

Rosenbrock, Rolf

Article

Zehn Jahre Aids-Politik in Deutschland: Bemerkungen zu Bilanz und Perspektiven

Berliner Ärzte: die offizielle Zeitschrift der Ärztekammer Berlin

Provided in Cooperation with:

WZB Berlin Social Science Center

Suggested Citation: Rosenbrock, Rolf (1993) : Zehn Jahre Aids-Politik in Deutschland: Bemerkungen zu Bilanz und Perspektiven, Berliner Ärzte: die offizielle Zeitschrift der Ärztekammer Berlin, ISSN 0939-5784, Quintessenz-Verl.-GmbH, Berlin, Vol. 30, Iss. 6, pp. 11-14

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/112060>

Standard-Nutzungsbedingungen:

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

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

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

Terms of use:

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

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

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



WZB-Open Access Digitalisate

WZB-Open Access digital copies

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

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

Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung gGmbH

Bibliothek und wissenschaftliche Information

Reichpietschufer 50

D-10785 Berlin

E-Mail: bibliothek@wzb.eu

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

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

Berlin Social Science Center (WZB)

Library and Scientific Information

Reichpietschufer 50

D-10785 Berlin

e-mail: bibliothek@wzb.eu

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

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

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



Auch eine Form von AIDS-Prophylaxe: Dieses Plakat der Berliner Prostituierten-Beratungsstelle Hydra richtet sich in ungewöhnlicher Weise an die Freier.

Zehn Jahre Aids-Politik in Deutschland

Bemerkungen zu Bilanz und Perspektiven

Von Rolf Rosenbrock

Die Plakattmotive auf den Seiten 12 bis 24 sind mit freundlicher Genehmigung der Deutschen AIDS-Hilfe e. V., Dieffenbachstraße 33, 1000 Berlin 61, Spendenkonto 0103500500 bei der deutschen Apotheker- und Ärztebank, BLZ 100 906 03, zum Abdruck freigegeben worden und auch unter dieser Adresse kostenlos zu beziehen.

Um die Propheten des Untergangs ist es stiller geworden. Das war anders in der Mitte der achtziger Jahre, als die öffentliche Auseinandersetzung über die geeignete gesundheitspolitische Antwort auf die HIV-Infektion in der (alten) Bundesrepublik die höchsten Wellen schlug.

Unversöhnlich standen sich zwei Positionen gegenüber: Vorwiegend von Medizinern vorgetragen, aber mit zum Teil vehemente Unterstützung von Politikern und einem Teil sonst auch für seriös gehaltener Medien wurden Visionen einer sich beständig beschleunigenden Ausbreitung des Virus in der Bevölkerung beschworen. Nur durch Dingfestmachung der Infektionsquellen mit Hilfe des damals gerade zugelassenen HIV-Antikörpertests sei der Seuche beizukommen. Diese individuelle Suchstrategie steht unter der Leitfrage: Wie ermitteln wir möglichst schnell möglichst viele Infektionsquellen, und wie legen wir diese still?

Die Lernstrategie hat sich durchgesetzt

In der Auseinandersetzung mit diesem Bündnis gewann schließlich eine Koalition aus liberalen Politikern, unterstützt von den offiziellen Instanzen der Ärzteschaft, die Oberhand. Die von ihnen verfolgte Strategie steht unter der Leitfrage: Wie organisieren wir möglichst schnell, möglichst flächendeckend und möglichst zeitstabil die Lernprozesse, mit denen sich die Individuen, die Institutionen und die Gesellschaft maximal präventiv auf das Leben mit dem Virus einstellen können?

Der internationale Vergleich zeigt, daß die Auseinandersetzung zwischen diesen beiden Positionen in fast allen industrialisierten Ländern mit nahezu kongruenten Argumenten geführt worden ist. In sämtlichen industrialisierten Ländern, mit Schweden als einer halben Ausnahme, wurde er überall zugunsten der Lernstrategie entschieden, oder – wie es im anglo-amerikanischen Sprachgebrauch heißt – die „inclusion and cooperation“-Strategie hat sich gegenüber der „control and containment“-Strategie durchgesetzt. Dies geschah in den verschiedenen Ländern um so schneller, konsequenter und – damit – wirksamer, je weiter Traditionen und Insti-

tationen der öffentlichen Gesundheitspflege (Public Health) entwickelt waren und je besser und schneller Organisationen aus den hauptsächlich betroffenen Gruppen (Schwule, Bluter, Fixer) in den Prozeß der Entwicklung und Umsetzung von Aids-Politik einbezogen wurden.

