

Rosenbrock, Rolf

Article

Soziale, medizinische und sozialwissenschaftliche Voraussetzungen der Prävention und Bekämpfung von Aids: die notwendigen Verhaltensänderungen erfordern keine fundamentalen Eingriffe in die jeweilige Lebensweise

Infodienst der Gesundheitsläden / Bremer Gesundheitsladen

Provided in Cooperation with:

WZB Berlin Social Science Center

Suggested Citation: Rosenbrock, Rolf (1988) : Soziale, medizinische und sozialwissenschaftliche Voraussetzungen der Prävention und Bekämpfung von Aids: die notwendigen Verhaltensänderungen erfordern keine fundamentalen Eingriffe in die jeweilige Lebensweise, Infodienst der Gesundheitsläden / Bremer Gesundheitsladen, Bremer Gesundheitsladen, Bremen, Vol. 7, Iss. 28, pp. 40-50

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/123000>

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>.

Soziale, medizinische und sozialwissenschaftliche Voraussetzungen der Prävention und Bekämpfung von AIDS

Die notwendigen Verhaltensänderungen erfordern keine fundamentalen Eingriffe in die jeweilige Lebensweise

AIDS-Prävention ist heute in erster Linie eine nicht-medizinische Aufgabe. Wirksame Vorbeugung ist vielmehr durch Verhaltensänderungen zu erzielen. Diese müssen von breiten Bevölkerungsschichten gelernt werden. Und um diesen Lernprozess voranzutreiben, muss sozialwissenschaftliches Wissen genutzt werden. Erleichtert wird dieses Lernen dadurch, dass niemand sein Verhalten schwerwiegend ändern muss. Das führte Rolf Rosenbrock an der AIDS-Tagung der SGSG im März aus. Weiter wies er auf die Schädlichkeit einer undifferenzierten Anwendung des HIV-Antikörpertests an symptomlosen Personen hin.

1. Beim gegebenen Stand und der absehbaren Entwicklung des medizinischen Wissens ist die Primärprävention von AIDS das einzige Feld der Gesundheitspolitik, auf dem die Verbreitung und damit die Anzahl der Opfer der Krankheit wirksam gemindert werden kann. Wie schon bei den in Europa im wesentlichen vor einigen Jahrzehnten besiegten grossen alten übertragbaren Krankheiten scheint es auch bei AIDS notwendig und möglich, die Dynamik der Krankheitsausbreitung durch Prävention zu brechen, bevor die naturwissenschaftliche Medizin ihre wirksamen Waffen der Immunisierung und Therapie beisteuern kann (McKeown 1979/1982).

AIDS-Prävention ist damit jetzt und auf absehbare Zeit eine primär nicht-medizinische Aufgabe. Zum Entwurf und zur Organisation der Verhütung von AIDS sind

daher in erster Linie sozialwissenschaftliche Wissensbestände zu mobilisieren. Der Medizin kommen in diesem Rahmen vor allem zwei unverzichtbare Aufgaben zu: Zum einen beruht jedes Präventionskonzept auf den infektiologisch und epidemiologisch zu gewinnenden Erkenntnissen über Infektionswege, Infektionswahrscheinlichkeiten und Risikosituationen. Zum anderen ist die Kompetenz der behandelnden Ärzte in Praxis und Krankenhaus unverzichtbar für eine zielgerichtete Aufklärung. Der Einsatz weiterer, nicht-therapeutischer Instrumente der Medizin, vor allem des HIV-Antikörper-Tests, hat sich dagegen an der Logik der Prävention zu orientieren. Der HIV-Antikörper-Test selbst ist bei gegebenem Stand des Wissens **kein** Mittel der Prävention (vgl. unten, Ziffer 7).

