

## Gesundheitspolitische Strategien zur Prävention und Bekämpfung von AIDS

Rosenbrock, Rolf

Veröffentlichungsversion / Published Version

Sammelwerksbeitrag / collection article

### Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Rosenbrock, R. (1989). Gesundheitspolitische Strategien zur Prävention und Bekämpfung von AIDS. In H.-J. Hoffmann-Nowotny (Hrsg.), *Kultur und Gesellschaft: gemeinsamer Kongreß der Deutschen, der Österreichischen und der Schweizerischen Gesellschaft für Soziologie, Zürich 1988 ; Beiträge der Forschungskomitees, Sektionen und Ad-hoc-Gruppen* (S. 341-344). Zürich: Seismo Verl. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-147293>

### Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer Deposit-Lizenz (Keine Weiterverbreitung - keine Bearbeitung) zur Verfügung gestellt. Gewährt wird ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

### Terms of use:

This document is made available under Deposit Licence (No Redistribution - no modifications). We grant a non-exclusive, non-transferable, individual and limited right to using this document. This document is solely intended for your personal, non-commercial use. All of the copies of this documents must retain all copyright information and other information regarding legal protection. You are not allowed to alter this document in any way, to copy it for public or commercial purposes, to exhibit the document in public, to perform, distribute or otherwise use the document in public.

By using this particular document, you accept the above-stated conditions of use.

lassen bzw. tolerieren, dass sich Organisationen bilden, in denen Betroffene oder potentiell Betroffene (Risikogruppen) die strategisch wichtigen Stellen einnehmen.

Hier wäre genauer herauszuarbeiten, welche Vor- und Nachteile eine solche Vorgehensweise aufweist. Wird grössere Erreichbarkeit der Risikogruppen durch eine geringere Professionalität der Hilfe erkauft? Lässt sich Professionalität dennoch realisieren? Wird so eine reine Medizinisierung des Problems vermieden? Erschwert dies die Erreichbarkeit von Beratung, Betreuung etc. für Personen aus den "Nicht-Risikogruppen", die ja in Wirklichkeit doch Risikogruppen darstellen und deren Verhalten für den Verlauf der AIDS-Problematik von ganz besonderer Bedeutung ist?

Soweit dieser Katalog von Fragestellungen, von denen vielleicht einige durch die nachfolgenden Beiträge einer Beantwortung etwas näher gebracht werden.

## **Gesundheitspolitische Strategien zur Prävention und Bekämpfung von AIDS**

Rolf Rosenbrock (Berlin)

Vergleicht man die Gefahren und Risiken der Krankheit der erworbenen Immunschwäche (AIDS) mit anderen Gesundheitsgefahren und ihren medizinischen Bewältigungsmöglichkeiten, mit anderen 'schleichenden Katastrophen' oder gesellschaftspolitischen Sprengsätzen, so zeigt sich AIDS als eine zwar durchaus ernsthafte Gefahr, jedoch entspricht das Ausmass der individuellen und gesellschaftlichen Aufregung weder der Grösse dieser Gefahr noch ist sie zur Gefahrenminimierung besonders zweckmässig.

Die - gegenüber der gleichfalls festzustellenden Untertreibung dominanten - Über- bzw. Fehlreaktionen gegenüber AIDS lassen sich plausibel auf die 'soziale Gestalt' der Krankheit, auf das Zusammenwirken ihrer psychologischen, epidemiologischen und gesellschaftlichen Charakteristika zurückführen: AIDS ist eine qualitativ neuartige Gesundheits- und Lebensbedrohung unbekannter Herkunft im Spannungsfeld zwischen Sexualität, Sucht und Tod. AIDS wird auf eine virologisch besonders 'tückische' Weise von Mensch zu Mensch übertragen, AIDS ist eine Krankheit mit unbekannter, z.T. sehr langer Latenzzeit und hoher Ungewissheit des Ausbruchs nach der Infektion und mit regelmässig tödlichem Ausgang. Sämtliche epidemiologisch relevanten Übertragungswege liegen im Tabu- und Schambereich nicht-monogamer, bislang überwiegend gleichgeschlechtlicher Sexualität bzw. im Illegalitätsbereich der intra-venösen Drogenbenutzung. Die zuerst sichtbar gewordenen Betroffenenengruppen (Schwule, Fixer, Huren, Stricher) leben traditionell am Rande der Gesellschaft und haben schon öfter die Rolle von Sündenböcken gespielt.