Im Ergebnis war und ist Aids seit vielen Jahrzehnten der erste Anwendungsfall einer massiven und nicht primär auf die Medizin gestützten Gesundheitssicherungspolitik. Der dabei entstandene neue Typ lebensweiseorientierter und die Lebensweise der betroffenen Gruppen akzeptierender Gesundheitspolitik hat drei Ebenen der Prävention (Streubotschaften, zielgruppenspezifische Kampagnen und persönliche Beratung), nicht-medizinische Präventionsagenturen (v. a. die ca. 140 lokalen Aids-Hilfen mit Dachverband in Berlin), vielfältige neue Formen und Ansatzpunkte für die Arbeit mit und in den hauptsächlich betroffenen Gruppen sowie neue gesundheitspolitische Profile an Gesundheitsämtern herausgebildet. Paradigmatisch kann die Schwerpunktlegung auf soziale Prävention als Einstieg in den Ausstieg aus einem Präventionsverständnis gewertet werden, das Erkrankungen unreflektiert vorrangig durch die möglichst frühe Ermittlung individueller Befunde bis hin zu Dispositionsdiagnosen verhüten will. Auf Basis der mit HIV und Aids gesammelten Erfahrungen muß davon ausgegangen werden, daß medizinische Untersuchungen – in diesem Falle der HIV-Antikörpertest – auch als Instrumente der Verhaltensbeeinflussung ziemlich ineffizient sind. Der in der Aids-Debatte oft als Dogma vorgetragene Satz, daß sich nur präventiv verhält, wer seinen Serostatus kennt, ist durch eine jüngst im Journal of the American Medical Association veröffentlichte Untersuchung aus den Centers for Disease Control ziemlich schlagend widerlegt worden: eine methodisch sorgfältige Re-Evaluation aller zu diesem Thema durchgeführten Untersuchungen erbrachte keine Evidenz dafür, daß der Test ein geeignetes Mittel der Verhaltensbeeinflussung ist. Auch eine einmalige professionelle Beratung im Zusammenhang mit dem Test (in einer US-amerikanischen STD-Clinic) änderte daran nicht viel. Als wichtig ha-



ben sich dagegen die soziale Einbindung, die Qualität und Umsetzbarkeit der Präventionsbotschaft und die persönlichen Beratungen innerhalb der jeweiligen Bezugsgruppen erwiesen. Unter Berücksichtigung der ersten unerwünschten Wirkungen der Ermittlung und Mitteilung des HIV-Serostatus und der nicht vollständig ausräumbaren Defizite in Sensitivität und Spezifität (besonders gravierend in Gruppen mit niedriger Prävalenz wie der deutschen Allgemeinbevölkerung) verbietet sich seine Propagierung als allgemeines Präventionsinstrument.

Sämtliche verfügbaren Daten über die Verbreitung der Krankheit, der Infektion und des Risikoverhaltens sprechen dafür, daß mit der politisch mutigen Entscheidung für die an WHO-Prinzipien angelehnte Primärprävention der richtige, weil effektivere und effizientere Weg beschritten worden ist. Entgegen den düsteren Szenarien hat sich die Ausbreitung nicht beschleunigt, sondern bewegt sich mit zwischen 700 und 800 Neuerkrankungen pro Halbjahr seit Ende der achtziger Jahre auf stabilem Niveau mit leicht sinkender Tendenz. Von den bis Ende 1992 kumulativ gemeldeten knapp 10 000 Patienten mit Vollbild Aids war zu diesem Zeitpunkt die Hälfte verstorben. Rund 60 Prozent aller Erkrankten und Infizierten leben in den Großstädten Berlin (West), Frankfurt/Main, Hamburg, Köln, Düsseldorf und München. In den neuen Bundesländern wurden kumuliert bislang 54 Aids-Fälle (= 0,6 %) und 390 HIV-Infektionen diagnostiziert. Auf Basis

der 1987 eingeführten anonymen Labormeldepflicht, und bestätigt durch eine Fülle von direkten und indirekten Kontrollerhebungen, kann die Anzahl der HIV-infizierten Personen in Deutschland auf ca. 60 000 geschätzt werden. Genauere und vor allem präziser handlungsleitende Informationen wären auch durch die Einführung von Strategien des Anonymous Unlinked Testing (AUT) nicht zu erzielen.

