

Rosenbrock, Rolf

Working Paper — Digitized Version

Aids - Politik mit und gegen die Krankheit, Politik mit dem HIV-Antikörpertest: 2 Aufsätze

WZB Discussion Paper, No. IIVG dp 87-228

Provided in Cooperation with:

WZB Berlin Social Science Center

Suggested Citation: Rosenbrock, Rolf (1987) : Aids - Politik mit und gegen die Krankheit, Politik mit dem HIV-Antikörpertest: 2 Aufsätze, WZB Discussion Paper, No. IIVG dp 87-228, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB), Berlin

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/83002>

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

WISSENSCHAFTSZENTRUM BERLIN
FÜR SOZIALFORSCHUNG

IIVG/dp87-228

Aids

Politik mit und gegen die Krankheit

Politik mit dem HIV-Antikörpertest

- Zwei Aufsätze -

von

Rolf Rosenbrock

**Forschungsschwerpunkt
Arbeitspolitik**

(IIVG – ARBEITSPOLITIK)

**Research Unit
Labor Policy**

(IIVG – LABOR POLICY)

discussion papers



Abstract

Aids-Politik läßt sich derzeit national und international beschreiben und verstehen als stör anfälliger und unsicherer Such- und Lernprozeß.

Stör anfällig ist jeder Schritt in diesem Prozeß, weil das Aids umgebende Assoziationsfeld - Sex, Homosexualität, Sucht, Kriminalität, Tod; Fantasien von Perversionen, Orgien, unerkannten Feinden etc. - eine rationale Auseinandersetzung eher behindert. Gesundheitspolitik im Schatten von Sex-, Moral- und Suchtpolitik.

Unsicher bleibt jeder Schritt, weil trotz der bewunderungswürdig schnell und präzise produzierten Ergebnisse naturwissenschaftlicher Forschung viele politik- und präventionsrelevante Fragen im Umkreis von Aids noch offen sind. Seuchenpolitik unter Unsicherheit.

Aids-Politik hat sich - wie jede Gesundheitspolitik - am Maßstab der Minimierung der Risiken und Opfer einerseits und der Abwägung zwischen erwünschten und unerwünschten Wirkungen andererseits messen zu lassen. Erwünschte und unerwünschte Wirkungen ergeben sich dabei sowohl im Hinblick auf das Politikziel selbst (Minimierung der Anzahl der Opfer einer vorwiegend sexuell übertragbaren Krankheit) als auch in bezug auf andere Wirkungsfelder (Bürgerrechte, sexuelle und Minderheitenemanzipation, Zivilisationsstandard).

Aids-Politik ist mehr als Medizinpolitik. Am Beispiel dieser Infektionskrankheit werden die im Wortsinne lebensgefährlichen Verengungen deutlich, die entstehen, wenn ein Gesundheitsproblem aus dem Blickwinkel des vorherrschenden naturwissenschaftlich-individualmedizinischen Paradigmas wahrgenommen, definiert und bearbeitet wird. An Aids kann deshalb die Notwendigkeit eines sozialepidemiologischen Zugangs studiert werden, der in vergleichbaren Industrienationen in Schools of Public Health institutionalisiert ist, in der Bundesrepublik Deutschland aber so gut wie nicht existiert.

Die beiden hier zusammengefaßten Aufsätze beschäftigen sich mit der gesundheitspolitischen Großalternative der Prävention und Bekämpfung von Aids (Politik mit und gegen Aids) sowie mit der Rolle des HIV-Antikörpertests: Dieses technische Verfahren zur Entdeckung der Infektion schon bei symptomlosen Menschen bildet die derzeit weltweit umstrittene Schnittstelle zwischen Strategien der sozialen Prävention und der Anwendung dazu alternativ stehender seuchenpolizeilicher Strategien.

"Politik mit und gegen Aids" erschien gekürzt zunächst in: Blätter für deutsche und internationale Politik, 32. Jahrgang, Heft 9/1987, S. 1183 - 1196, "Medizinische und gesundheitspolitische Probleme des HIV-Antikörpertests" erschien in anderen Fassungen zunächst in: V. Sigusch (Hg.): Aids als Risiko - Über den gesellschaftlichen Umgang mit einer Krankheit, Hamburg 1987, sowie in: Grenzen der Prävention, Argument-Sonderband AS 178, Berlin 1987.

Politik mit und gegen Aids

I. Die soziale Gestalt der Krankheit

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

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

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

Die Bedeutung und die Gefahren, die in Aids liegen, werden deutlich, wenn Aids nicht nur als physiologisch-gesundheitliches Problem, sondern im Zusammenwirken der medizinischen, psychologischen, sozialpsychologischen und politischen Faktoren gesehen wird. Im wesentlichen geht es dabei um 10 Dimensionen, von denen neun geeignet sind, Erschrecken hervorzurufen und nur einer, allerdings entscheidende Ansatzpunkte für einen rationalen Umgang eröffnet.

1. Aids ist eine Krankheit in **brisanter sozialpsychologischer Einbettung**: Die zufällig zuerst sichtbar gewordenen Betroffenengruppen sind Schwule, Fixer und Nutten, sämtlich Gruppen, die aus unterschiedlichen Gründen und in unterschiedlichem Ausmaß prekäre gesellschaftliche Randlagen einnehmen. Irrationale Schuldzuweisungen liegen in der Luft. Sie lassen sich noch verstärken, wenn diesen 'Schuldigen'-Gruppen die 'unschuldigen' Bluter, Transfusionsempfänger und 'Aids-Babys' (Kinder HIV-infizierter Frauen) gegenüber gestellt werden, die 'nichts dafür' können.
2. Sämtliche relevanten Übertragungswege für die Krankheit liegen im **Tabu- und Schambereich** (nicht-monogamer) Sexualität sowie im **Illegalitätsbereich** der Benutzung intravenös aufgenommener Drogen.
3. Aids ist eine **neue Krankheit**: Bis 1982 gab es in der Bundesrepublik einen Fall, 1982 waren es zehn Fälle, Ende 1986 überschritt die kumulierte Fall-Anzahl die Tausendergrenze, über 500 der Patienten waren bereits verstorben. Neue Krankheiten - man erinnere sich an die 1976 scheinbar aus dem Nichts auftauchende 'Legionärskrankheit' - erregen Schrecken.
4. Aids ist eine Krankheit **unbekannter Herkunft**. Daran knüpfen sich allzu leicht Vermutungen und Hypothesen aus dem Bereich des Exotismus und von Verschwörungstheorien. Niemand **weiß** heute, wo das Virus herkommt und wie es sich weltweit verbreitet hat.
5. Aids ist eine **übertragbare Krankheit**. Das ist für eine Gesellschaft, die sich daran gewöhnt hat, daß 90% der Morbidität und Mortalität auf nicht-übertragbare chronische Verschleißerkrankungen zurückgehen, schwierig zu verdauen. Nicht zuletzt wird damit die jahrzehntelang für historisch stabil gehaltene Hypothese erschüttert, daß zumindest in den industrialisierten Ländern das Zeitalter der großen übertragbaren Krankheiten (TBC, Pocken, Pest, Typhus, Syphilis etc.) durch Prävention und naturwissenschaftliche Medizin beendet sei.
6. Aids ist auch medizinisch gesehen eine **tückische Krankheit**: Der Infektionsvorgang im Körper, durch den das Abwehrsystem schrittweise mattgesetzt wird, fordert geheimdienstliche und militärische Metaphern (einsickern, unterwandern, 5. Kolonne, Einsatz hinter den Linien) geradezu heraus.
7. Aids ist eine Krankheit mit unterschiedlicher und extrem **langer Latenzzeit**: Zwischen dem wirksamen Viruskontakt und dem Ausbruch der Krankheit können offenbar Zeiträume zwischen einem halben Jahr und weit über zehn Jahren vergehen, in denen der/die Infizierte völlig gesund, d.h. liebes- und arbeitsfähig bleibt.

8. Aids ist eine Krankheit mit **hoher Ungewissheit des Ausbruchs**: Wieviele von den Infizierten irgendwann einmal an Aids oder einer seiner Vorformen (aids related complex = ARC) erkranken ist wissenschaftlich derzeit nicht klärbar und deshalb Gegenstand zum Teil offenkundig interessierter Spekulationen: Seriöse Schätzung liegen heute etwa im Bereich zwischen 20 und 40%, diese Quoten können sich durch längere Beobachtungszeit sowohl nach oben als auch nach unten hin verschieben.

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

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

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

Dieser entscheidende Gesichtspunkt geht vor dem Hintergrund der anderen, angststiftenden Faktoren immer wieder verloren. Sowohl in der öffentlichen als auch in der je individuellen Wahrnehmung gibt es deshalb sowohl Über-

als auch Unterreaktionen: Für die (in den Medien und öffentlich immer noch dominante) Überreaktion ist Aids eine Bedrohung wie die Wolke von Tschernobyl: Die Gefahr lauert überall, man kann sich faktisch nicht schützen, das Virus ist übermächtig. Eine solche Reaktion führt logischerweise zu Berührungängsten, die auf gesellschaftlicher Ebene in Ausgrenzungswünsche ungemünzt werden können und auf individueller Ebene zur (mittlerweile auch klinisch weitverbreiteten) Aids-Hysterie führen.

Die (vorwiegend aus Verdrängung und Verleugnung resultierende) Unterreaktion tendiert zur Verharmlosung bis zu jenem Punkt, an dem Handlungsbedarf oder die Notwendigkeit von Verhaltensänderungen generell bestritten werden.

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

II. Prinzipien der Krankheitsbekämpfung

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

1. Aids ist ein Gesundheitsproblem. Strategien und Maßnahmen der Prävention und Bekämpfung von Aids haben sich auf die Verhütung der Krankheit zu konzentrieren. Zu beobachten ist demgegenüber, daß die Diskussion um Aids allenthalben implizit und explizit mit Problemen bzw. Scheinproblemen belastet wird, die auch ohne Aids nicht lösbar waren. Die Belastung der Bekämpfung von Aids mit anderen Themen, vor allem aus dem Bereich der Sexu-

al-, der Moral- und der Suchtpolitik gefährdet jeden Erfolg. Konkret gesprochen: Gesundheitspolitik muß das gegebene (historisch gewachsene und soziologisch vielfach erklärte) Sexualverhalten der Bevölkerung sowie die Existenz von Süchten, darunter unter anderem die Benutzung von i.v. Drogen, erst einmal hinnehmen und **auf dieser Basis** nach Strategien der Prävention suchen. Gesundheitspolitik verfügt nun einmal nicht über geeignete Instrumente, historisch gewachsene und gesellschaftlich bedingte Lebenslagen und daraus resultierende Lebensweisen und Lebensstile substantiell zu verändern. Wer Aids zum Vorwand nimmt, 'Minderheiten auszudünnen' oder die Pluralisierung der Lebens- und Gesellungsstile rückgängig zu machen, gefährdet nicht nur den Erfolg im Kampf gegen Aids, sondern produziert Maßnahmen, mit denen im Effekt die Anzahl der Infektionen und damit der Kranken und Toten erhöht wird (kontraproduktive Gesundheitspolitik).

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

3. Eine epidemiologisch fundierte Betrachtungsweise, die realistischerweise auf das Ziel der Minimierung der Opfer orientiert, wird sich auf die Hauptrisiken konzentrieren und die zum Teil singulären, zum Teil ungeklär-

ten, zum Teil spekulativen zusätzlichen Risiken zwar weiter erforschen, aber sicherlich nicht in den Mittelpunkt von Politik und Gesundheitsaufklärung stellen. Wenn die sexuelle Transmission bei penetrierendem Geschlechtsverkehr und die Übetragung durch unsterile Spritzen bei intravenösem Drogengebrauch ca. 99% (oder mehr) aller HIV-Übertragungen erklären, sind die Voraussetzungen für Prävention als extrem günstig anzusehen. Mit dieser Logik in Konflikt liegen natürlich die marktinduzierten Sensationsstrategien der unseriösen Presse (Bild, Regenbogen, Spiegel etc.) als auch das Bedürfnis jener politischen Strömungen und Gruppen, die am Beispiel Aids zeigen wollen, was ein starker Staat ist und kann. Diesem - der Gesundheitspolitik an sich fremdem - Denken entspricht es auch, auf Aids ungeachtet der durch die schwierige Übertragbarkeit **und** die Unheilbarkeit der Krankheit gegebenen Konstellationen die angeblich 'bewährten Mittel der Seuchenpolitik' in Stellung zu bringen. Obgleich die Wirksamkeit dieses 'bewährten' Instrumentariums in Bezug auch auf alle historischen Krankheiten füglich bezweifelt werden kann, werden nach dem Motto 'das haben wir immer so gemacht' die (für leicht übertragbare und zudem behandelbare Krankheiten rationalen) grundrechtseinschränkenden Paragraphen des Seuchenrechts immer wieder ins Spiel gebracht. Dabei wird meist unreflektiert gegen ein viertes Prinzip der Krankheitsbekämpfung verstoßen:

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

gleich mit anderen westeuropäischen Ländern entschieden unterentwickelt, da bei uns Gesundheitspolitik traditionell aus dem individualmedizinischen Gesichtswinkel definiert und instrumentiert wird.

