

1987

Das 2. Jahrzehnt. Zur Normalisierung der AIDS-Debatte

Von N. SCHMACKE, Bremen

in: Jergut (Hrsg.) *Aids: eine Krankheit wird
behandelt*, Aids-Konzeption Bd 3, Ende: Leben

Wie lassen sich die Erfahrungen im Umgang mit AIDS für das Gesundheitswesen nutzen?

In den Jahren nach dem ersten Bericht über das Immundefektsyndrom im Morbidity and Mortality Weekly Report vom 5. Juni 1981 standen fast hysterisch zu nennende Über- und Abwehrreaktionen der Gesellschaft im Vordergrund. Allmählich konnte sich im Bündnis von engagierter Selbsthilfebewegung – vor allem getragen von organisierten schwulen Männern – und liberal gesonnenen Professionellen dann ein auf zielgruppenorientierter Aufklärung und ganzheitlicher Unterstützung HIV-Infizierter und AIDS-Kranker orientiertes Handlungsmuster durchsetzen. Dieser immer auch wieder von Rückschlägen gekennzeichnete Weg wird heute nun von verschiedenen Seiten als überholter Sonderweg für das AIDS-Problem gekennzeichnet, der im Vergleich zu anderen Erkrankungen und gesundheitlichen Problemen unangemessen sei. Die Fortschritte in Diagnostik und Therapie haben wesentlich dazu beigetragen, daß AIDS im öffentlichen Bewußtsein in gewisser Weise zu einer "normalen" Krankheit geworden ist. Diese Entwicklung hat fraglos auch ihre positiven Aspekte. Die nachfolgenden Ausführungen sollen demgegenüber skizzieren, an welchen Punkten die Erfahrungen mit AIDS für andere Probleme des Gesundheitswesens sinnvoll genutzt werden müßten, ehe vorschnell einer Normalisierung das Wort geredet wird. Es soll abschließend auch angedeutet werden, warum auch weiterhin besondere Anstrengungen erforderlich bleiben, um die *spezifischen* mit AIDS verbundenen Probleme bewältigen zu können.

Die in den entwickelten Industrienationen zu verzeichnenden Erfolge bei der Eindämmung der HIV-Epidemie und vor allem bei der Betreuung Betroffener wurden initiiert durch eine auf Selbstbestimmung und Selbsthilfe setzende aktive "gay community" in den am stärksten betroffenen Großstädten der USA. Diese kleinräumigen Aktivitäten einer extrem kohärenten sozialen Gruppierung stellten die Prinzipien von "community action" und "consumer hegemony" als zukunftsweisend heraus (so NELKIN und Mitarb. 1991; im Überblick für San Francisco PETROW und Mitarb. 1990). Die kreative Antwort auf die AIDS-Herausforderung ist mithin "nicht primär auf die medizingestützte Gesundheitssicherungspolitik" zurückzuführen (ROSENBROCK 1992). Für die Bundesrepublik läßt dies seit langer Zeit erstmals deutlich werden, was eine nicht-medizinzentrierte Gesundheitspolitik und -förderung bedeuten könnte. Eine

der Voraussetzungen wurde im Endbericht der GKV-Enquête-Kommission des Deutschen Bundestages formuliert: Medizinische, psychosozial-pflegerische Betreuung und Aktivierung des Patientenumfeldes müssen als drei gleichberechtigte Säulen des Gesundheitssystems begriffen werden. Auch die Bewältigungsformen der HIV-Epidemie in der Bundesrepublik zeigen, wie bedeutsam die Vielfalt an kommunalen Ansätzen im öffentlichen Gesundheitsdienst, in der GKV, bei freien Trägern und last not least durch die Selbsthilfegruppen neben und im Verbund mit dem Medizinsystem ist.

Es gibt zwei weiterzuverfolgende Einwände gegen eine Idealisierung des Selbsthilfe- und Selbstbestimmungsansatzes im Gesundheitsförderungsdiskurs: Prioritäre Gesundheitsziele lassen sich *allein* auf diesem Weg nicht festlegen, weil die Interessenvertretung bei gravierenden Krankheiten sehr unterschiedlich ausgeprägt ist und Qualitätsstandards (z.B. bezüglich Medikamentenzulassung) müssen auch unabhängig vom Problemdruck bestimmter Patientengruppen als bedeutende gesellschaftliche und wissenschaftliche Aufgabe begriffen werden (hierzu WACHTER 1992; zu Ansätzen einer Prioritätendebatte in Deutschland s. WEBER und Mitarb. 1990).

Generell läßt sich aus dem ersten Jahrzehnt des Umgangs mit AIDS die Forderung ableiten, daß endlich systematisch der Nutzen sozialwissenschaftlicher Forschungs- und Interventionsansätze für relevante gesundheitliche Fragestellungen erkannt werden muß und daß die epidemiologische Sicht im Verhältnis zur individualmedizinischen Betrachtungsweise von Krankheit und Gesundheit den erforderlichen Raum erhält. Dies wird in der Bundesrepublik angesichts der alles dominierenden Kraft des kurativen Gesundheitswesens weiter eine mühsame Aufgabe bleiben.

