

Aids und Seuchengesetze:

Anmerkungen zu historischen Erfahrungen bei der "Bekämpfung" von Infektionskrankheiten

Wo heute in der breiten Öffentlichkeit und in Fachkreisen darüber geredet und gestritten wird, welchen Stellenwert seuchenrechtliche und seuchenhygienische Maßnahmen zur Eindämmung der HIV-Epidemie haben könnten, da geht es nicht um spezielle Bereiche gesellschaftlichen und gesundheitlichen Handelns, die natürlich einer (seuchen-)rechtlichen Legitimation bedürfen, wie um die Testung von Blutspende(r)n oder um die Bemühungen, epidemiologische Erkenntnisse über die anonymisierte, auf das Bundesseuchengesetz gestützte Meldepflicht von Laboratorien zu gewinnen, die den HIV-Bestätigungstest durchführen. Es geht vielmehr im Kern um die Frage, ob der Staat legitimiert ist, in vitale Lebensbereiche des Einzelnen durch Überwachungs- und Kontrollmaßnahmen einzugreifen unter der Vorgabe, hiermit "Infektionsketten" unterbrechen zu wollen. Zu den engagiertesten Befürwortern einer Renaissance der Seuchenhygiene gehört die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin, welche eine namentliche Meldepflicht für HIV-Infizierte, Massenscreenings ohne Testberatung und ein eigenständiges Aids-Gesetz bei gleichzeitiger Aufnahme der HIV-Infektion in das Bundesseuchengesetz fordert. Hierbei beruft die Fachgesellschaft sich ausdrücklich auf positive geschichtliche Erfahrungen bei der Bekämpfung von Infektionskrankheiten durch die Seuchenhygiene.

In der offiziellen Gesundheitspolitik des Bundes und der Länder dominiert (mit Ausnahme des Freistaats Bayern) das Aufklärungs- und Beratungskonzept, seuchenrechtliche Maßnahmen werden von der Bundesregierung und den für das Gesundheitswesen zuständigen Ministern und Senatoren der Länder dann für notwendig gehalten, "wenn sich Einzelne unbelehrbar und rücksichtslos über die Gesundheitsinteressen der anderen hinwegsetzen".

Diese sich gemäßigt gebende Konzeption läßt sich aus rechtssystematischer Sicht bei *Eberbach*, einem Vertreter des Bundesministeriums für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit im einzelnen nachlesen. Dort wird unter anderem ausgeführt, daß es sich bei dem Bundesseuchengesetz um ein

typisches Vorratsgesetz handle, mit welchem der Gesetzgeber auf neu auftauchende Ansteckungskrankheiten reagieren könne - dies freilich ausschließlich durch die Anwendung der Generalklauseln des Gesetzes (Eberbach 1988, 461). Mit den folgenden Ausführungen kann und soll dies nicht rechtsimmanent kommentiert werden, es soll vielmehr deutlich werden, daß rechtliche Maßnahmen natürlich auf die Art einer Infektion Rücksicht zu nehmen und das Prinzip der Verhältnismäßigkeit der Mittel zu wahren haben und daß historische Erfahrungen im Umgang mit verschiedenen Infektionskrankheiten nicht außer acht gelassen werden dürfen.

Insofern ist natürlich doch von Bedeutung, daß der Gesetzgeber bei der Konzeption des Bundesseuchengesetzes die Besonderheiten der HIV-Infektion nicht kennen konnte und daß der Infektionsweg über sexuelle Intimkontakte kein Erörterungsthema war, da hierfür ein eigenständiges Gesetz reserviert war, das Gesetz zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten.

Insgesamt ist es bemerkenswert, welche Aufmerksamkeit Seuchengesetze in der Bundesrepublik erst nach dem Aufkommen der HIV-Infektionen in breiten Kreisen der Bevölkerung gefunden haben. Verwunderlich wirkt die Tatsache, daß die Befürworter der scharfen Anwendung von Seuchengesetzen in aller Regel nicht auf unterschiedliche Infektionswege Bezug nehmen und undifferenziert "bewährte" Wege der Seuchenbekämpfung beschwören. Dies gibt Veranlassung dazu, historische Erfahrungen im Umgang mit Seuchengesetzen zu skizzieren und dabei auch auf Infektionskrankheiten einzugehen, die über verseuchtes Trinkwasser, Ungeziefer oder Einatmen von Krankheitserregern übertragen werden können. Derartige Infektionen werden neben sexuell übertragbaren Erkrankungen erwähnt, nicht weil dies erhellende Informationen für den Umgang mit dem HIV-Problem erhoffen läßt, sondern um zu zeigen, daß der härtere Einsatz seuchenrechtlicher Maßnahmen oft einem doppelten Irrtum unterliegt, nämlich Seuchengesetzen den entscheidenden Erfolg bei der Bekämpfung klassischer Massenepidemien wie der Cholera und dem Typhus zuzuschreiben und zugleich diese vermeintlichen Erfolge beim Ringen um die Akzeptanz gesetzlicher Maßnahmen unverdientermaßen in die Waagschale zu werfen. So formuliert die Gesellschaft für Innere Medizin in der genannten Stellungnahme: "Offensichtlich ist unbekannt, daß wirksame Seuchenbekämpfung seit jeher in humaner, die Menschenwürde nicht verletzender Form und unter Abwägung der verfassungsmäßigen Grundrechte von Gesunden und Kranken erfolgen kann... Es gibt keinen vernünftigen Grund für die Annahme, daß die Erfahrungen der Seuchenlehre für die HIV-Infektion nicht gelten" (Stellungnahme... 1988, 68).

