männern und Frauen, die in festen Beziehungen leben, verläßt jede/r zweite gelegentlich die Monogamie. Für wesentliche Szenen und Subkulturen ist Promiskuität mit z.T. sehr hoher Partnerfrequenz zu einem identitätsbildenden Teil ihrer Lebensweise geworden. Das gilt für die homo-, bi- und heterosexuellen Bevölkerungsgruppen. Jede/r fünfte der 18- bis 30jährigen hatte in den letzten sechs Monaten Sex mit mindestens einem mehr oder weniger unbekanntem 'Zufallspartner'. Auch da hilft die Orientierung auf Treue nicht viel weiter. Die Präventionsbotschaft muß vielmehr streng am Krankheitsrisiko (und nicht an Moralvorstellungen) orientiert sein. Sie wird desto eher akzeptiert, je leichter sie in die bestehende Lebensweise eingefügt werden kann: make the healthy way the easy choice, formuliert die WHO diesen Grundsatz der Prävention.

Die Präventionsbotschaft wird desto eher akzeptiert, je leichter sie in bestehende Lebensweisen eingefügt werden kann.

Ein relevantes AIDS-Risiko tragen solche Menschen, für die wechselnde sexuelle Partnerschaften zur Lebensweise gehören. Für sie ist die Botschaft mit der Treue sinnvoll wie der Vermerk auf der Zigarettenschmuck: "Der Bundesgesundheitsminister: Rauchen schadet

Ihrer Gesundheit!" Worum es bei AIDS dagegen tatsächlich geht, ist der - erfolgreichen - Einführung der Filterzigarette mit massiven Werbungsstrategien zu vergleichen. Mit einem wichtigen Unterschied: Die Reduktion von Lungenkrebs durch Zigarettenfilter ist allenfalls marginal, verlässliche Kondombenutzung dagegen würde eine AIDS-Infektion zu einem exotischen Ereignis werden lassen. Denn bei bestimmungsgemäßem Gebrauch von ordentlich produzierten und sachgemäß gelagerten Präservativen bietet die Kondombenutzung eine Sicherheit, die sich mit einer guten Impfung durchaus vergleichen läßt.

Für einen solchen entspannten und dehysterisierenden Umgang mit dem AIDS-Risiko ist in Schweden heute Platz. Natürlich gilt auch hier der - streng logisch unanfechtbare - Satz: Die Promiskuität ist der Motor der Seuche. Aber es wird daraus eben nicht, wie vielfach bei uns, der unsinnige, weil bevölkerungsweit nicht praktikable und schon gar nicht staatlich durchsetzbare Umkehrschluß gezogen, daß nur die strikte Monogamie die Seuche stoppen kann.

Aber nicht nur im Hinblick auf die Bestimmung der Zielgruppen und den Inhalt der Präventionsbotschaft verfügt Schweden über die besseren - kulturellen - Voraussetzungen als die Bundesrepublik. Gleiches gilt auch für die Wege, auf denen diese Botschaft vermittelt werden kann. Olof Palme hat die Schweden einmal ein Volk aus Bildungszirkeln genannt. Die Arbeiterbewegung, die bürgerlichen Parteien

Mit Hilfe des schwedischen Netzwerkes können Lerninhalte und Botschaften schnell und flächendeckend in die Bevölkerung hineingetragen werden.

sowie die Kirchen und ethnische Organisationen haben jeweils ihre eigenen Bildungswerke, z.T. bis in die Dörfer hinein. Mit Hilfe dieses jahrzehntelang gewachsenen und in Fällen von allgemeiner Bedeutung auch einheitlich zu benutzenden Netzwerkes können Lerninhalte und Botschaften schnell und flächendeckend in die Bevölkerung hineingetragen werden. Und zwar auf die wohl wirksamste Art und Weise: durch persönliche Ansprache im vertrauten sozialen Kontext nach vorheriger Erzeugung von Aufmerksamkeit durch landesweite Kampagnen. Ein auch für die

AIDS-Prävention nutzbares Ergebnis dieser dichten Vernetzung ist die in Schweden bei aller Individualität hochentwickelte Konsumentendisziplin: In kaum einem anderen Land lassen sich Moden so schnell durchsetzen wie im Flächenland Schweden. Dabei ergänzen sich 'Gießkannenbotschaften' und ihre Verarbeitung in den vielen dezentralen Zirkeln, Gruppen und Organisationen. Mit dieser Kombination ist es in Schweden auch gelungen, das Aufkommen hinderlicher Debatten über die Moralität einer öffentlichen Propagierung der Promiskuität, die mit jeder professionellen Kondomkampagne verbunden ist, zu vermeiden. Zentral werden die möglichen Gefahren des Geschlechtsverkehrs mit unbekanntem Partnern betont, dezentral vor allem die Schutzmöglichkeiten durch Präservative.