Auch innerhalb des Gesundheitsversorgungssystems lassen sich eine Reihe wichtiger Forderungen aus den AIDS-Erfahrungen für andere Krankheiten ableiten. Im *ambulant*en Bereich zeigt sich, wie sinnvoll Schwerpunktpraxen arbeiten können. Es läßt sich gleichermaßen die Forderung ableiten, mit Modellen von Klinikambulanzen und – in den neuen Bundesländern – mit entsprechend gestützten Polikliniken zu operieren und hierbei von Beginn an psychosoziale Betreuung zu integrieren. Die Leistungsfähigkeit verschiedener ambulanter Ansätze – natürlich einschließlich der kassenärztlichen Einzelpraxis – müßte Gegenstand wissenschaftlicher Forschung werden.

Die enormen Möglichkeiten qualifizierter häuslicher Krankenpflege müssen gefördert und gestützt werden.

Geschlechts-, alters- und pflegespezifische Anforderungen an die Betreuung Kranker in ihrer häuslichen Umgebung dürfen nicht als Luxus betrachtet werden. Der mindestens zwanzig Jahre betragende Verzug in der Professionalisierung der häuslichen Krankenpflege muß im Interesse einer Vielzahl von Patientengruppen abgearbeitet werden, die wesentlich länger zu Hause und wesentlich kürzer im Krankenhaus behandelt werden könnten.

Im *stationären* Bereich ist dringend nach einer praktikablen Integration psychosomatischer Medizin zu suchen. Neben leistungsfähigen sozialen Diensten ist Selbsthilfegruppen der Zugang zu den Stationen zu erleichtern. Das burn-out-Syndrom bei den helfenden Berufen, vor allem den Pflegekräften in Brennpunkten erfordert ernsthaftere Antworten als bisher; dies betrifft die Frage differenzierter Pflegeschlüssel ebenso wie die Nutzung von Fortbildung und Supervision. Die Stationen müssen mehr als bisher nicht nur als Therapie- sondern auch als Lebensräume für Kranke, deren Angehörige, Freunde und Besucher ausgestattet werden. Die im Kontext von HIV thematisierten berufsbedingten Gesundheitsrisiken sind durch arbeitsplatznahe Arbeitsschutzkampagnen und nicht als AIDS-Sonderproblem anzugehen.

Im Gesundheitswesen müssen allgemein die Prinzipien von wirksamer Aufklärung und Zustimmung zu Diagnostik und Therapie fest etabliert werden. Der HIV-Antikörpertest hat die Aufmerksamkeit auf diese Fragen gelenkt, es handelt sich aber um ein generelles Problem mangelnder Kommunikation zwischen Ärztinnen/Ärzten und Patientinnen/Patienten und unzureichender Reflexion diagnostischer und therapeutischer Eingriffe.

Aus allgemeinen präventionspolitischen Überlegungen heraus, aber auch auf Grund der Kofaktoren-Rolle einer ganzen Reihe von sexuell übertragbaren Krankheiten für die Entwicklung von HIV-Infektionen wird in den nächsten Jahren intensiver über integrierte Ansätze von HIV- und STD-Aufklärung und -Betreuung gearbeitet werden müssen (WASSERHEIT 1992 und BOND 1992). Bezogen auf den öffentlichen Gesundheitsdienst wird zunehmend zum Konsens, daß das dem Gesetz zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten von 1953 entsprungene – historisch noch wesentlich ältere – Modell der "Haut- und Geschlechtskrankenberatung" mit Zentrierung auf weibliche Prostituierte gleichermaßen diskriminierend wie ineffizient gewesen ist (hierzu HEINZ-TROSSEN 1991, zur Neukonzeption s. JÄGER 1992). Nötig erscheint die Einbeziehung der Sexualberatungsstellen in diese Planungen (es gab in der Weimarer Republik schon Ansätze solcher Integration von Sexualberatung und Sexualmedizin, s.v. SODEN 1988).

Die dringend notwendige Verstärkung der HIV-Prävention in der Bundesrepublik ist durch den Wegfall der Bundesmodelle und die parallel zu verzeichnende Belastung bis Überlastung der Selbsthilfegruppen mit Betreuungsaufgaben gefährdet. Es ist aber unstrittig, daß aus vielerlei Grün-

den diese Präventionsansätze nicht vom "normalen" Gesundheitsversorgungssystem weitergetragen werden können. Bezüglich des HIV-Antikörpertests sollte nicht zur Tagesordnung übergegangen werden, wenn heute über 80 Prozent aller HIV-Antikörpertests von niedergelassenen Ärzten und Krankenhäusern durchgeführt werden. Der Test ist kein Präventionsinstrument (HIGGINS u. Mitarb. 1991) und die Städte sollten unbedingt weiter qualifizierte Beratungsangebote vorhalten, die den Test, eingebettet in Vor- und Nachtest-Beratung, anbieten und nicht als x-beliebigen Bluttest begreifen (QUINN 1992).