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

III. Aids-Politik am Scheidewege

Über die Größe der Welle von Aidskranken und -toten, die auf uns zukommt, können derzeit seriöse Hochrechnungen oder gar Extrapolationen auf der Zeitachse nicht vorgenommen werden. Alle diesbezüglichen Versuche leiden darunter, daß über acht entscheidende Parameter nur Schätzungen mit sehr großer Bandbreite vorliegen (wobei den öffentlich kolportierten Horror-Szenarien meist für **jeden** Parameter die worse-case-Variante zugrunde liegt):

- Über die Größe und die soziale Zusammensetzung der risikotragenden Populationen gibt es nur Schätzungen: Es gibt in der BRD zwischen 1 Millionen und 2,5 Millionen immer oder häufiger homosexuell aktiver Männer, es gibt 50.000 bis 100.000 Männer und Frauen, die i.v. Drogen benutzen und es gibt ca. 200.000 bis 400.000 (weibliche und männliche) Prostituierte. Die hetero- wie die homosexuelle Promiskuität ist ebenfalls weithin unerforscht: Über 90% der jungen Männer und Frauen haben im Alter von 20 Jahren ihre ersten sexuellen Erfahrungen hinter sich, über 50% derer, die in stabilen Zweierbeziehungen leben, verlassen zumindest gelegentlich die Monogamie, für relevante homo- und heterosexuelle Minderheiten ist die Promiskuität zu einem integralen Bestandteil ihrer Lebensweise geworden.

- Über Häufigkeit, soziale und regionale Verteilung von Risikoverhalten in all diesen Bevölkerungsgruppen ist recht wenig bekannt.
- Die erforderlichen Dosismengen und die Pforten des Virus in die Blutbahn (der äußere Übertragungsmechanismus) ist bei weitem noch nicht hinreichend erforscht. Die Gründe für die relative Seltenheit der heterosexuellen Übertragung über die Vagina sind unbekannt. Gesichert ist nur, **daß** es diesen Transmissionsweg gibt.
- Die Rolle möglicher Ko-Faktoren bei der körpereigenen Abwehr gegen das Virus unmittelbar nach dem Eindringen ist recht wenig bekannt.
- Generell wissen wir wenig über die Wahrscheinlichkeit sich in Risikosituationen wirksam zu infizieren, die z. T. methodisch wenig durchschaubaren Schätzungen liegen bei Analverkehr zwischen 1:3 und 1:100, bei Vaginalverkehr zwischen 1:30 und 1:1.000, bei Oralverkehr ist die Übertragung überhaupt fraglich.
- Über die unterschiedliche Dauer der Latenz sowie die physiologischen und psychosozialen Faktoren von denen die Dauer der Latenz abhängt, herrscht weitgehende Unklarheit.
- Über die Wahrscheinlichkeit des Ausbruchs der Krankheit nach Infektion sowie die Ko-Faktoren, von denen dies abhängen kann, gibt es lediglich mehr oder weniger begründete Spekulationen.
- Über die Wahrscheinlichkeit und erst recht den Zeitpunkt der massenhaften Einsatzbereitschaft wirksamer Impfstoffe und Therapeutika kann man ebenfalls nur spekulieren.
- Auch die gegebenen Daten voll entwickelter Aids-Fälle helfen nicht viel weiter: Zu den bei BGA gemeldeten Fällen ist eine Dunkelziffer zwischen 20% und 100% hinzuzurechnen. Auf jeden manifesten Aids-Fall kommen - je nach Schätzung - 50 bis 100 latent Infizierte.

Aber auch diese Datenlage ist kein Grund zur Verzweiflung:

- Würden die vorhandenen epidemiologischen Beobachtungs- und Meßpunkte der Krankheit einigermaßen sorgfältig ausgewertet, wären Trendaussagen erheblich abgesicherter als die heute meist kolportierten. Mit den Blutspenden (vor allem aus Bevölkerungsgruppen, die sich nicht betroffen fühlen und von denen derzeit im Durchschnitt eine von 50.000 bis 100.000 Proben HIV-Antikörper aufweisen), den Aids-Fallmeldungen beim BGA, den (erheblich auszubauenden und zu vermehrenden) sozialepidemiologisch fundierten Kohortenstudien auf freiwilliger Ba-

- sis und der Berichtspflicht der Labore über HIV-Antikörperfunde verfügen wir über vier 'Meßstellen', deren verständige und soziologisch angeleitete Auswertung ein erheblichen Zugewinn an Wissen verspricht.
- Unabhängig von der kommenden Fallzahl erzwingt die Abwesenheit medizinischer Interventionsmöglichkeiten die Konzentration auf die Frage der Optimierung der Prävention.

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

Die klassische, aus dem Blickwinkel der Individualmedizin resultierende Leitfrage lautet: Wie identifizieren wir möglichst viele potentielle individuelle Infektionsquellen, und wie legen wir diese Infektionsquellen still?

Obgleich Strategien, die sich aus Antworten auf diese Leitfrage zusammensetzen, noch niemals in der Geschichte der Seuchenbekämpfung tatsächlich durchschlagende Erfolge hervorbringen konnten, gilt dies als die klassische Seuchenstrategie. Tendentiell tendieren Strategien dieses Typus dazu, aus einem Gesundheitsproblem ein Polizeiproblem zu machen, sie gewichten die Selbstverantwortung und die Selbststeuerungsfähigkeit von Individuen und Gruppen relativ gering, und sie tendieren auch dazu, unerwünschte Wirkungen in anderen Lebensbereichen eher niedrig zu gewichten.

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

- 1) Die Übertragung des Aids-Virus ist sehr schwierig. Das gesamte soziale Leben außerhalb der Risikosituationen ist 'Aids-sicher', im Gegensatz z.B. zu Tuberkulose oder (sehr oft tödlichen) Grippe.
- 2) Die Übertragungssituationen sind eng eingrenzbar, faktisch Übertragungssicherheit stiftende Verhaltensweisen (Benutzung von Kondomen bei penetrierendem Geschlechtsverkehr außerhalb strenger Monogamie und von sterilen Spritzbestecken bei Drogengebrauch) sind in (fast) jede bestehende Lebensweise 'einbaubar'.
- 3) Die Übertragungssituationen (nicht-monogamer Geschlechtsverkehr und i.v. Drogenbenutzung) sind derart ubiquitär und häufig, daß die auf den Einzelfall zielende Strategien mit dem gegebenen staatlichen Instrumentarium nicht zu realisieren sind. Zudem stellt sich die Frage des Zuschnitts und der Reichweite staatlicher Verantwortungs- und Aufgabenübernahme im Intimbereich bzw. in Bereichen, in denen massive staatlich-polizeiliche Intervention sich als weitgehend wirkungslos erwiesen hat (Drogen).
- 4) Aids bekommt man nicht, Aids holt man sich. Dieser Satz ist keine Legitimation für die sozialstaatlich indiskutable Stigmatisierung oder Ausgrenzung einer Krankengruppe, sondern bedeutet: Jede/r kann sich durch einfachen Schutz vor und in Risikosituationen faktisch Aids-sicher machen. Daß der Staat die 'Gesunden' vor den 'Infizierten' schützen müsse, erweist sich vor diesem schlichten Hintergrund als demagogische Formel. Die als Gegenbeispiel oft benutzten Vergewaltigungen fallen Aids-epidemiologisch nicht ins Gewicht und sind - das zeigen die Ziffern - mit Polizei- und auf den Einzelfall zielenden Präventionsstrategien nicht sehr wirksam zu verhindern.
- 5) Wir verfügen heute über ein ausgebautes und wissenschaftlich fundiertes Instrumentarium zur Beeinflussung und zur Messung von Verhalten.
- 6) Die zwangsweise "Stillegung" von Infektionsquellen ist bei mutmaßlich lebenslang gegebener Infektiosität ohne medizinische Beeinflußbarkeit mit gesellschaftlich inakzeptablen Konsequenzen verbunden.

Derzeit kann nicht davon gesprochen werden, daß die (gesundheits-)politischen Aktivitäten konsequent einer dieser beiden Leitfragen folgen: Weder fährt das Gesundheitsministerium unter Frau Süßmuth eine den Notwendigkeiten von Aids entsprechende Strategie der strukturgestützten und kontinuierlichen Verhaltensbeeinflussung, noch sind die krachledernen Gebärden der bayerischen Staatsregierung eine konsequente Anwendung der "klassischen" Strategie. Beide Strategien werden derzeit lediglich symbolisch

bemüht, wobei allerdings den dabei gewählten Symbolen eine gewisse positive bzw. negative Wirksamkeit nicht abzusprechen ist. Auch die heikle Frage, ob und wie Elemente aus beiden Strategien miteinander gemischt werden können und damit die extrem prekäre Linie zwischen Aufklärung und Repression definiert werden könnte, stellt sich bislang nur theoretisch. Die bisherigen internationalen Erfahrungen im Umkreis dieser Frage lassen sich etwas zugespitzt auf die Formel reduzieren, daß jedes Mehr an Repression ein Weniger an Prävention bedeutet. Das hat seinen Grund neben der Tabu-, Scham- und Illegalitätsverknüpfung des Problems unter anderem darin, daß die zuerst sichtbar und bis heute stark überwiegenden Betroffenenengruppen der homosexuellen Männer, der i.v. Drogenbenutzer und der Prostituierten aus historisch leicht nachvollziehbaren Gründen speziell in Deutschland kaum Gründe haben, ein allzu hohes Spontanvertrauen in Maßnahmen des Staates zu entwickeln, auch und gerade wenn diese unter der Fahne 'Schutz der Volksgesundheit' segeln. Das erschwert den notwendigen Kommunikations- und Interaktionsprozeß - und zwar von beiden Seiten aus. Durch funktional nicht begründbare Repression werden die zum Teil erst zaghaften Ansätze der Kooperation zerstört.

Zur 'klassischen' Seuchenstrategie: Die im Mai 1987 in Kraft gesetzten bayerischen Maßnahmen sehen die Zwangsüberwachung der offensichtlich unter dem Gesichtspunkt der leichtesten Ausgrenzbarkeit ausgewählten Gruppen der Prostituierten, der Fixer, der Strafgefangenen und - in beschränktem Umfang - der Ausländer vor. Diese Maßnahmen entsprechen auf den ersten Blick einer Anwendung der "klassischen Seuchenstrategie", auf den zweiten Blick allerdings erweist sich schnell, daß diese Maßnahmen sowohl in bezug auf die gemeinten Gruppen als auch in bezug auf die notwendige Prävention in der Gesamtbevölkerung kontraproduktiv sind. Im **Mikrobereich** (d.h. im Bereich der nunmehr zur Aids-Verfolgung freigegebenen Gruppen) bedeutet die Verlagerung von Aids aus dem Gesundheits- in den Polizeibereich das Ende jeder vertrauensvollen Zusammenarbeit: Die Drogenberater in Bayern sind weithin arbeitslos geworden, die Prostitution verlagert sich in schwieriger zu durchschauende Gefilde, Streetworker in der Schwulen-Szene verlieren die Zugänge. Mit den wenigen Prostituierten und Fixern, die auf diesem Wege ermittelt und dann (wo? wie lange?) "abgesondert" werden können, wird kein relevantes Infektionspotential stillgelegt. Dafür werden aber alle jene Betreuungsprozesse von Drogenberatungsstellen, kommunalen Gesundheitsämtern und Aids-Hilfen, mit denen in erstaunlichem Umfang präventives Verhalten eingeleitet bzw. durchgesetzt

werden konnte, abgebrochen. Mit anderen Worten: Auf jede - unter Grundrechts-, Rechtsstaats- und Zivilisationsgesichtspunkten extrem bedenkliche - Stilllegung **einer** Infektionsquelle kommen vielleicht 30 bis 40 neu aufgerissene Quellen, die sich der Stilllegung durch Vermittlung von präventionsrelevantem Verhalten entziehen. Besonders absurd ist die Lage bei Strafgefangenen: Dort wird einerseits zwangsgetestet und bei positivem Befund eine Teil-Isolationshaft praktiziert, während andererseits alle tatsächlich möglichen Chancen der Prävention (Verteilung von Kondomen und Einwegspritzen) ungenutzt bleiben. Quantitativ mutmaßlich verheerender sind die Wirkungen auf der **Makroebene**: Weil Aids zu einem Polizeiproblem (mit den möglichen Folgen von Berufsverbot, Einschränkung der Bewegungsmöglichkeit etc.) geworden ist, ist vertrauensvolle Beratungstätigkeit nahezu auf allen Ebenen schwer gestört bzw. unmöglich geworden. Die entscheidende Voraussetzung gesamtgesellschaftlicher Prävention, nämlich ein Klima, daß **öffentlich vermitteltes Lernen in Tabubereichen** ermöglicht, ist ohne Not und ohne positiven gesundheitlichen Effekt in seiner Substanz getroffen worden. Außerdem: Durch die symbolische Gebärde seines "Maßnahmenkatalogs" tut der Staat so, als könne er jedem/r die Verantwortung für die individuelle Prävention vor Aids abnehmen. Das kann der Staat nicht, nicht einmal, wie angedeutet, in den nunmehr unter Kontrolle gestellten Gruppen. Die Folgen sind absehbar (und zum Teil in Bayern auch empirisch bereits beobachtbar): Wer (glücklicherweise meist zu Unrecht) glaubt, ein Aidsproblem haben zu können, wird es lieber verdrängen und verleugnen, anstatt sich in (als potentiell gefährlich wahrgenommene) Beratung zu begeben. Die unter Umständen lebensgefährliche Illusion, daß Aids ein Problem von Prostituierten und Fixern sei, wird weiter befestigt.

