

Primäre Prävention von HIV-Infektionen:

Agieren zwischen Baum und Borke

Warum ist „vernünftiges“ Handeln in Sachen AIDS so schwierig? Warum reicht der Appell „Safer Sex“ nicht aus? Norbert Schmacke und Hubertus von Schwarzkopf – beide als Ärzte in der AIDS-Beratungsstelle des Hauptgesundheitsamtes Bremen tätig – stellen hier Überlegungen zu wichtigen Rahmenbedingungen der AIDS-Beratung vor.

Norbert Schmacke
Hubertus von Schwarzkopf

Strategien einer primären Prävention von AIDS zu entwerfen bedeutet, die Hauptübertragungswege zu kennen, bekannt zu machen und Möglichkeiten risikoärmerer Lebensweisen zu eröffnen. Dies klingt banal, ist aber bislang noch keineswegs allgemein akzeptiert. AIDS ist heute im wesentlichen als sexuell übertragbare Erkrankung zu begreifen, bedeutsam ist darüber hinaus der Infektionsweg über unsterile Nadeln für Süchtige. Die Transfusion von Blut und die Gabe von Gerinnungsfaktorkonzentraten spielen etwa seit 1986 keine nennenswerte Rolle mehr. Andere Körperflüssigkeiten als Blut, Vaginalsekret und Sperma scheiden als Infektionsvermittler aus, obwohl sich – wie bei vielen Viruserkrankungen sonst auch – das HIV-Virus in geringerer Konzentration auch in Speichel und Tränenflüssigkeit nachweisen läßt. AIDS ist keine über Tröpfcheninfektion zu erwerbende Krankheit. Läßt man die Problematik des Fixens beiseite (denkbare Präventionsmaßnahmen sind hier am meisten umstritten), so bleibt zunächst die simple Erkenntnis, daß in der Beeinflussung des Sexualverhaltens der Schlüssel für eine primäre Prävention zu sehen ist.

Es ist zunächst einmal schon beachtlich, daß in der BRD eine derart breite Front von „Experten“ und Politikern sich zusammengefunden hat unter der Parole „Für Aufklärung – gegen Hysterie und Zwangsmaßnahmen“. Unglaubliches haben die bestehenden AIDS-Beratungsstellen in vielen Städten geleistet, der Beitrag der Selbsthilfebewegung ist vorbildlich und trägt trotz mittlerweile nennenswerter staatlicher Unterstützung Züge von Selbstausbeutung. Und dann rollt vom Süden her die Truppe des Seuchen-Gauweilers die Republik auf, entgegen dem Rat aller Sachkundiger und Vernünftigen, und präsentiert die bekannte Palette von Meldepflicht bis Berufsverbot und Haft. Seither

debattieren im Lande zwei AIDS-Fraktionen unversöhnlich gegeneinander. Wann konnte der Fernsehzuschauer bisher jemals derartige Kostproben an politischer Härte in Gesundheitsfragen genießen: CDU-Fink und CSU-Gauweiler werfen sich gegenseitig vor, mit ihrer jeweiligen Strategie für eine „unnötig“ rasche Ausbreitung von AIDS-Erkrankungen verantwortlich zu sein.

Wie aber sieht es im „aufgeklärten“ Teil der Nation aus und welche Zwangsmaßnahmen waren lange vor Verkünden des Bayrischen Gesundheits-Überwachungsstaats in der gesamten BRD Praxis? Wer redet von den kaschierten wie den offenen Kündigungen wegen fehlender „Zumutbarkeit“ für den Arbeitgeber und den Wohnungsbesitzer? Wer hat die offene und unausgesprochene Ablehnung „Positiver“ beim Arztbesuch, im Krankenhaus, im Bekanntenkreis ernsthaft thematisiert? Wo kann man denn von einer Normalität im Umgang mit Positiven und Erkrankten sprechen?

