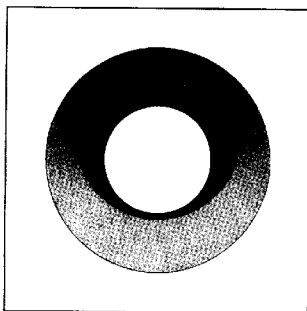


BRAUCHEN WIR EINE NEUE AIDS-POLITIK?



GESPRÄCHSKREIS
ARBEIT UND SOZIALES
Nr. 47

**FRIEDRICH
EBERT** 
STIFTUNG

Forschungsinstitut der Friedrich-Ebert-Stiftung
Abt. Arbeits- und Sozialforschung

Gesprächskreis Arbeit und Soziales
Nr. 47

Brauchen wir eine neue AIDS-Politik?

Eine Tagung
der Friedrich-Ebert-Stiftung
am 18. Januar 1995 in Bonn

Inhalt

Peter König Vorbemerkung	5
Rudolf Dreßler Brauchen wir eine neue AIDS-Politik?	7
Ulrich Markus Zum Stand der HIV-/AIDS-Epidemie in Deutschland	17
Rolf Rosenbrock Präventive AIDS-Politik in Deutschland – Resümee und Kritik	31
Mischa Hübner Drogen- und AIDS-Politik lassen sich nicht trennen	47
Jens Wagner/Imke Sagrudny Nicht die Drogen, sondern die Justiz ist das Problem	51
Regina Kimmerle Frauen und AIDS	57
Rüdiger Anhalt Brauchen wir eine neue AIDS-Politik? – Betrachtungen aus schwuler Sicht –	61
Norbert Lettau Prioritäten in der zukünftigen AIDS-Politik	71
Gudrun Schaich-Walch Weiterentwicklung zukünftiger AIDS-Politik	77
Referenten, Tagungs- und Diskussionsleitung	81

ISBN 3-86077-336-4

Herausgegeben vom
Forschungsinstitut der Friedrich-Ebert-Stiftung
Abt. Arbeits- und Sozialforschung
Godesberger Allee 149, 53175 Bonn
Juli 1995

Layout: PAPYRUS – Schreib- und Büroservice, Bonn
Umschlag: Pellens Kommunikationsdesign, Bonn

Druck: satz + druck GmbH, Düsseldorf
Gedruckt auf 90 g chlorfrei gebleicht Offset
Printed in Germany 1995

Vorbemerkung

Die Immunschwäche AIDS ist nach wie vor von hoher Aktualität. Trotz aller Bemühungen ist es nicht gelungen, medizinische Präparate zu entwickeln, die diese lebensbedrohliche Krankheit heilen könnten. Deshalb besteht die wesentliche Aufgabe der Gesundheitspolitik darin, die Bevölkerung über Infektionswege aufzuklären und vorbeugende Maßnahmen im sozialen Bereich zu unterstützen.

Nach Meinung von Experten hat in der Vergangenheit wesentlich zur erfolgreichen Bekämpfung von AIDS beigetragen, daß Betroffenenkompetenz und soziale Bewegungen in die Primärprävention, ambulante und stationäre Versorgung integriert wurden. Dieser gesundheitspolitische Ansatz wird nach ihrer Einschätzung aber jetzt haushaltspolitischen Erwägungen geopfert. Damit wird nicht nur eine erfolgversprechende AIDS-Bekämpfung wesentlich beeinträchtigt, sondern auch ein neuer Ansatz in der Gesundheitspolitik zunichte gemacht. Betroffene und Experten fordern angesichts dieser Entwicklungen eine veränderte Prioritätensetzung in der AIDS-Politik.

Die Friedrich-Ebert-Stiftung hatte Experten aus allen für die AIDS-Politik zuständigen Institutionen eingeladen, um mit ihnen neue Lösungsstrategien bei der Bekämpfung der Immunschwäche AIDS zu entwickeln.

Die Beiträge der Referenten sind in dieser Broschüre abgedruckt. Sie geben die Einschätzungen von Politikern, Wissenschaftlern und Vertretern der Hauptbetroffengruppen wieder. Ich möchte mich bei ihnen und allen Teilnehmern für deren konstruktive Beiträge bedanken. Mein Dank gilt auch meiner Kollegin Claudia Unkelbach, die mit ihrem Einsatz erheblich zum Gelingen der Tagung beigetragen hat.

Bonn, Juni 1995

Peter König

Brauchen wir eine neue AIDS-Politik?

Bei der Vorbereitung auf die heutige Veranstaltung habe ich mir überlegt, wie ich die in der Themenfestlegung „Brauchen wir eine neue AIDS-Politik“ enthaltene Frage beantworten soll – eher mit einem Ja oder eher mit einem Nein. Ich bin zu keinem Entschluß gekommen, aber mittlerweile habe ich ein Problem. Denn die Frage nach der Notwendigkeit einer neuen AIDS-Politik – oder besser: Politik zur Eindämmung und Bekämpfung von AIDS – enthält eine Prämisse; die Prämisse, wir hätten eine solche Politik. Aber haben wir die?

Wenn Politik die zielgerichtete Umsetzung eines strategischen wie inhaltlichen Konzeptes zur Lösung von Problemen und Konflikten verlangt, dann gibt es keine Politik zur Bekämpfung von AIDS. Dann gibt es allenfalls ein Sammelsurium von Einzelmaßnahmen, die, jede für sich genommen, ja durchaus sinnvoll und vernünftig sein mögen, aber allein deshalb doch nicht konsistent sein müssen. Nein, in der AIDS-Politik, da paßt vieles nicht zusammen und das politische Grundziel ist reichlich unklar.

AIDS ist eine derzeit nicht heilbare Krankheit. Aber ist der Kampf gegen sie deshalb allein eine gesundheitspolitische oder gar nur medizinische Frage, wie es die öffentliche Diskussion in vielen Fällen vermuten läßt? Mir scheint, uns sind bei der Beantwortung dieses Sachverhaltes etwas die Maßstäbe durcheinander geraten.

Natürlich ist der Kampf gegen AIDS auch ein medizinisches, aber zuallererst doch wohl ein gesellschaftspolitisches Problem. Nicht nur der Besonderheit des Infektionsweges, der Tücken des Verlaufes oder des meist tödlichen Ausgangs der Krankheit wegen, sondern weil sie weit in die Tabuzonen unserer Gesellschaft reicht. Machen wir uns nichts vor, diese Krankheit kommt auch heute immer noch einem Stigma gleich und Kranke, ja selbst Infizierte, die sich zu ihrer Infektion öffentlich bekennen, erfahren tagtäglich am eigenen Leib zu welcher subtileren Form von Diskriminierung diese Gesellschaft fähig ist; einer Diskriminierung, angesichts derer der Holzhammer des platten, primitiven Vorurteils auf viele Betroffenen manchmal geradezu wie eine Erlösung wirkt.

Die Frage, ob Politik das in ihren Kräften stehende getan hat, zu enttabuisieren, zu entstigmatisieren oder zu entdiskriminieren, kann guten Gewissens mit „Ja“ kaum beantwortet werden. Hier sehe ich eine erste Aufgabe, die wir endlich ernsthaft angehen müssen.

Wenn Straßenbahnen für die Benutzung von Kondomen Reklame fahren, wenn wir im Fernsehen mit Spots zum Thema konfrontiert werden, so könnte man meinen, wir seien auf dem richtigen Weg. Aber täuschen wir uns da nicht?

Mein Eindruck ist: Unsere Gesellschaft ist in Sachen AIDS und HIV-Infektion nach wie vor befangen. Wenn wir die täglichen Todesanzeigen in unseren Zeitungen Revue passieren lassen und dabei eine erschütternde Zahl von Namen junger Menschen zur Kenntnis nehmen müssen, wem von uns fällt eigentlich auf, daß in kaum einer Anzeige um Spenden für Stiftungen oder wohltätige Einrichtungen gebeten wird, die den Kampf gegen AIDS zu ihrem Ziel haben – obwohl das doch in vielfältiger Weise in anderen Krankheitsbereichen geschieht? Zeigt das nicht in besonders eindrucksvoller Weise, welches Ausmaß die Befangenheit unserer Gesellschaft zum Thema AIDS nach wie vor hat, wenn selbst angesichts des Todes Verschweigen die Regel ist, wo in vielen Fällen Bekennen hilfreich wäre.

Es ist nicht so, als verstünde ich das nicht. Denn wir sollten uns vor Augen führen, durch welches Stahlbad an Vorurteilen und Getuscheln die Angehörigen gehen müßten und wie mit dem Andenken an die Verstorbenen umgegangen würde, wenn auf diese Weise bekannt würde, was so offenkundig begründet verschwiegen werden muß. Ist das nicht Anlaß zur Veränderung, zu mehr Offenheit, zu mehr Bewußtsein, zur Einsicht, daß Krankheit und Schuld unvereinbare Kategorien sind und daß Mensch sein und fehlsam handeln, das gleiche bedeutet?

Ich sehe auch hier die Politik in der Pflicht. Wir müssen Befangenheit abbauen. Wie aufgeklärt und verständnisvoll geben wir uns, wenn es um die Rock Hudson's und die Freddy Mercury's geht. Aber um die hat es verantwortungsvoller Politik in erster Linie gerade nicht zu gehen. Ihre Adressaten lauten doch Fritz Müller oder Anna Schulze, für sie ist sie da, ihnen muß sie Hilfe bieten.

Was aber tut Politik, wo leistet sie konkrete Hilfe? Ich sehe wenig. Ich sehe Stiftungen, die sich in verdienstvoller Weise der sozialen Probleme der Kranken und Infizierten annehmen! Das ist begrüßenswertes bürgerschaftliches Engagement. Aber kann es die Antwort eines Sozialstaates sein, notwendige soziale Hilfen für Benachteiligte, in Not Geratene oder Kranke Stiftungen zu überlassen oder – schlimmer noch – sie dahin abzu-drängen? Doch wohl nicht, obwohl ich – ohne parteipolitisch werden zu wollen – anmerken muß, daß diese Tendenz in der gesellschaftspolitischen Linie der derzeitigen politischen Mehrheit liegt. Und ein wenig beklommen muß ich anfügen: Hoffentlich nur dort!

Stiftungspolitik ist kein Ersatz für Sozialpolitik, so sinnvoll die Arbeit der Stiftungen ein soziales Angebot auch zu ergänzen vermögen. Aber sie ergänzt es eben nur! Prüfen wir also, ob das bereitstehende Angebot an sozialen Hilfen für Betroffene dem entspricht, was notwendig ist. Aber prüfen wir nicht nur, sondern ziehen wir endlich die Konsequenzen aus den Lücken in diesem Angebot und schließen sie!

Im Vorwege zu dieser Veranstaltung hatte mir die Friedrich-Ebert-Stiftung mitgeteilt, daß eine große Zahl der hier Anwesenden aus den Geschäftsführungen der Krankenkassen kommt. Ich begrüße das und will mit dem, was ich an Kritik anzufügen habe, nicht wie jene Pastoren handeln, die in ihren Gottesdiensten mit denen schimpfen, die gekommen sind, aber in Wirklichkeit die meinen, die nicht da sind.

Ich will die anwesenden Krankenkassenvertreter vielmehr fragen, wann sie sich in den letzten zehn Jahren in ihren jeweiligen Selbstverwaltungsorganen mit dem Thema AIDS unter gesundheits- und sozialpolitischen Aspekten – und das heißt ausdrücklich nicht unter Kostenaspekten – befaßt haben?

Ich will Sie fragen, wann sie sich das letzte mal mit den Aufgaben der Krankenkassen im Zusammenhang mit der Bekämpfung von HIV-Infektionen und AIDS – soweit sie über die reine Leistungsgewährung im Krankheitsfall hinausgehen – beschäftigt haben. Wann haben sie die Aktivitäten ihrer Kasse unter präventivem oder im sozialpolitischen Blickwinkel in diesem Themenfeld festgelegt, diskutiert oder überprüft? War es in den letzten zehn Jahren einmal, oder gar zweimal oder hat das vielleicht überhaupt nicht stattgefunden? Eine öffentliche Antwort auf diese Frage ist nicht erforderlich, nur eine kritische an sich selbst.