Auf der anderen Seite müssen auch Sozialwissenschaften und Gesundheitspolitik

von der Medizin lernen. Aktuell bei AIDS geht es dabei vor allem um die sinngemässe Anwendung der Denk- und Entscheidungsregeln, wie sie z.B. für die Arzneimittel-Forschung und -Anwendung entwickelt worden sind. Danach darf ein Mittel oder eine Massnahme dann und nur dann angewendet werden, wenn unter vernünftiger Abwägung im Gesamtzusammenhang die erwünschten Wirkungen eindeutig überwiegen und die unerwünschten Wirkungen tolerabel sind. Diese Regel gilt nicht nur für jede diagnostische und therapeutische Massnahme der Individualmedizin, sondern auch für die zu ergreifenden bzw. zu unterlassenden Massnahmen der Gesundheitspolitik. Neben unmittelbar gesundheitlichen Kriterien sind dabei auch Gesichtspunkte der Bürgerrechte und Freiheitsräume einzubeziehen. Insofern bedarf auch die staatliche Gesundheitspolitik einer Art Sozialpharmakologie (vgl. unten Ziffer 10). Staat, Medizin und Sozialwissenschaft tun schliesslich gut daran, sich bei der Bekämpfung von AIDS der gesundheitswissenschaftlichen Grundtatsache zu erinnern: dass die Eindämmung von Gesundheitsrisiken sich in aller Regel realistisch nicht am Konzept eines Null-Risikos orientieren kann, sondern Strategien der schrittweisen Eliminierung zunächst der grössten Risiken folgen muss. Das gilt auch dann, wenn der Begriff des „Restrisikos“ heute politisch vielfältig missbraucht wird (vgl. unten, Ziffer 9).

2. Gesucht und optimiert werden müssen Methoden der Selbststeuerung

Mit AIDS sind für alle Menschen, die mit wechselnden Partnern penetrierenden Geschlechtsverkehr haben oder/und mit unsterilen Bestecken intravenös Drogen applizieren, Veränderungen ihres Verhaltens zu einer objektiven Notwendigkeit geworden. AIDS-Prävention ist deshalb bei gegebenem Stand des Wissens die zeitstabil wirksame Verhaltenssteuerung in potentiell riskanten Situationen. Die Natur dieser Situation (Intimbereich Sexualität und meist illegale Drogenbenutzung)

sowie ihre zum Teil ubiquitäre Verbreitung schliessen Formen der Fremdsteuerung (Zwang, Sanktionen, Drohung, Polizei etc.) faktisch aus. Gesucht und optimiert werden müssen deshalb Methoden der Verhaltensbeeinflussung, die zu einer möglichst flächendeckenden Selbststeuerung führen. Es geht also um die Organisation eines gesellschaftsweiten Lernprozesses. Erfolgreichere (z.B. persönliche Hygiene, Benutzung von Anti-Konzeptiva, Gurtpflicht im Auto) und erfolglosere (z.B. Rauchen, Alkohol, Stress etc.) Bemühungen der Gesundheitspolitik, durch Präventionskampagnen langfristig und zeitstabil Verhalten zu verändern, liefern wichtige Anhaltspunkte für dieses schwierige, aber machbare Unterfangen.

Ein tragfähiges Konzept der Verhaltensprävention für AIDS muss Antworten auf vier Fragen enthalten:

- Was soll/muss gelernt werden? (Ziffer 3)
- Wer soll/muss lernen (Ziffer 4)
- Welche objektiven und subjektiven Faktoren erleichtern bzw. behindern dieses Lernen? (Ziffer 5)
- Wie kann der Lernvorgang optimal organisiert werden? (Ziffer 6)

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

3. Was soll/muss gelernt werden?

Nach heutigem Stand des Wissens enthalten folgende Situationen ein epidemiologisch relevantes Risiko der HIV-Infektion, wenn mindestens einer der Beteiligten infektiös ist (in der Reihenfolge der Risikoladung):

- a) passiver und aktiver Analverkehr
- b) Benutzung eines Injektionsbestecks durch mehrere Personen
- c) passiver und aktiver vaginaler Verkehr
- d) Eindringung von infiziertem Blut oder Sperma in verletzte blutführende Gefässe an der Körperoberfläche (entsprechende Techniken des Sadomasochismus (S/M))