Fakten und „gesundes Volksempfinden“

Natürlich sind die Gauweilers und ihre Hilfstruppen für die AIDS-Prävention kontraproduktiv, aber warum können sie dennoch so relativ erfolgreich operieren? Das hat ohne Frage etwas mit dem „gesunden Volksempfinden“ zu tun, welches Ausgrenzen und Einsperren für die probateste Lösung sozialer Fragen hält. Es bleibt aber darüber hinaus zu klären, wie entschlossen und eindeutig die AIDS-Aufklärer in ihrer Abwehr von unsinnigen bis gefährlichen Aktionen (gewesen) sind.

Kommen wir aber zunächst auf die Erwartungen an primäre Prävention zu sprechen. Im Gesundheitswesen und in der Gesellschaft der BRD ist primäre Prävention, das heißt die ursächliche Verhütung von Krankheiten, ein vielbeklagtes Stiefkind. Die auch auf Veränderung von Le-

bensweisen abzielende Präventionsstudie, welche erhebliche staatliche Unterstützung erfährt, ist die sog. Deutsche Herz-Kreislauf-Studie. Man muß sehen, daß die Entwicklung dieser Interventionsstudie etwa einen Zeitraum von zwanzig Jahren als Vorlauf benötigte, bis das Herausfinden von „Risikofaktoren“ wie Rauchen und Übergewicht in ein Handlungskonzept breit angelegter Kampagnen umgesetzt werden konnte. Und man muß wissen, daß das Ziel dieses Präventionsansatzes die Senkung der Häufigkeit des Herzinfarktes um zehn Prozent ist. Ohne auf die Problematik der Prävention von Herz-Kreislauf-Erkrankungen näher eingehen zu wollen, bleibt festzuhalten, daß ähnlich lange Vorlaufzeiten für die Entwicklung von Interventionskonzepten im Bereich sexuell übertragbarer Erkrankungen nirgendwo existieren und übergroße Erwartungen mit Sicherheit enttäuscht werden müssen. Wir stehen immer noch ganz am Anfang gesicherten Handelns, werden aber täglich mit dem Anspruch konfrontiert, AIDS durch vielleicht noch etwas intensivere und geschicktere PR-Arbeit aus der Welt schaffen zu sollen. Die positiven wie negativen Erfahrungen bestehender AIDS-Beratungsstellen zeigen, wie mühsam sich Aufklärung in der Alltagsarbeit darstellt und wie weit die Kampagnen aus dem Bonner Ministerium und der Kölner Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung noch davon entfernt sind, die AIDS- und die Sexualitätsdebatte in einen sinnvollen Zusammenhang zu stellen.

Aspekte verantwortlicher AIDS-Beratung und -Aufklärung

Aus der Erfahrung unserer bislang dreijährigen Arbeit in der AIDS-Beratung scheinen uns aktuell folgende Punkte besonders wichtig zu sein:

1. Präventionsansätze lassen sich nur umsetzen, wenn ein integriertes Angebot von Aufklärung, Beratung und Versorgung besteht, wobei für alle drei Teilbereiche die Anonymität und absolute Vertraulichkeit in der Kommunikation unabdingbare Voraussetzung erfolgreichen Handelns sind. Schon jetzt läßt sich nachweisen, daß die Verfolgung in-

fizierter oder „Ansteckungsverdächtiger“ in Bayern dazu geführt hat, daß dort die Chancen sowohl für individuelle Beratung als auch kollektive Kampagnen weitgehend verspielt sind. Gerade die Kooperation mit der Selbsthilfebewegung lebt vom Klima des Vertrauens und wird durch die sinnlose Anwendung der Seuchengesetze zerstört.