Meine Anmerkung dient auch nicht der Beschimpfung, sondern ist als Bitte gemeint, zukünftig mitzuarbeiten. Als Bitte, sich diesem Thema zu öffnen und sich an der öffentlichen Diskussion intensiv zu beteiligen. Ich halte es für undenkbar, daß die bei weitem größte gesundheitspolitische Organisation – und das ist die gesetzliche Krankenversicherung – die doch für ihre Patienten und Mitglieder da ist, sich ihren Aufgaben, ja ihren Pflichten in diesem Bereich so beharrlich entzieht.

Ich kenne die Zusammensetzung der Selbstverwaltungsgremien, ich weiß um die Reaktionen, die man erntet, wenn man dieses Thema anspricht. Sie sind klassisches Spiegelbild der allgemeinen gesellschaftlichen Befangenheit, manchmal sogar des Widerwillens hierzu. Aber das muß sich ändern und dazu will ich aufrufen.

Wer den Kampf gegen AIDS nicht nur als gesundheitspolitische, sondern vor allem als gesellschaftspolitische Aufgabe begreift, dem wird sehr schnell klar, daß für dessen Erfolg die praktische Anwendung des Prinzips der individuellen wie gesellschaftlichen Solidarität unabweisbar notwendig ist. Wer sich – sei es als Politiker, sei es als sozial Engagierter – mit den sozialen Problemen, den Nöten und Sorgen der Menschen beschäftigt, wer also Sozialpolitik betreibt, für den ist Solidarität ein Wert, ohne den eine Gesellschaft nicht existieren kann.

Er würde sich jedoch selbst betrügen, würde er annehmen, darüber bestünde noch gesellschaftlicher Konsens. Die Wahrheit ist: Diese Zeiten sind vorbei. Und alle, die der Solidarität bedürfen – also auch die HIV-Infizierten und AIDS-Kranken – spüren das oder bekommen es zu spüren. Solidarität gilt heute als etwas Altmodisches, eher in die Vergangenheit gerichtet, denn auf die Zukunft zielend. Die öffentliche Abwertung dessen, was Solidarität ausmacht und im gesellschaftlichen Zusammenleben vom Einzelnen verlangt, mag man bedauern, gleichwohl ist sie Realität. Dies zu verändern, ist notwendig, wenn auch ungewöhnlich schwierig.

Seit mehr als einem Jahrzehnt werden zentrale gesellschaftliche Werte, die die Qualität unseres Zusammenlebens zuvor maßgeblich geprägt haben, gezielt in Mißkredit gebracht. Gemeinsinn, Solidarität, Mitmenschlichkeit, soziale Gerechtigkeit – elementare Werte einer humanen Gesellschaft sind ins Abseits geraten durch eine Politik, die die Saldierung der Vorteile jedes einzelnen zum Maßstab für den Fortschritt der Gesamtheit macht. Indem der einzelne seinen Vorteil gezielt verwirkliche, so redet man uns

ein, trüge er optimal zum Fortschritt der Gemeinschaft bei. Ich frage: Kann man eigentlich bedenkenloser an den wirtschaftlichen und sozialen Egoismus des einzelnen appellieren und die Ellenbogengesellschaft predigen, als mit dieser gesellschaftlichen Philosophie? Kann man gezielter die Interessen derjenigen, die der Hilfe bedürfen, beiseite fegen?

Und auf das heutige Thema bezogen die Frage: Wo läge denn wohl der Vorteil des HIV-Infizierten oder AIDS-Kranken, den es zu verwirklichen gilt? Vor allem aber, wie sollte er ihn selbst verwirklichen? Diese Philosophie mag man in Proseminaren diskutieren und beleuchten, aber als praktische gesellschaftspolitische Nutzenanwendung ist sie pervers.

Die Politik, die nach diesem Strickmuster betrieben wird, hat sich tief in das Bewußtsein der Menschen eingegraben, übrigens bis weit in jene Kreise, die meiner Partei nahestehen. Die Ergebnisse einer solchen Politik der gesellschaftspolitischen Umwertung der Werte hinterläßt die Menschen ratlos und desorientiert und die, die Hilfe brauchen allein und hilflos. Wie soll auf einem solchen Nährboden in gesellschaftlichen Mehrheiten die Einsicht für die Notwendigkeit der Hilfe für Benachteiligte oder Minderheiten wachsen?

Wenn ausgerechnet jene, die einer solchen Politik anhängen, heute beklagen, kaum einer sei mehr bereit, für dieses Land oder seine Mitbürger etwas zu tun, Gemeinsinn, Solidarität und Hilfsbereitschaft seien verkümmert, dann muß ihnen entgegen gehalten werden, die Menschen verhalten sich so, wie sie selbst es ihnen immer wieder gepredigt, schlimmer noch, es ihnen Mal für Mal vorgelebt haben. Man kann nicht folgenlos den ökonomischen und sozialen Egoismus politisch prämiieren und sich hinterher wundern, daß vielen Menschen zum Stichwort Solidarität nichts mehr einfällt. Dabei ist Solidarität eigentlich jener zentrale Wert, der unsere gesellschaftliche Ordnung maßgeblich prägen sollte, aber de facto immer weniger prägt. Es ist jener Wert, der den Staat zum Sozialstaat macht.

Es liegt auf der Hand: Der Begriff Sozialstaat löst heute durchaus unterschiedliche Assoziationen aus. Die einen verbinden mit ihm eher Befürchtungen, verstehen ihn eher als Hindernis bei der notwendigen dynamischen Weiterentwicklung von Wirtschaft und Gesellschaft, bringen ihn in Zusammenhang mit Inflexibilität, Beharrungsvermögen und Gleichmacherei. Die anderen verbinden mit ihm Hoffnungen, sehen in ihm Schutz vor Un-

gerechtigkeit und Überforderung, erwarten von ihm entscheidende Hilfen in Notlagen.

Es klingt doppelt paradox, aber in Wahrheit ist er beides und beides zugleich auch nicht. Der Sozialstaat will verhindern, daß die gesellschaftliche Wertordnung ins ausschließlich Ökonomische mißbrät, daß wirtschaftlicher Erfolg vorrangiger Maßstab für das Urteil über gesellschaftlichen Erfolg wird, oder schlimmer noch, der Wert eines Menschen für die Gesellschaft nur noch in „Cash“ gemessen wird. Ich bringe es zynisch auf den Punkt: Welchen Wert hat für eine solche Philosophie wohl ein AIDS-Kranker in „Cash“?

Der Sozialstaat sichert jenen Gruppen die volle und gleichberechtigte gesellschaftliche Teilhabe, die dies aufgrund fehlender eigener ökonomischer und finanzieller Durchsetzungsfähigkeit nicht können. Es ist die Pflicht verantwortungsbewußter Politik, für diesen Gedanken zu werben.

Wir brauchen einen breiten gesellschaftlichen Dialog zum Thema Solidarität. Den muß Politik initiieren. Sie muß für den Gedanken werben, daß Solidarität nur funktionieren kann, wenn sie nicht nur empfangen, sondern geleistet wird. Nur die Re-Solidarisierung unserer Gesellschaft wird es ermöglichen, besondere soziale Projekte zu fördern und den von dieser Förderung Abhängigen einen gleichberechtigten Platz zu geben. Der Kampf gegen AIDS ist ein solch besonderes Projekt.

Das alles mag reichlich theoretisch klingen; aber man kann an Beispielen belegen, wie konkret, ja wie handfest das im einzelnen für die Betroffenen werden kann.

Beispiel 1:

Es ist erwiesen, daß die Infektion mit dem HIV in aller Regel im Wege des sexuellen Kontaktes erfolgt. AIDS ist also eine vor allem sexuell übertragbare Krankheit. Die logische Konsequenz daraus ist, daß das Infektionsrisiko bezogen auf das menschliche Lebensalter dann am höchsten ist, wenn die sexuelle Aktivität am größten ist, also in jungen und jüngeren Jahren. Bei Infizierten und Erkrankten handelt es sich daher in aller Regel um junge Menschen.

Was bietet unsere Gesellschaft diesen jungen infizierten oder bereits erkrankten Menschen an, wenn sie nicht mehr in der Lage sind, ihrem Brot-

erwerb nachzugehen? Der sozialversicherungsrechtliche korrekte Hinweis auf eine Erwerbs- oder Berufsunfähigkeitsrente kann es ja wohl nicht sein, denn die ist angesichts des bisher zurückgelegten Berufslebens minimal. Die bisherige Antwort der Gesellschaft lautete demzufolge also: Sozialhilfe! Ich frage: Ist das die angemessene Antwort einer Gesellschaft, die sich solidarisch nennt? Ich meine nein!

Beispiel 2:

Es ist das tagtägliche Schicksal von Betroffenen, daß ihre Arbeitgeber – sollte ihnen die HIV-Infektion bekannt werden – mit einer Kündigung reagieren. Dieser Kündigung müssen noch nicht einmal rückständige gesellschaftspolitische Ansichten zugrunde liegen – sie wären nämlich kein Kündigungsgrund –, sondern es reichen rein betriebswirtschaftlich kalkulatorische Überlegungen im Hinblick auf die zukünftige Verfügbarkeit der Arbeitskraft des Betroffenen, um einen Kündigungsgrund an den Haaren herbeizuziehen. Aller Erfahrung nach endet dies trotz Arbeitsgerichtsbarkeit früher oder später in einer tatsächlichen Beendigung des Arbeitsverhältnisses. Ist die Aussteuerung aus dem Berufsleben oder – in noch infamerer Sprache – die Freisetzung die adäquate Reaktion einer solidarischen Gesellschaft auf eine Ausnahmesituation, in die eines ihrer Mitglieder geraten ist? Auch hier glaube ich nein!

Beispiel 3:

Es gehört wohl auch nicht zu den Ausnahmetatbeständen von HIV-Infizierten oder akut an AIDS Erkrankten, daß ihnen die Wohnung gekündigt wird – aus welchem konstruiertem Grund auch immer. Dem folgt über kurz oder lang dann auch der tatsächliche Verlust der Wohnung. Die Rückkehr ins Elternhaus, die Übersiedlung zu Freunden oder Verwandten ist in vielen Fällen nicht möglich. Der Betroffene steht vor dem Nichts. Ist das eine angemessene Antwort eines Sozialstaates? Doch wohl auch hier: Nein!

Ohne selbst erarbeitetes Einkommen, ohne Beruf, ohne Wohnung und ein womöglich bitteres Ende vor Augen, das ist heute ein Faktum, das tausendfach die Lebenswirklichkeit von Menschen darstellt! Hat der AIDS-Kranke denn nicht recht, der feststellt: „Ich bin schon bei lebendigem Leibe tot, ich brauche nicht mehr zu sterben?“

Das waren nur drei Beispiele prinzipieller Art. Ich bin sicher, viele der hier Anwesenden können die Zahl dieser Beispiele beliebig verlängern. Wollen wir also immer noch zulassen, daß die HIV-Infektion oder die Erkrankung an AIDS zuallererst als medizinisches Problem betrachtet wird? Glauben wir immer noch, die Probleme der Betroffenen wären zu lösen, ohne eine Revitalisierung des Solidaritätsgedankens? Glauben wir immer noch, die Politik könnte im Umgang mit dem **sozialen** Problem AIDS – das gibt es nämlich tatsächlich – das gleiche tun wie bisher: Wegsehen und weghören?

Natürlich ist es öffentlichkeitswirksamer für Politiker, sich mit prominenten Wissenschaftlern und Fachleuten in der Öffentlichkeit auf der Jagd nach dem Virus, nach Arzneimitteln oder Impfstoffen zu präsentieren, als dem Mitbürger X oder der Mitbürgerin Y den Arbeitsplatz zu erhalten oder dafür zu sorgen, daß sie weiterhin eine Wohnung haben. Aber um der Menschen Willen muß doch erst das Eine kommen und dann das Andere, auch wenn gleichermaßen beides notwendig ist.