Vor diesem Hintergrund ist es schwierig, mit der gebotenen Gelassenheit adäquate Strategien der Prävention und Bekämpfung zu formulieren und umzusetzen. 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. AIDS-Prävention als zeitstabile Verhaltenssteuerung in potentiell riskanten Situationen ist deshalb eine primär sozialwissenschaftliche Aufgabe, die auf Basis des von der Medizin zur Verfügung gestellten Wissens über die Infektionssituation und -wahrscheinlichkeit zu lösen ist. Die Perspektive ist realistischerweise nicht die Ausschaltung, sondern die individuell und epidemiologisch möglichst starke Risikoverminderung. Erinnerungswürdig ist die Erfahrung, dass zumindest in Europa sämtliche grossen Infektionskrankheiten zeitlich zuerst und auch in der Effektivität immer überlegen zunächst durch nicht-medizinische Prävention besiegt worden sind. In der Regel handelt es sich dabei um gesellschaftlich ermöglichte bzw. angestossene Veränderungen in den Lebensverhältnissen bzw. im Verhalten. Verhaltensänderungen sind desto wahrscheinlicher, je leichter sie in die jeweilige Lebensweise einpassbar sind. Wenn die Seuchenbekämpfung bei der AIDS-Politik im Vordergrund steht, haben andere Politikziele (Sexualpolitik, Moralpolitik, Minderheitenpolitik, Suchtpolitik) im Hintergrund zu stehen.

Zur Bekämpfung und Prävention von übertragbaren Krankheiten stehen sich zwei Strategien gegenüber, die je unterschiedlichen Leitfragen folgen. Die gesellschaftliche Lernstrategie steht unter der Leitfrage: Wie organisieren wir möglichst schnell, möglichst flächendeckend und möglichst zeitstabil den vielfältigen gesellschaftlichen Lernprozess, mit dem sich die Individuen, ihre Institutionen und die gesamte Gesellschaft auf das Leben mit dem Virus einstellen können? Die individuelle Suchstrategie steht unter der Leitfrage: Wie ermitteln wird möglichst viele individuelle potentielle Infektionsquellen, und wie legen wir diese Infektionsquellen still?

Eine Evaluation dieser beiden Strategien unter den Kriterien der Effektivität in bezug auf die Krankheitsbekämpfung sowie in Hinblick auf die durch sie ausgelösten gesellschaftlichen, erwünschten und unerwünschten Wirkungen führt zu einer klaren Überlegenheit der gesellschaftlichen Lernstrategie. Durch öffentlich bewirkte Verhaltensbeeinflussung soll es zur zeitstabilen Selbststeuerung in potentiell riskanten Situationen kommen: Kondomverwendung bei penetrierendem Geschlechtsverkehr ausserhalb der Monogamie und Benutzung steriler Spritzenbestecke bei intra-venöser Drogenbenutzung. Elemente dieser Präventionsstrategie ergeben sich aus der Beantwortung vier weiterer Fragen:

- 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 werden?

International bildet sich ein dreistufiges Modell für AIDS-Präventionskampagnen heraus:

- Zentralstaatlich zu organisieren und zu verantworten ist die allgemeine Prävention in Form bevölkerungswelt gestreuter Botschaften. Sie dient

sowohl der Dehysterisierung (wo droht AIDS nicht?) als auch der klaren Benennung der Risikosituationen sowie der individuellen Schutzmöglichkeiten mit vergleichsweise hoher Sicherheit.

- Auf der zweiten Ebene geht es um eine phantasievolle Fülle von zielgruppen-, szenen- und regionalspezifischen Kampagnen mit Initial- und Erinnerungsimpulsen. Sie wenden sich an die eher promisk lebenden Szenen der Heterosexualität (Bars, Discos, Prostitution, Sex-Tourismus, Kontaktanzeigen, 'swinger' etc.) und der Homosexualität (Bars, Discos, Saunen, Klappen, Parks, Kontaktanzeigen, Prostitution, Sex-Tourismus etc.) sowie der intra-venösen Drogenbenutzung (differenziert nach Treffpunkten, Gruppenbildung, Gelderwerb, Kontakt zu Drogenhilfen etc.).
- Die dritte Ebene bildet die - auf Wunsch anonyme - persönliche Beratung von Menschen, die 'at risk' leben oder glauben, ein Risiko (gehabt) zu haben.