Die systematische Unschärfe bei der Betrachtung der Einflußmöglichkeiten seuchenhygienischer Maßnahmen bei verschiedenen Infektionswegen spiegelt sich auch in der Auffassung des Amtsarztes Meyer wider, der in einer pole-

mischen Auseinandersetzung mit der Selbsthilfebewegung die Forderung vertritt, HIV-Infizierte seien nicht anders zu behandeln als Dauerausscheider von Salmonellen (Meyer 1988, 137).

Bezogen auf wichtige Infektionskrankheiten wie Tuberkulose, Scharlach und Cholera hat McKeown durch eine empirische Analyse der Mortalitätsdaten aus England zwischen 1850 und 1971 bewiesen, daß es vor allem die Verbesserung der hygienischen und sozialen Lebensbedingungen und des Ernährungszustandes gewesen sind, die für den drastischen Rückgang der wichtigsten Infektionskrankheiten seit Mitte des 19. Jahrhunderts bereits vor der Ära der modernen Medizin verantwortlich waren. Das Wissen um diese Zusammenhänge findet sich weder in der Rezeption der kurativ orientierten Schulmedizin wieder noch im Selbstverständnis der Promotoren traditioneller Seuchengesetze. Der durchaus naturwissenschaftlich-medizinisch orientierte Virchow war in seiner Darstellung über die in Oberschlesien herrschende Typhusepidemie in der Lage gewesen, Armut und soziale Verelendung als entscheidende Ursachen der Typhusepidemie zu verstehen - auch wenn er in seiner "Politisierung" dieser Epidemie (Labisch/Tennstedt 1985, 24 ff.) wichtige bakteriologische Erkenntnisse noch nicht haben konnte und so vermutlich zum Beispiel auch Typhus und Fleckfieber als gemeinsame Erkrankung verstanden hat (hierzu auch Zenker 1988).

In einer umfangreichen sozialhistorischen und empirisch-epidemiologischen Studie hat der englische Historiker Evans anhand der Geschichte der Choleraepidemien in Hamburg im 19. Jahrhundert erneut belegt, welches die entscheidenden Schritte bei der Zurückdrängung wichtiger Massenepidemien gewesen sind. Hierbei war ein entscheidender qualitativer Schritt der Einbau einer Filtrierstufe für das Trinkwasser der Großstadt Hamburg im Frühjahr 1893: "Danach gab es keine weiteren Heimsuchungen durch Cholera in Hamburg, aber auch die Häufigkeit von Typhus, zuvor die höchste in Deutschland, fiel sofort in vernachlässigbare Dimensionen.... Die Kindersterblichkeit, die seit dem Beginn des Jahrhunderts bis zu den 80er und 90er Jahren in einem Ausmaß anstieg, daß beinahe eines von drei Kindern vor dem Erreichen des 1. Lebensjahres starb, fiel jetzt auf eine geringere Rate als je zuvor seit den 20er Jahren des Jahrhunderts, und von der Jahrhundertwende ab sank sie kontinuierlich weiter bis heute, unterbrochen nur von den Jahren unmittelbar nach dem zweiten Weltkrieg. Die Todesfälle durch Erbrechen und Durchfall, die seit den späten 50er Jahren zugenommen hatten, fielen nach der Einführung der Filtration des Trinkwassers auf ein niedrigeres Niveau als in den 60er Jahren" (Evans 1987, 533). Evans zeigt weiter, daß dieser entscheidende technisch-induzierte Fortschritt eingebettet war in die Verbesserung der Ernährungsbedingungen und die Hebung des Lebensstandards insgesamt bei Fortbestehen gravierender sozialer Unterschiede.

Die Cholera wurde, wie es *Goudsblom* formuliert hat, somit maßgeblich durch "engineering" besiegt, während frühere Massenerkrankungen, worauf er zugleich hinweist, wie die Lepra, die Pest und die Syphilis bereits vor der Ära der Bakteriologie erheblich an Bedeutung verloren" ... aus Gründen, die im Kern unbekannt geblieben sind" (*Goudsblom* 1986, 180). Die medizinhistorische Forschung läßt bis heute wichtige Fragen unbeantwortet, so insbesondere zur Problematik der Wirksamkeit der Quarantäne-Maßnahmen. Hier auf hat *Winau* neulich wiederum hingewiesen: Niemand weiß letztlich, woher menschheitsgeschichtlich bedeutsame Seuchen wie Lepra und Pest kamen und warum sie in ihrer vernichtenden Dimension gewichen sind. Die Bedeutung von Quarantäne-Maßnahmen für den Gesamtverlauf der bedeutsamen Massenerkrankungen muß wohl grundsätzlich infrage gestellt werden, wobei die Quarantäne im allgemeinen Bewußtsein ohne Frage die eindrucksvollste seuchenhygienische Maßnahme darstellt. Die Medizingeschichte beschreibt in der Regel erzwungene Quarantäne-Maßnahmen, die oftmals nur durch massiven Militäreinsatz begrenzt aufrecht erhalten werden konnten. *Coleman* hat demgegenüber aus dem 17. Jahrhundert das Schicksal eines englischen Dorfs beschrieben, in dem nach Auftreten der Lungenpest die Bevölkerung sich in eine freiwillige, strenge Quarantäne begab - mit dem katastrophalen Ergebnis, daß die Sterblichkeit mit 80% weit über der sonst üblichen Quote lag, da der "natürliche" Antrieb, vor der Seuche wegzulaufen, durch eine altruistische Motivation unterdrückt wurde.