Ich will nicht richten oder die Verhaltensweisen anderer Menschen abqualifizieren. Aber ein Beispiel aus den Vereinigten Staaten, daß dort offenkundig Gang und Gäbe ist, macht mich nachdenklich. Dort hat sich für windige und geschäftstüchtige Zeitgenossen ein neues Geschäftsfeld eröffnet. Sie kaufen HIV-Infizierten oder AIDS-Kranken, die in gleicher Weise unter Arbeitsplatz und Wohnungsverlust leiden, wie ihre deutschen Schicksalsgenossen, die Lebensversicherungspolice ab. Da geht eine Lebensversicherung über 50.000 oder 100.000 Dollar schon einmal für 10.000 oder 15.000 Dollar über den Tisch. So sehr ich die Betroffenen, die Kranken oder Infizierten in ihrem Motiv verstehe, so sehr mißbillige ich die Schamlosigkeit, mit der andere ihre Notlage hemmungslos ausnützen.

Ich habe keinen Überblick darüber, ob diese Zustände in Deutschland mittlerweile auch eingerissen sind. Aber eines weiß ich: Weit kann der Zug der Hemmungslosen nicht mehr entfernt sein. Ich frage mich als Politiker, ob es eine Möglichkeit gibt, vorbeugend zu helfen und den Betroffenen unter Berücksichtigung ihrer Motive eine angemessene Lösung anzubieten. Auch hier werden Antworten nötig sein.

Nun bin ich sicher, in der Diskussion gleich im Anschluß wird der eine oder andere von Ihnen die kritische Anmerkung machen, das sei ja alles

gut und richtig, ich hätte eine Reihe von Problemen aufgezeigt, die gelöst werden müßten, aber so ganz konkret hätte ich keine Lösung für die einzelnen Probleme angeboten.

Richtig, das habe ich auch nicht. Ich weiß auch noch keine! Aber ich weiß, daß sich Politik nach langen Jahren endlich in Gang setzen muß, um gemeinsam mit den Beteiligten, den Betroffenen und ihren Angehörigen zu Lösungen zu kommen. Verstehen Sie also bitte meine Ausführungen als Aufruf zum Dialog, gemeinsam etwas zustande zu bringen.

Erlauben Sie mir zum Abschluß meiner Einführung auf einen gesundheitspolitischen Aspekt einzugehen der mir erhebliche Sorge macht. Ich sehe viele Gesichter in diesem Raum, die ich aus der Zeit des gemeinsamen Kampfes gegen einen repressiven Politikansatz im Zusammenhang mit der Bekämpfung von AIDS und der HIV-Infektion noch kenne. So lange ist die Zeit der „Gauweilereien“ ja noch nicht vorbei. Gleichwohl haben viele Beteiligte dafür gesorgt, daß dieser repressive Politikansatz nicht verfolgt wurde. Herr Gauweiler und seine politischen Adlaten sind mit ihrem Vorstoß gescheitert.

Aber noch eins gilt es in diesem Zusammenhang in Erinnerung zu rufen. Unsere gemeinsame Linie damals, über Aufklärung und konkrete verhaltensbezogene Hilfen Verhaltensänderungen bei den Menschen zu bewirken, hat für mich in einem erstaunlichen Umfang zum Erfolg geführt. Es war der einzig mögliche Weg.

Dieser Erfolg, der bezogen auf die einzelnen betroffenen Gruppen durchaus auch unterschiedlich ist, darf uns nicht dazu verleiten, in unseren Bemühungen nachzulassen. Mit großer Sorge beobachte ich, daß infektions-trächtige, ungeschützte sexuelle Kontakte, zumal unter Jüngeren, bedrohlich zunehmen. Nicht nur in den Vereinigten Staaten, auch in Deutschland bestätigen dies alle Fachleute.

Es mag ja richtig sein, daß den Jungen heute das gesellschaftspolitische Schockerlebnis des erstmaligen Auftretens von AIDS zu Beginn der achtziger Jahre als Erfahrungshorizont fehlt, der schließlich die durchgreifende Verhaltensänderung bewirkt hat. Das allerdings kann ich allenfalls als den Versuch einer Erklärung akzeptieren, denn die heutige Generation ist mit der Gefahr einer HIV-Infektion aufgewachsen und ist darüber in der Regel informiert worden – vom Fernsehen bis zur Schule. Für sie war die

HIV-Infektion, für sie war AIDS bereits gesellschaftspolitische Realität. Auch sie also haben ihren Erfahrungshorizont.

Ich meine, die bedrückende Entwicklung, die sich da abzeichnet, sollten wir zu gemeinsamen Überlegungen nutzen und prüfen wie dem entgegen-gewirkt werden kann. Die Linie dabei muß damals wie heute sein: Prävention durch Aufklärung und verhaltensbezogene Hilfe, Prävention gruppenspezifisch unterschiedlich und gezielt.

Ich bin mir sicher: Wir brauchen ein neues Konzept, das der veränderten Ausgangslage Rechnung trägt. Politik jedenfalls wird den daraus entstehenden Verpflichtungen nicht gerecht, indem sie die für AIDS-Aufklärung und Vorbeugung zu Verfügung stehenden Finanzmittel kürzt, wie das in den letzten Jahren bedauerlicherweise üblich geworden ist. Sie wird ihnen auch nicht gerecht, indem sie die in diesem Bereich tätigen Initiativen und Gruppen gängelt. Auch hier also ist ein Umdenken erforderlich.

Mein Appell gilt allen Beteiligten und Betroffenen. Der Kampf gegen die HIV-Infektion und gegen AIDS muß intensiviert werden. Wir müssen politisch neu Maß nehmen, wir brauchen einen neuen Anlauf. Und mit diesen Anläufen in der Politik ist es genauso wie mit den Anläufen im Sport: Sie beginnen im Kopf! Lassen Sie uns diesen also nutzen und in einem neu zu eröffnenden Dialog zu neuen Überlegungen kommen.

Ulrich Markus

Zum Stand der HIV-/AIDS-Epidemie in Deutschland

Wenn man die Ausbreitungsdynamik von HIV verstehen will, muß man Informationen über bestimmte biologische Vorgänge bei einer HIV-Infektion besitzen. Die HIV-Infektion ist eine Infektionserkrankung mit ungewöhnlich langen Inkubationszeiten. Eine ernsthafte Erkrankung entwickelt sich meist nicht eher als sieben bis 10 Jahre nach einer Infektion. Die Infektiosität, d.h. die Wahrscheinlichkeit, daß die Infektion auf eine andere Person übertragen werden kann, ist im Verlauf einer Infektion keineswegs konstant. Sie nimmt auch nicht einfach nur stetig zu. Sie ist sehr hoch in einem kurzen Zeitraum von wenigen Wochen bis wenigen Monaten nach der Infektion, fällt dann steil ab und bleibt im allgemeinen lange Zeit sehr niedrig. Schließlich steigt die Infektiosität zum Ausbruch der Erkrankung hin wieder an (siehe Abb. 1). Die Unterschiede zwischen den verschiedenen Phasen betragen gut und gerne zwei bis drei Zehnerpotenzen (Infektionswahrscheinlichkeiten bei ungeschütztem Geschlechtsverkehr zwischen ca. 1:3 bis 1:10.000).

Das bedeutet, daß die erste Phase hoher Infektiosität eine entscheidende Rolle für die Ausbreitungsgeschwindigkeit hat. Bei Personen, die innerhalb relativ kurzer Zeiträume mehrere Sexualpartner oder Spritzen-tauschpartner haben, kann sich die HIV-Infektion rasend schnell ausbreiten. Solange eine frischinfizierte Person jedoch in diesen paar Wochen ihren Sexualpartner nicht wechselt oder keinen anderen hat, ist die Infektionskette erst einmal abgebrochen. HIV wird sich folglich besonders gut in einer Umgebung ausbreiten, in der ungeschützte Sexualkontakte mit wechselnden Partnern in schneller Frequenz erfolgen. In einem Ambiente, in dem die Zeitabstände zwischen verschiedenen Partnern länger als ein halbes Jahr sind, ist die Ausbreitungsgeschwindigkeit dagegen sehr viel langsamer. Falls nicht besondere, übertragungsbegünstigende Faktoren hinzukommen vermutlich sogar so langsam, daß sich eine eigenständige Epidemie gar nicht entwickeln kann.

Eine weitere Konsequenz ist, daß Präventionskonzepte, die sich in erster Linie auf die HIV-Antikörpertestung stützen, diese schnelle Form der

HIV-Ausbreitung schon allein aus technischen Gründen nicht wesentlich beeinflussen, ungünstigstenfalls sogar beschleunigen könnten.

Lassen Sie uns jetzt einen Blick auf die epidemiologischen Zahlen in der Bundesrepublik Deutschland werfen.

Zunächst die Zahlen des AIDS-Fallregisters: das AIDS-Fallregister ist, was die Verlässlichkeit der erhobenen Daten angeht, das aussagefähigste Instrument der epidemiologischen Erfassung. Natürlich weiß man, daß diese Daten nicht ganz vollständig sind, aber ein noch vollständigeres Register würde vermutlich nicht viel zur Lösung der Frage beitragen, wie man mit dem ganzen Problem umgehen soll.

Ein Blick auf den zeitlichen Verlauf der AIDS-Fallmeldungen (Abb. 2) zeigt in den ersten Jahren einen steilen Anstieg, seit etwa 1989/90 steigt die Zahl der jährlich neu diagnostizierten AIDS-Erkrankungen aber nur noch sehr langsam an. Wenn man davon ausgeht, daß es keine dramatischen Änderungen der „Meldedisziplin“ gibt – und dafür gibt es derzeit keine Anhaltspunkte – ist dies ein Hinweis darauf, daß wir uns in Deutschland auf eine endemische Situation zubewegen, d.h. die Zahl der Neuinfektionen nähert sich der Zahl der Erkrankungs- bzw. Todesfälle, und das wiederum heißt die Zahl der aktuell lebenden Infizierten bleibt annähernd gleich. Was die Infektionsrisiken angeht (Abb. 3), gibt es keine dramatischen Verschiebungen, aber es gibt Verschiebungen: der Anteil der homo- bzw. bisexuellen Männer geht leicht zurück, die Epidemie bei Drogengebern begann zeitlich etwas später, ihr Anteil scheint sich in den letzten Jahren aber nicht mehr wesentlich zu verändern. Erwartungsgemäß geht der Anteil der durch Blut und Blutprodukte infizierten Personen allmählich zurück, da hier nach 1985 nur noch vereinzelt Neuinfektionen stattgefunden haben. Die Entwicklung in dieser Gruppe spricht im übrigen dagegen, daß es noch eine große Zahl nicht diagnostizierter Infektionen auf Grund von Behandlungen mit Blut und Blutprodukten gibt. Sowohl der Anteil der auf heterosexuellem Wege infizierten Personen, als auch der Personen aus den sog. Pattern II-Regionen steigt allmählich an. Mutter-Kind-Übertragungen spielen epidemiologisch gesehen eine untergeordnete Rolle.

Wenn man die Infektionsrisiken getrennt nach Geschlechtern analysiert, zeigen sich natürlich deutliche Unterschiede. Besonders deutlich ist die Zunahme der auf heterosexuellem Wege übertragenen Infektionen bei

Frauen (Abb. 4 und 5). Betrachtet man die heterosexuell erworbenen Infektionen gesondert nach dem Infektionsrisiko des Partners, so fällt zunächst der hohe Anteil der Personen auf, bei denen dazu keine Angaben vorliegen. Der Anteil derer, deren Partner sich selbst auch auf heterosexuellem Wege infiziert hat, ist verhältnismäßig klein. Zunehmende Bedeutung gewinnen Infektionen bei Sexualkontakten mit Personen aus Pattern II-Regionen.

Wenn man sich die regionale Verteilung ansieht (Abb. 6), muß man konstatieren, daß die HIV-Epidemie sich weitgehend auf die Großstädte bzw. Ballungsräume konzentriert. Im Zeitverlauf (hier nicht gezeigt) gibt es dabei auch kaum Veränderungen.