Es ist nicht leicht zu entscheiden, welche Gründe die bayerische Staatsregierung zu diesem in der zivilisierten Welt einmaligen Maßnahmenkatalog getrieben haben: Möglicherweise ist dies nichts weiter als der Ausfluß eines, zumindest implizit, Moral und Sexualpolitik über Gesundheitsbelange priorisierenden Denkens von konservativen Individualmedizineren und Juristen oder halb reflektierter und plumper Demagogie. Aber auch eine weitere Interpretation ist denkbar: Daß nämlich angesichts der vorhandenen Widerstandspotentiale mit diesen Maßnahmen zunächst ein noch eher vorsichtiger Fuß in die Tür in Richtung auf einen sich dann selbst dynamisierenden Aidsstaat gesetzt worden ist. Die (vorläufige?) Ausklammerung der homosexuellen Männer aus den Maßnahmen deutet angesichts der Tatsa-

che, daß deren Durchseuchungsgrad wesentlich höher liegt als der z.B. der Prostituierten, möglicherweise in diese Richtung. Tatsächlich finden sich auch vor allem in Bayern weiterreichende strategische Vorstellungen: Da ist z.B. von der Durchtestung der gesamten Bevölkerung im Abstand von wenigen Monaten bei Schließung der Grenzen die Rede. Die ermittelten HIV-Positiven sollen dann einer "intensiven ärztlichen Beratung" zugeführt und im Falle ihrer "Uneinsichtigkeit" abgesondert werden. Nun haben Ärzte als Träger von Sexualberatung und Verhaltensbeeinflussung traditionell schlechtere Ergebnisse als andere Professionen vorzuweisen. Zudem würde eine solche Beratung Polizeifunktion haben müsse, was dem notwendigen Vertrauensverhältnis überlicherweise nicht gut tut. Wichtiger aber ist: Angesichts der beschränkten Aussagefähigkeit und Treffsicherheit des HIV-Antikörper-Tests wäre auch mit solchen radikalen Strategien das Virus nicht zu eliminieren, ein Null-Risiko nicht zu erreichen. Auf der anderen Seite sind die gesellschaftlichen Implikationen beträchtlich: Das Durchtesten der **gesamten** Bevölkerung würde eine polizeiliche Erfassung der Wohnbevölkerung voraussetzen, für die weder die Melderegister noch eine 'erfolgreiche', und durch De-Anonymisierung mißbrauchte Volkszählung ausreichende Unterlagen zur Verfügung stellen. Der Versuch einer Zwangserfassung der gesamten Bevölkerung **nur** für den HIV-Antikörpertest würde ein gesellschaftliches Konfliktpotential auslösen, zu dessen Bewältigung dann tatsächlich nur ein noch erheblich "stärkerer Staat" in der Lage wäre. Daß bei mutmaßlich ca. 60 000 bis 100 000 aufzufindenden HIV-Positiven durch die Mitteilung des positiven Testergebnisses 30 000 bis 50 000 psychiatrisch behandlungsbedürftige Fälle produziert würden, ist ein Gesichtspunkt, der in solchen Überlegungen für nicht erwähnenswert gehalten wird. Schließlich folgt aus solchen Strategien zwingend, daß staatliche Stellen potentiell kontrollierend, überwachend und strafend z.B. für den Vollzug eines jeden einzelnen Geschlechtsverkehrs zuständig wären. Und schließlich würde sich die Frage stellen, wohin eine Menge von mutmaßlich zehntausenden, amtlich als "uneinsichtig" eingestufte Menschen dann "verbracht" werden sollte. Wobei zu beachten ist, daß wegen der wahrscheinlich erkrankungsverstärkenden Wirkung von Mehrfachinfektionen auch innerhalb der "Absonderungsstätten" Sexverbot durchgesetzt werden müßte (Einzelhaft?). Selbst wenn - hochgegriffen - mit einer solchen radikalen Strategie ca. 90% der Neuinfektionen verhindert werden könnten, stellt sich doch ganz grundsätzlich die Sinnfrage: Der gleiche Effekt ist - das zeigen die mittlerweile langjährigen Beobachtungen des Erfolges von konsequenter und strukturgestützter Aufklärungsarbeit - auch ohne Polizei,

Sexüberwachung, Lager etc. zu erreichen. Unter gesundheitspolitischem Gesichtswinkel lohnt es sich deshalb nicht, über die Einzelheiten solcher Strategien zu debattieren: Nach den Entscheidungsregeln der Medizin und der Gesundheitspolitik ist im Zweifel **immer** jene Maßnahme zu bevorzugen, die unter Effektivitätsgesichtspunkten ungefähr die gleichen **erwünschten** Wirkungen erzielt, dafür aber weniger **unerwünschte** Wirkungen mit sich bringt.

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

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

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

Gemessen an diesen Fragen sind die Aktivitäten der Bundesregierung (ungezielte, unkoordinierte und nicht in eine kontinuierliche Kampagne eingebettete Streubotschaften durch Postwurfsendungen, Faltblätter, Rundfunk- und Fernsehspots und Zeitungsanzeigen) unzureichend, unprofessionell und verklemmt unklar in der Aussage. Europäische Nachbarländer, an ihrer Spitze die Schweiz und die Niederlande, aber auch - nach beträchtlichen Anlaufschwierigkeiten - Großbritannien und Frankreich haben die BRD hier in kurzer Zeit mit professionellen Kampagnen längst überholt. Hinsicht-

lich der zielgruppen- und szenenspezifischen Aufklärung (ohne die es keine erfolgreiche Aids-Prävention geben kann) leisten die über 40 regionalen Aids-Hilfen Vorbildliches: Durchweg hervorgegangen aus der zuerst sichtbar gewordenen Betroffenengruppe der homosexuellen Männer haben sie sich mehrheitlich inzwischen auch in andere Problembereiche hineinentwickelt und kooperieren, wo dies geht, mit Pro Familia-Gruppen, Gesundheitsämtern, Drogenberatungsstellen, kirchlichen Einrichtungen, etc.. Ihnen fehlt es vor allem an staatlicher Freiraumgewährung, Finanzierung und institutioneller Unterstützung.

Eine dem Problem Aids entsprechende Präventionsstrategie bedarf sozialwissenschaftlicher Fundierung, gefragt sind Kenntnisse aus der Sexualwissenschaft, aus den Kommunikationswissenschaften, aus der soziologischen Lebenslage- und Lebensweise-Forschung. Aufgenommen und ausgewertet werden müssen Erfahrungen sowohl aus erfolgreichen Bemühungen zur Verhaltensänderung (z.B. persönliche Hygiene im Umgang mit den alten Infektionskrankheiten, Gurtpflicht beim Autofahren, Benutzung von Antikonzeptiva) als auch aus erfolglosen Anstrengungen, das Verhalten der Bevölkerung in Richtung auf größere Gesundheitsgerechtigkeit hin zu beeinflussen (Rauchen, Alkohol, Bewegungsarmut, Streß etc.). Aids-Prävention muß sich im Sinne der Strategien der Risikominimierung und der Schadensbegrenzung auf die Hauptrisiken konzentrieren und beschränken (d.h. auf die sexuelle und die Transmission durch Spritzbestecke). Durch ein abgewogenes Verhältnis zwischen zentralen Streubotschaften und dezentralen zielgruppen- und szenenspezifischen Aktivitäten, durch eine aufeinander abgestimmte Benutzung aller zur Verfügung stehenden Medien, durch Schaffung auch der praktischen Voraussetzungen der Prävention (vor allem Verfügbarkeit der Hilfsmittel) ist ein Lernprozeß zu organisieren, bei dem die Stärkung der Selbststeuerung hohe Priorität genießt. Überkommene Vorstellungen der Arbeitsteilung zwischen Staat, Medizinsystem und der Kompetenz der Betroffenen müssen aufgebrochen werden: Vor allem die Kompetenz aus den risikotragenden Gruppen bedarf (nicht nur bei Aids) einer deutlichen Aufwertung. Andererseits muß eingesehen werden, daß Aids-Prävention eine primär nicht-medizinische Aufgabe ist. Aids-Prävention kann nur erfolgreich sein, wenn die Präventionsbotschaft als **kontinuierliche Bringschuld der Gesundheitspolitik** begriffen wird. Lebensstile, Lebenslagen, sexuelle und andere Ausdrucksformen der Zielgruppen der Aids-Prävention müssen - das lehrt jeder Blick auf die Werbung - positiv akzeptiert werden. Die Bot-

schaften sind so zu gestalten, daß der prekäre Prozeß von der Informationsvermittlung über die Beeinflussung der Einstellung auch tatsächlich bis hin zur Veränderung des Verhaltens reicht.

Die Voraussetzungen dafür sind umso besser, je leichter die geforderte Verhaltensänderung in die jeweilige Lebensweise einbaubar ist und je klarer und eindeutiger die Präventionsbotschaft ist. Die WHO faßt dies in der weltweit erfahrungsgesättigten Formel zusammen: Make the healthy way the easy choice. Zudem muß die Präventionsbotschaft mißverständnißfrei und 'unverrauscht' einfach formuliert sein. In diesem Zusammenhang ergeben sich massive Einwände gegen die derzeitige breite Testkampagne vor allem der Bundesregierung.

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

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

c) Ein negatives Testergebnis kann Leichtsinn im Umgang mit Risikosituationen befördern.

d) Die öffentliche Aufforderung zum Test im Zusammenhang mit der Prävention mindert die essentiell notwendige Klarheit (und damit die Wirksamkeit) der Präventionsbotschaft. Die Präventionsregeln gelten nämlich für **alle** Menschen in Risikosituationen, unabhängig von ihrem Sero-Status. Die medizin-politische Botschaft der Bundesregierung 'Wer sollte sich testen lassen? Jeder, der glaubt, sich angesteckt zu haben' muß unter Präventionsgesichtspunkten lauten: 'Wer sollte eine Beratungsstelle aufsuchen? Jeder, der glaubt, sich angesteckt zu haben'.

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

Es stellt für die Medizin nicht nur in bezug auf den HIV-Antikörper-Test eine offenbar schwierige Lernaufgabe dar, einen technischen Befund deshalb **nicht** zu erheben, weil dadurch im Ergebnis mehr gesundheitlicher Schaden als gesundheitlicher Nutzen angerichtet wird. Das zunehmende Auseinanderklaffen zwischen diagnostischen Möglichkeiten und therapeutischen Fähigkeiten in der Medizin erreicht im Falle Aids eine gesundheitspolitisch neue Stufe. Die breite und selbstverständliche Vornahme des medizinisch sinnlosen Tests bereitet den Boden für die vor allem gentechnologisch wohl möglich werdende Herstellung biographischer Gesundheitsrisiko-Profile eventuell schon im Fötus.

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

Nota bene: Dies ist auch außerhalb der medizinischen

Indikationen keine zwingende Absage an den HIV-Antikörper-Test: Wer nach sorgfältiger Beratung und Selbstprüfung individuelle Sicherheit (im positiven wie im negativen Sinne) für sich haben möchte, wer nach Durchleben von Risikosituationen vor allem Wert auf Gewißheit legt, dem/der mag der Test ebenso helfen wie der wachsenden Anzahl von (durchweg sero-negativen)

Aids-Hysterikern. Aber dies sind diffizile individuelle Psycho- und/oder Sicherheits-Strategien, die in je individueller sorgfältiger Beratung abzuklären sind. Mit Prävention hat dies freilich nichts zu tun: Die Gefahr, an Aids zu erkranken, entsteht dann, wenn man sich auf Risikosituationen ohne Schutz einläßt. Der Test ändert hieran nichts. Zudem zeigt er meist erst sechs bis acht Wochen, manchmal aber erst auch nach mehr als einem halben Jahr an, daß eine Infektion vorliegt (Antikörperbildung).