Nach wie vor steht die Übertragung beim Geschlechtsverkehr zwischen Männern mit rund 70 Prozent aller Fälle im Vordergrund, gefolgt von der Infektion durch kontaminierte Spritzen beim Drogengebrauch mit rund 15 Prozent. Erkrankungen aufgrund von Infektionen durch Transfusionen und Blutprodukte machen mit sinkender Tendenz rund sechs Prozent aus, der Anteil von Erkrankungen aus nicht ermittelten Infektionswegen beträgt ebenfalls rund sechs Prozent. Die Infektion durch berufliche Exposition in der medizinischen Versorgung wurde von den meldenden Ärzten in sechs Fällen für wahrscheinlich gehalten, als gesichert gilt ein Fall.

In einer ganz überwiegend heterosexuellen Bevölkerung ohne i. v. Drogenbenutzung richtet sich besonderes Augenmerk auf die heterosexuelle Übertragung. Kumuliert über zehn Jahre haben jeweils rund 200 Frauen und Männer, die sich auf diesem Wege angesteckt haben, Aids entwickelt. Von den insgesamt erkrankten Männern sind dies rund zwei Prozent, von den erkrankten Frauen ein Viertel. Sorgfältige Analysen des Aids-Zentrums im Bundesgesundheitsamt weisen darauf, daß der weitaus überwiegende Teil der zugrundeliegenden Infektionen auf Risikokontakte mit Angehörigen der primär betroffenen Gruppen zurückzuführen ist. Die autochthon heterosexuelle Infektion ist nach wie vor ein sehr seltener Fall.

Unter den europäischen Ländern nimmt Deutschland mit einer jährlichen Inzidenz von rund 20 Erkrankungen pro Mio. Einwohner zusammen mit Großbritannien und Österreich einen der unteren Plätze ein, die Schweiz und Frankreich bilden mit mehr als 60 Fällen pro Jahr und Mio. Einwohner die Spitze. Dieses Bild verändert sich auch nicht wesentlich, wenn entsprechende Meßziffern für

Infektionen bei Homosexuellen, Drogenbenutzern oder für die heterosexuelle Übertragung gebildet werden, hier liegt die Bundesrepublik konstant bei rund einem Fall pro Jahr und Mio. Einwohner, die Schweiz derzeit bei rund zehn.

Alles in allem zeigt der Blick auf die Epidemiologie, daß Aids in der Bundesrepublik Deutschland ein zwar ernstes, aber durch Verstärkung und Kontinuität der Präventionsanstrengungen ein prinzipiell kontrollierbares Gesundheitsproblem zu sein scheint. Dagegen befinden sich zahlreiche Länder in Afrika, zunehmend aber auch in Asien und Lateinamerika sowie innerstädtische Notstandsgebiete vor allem in den USA noch im nahezu freien Fall in eine gesundheitliche und gesundheitspolitische Katastrophe – das Resultat sehr ungleicher Verteilung sowohl von Risiken als auch von Ressourcen zu ihrer Bewältigung, das heißt vor allem des Fehlens einer effizienten Präventionspolitik (vgl. dazu den Beitrag von Ulrich Marcus in diesem Heft).