Der große Nachteil des AIDS-Fallregisters ist, daß sich in ihm lediglich das Infektionsgeschehen von vor sieben bis 10 Jahren widerspiegelt. Die Datenlage über das aktuelle Infektionsgeschehen ist weitaus interpretationsbedürftiger. Wir haben zwar eine Laborberichtsspflicht, d.h. jede HIV-positiv getestete Blutprobe wird gemeldet, aber niemand weiß genau, wieviele Personen getestet werden. Niedergelassene Ärzte geben an, daß ihre HIV-Patienten im Durchschnitt dreimal getestet werden. Der Zeitpunkt der Diagnose einer Infektion sagt nichts über den Zeitpunkt der Infektion. Die Angaben zu möglichen Infektionswegen und -risiken sind auf den Meldebögen sehr lückenhaft und Rückfragen oder Kontrollen der Angaben sehr aufwendig (Abb. 7). Allerdings gibt es auch noch Angaben von Beobachtern „vor Ort“, d.h. von Ärzten, Beratungsstellen, Kliniken und Ambulanzen über die Zusammensetzung ihres Klientels. Man kann also trotz aller Ungenauigkeiten in gewissen Grenzen doch noch verhältnismäßig aktuell die Trends im Infektionsgeschehen einschätzen. Dabei muß man natürlich berücksichtigen, daß wir über diese Beobachtung vor Ort eben auch nur die beobachten, die dort auftauchen. Abbildung 8 gibt Ihnen einen Eindruck davon, daß es dabei durchaus zu Verzerrungen kommen kann, da sich nicht alle Gruppen im selben Ausmaß testen lassen. Aber nur wenn sich Personengruppen geschlossen oder zu einem großen Teil gar nicht testen lassen würden, würde man auch Entwicklungstendenzen nicht erkennen können. Ein Beispiel, wo dies zu berücksichtigen ist, sind „Sextouristen“. Eine Verdoppelung oder Verdreifachung der Zahl der jährlichen HIV-Neuinfektionen in dieser weder sozial noch geographisch eingrenzbarer Personengruppe würde vermutlich erst mit längerer Verzö-

gerung erkannt werden können. Vergleichbar schwer zu beurteilen ist die Entwicklung in Teilbereichen des Prostitutionssektors vor allem auf Seite der Freier.

Über die „Allgemeinbevölkerung“ liegen hingegen durch das Blutspender-screening und die AUT-Untersuchungen bei Neugeborenen verhältnismäßig gute Daten vor. Das Problem ist jedoch, daß Teilgruppen der „Allgemeinbevölkerung“ wie z.B. Freier, „Sextouristen“, bisexuelle Männer, „promiscke Heterosexuelle“, Jugendliche in der Techno-Szene o.ä. in solchen Erhebungen so weit ausgedünnt sind, daß selbst dramatische Änderungen des Infektionsgeschehens in solchen Gruppen nicht unbedingt sofort auffallen würden. Man ist daher gut beraten, ein wachsames Auge darauf zu haben, ob sich in bestimmten Bereichen der Gesellschaft sexuelle Netzwerke ausbilden, in denen über rasche Partnerwechsel und hohe Raten ungeschützter Kontakte eine größere Zahl von Personen miteinander in Verbindung stehen. Derartige Informationen kann man z.T. über sozialwissenschaftliche Untersuchungen und z.T. über ein Monitoring von Geschlechtskrankheiten erhalten, welche weiter verbreitet sind als HIV (z.B. Gonorrhoe).

Im Augenblick gibt es keine Hinweise darauf, daß HIV sich in einem derartigen Milieu rasch ausbreiten würde. Die aktuelle Situation scheint gekennzeichnet durch eine relativ stabile Zahl von jährlichen Neuinfektionen (2.000 – 3.000/Jahr), wobei die Mehrzahl dieser Infektionen sich weiterhin bei schwulen Männern und Drogengebern ereignen. Daß diese Gruppen trotz der erstaunlichen Verhaltensänderungen noch immer am stärksten betroffen sind, liegt zum einen an der hohen HIV-Prävalenz (in Großstädten sind ca. 10% der zur „Szene“ zu rechnenden schwulen Männer mit HIV infiziert, ca. 20% der i.v. Drogengebern), zum anderen an einer Reihe struktureller, sozialer und politischer Faktoren. Obwohl also ein bedeutend größerer Teil der schwulen Männer bedeutend öfter als heterosexuelle Männer und Frauen Kondome benutzen, beträgt das individuelle Infektionsrisiko eines durchschnittlichen schwulen Mannes in einer deutschen Großstadt ein vielfaches des Risikos seiner heterosexuellen Altersgenossen.

Im Unterschied zur Anfangsphase der HIV-Epidemie findet heute jedoch ein großer Anteil der Infektionen innerhalb fester Partnerschaften statt, was für die Prävention außerordentlich erschwerend ist. Auch bei Dro-

gengebern dürfte ein nicht unerheblicher Teil der Infektionen mittlerweile auf sexuellem Wege innerhalb von Partnerschaften übertragen werden, was sich in den Statistiken so nicht widerspiegelt. Auch muß berücksichtigt werden, daß immer mehr Personen, die sich in der Anfangsphase der Epidemie infiziert haben, jetzt in die Phase der Infektion gelangen, in der Viruskonzentration und Infektiosität wieder zunehmen.

Diese aktuellen Probleme der Prävention reflektieren allerdings, das darf man nicht vergessen, den Erfolg der AIDS-Präventionsbemühungen in Deutschland. Wenn bei anonymen oder flüchtigen Sexualkontakten auf penetrierende Sexualpraktiken verzichtet wird oder überwiegend Kondome verwendet werden und wenn Drogengebern auf die gemeinsame Verwendung von Spritzen verzichten (können), so muß zwangsläufig der Anteil der Neuinfektionen in den schwerer den Präventionsgeböten zu unterwerfenden festen Partnerschaften zunehmen.

Eine häufig gestellte Frage ist, warum es in Deutschland nicht zu der Mitte der achtziger Jahre prognostizierten raschen Ausbreitung von HIV gekommen ist. Einen der Gründe habe ich bereits zu Beginn angerissen: Die ersten serologischen Untersuchungen 1984/85 fielen in die Phase der raschen Ausbreitung von HIV, in der die Zahl der hoch infektiösen frisch infizierten Personen relativ groß war. Folgerichtig entstand der Eindruck, daß HIV ein hochinfektiöses, sich außerordentlich rasch ausbreitendes Virus sei. Daß dieser Eindruck nur die eine Seite der Medaille war, wußte damals noch niemand. Ein weiterer Grund sind die seinerzeit rasch einsetzenden Verhaltensänderungen. Die zunächst erfolgende Reduktion der Partnerzahlen und die zunehmende Verwendung von Kondomen trugen beide dazu bei, daß in der am stärksten gefährdeten Gruppe der schwulen Männer in den Ballungszentren die Phase der explosiven Ausbreitung von HIV sehr viel früher als in den USA und auch deutlich früher als z.B. in Frankreich in die Phase einer langsamen Ausbreitung übergehen konnte.

So gesehen war die Reaktion der verantwortlichen Politiker, des öffentlichen Gesundheitswesens und der hauptbetroffenen gesellschaftlichen Gruppen auf die AIDS-Gefahr in der Bundesrepublik Deutschland bemerkenswert schnell, vernünftig und wirkungsvoll, was sich gerade auch im Vergleich mit anderen Ländern zeigt (Abb. 9: kumulierte Inzidenzen im europäischen Vergleich; Abb. 10: Inzidenzen 1993 im Vergleich; Abb. 11: zeitliche Entwicklung der Infektionsrisiken in Europa). Damit soll nicht in

Abrede gestellt werden, daß es in bestimmten Bereichen, wie z.B. bei der Sicherheit von Blut und Blutprodukten, vermeidbare Versäumnisse gegeben hat. Dieser Bereich hat aber für die Entwicklung der HIV/AIDS-Epidemie in Deutschland nur eine geringe Bedeutung. Versäumnisse und Verzögerungen bei der Prävention der sexuellen Übertragung und der Übertragung durch Spritzentausch führen epidemiologisch gesehen zu viel nachhaltigeren Folgen. Dies ist ein Aspekt der in der öffentlichen Diskussion und der politischen Debatte oftmals zu kurz kommt.

Abbildung 1: A schematic summary of the time course of antigen levels after infection with HIV (6-9)

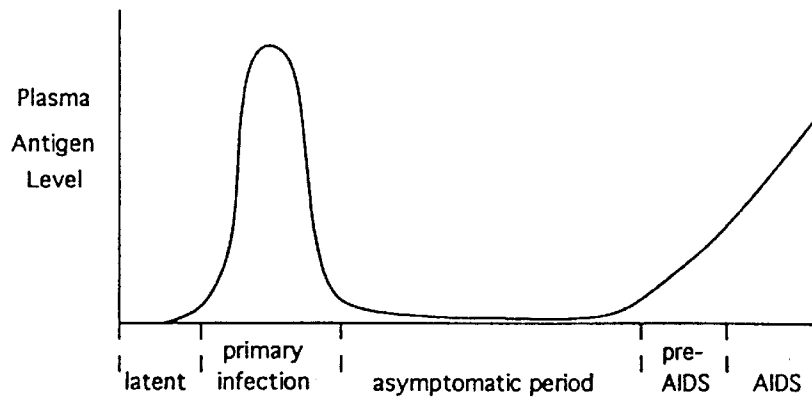
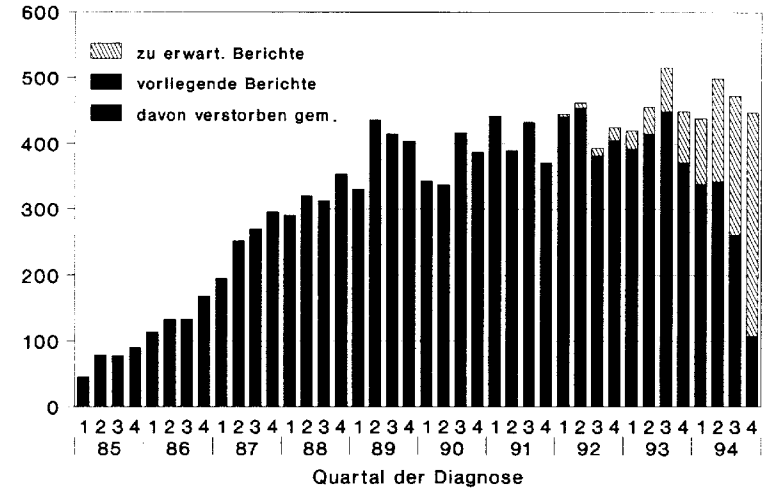


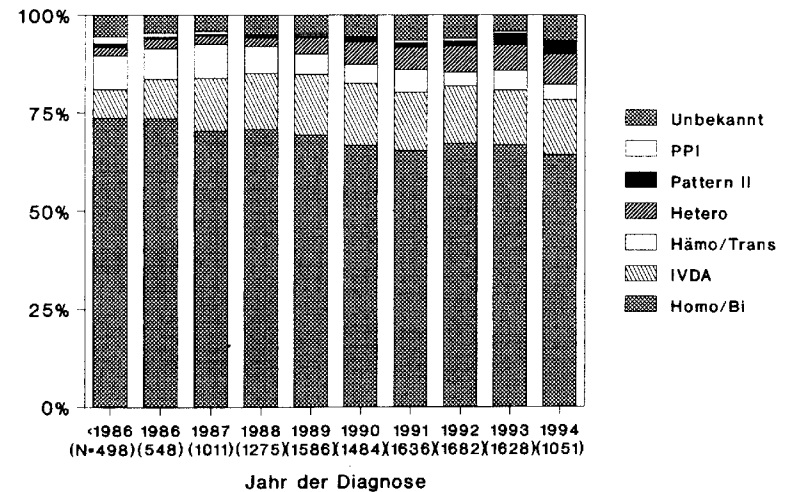
Abbildung 2: AIDS in der Bundesrepublik
Verteilung nach Quartal der Diagnose



Di 4 (Q)

AIDS-Zentrum / RKI 12/94

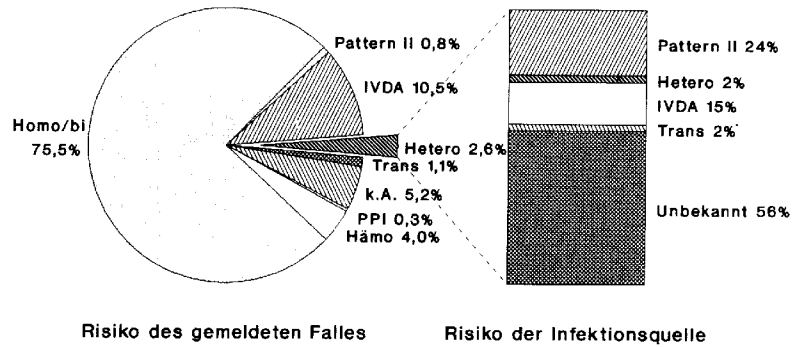
Abbildung 3: AIDS in der Bundesrepublik
Verteilung nach Infektionsrisiko