AIDS
U N D
T E S T



Ergebnisse der beschreibenden Epidemiologie deuten übereinstimmend darauf hin, dass oral-genitale sowie oral-anale Kontakte demgegenüber entweder kein oder ein verschwindend geringes Übertragungsrisiko enthalten. Alle anderen Formen und Techniken des auch körperlich intimen Umgangs enthalten offenbar kein relevantes Übertragungsrisiko. Die Risiken zu a) und c) sind durch Kondombenutzung relativ sehr verlässlich zu vermeiden: Einschliesslich aller Handhabungsfehler weist der Pearl-Index (Sicherheit von Verhütungsmitteln) für Kondome ein bis drei unerwünschte Schwangerschaften auf 100 Benützer-Jahre aus. Das Risiko zu b) ist durch Benutzung von sterilen Spritzbestecken (am besten: Einwegspritzen) zu eliminieren, das Risiko d) durch Unterlassung bzw. Härte-Reduktion entsprechender Sexualtechniken. Unter diesen Bedingungen ist auch der Verkehr mit Seropositiven (d.h. symptomlos bzw. stumm bzw. latent Infizierten) faktisch übertragungssicher. Besonders Schutzmassnahmen für bestimmte Berufsgruppen (Krankenbehandlung, Köche, Friseure, Tätowierer etc.) und in Institutionen (Familie, Krankenhaus, Gefängnis, Drogenentzugseinrichtungen etc.) sind bei Einhaltung der normalen Hygieneregeln und bei Anlegung auch strengerer Standards hinsichtlich üblicher Lebensrisiken nicht erforderlich.

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

Für die forschende Medizin bleibt allerdings auch auf diesem Gebiet noch einiges zu tun: Schritte, Wege und Pforten der physiologischen Übertragung und des (äusseren) Übertragungsmechanismus für

das HIV sind bei weitem noch nicht ausreichend geklärt. Offene Fragen ergeben sich hinsichtlich der Virusmenge und -konzentration sowie der Resorption durch unterschiedliche Schleimhäute bzw. durch Mikroläsionen. Ihre Beantwortung könnte z.B. ein eventuell bestehendes Restrisiko der Übertragung durch orale Techniken ausschliessen bzw. spezifizieren und auch hinsichtlich der Infektionswahrscheinlichkeit über die Vagina eventuell noch präventionsrelevante Spezifizierungen erbringen.

Unklar (und offenbar auch wenig erforscht) ist nach wie vor, ob physiologische oder psychosoziale Faktoren die Aufnahme des Virus erleichtern/erschweren. Zu den physiologisch zu definierenden potentiellen Ko-Faktoren gehören z.B. Vorschädigungen des Immunsystems, Benutzung immunsuppressiv wirksamer Drogen (als Arzneimittel oder wie z.B. Amylnitrit (Poppers) — assoziiert mit dem Geschlechtverkehr). Auch die Möglichkeit soziologischer und psychologisch zu beschreibender Ko-Faktoren ist offenbar kaum Gegenstand der AIDS-Forschung. Diese und weitere medizinische Forschungsfragen ergeben sich auch im Zusammenhang mit der Sekundärprävention, d.h. der Verhinderung oder Verlangsamung des Übergangs aus der symptomlosen Infektion zu ARC oder AIDS. Von der (rechtzeitigen) Beantwortung dieser Fragen können unter Umständen weltweit Millionen Menschenleben abhängen.

Was also soll/muss gelernt werden? Die Benutzung von Kondomen und Einwegspritzen. Das sind allerdings weit mehr als nur technische Probleme: Im Sexualbereich bedeutet dies unter anderem, dass die seit einigen Jahrzehnten einseitig auf die Frau abgewälzte Verantwortung für die Verhütung unerwünschter Folgen des Geschlechtsverkehrs (Empfängnis und Infektion sind auf dieser Ebene äquivalent) wieder auf den Mann übergehen muss. Der notwendige Beitrag der Frauen bei der Durchsetzung ist dabei sicherlich sehr erheblich. Es muss gelernt werden, dass die Kondombenutzung keine Misstrauenserklärung und kein „AIDS-Bekenntnis“,

sondern eine schlichte Selbstverständlichkeit ist. Es muss gelernt werden, in den zum Teil sehr kurzen Anbahnungsphasen der geschlechtlichen Begegnung die Frage der Kondombenutzung rechtzeitig zu klären. Und — last but not least — muss die Technik der Kondombenutzung gelernt werden.