Deutliche Zunahme risikomeidenden Verhaltens

Wie läßt es sich erklären, daß die Horror-Visionen und Ausrottungs-Szenarien nicht eingetroffen sind? Trotz immer noch vieler Wissenslücken und bedeutender Schwierigkeiten der Evaluation lassen sich fünf Gründe anführen:

1. Die ersten Hochrechnungen und Prognosen für die Bundesrepublik beruhten häufig auf Befunden und Diagnosen aus besonders gefährdeten Gruppen. Schätzungen zur Repräsentativität dieser Befunde wurden oft nicht vorgenommen, diesbezügliche Einwände nachdenklicher Epidemiologen häufig vom Tisch gewischt.
2. Bei weitem unterschätzt wurde die Fähigkeit der hauptsächlich betroffenen Gruppen, also der homo- und bisexuellen Männer sowie der i. v. Drogenbenutzer, zu konsequentem und zeitstabilem risikomeidendem Verhalten. Es hat sich gezeigt, daß angesichts des tödlichen HIV-Risikos das Verhalten auch in Tabu-, Scham- und Illegalitätsbereichen in Richtung auf Risikomeidung modifiziert werden kann, wenn die subjektiven und objektiven Voraussetzungen dafür auch durch staatliches Handeln gefördert werden. Risikoverhalten bei habituell promisk lebenden schwulen Männern ist mittlerweile eine eher seltene Ausnahme, ein wachsender Anteil an den geschätzten jährlich ca. 2500 Neuinfektionen in dieser Bevölkerungsgruppe wird auf die psychischen Dispositionen des Verliebtseins und auf die mit gruppenspezifischer Aufklärung nur schwer erreichbare Gruppe der Bisexuellen zurückgeführt. Auch in der Gruppe der i. v. Drogenbenutzer steht risikovermeidendes Verhalten im Vordergrund, Effizienzsteigerungen der Primärprävention sind hier durch Verbesserung der Versorgung mit sterilen Nadeln, Strategien der Entkriminalisierung und den Ausbau von Substitutionsprogrammen zu erwarten (vgl. den Beitrag von Constanze Jacobowski in diesem Heft).
3. Wesentlich überschätzt wurde in ersten Prognosen auch das Ausmaß promisklen Verhaltens vor allem in der heterosexuellen Bevölkerung. Die im Gefolge der Aids-Krise auch in der Bundesrepublik wieder zu Ansehen und Aufträgen gekommene empirische Sexualwissenschaft identifiziert derzeit trotz unterschiedlicher Ansätze übereinstimmend knapp zehn Prozent der heterosexuellen Bevölkerung als „gefährdet“. Dies sind im wesentlichen Menschen mit „flüchtigen“ beziehungsweise spontanen Sexualkontakten („Swinger“), Jugendliche auf dem Wege zu ihrer Beziehungsidentität, Kunden von Prostituierten („Freier“) und Sextouristen. Freilich hat sich auch gezeigt, daß „riskantes“ Sexualverhalten über soziale Schichten und Altersgruppen stark streut. Da die gefährdeten Gruppen, anders als Schwule und Fixer, auch kaum kohärente soziale Strukturen aufweisen, sind sie allerdings auch schwieriger zu erreichen.
4. Auch in der – statistisch gesehen – wenig gefährdeten heterosexuellen Bevölkerung hat präventives Verhalten Raum gewonnen. Rund zwei Drittel der sexuell aktiven Bevölkerung geben an, wegen Aids im Sexualverhalten allgemein vorsichtiger geworden zu sein und/oder Kondome zu benutzen. Der Kondomabsatz steigt langsam, aber kontinuierlich. Ob sich aber wirklich die Gefährdeten schützen oder ob dies die eher ängstlichen und

deshalb meist auch weniger gefährdeten Menschen sind („the worried well“), ist kaum sicher zu ermitteln. Die Schweiz als das europäische Land mit der initial größten Betroffenheit und im Gefolge dessen auch mit der durchdachtesten und aufwendigsten (von der WHO 1992 positiv evaluierten) Präventionspolitik hat es erreicht, daß zum Beispiel die Hälfte aller 17- bis 30jährigen bei jedem Geschlechtsverkehr mit neuem oder flüchtigen PartnerInnen Kondome benutzt, ein weiteres Viertel tut dies zumindest gelegentlich. Angesichts des statistisch sehr geringen individuellen Risikos der einzelnen heterosexuellen Begegnung (mit freilich tödlichen Konsequenzen im Falle seines Eintritts) wird unter Fachleuten diese Quote unter Heterosexuellen für kaum noch steigerbar gehalten. Ob sie aber letztlich ausreichen wird, die heute noch extrem geringe Anzahl von heterosexuellen Infektionen auf Dauer zu stabilisieren oder gar zu senken, läßt sich derzeit nicht absehen.