Di 8 (Q)

AIDS-Zentrum / RKI 12/94

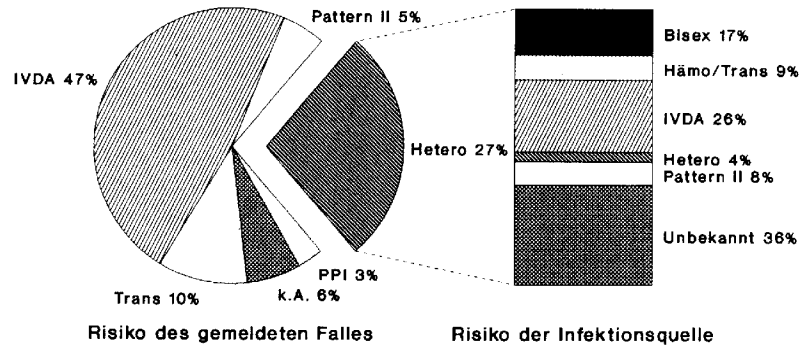
Abbildung 4: AIDS-Fälle – Männer
(N = 11168; 90,2% aller Fälle)



Di 9 (Q)

AIDS-Zentrum / RKI 12/94

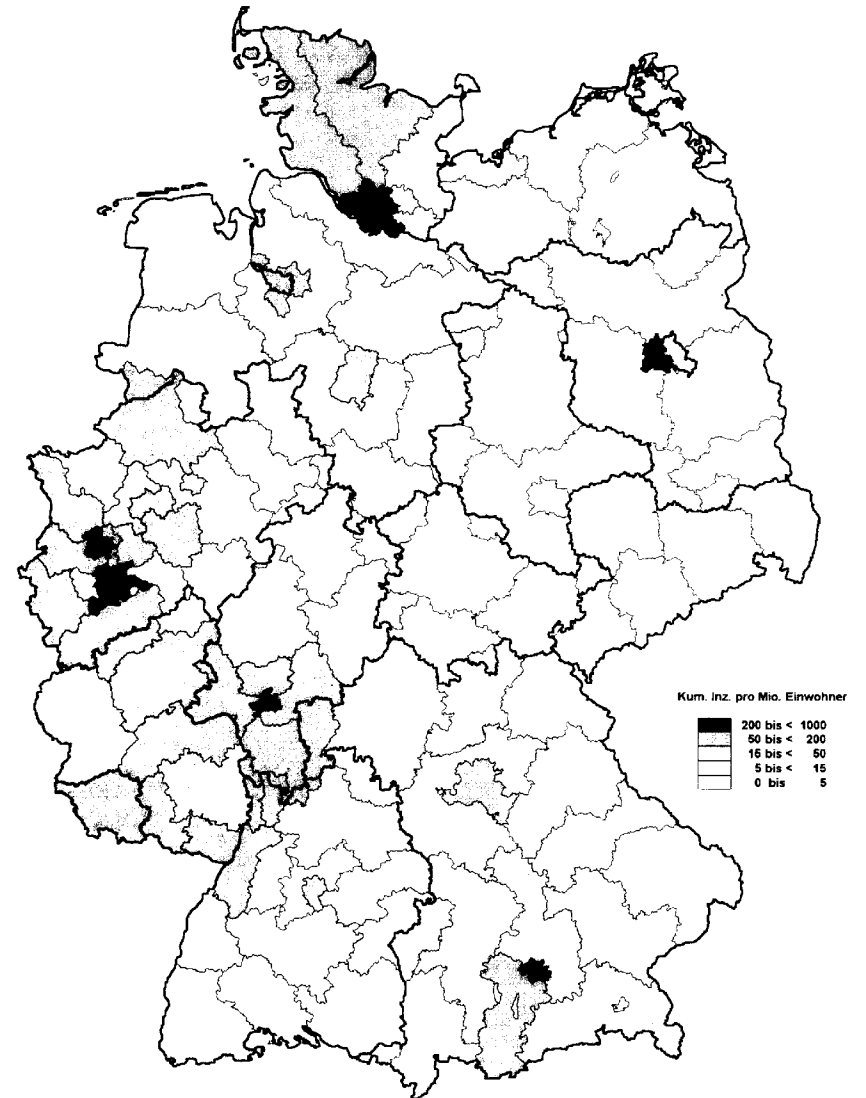
Abbildung 5: AIDS-Fälle – Frauen
(N = 1211; 9,8% aller Fälle)



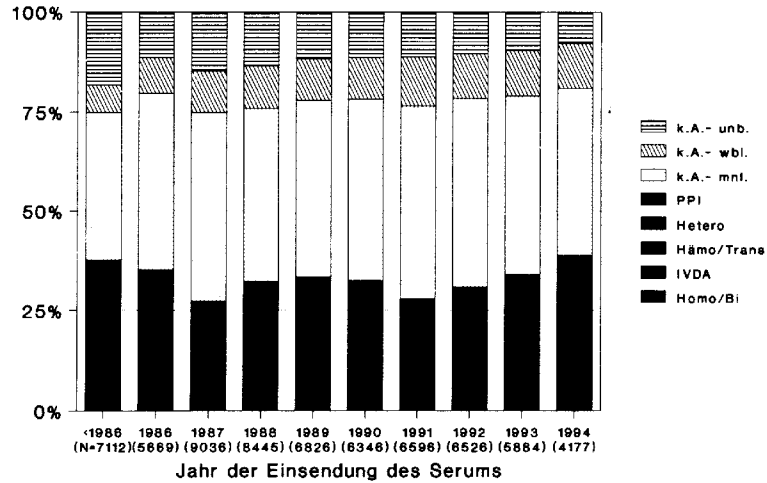
Di 10 (Q)

AIDS-Zentrum / RKI 12/94

Abbildung 6: AIDS in der Bundesrepublik Deutschland
Kumulierte Inzidenzen nach Postleitregionen
Stand: 31.12.1994



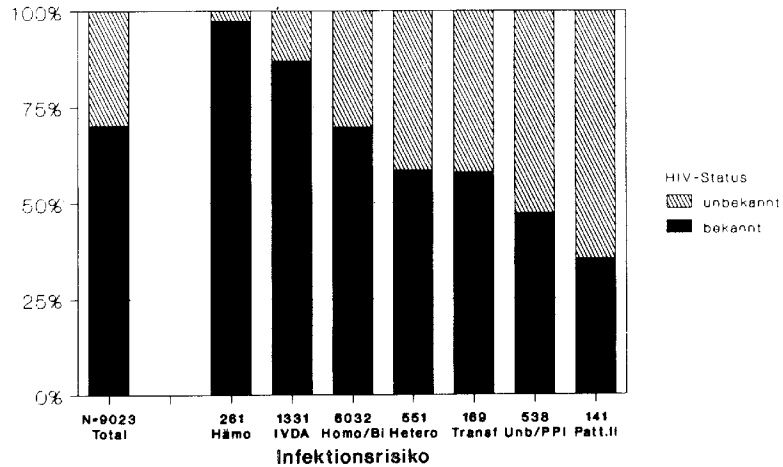
**Abbildung 7: HIV in der Bundesrepublik
Verteilung nach Infektionsrisiko**



Di 2 (Q)

AIDS-Zentrum / RKI 12/94

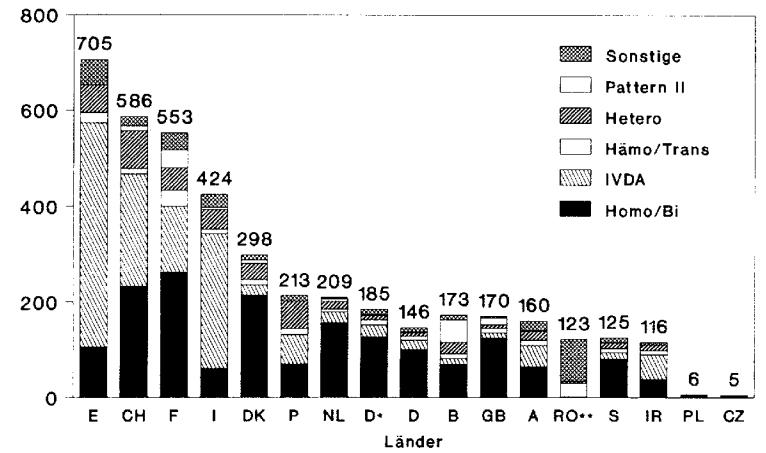
**Abbildung 8: AIDS in der Bundesrepublik
HIV-Status zur Zeit der AIDS-Diagnose
(Diagnose nach 1988)**



Di 13 (Q)

AIDS-Zentrum / RKI 12/94

**Abbildung 9: AIDS in Europa
Kumulierte Inzidenzen/Mio. Einwohner nach angegebenen
Infektionsrisiken**



* alte BL ** Stand: 30.06.94

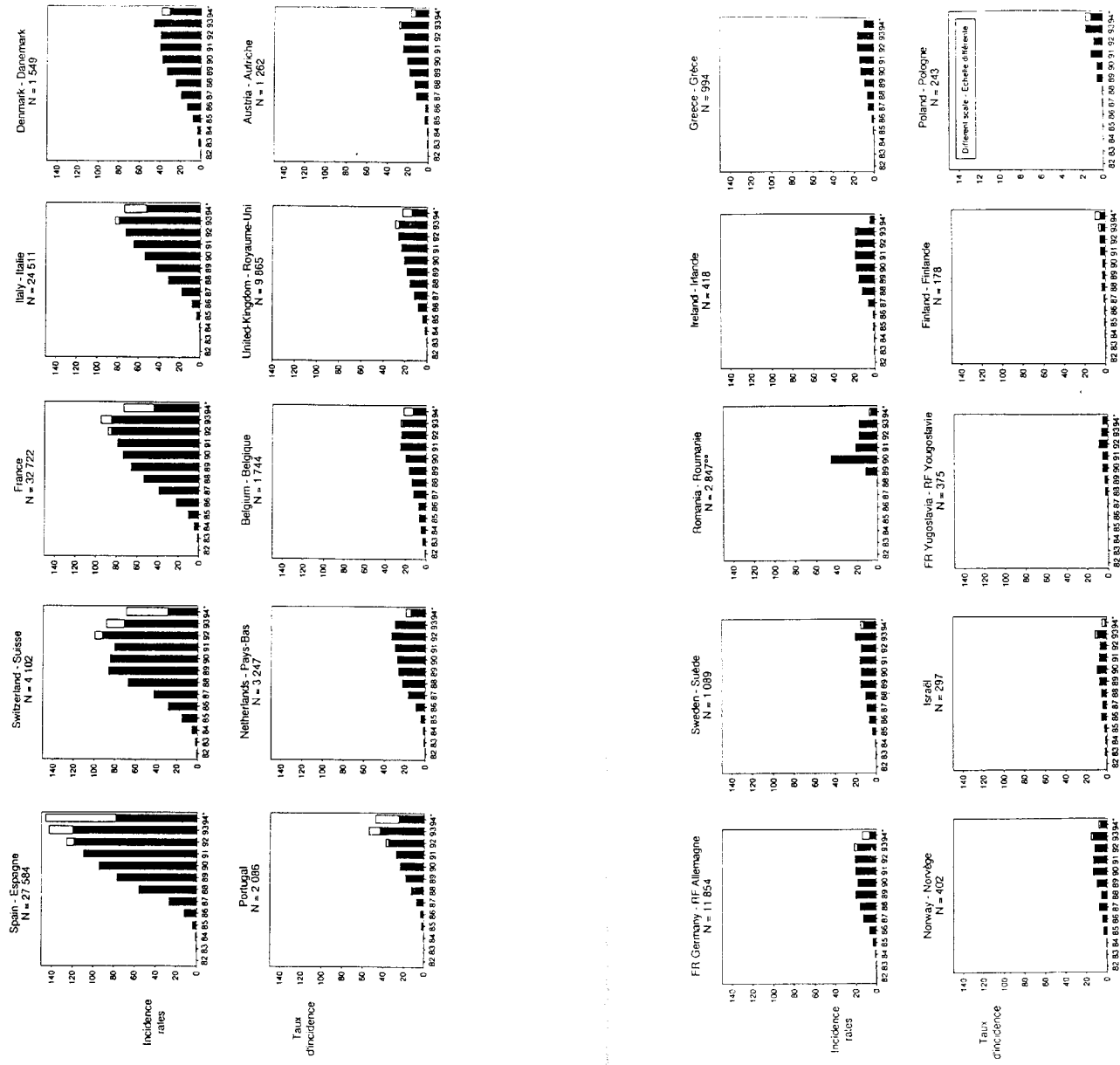
Di 6 (Q)