Wenig bekannt dürfte sein, daß in den USA in den 20er Jahren dieses Jahrhunderts im Gefolge von Quarantänenvorstellungen eine zentrale Lepra-Station eingerichtet wurde, wobei es 1901 ganze 278 nachgewiesene Erkrankungsfälle gab. Erst 1950 strich der öffentliche Gesundheitsdienst der USA Lepra aus der Liste der quarantänepflichtigen Erkrankungen (*Soviero* 1986). Diese gesellschaftliche und medizinisch gestützte Reaktion auf die "Aussätzigkeit" kann sicherlich nur so interpretiert werden, daß diese ausgrenzende seuchenhygienische Maßnahme Ausdruck von tiefsitzender Angst gewesen ist, die auch dann nur mühsam überwunden werden konnte, als die Überschätzung der Infektiosität der Lepra offenkundig wurde.

Das bisher Gesagte hat mit dem Problem der Verhütung sexuell übertragbarer Erkrankungen aus medizinischer Sicht nichts zu tun. Und doch führte die Angst vor der HIV-Infektion immer wieder zum Rückgriff auf seuchenhygienische Denkmuster, die zur "Bekämpfung" von sexuell übertragbaren Erkrankungen grundsätzlich ungeeignet sind. So ausgeprägt das Mißtrauen der Kritiker von primär sozialwissenschaftlich orientierten Präventionstrategien zur Eindämmung der HIV-Epidemie ist, so wenig vermögen dieselben Kritiker überzeugende Belege vorweisen, daß gesetzliche Maßnahmen zur "Bekämpfung" der Geschlechtskrankheiten in der Geschichte erfolgreich gewesen sind.

Die wenigen bisher vorliegenden fundierten Untersuchungen zur Rolle staatlich-dirigistischer Interventionsversuche im Feld der Geschlechtskrankheiten zeigen demgegenüber, daß der Weg der Registrierung, der aggressiven "Infektionsquellen-Ermittlung" und der Isolation von Erkrankten kein geeignetes Mittel wirksamer Prävention darstellt. Richtungsweisende wissenschaftliche Arbeiten in diesem Sinne hat der Medizinhistoriker *Brandt* anhand der Geschichte der Geschlechtskrankheiten in den USA seit 1880 vorgelegt. Dabei thematisiert *Brandt* insbesondere das Verhältnis von Moral, Medizin und Prävention. Er belegt den unseligen Effekt viktorianischer Moralvorstellungen auf Präventionsbemühungen. *Brandt* ruft in Erinnerung, daß der US-Kongreß im ersten Weltkrieg mit dem Chamberlain-Khan-Act in einer nur panisch zu nennenden Reaktion auf den festgestellten relativ hohen "Durchseuchungsgrad" der gezogenen Soldaten der Prostitution den Krieg ansagte: Bordellbezirke in den Großstädten wurden geschlossen, etwa 20 000 Prostituierte wurden zwangsinterniert. Parallel einsetzende vorsichtige, nicht von Moralvorstellungen behinderte Aufklärungskampagnen in der Armee wurden sofort nach Beendigung des Krieges wieder eingestellt. Während die rigiden Zwangsmaßnahmen keinerlei positiven Effekt hatten, wurden dann vor allem im zweiten Weltkrieg, wie *Brandt* weiter belegt, Aufklärungs- und Kondomkampagnen in der US-Armee bei weitgehendem Verzicht auf Zwangsmaßnahmen ausgesprochen erfolgreich. Demgegenüber deutet *Brandt* massive staatliche Interventionen, die trotz ihrer offensichtlichen Ineffektivität vorangetrieben wurden, als Zeichen dafür, daß staatliches Handeln vom Schutz der Bevölkerung zur Bestrafung der Kranken und Ansteckungsverdächtigen überging.

Der weitere Verlauf der "Massenerkrankungen" Syphilis und Gonorrhoe war fraglos von der Entdeckung des Penicillins bestimmt. Bedeutsam erscheint dennoch *Cutlers* Hinweis, daß aufgrund der dramatischen Erfolge durch den Einsatz von Penicillin die Aufklärungskampagnen des öffentlichen Gesundheitsdienstes deutlichen Kürzungen unterworfen wurden und daß der Wiederanstieg der Neuerkrankungen an Syphilis und Gonorrhoe ab den 60er Jahren im Zusammenhang hiermit zu sehen sei.

Für die historischen Epochen vom Deutschen Reich bis zur Bundesrepublik fehlen bisher wissenschaftliche Studien, die das Niveau der Arbeiten von *Brandt* erreichen können. Gut belegt ist demgegenüber, mit welchen Schwierigkeiten vorurteilsfreie Sexualaufklärung und Beratung zur Verhütung von Geschlechtskrankheiten in der Weimarer Republik kämpfen mußten und daß die mühsam errungenen Fortschritte in diesen Bereichen durch das NS-Regime zerstört wurden. Zugleich kann festgestellt werden, daß die Gesundheits- und Sozialpolitik des deutschen Nationalsozialismus alles daran setzte, durch unmittelbaren staatlichen Zwang das Problem der Geschlechtskrankheiten zu

beseitigen und daß hierbei maßloses Elend erzeugt wurde. Die primären Quellen dieses Kapitels deutscher Geschichte sind erst in den Ansätzen aufgearbeitet. Daß Prostituierte und Homosexuelle mit besonderer Brutalität verfolgt wurden, muß auch als integraler Bestandteil der deutschen "seuchenhygienischen" Tradition begriffen werden, welche abweichendes Sexualverhalten gleichermaßen wie Geschlechtskrankheiten "ausmerzen" wollte.