Da ja fast jeder Einwohner Schwedens Mitglied in mehreren Organisationen ist, wird durch diesen Bildungsunterbau nahezu jeder mindestens einmal, meist aber mehrfach erreicht. Die 16jährige schwedische Schülerin, die von sich behauptete, innerhalb des ersten Halbjahres 1987 unaufgefordert über 30 Kondome bei den verschiedensten Gelegenheiten ausgehändigt oder zugesteckt bekommen zu haben, könnte sogar richtig gezählt haben. Sie soll sich freuen. Gesundheitspolitisch erfreulicher ist, daß wohl kaum jemand von der AIDS-Prävention nichts mitbekommen haben kann. Zur Zielgruppenspezifität gehört sicherlich auch, daß einrückende Rekruten zusammen mit anderen Werbebeschenken wie Kekse und Streich-

hölzer auch Kondome bekommen, die Verpackung in Militär-Camouflage gehalten.

Auch die schwulen Männer als hauptsächlich betroffene Gruppe verfügten in Schweden im Gegensatz zur Bundesrepublik beim Auftreten der Krankheit über eine verarbeitungsfähige Infrastruktur, die schnell und sensibel reagieren konnte: Der 1950 gegründete Reichsverband für sexuelle Gleichstellung (RFSL) mit Zentrale und 25 Regionalabteilungen schlug als erster Alarm, forderte Forschung, staatliche Maßnahmen der Prävention und Versorgung und

In sechs schwedischen Städten gibt es feste Gesundheitsstützpunkte für Homosexuelle.

organisierte die Prävention seit 1982. Ein Jahr später, 1983, wurde in Schweden die erste AIDS-Diagnose gestellt. In Stockholm und Göteborg gibt es - von RFSL initiiert - seit 1981 in den großen staatlich-städtischen Krankenanstalten Ambulatorien für Geschlechtskrankheiten, die de facto ausschließlich von schwulen Männern benutzt werden und nahezu ausschließlich mit schwulem Personal besetzt sind. Heute gibt es in sechs schwedischen Städten solche festen Gesundheitsstützpunkte für Homosexuelle. RFSL und die Ambulatorien leisteten und leisten einen wichtigen Beitrag zur Organisation der Prävention und zur Betreuung von HIV-Positiven und AIDS-Kranken. Die Aufklärungsarbeit von RFSL ist noch drastischer als die direkt staatlichen Kampagnen, wird aber ebenfalls von der regierungsamtlichen AIDS-Delegation finanziert.

Die im folgenden skizzierten eher gesundheitspolizeilichen Elemente der schwedischen AIDS-Strategie sind nur vor dem Hintergrund der offenen, toleranten, dehysterisierenden und auch finanziell aufwendigen Aufklärungsstrategien zu verstehen. Die in ihnen enthaltenen strategischen Fehlorientierungen sind in Schweden wahrscheinlich ohne wesentlichen Effizienzverlust für die AIDS-Prävention verkraftbar, bei uns würden sie absehbar zu ernsthaften Zivilisationsschäden und einer vermeidbaren Vermehrung der Anzahl der Kranken und Toten führen.

Im Mittelpunkt jeder, also auch der schwedischen gesundheitspolizeilichen Strategievariante steht die Ermittlung von symptomlos HIV-Infizierten mit Hilfe unterschiedlich angelegter Testkampagnen. In

Schweden gibt es keine Zwangstests, für niemanden. Dr. Erik Sandström, heterosexueller und deshalb oder trotzdem geachteter Chef des Geschlechtskrankheitenambulatoriums für schwule Männer in Södersjukhuset im Stockholmer Stadtteil Vårhalsan und führendes Mitglied der staatlichen AIDS-Delegation ist sich sicher, daß dies trotz aller damit verbundenen Widersprüche und Probleme eine absolut unverzichtbare Voraussetzung jeder AIDS-Prävention ist. Das gilt nicht nur für seine Klientel, die schwulen Männer, sondern auch für Fixer, Prostituierte und die breite Masse der Bevölkerung, für die AIDS wahrscheinlich nie ein Problem werden wird. Sandström ist Befürworter der breiten und offensiveren Testkampagne, obgleich er die Gegenargumente kennt: Aus einem positiven Testergebnis folgt weder eine medizinische Behandlung noch spezifische Regeln für die Lebensführung noch etwas anderes als Safer Sex. Als Folge der Mitteilung positiver Testergebnisse hat es auch in Schweden trotz sehr viel sorgfältigerer Beratung und Betreuung als in der Bundesrepublik psychotische Reaktionen und auch Suizide gegeben. Aus einem negativen Testergebnis folgt - trotz eingehender Beratung - häufig Leichtsinn. Zur Messung und

Die gesundheitspolizeilichen Elemente der schwedischen AIDS-Strategie sind nur vor dem Hintergrund der offenen und dehydrierenden Aufklärungskampagnen zu verstehen.