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

Auch unvollkommene und zum Teil falsch angelegte Präventionskampagnen führen - das zeigen Studien vor allem aus den USA, aus Kanada und aus Frankreich - zu zeitstabilen Verhaltensänderungen in der jeweils angesprochenen

Zielgruppe bei 70% und mehr. Es spricht konzeptionell und empirisch viel dafür, daß diese Quoten durch professionelle Gestaltung, stärkere Gewichtung der Kompetenz aus den Betroffenengruppen, großzügigere Ausstattung und Kontinuität gesteigert und stabilisiert werden könnten. In den 'erwünschten Wirkungen' sind sie damit nicht unwirksamer als die Horrorvisionen eines paranoiden Aids-Staates.

Eine wesentliche Voraussetzung ihres Erfolges wäre freilich, daß öffentlich und undiskriminiert über Fragen und Einzelheiten von nicht-monogamer und Homosexualität sowie über Probleme der Sucht in unserer Gesellschaft geredet werden müßte. Selbst wenn dies als 'unerwünschte Wirkung' erscheint, sollte man dies im Lichte der repressiven Alternativen bedenken.

Zusammenfassend läßt sich festhalten:

1. Die Aids-Prävention als strukturgestützte Verhaltensbeeinflussung liegt in der Bundesrepublik weit unter dem wissenschaftlich und materiell möglichem und international erprobten Standard. Das kostet Tote.
2. Repressive Strategievvarianten unterhalb eines Eingriffsniveaus, das die gesamte Gesellschaft hysterisch und monoman unter dem Gesichtspunkt dieser einen Infektionskrankheit umgestalten würde, nützen nicht nur nichts, sondern vermehren absehbar die Anzahl der Opfer. Repressive Strategien, die unter Vernachlässigung der realen Risikorelationen den paranoiden Aids-Staat in Kauf nehmen (oder wollen), können im Extremfall Zonen der Wirksamkeit erreichen, wie sie auch durch Strategien der nicht-repressiven strukturgestützten Verhaltensbeeinflussung durch Staat, Medizinsystem und Betroffenenkompetenz zu erzielen sind. Wenn man bedenkt, wieviel hunderttausend vorzeitige Tote durch unterlassene Präventions- und Gesundheitspolitik in der Arbeits- und Umwelt Jahr für Jahr in Kauf genommen werden, daß durch ein repressiv-administrativ, verglichen mit Aids, relativ leicht zu bewirkendes Verbot des Zigarettenkonsums jährlich ca. 30.000 vorzeitige Todesfälle verhindert werden könnten, dann wird deutlich, daß hinter den Strategien, die das Aids-Problem mit dem starken Statt 'lösen' wollen, etwas anderes steht als die Sorge um die Gesundheit der Bevölkerung.

IV. Aids - kein klassischer Recht-Links-Konflikt

In der Frage des gesellschaftlichen Umgangs mit Aids stehen sich mit potentiell ungefähr gleicher Wirksamkeit in bezug auf die Verbreitung von Aids die Alternativen: Aufklärung, Unterstützung, Betreuung, Zivilisation versus Hysterisierung, Verängstigung, Ausgrenzung und Repression gegenüber. Die Entscheidung zwischen diesen Alternativen dürfte einem denkenden Menschen nicht schwer fallen. Folgerichtigerweise ist der gesellschaftliche Umgang auch in den meisten westeuropäischen Ländern ein **non political issue**: Die Entscheidung für Aufklärung und gegen Repression ist auch unter konservativen Regierungen eine gesundheitswissenschaftliche Fachfrage, der Streit der Experten geht dann um die Gestaltung und um Einzelheiten der Präventionskampagne. Eine Ausnahme von dieser sachlich begründeten Handhabung machen neben den üblichen Splittergruppen (LaRouche etc.) lediglich die rechtsradikale bis neofaschistische Bewegung von Le Pen in Frankreich und die CSU in Bayern. Die Gefahr, daß sich andere bürgerliche Parteien des auf diesem Feld entfachbaren demagogischen Potentials nicht entziehen können, existiert. Auch in Bonn.

Dennoch: Die Auseinandersetzung über den Umgang mit Aids ist nur insofern ein recht-links-Konflikt, als die Linke historisch eine ungebrocheneres Verhältnis zur Tradition der europäischen Aufklärung hat als die Rechte, deren Lernfähigkeit man freilich auch nie unterschätzen sollte. Und so läuft die politische Kluft im Streit über Aids in der BRD auch mitten durch die konservative Partei, gegenüber stehen sich Aufklärung und Vormoderne. Bisher noch unterlegen ist jene offen reaktionäre Variante des Konservatismus, die lieber über Schuldzuweisungen als über Problemlösungen nachdenkt, sowie Ausgrenzung und Ghettos zumindest billigend in Kauf nimmt oder sogar in größere, langfristige gesellschaftspolitische Strategien integriert.

Beunruhigend bleibt im bisherigen Verlauf, daß die Auseinandersetzung über Aids lange Zeit politisch hauptsächlich innerhalb der CDU/CSU geführt wurde. Die anderen - SPD, Grüne, FDP - standen in dieser wichtigen Auseinandersetzung zunächst lange abseits und suchten bzw. suchen noch immer nach einem eigenem Profil. Eine realistisch auf das Gesundheitsproblem Aids bezogene Anwendung ihrer je eigenen Traditionen der Aufklärung, der Bürgerrechte und der Solidarität kann ihnen - spätestens nach dem bayerischen 'Maßnahmekatalog' - rasch weiter helfen.

Medizinische und gesundheitspolitische Probleme des HIV-Antikörpertests

Die naturwissenschaftlich-medizinische Forschung im Umkreis Aids hat in der kurzen Zeit seit dem Auftreten des HI-Virus Erstaunliches und Vielversprechendes geleistet. Ihr erstes technologisch massenhaft einsetzbares Produkt waren die 1984 auf den Markt gekommenen ersten Verfahren für die Bestimmung des HIV-Antikörperstatus von dem menschlichen Körper entnommenen Körpersekreten oder Geweben. Daß bei der pharmakologischen Forschung in bezug auf ein völlig neurartiges Virus Diagnostika vor den Impfstoffen und Therapeutika anfallen, entspricht dem Gang der Forschung: bevor man gegen ein Virus mit gezielt wirkenden Mitteln vorgehen kann, muß man es erst einmal identifizieren können. Diese Sachgesetzlichkeit der Forschung und Entwicklung sagt freilich noch nichts über die Sinnhaftigkeit des Einsatzes außerhalb der Forschung, im breiten und ungezielten Masseneinsatz gar.

Freilich bestand auch für die von der US-Regierung forcierte Entwicklung und rasche Zulassung ein massives objektives gesundheitspolitisches Interesse: auf ca. 10 % der ersten Aids-Patienten war das Virus außerhalb subjektiv zu beeinflussender Risikosituationen durch Transfusionen, Blutprodukt-Versorgung und Transplantationen übergegangen (vor allem auf Bluter, operierte Patienten, Unfallopfer). Dieser Übertragungsweg ist bei auch niedriger Durchseuchung und trotz Aufforderung zum Blutspendeverzicht an die Angehörigen der zuerst sichtbar gewordenen Betroffengruppen nur durch verlässliche, naturwissenschaftlich-technisch fundierte Aussonderung infizierter Blut- und Gewebespenden zu versperren. Solange Aids außerdem als Schwulen- und Fixerseeche galt, konnte sich noch die weitergehende Hoffnung an den Test knüpfen, die Krankheit mit seiner Hilfe auf diese Gruppe beschränkt zu halten. Die technischen Anforderungen erfüllt der Test in dieser Hinsicht durch sequentiell risikovermindernde Testanordnungen und bei der gegebenen extrem geringen Durchseuchung der Blutspenden (als Beispiel: in Hessen 1987: 1:ca.70 000) vergleichsweise gut: Die Wahrscheinlichkeit, daß eine infizierte Blutspende "durchrutscht", wird auf ca. 1:300 000 geschätzt.

Wird der Test jedoch über diese Funktion hinaus eingesetzt, so sind auch die "Schwächen" einer Testung zu beachten. Dabei sollen hier Laborfehler, Verwechslungen von Blutproben etc. nicht berücksichtigt werden, weil sie - z. B. durch Testwiederholung - fast ausschließbar sind. Es bleiben jedoch die Probleme jeglicher medizinischer Diagnostik, die sich bei der HIV-Testung - wie zu zeigen sein wird - verschärft stellen:

1. Ein Test, eine diagnostische Maßnahme, ist **nie** in der Lage, 100prozentig zwischen "gesund" und "krank" - hier infiziert und nicht-infiziert - zu unterscheiden; dies ist durch die Variabilität biologischer Phänomene wesentlich erklärt. Diese "Abweichung" von einer 100prozentigen Trennung zwischen "gesund" und "krank" wird in der **Test-Qualität** in **Spezifität** und **Sensivität** - beschrieben. Unter der **Sensivität** eines Testes versteht man den Prozentsatz der im Test als "krank" (hier: infiziert bzw. Infektionskontakt) Erscheinenden an der Gesamtzahl real Erkrankter. Die als Ersttests verwendeten ELISA haben eine Sensivität zwischen 93,4 und 99,6 Prozent. Dies bedeutet, daß von 1 000 Erkrankten 4 - 66 im Test nicht als solche erfaßt werden (= falsch negativ).

Unter der **Spezifität** eines Testes versteht man den Prozentsatz der im Test als "gesund" Identifizierten an der Gesamtzahl der real Gesunden. Die Spezifität der ELISA auf HIV liegt zwischen 98,6 und 99,6 Prozent, d. h. bei 1 000 gesunden, also hier nicht-infizierten Personen werden im Test zwischen 4 und 14 als "krank" identifiziert (= falsch positiv). (Zahlen nach Gostin und Curran 1987; ungünstigere Testqualitäten referieren Gürtler et al. 1986; über extreme hohe Raten falsch-positiver Ergebnisse bei hoher "Durchseuchung" mit anderen Infektionserkrankungen, z. B. Malaria, berichtet Konotey-Ahulu 1987.)

Bei Verwendung des gleichen Testes geht jede Erhöhung der Spezifität mit Verringerung der Sensitivität - und umgekehrt - einher. Das hier skizzierte Problem besteht, wie gesagt, für jegliche medizinische Diagnostik. Oft ist jedoch die Durchführung weiterer, methodisch anders ablaufender und damit nicht voneinander abhängiger Tests (Untersuchen) möglich. Weist eine Mehrzahl von methodisch untereinander unabhängiger Untersuchungen immer in die gleiche Richtung (positiv oder negativ), so wird somit die Wahrscheinlichkeit des richtig-positiven oder richtig-negativen Tester-

gebnisses erhöht. Bei der Untersuchung auf HIV bei asymptomatischen Personen aber gibt es außer dem ELISA-Test nur noch einen (Western blot) oder in Ausnahmen einen weiteren (Virus-Züchtung) Test. Mit zwei, maximal drei Tests jedoch bleibt die Wahrscheinlichkeitseingrenzung zur Beurteilung, ob richtig oder falsch positiv, relativ eingeschränkt - und dies bei einer solch schwerwiegenden Diagnose!

2. Steht man vor einem positiven oder negativen Testergebnis, so kann, nach dem oben Gesagten, nur nach Wahrscheinlichkeiten - selbst wenn die genannten zwei weiteren Tests durchgeführt werden - entschieden werden, ob hier ein richtig-positives oder ein falsch-positives Ergebnis im Einzelfall vorliegt (gleiches gilt für negative Testergebnisse). Diese Wahrscheinlichkeiten werden aber ganz wesentlich durch die anzunehmende Wahrscheinlichkeit des Vorliegens der Erkrankung - hier des Viruskontakts - bestimmt.

Die **Prädikation oder der prädikative Wert** eines Testes wird ganz überwiegend durch die anzunehmende Wahrscheinlichkeit (ausgedrückt durch die anzunehmende Häufigkeit der gesuchten Erkrankung in einer Population) sowie durch die oben erwähnte Testqualität bestimmt. Für einen positiven Testausfall sei das einmal illustriert: Ein positiver Befund wird mit hoher Wahrscheinlichkeit auch richtig-positiv sein, ist er bei einem Homosexuellen mit zahlreichen Partnern und Analverkehr gewonnen worden. Ein positiver Testbefund, gewonnen aus dem Blut eines ausschließlich Heterosexuellen mit wenigen Partnern und keinen Prostitutions/Drogenkontakten wird hingegen mit hoher Wahrscheinlichkeit falsch-positiv sein (entsprechende Modellrechnungen in: Rosenbrock 1986, Testkapitel).