Einer näheren Analyse bedarf sicher noch das Kapitel der speziellen "Bekämpfung" der Geschlechtskrankheiten und der Prostitution im NS-Staat, welcher gleichermaßen brutaler Verfolger und staatlicher Organisator reglementierter Prostitution in eigenen Bordellen der Armee und der Lager ausländischer Zwangsarbeiter war (*Ebbinghaus* u.a. 1984). Eine nicht zu unterschätzende Folgewirkung dieser Politik besteht fraglos darin, daß durch die "Ausmerzungs politik" des NS-Regimes auch der Geschlechtskranke zum Volksschädling erklärt wurde, dem der Kampf anzusagen war.

Im Zentrum der Überlegungen staatlicher "Bekämpfung" der Geschlechtskrankheiten standen traditionell stets die weiblichen Prostituierten, die als der vermeintliche Motor der sexuell übertragbaren Erkrankungen einerseits zum Objekt polizeilicher Überwachung (und Verfolgung) und andererseits zum Objekt ärztlicher Zwangsuntersuchungen wurden, soweit sie als "registriert" aktenmäßig erfaßt waren. Am Ziel der "Sanierung" der "Infektionsquelle" Prostitution als dem entscheidenden Hebel zur Begrenzung sexuell übertragbarer Erkrankungen wurde in den verschiedenen historischen Epochen der Neuzeit kaum gezweifelt. Der Streit ging stets nur um den effektivsten Weg und die Wahl der geeigneten Mittel: als typisch für die Debatten lassen sich die Begriffe Kasernierung der Prostitution und Sperrbezirksverordnungen auf der einen Seite sowie Kuppelei- und Prostitutionsverbot auf der anderen Seite benennen. Der Blick auf das Wesen menschlicher Sexualität blieb versperrt. Die weibliche Prostituierte war das durchgängig diskriminierte und stigmatisierte Opfer der Seuchenbekämpfung. *Schulte* weist für die umfangreiche "Experten"-Debatte Anfang dieses Jahrhunderts im Deutschen Reich darauf hin, daß der Literatur eben nicht zu entnehmen sei, "ob die sanitätspolizeiliche Kontrolle tatsächlich Ansteckungen verhinderte oder vielmehr, wie ein großer Teil der Ärzte und Abolitionisten zu beweisen versuchte, zur Zunahme an Krankheiten führte, da die Prostituierten sich im Falle der Erkrankung erst recht versteckten, um nicht durch Meldung eines Arztes oder Krankenhauses unter polizeiliche Kontrolle zu kommen, und zudem die polizeiliche Kontrolle als Garantieschein die nie augenblicklich feststellbare Gesundheit vorspiegelte, gleichzeitig aber nicht die Gesundheit der Männer forderte" (*Schulte* 1979, 249).

Auch in der Weimarer Republik finden sich nur vereinzelte Stimmen, so bei einer Minderheit von Ärzten in staatlichen und kommunalen Untersu-

chungs- und Beratungsstellen, die sich gegen das moralisierende Bekämpfen der Prostitution wandten und argumentierten, daß Prostituierte mit größerem Selbstbewußtsein und besserem Berufsverständnis deutlich geringere Infektionsraten aufwiesen. *Winau* zitiert einen der engagiertesten und erfahrensten Kommunalärzte, die sich um eine verständliche und vom Moralisieren befreite Sexualaufklärung und um wirkliche Hilfestellungen für Geschlechtskranke bemühte, aus dem Jahr 1929: "Zu fordern sind das Verbot aller reglementierungsähnlichen Kollektivmaßnahmen, Abstellung der Entscheidung stets auf die individuellen Bedürfnisse des Einzelfalles. Ersatz der mit Zwang verbundenen Kollektivmaßnahmen durch die Methode vorbeugender und nachgehender Gesundheitsfürsorge und schließlich Gesundheitsaufklärung über die Krankheit und zwar nicht da, wo Interessierte sowieso hinkommen, sondern in den Gesellenvereinen, in den Gewerkschaftsversammlungen, in den Schulen" (*Georg Löwenstein*, zit. nach *Winau* 1987, 16).

Charakteristisch für die Umsetzung der verschiedenen Geschlechtskrankheitengesetze blieb aber bis weit in die Penicillin-Ära hinein der riesige Aufwand, mit dem der Apparat öffentlicher Gesundheitsdienste tatsächlichen oder vermeintlichen Infektionsquellen nachging, ohne Rechenschaft abzulegen, welchen positiven gesundheitlichen Effekt und welche schädlichen psychosozialen Folgen das eigene Handeln haben konnte. Primäre Quellen der öffentlichen Gesundheitsverwaltung sind kaum wissenschaftlich genutzt worden, um derartige Fragen zu untersuchen. Eine erste orientierende und nicht publizierte Durchsicht von Akten der Geschlechtskranken-Beratungsstelle des Gesundheitsamtes Bremen aus dem Zeitraum von 1945 bis Mitte der 70er Jahre zeigt aber auf den ersten Blick, wie unkritisch auch nach 1945 dieser Teil des öffentlichen Gesundheitsdienstes einem Modell der Infektionsquellenermittlung verhaftet blieb, das wenig dazu beitragen konnte, unerkannte Infektionen zu entdecken und statt dessen vor allem bewirkt haben dürfte, das soziale Klima zu zerstören, welches für die Erkennung und Behandlung von sexuell übertragbaren Erkrankungen erforderlich ist. Einerseits wurden wöchentliche Untersuchungen weiblicher Prostituierter auf Gonorrhoe und Syphilis erzwungen, ob die Frauen nun tatsächlich ein höheres Infektionsrisiko demonstrierten oder nicht. Andererseits wurden zur Fahndung nach Kontaktpersonen Erkrankter, soweit sie der Beratungsstelle bekannt waren, umfangreiche Erkundigungen angestellt, welche das soziale Umfeld der Erkrankten und "Ansteckungsverdächtigen" tief ausloteten. Nicht etwa allein die engsten Lebenspartner/innen wurden zum "Lebenswandel" befragt. Recherchiert wurde auch bei Arbeitgebern, Krankenkassen, Wohnnachbarn, bei staatlichen Stellen und Ämtern wie Polizei, Gemeindeverwaltung und Jugendamt, aber auch am Arbeitsplatz der/des Betroffenen. Zwangsmaßnahmen wurden offensichtlich vor allem dann erwogen und durchgeführt, wenn es um sozial Benachteiligte