Beobachtung der Verbreitung und Entwicklung der Krankheit ist der ungezielte Massentest, wie er in Schweden und der Bundesrepublik gleichermaßen propagiert wird, weniger geeignet als die systematische Nutzung der ohnehin gegebenen Meßpunkte der Sozialepidemiologie, der Blutbanken, der Krankenstatistiken etc. Als epidemiologisch wirksames Mittel der Verhaltensbeeinflussung ist der Test keinesfalls besser als und oftmals hinderlich für professionell gemachte Safer Sex- und Einwegspritzenkampagnen.

Das alles sieht auch Dr. Sandström. Er setzt auf etwas anderes: Wer sich dem Test stellt, stellt sich der Krankheit, mit jedem Getesteten gewinnt die Krankheit einen erklärten Feind. Das klingt ein bißchen mystisch und ist es wohl auch. Handlanger ist schon sein Hinweis, daß es mit wachsender

Anzahl identifizierter HIV-Positiver immer unmöglicher wird, diese Gruppe ins gesellschaftliche Aus zu schieben. Daß es genau diese Angst ist, die auch jetzt schon und auch in Schweden gerade die Menschen aus den am stärksten betroffenen Gruppen immer noch und immer mehr davon abhält, zum Test zu gehen, sieht er auch, und es macht ihn traurig und läßt ihn ein wenig ratlos wirken. Irgendwie scheint er ganz froh zu sein, einmal für einige Monate aus der aktuellen AIDS-Politik aussteigen zu können. Vorläufig hat er genug damit zu tun, als Mitglied des Organisationskomitees die 5. Internationale AIDS-Konferenz für Juni 1988 in Stockholm vorzubereiten.

Mit jedem Getesteten gewinnt die Krankheit einen erklärten Feind.

Denn das Dilemma der schwedischen Testpolitik liegt auf der Hand. Im November 1985 wurde die HIV-Infektion einschl. des entwickelten Krankheitsbildes AIDS in die Liste der sexuell übertragbaren Krankheiten unter dem Gesetz gegen übertragbare Krankheiten aufgenommen. Gleichzeitig wurde die Strafbarkeit der Krankheitsverbreitung aus diesem Gesetz gestrichen. Sämtliche bekanntgewordenen Infektions- (also nicht nur Krankheits-) Fälle müssen vom diagnostizierenden Arzt dem staatlichen Bezirksarzt und dem Staatlichen Bakteriologischen Laboratorium (SBL) als zentraler Seuchenbehörde mitgeteilt werden. Dabei hatte das Parlament wegen der individuellen Tragweite einer HIV-Diagnose damals sogleich in Abweichung von der Regelung durch das Gesetz über die Führung von Krankenakten eine weitgehende Anonymisierung beschlossen: Gemeldet wird nicht mit der vollen zehnstelligen Personenkennziffer, die seit den fünfziger Jahren jeden Schweden von der Wiege bis zur Bahre, vom Wehrpaß über den Krankenschein bis zur Einkommenssteuer und zur Rentenversicherung begleitet. Gemeldet werden - zur Vermeidung von Doppelzählungen - die ersten beiden und letzten vier Ziffern, also Geburtsjahr, Geschlecht und Region. Diese nach landläufigen Maßstäben wirksame Anonymisierung ist in Schweden ungewöhnlich genug: Der vergleichsweise ruhige und transparente Lauf der Geschichte, die gemeinsame Herkunft einer protestantischen Agrargesellschaft haben das Bedürfnis nach Schutz der Intimsphäre, das

Recht auf privacy nie zu einem großen Thema werden lassen. Das Zutrauen in staatliche Problemlösungen ist nach wie vor groß, der Glaube an Effektivität und Adäquanz von Behördenlösungen z.T. atemberaubend. Natürlich funktionieren solche Lösungen deshalb auch manchmal besser als bei uns.

Wenn der deutsche Beobachter - die Volkszählungsdebatte in frischer Erinnerung - schwedische Bürger, Politiker, Sozialwissenschaftler oder Ärzte fragt, wie es denn seinerzeit zur widerstandslosen Einführung z.B. der Personenkennziffer gekommen ist, erntet er bis heute meist eine ungläubige Rückfrage: Ob nicht so ein Kennzeichen eine unglaublich praktische Sache sei? Und nicht nur gegenüber dem Staat sind die meisten Schweden nach unseren Maßstäben geradezu vertrauensselig (und eigentlich sind sie damit nie dramatisch schlecht gefahren): Ohne größeren Aufwand kann jeder schwedische Bürger z.B. aus öffentlich zugänglichen Quellen herausfinden, wieviel sein Nachbar verdient und wieviel Geld er versteuert. Doch auch dieses, für uns unvorstellbar ungestörte Vertrauensverhältnis zwischen Bürger und Staat reichte dem schwedischen Parlament nicht aus, den Behörden einen durchgängig sachgemäßen Umgang mit dem Wissen über den Serostatus HIV-positiver Bürger zuzutrauen.