4. Wer soll/muss lernen?

Risikobetroffen ist bei gegebenem Wissensstand die gesamte geschlechtsaktive Bevölkerung, soweit sie nicht streng monogam lebt, sowie die Gruppe der i.v. Drogenbenutzer. Nicht oder nicht nur monogam lebt die Mehrzahl der Bevölkerung, ca. 90% der Männer und Frauen haben im Alter von 20 Jahren bereits mehrere sexuelle Erfahrungen, über die Hälfte der in festen Partnerschaften lebenden Männer und Frauen verlassen zumindest gelegentlich die Monogamie, für wesentliche hetero- und homosexuelle Bevölkerungsgruppen ist Promiskuität ein identitätsbildendes Element ihrer Lebensweise geworden; ca. 50'000 Männer und Frauen benutzen i.v. Drogen. Die Gesamt-Zielpopulation der AIDS-Prävention ist daher im wesentlichen mit der sexuell aktiven Bevölkerung identisch. Hinsichtlich der sexuellen Transmission des HIV ist damit auch die Botschaft (Kondombenutzung bei penetrierendem Geschlechtsverkehr) zunächst einheitlich und eignet sich deshalb für bevölkerungswelt gestreute „Giesskannenbotschaften“. Für die Feinsteuerung der Prävention allerdings gliedert sich die Zielpopulation in eine endliche Menge von Untergruppen, die sich nach den Merkmalen ihrer geschlechtlichen Ausrichtung, ihrer Kontakt- und Sexualgewohnheiten („Szenen“) sowie nach sozialen Schichten unterscheiden. Im heterosexuellen Bereich sind hier grob zu nennen: Kinder, Jugendliche und Heranwachsende mit wechselnden Partnern auf der Suche nach ihrer sexuellen und Beziehungsidentität; promisk lebende Menschen in den Szenen der Diskotheken, Bars, Klubs, Kontaktanzeigen, Prostitution, Sex am Arbeitsplatz, Sex-Tourismus;

S/M; regelmässig monogam lebende Menschen mit gelegentlichen „Seitensprünge“; Bisexuelle. In der Schwulenpopulation (ca. 2—3% der männlichen und weiblichen Gesamtbevölkerung); die meist jungen Männer mit den spezifischen Problemen des „coming out“; Szenen; Bars, Klubs, Klappen, Saunen, Kontaktanzeigen, Prostitution, Sex-Tourismus, Leder, S/M. Im Bereich der i.v. Drogenbenutzer gibt es ebenfalls unterschiedliche Szenen nach der sozialen Herkunftsschicht, der Gruppenbildung und Kommunikationsformen, der Geldbeschaffung etc.

Diese Merkmale konstituieren teilweise überlappende Gruppen von Risikoträgern. Die Merkmale sind zugleich die geeigneten sachlichen und lokalen Anknüpfungspunkte für eine inhaltlich, formal und sozial möglichst kontextnahe Vermittlung der Präventionsbotschaft.

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

Es ist zunächst daran zu erinnern, dass das Ziel der Prävention nur über eine Verhaltensänderung in Intim- und zum Teil Tabu-Bereichen zu erreichen ist. Diese Bereiche sind üblicherweise nicht Gegenstand direkter öffentlicher oder gar staatlicher Einwirkung. AIDS-Prävention als öffentliche Gesundheitsaufgabe muss diese Schranken des „Üblichen“ durchbrechen. Solche Bemühungen haben sich auf ein durch die schrille und überwiegend risikovernebelnde Publizität in den Massenmedien bereits übermässig angstbesetztes (und damit verdrängungs- und verleugnungsanfälliges) Thema zu beziehen. Zudem haben besonders die zuerst sichtbar gewordenen Betroffenenengruppen (Schwule, Fixer, Prostituierte) aus historisch leicht nachvollziehbaren Gründen speziell in Deutschland kaum Gründe, von öffentlichen oder staatlichen „Massnahmen zum Schutze der Volksgesundheit“ etwas anderes zu erwarten als sachlich unbegründete Repression und Ausgrenzung. Dies erschwert die funktional erforderliche Kommunikation zwischen diesen Grup-

pen und den gesundheitspolitischen Akteuren — und zwar von beiden Seiten.