AIDS-Zentrum / RKI 12/94

Abbildung 10: AIDS incidence rates per million population by year of diagnosis, together with adjustments for reporting delays (1991-1994) WHO European Region

Taux d'incidence du SIDA par million d'habitants et par année de diagnostic, redressés pour les délais de déclaration (1991 - 1994)
Région Europe de l'OMS*

30 Septembre 1994 - 30 septembre 1994



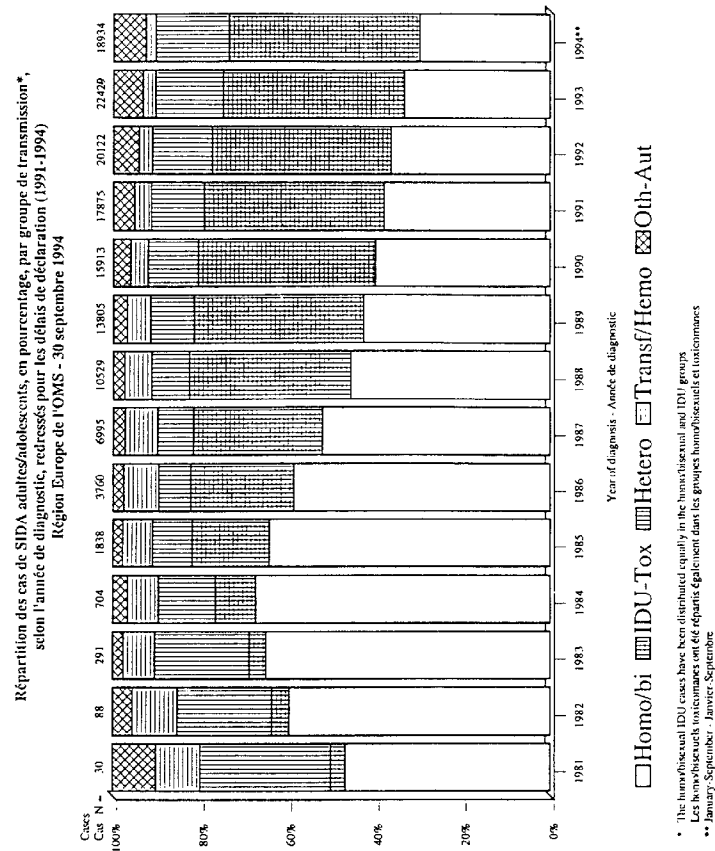
Year of diagnosis - Année de diagnostic

* Fig 11 - The 20 countries with the highest cumulative number of cases, entered by decreasing cumulative rates per million population.
* Les 20 pays ayant le plus grand nombre cumulé de cas, classés par ordre décroissant du taux cumulé par million d'habitants.

** June 1994 data - Données de Juin 1994

* January-September - Janvier-Septembre

Abbildung 11: Percentage distribution of adult/adolescent AIDS cases by transmission group*, according to year of diagnosis, adjusted for reporting delays (1991-1994)
WHO European Region – 30 September 1994



Rolf Rosenbrock

Präventive AIDS-Politik in Deutschland – Resümee und Kritik

Ein Politik-Resümee zu ziehen heißt zunächst einmal, sich daran zu erinnern, wie alles anfing. Als Mitte der achtziger Jahre die Erkrankung, der Erreger und die Transmissionswege identifiziert waren, wurde damit zugleich die soziale Struktur der Betroffenheit in Umrissen sichtbar: sowohl die hauptsächlich betroffenen Gruppen als auch die potentielle Bedrohung der Gesamtbevölkerung. Im Verbund mit den (damals noch wesentlich größeren) Unsicherheiten des Wissens löste dies ein tiefes Erschrecken in der gesamten Gesellschaft aus. Es breiteten sich zwei Ängste aus: die Angst vor einer uneindämmbaren gesundheitlichen Katastrophe und die Angst vor neuer Minderheitenhatz. Beide Ängste sind auch im nachhinein verständlich: Denn einerseits widerlegte AIDS den zwar erst 50 Jahre alten, aber gleichwohl ziemlich verlässlich erscheinenden Erfahrungssatz, daß das Zeitalter der infektiösen Erkrankungen in reichen und industrialisierten Ländern im wesentlichen vorüber sei. Und andererseits mußte angesichts der deutschen Geschichte im Umgang mit Minderheiten die soziale Randlage der Hauptbetroffenengruppen – neben den schwulen Männern und den i.v. Drogenbenutzern wurden damals noch (zu Unrecht) die Prostituierten dazugezählt – mit starken Tendenzen der Diskriminierung, Ausgrenzung und Verfolgung gerechnet werden.

Die politische Auseinandersetzung hatte damit von vornherein zwei Themen: Es ging um Gesundheit und um Bürgerrechte. Angesichts der hohen Thematisierung scharten sich infolgedessen neben den betroffenen Gruppen alle politischen Kräfte, Professionen und sozialen Bewegungen um das Thema, die sich auch sonst um Gesundheit und um Bürgerrechte kümmern. Diese Konstellation bescherte dem Thema AIDS eine Prominenz, die sich – im Vergleich mit anderen Gesundheitsrisiken – nicht nur aus der in epidemiologischen Ziffern auszudrückenden Gefährdung erklären läßt und sicherlich zeitweise auch hysterisch zu nennen war. Andererseits löste sie eine hohe Handlungs- und Ausgabenbereitschaft auf seiten der politischen Apparate aus.

Die wissenschaftliche, politische und publizistische Auseinandersetzung in tausend Facetten und in zum Teil erbitterten Debatten fast immer um Antworten auf die sowohl medizinpolitisch wie bürgerrechtlich entscheidende Frage nach dem anzuwendenden Strategietyp. Hier standen sich alsbald zwei einander weitgehend ausschließende Optionen gegenüber.

Auf der einen Seite stand die klassische Seuchenstrategie, die individuelle Suchstrategie. Sie steht unter der Leitfrage: Wie ermitteln wir möglichst schnell, möglichst viele Infektionsquellen, und wie legen wir diese still?

Ihr gegenüber steht die auf moderne gesundheitswissenschaftliche Konzepte gegründete gesellschaftliche Lernstrategie. Sie sucht und realisiert Antworten auf die Frage: Wie organisieren wir möglichst schnell, möglichst bevölkerungsweit und möglichst zeitstabil gesellschaftliche Lernprozesse, mit denen sich Individuen, soziale Gruppen, Institutionen und die gesamte Gesellschaft maximal präventiv und ohne Diskriminierung der Betroffenen auf ein Leben mit dem bis auf weiteres unausrottbaren Virus einstellen können?

Der Streit wurde relativ rasch zugunsten der Lernstrategie entschieden. Der politische Kampf verlief in Deutschland erbitterter als in anderen Ländern, die eine reichere und unbelastetere Tradition in bevölkerungsbezogener Gesundheitspflege, also in Public Health aufweisen und/oder größere Gelassenheit im Umgang mit Sex, Drogen und Minderheiten entwickeln konnten. Das Ergebnis dieser Auseinandersetzung kann auch im Rückblick als Sieg der gesundheitspolitischen Vernunft bezeichnet werden und hat zu sowohl epidemiologisch wie bürgerrechtlich guten Ergebnissen geführt.

Zunächst nur einige kurze und unvollständige Bemerkungen zu den Bürgerrechten: Entgegen ursprünglichen Befürchtungen und trotz schmerzlicher und zum Teil entsetzlicher Ausnahmen konnten Toleranz gegenüber und Solidarität mit AIDS-Kranken, HIV-Infizierten und Infektionsgefährdeten als soziale Regel etabliert werden. Zwar haben die meisten der Infizierten noch immer Grund genug, ihren Sero-Status zu verheimlichen, aber dieser Druck ist nicht unüberwindlich, und er läßt nach. Schwule Männer als die hauptsächlich betroffene Gruppe können heute, wenn sie wollen, unbefangener in der Öffentlichkeit auftreten als vor AIDS, und sie sind weniger diskriminiert als je zuvor in der deutschen Geschichte (Es

bleibt freilich noch viel zu tun.) In die jahrelang festgefahrenen Drogendebatte brachte AIDS manche produktive Neubelebung, Risse im Abstinenzdogma und praktische Veränderungsversuche. Der Prozeß hin zu einem humanen, rationalen und differenzierten Umgang mit Drogen, Drogengebrauchern und Drogenabhängigen bleibt zwar immer wieder stecken, aber er kommt auch ebenso oft wieder in Gang. Ähnliches läßt sich über den gesellschaftlichen Umgang mit käuflichem Sex, Prostituierten und ihren Kunden sagen. Im Gefolge von AIDS sind in Deutschland Diskussionen über Sexualität, Prostitution, Homosexualität, Promiskuität und Drogen offener geworden, es gibt weniger (aber natürlich immer noch viel zuviel) Doppelmoral. Positive Auswirkungen sind bis hinein in die schulische Sexual- und Beziehungskunde zu verzeichnen. Freilich gibt es auch dunkle Ecken im Umgang mit AIDS, HIV-Infektion, Betroffenen und Gefährdeten, hier sind vor allem die Gefängnisse zu nennen, wo die Anliegen des Infektionsschutzes und der Betreuung auf unversöhnliche Prinzipien und Mythen des Strafvollzuges treffen. Insgesamt verdient es aber festgehalten zu werden, daß die Zivilisation in Deutschland ihre Bewährungsprobe in bezug auf AIDS bislang im Großen und Ganzen bestanden hat. Wer das nicht glaubt, möge ein Gedankenexperiment unternehmen und sich detailliert vorzustellen versuchen, was geschehen wäre, wenn HIV und AIDS in den fünfziger Jahren über dieses Land gekommen wären.

Zur gesundheitlichen Effektivität und Effizienz der (mit allen Mängeln) realisierten AIDS-Strategie: Deutschland gehört in Europa zu den weniger betroffenen Ländern, die Erfahrungen in der Prävention aus den früher betroffenen USA wurden genutzt. Der Beitritt fünf neuer, durch die historischen Umstände praktisch HIV-freier Bundesländer brachte zum einen eine zusätzliche leichte statistische Verbesserung, beinhaltet zum anderen auch die gesundheitspolitische Möglichkeit und Verpflichtung, den Abstand zwischen Ost und West in dieser Hinsicht möglichst konstant zu halten. Die Präventionserfolge sind beträchtlich: In der nach wie vor bei weitem am härtesten betroffenen Gruppe der Männer, die Sex mit Männern haben, ist Safer Sex als präventives Verhalten trotz immer noch erheblicher und durch entsprechende Anstrengungen auch zu verringernder Ausfälle als soziale Norm verankert. Safer Use und Safer Sex bei i.v. Drogenbenutzern entwickelt sich auch in dieser zweiten Hauptbetroffengruppe in die gleiche Richtung. Die Verbreitung des Virus außerhalb

der hauptsächlich betroffenen Gruppen erfolgt auf extrem niedrigem Niveau, nimmt aber zu. Insgesamt ca. 2.500 Neuinfektionen pro Jahr unter den ca. 80 Mio. Einwohnern sind sicher zu viel. Diese Ziffer könnte durch gezielte politische Anstrengungen auch noch weiter gesenkt werden, zumal sich Präventionsdefizite in aller Regel weniger durch Modelldefizite als vielmehr durch Politik-, d.h. regelmäßig Implementationsdefizite erklären: moralpolitisch begründete Einschränkungen in der Offenheit der Sprache und Aufklärungsmaterialien, mangelnde Unterstützung, Unterfinanzierung oder Entmutigung der Selbsthilfegruppen (das heißt bei AIDS: der AIDS-Hilfen) stehen auch nach 10 Jahren AIDS immer wieder auf der Tagesordnung.