Durch die Anonymisierung geschützt sollten sich möglichst viele Schweden und insbesondere möglichst viele risikotragende Menschen freiwillig testen lassen. Dazu wurde eine massive Testkampagne in allen Medien plaziert, die - zum Ärger der mit Sexualpolitik befaßten Organisationen RFSL und RFSU - die Kampagnen zur Risikovermeidung (Kondombenutzung) zeitweilig in den Hintergrund rückte. Wer immer sich von dieser Kampagne oder auch sonst zum Test hingezogen fühlt, kann diesen

Ziel der gesundheitspolitischen Strategie ist ein Maximum an präventivem Verhalten sowie ein Minimum an Ausgrenzung und sonstigen Zivilisationsschäden.

kostenlos und zunächst anonym machen lassen. Ist das Testergebnis negativ, bleibt es bei der Anonymität. Ist das Testergebnis positiv, muß - nach dem Gesetz - der behandelnde Arzt zweierlei tun: Er muß der/dem Betroffenen Verhaltensauflagen machen, was in Schweden de facto die ehrenwörtliche Versicherung auf Safer Sex

und die Unterlassung von Spritzenaustausch bedeutet. Zudem werden Menschen mit positivem Testergebnis in Schweden - das kann einen Kenner dieses Landes nicht überraschen - sehr sorgfältig psychologisch und sozialarbeiterisch betreut und gestützt. Zum zweiten muß der behandelnde Arzt die anonymisierte Personenkennziffer an den Bezirksarzt und das SBL weiterleiten, zusammen mit - soweit bekannt - Hinweisen auf die Zugehörigkeit zu einer risikotragenden Gruppe.

Das Zutrauen in staatliche Problemlösungen ist in Schweden ungewöhnlich groß.

Das Dilemma dieser Testpolitik besteht darin, daß sie von den potentiell Betroffenen fordert, sich durch den HIV-Antikörpertest freiwillig in den Bereich eines Systems zu begeben, das dann unter Umständen mit ziemlich großem Zwang reagieren kann. Für den Erfolg einer solchen Politik muß die Basisressource jeder AIDS-Politik - ein Klima des gesellschaftlichen Vertrauens und ein Klima, das gesellschaftlich vermitteltes Lernen auch im Intimbereich ermöglicht - nahezu überreichlich vorhanden sein. Trotz der guten Voraussetzungen in Schweden blieben die Erfolge bescheiden: Bis Ende Oktober 1987 wurden auf diese Weise ca. 1.700 HIV-Antikörperträger ermittelt. Nach pessimistischen Schätzungen aus der regierungsamtlichen Epidemiologie ist das ein Sechstel bis ein Siebtel aller Infizierten. Fünf Sechstel bis sechs Siebtel der Virusträger wurden - wenn diese Schätzungen stimmen - von dieser Politik demnach nicht erreicht. Der präventive Nettoeffekt dieser großen Kampagne, d.h. die Verminderung von HIV-Infektionen, liegt in der Antwort auf die Frage: In wieviel potentiellen Risikosituationen (penetrierender Geschlechtsverkehr und Spritzenaustausch) haben diese 1.700 Menschen als Folge der Mitteilung des positiven Testergebnisses ihre Partner und sich durch Anwendung der Präventionsregeln geschützt? Dabei ist zu berücksichtigen, daß zu einer Risikosituation immer mindestens zwei gehören und daß alle 1.700 von AIDS und von der Präventionskampagne zumindest Kenntnis gehabt haben müssen. Denn sonst wären sie nicht zum Test gekommen. Der direkte präventive Effekt der Testkampagnen wird demnach auch von Prof. Margarete Böttiger, die mit dem

schönen Titel "Staatsepidemiologin" als Direktorin des SBL die Ausbreitung der Krankheit beobachtet, nur als marginal eingestuft. Einigermaßen sicher ist der Erfolg nur in jenen sehr, sehr wenigen Fällen, in denen Menschen von einem positiven Testergebnis wirklich vollständig überrascht worden sind und auf diese Weise erstmals mit der Notwendigkeit konfrontiert wurden, hinfort nur noch Safer Sex zu praktizieren.

Etwas anderes erscheint wichtiger: Von den ermittelten Positiven waren 51% homosexuelle Männer, 25% waren Drogenabhängige. In der Statistik der schwedischen Fälle des Vollbilds AIDS (bis Herbst 1987: 145 Fälle) nehmen die Schwulen mit ca. 120 Fällen dagegen die epidemiologisch erwartbare Quote von etwas über 80% der Opfer ein, während i.v.-Drogenbenutzer knapp 10% der Kranken stellen. Das bedeutet, daß die informierteren, mobileren oder besser organisierten Homosexuellen es offenbar vermeiden, sich in Schweden testen zu lassen, wenn sie sich überhaupt testen lassen.