Eine fundamentale Voraussetzung für öffentlich organisiertes Lernen im Intimbereich ist ein gesellschaftliches Klima, das für alle Bevölkerungsgruppe — auch und gerade für die besonders gefährdeten, traditionell randständigen — Vertrauen ermöglicht. Vertrauensstabilisierende bzw. -bildende Massnahmen durch Herstellung von nicht-diskriminierender Öffentlichkeit über die zu bearbeitenden Probleme **und** die Gewährleistung von Anonymität in der Beratung und individuellen Problembewältigung sind daher **zwei unverzichtbare und objektive Bedingungen** des Erfolgs der AIDS-Prävention. Es geht um ein gesellschaftliches Klima, das öffentlich vermitteltes Lernen im Intimbereich ermöglicht. Jeder auch nur symbolische Schritt in Richtung auf Repression und Ausgrenzung gefährdet damit die Gesamtheit der auf Aufklärung zielenden Präventionsbemühungen. Keine der denkbaren und zum Beispiel von K.D. Bock et al. (1987), G.G. Frösner (1987) vorgeschlagenen repressiven Massnahmen kann eine Wirksamkeit hinsichtlich der Verminderung der Anzahl von HIV-Infektionen für sich in Anspruch nehmen, die den damit verbundenen Effektivitätsverlust der Prävention durch Aufklärung auch nur annähernd wettmachen könnte.

AIDS-Prävention ist auf die Verfügbarkeit von Hilfsmitteln (Kondome, Einwegspritzen) angewiesen. Der ungehinderte und ubiquitäre Zugang zu diesen Hilfsmitteln (auch in staatlich reglementierten Institutionen) ist damit eine **dritte objektive Bedingung** des Präventionserfolgs.

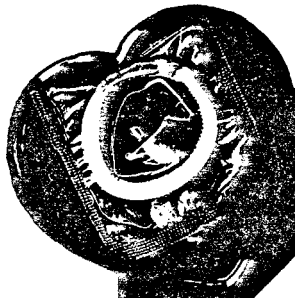
Auf der **subjektiven** Seite sind **drei erleichternde und drei erschwerende Faktoren** des Lernens der Präventionsbotschaft von besonderer Bedeutung.

a) Erleichternd ist die grosse Publizität des Themas. Es kann von einer nahezu flächendeckenden Sensibilisierung ausgegangen werden. Es besteht die **Chance**, hieran mit sachlicher, de-hysterisierender Aufklärung anzuknüpfen. Der Erfolg auf Dauer hängt wesentlich davon ab, ob die

mehr markt- als ethik-gesteuerten Massenmedien auf die verkaufsträchtige Nutzung der durch das Thema anzuheizenden atavistischen Ängste und Wünsche (Sex, 'Orgien', 'Perversion', Sucht, Tod, 'unerkannte Feinde' etc.) verzichten. Erleichtert wird die Prävention weiter dadurch, dass — aufgrund der physiologischen Natur der Krankheit (Übertragung faktisch nur in scharf definierten Situationen) — die Präventionsbotschaft sehr einfach sein kann (Safer Sex und sterile Spritzbestecke). Jede Komplizierung der Botschaft würde die Schwierigkeit ihrer Vermittlung in die gesamte Bevölkerung, in alle sozialen Schichten und in zum Teil abgelegene 'Szenen' ganz erheblich vergrössern. Erfolgreich sind Präventionsbotschaften vom Komplexitätsgrad 'erst gurten — dann starten', 'die Pille regelmässig nehmen' etc.

Erleichtert wird die Prävention durch Aufklärung drittens dadurch, dass die objektiv notwendige Verhaltensänderung keine fundamentalen Eingriffe in die jeweilige Lebensweise fordert: Abweichungen von der Monogamie, Promiskuität und i.v. Drogenbenutzung können auch unter der Drohung von AIDS ohne spezifisches AIDS-Risiko beibehalten werden. Die geforderten Verhaltensänderungen sind in die jeweilige Lebensweise 'einbaubar'. Eine Krankheit, zu deren individueller Verhütung tatsächlich sexuelle Abstinenz, Monogamie oder abrupter Ausstieg aus dem Drogengebrauch erforderlich wäre, könnte ohne einen sehr weitgehenden Umbau der Gesellschaft kaum besiegt werden. Umgekehrt folgt daraus: Wo AIDS zum Vorwand genommen wird, in Wahrheit Sitten-, Moral-, Sexual- oder Drogenpolitik zu betreiben, kann sich 'Gesundheitspolitik' in ihr glattes Gegenteil verkehren.

b) Erschwert wird die Prävention vor allem dadurch, dass mit dem Sexualleben und der Drogenbenutzung Lebensbereiche angesprochen sind, in denen das Verhalten nicht nur der rationalen Steuerung unterliegt (U. Clement 1986, St. Quensel 1982). Mit einer nur die Ratio ansprechenden Aufklärung sind hier keine