Die Kenntnis des prädikativen Werts eines Testes ist von größter Bedeutung für die Frage der Sinnhaftigkeit der Anwendung des Testes in der Bevölkerung. Ist von einer sehr geringen - bei HIV extrem geringen - "Durchseuchung" in der durchschnittlichen Bevölkerung auszugehen, so ist eine generelle Testdurchführung unsinnig, weil sie in der Mehrzahl nur falsch-positive Befunde erbringen kann.

3. Antikörper finden sich meist bei 6 bis 8, in nicht ganz seltenen Fällen auch erst 26 und mehr Wochen nach dem Zeitpunkt der Infektion. Ein einmaliger Test sagt also nur dann etwas über den Status der untersuchten

Person aus, wenn in einem entsprechend langen Zeitraum vor dem Test eine Infektion sicher ausgeschlossen werden kann. Möglicherweise, aber nicht sicher, können die demnächst marktreifen Tests auf das Antigen selbst diese Unsicherheit beseitigen. Sie könnten freilich auch neue Unsicherheiten mit sich bringen.

4. Die inhaltlichen Schwächen der Testaussage (Prognosesicherheit, Testkonsequenzen) lassen sich in der fiktiven Mitteilung zusammenfassen, die einem symptomlosen Probanden mit positivem Testergebnis gegeben werden müßten:

"Du wirst nach den vorliegenden, sozialepidemiologisch durchweg unbrauchbaren Studien und nach den bisherigen Erfahrungen in einem Zeitraum zwischen einem halben Jahr und unbekannt vielen, vielleicht sieben Jahren, nach der/den Infektionen (nicht nach dem Test) mit einer unbekannt Wahrscheinlichkeit ARC- oder/und Aids-Symptome entwickeln. Die auf Basis methodologisch vertretbarer Studien vorgenommenen seriösen Schätzungen für diese Wahrscheinlichkeit liegen zwischen 20 und 40 Prozent. Diese Quoten können sich durch längere Beobachtung der Krankheit sowohl nach unten als auch nach oben hin verändern. Wann die Krankheit ausbricht, wenn sie ausbricht, ist schwer zu sagen und hängt von weitgehend unerforschten Faktoren ab. Die meisten derer, die überhaupt Symptome entwickeln, tun dies zwischen dem 3. und 4. Jahr nach der wirksamen Infektion. Warum bei dir, im Gegensatz zu einer unbekannt Anzahl anderer Menschen mit Viruskontakt, das Virus eingedrungen ist, weiß niemand. Die Existenz von Antikörpern in deinem Blut kann zweierlei bedeuten, entweder ist dein Immunsystem mit der (möglicherweise geringen) Anzahl eingedrungener Viren fertig geworden oder, das ist wahrscheinlicher, in deinem Körper findet derzeit ein Auseinandersetzungprozeß mit offenem Ausgang statt. Wie du den Prozeß in deinem Körper, wenn es ihn überhaupt gibt, beeinflussen kannst, weiß auch niemand. Laß dir da von den aus dem Boden schießenden Quacksalbern nichts vormachen. Wahrscheinlich machst du keinen Fehler, wenn du einfach gesund lebst. Das Wichtigste sind vielleicht eine positive Lebenseinstellung und eine gesicherte soziale Existenz. Auch scheint Angst vor der Krankheit die Krankheit befördern zu können, während emotionale Wahrnehmungs- und Ausdruckskraft, das Akzeptieren deiner selbst und deiner Sexualität sowie insgesamt ein aktiver Umgang mit deinem Leben und der Krankheit bremsend oder verhindernd wirken können. Das ist allerdings leider nicht sehr spezifisch, denn dies gilt eigentlich als Lebensregel für jedermann/frau und verbessert allgemein die Gesundheits- und Lebenschancen.

Hinsichtlich der spezifischen Aids-Prävention gelten die gleichen Regeln, die auch besser vorher für dich gegolten hätten: Safer Sex und Einmalspritzen.

Wenn du irgendwann eine Symptomatik 'unterhalb' von Aids entwickelst (LAS, ARC), so kann dies in einem unbekannt Zeitraum und mit einer nicht bestimmbarer Wahrscheinlichkeit später in Aids übergehen. Solltest du zu der unbekannt großen Gruppe derer gehören, die irgendwann an Aids erkranken, wirst du nach dem heutigen Stand des Wissens über palliative, symptomatische und kurative Interventionsmöglichkeiten der Medizin mit einer Wahrscheinlichkeit von über 80 Prozent an diesem Syndrom sterben."

Es ist evident und müßte jedem Beteiligten klar sein, daß eine solche lebensbedrohlich und z. T. notwendigerweise zynisch klingende Mitteilung in erster Linie einen Life Event darstellt. Darunter versteht die sozialmedizinische Forschung plötzliche und von außen kommende lebensverändernde Ereignisse, sie beeinflussen den gesundheitlichen Status so stark, daß das Erkrankungsrisiko des Betroffenen spezifisch und unspezifisch, physiologisch und psychologisch beträchtlich steigt.

Und so ist es auch: Bis zur Hälfte der Personen erkrankt an der Mitteilung eines positiven Testergebnisses, die Folgen reichen von behandlungsbedürftig depressiven Verstimmungen über somatische Manifestationen und Psychosen bis hin zum Suizid. Der Test ist also ein äußerst wirkungsmächtiges Instrument in den Händen der naturwissenschaftlichen Individualmedizin, zumindest was die unerwünschten Wirkungen angeht: Durch die Mitteilung des positiven Testergebnisses wird eine große und wachsende Anzahl von Kranken durch das Medizinsystem selbst produziert, die dann medizinisch und psychotherapeutisch versorgt werden muß und/oder Bewältigungskapazitäten der Aids-Hilfen von den Aufgaben der Prävention abzieht.

Nun ist evident und entspricht auch den weltweit anerkannten Regeln der ärztlichen Kunst, daß medizinische und gesundheitspolitische Instrumente und Maßnahmen dann und nur dann eingesetzt werden, wenn bei verständiger Würdigung des Gesamtzusammenhangs die erwünschten Wirkungen eindeutig überwiegen und die unerwünschten Wirkungen tolerabel sind. Das läßt sich sowohl logisch als auch aus der ärztlichen Ethik (Obersatz: nil nocere, deutsch: dem Patienten keinen Schaden zufügen) als auch epidemiologisch (d. h. in bezug auf die gesundheitliche Wirksamkeit solcher Instrumente und Maßnahmen) als auch verfassungs- und strafrechtlich begründen.

Bei dieser Sachlage ist demnach die Vornahme des HIV-Antikörpertests nur dann zulässig oder gar anzuraten, wenn damit erwünschte Wirkungen erzielt werden können, die diese unerwünschten Wirkungen übertreffen. Die beabsichtigten (d. h. erwünschten) Wirkungen unterscheiden sich nach Zwecken und Zielen, die mit dem Test erreicht werden sollen. Im folgenden werden deshalb differenzierte Antworten für die verschiedenen Indikationsmöglichkeiten des Tests skizziert.

1. Medizinische Indikationen: Absolut erforderlich und zweckmäßig ist der Test zur Sicherung von Blut- und Samenspenden sowie von Transplantaten (s. o.). Zur Abklärung von Symptomen (lang anhaltende Lymphknotenschwellungen, verbunden mit Gewichtsverlust etc.), die auf ARC oder Aids hindeuten können, ist der Test im Rahmen der Ausschluß- und Differentialdiagnose ebenfalls ein notwendiges Instrument, sollte aber - im Gegensatz zur gegenwärtig vielgeübten Handhabung - erst nach weniger 'invasiven' Diagnosemethoden eingesetzt werden. Bislang vereinzelt aufgetretene Komplikationen deuten darauf hin, daß die Immunisierung mit Lebendimpfstoffen gegen andere Infektionskrankheiten bei positivem Serostatus zu Komplikationen führen kann. Auch massive Cortison-Gaben (medizinisch ohnehin meist umstritten) können bei Seropositiven kontraindiziert sein. Schwangeren aus risikotragenden Gruppen sollte im Rahmen einer ausführlichen Beratung und bei Sicherstellung der Betreuung der Test angeboten werden, weil das relativ hohe, aber keinesfalls 100prozentige Risiko einer seropositiven Mutter, ein infiziertes Kind zur Welt zu bringen, eine medizinische Indikation für einen Schwangerschaftsabbruch sein kann.

2. Angesichts immer noch großer Zonen der (qualitativen und quantitativen) Ungewißheiten über den äußeren Übertragungsmechanismus (wie kommt das Virus in die Blutbahn? wieviel ist erforderlich?) sowie über physische, psychische und soziale Kofaktoren sowohl der Infektion (wer nimmt das Virus auf und entwickelt Antikörper?) als auch des Übergangs in die Krankheit (wer wird nach wie langer Zeit krank?) besteht ein beträchtlicher Bedarf nach epidemiologischer und vor allem sozialepidemiologischer Forschung. Für solche Forschungen muß getestet werden. Weltweit haben sich hierfür bislang immer ausreichend viele Freiwillige gefunden, die in Kenntnis der Risiken an solchen Studien teilnehmen. Der Engpaß liegt hier in der Qualität der Forschung: die Mindeststandards in der Zusammenstellung, in der Erhebung vor allem nicht-medizinischer Parameter und der Auswertung werden sehr oft nicht erreicht (für die Bundesrepublik Deutschland vgl. z. B. die Kritik an der Helm/Stille-Studie (1986) bei Rosenbrock 1986, S. 96-100).

3. Als Maßnahme der individuellen Früherkennung gibt es für den Test ausserhalb der unter 1. genannten Situationen keine Indikation. Individuelle Früherkennung ist nach den Regeln der Logik und der ärztlichen Kunst nur

zulässig, wenn auf Basis eines positiven Befundes eine sinnvolle medizinische Intervention einsetzen kann (J.M.G. Wilson 1986; auch Reichsversicherungsordnung (RVO) § 181a). Das ist gegenwärtig nicht der Fall, die Beurteilung würde sich schlagartig ändern, wenn medizinische Mittel gefunden würden, die die Latenzzeit verlängern und/oder nach dem Ausbruch der Krankheit unwahrscheinlicher machen würden. Auch zu den - medizinisch zu Recht sehr umstrittenen - Früherkennungsuntersuchungen auf verschiedene Krebse besteht ein grundlegender Unterschied: die Kritik an der Sinnhaftigkeit der Früherkennung bezieht sich dort auf die Effektivität der medizinischen Therapie im Verhältnis zu der durch das Untersuchungsergebnis bewirkten Lebensbeschädigung (Abholz 1987). Aber es gibt dort Therapieansätze, von denen zumindest wesentliche Fraktionen der ärztlichen Profession der medizinisch begründeten Auffassung sind, daß sie das Leben des/der Patienten verlängern können. Das ist bei der HIV-Infektion zumindest gegenwärtig nicht der Fall.

4. Ins Spiel gebracht wird der Test auch immer wieder als Mittel zur Beantwortung der Frage, wie hoch der Durchseuchungsgrad der Bevölkerung und wie groß infolgedessen die auf uns zurollende Welle der Aids-kranken und sterbenden Menschen ist. Gefordert wird zu diesem Zweck entweder die Testung einer "repräsentativen Bevölkerungsstichprobe" oder eine Totalerhebung (Durchtestung der gesamten Bevölkerung). Diesem Ansatz liegen mehrere Denkfehler zugrunde:

- a) Die Wahl der adäquaten Präventionsstrategie gegen Aids (möglichst flächendeckende und zeitstabile Durchsetzung der Kondombenutzung in Risikosituationen und der Verwendung von sterilen Spritzbestecken durch strukturgestützte Verhaltensbeeinflussung) ist weitgehend unabhängig davon, ob nun 30 000 oder 100 000 Menschen das Virus in sich tragen und deshalb in Risikosituationen weitergeben können.
- b) Eine "repräsentative Bevölkerungsstichprobe" für die HIV-Durchseuchung kann es nicht geben, da die "repräsentative" Verteilung der Risiken aufgrund zahlreicher offener Forschungsfragen in bezug auf den "äußeren Übertragungsmechanismus", die Kofaktoren, die Latenzzeiten und die Ausbruchswahrscheinlichkeiten nicht ermittelt werden kann. Schon die allergrößte Klassifizierung der risikotragenden Gruppen stößt auf nicht behebbare Wissenslücken und nicht überwindliche Erhebungsprobleme: die Anzahl der immer oder häufig homosexuell aktiven Männer liegt

wahrscheinlich irgendwo zwischen 1 und 2,5 Millionen, zwischen 50 000 und 100 000 Menschen bringen sich intravenös Drogen bei, der Prostitution gehen wahrscheinlich zwischen 200 000 und 400 000 Menschen nach, über das Ausmaß der hetero- und homosexuellen Promiskuität liegen nur vage Schätzungen vor etc. Über die Verteilung von Risikoverhalten in diesen Gruppen läßt sich ebenfalls nicht viel sagen. Elementare Voraussetzungen der Erhebung einer in bezug auf Aids-Gefährdung "repräsentativen Bevölkerungsstichprobe" sind damit nicht gegeben, so daß sich die gravierenden Fragen der Freiwilligkeit der Teilnahme an einer solchen Untersuchung nicht stellen.