Sie weichen nach Dänemark oder in die Bundesrepublik aus. Das Ergebnis: Die mit Hilfe des Tests auch beabsichtigte epidemiologische Beobachtung der Infektionsevolution ist systematisch derart verzerrt, daß sich schwedische Fachleute gerne an den bundesdeutschen (auf freiwilliger und anonymer Basis beruhenden) Testergebnissen orientieren.

Dabei ist der Aufwand, der für den Test getrieben wird, sehr erheblich: Bis Ende 1987 wurde knapp eine halbe Million Menschen auf HIV-Antikörper getestet, davon etwas über drei Viertel allein im Jahre 1987. Die absolute Anzahl der Tests pro Quartal hat sich seit En-

de 1985 verfünffacht. Die Anzahl der am Testprogramm teilnehmenden homosexuellen Männer ist dabei kontinuierlich von ca. 1.000 auf ca. 500 pro Quartal gefallen, ihr Anteil fiel dadurch von knapp 6% auf 0,6%. Von den getesteten Homosexuellen ist ziemlich stabil jeder zehnte bis vierzehnte HIV-Antikörper-positiv. Mit anderen Worten: Die auf diesem Wege ermittelten HIV-Positiven aus der Gruppe mit dem höchsten Risiko geht nicht nur prozentual sondern auch in absoluten Zahlen immer weiter zurück. Bei den Fixern ist die Anzahl der pro Quartal freiwillig Getesteten mit ca. 1.500 bis ca. 2.000 pro Quartal einigermaßen stabil geblieben, ihr Anteil am Testprogramm ist dagegen mit dessen Aufblähung entsprechend stark zurückgegangen. Sie weisen in erheblich geringerem und zudem von Quartal zu Quartal fallendem Umfang HIV-Antikörper aus: Die Quote liegt nie über 5%. Ob dies eine realistische Ziffer für den Infektionsgrad der Gruppe ist, wird angesichts der Beobachtungen aus anderen Ländern stark bezweifelt. Möglicherweise gibt es auch hier eine in der Struktur des Programms angelegte systematische Verzerrung. Diese Ergebnisse können auch durch die Kategorie 'kein geklärtes Risiko', in der sich natürlich auch Angehörige der risikotragenden Gruppen befinden, nicht erklärt werden. Hinsichtlich des Einsickerns von HIV und AIDS in die heterosexuellen promiscuen Bevölkerungssegmente geben die schwedischen wie die deutschen Befunde kein klares Bild.

Der präventive Effekt des Tests ist nur in den Fällen gegeben, in denen die Betroffenen vom positiven Testergebnis vollständig überrascht worden sind.

Alles in allem: Es wird ein riesengroßes Testprogramm durchgeführt. Auch Oma Svensson und Opa Larssen lassen sich testen. Auch sie werden in der Logik von Dr. Sandström zu "erklärten Feinden der Krankheit". Nur: Kann dadurch AIDS gestoppt werden? An den gemeinten Gruppen dagegen geht das Programm so gut wie vollständig vorbei. Das gilt nicht nur für die Homosexuellen und die i.v.-Drogenbenutzer, sondern auch für die heterosexuellen, z.T. hoch promiscuen 'disco-people'. Die Gründe für die Verweigerung liegen auf der Hand. Wer sich ohnehin - durch promiscue Lebensweise oder/und i.v.-Drogenbenutzung - im Einzugsbereich des Virus

bewegt, weiß, daß er und wie er sich und seine Partner schützen muß, unabhängig vom Test. Wer dies nicht mitbekommen hat oder verdrängt und verleugnet, geht auch nicht zum Test. Zum Test kommen schließlich drei Gruppen: Jene, die praktisch kein Infektionsrisiko haben und durch die Kampagne verunsichert bis hysterisiert sind, das sind weit über 95% der Teilnehmer. Dann jene, die bei meist risikofreier Lebensweise sichergehen wollen, daß die meist wenigen Risikosituationen ihrer Vergangenheit ohne Folgen geblieben sind. Sie unterziehen sich einem individuell unter Umständen sinnvollen, in den allermeisten Fällen entlastenden "Bilanztest". Und schließlich jene, denen die Gewißheit ein absoluter Wert ist. Erfahrungsgemäß finden sich in der letzten Gruppe die meisten HIV-Positiven und die schwersten psychischen Krisen bei Mitteilung des Testergebnisses. Diese drei Gruppen sind in ihrer Entschlossenheit bzw. Motivierbarkeit für den Test auch durch die Meldepflicht nicht zu erschüttern. Ihre Teilnahmebereitschaft wächst so stark, daß Dr. Sandström es für möglich hält, daß innerhalb weniger Jahre die Mehrzahl der schwedischen Bevölkerung durchgetestet ist.