2. Aufklärung über HIV und AIDS ist jenseits der Individualberatung nur in Kleingruppenarbeit realisierbar. Die Schulung von Multiplikatoren in Schulen, in Einrichtungen der Drogentherapie, in Gefängnissen und wo sonst immer ist eine zeitaufwendige Arbeit, die zudem als kontinuierlicher Prozeß und nicht als einmaliges Bildungsangebot gesehen werden muß. Gerade diejenigen, die als Multiplikatoren der Verantwortung nicht ausweichen, sich den bohrenden bis verzweifelten Fragen zu stellen, die beim Thema AIDS auftauchen, bedürfen der Stützung während ihrer Arbeit. Angefangen von der Möglichkeit jederzeitiger Rückversicherung bei „Experten“ bis hin zur fachlich kompetenten Supervision sind derartige Unterstützungsangebote zu entwickeln und auszubauen, will man nicht Mißerfolge und Resignation fatalistisch hinnehmen.
3. Die Propagierung der Kondom-Benutzung kann nur *ein* Baustein von AIDS-Aufklärung sein, da Sexualität und sexuell übertragbare Erkrankungen nicht auf der Ebene technischer Ratschläge „abgehandelt“ werden können. Das im wahrsten Sinne des Wortes überziehen des Landes mit einer Kondomisierungsphilosophie birgt die Gefahr der Abschottung und Abwehr mit sich. So erstaunlich und lobenswert die Absicht staatlicher Gesundheitsaufklärung auch sein mag, angesichts der Bedrohung durch AIDS Tabus zu brechen, so sehr bliebe eine Kampagne, die im Kondom die Zauberpotion sieht, zum Scheitern verurteilt, da sie die Menschen nicht in ihren konkreten Lebensweisen ernst nimmt.
4. Verhaltensänderung bei denjenigen zu erwarten, die von HIV-Infektionen in besonderem Maße bedroht oder bereits infiziert sind, wird entscheidend davon abhängen, welche Hilfs- und Unterstützungsangebote bestehen. Jede Beratungsstelle möge sich fragen, ob sie die fachliche Kompetenz und personelle wie materielle Ausstattung besitzt, entsprechende Angebote auch durchzuführen. Wie für den Kreis infizierter Drogenabhängiger sinnvolle, von den Betroffenen auch annehmbare Angebote aussehen müßten, ist immer noch nicht

Gegenstand unvoreingenommener Diskussionen. Das Zur-Verfügung-Stellen sauberer Nadeln beginnt sich langsam und regional unterschiedlich durchzusetzen. Praktikable Modelle des Ausstiegs aus der Beschaffungsprostitution existieren demgegenüber noch nirgendwo. Wie lange werden Politiker wie „Experten“ um diesen heißen Brei herumtanzen? Natürlich wird niemand heute angesichts der eben auch „nur“ bescheidenen Erfolge der Drogentherapien Patentrezepte entwickeln können; das „Aussetzen“ des Problems AIDS-Risiko für Fixer aber wird zwangsläufig die Isolierungsphantasien eskalieren lassen.

5. Es ist immer noch nicht allgemeine Überzeugung, daß der HIV-Test kein geeignetes Mittel der AIDS-Prävention darstellen kann, soweit er als Massen-Screening eingesetzt werden soll. Daß der HIV-Test nur kombiniert mit einer kompetenten, ausführlichen Beratung angeboten werden sollte, wird immer wieder gefordert; die Praxis aber sieht gänzlich anders aus. So unstrittig auch sein mag, daß der Test in Einzelfällen und bestimmten Lebenssituationen sinnvoll eingesetzt werden kann, so wenig taugt er als Druckmittel zur Verhaltensänderung und als Schutzmittel vor einer Infektion. Daß der Test als soziales Ausgrenzungs- und Regulierungsinstrument benutzt wird oder werden soll (z. B. zur Kostenumwälzung von staatlichen Pensionskassen oder Versicherungen auf die nächst zuständigen Kostenträger, im Endeffekt die Träger der Sozialhilfe), kann nur als erbärmliches Resultat des „gegliederten“ und „pluralistischen“ Systems der sozialen Sicherung bezeichnet werden. Der HIV-Test stellt nicht zuletzt natürlich ein lukratives Feld im Gesundheitsmarkt dar. Während bestimmte Massenmedien in Schlagzeilen dazu auffordern, sich testen zu lassen, ist die nächste Test-Generation (es werden nicht mehr Antikörper, sondern Antigen-Teile des Virus selbst nachgewiesen) bereits in Vorbereitung. Selbstverständlich wird dann jeder, der sich mittels Antikörper-Test hat untersuchen lassen, auch noch den „sichereren“ Antigen-Test für sich verlangen, ohne daß sich daraus irgendwelche neuen Gesichtspunkte für das eigene Verhalten ableiten ließen.
6. AIDS-Prävention wird nur dann realisierbar werden, wenn Aufklärung und Beratung nicht Sache der selbsternannten oder geschaffenen „AIDS-Experten“ bleibt. AIDS-Prävention ist keine primär medizinische Aufgaben, so