GARTEN DER LÜSTE 1988

durchschlagenden Erfolge zu erzielen. Vielmehr müssen die verschiedenen emotionalen und vor- bzw. unbewussten Bedeutungsebenen des Sexual- und Drogenverhaltens mindestens gleichgewichtig angesprochen werden. Die Bedeutungen sexuellen und Drogenverhaltens differieren aber von Szene zu Szene, nach sexueller Ausrichtung sowie nach Altersstufen, sozialer Schicht, Regionen und Lebenslage sehr erheblich. Die je zielgruppenspezifische Formulierung und Vermittlung der Präventionsbotschaft muss deshalb die zum Teil nur rudimentären Wissensbestände der Sexualwissenschaft, der Lebenslagenforschung, der Sozialpsychologie, der Sozialpädagogik und der Kommunikationswissenschaften sowie der Problem- und Kontextkompetenz aus den betroffenen Gruppen aufnehmen und diese Bestände im Prozess der (absehbar auf lange Frist notwendigen) Präventionskampagne weiter auffüllen und zugleich umsetzen. Mehr oder weniger elaborierte und mehr oder weniger explizite Ansätze finden sich dazu in sämtlichen nationalen Präventionskampagnen (besonders fortgeschrittenen AHS 1986).

Erschwerend für die Prävention sind die Langfristigkeit und die Ungewissheit des Risikos: Durch heutiges Verhalten muss ein Risiko (der Ausbruch von AIDS) verhütet werden, das vielleicht in drei bis fünf, vielleicht auch erst in zehn Jahren eintritt. Präventives Verhalten ist deshalb auch davon abhängig, ob eine ähnlich langfristige Lebensperspektive zumindest in Ansätzen kognitiv und emotional präsent ist. Diese Schwierigkeit der Prävention kann zumindest zum Teil durch das persönliche und vermittelte Erleben des Schicksal der heute bereits erkrankten und sterbenden Opfer kompensiert werden.

Erschwerend wird die wirksame Prävention auch dadurch, dass eine langfristig stabile Verhaltensänderung erforderlich ist. Kurzfristig wirksame, aber leichter handhabbare Impulse der Verhaltensbeeinflussung wie Schock, Angst, Drohung etc. können deshalb nicht erfolversprechend eingesetzt werden. Ihre Wirkung auf das langfristige Verhalten ist nach allen Erfahrungen sogar kontraproduktiv,

da sie stets in Verleugnung, Verdrängung und Ausbrechen 'umkippen' können.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass vor allem im Handlungsfeld zentraler und dezentraler staatlicher Akteure die Möglichkeiten liegen, die objektiven Bedingungen der Prävention durch Aufklärung zu schaffen (oder zu beschädigen). Die subjektiv erleichternden und erschwerehenden Faktoren der Prävention müssen dagegen in Inhalt, Form und Wege der Präventionsbotschaft berücksichtigt werden, wer immer diese konzipiert.

6. Wie kann der Lernvorgang optimal organisiert werden?

Es wurde oben bereits angedeutet,

- dass zur AIDS-Prävention sowohl flächendeckende Streubotschaften (zentraler Absender) als auch die spezifischer Anspracher zahlreicher Zielgruppen (dezentrale Absender) erforderlich sind,
- dass diese Botschaften zeitlich und inhaltlich aufeinander abgestimmt sein sollten,
- dass die Gestaltung der Botschaften professionellen Kriterien der Kommunikationswissenschaften einschliesslich der Werbepsychologie zu genügen haben,
- dass die wenigen Risikosituationen der HIV-Übertragung und die Mittel der Verhütung klar und ungetarnt bezeichnet werden müssen,
- dass die Botschaften sowohl die kognitiven wie die emotionalen Faktoren zu berücksichtigen haben,
- dass die Botschaft die jeweiligen Lebenslagen und Eigenarten der gemeinsamen Zielgruppen positiv aufnehmen, zumindest aber als gegeben hinnehmen müssen,
- dass die zielgruppenspezifischen Botschaften sich der Kommunikationsformen, Medien und der Sprache der jeweiligen Zielgruppe bedienen müssen,
- dass die Botschaften nicht mit Angst oder Schock arbeiten dürfen, wohl aber rational begründete Furcht wecken sollen.