- c) In Frage käme deshalb nur eine Totalerhebung auf Basis gesetzlichen Zwanges. Weder die polizeilichen Meldungen noch eine (a) "halbwegs geglückte" und (b) durch gesetzwidrige De-Anonymisierung mißbrauchte Volkszählung würde aber für ein solches Unterfangen ausreichende Unterlagen zur Verfügung stellen. Es müßte also eigens dafür ein gewaltiger Polizei- und Kontrollapparat geschaffen werden, gegen den sich der "Deutsche Herbst" von 1977 wie ein harmloses Spiel im Kinderladen ausnehmen würde.
- d) Daß bei gegenwärtig "hoch gegriffen" einem HIV-Positiven auf 10 000 geschlechtsreife Bürger/innen zumindest im ersten Testdurchgang ca. 400 000 falsch-positive und einige tausend falsch-negative Befunde produziert würden, bleibt bei solchen Überlegungen regelmäßig außer Betracht.
- e) Generell wird auch das Problem "übersehen", daß mit einer solchen Aktion möglicherweise zigtausende psychiatrisch bzw. psychotherapeutisch behandlungsbedürftiger "Fälle" produziert würden, von der weit über Aids hinausgehenden Hysterisierung der Gesamtbevölkerung noch ganz abgesehen.
- f) Und wozu das Ganze? Für die Prognose notwendiger Behandlungs- und Bettenkapazität und der finanziellen Belastung des Sozialversicherungssystems sind solche, nur um den Preis eines extrem "starken Aids-Staates" zu gewinnenden Daten nicht erforderlich. Dieser Informationsbedarf könnte aus anderen Quellen und ohne jede Repression hinreichend befriedigt werden. Derzeit verfügen wir über vier "Meßstellen" über die Verbreitung des Virus und die Entwicklung der Krankheit (Jacobowski 1987):

- Jährlich fallen einige hunderttausend Blutspenden an, die ohnehin untersucht werden müssen und fast ausschließlich aus soziologisch bestimmbaren Bevölkerungsgruppen stammen, die subjektiv davon ausgehen, daß sie nicht Aids-gefährdet sind.
- Seit Februar 1987 werden die positiven Testergebnisse aus den zum Bestätigungstest ermächtigten Labors (Western blot) zentral statistisch erfaßt.
- Mit sozialepidemiologisch fundierten Kohortenstudien auf Basis von Information, Freiwilligkeit und Betreuung lassen sich problemlos Erkenntnisse über Verbreitung und Entwicklung von Aids in risikotragenden Gruppen gewinnen.
- Die Fälle der Vollbilderkrankung an Aids werden mit unterdurchschnittlicher Dunkelziffer beim Bundesgesundheitsamt auf freiwilliger Basis gemeldet.

Durch eine soziologisch und epidemiologisch angeleitete Interpretation der Daten aus diesen vier ohnehin vorhandenen Quellen lassen sich in bezug auf Aids bessere und härtere Informationen gewinnen als über die meisten anderen wichtigen Krankheiten in unserem Land. Von einer wissenschaftlich adäquaten Nutzung dieser Möglichkeiten kann aber gegenwärtig kaum die Rede sein.

Es ist deshalb wohl keine bösertige Unterstellung, wenn hinter dem Ruf nach Massentestungen zur epidemiologischen Messung andere Motive vermutet werden, Zum Beispiel die unreflektierte "seuchenstrategische" Weisheit, daß man zur Bekämpfung von Infektionsquellen alle individuellen Infektionsquellen kennen muß. Übersehen wird dabei, daß die Anwendung dieser "klassischen" Regel angesichts der extrem schwierigen Übertragbarkeit des HIV (Übertragungssicherheit aller Kontakte außerhalb der Risikosituationen), des daraus folgenden absoluten Primats präventiver Selbststeuerung wie der Nicht-Therapierbarkeit auf Aids nicht anwendbar ist (vgl. R. Rosenbrock 1987a). Häufig stehen hinter solchen Vorschlägen freilich auch erkennbar gefährliche Omnipotenzfantasien vom "stärksten Staat". Zumindest implizit spielt aber wohl stets auch der Gedanke eine Rolle, daß durch den Test individuell präventives Verhalten erzeugt werden kann. Dies verdient eine genauere Erörterung.

3. Der Grundgedanke der individuellen Verhaltensbeeinflussung durch den Test kommt in der Formel zum Ausdruck: Nur wer seinen Serostatus kennt, verhält sich präventionsgerecht. Dem liegen mehrere Denkfehler zugrunde:

a) Gemeint können damit nur HIV-positive Probanden sein, von denen erwartet wird, daß sie in Kenntnis der von ihnen ausgehenden ausgehenden Infektionsgefahr entweder strikt den Präventionsregeln folgen (Kondome bei penetrierendem Geschlechtsverkehr, sterile Spritzbestecke) und/oder ihre/n Partner/in über ihren Status aufklären oder sexuell gänzlich abstinent leben. Übersehen wird dabei, daß ein negativer HIV-Antikörperbefund (vor allem wegen der langen Inkubationszeit) keinen eindeutigen Aufschluß über die Infektiosität gibt und zudem auch für Seronegative die Regeln der individuellen Prävention gelten, solange das Virus in der Bevölkerung kursiert. Logischerweise - und empirisch durch eine Reihe von Studien belegt - führt ein negatives Testergebnis zu möglicherweise lebensgefährlichem Leichtsin, speziell bei solchen Personen, die zuvor Infektionsrisiken ausgesetzt waren und sich nicht angesteckt haben. Der Leichtsin nimmt plausiblerweise außerdem in dem Maße zu, wie durch Testprogramme die mit keiner Strategie realisierbare Illusion genährt wird, daß alle "Positiven" irgendwie "aussortiert" worden sind (durch amtliches Sexverbot für HIV-Positive, durch Prostitutionsüberwachung, durch Grenzkontrollen oder ähnliche symbolische Aktionen). Die Stiftung von Leichtsin ist eine auch quantitativ hochrelevante "unerwünschte Wirkung" einer auf Testpropagierung oder gar -zwang konzentrierten Gesundheitspolitik, bei deren Beachtung der bayerische Maßnahmenkatalog vom Mai 1987 - jenseits aller Bürgerrechtsfragen und der unmittelbar mit ihm erzielten erwünschten und unerwünschten Wirkungen in den Zielgruppen - unter gesundheitspolitischen Gesichtspunkten nicht hätte verabschiedet werden dürfen.

b) Ein positives Testergebnis kann folgende Reaktionstypen hervorrufen:

- Anomie, Panik, Depression, Hysterie, Verlust rationaler Handlungskontrolle, Rückzug. Ob die iatrogen produzierten Krankheitsbilder günstige Voraussetzungen für einen vernünftigen Umgang mit der Sexualität und die Einhaltung der Regeln der Prävention bieten, darf füglich bezweifelt werden (vgl. S. Becker/U. Clement 1987).
- Ignorieren, Verleugnen, Verdrängen, keine Veränderungen des (Sexual-)Verhaltens.

- Unterlassung riskanter Sexualpraktiken, Übergang auf Safer Sex.

Es ist weder plausibel noch erwiesen, daß der zuletzt genannte Reaktionstyp die größte Häufigkeit aufweist, und selbst wenn dem so wäre, müßten die schädlichen Konsequenzen aus den Reaktionstypen 1. und 2. dagegen zumindest abgewogen werden. Besonders gesundheitsgefährlich (im Sinne der Aids-Übertragung) dürfte die Produktion von - ansonsten wohl sehr seltenen

- Desperados sein, die das Testergebnis als Reduktion der ihnen noch zur Verfügung stehenden Lebensspanne auf wenige Monate oder Jahre mißverstehen und vor diesem Hintergrund auch sexuell "ohne Rücksicht auf Verluste" und nach dem Motto "nach mir die Sintflut" agieren.

Daß vor allem von ärztlicher Seite gegen die Plausibilität und gegen die vorliegende Empirie so außerordentlich hartnäckig am Gedanken der Verhaltensbeeinflussung durch den Test festgehalten wird, dürfte nicht zuletzt damit zusammenhängen, daß die medizinische Ausbildung keine oder nur rudimentäre Kenntnisse aus Verhaltens- und Sexualwissenschaften vermittelt. Die ärztliche Profession folgt deshalb weithin dem (vielfach widerlegten) Glaubenssatz, daß mit Schock, Angst und Todesdrohung die nachhaltigsten Verhaltensänderungen zu erzielen sind. Daß dies vielleicht generell und ganz sicher für langfristige Verhaltensänderungen der falsche Weg ist, daß im Rahmen adäquater Modelle der Aids-Prävention vielmehr der prekäre Pfad zwischen rationaler Furcht und hysterischer Angst zu definieren ist, gerät auf diese Weise gar nicht erst in den Blick (vgl. dazu R. Rosenbrock 1987b).

c) Einen Schritt weiter gehen Teststrategen, die als Konsequenz aus positiven Testergebnissen vollständige Sexabstinenz fordern und dies auch gegebenenfalls administrativ ("Absonderung") durchsetzen wollen. Die griffige Begründungsformel lautet: "Safer sex is not safe." Dieser Satz enthält natürlich einen Kern Wahrheit; zwar ist die Herstellung dicht und reißfester Kondome technisch kein Problem, und die Verwendung von diesbezüglich getesteten Fabrikaten stiftet insoweit Sicherheit. Auf der anderen Seite gibt es aber eine Reihe von Studien an kleinen Gruppen, die relativ hohe Quoten von Handhabungsfehlern, speziell bei Analverkehr, ausweisen (keine oder falsche Gleitcreme, Abrollen, Abrutschen). Dies verweist auf die Notwendigkeit, die Aufklärung in dieser Hinsicht zu spezifizieren und zu intensivieren. Es kann

aber wohl davon ausgegangen werden, daß bei angeleiteter und verlässlicher Kondombenutzung die HIV-Übertragungswahrscheinlichkeit mindestens auf die Größenordnung des Pearl-Index für Kondombenutzung (1-3 unerwünschte Schwangerschaften auf 100 Benutzerjahre) reduziert werden kann. Zusammen mit der Übertragungswahrscheinlichkeit des HI-Virus in Risikosituationen (Schätzungen auf z. T. unklarer methodischer Basis zwischen 1:3 und 1:100 bei Analverkehr, zwischen 1:30 und 1:1 000 bei vaginaler Verkehr) ergibt sich daraus eine verbleibende Infektionsgefährdung, die - epidemiologisch betrachtet - weit unter den Risiken z. B. der Teilnahme am Straßenverkehr (Todesrisiko für jeden Teilnehmer in jedem Jahr 1:7 000) liegt. Von arbeitsbedingten Erkrankungen, ärztlichen Behandlungen und vom Zigarettenrauchen ganz zu schweigen. Aids würde bei verlässlicher Einhaltung der Minimalregeln nach dem "Herauswachsen" der Kranken aus den jetzt bereits Infizierten zu einer sehr seltenen Krankheit werden (diesen Zusammenhang übersieht z. B. G. Frösner 1987b in seinem neuesten Horror-Szenario). Wer für sich individuell in bezug auf Aids eine wesentlich höhere Sicherheit erreichen will, ist auf sexuelle Enthaltensamkeit oder strenge Monogamie angewiesen.

- d) Ein ganz anderes Argument für den Test zur Verhaltenssteuerung bezieht sich auf die Ermittlung des/der Uneinsichtigen. Hier ist an Verhaltenssteuerung durch äußeren Zwang gedacht. Dem Modell nach wird die gesamte Bevölkerung getestet, die HIV-Positiven erhalten eine "intensive ärztliche Beratung". Wenn Hinweise (welche? woher?) vorliegen, daß die Beratenden den Rat (je nach Risikokonezept: Safer Sex oder Abstinenz) nicht befolgen, kann es zu Zwangsmaßnahmen bis zur "Absonderung" kommen (G. Frösner 1987a, dazu: Pohle/Eichenlaub 1987, Bayerische Staatsregierung 1987). Zum "Durchtesten" der Bevölkerung wurde weiter oben unter 4. einiges gesagt. Zur "intensiven ärztlichen Beratung" ist zu bemerken, daß die ärztliche Profession generell in bezug auf Verhaltensbeeinflussung und speziell in bezug auf Sexualberatung aufgrund ihrer Ausbildung und ihres professionellen Standorts und Blickwinkels (Behandlungszimmer, Klinik) regelmäßig schlechtere Ergebnisse vorzuweisen hat als sozialwissenschaftlich angeleitete Professionen.