wichtig auch die Mitarbeit informierter Mediziner sein mag. Soweit AIDS als sexuell übertragbare Erkrankung zu verstehen ist, bleibt vor allem die massive Ausweitung sexualwissenschaftlicher Forschung und die Einbindung sexualpädagogischer Erfahrungen zu fordern. Noch aber dominieren – zumindest außerhalb der Selbsthilfebewegung – die Virologen auf der einen und die auf „Faktenaufklärung“ bedachten Gesundheitsexperten auf der anderen Seite das Feld. Antworten auf die Frage, wie wirksame AIDS-Aufklärung auszu-sehen hätte, die Sexualität nicht erneut in die dunklen Gefilde zweifelhafter Lust verbannt und AIDS implizit als Strafe für ein ungehemmtes Triebleben darstellt, sind von der Medizin und Virologie wahrlich nicht zu erwarten. Wie schlecht es um die Chancen der Stärkung ernsthafter sexualpädagogischer Arbeitsansätze bestellt ist, wird auch durch das vorgesehene Beratungsgesetz zum § 218 StGB deutlich, welches nicht zuletzt gegen die Selbstbestimmung respektierende und fordernde Arbeit der *Pro Familia* gerichtet ist.

Angst haben wir alle

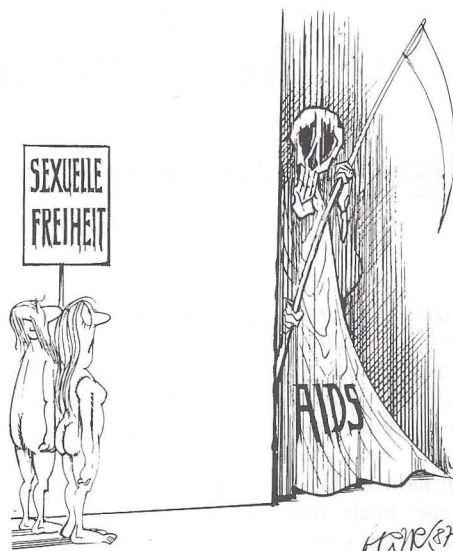
Versuchen wir aber auch, uns von einer anderen Seite den Grenzen von Aufklärung über AIDS zu nähern. Angst haben alle, die über AIDS nachdenken, von AIDS hören, mit Betroffenen zu tun haben, über die eigene wie die gesellschaftliche Perspektive angesichts der Bedrohung durch AIDS reflektieren. AIDS ist eine in vielerlei Hinsicht bedrohlich wirkende Krankheit, die scheinbar rätselhaft aus dem Nichts heraus entstand, die den Mythos der Beherrschbarkeit aller Krankheiten wieder einmal entlarvte und gegen die auf absehbare Zeit kein Kraut aus dem Arsenal der Pharmakonzerne wachsen wird. Angst angesichts einer Krankheit, die mit einer hohen Sterblichkeit verbunden ist, wenn sie einmal voll ausgebildet ist, und die im Gefolge einer sexuell übertragenen Infektion auftritt. Niemand kann heute zuverlässig sagen, wieviele der Infizierten erkranken werden und wer von ihnen früher oder später das Vollbild von AIDS entwickeln wird. Das Zusammentreffen dieser Unberechenbarkeit mit Todesängsten und einer vitalen Infragestellung des Umgangs mit der eigenen Sexualität macht die Sprengkraft aus, welche einer „vernünftigen“ Auseinandersetzung immer wieder im Wege steht. Nur so ist verständlich, warum „aufgeklärtes“ Bewußtsein eben nicht immer und durchgängig mit rationalem Handeln verknüpft ist. Das unvermeidliche Restrisiko weckt auch bei Be-