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

Es sind viele Modelle denkbar, die diesen Anforderungen mehr oder weniger genügen können. Gegenwärtig experimentieren diesbezüglich nahezu alle betroffenen Länder mit verschiedenen inhaltlichen Akzentuierungen und organisatorischen Modellen.

Die international zu beobachtende Varianz liegt vor allem

- im Mischungsverhältnis zwischen staatlichen und nicht-staatlichen Aktivitäten,
- im extrem prekären Mischungsverhältnis zwischen Aufklärung und Repression,
- in der Rolle des HIV-Antikörper-Tests, zwischen möglichst breiter Anwendung (z.B. BRD) und „Test-Entmutigungspolitik“ (z.B. Niederlande, J.V. Wijngaarden 1986),
- in der positiven Akzeptierung von nicht-monogamer und von Homosexualität,
- in der Akzentuierung der Präventions-Kampagne speziell auf AIDS (als qualitativ neue Bedrohung) oder genereller: auf Geschlechtskrankheiten (erste Eingrenzung der Zielpopulation, Anknüpfung an vorhandene Wissensbestände),
- in der Gewichtung von Streubotschaften und zielgruppenspezifischer Aufklärung,
- in den Wegen der Kommunikation,
- in der Drastik der Botschaften und — last but not least —
- in der Bereitschaft, angesichts der Bedrohung durch AIDS ein lebenspraktisches Opportunitätsprinzip z.B. in Gefängnissen oder beim Umgang mit i.v. Drogenabhängigen und Prostituierten anzuwenden.

Diese grosse Varianz und ihr Abhängigkeit von national unterschiedlich gewachsenen Gegebenheiten (unterschiedlich

staatliche Druchdringung gesellschaftlicher Bereich; Organisation des Medizinsystems; Umgang mit Sexualität und mit Minderheiten etc.) verbieten es, ein quasi ideales Modell zu konstruieren

Bezüglich aller Bemühungen zur Prävention durch Aufklärung ist zu berücksichtigen, dass es nicht genügt, die konkrete AIDS-Gefahr und die Präventionsnotwendigkeiten kognitiv zu verstehen. Die Botschaft muss sich auch an emotionale und unbewusste Persönlichkeitsebenen richten. Es steht zu vermuten, dass die Kombination von Streubotschaften, zielgruppenspezifischer Propaganda, telefonische Beratung und persönlicher Ansprache die besten Wirkungen erzielt.

7. Ein ungezieltes Massenscreening auf AIDS widerspricht den Regeln ärztlicher Kunst.

Für den HIV-Antikörper-Test gibt es eine Reihe zwingender Indikationen (Sicherung von Blutprodukten und Transplantaten, Differential- und Ausschlussdiagnose, Beratung von Schwangeren aus risikotragenden Gruppen, seriöse epidemiologische Forschung auf der Basis von „informed consent“). Eine medizinische Indikation für eine Früherkennungsuntersuchung auf nicht behandelbare Krankheiten existiert nach den Regeln der ärztlichen Kunst nicht. Schon gar nicht, wenn die Wahrscheinlichkeit und der Zeitpunkt des Ausbruchs der Krankheit derart ungewiss sind wie bei AIDS. Ein ungezieltes Massenscreening auf nicht behandelbare und in ihren Ausbruch derart ungewisser Krankheiten wie AIDS widerspricht ebenfalls den Regeln der ärztlichen Kunst und epidemiologischen Grundregeln (vgl. M.I. Burr, P.C. Elwood 1985). Auf der anderen Seite werden durch die Mitteilung eines positiven Testergebnisses bei bis 50% der betroffenen schwere psychische Störungen bis hin zur Psychose und zum Suizid ausgelöst. Diese „unerwünschten Wirkungen“ schliessen den breiten und undifferenzierten Test-Einsatz angesichts

des Fehlens einer medizinischen Indikation ebenfalls aus (vgl. z.B. J.M.G. Wilson, G. Jungner 1968).