Die informierteren, mobileren und besser organisierten Schwulen vermeiden es, sich in Schweden testen zu lassen.

Das Vertrauensproblem der eigentlich gemeinten Gruppen - hoch Promiske jeder geschlechtlichen Ausrichtung und i.v.- Drogenbenutzer - ist dagegen auch durch starke vertrauensbildende Maßnahmen nicht zu lösen. Dies konnte in Schweden seit Frühsommer 1987 beobachtet werden. In öffentlichen Debatten war damals bezweifelt worden, ob die Weitergabe nur der ersten und letzten Ziffern der Personenkennziffer tatsächlich die Anonymität gewährleistet. Wir kennen diese Debatte von der Volkszählung. Die landesweit operierende Medizinerorganisation 'Ärzte gegen AIDS' hatte sich daraufhin dafür eingesetzt, die Identifikation erlaubende Meldepflicht in der Praxis endgültig und unmißverständlich außer Kraft zu setzen. Mit der nationalen AIDS-Delegation und der Reichsregierung war man übereingekommen, daß die 'Ärzte gegen AIDS' auf Kosten der Regierung in ganzseitigen Zeitungsanzeigen und anderen Medien für den Test werben darf-

ten, unter der ausdrücklichen Zusicherung, auch im Falle eines positiven Testergebnisses die Identität nicht zu erfragen. Nach dem Namen soll nicht gefragt werden, bevor sich die Krankheit klinisch manifestiert. Die Meldung für die Statistik erfolgt unter Kennziffer-Gruppen, die noch nicht vergeben sind. Wer sich heute in den großen Infektionskliniken oder in einem Schwulenambulatorium testen läßt und HIV-positiv ist, wird so gemeldet, daß jede Identifikation unmöglich ist. Um das für die Prävention unerläßliche Vertrauensklima zu sichern, wurde die namentliche Meldepflicht faktisch contra legem außer Kraft gesetzt - mit zunächst stummer Billigung der Regierung und dann auf Kosten der Regierung propagiert. Der schwedische Staat versuchte nicht, Stärke zu zeigen, wo die Durchsetzung des Gesetzes gesundheitspolitischen Schaden hätte auslösen können. Für die Bundesrepublik wäre so viel gesundheitspolitische Klugheit nur schwerlich vorstellbar.

Diese Klugheit hat zwar dem gesundheitspolitischen Klima und damit der AIDS-Prävention in Schweden sicher genutzt. Das unmittelbar erhoffte Ergebnis konnte aber auch so nicht erzielt werden: Die Teilnahmeziffern aus den Gruppen mit den höchsten Risiken sind davon unbeeindruckt seither weiter gesunken.

Auch Dr. Sandström hält dies nicht für ein Zeichen kollektiver Verantwortungslosigkeit. Schließlich kennt auch er die Studien aus zahlreichen Ländern, die z.B. bei homosexuellen Männern zeitstabil ein Safer Sex-Verhalten von über 80% und damit einen für Verhaltensprävention und Gesundheitspolitik insgesamt ganz außerordentlichen Erfolg feststellen. Schließlich weiß auch er, daß durch Strategien der Aufklärung und Selbststeuerung unter den Homosexuellen in San Francisco, der weltweit am stärksten von AIDS betroffenen Stadt, die Ausbreitung der Krankheit faktisch gestoppt werden konnte (DIE ZEIT 52/1987, S.52). Sorge macht ihm, wie den meisten AIDS-Experten, die Frage,

wie in den hoch promisklen Gruppen der heterosexuellen Bevölkerung die Ausbreitung von AIDS gestoppt werden kann, bevor die Krankheit diesen Menschen sozial und psychisch so nahe kommt wie den Homosexuellen, wo praktisch jeder heute in seinem Bekanntenkreis HIV-Positive oder Kranke kennt oder schon um Tote zu trauern hat.

Zur Lösung dieses heute zentralen Problems der AIDS-Prävention helfen nach Ansicht von Erik Sandström und eigentlich allen schwedischen AIDS-Experten auch contact tracing und Absonderung als die repressiven Instrumente der schwedischen Strategie nicht weiter. Daß der deutschstämmige Michael Koch, der eine Reihe von Jahren als Landarzt in Schweden praktiziert hat und jüngst als

Die vom Test eigentlich angesprochenen Gruppen sind auch durch vertrauensbildende Maßnahmen nicht zu motivieren.

AIDS-Beauftragter des Bayerischen Innenministeriums wieder auftauchte, dies unter Verweis auf schwedische Erfolge propagiert, wird in Schweden selbst nur mit Kopfschütteln registriert. Denn erstens stimmt es nicht und zweitens gilt Dr. Koch in Schweden nicht so sehr als AIDS-Experte, sondern als sozial- und moralpolitischer Apokalyptiker.