Wenn diese Defizite überwunden werden könnten, würde - ohne Test - eine Strategie naheliegen, in der jeder Arzt jeden Patienten ohne besonderen Anlaß und ohne Aufforderung die Minimalregeln der Aids-Prävention vorstellt und empfiehlt. Nach zwei Jahren hätte auf diese Weise nahezu jede/r Bundesbürger/in seine/ihre persönliche Aids-Beratung bekommen. So etwas funktioniert natürlich nur bei gegebenem Vertrauensverhältnis zwischen Patient und Arzt, also nicht, wenn die Aids-Beratung mit polizeilichen Aufgaben (Zwangstestung, Überwachung, Meldepflicht o. ä.) in Verbindung steht. Abgesehen davon ist mit der polizeilichen Kontrolle des "einsichtigen Verhaltens" von HIV-Positiven eine ganz erhebliche Ausweitung der Aufgaben - und damit Verantwortungsübernahme durch den Staat verbunden: polizeilich kontrollbedürftig wird praktisch jeder penetrierende Geschlechtsverkehr und je i.v.-Drogenbenutzung. Gerade die Erfahrungen mit der seit Jahren versuchten scharfen polizeilichen Kontrolle in bezug auf Drogenbenutzung sprechen - wiederum jenseits der damit verbundenen Bürgerrechtsprobleme - schon aus Effektivitätsgründen gegen solche Ansätze.

Zusammenfassend läßt sich festhalten, daß Ansätze der Verhaltensbeeinflussung durch massive Testpropagierung oder gar Testzwang gegen gesicherte Erkenntnisse der Verhaltens- und Sexualwissenschaften verstoßen und die in sie gesetzten Hoffnungen nicht nur nicht erfüllen können, sondern stattdessen sogar kontraproduktiv (Erhöhung der Anzahl vermeidbarer Opfer) wirken. Etwas anderes tritt hinzu: Präventionsbotschaften kommen desto wirksamer an, je simpler sie sind und je leichter sie in die jeweils gegebene Lebensweise einzubauen sind. Wer die Präventionsbotschaft (Safer Sex und Einwegspritzen) mit der Testbotschaft "verrauscht", muß mit beträchtlichen Effektivitätsverlusten rechnen. Vor diesem Hintergrund erweist sich die seit Frühsommer 1987 begonnene neue Kampagne der Bundesregierung als geradezu verhängnisvoll fehlkonzeptioniert: Risikosituationen und Präventionsmöglichkeiten werden überhaupt nicht mehr beim Namen genannt und stattdessen wird der Test propagiert.

6. Der HIV-Antikörpertest wird weiterhin als Maßnahme zur Sicherheit in Institutionen propagiert und mit oftmals unterlaufener oder nur fiktiver Freiwilligkeit durchgeführt (medizinische Versorgung, Gefängnisse, Bil-

dungseinrichtungen, Betriebe etc.). Zunächst ist festzuhalten, daß auch in diesen Institutionen außerhalb der bekannten Risikosituationen ein relevantes Infektionsrisiko nicht besteht. Zwar ist die Anzahl der mutmaßlich durch Blutkontakt mit Aids-Kranken in Krankenhäusern (Nadelstichverletzungen, Eindringen von infiziertem Blut in offene Wunden) Infizierten weltweit mittlerweile auf 9 gestiegen (MMWR 1987), doch ist dies vor dem Hintergrund der mittlerweile zigtausend Expositionsjahre im Umgang mit Aids-Kranken und in Relation zu den sonstigen Berufs- und Lebensrisiken zu sehen. Auch die US-amerikanischen Centres of Disease Control (CDC) sind deshalb bei ihrer bisherigen Einstellung geblieben: Einhaltung der Hygieneregeln im Krankenhaus, so als sei jeder Patient infektiös (mit HIV oder dem wesentlich leichter übertragbaren Hepatitis-B-Virus), kein Screening bei Krankenhausaufnahme (ebd.). Ausnahmen können sich in Risikosituationen ergeben, bei denen es fast regelmäßig zu Nadelstichverletzungen des Personals kommt (Operationen am offenen Brustkorb etc.). Die Gefährdung der Patienten durch infiziertes Personal ist ebenfalls im Rahmen vernünftiger Abwägungen als Risiko auszuschließen.

Immer noch fordern einzelne Landesversicherungsanstalten den HIV-Antikörpertest als Voraussetzung zur Bewilligung einer stationären Drogentherapie. Angesichts der Motivationslage der Rehabilitanden und der in den Einrichtungen zu organisierenden Prävention (Kondome) ist dies als präventions- und rehabilitationsfeindlich anzusehen. Besonders absurd ist die Situation in Gefängnissen: Solange der Knast gegen die Evidenz als sex- und drogenfreier Raum definiert wird und deshalb die technischen Voraussetzungen der Prävention (Kondome, Spritzbestecke) ausgesperrt bleiben, kann über die Sinnhaftigkeit von Testprogrammen nicht ernsthaft diskutiert werden. Faktum ist, daß ein/e nicht Infizierte/r, der/die im Gefängnis mit i.v.-Drogen in Berührung kommt, so gut wie sicher infiziert wird: An den wenigen eingeschmuggelten Spritzbestecken ("Stationspumpen") 'hängen' bis zu 25 Personen, der Drogenfluß in die Gefängnisse konnte trotz aller repressiven Bemühungen niemals unterbrochen werden. Vor allem Gelegenheits-Homosexualität ist im Gefängnis ständige und weitverbreitete Praxis.

Auch in Bildungseinrichtungen und Betrieben führt der Test nicht zu einer nennenswerten Steigerung der Aids-Sicherheit. Das gilt auch für Friseure, Köche, Masseur etc. Der HIV-Antikörpertest als faktische Einstellungs voraussetzung im Rahmen betriebs- oder amtsärztlicher Einstellungsuntersuchungen stiftet keinen gesundheitlichen Nutzen.

7. Schließlich wird der HIV-Antikörpertest auch als Bestandteil individueller Sicherheitsstrategien diskutiert. Aus den bisherigen Ausführungen sollte deutlich geworden sein, wie fragwürdig, Leichtsinn stiftend und letztlich irrational der meisten zum Test führenden individuellen Überlegungen sind. Dennoch gibt es Konstellationen, in denen gerade unter Beachtung des Selbstbestimmungsrechts des/der Ratsuchenden vom Test nicht strikt abgeraten werden kann. So ist z. B. einer Frau, die schwanger werden möchte bzw. es schon ist, die Güter- und Risikoabwägung für sich selbst und ihr Kind in letzter Instanz ihr selbst überlassen. Das Betreuungs- und Versorgungssystem hat die notwendigen Informationen bereitzustellen und zu gewährleisten, daß niemand mit einem positiven Testergebnis allein bleibt und/oder ein negatives Testergebnis falsch interpretiert.

Eine andere Fallgruppe stellen Menschen dar, die in der Vergangenheit eine oder mehrere Risikosituationen hatten und dies subjektiv für ihre Zukunft ausschließen zu können glauben. Bei ihrer Beratung ist - wie bei allen Testberatungen - davon auszugehen, daß jeder und jede mit einem negativen Testergebnis rechnet, auch wenn er/sie in der Beratung das Gegenteil sagt - die Folgen eines positiven Testergebnisses werden ohne Beratung meist nicht konkret antizipiert. Auch hinsichtlich der jeweiligen Beziehungskonstellation und der Sicherheit der Prognose Aids-sicheren Verhaltens ergeben sich hier für die Beratung komplizierte, nur je individuell zu lösende Probleme (vgl. S. Becker/U.Clement 1987, Dannecker 1987). Generell kann gesagt werden, daß Menschen, die auch nur gelegentlich Risikosituationen eingehen, vom Test abgeraten und immer primär auf strikt präventives Verhalten in Risikosituationen orientiert werden sollten.

Eine letzte Gruppe mit oftmals überhaupt nicht erfüllbaren individuellen Sicherheitsbedürfnissen stellen die quantitativ zunehmenden Aids-Hysteriker dar, die - meist ohne jedes zugrundeliegende Risiko - die Aids-Hilfen, Beratungsstellen, Gesundheitsämter und Arztpraxen nach jeder aktuel-

len Horrormeldung verstärkt heimsuchen. Diesen Menschen ist oft nur mit einem negativen Testergebnis zu helfen. Aber nicht immer: Es sind Fälle bekannt, in denen solche Opfer der Aids-Berichtserstattung sich bei verschiedenen Institutionen über zehnmal haben testen lassen.

8. Gänzlich zu unterscheiden von der gesundheitsbezogenen Betrachtung des HIV-Antikörpertest ist der Testeinsatz zur juristischen Beweissicherung, sei es für die Ermittlung strafrechtlicher Verantwortlichkeiten, sei es zur Klärung im Rahmen des Haftungsrechts (vgl. dazu M. Bruns 1987). Ohne auf die damit verbundenen Probleme im einzelnen einzugehen, ist unter gesundheitsbezogenem Gesichtswinkel darauf hinzuweisen, daß eine Beweissicherung, die antipräventive und gesundheitsschädliche Effekte auslöst, auch rechtlich nicht unproblematisch sein kann.

Fazit I.

Der HIV-Antikörpertest wurde für die Sicherung von Blutprodukten von Transplantaten und damit für die Verstopfung eines wichtigen Übertragungsweges entwickelt. Notwendig und nützlich ist er darüber hinaus für einige begrenzte Felder der ärztlichen Differential- und Ausschlußdiagnose, in der Schwangerenberatung sowie für die (sozial-)epidemiologische Forschung, soweit dabei professionelle Standards eingehalten werden. Der Test darf ethisch und rechtlich ausnahmslos nur auf der Basis des "informed consent" vorgenommen werden, d. h. aufgrund einer ausführlichen Beratung und auf Basis echter Freiwilligkeit. Alles andere verstößt gegen Grundprinzipien der ärztlichen Ethik und wäre auch straf- und zivilrechtlich zu würdigen (gefährliche bzw. schwere Körperverletzung). Dazu gehört weiterhin, daß vor dem Test geklärt werden muß, wo, wie und mit wem die psychischen, z. T. dramatischen Folgen der Mitteilung eines positiven Ergebnisses aufgefangen werden.

Ein Testeinsatz außerhalb der genannten Felder ist durchweg nutzlos, in den meisten Feldern und Fällen kontraproduktiv und angesichts der "unerwünschten Wirkungen" bis auf die im Text genannten Ausnahmen nicht zu

vertreten (vgl. z. B. die in den Niederlanden staatlich offiziell so betriebene und so bezeichnete "Test-Entmutigungspolitik", J. v. Wijngarden 1986).

Um zu diesem Ergebnis zu gelangen, braucht man keiner spezifischen Ideologie in bezug auf was immer anzuhängen, vielmehr ergibt sich dies aus der Anwendung der Denkregel von Medizin- und Gesundheitspolitik, Kriterium für Handeln oder Nichthandeln ist die erzielbare Wirksamkeit unter Abwägung sowohl der erwünschten als auch der unerwünschten Wirkungen in einem gegebenen Zusammenhang.

Wenn dem so ist, stellt sich natürlich die Frage, wieso der Test, die Testpropaganda und die Diskussion über Testzwang eine derart prominente (und allein dadurch schon präventionsfeindliche Rolle spielen können. Dies ist nicht aus der Sache heraus zu erklären, sondern durch die nicht-gesundheitlichen, überwiegend symbolischen Bedeutungen, die der Test für die wichtigsten vier gesellschaftlichen Akteure im Umkreis von Aids gewonnen hat:

1. Für die beteiligten pharmazeutischen Firmen eröffnen die Tests einen nicht unbeträchtlichen Absatzmarkt, dessen Besetzung ihnen zudem Bekanntheits- und Vertrauensvorteile für die absehbar heiße Phase der Vermarktung von Therapeutika und Impfstoffen verleiht. Dieser Faktor ist sicherlich wichtig, erklärt aber keinesfalls das qualitative und quantitative Ausmaß des Mißbrauchs.
2. Für die medizinische Profession ist der Test (von AZT einmal abgesehen) das einzige vorzeigbare Interventionsinstrument im Umkreis der Krankheit. Es gewinnt dadurch eine hohe Symbolbedeutung für die Macht der Medizin über die Krankheit Aids und die Zuständigkeit der Medizin für Probleme von Krankheit/Gesundheit generell. Der HIV-Antikörpertest wird dabei einem Berufsstand an die Hand gegeben, der hinsichtlich der immer breiter werdenden Kluft zwischen den diagnostischen Möglichkeiten und den therapeutischen Fähigkeiten des vor allem technischen Instrumentariums stark desensibilisiert zu sein scheint.
3. Für den Staat ist der HIV-Antikörpertest das Symbol für Kontrolle und Kontrollierbarkeit der Krankheit. Wer nicht testet oder testen will, steht sofort im Verdacht, die unkontrollierte Ausbreitung einer Seuche

zu befürworten. Die Frage, was sinnvollerweise mit dem Test kontrolliert werden kann und was aus den wie auch immer erhobenen Testbefunden folgen soll, wird meist gar nicht erst erörtert.