ging, wenn beispielsweise die Kostenregelung für eine durchzuführende Behandlung nicht geklärt war, sei es wegen ausgelaufener Leistungsverpflichtung der gesetzlichen Krankenkasse oder bei primärer Zuständigkeit der Sozialhilfe. Dies spiegelt die Realität des § 12 im heute nach wie vor gültigen Gesetz zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten aus dem Jahre 1953 wider, welches die namentliche Meldung eines Erkrankten an das Gesundheitsamt an mehrere Voraussetzungen knüpft. Die Erläuterungen sagen hierzu: "Eine namentliche Meldung ist vorgeschrieben, wenn der Geschlechtskranke renitent ist, sich weigert, die Behandlung zu beginnen oder fortzusetzen, wenn er offensichtlich falsche Angaben über die Ansteckungsquelle macht, wenn er das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hat und sittlich gefährdet erscheint... Namentliche Meldepflicht besteht auch bei hwG-Personen und Prostituierten", soweit eine ernste Gefahr der Übertragung auf andere anzunehmen sei. Es erscheint wichtig zu realisieren, daß die skizzierte Umsetzung des Geschlechtskrankheitengesetzes nach 1945 fraglos in bester Absicht geschah - eine Erkenntnis, die bei der heutigen Diskussion um Maßnahmenkataloge im Umgang mit der HIV-Infektion nicht verdrängt werden sollte. Es wäre eine gefährliche Illusion anzunehmen, ein öffentlicher Gesundheitsdienst würde heute per se vernünftiger mit einem vorgeschriebenen Instrumentarium von Zwangsmaßnahmen umgehen. Anfänge eines neuen Typs staatlicher Gesundheitsüberwachung müssen keineswegs für die breite Öffentlichkeit bedrohlich wirken, zumal auch im Freistaat Bayern mit seinem gesetzlichen Sonderweg einstweilen noch ein breites Netz an vertrauenswürdigen und qualifizierten Aids-Beratungsstellen die Landschaft mit prägen. Eine erste Mitteilung über die Reichweite der "Suche nach HIV-Infektionsquellen durch das Gesundheitsamt" in Bayern auf dem Boden des Bundesseuchengesetzes liefert *Kathke*, welcher Gespräche mit HIV-infizierten Ausländern, Prostituierten, Drogenabhängigen und Blutspendern dahingehend zusammenfaßt, daß die Mehrzahl der HIV-positiven Männer und Frauen bereit sei, weitere Infektionen anderer Menschen zu vermeiden (*Kathke* 1989, 144). Die vorgestellten Kasuistiken operieren weithin mit Vermutungen wie: "Schließlich ließ sich als wahrscheinliche Infektionsquelle eine angeblich aus Berlin stammende Touristin eruieren..." Wie schnell systematische Unschärfen in Begrifflichkeit und Praxis bayrischer Infektionsquellenermittlung auftauchen, ließ sich den Ausführungen der Münchener Amtsärztin *von Loeffelholz* entnehmen, die während der öffentlichen Anhörung des Deutschen Bundestages zum Thema "Aids und Recht" berichtet, daß sich bei Inkrafttreten des bayrischen Maßnahmenkatalogs freiwillig rund 2000 Prostituierte und rund 8000 Ausländer (inklusive Asylantragsteller) einer HIV-Antikörperbestimmung im Gesundheitsamt unterzogen hätten. Die Brisanz des HIV-Tests und die Debatte um Sinn und Unsinn von Screening-Verfahren tauchen in derartigen Überlegungen überhaupt

nicht mehr auf, anonyme Beratungsangebote und Zwangstests werden zum gleich bedeutsamen Mittel der Aids-Politik. 2200 Beamtenanwärter, so *von Loeffelholz*, hätten sich dem HIV-Test "unterzogen": "Dieser Untersuchungsgang wird hingenommen wie ein Seh- oder Hörtest oder ein Urintest" (*von Loeffelholz*, in Deutscher Bundestag 1989, 14).

Wie weit seuchenrechtliches Denken reichen kann, wenn die Generalklauseln des Bundesseuchengesetzes zugrundegelegt werden, hat der Staats- und Verwaltungsrechtler *Gallwas* dargelegt.