5. Hinsichtlich der Kontagiosität lagen den Prognosen durchweg zwei Annahmen zugrunde, die im Lichte neuerer Erkenntnis fragwürdig geworden sind. Zum einen scheint die Ansteckungsgefahr in den ersten Monaten nach der Infektion und ab Beginn der Krankheitsentwicklung deutlich höher zu liegen als in der dazwischenliegenden – zum Teil mehr als zehn Jahre dauernden – Latenzperiode. Zum anderen wurde auch offenbar die Effektivität der Ansteckung über die Vagina in einer physisch, hygienisch und medizinisch gut versorgten Bevölkerung anfangs überschätzt. Während die Übertragungswege über Anus/Mastdarm sowie über kontaminierte Spritzen unter allen Umständen ziemlich effektiv zu sein scheinen, hängt die Größe der Wahrscheinlichkeit der Ansteckung über die Vagina nach heutigem Erkenntnisstand offenbar – grob gesprochen – von der physischen Unversehrtheit der Genitalien und vom generellen Gesundheitszustand ab. Der Befund des großen britischen Sozialmediziners Thomas McKeown, nach dem der Sieg über die großen Infektionskrankheiten im Europa des 19. und frühen 20. Jahrhunderts in erster Linie auf bessere Ernährung und – öffentliche wie private – Hygiene zurückzuführen

ist, scheint sich an Aids zu bestätigen. Zugleich verweist dies auf den durchgängigen Befund von Sozialepidemiologie und Sozialmedizin, daß in den unteren Etagen der sozialen Hierarchie physische Vulnerabilität, materielle, kognitive und emotionale Hindernisse beziehungsweise Sperrn gegen die Aufnahme und Umsetzung der Präventionsbotschaft sowie schlechtere Bedingungen der Krankheitsbewältigung zu einem schichtenspezifisch deutlich erhöhten Risiko kumulieren.

Die Bedeutung der Ärzte für die Prävention

Zusammengefaßt ergibt sich nach zehn Jahren Aids das komplexe Bild einer durch einen zukunftsweisenden Präventionsansatz zur Zeit kontrollierbar erscheinenden Gesundheitsgefährdung – also kein Grund zur Entwarnung, sondern eher ein Ansporn, das Erreichte zu sichern und präventionspolitisch auszubauen. Allerdings zeigt sich auch am Beispiel Aids wieder einmal, daß Gesundheitspolitik anderen Logiken folgt als der Beantwortung gesundheitlicher Herausforderungen nach ihrer Größe und ihrem Gewicht: Das gegenwärtige Absinken der HIV-Infektion in der politischen – und zum Teil auch individuellen – Risikowahrnehmung, die Kürzung von Mitteln auch für die Prävention, die mangelhafte Umsetzung vieler sozialwissenschaftlich vorgeklärter Präventionsansätze vor allem in Gruppen mit erhöhtem Risiko, die nur zögerliche Umsetzung der Vorschläge der ansonsten hoch gelobten Aids-Enquête, die geplante Beendigung staatlicher Förderung sozialwissenschaftlicher Aids-Forschung – all dies läßt befürchten, daß es die Gesundheitspolitik versäumen könnte, ihre eigene Ernte auch wirklich einzufahren und

dann die gewonnenen Ergebnisse systematisch auf ihre Verallgemeinerbarkeit im Hinblick auf andere Gesundheitsrisiken zu überprüfen.