sonnenen archaische Ängste: ich weiß zwar, daß der HIV-positive Bäcker oder Arzt für mich „ungefährlich“ ist, aber ich kaufe mein Brot demnächst doch lieber woanders und wechsle den Arzt. Natürlich kann das infizierte Kind des Nachbarn weiter mit meinen Kindern zur Schule gehen, aber es ist doch besser, wenn es Einzelunterricht erhält. Natürlich sind Reihenuntersuchungen kein taugliches Mittel zur Prävention, aber als Chefarzt muß ich doch darauf bestehen, daß am besten alle Patienten durchuntersucht werden, allein meine Fürsorgepflicht verlangt dies schon. Hunderte solcher Denk- und Handlungsmuster bestimmen gegenwärtig die Szene vom Süden bis zum Norden der Republik. Im günstigsten Falle sind Reihentestungen oder diskriminierende Verhaltensweisen sogar administrativ untersagt: die Ängste bahnen sich aber immer wieder Wege und Umwege, um zum gewünschten Ziel zu kommen, das hier und jetzt hundertprozentige Sicherheit für jeden verspricht.

Vor derartiger innerer Verunsicherung sind auch die „Experten“ nicht gefeit. So erfreulich es ist, daß viele renommierte Mediziner und Gesundheitspolitiker gegen Meldepflicht, Zwangsmaßnahmen nach dem Bundesseuchengesetz und gegen Testorgien auftreten, es wird der Zeitpunkt kommen, wo auch die Gauweilers ihre profilierten Experten eingesammelt haben, die dann in der Bevölkerung auf gute Resonanz stoßen. Was für den einen schlichte, unverhüllte Angst vor einer neuen Lustseuche oder Pest ist, präsentiert der intellektuelle Zweifler der Aufklärungs-Strategien als hypothetisches Restrisiko durch eine ja vielleicht doch mögliche atypische Infektion unter vorstellbaren ungünstigen Bedingungen. Stundenlange Diskussionen über den Virusgehalt im Speichel belegen diese Behauptung.

Safer Sex, Sicherheit für alle, Patentrezepte?

Angeichts von AIDS gibt es nur eine verlässliche Methode, dem Infektionsrisiko durch Sexualekontakte zu entgehen: die völlige sexuelle Enthaltsamkeit oder die absolut zuverlässige monogame Beziehung aus der „Vor-AIDS-Ära“. Soweit hat die katholische Kirche eindeutig recht, sie beschränkt sich allerdings damit auf die Rettung der Gerechten. Sicherheit verspricht auch die safe-sex-Kampagne: Befriedigung über Fernseh- und Telefonanimation oder gegenseitige Masturbation – ganz ohne Frage ohne jedes Infektionsrisiko. Nun ist vielen Menschen klar, daß es im Sinne wirksamer Prävention nicht um das Ausschließen jeden denkbaren Risikos gehen kann, sondern um eine Beeinflus-



Frankfurter Allgemeine 21. 2. 87

sung der Hauptübertragungswege beim homo- wie heterosexuellen Intimkontakt. Sinnvollerweise wird das Kondom als einziges gegenwärtig zur Verfügung stehendes Infektions-Minimierungsmittel wiederentdeckt. Noch aber vermitteln die Kondomisierungs-Strategen den Eindruck, als sei das Zaubermittel gefunden und als gäbe es nicht ungelöste psychosoziale Probleme im Umgang mit einer oftmals zutiefst verunsicherten Sexualität. Es ist schon aufregend zu beobachten, wer von gestern auf heute zum safer-sex-Experten wurde und wer auf einmal Risikolisten publizierte, in denen fist-fucking und aktiver wie passiver Analverkehr quasi mit Punktwerten einer Todesskala belegt wurden, die auch das heftige Küssen nicht auslassen konnte.