Wie funktioniert das contact tracing? Nach dem Gesetz ist jeder verpflichtet, dem Arzt im Falle eines positiven Testergebnisses seine Geschlechts- und Spritzenpartner der Vergangenheit zu offenbaren. Bezweckt wird damit die Rückverfolgung von Infektionsketten und ihre Unterbrechung. Bei vielleicht 10 - 15 Tausend Infizierten im Lande ohnehin eine Sisyphusarbeit von höchst zweifelhafter Effektivität. Zwang darf dabei nicht ausgeübt werden. Dr. Sandström und die anderen 'Ärzte gegen AIDS' stellen deshalb die Frage etwas anders: Ob der HIV-Positive

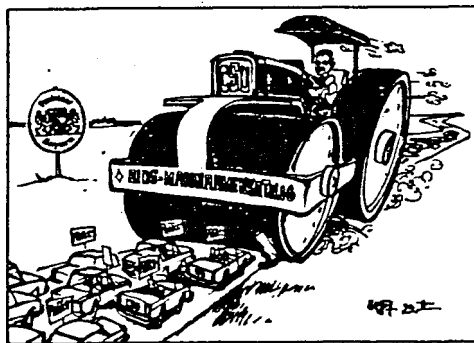
wünscht, daß der Arzt, der Psychologe oder der Sozialarbeiter mit einem oder mehreren möglicherweise auch Betroffenen aus der persönlichen Umgebung des Betroffenen reden sollen. Jeder Druck, meint Sandström, der über

Bei positivem Testergebnis ist jeder verpflichtet, Geschlechts- und Spritzenpartner der Vergangenheit zu offenbaren.

diese Frage hinausgeht, würde alle Beratungs- und Teststellen und damit eines der wichtigsten Kommunikationsnetzwerke in ihrer Glaubwürdigkeit zum Schaden der Prävention und damit zum Nutzen der Krankheit schwer erschüttern. Also auch beim contact tracing: Gesundheitspolitische Klugheit und Sensibilität vor buchstabengläubigem Gesetzesvollzug. Allerdings ist alles vom einzelnen Arzt abhängig, wie das Beispiel Sigsten Herrgard zeigt. Herrgard ist ein erfolgreicher Modeschöpfer und er ist AIDS-krank, und zwar öffentlich. Er gibt der Krankheit sein Gesicht, ähnlich wie dies der Wissenschaftsjournalist Andre Ratti bis zu seinem Tod im Herbst 1986 als erster Präsident der AIDS-Hilfe Schweiz getan hat. Oder auch wie Rock Hudson in den USA, dessen öffentliches Sterben die Verdrängung von AIDS durch die staatliche Gesundheitspolitik in den USA beendete. Im Oktober 1987 trat der Arzt Ake Ringner aus dem Krankenhaus Kalmar - unterstützt vom schwedischen Bildzeitungs-Äquivalent, dem Expressen - mit dem Anliegen in die Öffentlichkeit, nunmehr alle Geschlechtspartner/innen von Sigsten Herrgard zu ermitteln, um sie zum Test zu bringen. Contact tracing ist öffentliche oder auch diskrete Menschenjagd, dies wird sowohl von Erik Sandström und den 'Ärzten gegen AIDS' als auch von Prof. Margarete Böttiger vom SBL als irgendwo zwischen gesundheitspolitischer Katastrophe und Verbrechen verortet.

Und die Absonderung? Die Einrichtung von bis zu zwölf Quarantäne-Plätzen im Stenby-Hof auf der Schäreninsel Adelsö, 25 km westlich von Stockholm (DIE ZEIT 51/87, S.78)? Sie ist tatsächlich das konsequent verdrehte Ergebnis des Dilemmas zwischen vernunftgeleiteter Gesundheitspolitik und der Notwendigkeit einer ultima ratio gegen die grobfahrlässige oder gar vorsätzliche Weitergabe des Virus, wo das Strafrecht nicht greift. Der Weg zu dieser 'Lösung' war vorgezeichnet. Wenn der Arzt,