Vieles deutet dagegen darauf hin, daß zu Zeiten angeblich leerer Kassen statt dessen wieder einmal ohne genauere oder gar strategische Überlegung auf „Bewährtes“ zurückgegriffen werden soll. So heißt es in der im Frühjahr 1993 vom Deutschen Bundestag verabschiedeten Entschließung zum Endbericht der Enquête-Kommission Aids zur Prävention bei Heterosexuellen, daß „die Bundesärztekammer aufgefordert werden soll, in verstärktem Maße Konzepte anzubieten, um die Voraussetzungen der Primärprävention, die sinnvollerweise auch durch niedergelassene Ärzte geleistet werden kann, zu verbessern. Die Ärzte haben unter dem Gesichtspunkt einer zeitstabilen Präventionspolitik in diesem Bereich eine wichtige Aufgabe zu erfüllen. Dies liegt darin begründet, daß gerade der Hausarzt für viele Menschen der Partner des Vertrauens und somit die nächstliegende Informations- und Beratungsstelle ist.“

Im Verbund mit Untersuchungsergebnissen zu Arzt-Patienten-Beziehungen in der Bundesrepublik, zu Barrieren der Kommunikation und zum Inanspruchnahmeverhalten lassen sich einige Bedingungen formulieren, die für eine erfolgreiche Umsetzung des Konzepts erfüllt sein müßten:

1. Die in der Aids-Prävention gesammelten Erfahrungen deuten bemerkenswerterweise nicht darauf hin, daß die ärztliche Beratung anderen Konstellationen und Settings überlegen ist. Die Frage einer sinnvollen Arbeitsteilung zwischen den verschiedenen handelnden, beratenden und pflegenden Gesundheitsberufen in der Prävention kann nur in gleichberechtigter Kommunikation auf Basis fundierter Untersuchungen geklärt werden.

2. Der Ausbau von Aids-Beratung durch niedergelassene ÄrztInnen darf nicht mit dem Abbau anderer Beratungsinstitutionen und -wege (Gesundheitsämter, Aids-Hilfen, School-Worker, Massenmedien etc.) verbunden sein: Viele Ratsuchende suchen und brauchen Anonymität, viele Ratsuchende haben keinen Hausarzt im Sinne einer vertrauensvollen, lebensbegleitenden Kommunikation.

3. Der Weg der Aufklärung und Motivierung zu präventivem Verhalten führt nur dann über niedergelassene ÄrztInnen, wenn diese fachlich und kommunikativ kompetent sind. Untersuchungen verweisen allerdings auf eine hohe Persistenz von moralisierenden Vorurteilen gegenüber devianten Lebensweisen, auf eine weitgehende Sprechunfähigkeit von ÄrztInnen und PatientInnen zu Fragen der Sexualität sowie auf bedeutende Wissensdefizite bei ÄrztInnen im Hinblick auf Sexualität sowie Übertragungswege und andere Grundtatsachen von HIV und Aids.

4. Insbesondere bedürfte es zusätzlicher Anstrengungen, um niedergelassene ÄrztInnen in der Beratungssituation von dem abzuhalten, was für sie auf Basis ihrer Qualifikation nahe liegt, aber präventiv sehr oft falsch ist: die „präventive“ Vornahme des HIV-Antikörpertests ohne weitere Indikation. Die Frage der Anonymität bzw. Datensicherheit bei trotzdem erfolgreichem Test müßte vor Inangsetzung entsprechender Strategien geklärt werden.

Sind diese Bedingungen gegeben, können niedergelassene ÄrztInnen in der Tat über ihren bisherigen Beitrag hinaus eine wichtige Rolle in der Prävention spielen. Qualifikatorische Voraussetzung wäre, ÄrztInnen für Anhaltspunkte riskanten Sexualverhaltens bei ihren PatientInnen zu sensibilisieren, sie kommunikativ in den Stand zu versetzen, vorurteilsfrei und unverkrampft das ärztliche Gespräch auf die Risiken von HIV und Aids zu lenken, die Übertragungs-Risiken richtig und verständlich zu beschreiben und zu dimensionieren, auf eine sexualfreundliche Weise zu risikomeidendem Verhalten zu ermuntern und zum HIV-Test eine fundierte Abwägung von Pro und Contra ohne eigene Beratungstendenz bereitzuhalten.

Ärztliche Beratung in diesem Sinne wäre eine willkommene weil effizienzsteigernde Ergänzung der bislang bewährten, aber verbesserungsfähigen Aids-Prävention in Deutschland.

PD Dr. Rolf Rosenbrock
Leiter der Forschungsgruppe Gesundheitsrisiken und Präventionspolitik
Wissenschaftszentrum Berlin
Reichpietschufer 50
1000 Berlin 30