Nichts gegen konkretes Benennen von Problemen und handfeste Beratung: aber wie weit reicht der Atem derartiger Konzepte, wenn erreicht ist, daß Kondome vor der Tagesschau in appetitlichen Spots propagiert werden und in jeden Zigaretten-Automaten versenkt sind? Es scheint nicht zu interessieren, wie aufgeklärt diese Gesellschaft dem Thema Sexualität gegenübersteht und wie es um die Sexuaufklärung im Elternhaus und in der Schule bestellt ist. Während in allen gesellschaftlichen Bereichen die Wende-Ideologen an Boden gewinnen, wird durch viele AIDS-Kampagnen der irrtümliche Eindruck erweckt, hier ginge es um unstrittige, aus medizinischen Gründen erforderliche Verhaltens-Tips, die nur noch besser verkauft zu werden brauche. Wen erreichen diese Botschaften überhaupt und was geschieht in den Köpfen der Adressaten mit derartiger „sachlicher“ Information? Möge es doch wenigstens als Problem gesehen werden, die nach wie vor bestehende Tabuisierung

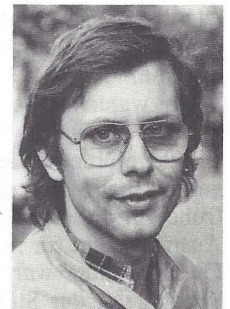
der Sexualität im Sozialisationsprozeß ausgerechnet unter der Gleichsetzung von Intimkontakten mit chronischer, wenn nicht gar tödlicher Geschlechtskrankheit aufbrechen zu wollen. Daß dafür ungleich mehr erforderlich ist als medizinisch orientierte Aufklärungsschriften und gut gemachte Kondomwerbung: wer würde nicht zustimmen? Der Aufklärungspflicht nachzukommen, ohne sich an Tabus vorbeizudrücken und ohne gleichermaßen gelebte Sexualität als lebensgefährlich hinzustellen: es kommt fast der Quadratur des Kreises gleich. Und doch wird jeder, der den Gauweiler-Staat nicht will, sich an dieser Debatte beteiligen müssen, als Elternteil, Partner, Erzieher, Arzt, Wissenschaftler und Politiker. Und eine weitere Erkenntnis erschwert unser Denken und Handeln: so phantasievoll und klug auch alle Aufklärungs- und Beratungsangebote sein oder werden mögen, das Ziel kann niemals sein, die Ausbreitung von AIDS völlig unterbinden zu können. Ja, die Erfolge derartiger Arbeit sind prinzipiell nur schwer meßbar. Wir werden uns, weit stärker als heute, auf das Zusammenleben mit den HIV-Infizierten und AIDS-Kranken einrichten müssen. Wir werden auch darum kämpfen müssen, daß sie würdig leben und sterben können. Wieviel werden „wir“ und „die anderen“ aushalten?

Literatur

Wir beschränken uns angesichts der Literatur-Flut bewußt auf wenige Hinweise: Psychosoziale Betreuung von AIDS- und AIDS-Vorfeldpatienten. Hrsg. H. Jäger, Stuttgart 1987 (im Druck)
Rosenbrock, R.: AIDS kann schneller besiegt werden, Hamburg 1986
Rühmann, F.: AIDS – Eine Krankheit und ihre Folgen, Frankfurt/New York, 2. Aufl. 1985
Sigusch, V. u. H. L. Gremliza: Operation AIDS, konkret sexualität 7, Hamburg 1986



Dr. med. Norbert Schmacke, 39 Jahre, Leiter der amtsärztlichen Abteilung des Hauptgesundheitsamtes Bremen.



Dr. med. Hubertus von Schwarzkopf, Arzt der AIDS-Beratungsstelle des Hauptgesundheitsamtes Bremen.