Trotz dieser Defizite bin ich überzeugt, daß keine andere Strategie niedrigere Infektions-Ziffern gebracht hätte, und schon gar keine aus dem Arsenal der Suchstrategien. Diese Überzeugung gründet sich auf meine Arbeit als Mitglied der AIDS-Enquête-Kommission des 11. Deutschen Bundestages und in der internationalen Politikberatung. Dabei war und bin ich oft genug gezwungen, mich in die Prämissen, Verhaltensannahmen und Wirkungsvermutungen solcher Strategien hineinzudenken und dabei auch epidemiologisch zu kalkulieren. Das Ergebnis ist im Kern immer gleich: Wo AIDS zu einem Polizei-, Zwangs- und Kontrollproblem gemacht wird, wo infolgedessen das gesellschaftliche Klima um HIV-Infektion und AIDS-Erkrankung mit dem Hauch der Kriminalität vergiftet wird, wo die Voraussetzungen eines solidarischen Lern- und Beratungsklimas verletzt werden, wird auch keine effiziente Prävention betrieben.

Defizite und Gründe zur Kritik gibt es zu jedem einzelnen Politik-Feld und Thema. Aber im Vergleich zu anderen gesundheitspolitischen Problemen ist das insgesamt erreichte Rationalitäts- und Zivilisationsniveau in bezug auf HIV und AIDS relativ hoch. AIDS ist in vieler Hinsicht zu einem gesundheitspolitisch erfolgreichen Pilotprojekt geworden: ein neues Modell von Prävention, neue Formen der Krankenversorgung, neue Komposition von wissenschaftlichen Zuständigkeiten und professionellen Kompetenzen. Deshalb möchte ich im Folgenden nur einige zentrale, nicht zufällige, sondern systematisch erklärbare Defizite und Entwicklungen aufzeigen, die – wenn sie nicht gebremst werden – die Substanz des Erfolges gefährden können.

1. Prävention der HIV-Übertragung durch Sex und beim i.v. Drogengebrauch

Das hierzulande und auch fast weltweit durchgesetzte Präventionsmodell ist in Deutschland der erste Anwendungsfall einer vorwiegend nicht-medizinischen Gesundheitssicherungspolitik – mit möglicherweise wegweisenden Elementen auch für die Prävention der in industrialisierten Ländern weit überwiegender nicht-übertragbaren, in der Regel chronisch-degenerativ verlaufenden, und das heißt meistens: wie AIDS nicht kurierbaren Erkrankungen.

Das Präventionsmodell beruht auf einer

- vorwiegend nicht-medizinischen
- soweit wie irgend möglich nicht repressiven
- die Lebensweisen und Milieus der Zielgruppen berücksichtigenden und stützenden Strategie,
- die durch auf Dauer angelegte Aufklärung über Risiko- und Vermeidungsmöglichkeiten
- unter besonderer Berücksichtigung der persönlichen, empathischen Kommunikation und Beratung
- gruppenbezogene und selbstorganisierte soziale Anreize
- mit dem Ziel der Etablierung und Befestigung von sozialen Normen
- des risikomeidenden und solidarischen Verhaltens
- schafft und stabilisiert.

In diesem Rahmen werden Botschaften zu vier Fragen vermittelt:

1. Wie kann ich mich nicht infizieren?
2. Wie kann ich mich infizieren?
3. Wie kann ich mich und andere schützen?
4. Solidarität mit Kranken, Infizierten und Bedrohten.

Das Modell umfaßt aufeinander bezogene und miteinander koordinierte Aktivitäten auf drei Ebenen: bevölkerungsweite Streubotschaften, zielgruppenspezifische Kampagnen, persönliche Beratung.

1.1 Bevölkerungsweite Streubotschaften

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) und verschiedene Bundesländer sowie zahlreiche lokale Gesundheitsämter haben hier in den letzten zehn Jahren einen guten Job gemacht, sie haben viel und schnell gelernt, es wurde viel Wissen transferiert und umgesetzt. Der Erfolg ist meßbar in Wissen, Einstellungen und auch im Verhalten: Der Kondomabsatz steigt langsam, aber kontinuierlich, ca. 2/3 der heterosexuellen Bevölkerung haben AIDS in irgendeiner Weise als Problem in ihr Sexualleben integriert. Angesichts der geringen Zahl von heterosexuellen Übertragungen wird manchmal sogar schon die Frage aufgeworfen, ob der multimediale Aufwand wirklich nötig ist, ob nicht lieber alle verfügbaren Mittel in die zielgruppenspezifische Prävention der hauptsächlich betroffenen Gruppen gesteckt werden sollen. Die Antwort lautet m.E.: Leider nein. Denn: Die Anzahl der heterosexuellen Übertragungen ist zwar (noch) sehr gering, aber sie muß es auch bleiben. In der langen Frist gesehen kann AIDS auch in spezifischen heterosexuellen Szenen aus einer schleichenden zu einer trabenden Epidemie werden. Der Anstieg heterosexueller, nicht drogengebrauchender Frauen unter den neu Infizierten ist der entscheidende Warn-Indikator. Wer heute hier kürzt, wird sich in wenigen Jahren vielleicht ähnlich unangenehme Fragen stellen lassen müssen, wie sie im Hinblick auf die Übertragung über Blut und Blutprodukte jetzt im Untersuchungsausschuß des Bundestages über die Verantwortlichkeit für Unterlassungen gestellt wurden. Wenn gekürzt wird – von „lean prevention“ ist mancherorts schon die Rede –, dann nur nach wissenschaftlicher Evaluation der Frage, welche der eingesetzten Instrumente wie wirken, und vor allem auch, wie sie aufeinander wirken. Eine solche Evaluation ist mehr als Medienanalyse und Resonanzmessung. Es geht nach wie vor um das Kunststück des öffentlich vermittelten, sozialen Lernens in Tabu-, Scham- und zum Teil Illegalitätsbereichen. Das ist und bleibt komplexer als Sympathiewerbung und Konsumreklame.

1.2 Zielgruppenspezifische Kampagnen

Für die hauptsächlich betroffenen Zielgruppen der Schwulen und Junkies ist dies Aufgabe der AIDS-Hilfen; sie haben hier Erfolge erzielt, die von den Vertretern der Suchstrategie nicht für möglich gehalten worden waren. Entgegen manchen populären Annahmen ist es aber bei der AIDS-Prävention nicht mit einmaliger Informationsvermittlung getan, die Faktoren Zeit und Redundanz beim Bevölkerungslernen werden oft unterschätzt, AIDS-Prävention ist eine Daueraufgabe. Um so beunruhigender ist daher der Befund, daß – mit vielen rühmlichen Ausnahmen – das primärpräventive Engagement in den ca. 150 lokalen AIDS-Hilfen nachläßt. Erklärlich ist dies vor dem Hintergrund, daß jede Organisation zunächst einmal dem unmittelbaren Problemdruck folgt. Da sind die drängenden Probleme der Betreuung von Infizierten und Kranken, der Sicherstellung integrierter Krankenversorgung einschließlich häuslicher Pflege und der Durchsetzung und Wahrung sozialer Rechte für Infizierte und Kranke allemal fühlbarer als die zunächst unsichtbaren Neuinfektionen. Der Aufgabenzuschnitt der AIDS-Hilfen entwickelt so aus sich selbst heraus eine Dynamik in Richtung Wohlfahrtsverband. Dies zieht tendenziell Aufmerksamkeit und Ressourcen von der Primärprävention ab. Zu begegnen ist dem durch nüchterne Kenntnisnahme des Sachverhalts und politisch bewußte Gegensteuerung durch Förderung lokaler primärpräventiver Aktivitäten mit Schwulen und Fixern. Das ist um so dringlicher angesichts der Zunahme von Hinweisen, daß Safer Sex mancherorts nachläßt und sich potentiell tödliche Gleichgültigkeit und Unbesorgtheit einschleichen.

Defizite gibt es bei den i.v. Drogenbenutzern vor allem hinsichtlich der sexuellen Übertragung. Allzulange haben Wissenschaft und praktische Politik die Junkies auf die Drogenbenutzung reduziert wahrgenommen.

Bei den Männern, die Sex mit Männern haben, deuten die verfügbaren Daten auf immer noch große, und zum Teil (wieder) wachsende Defizite der Primärprävention bei

- Männern, die gelegentlich Sex mit Männern haben, ohne sich als schwul zu identifizieren,
- Jugendlichen im Prozeß der Identitätssuche bzw. im Coming Out,
- Szenen der schwulen Prostitution, bei Strichern und Freiern,

- schwulen Männern, die von den überwiegend mittelschichtorientierten Kampagnen der AIDS-Hilfen nicht erreicht werden,
- schwulen verliebten Männern.

Gerade dieser letzte Sachverhalt hat zur theoretisch und praktisch irreführenden Begriffsschöpfung vom „Risikofaktor Liebe“ geführt. Für die Weiterentwicklung der AIDS-Prävention ist damit nichts anzufangen, viel mehr dagegen mit dem Leitsatz: „Liebe schützt nicht vor AIDS.“

Ein weiteres Problem der Prävention zeichnet sich im Rahmen der sinkenden staatlichen Finanzierung der AIDS-Hilfen ab, die angesichts mindestens gleichbleibend großer Aufgaben folgerichtig ihre Rettung u.a. auch im privaten Sponsoring durch gewinnorientierte Unternehmen suchen. Nun stiften private und staatliche Finanzierung jeweils spezifische Zwänge und Abhängigkeiten. Das entscheidende Kriterium ist die größtmögliche Unabhängigkeit in der Interessenvertretung. Diese ist dann nicht mehr gewährleistet, wenn die Arbeit abhängig wird von Geld, das Firmen geben, die ihr Gewerbe im Umkreis von AIDS betreiben. In erster Linie sind dies Hersteller und Vertreiber diagnostischer und therapeutischer Mittel, kommerzielle Betreiber von Krankenversorgung und Pflege etc. AIDS-Hilfen bleiben nur glaubwürdige Akteure der Primärprävention, des gesundheitlichen Verbraucherschutzes und der sozialen Interessenvertretung, wenn sie von solchem Geld unabhängig bleiben. Wo der Staat sich unter Hinweis auf die Möglichkeiten privaten Sponsorings aus der Finanzierung zurückzieht, wird billigend in Kauf genommen, daß die AIDS-Hilfen, wie manch anderer „Selbsthilfeverband“, zu einem Anhängsel des medizinisch-industriellen Komplexes wird und damit zu sozial- und präventivpolitischer Bedeutungslosigkeit verkommen kann.

1.3 Persönliche Beratung

Im Ergebnis langer Recherchen, Untersuchungen und Debatten besteht ein breiter gesundheitswissenschaftlicher Konsens im Hinblick auf die zentrale Bedeutung vertrauensvoller und empathischer Beratung über das Risiko, die Möglichkeiten der Verhütung und der objektiven und subjektiven Barrieren gegen präventives Verhalten. Ihre Wirkung entfaltet die Beratung offenbar erst im Dreiklang mit den Impulsen aus den bevölkerungs-

weiten Streubotschaften und den zielgruppenspezifischen Kampagnen. Auch hat es sich herausgestellt, daß Beratung durch Menschen in gleicher Lebenslage zumindest nicht schlechter und nicht wirkungsärmer ist als Professionals, zum Beispiel Beratung durch Ärzte. Schließlich ist auch empirisch klar geworden, daß der Beratungserfolg nicht von der Vornahme des HIV-Antikörper-Tests und vom Testergebnis abhängt. Lange gehegte Dogmen der AIDS-Debatte („Nur wer seinen Sero-Status kennt, verhält sich verantwortungsbewußt.“) haben sich als interessengeleitete Mythen erwiesen.

Offenbar mit großem Erfolg leisten derzeit AIDS-Hilfen, Gesundheitsämter, die BZgA sowie viele andere AIDS-Beratung. Zwei tendenziell den Erfolg gefährdende Entwicklungen sind zu beobachten:

Das ist zum einen der Vorschlag zum HIV-Antikörpertest bei jedem Arztbesuch, mit dem in der hysterischen Phase um den Blut-AIDS-Skandal im Herbst 1993 der Bundesgesundheitsminister Seehofer an die Öffentlichkeit trat. Dieses gesundheitspolitisch und epidemiologisch unsinnige und zudem extrem teure Projekt ist hoffentlich für immer in der Versenkung verschwunden. Wenn das dafür erforderliche Geld tatsächlich verfügbar ist, gehört es in den Ausbau der – gleichzeitig vom gleichen Minister mit massiven Kürzungen bedrohten – Primärprävention.