In einem richtungsweisenden Artikel plädiert er dafür, Maßnahmen zur Verhütung und Bekämpfung von Aids "allein nach dem Bundesseuchengesetz" zu bemessen und zu beurteilen. Ausgehend davon, daß die "Betroffenen" nicht alles täten, "um einer Ausbreitung der Krankheit entgegenzuwirken", hält *Gallwas* die namentliche Meldepflicht und die amtliche Infektionsquellenermittlung für unabdingbar. Als eines der Entscheidungskriterien, ob jemand "krankheitsverdächtig" sei, nennt *Gallwas* die Frage, ob jemand "gerade von einer Reise nach Haiti, in die Karibik oder nach Äquatorialafrika zurückgekommen ist". Weiter heißt es: "Wer an Treffpunkten von Riskogruppen in den Großstädten der Bundesrepublik Deutschland angetroffen wird, ist in seuchenrechtlicher Hinsicht ansteckungsverdächtig oder ausscheidungsverdächtig..." (*Gallwas* 1986, 31 u. 36). Die Forderung nach "Absonderung" und "Berufsverboten" für Stricher und Prostituierte (*Grieser* 1987) und die generelle Anwendung von Zwangstestungen und Zwangsmaßnahmen im Bereich der Prostitution (*Quambusch* 1988) sind in den letzten Jahren immer wieder zu hören gewesen, wobei insbesondere bei *Quambusch* deutlich wird, daß in traditioneller Weise der Nachweis der gesundheitlichen Unbedenklichkeit des Intimkontaktes mit Prostituierten als staatliche Pflichtaufgabe verstanden wird.

Demgegenüber wird in der offiziellen Bonner Gesundheitspolitik bis heute betont, daß Aufklärung und Beratung die entscheidenden Mittel der positiven Beeinflussung der HIV-Epidemie seien, wobei zugleich als Konsens festgehalten wird, daß im Bundesseuchengesetz ein "brauchbares Instrument der Aids-Bekämpfung" zu sehen sei, die Anwendung unmittelbaren Zwangs aber auf Einzelfälle beschränkt bleiben soll (so z.B. Sitzung des Nationalen Aids-Beirats 1988). Wie die Gesellschaft mit dem Instrumentarium von seuchenrechtlich abgestützten Zwangsmaßnahmen umgehen wird, kann aus derartigen Verlautbarungen natürlich nicht ersehen werden. Skepsis bleibt aber bei allen unzweideutigen Erfolgen der bisherigen Aufklärungs- und Beratungstätigkeit zum HIV-Problem angebracht, wenn die Frage gestellt wird, wie stabil der Konsens bezüglich der absoluten Priorität von Aufklärung und Beratung vor der Anwendung gesetzlicher Zwangsmaßnahmen ist. So können Erfolge der Aufklärungsarbeit rasch verspielt werden, wenn das Vertrauen in die Verschwiegenheit von Beratungsstellen durch eine befürchtete, schlimmer noch

reale Verwischung der Ebenen von Beratung und staatlicher Kontrolle verloren geht. Es ist keineswegs selbstverständlich, sondern gemessen an den historischen Traditionen eher erstaunlich, in welchem großem Umfang öffentliche Beratungsangebote angenommen worden sind, wie gut vielerorts die Kooperation verschiedener Träger der Aufklärungsarbeit funktioniert und welche Erfolge insbesondere die Selbsthilfebewegung gerade in diesen politisch gestützten Spielräumen erzielen konnte. Es wäre aus der Sicht der Prävention unverantwortlich, diesen wirksamen Ansatz zur Eindämmung der HIV-Infektionen zu entmutigen. Notwendig ist vielmehr die Stabilisierung der Präventionsansätze, wobei man bedenken muß, in welchen kurzen Zeiträumen von den angesprochenen Zielgruppen akzeptierte Beratungs- und Betreuungskonzepte entwickelt werden mußten. In der Präventionspolitik wird bei anderen Erkrankungen mit völlig anderen Zeiträumen operiert, denkt man einmal an die laufenden Interventionsstudien zur Senkung der Inzidenz von Herz- und Kreislauferkrankungen. Das Aufklärungskonzept über die HIV-Infektion und -Erkrankung bedarf der weiteren Spezifizierung und Evaluation. Eine Vielzahl von Umfragen in den USA hat jüngst belegt, daß nach wie vor große Informationsdefizite über Ansteckungswege und Folgen der HIV-Infektion bestehen, auch bei relevanten Teilen der Bevölkerung mit höherem Ausbildungsgrad (MMWR 1988, Blendon u.a. 1988). Eisenberg hat weiter auf den empirisch gesicherten Zusammenhang hingewiesen, daß Zwangstests und Isolierungsmaßnahmen um so eher gefordert werden, je schlechter der Wissensstand über die HIV-Problematik ist (Eisenberg 1989). Blendon und Donelan kommen bei ihren Darlegungen über das Meinungsspektrum zu Aids in den USA zu dem Schluß, daß möglicherweise nur eine Antidiskriminierungsgesetzgebung längerfristig die erforderliche Atmosphäre von Sicherheit für HIV-Infizierte und Menschen mit erhöhtem Ansteckungsrisiko schaffen kann: "Derartige Gesetze könnten den Verantwortlichen in der Gesundheitspolitik erlauben, ihren Verpflichtungen nachzukommen, die Epidemie besser zu kontrollieren; und sie könnten Ärzten und anderen Mitarbeitern im Gesundheitswesen die Möglichkeit schaffen, sich noch angemessener um diejenigen zu kümmern, die mit HIV infiziert sind" (Blendon u. Donelan 1988, 1036). Gerade wenn sich die therapeutischen Erfolge im Umgang mit der HIV-Infektion stabilisieren sollten, wäre dies ein weiterer wichtiger Grund, das Schüren von Ängsten vor staatlicher Repression zu unterlassen.