der den Test vornimmt, Gründe für die Annahme hat, daß ein HIV-Positiver den ihm gegebenen Auflagen nicht folgt, so muß er dies nach dem Gesetz dem staatlichen Bezirksarzt melden. Natürlich kann nur gemeldet werden, wer seine Identität beim Test enthüllt hat und wessen Fehlverhalten auffällig geworden ist. Dies bedeutet offensichtlich eine Auslese zu Lasten weniger wendiger Zeitgenossen und ist überdies ein Einfallstor für Verdächtigungen und Denunziationen. Der Bezirksarzt bestellt den/die Betroffene(n) ein und ermahnt ihn/sie nochmals eindringlich auf die vom behandelnden Arzt festgelegten Verhaltensrichtlinien. Diese Einbestellung erfolgt amtlich und hat damit erstmals im Verfahren polizeiliche Anklänge. Seit AIDS im November 1985 unter das schwedische Seuchenrecht gestellt worden ist, hat es ca. 100 solcher Vorladungen gegeben, davon allein ca. 70 in Stockholm. Wenn der Bezirksarzt nun Gründe für die Annahme hat, daß die mit polizeilichem Gewicht ausgesprochenen Auflagen immer noch nicht erfüllt werden, kann er - nach Herbeiführung eines entsprechenden Gerichtsbeschlusses - die Einweisung des/der Betroffenen in ein Hospital verfügen. Bis zum Spätherbst 1987 waren, seitdem AIDS unter das Gesetz über ansteckende Krankheiten gestellt worden ist, auf diesem Wege drei Menschen interniert worden. Diese - zwei i.v.-Drogenbenutzer und eine geistig behinderte Prostituierte -



wurden für jeweils einige Wochen unter polizeilicher Bewachung in Hospitäler gelegt und standen dort weniger als Personen, sondern mehr als Sozialtypus öffentlich am Pranger. Dagegen regte sich natürlich Widerstand und Kritik im Krankenhaus, Ärzte und Pflegepersonal insistierten darauf, daß Krankenhäuser Stätten der Hilfe und Heilung für Kranken sind und nicht mit repressiven polizeilichen

Funktionen belastet und damit in ihrem Geist beschädigt werden dürfen.

Diesem Argument war in der sozialstaatlich sensiblen schwedischen Logik nichts entgegenzusetzen. Die Folge war nun die Einrichtung des Stenby-Hofes auf der Insel. In Schweden selbst wurde dies rundum gelassen zur Kenntnis genommen, bedroht fühlt sich hier niemand davon. Auch die AIDS-Hilfsorganisation Noaks Ark oder die nationale Organisation der Homosexuellen (RFSL) fühlten sich nicht zu Protesten herausgefordert. "Das Heim auf Adelsö ist für die Kategorie von Menschen, für die es gedacht ist, verglichen mit den bisherigen Verhältnissen eine klare Verbesserung. Wer in diesem Zusammenhang gegen etwas protestieren will, sollte sich gegen die Gesetzgebung wenden, die diese Isolierung als 'äußerste Möglichkeit' vorschreibt. Es ist unseriöser Quatsch, von einem Insellager zu sprechen. Man sollte sich solche Worte aufheben, bis sie wirklich irgendwo in irgendeinem Zusammenhang adäquat sind", erklärt Kjell Rindar, langjähriger Vorsitzender der RFSL. Man muß als deutscher Beobachter in Schweden ziemlich viel von unserer Geschichte erklären, um Verständnis dafür zu wecken, warum bei uns sofort die Vokabel 'Lager' Verwendung findet. Und auch die staatli-

Hierzulande sind es vor allem Herren der Innenressorts, die mit kaum verhohlenen Frohlocken auf das schwedische Beispiel verweisen.

chen Initiatoren haben sich wohl nicht lange überlegt, welchen international lawinenhaltigen Hang sie da betreten haben. Tatsächlich können die Auswirkungen des Stenby-Hofes verheerend vor allem außerhalb Schwedens sein: Es sind bei uns nicht Gesundheitsminister, sondern bezeichnenderweise die Herren der Innenressorts, die mit kaum verhohlenen Frohlocken auf das schwedische Beispiel verweisen. Und zum Innenressort gehört nun einmal klassischerweise der Polizeiapparat, um den sich immer mit besonderer Liebe die Gedanken derer ranken, für die eine Problemlösung desto glaubwürdiger ist, je stärker der Staat und seine exekutiven Organe darin eine durchgreifende Rolle spielen.

AIDS aber ist kein Problem, das mit Justiz und Polizei zu lösen wäre. Durch AIDS haben Sexualität und Tod ihre Lage im Koordina-

Lebenssystem des Lebens verändert. Das stellt jede Gesellschaft vor eine schwierige und weder polizeilich-administrativ noch auf einen Schlag zu bewältigende Lernaufgabe. Es kann gelernt werden, daß zur Prävention und Bekämpfung von AIDS die liberalen und zivilisierten Lösungen zugleich die effektivsten sind. Je stabiler die Bastionen der Toleranz und der gesellschaftlichen Solidarität gebaut sind, desto rascher kann dies begriffen und in faktische Politik umgesetzt werden. Von Schweden ist dabei zu lernen, daß selbst dort, wo die Voraussetzungen in fast jeder für AIDS wichtigen Hinsicht günstiger sind als bei uns, individuell kontrollierende und polizeilich eingreifende Strategien vernünftig nicht durchzusetzen und auch deshalb nicht effektiv sind. Schweden zeigt deshalb auch, wovon deutsche Gesundheitspolitik erst recht die Finger lassen sollte.

■