AIDS ist auch 1993 keine "ganz normale" Krankheit, so sehr dies prinzipiell als Ziel erstrebenswert erscheinen mag. Die meisten der Infizierten und Kranken gehören zu stigmatisierten gesellschaftlichen Gruppen. AIDS verbindet die tabuisierten Themenfelder Sexualität und Tod mit tiefsitzenden Ängsten vor übertragbaren Krankheiten; eine vergleichbare emotionale Herausforderung findet sich bei den meisten anderen Krankheiten nicht. Wer Normalität fordert, muß sich auch künftig entschieden für den Abbau von Vorurteilen gegenüber den Hauptbetroffenengruppen einsetzen.

Wie wenig normal die Betrachtung von AIDS nach wie vor ist, läßt sich einer jüngst erschienenen Arbeit des US-Politikwissenschaftlers Leichter entnehmen. Er resümiert, daß in den westlichen Industriegesellschaften, sollte sich die Befürchtung einer Ausweitung der HIV-Epidemie über die "high-risk groups" hinaus *nicht* bestätigen, die Bereitschaft nachlassen werde, finanzielle Ressourcen zur Eindämmung der Epidemie zur Verfügung zu stellen (LEICHTER 1992). Die "Besonderung" der AIDS-Frage ist keine Erfindung liberaler Intellektueller, sie ist primär Reflex tiefsitzender gesellschaftlicher Vorurteile.

Literatur:

- BOND LS. et al. Intervention strategies for the prevention of STD and HIV. Intern J. of STD and AIDS 1992, 3: 17-20
- Deutscher Bundestag, 11. Wahlperiode: Endbericht der Enquête-Kommission "Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung", BT-Drucksache 11/6380, Bonn 1990
- HEINZ-TROSSEN A. Zur Reglementierung der Prostitution – insbesondere zur Arbeit der Gesundheitsämter der Bundesrepublik Deutschland West. Öff. Gesundh.-Wesen 1991, 53: 311-324
- HIGGINS DL. et al. Evidence for the Effects of HIV Antibody Counseling and Testing on Risk Behaviors. JAMA 1991, 226: 2419-2429
- JÄGER H. Sexuell übertragbare Erkrankungen und öffentlicher Gesundheitsdienst. Öff. Gesundh.-Wesen 1992, 54: 211-218
- LEICHTER HM. Free to Be Foolish. Politics and Health Promotion in the United States and Great Britain. Princeton New Jersey 1991
- Morbidity and Mortality Weekly Report 1981, 30: 250-252 (Pneumocystis Pneumonia: Los Angeles)
- Morbidity and Mortality Weekly Report 1992, 41: 613-617 (Publicly Funded HIV-Counseling and Testing – United States, 1991)
- Morbidity and Mortality Weekly Report 1992, 41: 617-620 (Condom Use Among Male Injecting-Drug Users – New York City, 1987-1990)
- NELKIN D. et al (ed.). A Disease of Society – Cultural and Institutional Responses to AIDS. New York 1991

- PETROW ST. et al. (ed.). Ending the HIV Epidemic. Community Strategies in Disease Prevention and Health Promotion. Santa Cruz, 1990
- QUINN TH C. Screening for HIV Infection – Benefits and Costs. NEJM 1992; 327: 486-488
- ROSENBROCK R. AIDS: Fragen und Lehren für Public Health. Veröffentlichungsreihe der Forschungsgruppe Gesundheitsrisiken und Präventionspolitik Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung P 92-206. Berlin 1992
- SCHMACKE N. Zehn Jahre Umgang mit AIDS. Zur Ambivalenz der Normalisierungsdebatte. In: ders. Schritte in die Öffentlichkeit – Die Wiederentdeckung der kommunalen Gesundheitsämter. Schriftenreihe der Akademie für öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf Band 17, 1992, 157-173
- SCHMACKE N, SCHWARZKOPF H. Lehren aus AIDS. Anregungen für die Weiterentwicklung des öffentlichen Gesundheitsdienstes. Jahrbuch für kritische Medizin 18, Hamburg 1992, 115-127
- V SODEN K. Die Sexualberatungsstellen der Weimarer Republik 1919-1939. Berlin 1988
- WASSERHEIT J N. Epidemiological Synergy. Interrelationships between Human Immunodeficiency Virus Infection and Other Sexually Transmitted Diseases. Sexually Transmitted Diseases 1992, 19: 61-77
- WACHTER R M. AIDS, Activism, and the Politics of Health. NEJM 1992, 326: 128-133
- WEBER I et al. Dringliche Gesundheitsprobleme der Bevölkerung in der Bundesrepublik Deutschland. Baden-Baden 1990