Goudsblom hat der Zuversicht Ausdruck verliehen, daß in Gesellschaften mit höherer Lebenserwartung und besseren Lebenschancen allgemein auch die Botschaften vom gesunden Leben und Verhalten auf fruchtbareren Boden fallen als in jenen historischen Epochen, in denen ein Großteil der Menschheit nach wie vor zu leben gezwungen ist, da das frühe Sterben Fatum zu sein schien und scheint. Dies bedeutet für ein Land wie die BRD zugleich

die Verpflichtung, die Möglichkeiten der Prävention und psychosozialen wie medizinischen Behandlung zur Begrenzung der HIV-Infektionen mit aller vorhandenen Phantasie, Kreativität und wissenschaftlichen Unterstützung auszuschöpfen. Dazu gehört auch der Versuch, historische Erfahrungen zu nutzen und die Gefahr zu sehen, daß das Syphilisparadigma am Ende unseres Jahrhunderts aufersteht und eine "populistische Dynamik" entfacht (Haug 1986), die keinen Raum mehr für besonnenes Denken und Handeln ließe. Es wäre gut, wenn die medizin- und sozialhistorische Forschung in diesem Sinne in den nächsten Jahren mehr Licht in jene Bereiche gesellschaftlichen Handelns bringen könnte, die mit dem Schlagwort von den "bewährten Methoden der Seuchenhygiene" gemeint sind.

Literatur

- Blendon, R.J. u. K. Donelan: Discrimination against people with AIDS: The Public's Perspective, NEJM (319) 1988, 1022-1026.
- Brandt, A.M.: No Magic Bullet, A Social History of Venereal Disease in the United States since 1880. New York 1987.
- Brandt, A.M.: Aids in Historical Perspective: Four Lessons from the History of Sexually Transmitted Diseases. Am. J. Publ. Health (78) 1988, 367-371.
- Brandt, A.M.: The Syphilis Epidemic and its Relation to AIDS, Science (239) 1988, 375-380.
- Clayton, A.J.: Quarantine and out-moded Regulations, Can. J. publ. Health, (75) 1984, 261-2652.
- Coleman, M.P.: A Plague Epidemic in Voluntary Quarantine, Intern. J. Epidemiol., (15) 1986, 379-385.
- Deutscher Bundestag, Stenographisches Protokoll der 42. Sitzung der Enquete-Kommission "Gefahren von Aids und wirksame Wege zu ihrer Eindämmung" - Öffentliche Anhörung zum Themenbereich "Aids und Recht", 10.1.1989, Drucksache Bonn 1989.
- Ebbinghaus, A., W. Kaupen-Haas u. K.H. Roth: Heilen und Vernichten im Mustergau Hamburg, Hamburg 1984.
- Eberbach, W.H.: Rechtliche Rahmenbedingungen für die Krankheit Aids in der Bundesrepublik Deutschland 1988, Öff. Gesundh.-Wesen (50) 1988, 456-464.
- Eisenberg, L.: Health Education and the Aids-Epidemic, Brit. J. Psychiat. (154) 1989, 754-767.

- Evans, R.J.: Death in Hamburg, Society and Politics in the Cholera Years 1830-1910, Oxford 1987.
- Franke, M.: HIV-Kataster der Gesamtbevölkerung - Ein seuchenhygienisches Denkmodell oder eine plausible Illusion? Öff. Gesundh.-Wesen (50) 1988, 171-174.
- Gallwas, H.U.: Gesundheitsrechtliche Aspekte der Bekämpfung von Aids. AIFO (1) 1986, 31-38.
- Göckenjan, G.: Kurieren und Staat machen! Gesundheit und Medizin in der bürgerlichen Welt. Frankfurt 1985.
- Goudsblom, J.: Public Health and the Civilizing Process, The Midbank Quart. (64) 1986, 161-188.
- Grieser, M.: Immundefektsyndrom und Seuchenrecht, in: Leben mit Aids - mit Aids leben, Hsg. Korporal J. u. H. Malouschek, Hamburg 1987, 1-16.
- Haug, W.F.: Die Faschisierung des bürgerlichen Subjekts. Die Ideologie der gesunden Normalität und die Ausrottungspolitiken im deutschen Faschismus, West-Berlin 1986.
- Kathke, N.: Die Suche nach HIV-Infektionsquellen durch das Gesundheitsamt, AIFO (4) 1989, 144-146.
- Labisch, A. u. F. Tennstedt: Der Weg zum "Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens" vom 3. Juli 1934 (2. Bd.), Düsseldorf 1985.
- Leidel, J.: Gesundheitsamt/Öffentlicher Gesundheitsdienst. In: Aids und HIV-Infektionen. Diagnostik, Klinik, Behandlung. Hsg. H. Jäger, Landsberg 1989, XI-1.
- Meyer, K.M.: Aids-Hilfe - zwischen Sozialarbeit und Verbandspolitik, Öff. Gesundh. Wesen (29) 1988, 131-138.
- Mills, M. u.a.: The Acquired Immundeficiency Syndrome. Infection Control and Public Health Law, NEJM (314) 1986, 931-936.
- MMWR (37) 1988, 717-721: HIV-Related Beliefs, Knowledge, and Behaviors among High School Students.
- Nationaler Aids-Beirat, Protokoll der Sitzung vom 30.11.1988
- Quambusch, E.: Rechtlich-soziale Betrachtungen zur Prostitution nach Aids und Aids-Katalog, Öff. Gesundh.-Wesen (50) 1988, 670-676.
- Rosenbrock, R.: Aids kann schneller besiegt werden. Hamburg 1986.
- Schmacke, N.: Aids: Reale Gefahren und Hysterie. Ein Appell zu aufgeklärtem gesellschaftlichem Handeln, in: Jahrbuch für kritische Medizin 11, Argument Sonderband 131, Berlin 1986, 141-151.
- Schmacke, N. u. H. von Schwarzkopf: Primäre Prävention von HIV-Infektionen: Agieren zwischen Baum und Borke. Pro familia-Magazin 4/1987, 1-3.