4. Letztlich gibt es auch - angesehen von hysterischen und hypochondrischen Reaktionen - eine ziemlich starke nachfrage-induzierte Testvornahme. Teils dürfte diese auf mangelnder Aufklärung beruhen, teils auch auf nicht hinterfragter Arztgläubigkeit und Zutrauen in die Zuständigkeit des Medizinsystems für alle Fragen von Gesundheit/Krankheit. Aus vielen empirischen Untersuchungen geht aber auch hervor, daß bei einem großen Teil der Testteilnehmer unterdrückte Schuldgefühle und Wünsche nach Betrafung für verbotene sexuelle Betätigung eine wichtige Rolle spielen.

Fazit II

Die im Zusammenhang mit dem HIV-Antikörpertest aufgetretenen und hier angerissenen Probleme weisen weit über den gesellschaftlichen und medizinischen Umgang mit der Infektionskrankheit Aids hinaus, werden hier nur auf eine besonders brisante Weise sichtbar. Allgemein gilt: Bei anhaltend ungesteuerter Entwicklung medizinischer und insbesondere Gen-Technologie wird die Kluft zwischen Diagnosemöglichkeiten und Therapiefähigkeit der Medizin auch in Zukunft immer breiter werden. Es werden immer mehr Dispositions-Diagnosen möglich sein. Damit werden Befunde erhoben, die etwas über die relative, lediglich epidemiologisch interpretierbare Erkrankungswahrscheinlichkeit aussagen, nicht aber, ob und wann eine konkrete Person an einem bestimmten Leiden erkranken wird. Häufig kann dabei weder die Wahrscheinlichkeit der Erkrankung noch die Krankheit selbst medizinisch beeinflußt werden. Die Erhebung, Mitteilung und soziale Verwendung eines solchen medizinischen Befundes, aus dem medizinisch - außer der häufigen Notwendigkeit nachfolgender kompensatorischer Psychotherapie - nichts folgt, stellt eine Persönlichkeitsbeeinträchtigung etwa im Range einer schweren Körperverletzung dar.

Medizinpolitisch wird damit nicht nur der Zugang zum Test auf HIV-Infektion regulierungsbedürftig, sondern - allgemeiner - der Umgang mit der medizinischen Produktion von Damokles-Schwertern.

Gesundheitspolitisch verweist die bisherige Entwicklung der Testanwendung auf einige allgemeinere Tendenzen, die hier in zehn - extrem gerafften - Thesen zusammengefaßt werden:

1. Die Entwicklung medizinischer Forschung und Technologie (hier: des Testes) wird durch gesellschaftliche Problemlagen (hier: Aids) angestoßen, verläuft dann aber weitgehend nach der Eigengesetzlichkeit der beteiligten Unternehmen und der medizinischen Profession. Staatliche Stellen können beschleunigende oder verlangsamende Impulse geben.
2. Die Anwendung und Verbreitung neuer medizinischer Technologie beschränkt sich nicht automatisch auf die medizinisch sinnvollen Indikationen (hier: Sicherung von Blutprodukten und Transplantaten; Forschung), sondern drängt auf alle aktivierbaren Nachfragefelder. Die Nachfrage wird nicht nur vom Markt, sondern auch vom Grad der politischen Thematisierung bestimmt.
3. Die Standesethik der medizinischen Profession, die das öffentlich-rechtlich garantierte Definitionsmonopol für notwendige und zulässige medizinische Maßnahmen begründet, ist nicht immer stark genug, in solchen Druck- und Sog-Situationen die eigenen, anerkannten Maßstäbe aufrechtzuerhalten. Das Medizinsystem tendiert auch aus diesem Grunde zu immer weitergehender Expansion.
4. Angesichts der allgemein unabweisbaren Notwendigkeit von Prävention expandiert auch (und bislang fast ausschließlich) das Medizinsystem in diesen Bereich. Es verbleibt dabei weitgehend im engen Rahmen seines individualmedizinischen, von der Kuration her definierten Weltbildes. In diesem Rahmen werden u. a. alle gegebenen technologischen Möglichkeiten (z. B. der Test) auch eingesetzt. Die Frage des gesundheitlich sinnhaften Zusammenhangs der je konkreten Maßnahme am Individuum und dem Charakter des Gesundheitsproblems in seinen sozialepidemiologischen/volksgesundheitlichen Dimensionen tritt bei diesen Interventionen offenbar in den Hintergrund bzw. kommt erst gar nicht in den Gesichtswinkel dieses Weltbildes.

5. Medizinische Maßnahmen drängen, häufig unter der Überschrift 'Früherkennungs'- oder gar irreführenderweise: 'Vorsorge'-Untersuchung, in Bereiche ein, für die geeignete und gesundheitlich wirksame Maßnahmen und Strategien der nicht-medizinischen Prävention zur Verfügung stehen (hier vor allem: Safer Sex und sterile Spritzen). Der gesundheitliche Nutzen der medizinischen Maßnahmen ist dabei nicht nur beim HIV-Antikörpertest zumindest umstritten.
6. Der Einsatz der - zumindest - weniger geeigneten medizinischen Interventionen erfolgt auch dann, wenn er erfolgreiche Strategien nicht-medizinischer Prävention behindern oder konterkarieren kann.
7. Dieses Vordringen in Bereiche, in denen der Beitrag der Medizin für die Gesundheit immer fragwürdiger wird oder sogar ins Negative umschlägt, wird in erheblichem Umfang durch das Zusammenwirken der Dynamik von Unternehmensstrategien, den Karriere- und Reputationsmechanismen der Medizin und der weitgehend individual-kurativen Ausrichtung staatlicher Gesundheitspolitik vorangetrieben.
8. Im Bereich der Prävention trifft diese Dynamik auf keine vergleichbar organisierten und handlungsmächtigen Gegenkräfte: Prävention ist ungleich schwächer institutionalisiert, vielfach sogar in Rückbildung begriffen (z. B. der öffentliche Gesundheitsdienst). Präventive Potenzen liegen auch bei Gruppen und sozialen Bewegungen, die den Anteil der Betroffenen-Kompetenz an der Definition von Gesundheit/Krankheit erweitern wollen.
9. Die Erweiterung der Handlungsspielräume solcher Gruppen ist deshalb ein wichtiges Element einer Strategie, die langfristig den Gefahren einer immer weiter medikalisierten Gesellschaft entgegen will. Die gesundheitspolitische Richtigkeit dieses Weges zeigt sich exemplarisch an den (bislang v. a. in den USA erforschten) Erfolgen und Möglichkeiten der nicht-medizinischen Aids-Prävention in risikotragenden Gruppen.

10. Da die Handlungsspielräume dieser Gruppen (auch im Falle des HIV-Antikörpertests) wesentlich durch die Dynamik der 'medizinischen Seite' bestimmt und ggf. eingeschränkt werden, sind gesundheitspolitisch flankierende Maßnahmen notwendig, die die Eigenregulierung des Medizinsystems in Richtung auf eine größere Entsprechung zwischen Problem und Lösung hin korrigieren.

Der vorliegende Aufsatz enthält wesentliche Ergebnisse aus dem Buch des Verfassers: AIDS kann schneller besiegt werden - Gesundheitspolitik am Beispiel einer Infektionskrankheit, VSA-Verlag, Hamburg 1986, 3. durchgesehene Auflage 1987. Dort ist auch die zugrundeliegende Literatur verzeichnet. Darüber hinaus wurde hier folgende Literatur zitiert:

Abholz, H. H. 1987: Was ist Früherkennung, was kann sie leisten? in: Grenzen der Prävention, ARGUMENT-Sonderband AS 178, Berlin

Bayerische Staatsregierung 1987: AIDS; Vollzug des Seuchenrechts, des Ausländerrechts und des Polizeirechts. Bekanntmachung des Bayer. Staatsministeriums des Innern vom 19. Mai 1987, Nr. IE/IA/IC-5280-8.2/7/87, in: Ministerialamtsblatt der Bayerischen Innen Verwaltung, 39. (106.) Jg., Nr. 10, S. 246-256

Becker, S., U. Clement 1987: HIV-Infektion und Sexualität, in: Deutsches Ärzteblatt, 84. Jg., Nr. 28/29, S. 1223-1226

Bruns, M. 1987: Aids, Alltag und Recht, in: Monatsschrift für Deutsches Recht, 41. Jg., Nr. 5, S. 353-358

Burr, M. L., P. C. Elwood 1985: Research and Development of Health Promotion Services - Screening, In: W. W. Holland, G. Knox (Eds.), Oxford Textbook of Public Health, Volume 3, Oxford/New York/Toronto, S. 373-384

Dannecker, M. 1987: Haben Sie Angst vor Aids? in: Sexualmedizin, 16. Jg., Nr. 7, S. 294-298

Frösner, G. G. 1987a: Wie kann die weitere Ausbreitung von AIDS verlangsamt werden? in: AIDS-Forschung, 2. Jg., Heft 1, S. 61-65

Frösner, G. G. 1987b: Einfluß von "safer sex" auf die Prävalenz der HIV-Infektion, In: AIDS-Forschung, 3. Jg., Nr. 6, S. 315-322

Gürtler, B., J. Eberle, B. Lorbeer, F. Deinhardt 1986: Sensitivity and Specificity of Different Commercially Available Anti-LAV/HTLV III ELISA Screening Tests, Poster 43, Int. Conf. on AIDS, Paris

Gostin, D., W. J. Curran 1987: AIDS Screening, Confidentiality, and the Duty to Warn, in: America Journal of Public Health, Vol. 77, No. 3, S. 361-365

Helm/Stille-Studie 1986: Brodt, H. R., E. B. Helm, A. Werner, A. Joetten, D. Bergmann, A. Klüver, W. Stille: Spontanverlauf der LAV/HTLV-III-Infektion, In: Deutsche Medizinische Wochenschrift, 111. Jg., Nr. 31/32, S. 1175 ff.

Jacobowski, C. 1987: AIDS-Entschließungsantrag IV/36 an den 90. Ärztetag (zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen), Karlsruhe

Konotey-Ahulu, F. I. D. 1987: Clinical Epidemiology, not Seroepidemiology, is the Answer to Africa's AIDS Problem, in: British Medical Journal, Vol. 294, S. 1593-1594

- Miller, D., J. Green, D. J. Jeffries, A. J. Pinching, J. R. W. Harris
1986: HTLV III - Should Testing Ever be Routine? in: British Medical
Journal, Vol. 292, S. 941 f.
- MMWR 1987: o. V.: Update: HIV Infections in Health Care Workers Exposed
to Blood of Infected Patients, in: Centers for Disease Control Mor-
bidity and Mortality Weekly Report, Vol. 36., No. 19, S. 285-289
- Pohle, H. D., D. Eichenlaub 1987: Kann die weitere Ausbreitung von AIDS
verhindert werden? in: AIDS-Forschung, 2. Jg., Nr. 3, S. 118-121
- Rosenbrock, R. 1987a: Politik mit und gegen AIDS, in: Blätter für
deutsche und internationale Politik, 32. Jg., Nr. 9
- Rosenbrock, R. 1987b: Soziale, medizinische und sozialwissenschaftliche
Voraussetzungen der Prävention und Bekämpfung von Aids, IIVG/pre87-209
(engl. 87-210) Berlin
- Wijngarden, J. v. 1986: AIDS in den Niederlanden, in S. R. Dunde (Hg.):
AIDS - was eine Krankheit verändert, Frankfurt
- Wilson, J. M. G. 1986: Some Principles of Early Diagnosis and Detection,
in: G. Teeling-Smith (Ed.); Surveillance and Early Diagnosis in
General Practice, Office of Health Economics, London
- Wilson, J. M. G., G. Jungner 1986/1971: Principles and Practice of
Screening of Disease, WHO, Genf