Die undifferenzierte Testvornahme an symptomlosen Probanden und erst recht der Testeinsatz im ungezielten Massenscreening verstößt demnach gegen weltweit anerkannte Regeln der ärztlichen Kunst, wie sie u.a. von der WHO oder im Oxford Textbook of Public Health niedergelegt sind. Auch nach der geltenden Reichsversicherungsordnung kann der undifferenzierte Test-Einsatz keine Leistung des Kassenarztes sein (§ 181 a 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 ab kann kaum die Rede sein. Im Gegenteil. In bezug auf Prävention ist der Test durchwegs 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 Aufklärung über die Risiken. Schock- und Todesangst sind durchweg kein besonders geeignetes Mittel zur Inangsetzung rationaler Verhaltenssteuerung.
- b) Ein positives Testergebnis kann Kurzschlussreaktionen („Desperado-Effekt“) mit anti-präventiven Konsequenzen auslösen.
- c) Ein negatives Test-Ergebnis kann Leichtsin um Umgang mit Risikosituationen befördern.
- d) Die öffentliche Aufforderung zur 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 medizinpolitische Botschaft der Bundesregierung „Wer sollte sich te-

sten lassen? Jeder, der glaubt, sich angesteckt zu haben“ muss unter Präventions Gesichtspunkten lauten: „Wer sollte eine Beratungsstelle aufsuchen? Jeder, der glaubt, sich angesteckt zu haben.“

- c) Mit dem HIV-Antikörper-Test ist die Diskussion über Meldepflicht, Zwangstestungen, Berufsverbote, über arbeits-, sozial-, miet- etc. rechtliche 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.

8. AIDS-Prävention ist Verhaltensprävention

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

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

Entnommen aus:
"Soziale Medizin", Nr. 9/87;
Magazin der SGSG
(Schweizerische Gesellschaft für ein soziales
Gesundheitswesen) Postfach 474, CH-8026 Zürich

Das vorliegende Papier enthält wesentliche Ergebnisse aus dem Buch: Rolf Rosenbrock, AIDS kann schneller besiegt werden — Gesundheitspolitik am Beispiel einer Infektionskrankheit, VSA-Verlag, Hamburg 1986. Dort ist auch die zugrundeliegende Literatur verzeichnet. Eine weitere Zusammenfassung von Ergebnissen dieser Untersuchung ist als WZB-Discussion Paper (Rolf Rosenbrock: AIDS und präventive Gesundheitspolitik, IIVG/pre86-210) erschienen und kann beim WZB, Griegstrasse 5-7, D-1000 Berlin 33 Kostenlos angefordert werden.

LITERATUR

In diesem Beitrag ausserdem zitierte Literatur:

AHS 1986: AIDS-Hilfe Schweiz, Präventionskonzept, mimeo, Zürich.

Bock, K.D. et al. 1987: AIDS — Zusehen oder handeln? in: FAZ vom 10.03.1987.

Burr, M.L.; Elwood, P.C. 1985: Research and Development of Health Services — Screening, in: Holland, W.W.; Detels, R.; Knox, G. (ed.): Oxford Textbook of Public Health, Oxford.

Clement, U. 1986: Sexualepidemiologie, Expertise im Auftrag des BMJFFG, mimeo, Heidelberg.

Congress-Report 1977: A Report to the Congress by Comptroller General of the United States. Finding out how Programs are Working: Suggestions for Congressional Overview, Washington D.C.

DAH 1987: Deutsche AIDS-Hilfe, Jahresbericht 1986/87, Berlin.

Frösner, G.G. 1987: Wie kann die weitere Ausbreitung von AIDS verlangsamt werden? in AIFO, 2. Jg., Heft 2.

Hauss, F.; Naschold, F.; Rosenbrock, R. 1981: Schichtenspezifische Versorgungsprobleme und leistungssteuernde Strukturpolitik im Gesundheitswesen, in: dies. (Hg.): Schichtenspezifische Versorgungsprobleme im Gesundheitswesen, Forschungsbericht Nr. 55 des BMAuS, Bonn.

McKeown, Th. 1979/1982: The Role of Medicine. Dream, Mirage or Nemesis? Oxford, deutsch: Frankfurt 1982.

Quensel, St. 1982: Drogenelend, Frankfurt/New York 1982.

Rosenbrock, R. 1985: Primärprävention durch GKV, in: ders./Hauss, F. (Hg.): Krankenkassen und Prävention, Berlin.

Wijngaarden, J. v. 1986: AIDS in den Niederlanden, in: Dunde, S.R. (Hg.): AIDS — was eine Krankheit verändert, Frankfurt.

Wilson, J.M.G.; Jungner, G. 1968: Principles and Practice of Screening of Disease, Genf (WHO).