- Schmacke, N.*: Seuchenrecht und Aids: Zum doppelten Irrtum "bewährter" Lösungswege, *Recht & Psychiatrie* (4) 1989.
- Schulte, R.*: Sperrbezirke. Tugendhaftigkeit und Prostitution in der bürgerlichen Welt, Frankfurt 1979.
- Soviero, D.J.*: The Nationalization of a Disease: a Paradigm? *Publ. Health Rep.* (101) 1986, 399-404.
- Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin zu AIDS, *Der Internist* (29) 1988, Mitteilungen 4/88, 65-69.
- Stümke, H.G. u. R. Finkler*: Rosa Winkel, rosa Listen, Homosexuelle und "gesundes Volksempfinden" von Auschwitz bis heute, Hamburg 1981.
- Virchow, R.*: Mitteilungen über die in Oberschlesien herrschende Typhusepidemie, Berlin 1948, Nachdruck Darmstadt 1968.
- Winau, R.*: Geschlechtskrankheiten und Seuchenabwehr - Versuch einer historischen Interpretation, in: *Leben mit Aids - mit Aids leben*, Hsg. Korporel, J. u. H. Malouschek, Hamburg 1987, 1-16.
- Zenker, H.J.*: Epidemiological Methods with Respect to Typhoid prior to the Discovery of Microbiological Etiology, Ms. Berkeley 1988 (unveröff.)

Cornelius Prittwitz (Hg.)

Aids, Recht und Gesundheitspolitik

1990

Mit Beiträgen von

Ulrich – Arthur Birk, Lorenz Böllinger, Manfred Bruns,
Günther Frankenberg, Werner Hinrichs, Arthur Kreuzer,
Reinhard Marx, Johannes Münder, Cornelius Prittwitz,
Helmut Rittstieg, Frank Rühmann, Norbert Schmacke,
Otfried Seewald, Spiros Simitis und Siegfried de Witt.



Der Sammelband "Aids, Recht und Gesundheitspolitik" ist ein Projekt der Forschungsgruppe Gesundheitsrisiken und Präventionspolitik im Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB) und wurde von der Senatsverwaltung für Wissenschaft und Forschung Berlin (West) im Rahmen des Sofortprogramms Sozialwissenschaftliche Aids-Forschung gefördert. Die inhaltliche Verantwortung liegt bei den Autoren der Beiträge.

CIP-Titelaufnahme der Deutschen Bibliothek

Aids, Recht und Gesundheitspolitik / Cornelius Prittwitz (Hg.).

– Berlin : Ed. Sigma Bohn, 1990

(Ergebnisse sozialwissenschaftlicher Aids-Forschung ; Bd. 2)

ISBN 3-89404-661-9

NE: Prittwitz, Cornelius [Hrsg.]; GT

Copyright 1990 by edition sigma rainer bohn verlag, Berlin.

Alle Rechte vorbehalten. Dieses Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne schriftliche Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Mikroverfilmungen, Übersetzungen und die Einspeicherung in elektronische Systeme.

Textverarbeitung: T & T Text und Technik GmbH., Berlin

Druck: WZB

Printed in Germany

Inhalt

<i>Cornelius Prittwitz</i> Einleitung	7
I.	
<i>Norbert Schmacke</i> Aids und Seuchengesetze: Anmerkungen zu historischen Erfahrungen bei der "Bekämpfung" von Infektionskrankheiten	17
<i>Frank Rühmann</i> Aids und Recht: Zur Geschichte des Gesetzes zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten	31
II.	
<i>Otfried Seewald</i> Verfassungs- und verwaltungsrechtliche Aspekte von Aids	37
<i>Spiros Simitis</i> Aids, Maßnahmen gegen Aids und Datenschutz	63
<i>Siegfried de Witt</i> Risiko Aids Ein Beitrag zur rechtlichen Bewertung des Risikos Aids	83
<i>Günter Frankenberg</i> Aids und Grundgesetz – eine Zwischenbilanz	93
III.	
<i>Arthur Kreuzer</i> Sozialwissenschaftlich – kriminologische Vorbehalte gegenüber der strafrechtsdogmatisch – kriminalpolitischen Aids – Diskussion	115
<i>Cornelius Prittwitz</i> Strafrechtliche Aspekte von HIV – Infektion und Aids	125
<i>Lorenz Böllinger</i> Strafvollzugsrechtliche Aspekte von HIV – Infektion und Aids	151
<i>Arthur Kreuzer</i> Besonderheiten von Aids und Drogenabhängigkeit	171

<i>Arthur Kreuzer</i> Konflikte zwischen Strafjustiz und Drogen – sowie Aids – Beratungsdiensten	181
IV.	
<i>Helmut Rittstieg</i> Ausländerrechtliche Maßnahmen aus Anlaß von Aids	193
<i>Reinhard Marx</i> Aids und Ausländerrecht	211
<i>Werner Hinrichs</i> Arbeitsrechtliche Aspekte von Aids	225
<i>Manfred Bruns</i> Der HIV – Antikörpertest im Rahmen von Eignungs – und arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchungen	243
<i>Manfred Bruns</i> Öffentliches Dienstrecht und Aids	255
<i>Ulrich – Arthur Birk</i> Aids im Sozialrecht	267
<i>Johannes Münder</i> Rechtsfragen zu Aids und Jugendhilfe	285
Index	313
Abkürzungsverzeichnis	323
Zu den Autoren	327
Nachweise	329
Ergebnisse sozialwissenschaftlicher Aids – Forschung Editorial zur Buchreihe	331