Unter Aufnahme lebensweisebezogener Konzepte zur Aktivierung der Selbststeuerung, der strukturgestützten Verhaltensbeeinflussung und der Verankerung der Präventionsbemühungen in den jeweiligen 'communities' bzw. 'peer groups' geht es um die Organisation des präventiven Dreischritts (Informationsaufnahme, Einstellungsveränderung, Verhaltensanpassung). Es geht um die Anwendung der Regel, dass Menschen ihr Verhalten dann am ehesten ändern, wenn sie erstens sich von der Gefahr (AIDS) persönlich betroffen fühlen, zweitens davon überzeugt sind, sich durch eigenes Verhalten vor der Gefahr schützen zu können, wenn drittens die als notwendig angesehene Verhaltensänderung in die bestehende Lebensweise 'einpassbar' ist und wenn viertens von der eigenen sozialen Umgebung (Szenen, Gruppen, Community etc.) Anstöße zu Verhaltensänderungen kommen. Ein Überblick über die international zu beobachtenden Varianzen der Präventionsbemühungen ergibt wichtige Unterschiede in bezug auf:

- das Mischungsverhältnis zwischen Aktivitäten des Staates, des Medizinsystems und der organisierten Betroffenenkompetenz (AIDS-Hilfe etc.),
- den mehr oder weniger verantwortungsvollen Umgang der privaten und öffentlichen Medien mit dem Thema,
- das extrem prekäre Mischungsverhältnis zwischen Aufklärung und Repression,
- die Rolle des HIV-Antikörpertests zwischen möglichst breiter Anwendung (z.B. BRD, Schweden) und 'Testentmutigungspolitik' (z.B. in den Niederlanden),
- die öffentliche Akzeptanz von nicht-monogamer und gleichgeschlechtlicher Sexualität,
- die Gewichtung der drei Ebenen (Streubotschaften, zielgruppenspezifische Aufklärung, persönliche Beratung),
- die Drastik der Botschaften und

- die Bereitschaft, angesichts der Bedrohung durch AIDS ein lebenspraktisches Opportunitätsprinzip, z.B. in Gefängnissen oder beim Umgang mit Intra-venös-Drogenabhängigen und Prostituierten, gelten zu lassen.

## Die gesellschaftlichen Auswirkungen von AIDS

Xenia Scheil-Adlung (Bonn)

AIDS wirft Fragen auf, die allein durch medizinische Antworten nicht befriedigend beantwortet werden können - Fragen, die den gesellschaftlichen Umgang mit der Krankheit und mit den Kranken betreffen.

Entstanden ist dieses Problem durch die *Besonderheiten der Krankheit AIDS*, die in einer Kombination verschiedener Merkmale liegen: die lange Latenzphase (bis zu 15 Jahren), der Status des lebenslangen Infiziertseins, die Übertragungswege durch Blutkontakte bzw. Geschlechtsverkehr, das vorherrschende Betroffensein von Homosexuellen, Bisexuellen und Drogenabhängigen, der tödliche Verlauf und das Fehlen von Impfstoff und Kausaltherapie.

Die Verknüpfung dieser Merkmale hat nicht nur eine *interessierte Öffentlichkeit* hervorgerufen, sondern auch eine zum Teil reisserische und voyeuristische *Presseberichterstattung* nach sich gezogen, die den rationalen - gesellschaftlichen - Umgang mit der Krankheit erschwerte.

Eine weitere Schlussfolgerung aus den Besonderheiten der Krankheit AIDS ist, dass die *Krankheit Gegenstand der Politik*, ja sogar politischer Auseinandersetzungen war und ist.

Dies rief weitere *gesellschaftliche Kräfte* auf, sich zu äussern. So liegen inzwischen Stellungnahmen, Kommentare, Leitfäden und dgl. von *Kirchen, Arbeitgebern, Gewerkschaften* und vielen anderen vor.

Der Themenkreis, der im Zusammenhang mit AIDS diskutiert wurde und auch werden musste, weitete sich dementsprechend aus: *Strafrecht, Datenschutz, Grundrechte, Einreisebestimmungen* etc. werden ebenso diskutiert wie u.a. die *Sicherheit von Kondomen, homosexuellen Sexualpraktiken, Opfer- und Schuldfragen im Hinblick auf Betroffene* usw. Diese Diskussionen verliefen quer durch die Bevölkerung und riefen dort Reaktionen wie *Solidarisierung* (z.B. Gründung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen) ebenso wie *Diskriminierung, Ängste und Furcht* hervor.

*Betroffen* von diesen Entwicklungen sind nun nicht nur die *Kranken und Infizierten*, betroffen sind auch *Angehörige, Ärzte, Krankenpflegepersonal, die Gruppe der Bluter, der Homosexuellen, der Prostituierten und der Drogenabhängigen*, betroffen sind darüber hinaus die *AIDS-Phobiker, die Verunsicherten*, u.v.a.

Die *Lage der Hauptbetroffenen* (d.h. der Kranken und Infizierten) war und ist allerdings von den *grössten sozialen Problemen* geprägt. Diese Probleme liegen heute zweifellos *nicht* mehr nur bei den *Homosexuellen*, sondern auch u.a. bei den betroffenen *Frauen*. Während die Homosexuellen schon von jeher Formen der