Zum anderen findet sich in der Entschließung des Deutschen Bundestages zur Schlußdebatte über die Arbeit der AIDS-Enquête-Kommission (Frühjahr 1993) der Vorschlag, daß die Hausärzte eine wesentliche Rolle in der Primärprävention spielen sollten. Das ist an sich weder falsch noch neu; allerdings werden im Hinblick auf Kontext, Qualifikation und Gegenstand der Beratung sowie die Zielgruppen allzuoft einige entscheidende Faktoren übersehen: 1. Nicht jede/jeder hat einen Hausarzt mit hinreichender Kenntnis der Lebensumstände und dem notwendigen Vertrauensverhältnis; gerade die, die im Hinblick auf HIV und AIDS besonders beratungsbedürftig wären, sogar seltener als andere. 2. Ärzte tendieren aufgrund ihrer Ausbildung regelmäßig immer noch eher dazu, primär eine Testberatung und weniger eine Präventionsberatung durchzuführen. 3. Trotz des Arztgeheimnisses wird die Anonymität beim Hausarzt im gleichen Stadtteil keineswegs immer als gesichert angesehen. 4. Mit einer Aufwertung und Betonung der Ärzterolle in der Prävention würde es – so lehren es alle Erfahrungen mit der deutschen Gesundheitspolitik – zu einem Abbau

anderer Beratungskapazitäten, zum Beispiel bei AIDS-Hilfen und in Gesundheitsämtern, kommen.

2. Prävention in der Krankenversorgung

Auf diesem, epidemiologisch weniger bedeutsamen Gebiet sind zwei Probleme zu unterscheiden:

2.1 Übertragung durch Verletzungen mit kontaminierten Spritzen und anderen Materialien in der Krankenversorgung: Hier hat es in Deutschland nur sehr wenige Infektionsfälle in mehr als 10 Jahren gegeben. Es hat sich bewährt, daß durch die Reaktivierung immer schon gültiger Hygieneregeln das Übertragungsrisiko faktisch ausgeschaltet werden kann, daß keine besondere Behandlung von Menschen mit HIV und AIDS in der Krankenversorgung erforderlich ist. Trotzdem werden immer noch zu viele, zum Teil nach wie vor heimliche HIV-Tests ohne Beratung aus deutschen Krankenhäusern und Arztpraxen berichtet.

2.2 Übertragung durch virushaltige Blutkonserven, Blutprodukte und Transplantate: Im Herbst 1993 sah es in der Öffentlichkeit zeitweilig so aus, als sei dies der wichtigste Übertragungsweg. Festzuhalten ist: Nach Einführung der strikten Kontrolle im Jahr 1985 gibt es auf diesem Wege kaum noch Infektionen. Das Risiko, in der Krankenbehandlung mit HIV infiziert zu werden, ist verschwindend gering im Vergleich zu anderen, ebenfalls und zum Teil leichter zu verhütenden Gefährdungen und Infektionen in der Krankenbehandlung, also iatrogenen oder nosokomialen Risiken und Infektionen. Durch erst vier- später sechsmontatige Blutquarantäne werden seit Beginn 1995 mit sehr hohem Aufwand möglicherweise noch eine Handvoll Infektionen pro Jahr verhütet werden können. Das ist gut so.

Aber die Gesundheitspolitik bewegt sich damit weiter in einen Spannungsbereich hinein, der irgendwann nach einer Antwort verlangt: Ist es richtig, diesen gewaltigen Mehr-Aufwand in der Krankenversorgung zu betreiben, und gleichzeitig die Mittel für die Primärprävention in Form von Safer Sex und Safer Use zum Teil drastisch zurückzufahren, möglicherweise das eine auf Kosten des anderen? Kalt epidemiologisch gespro-

chen heißt die Antwort: nein, weil mit Primärprävention für Safer Sex und Safer Use eine größere Anzahl von Infektionen verhindert und damit die Anzahl der Opfer effizienter gesenkt werden könnte. Der Grund für die gegenteilige Entscheidung der Gesundheitspolitik hat mit kulturell tief verankerten Werten zu tun, die uns das Risiko des Patienten anders und höher gewichten lassen als das gleiche Risiko des Gesunden. Trotzdem: die Frage ist offen und wird bei weiterer Mittelverknappung schärfer gestellt werden. Zur Vermeidung von Mißverständnissen: hier ist nicht die Rede von Rationierung im Sinne der Vorenthaltung prinzipiell verfügbarer Therapien oder Hilfe für Kranke aus Kostengründen. Sondern die Rede ist von den offenbar um Zehnerpotenzen auseinanderklaffenden Beträgen, die Politik und Gesellschaft aufzuwenden bereit sind, je nachdem, wo das Risiko anfällt – im täglichen Leben oder im Krankenhaus.

Vom Ergebnis her ist der Zustand der Prävention in der medizinischen Versorgung hierzulande sehr gut, auch im internationalen Vergleich. Vorhandene Schwachpunkte resultieren vor allem daraus, daß bei vielen Blutbanken etc. privates Gewinninteresse im Vordergrund steht, was immer den Anreiz der Unterlassung von Sicherheitsmaßnahmen aus Kostengründen beinhaltet. Im Zuge der offenbar auch durch beste Argumente nicht zu verhindernden weiteren Privatisierung in der Krankenversorgung wird sich dieses Problem in Zukunft in verschiedensten Ausprägungen eher generalisieren.

3. AIDS-Krankenversorgung

Wahrscheinlich hat gerade die Nicht-Verfügbarkeit spezifisch wirksamer therapeutischer Mittel bei HIV und AIDS zusammen mit dem hoch artikulierten gesellschaftlichen Problemdruck dazu geführt, daß das System der Krankenversorgung in kürzester Zeit vielfältige Anpassungsleistungen erbracht hat, um integrierte und patientenorientierte Versorgungspfade für Menschen mit HIV und AIDS zu organisieren. Die wichtigste Neuerung bestand in einer weitgehend ambulanten und dabei ineinandergreifenden und kontinuierlichen Versorgung auch für Schwer- und Schwerstkranke sowie der Einrichtung von Hospizen. Dabei wurden nicht nur die Beziehungen zwischen Krankenhaus und ambulanter Versorgung sowie zwischen Medizin und anderen Bereichen der Krankenversorgung, vor allem

der Pflege, verändert, sondern es wurde insbesondere auch die Rolle der informellen Helfer und der sozialen Netzwerke gestärkt. Daraus ergaben sich Strukturveränderungen, die von reformerischer Seite zum Teil seit Jahrzehnten zur Betreuung von chronisch Kranken vorgeschlagen und eingefordert werden.

Diese hoffnungsvollen und auf Verallgemeinerung drängenden Ansätze drohen derzeit steckenbleiben oder gar reduziert zu werden. Gründe dafür finden sich im keineswegs überall bewältigten Auslaufen der Bundesförderung für Modellprojekte, in zum Teil groben Fehlern bei der Implementation neuer Modelle, in allzulange unbeachtet gebliebenen Qualifikationsdefiziten, in falsch gesetzten monetären Anreizen sowie – zentral – im Nachlassen des politischen Willens. Es wäre nicht nur für die Patienten mit HIV und AIDS, sondern für die Entwicklung der gesamten Krankenversorgung ein großer Schaden, wenn das Versorgungsniveau der achtziger Jahre wieder abbröckeln würde, ohne die Chancen der Modellübertragung, zum Beispiel für Krebskranke und Multimorbide, zu nutzen. Auch hier ist nicht so sehr eine neue Politik gefordert, als vielmehr die konsequente weitere Verfolgung der in den ersten AIDS-Jahren allseits begrüßten Konzepte. In diesem positiven, aber unwahrscheinlicheren Falle könnte vielleicht auch das nach wie vor bestehende Gefälle in der Versorgungsqualität zwischen den Metropolen der Epidemie und der breiten Fläche gemildert werden.

4. Lehre und Forschung

Wohl noch nie hat eine einzelne Krankheit so viel so teure und so viel interdisziplinäre Forschung in Bewegung gebracht wie HIV und AIDS. Neu – und ganz besonders neu in Deutschland – war der Übergang der Hauptverantwortung für Entwurf, Durchführung und Evaluation der gesundheitspolitischen Strategie auf nicht-medizinische Gesundheitswissenschaften, also auf Verhaltens- und Kommunikationswissenschaften, Soziologie, Pädagogik, Politologie, Psychologie, Sozialepidemiologie etc., also auf die Teildisziplinen von Public Health. Die sozialwissenschaftliche Forschung und Praxis hat sich als dieser Herausforderung gewachsen gezeigt, obwohl ihre Förderung durch den Bund erst fünf Jahre nach der Förderung der medizinischen Forschung anließ, und obwohl sie zu keinem

Zeitpunkt mehr als ein Zehntel der Mittel erhielt, die an die medizinische Forschung gingen. Jetzt, während auf Basis einigermaßen gesicherter Konzepte Lücken in der Prävention wissenschaftlich gefüllt werden könnten, während die Krankenversorgung eine ganze Reihe von nur durch Forschung zu beantwortenden Fragen aufwirft, während vor allem aber auch die Ergebnisse sozialwissenschaftlicher AIDS-Forschung für andere Gesundheitsrisiken und Patientengruppen nutzbar zu machen wären, jetzt endet die Förderung sozialwissenschaftlicher AIDS-Forschung. Stattdessen wird ein Forschungsbereich „Infektiologie“ mit naturwissenschaftlicher Ausrichtung ausgebaut. Dies ist wohl weniger eine rationale Forschungspolitik, als vielmehr ein Erfolg medizinpolitischer Lobby und politischen Konservatismus. Für eine Gesundheitspolitik, die mehr sein will als Medizinpolitik, ist dies eine Niederlage. Zugleich demonstriert diese Entscheidung die Ahnungslosigkeit von Regierung und Parlament gegenüber der Entwicklung von Forschungskapazitäten: als ob man diese je nach Bedarf ein- und ausknipsen könnte.

5. Soziale Absicherung

Die deutsche Ausprägung des Sozialstaats ist im Hinblick auf HIV und AIDS so gut und so schlecht wie auf anderen Feldern. Die hierzulande – noch – gewährleistete finanziell undiskriminierte Krankenbehandlung ist – zum Beispiel im Vergleich zu den USA – ein zivilisatorisch hohes Gut.

Ein derzeit weitaus schwierigeres Feld bildet die sozialpolitische Absicherung von Infizierten und Kranken. Wenn sich die aktuellen Berichte (Januar 1995) über das Zustandekommen einer Entschädigungsregelung für Menschen, die durch Blut, Blutprodukte und Transplantate in der Krankenversorgung mit HIV infiziert worden sind, bewahrheiten, so sind zwei Sachverhalte festzuhalten:

1. Politik hat auf diesem Feld zu langsam reagiert. Zwischen der Infektion und der Entschädigung werden im Regelfall über 10 Jahre liegen, für viele, vielleicht für die Mehrzahl wird der Anspruch zu spät kommen.
2. Es wird demnächst zwei soziale Klassen von Infizierten geben. Wer in der Krankenversorgung infiziert wurde, erhält Entschädigung und Rente, wer beim Sex oder Drogengebrauch angesteckt wurde, hat meist

nur die Sozialhilfe. Obwohl beide sicherlich nicht infiziert werden wollten und obwohl Infektion und Krankheit für beide gleichermaßen grausam sind.

Entgegen manchen Kommentaren impliziert die unterschiedliche Absicherung/Entschädigung nicht eine Schuldzuweisung, sondern ist Konsequenz einer Grundregel deutscher Sozialpolitik. Diese ist seit jeher kausal und kompensatorisch ausgerichtet, sie fragt primär nach dem Anspruchsgrund, fragt also: wer ist haftbar zu machen? Sie ist nicht – wie viele Sozialpolitiker aus Wissenschaft und Praxis seit Jahrzehnten fordern – final ausgerichtet. Final ausgerichtete Sozialpolitik fragt: wie können wir für Menschen in gleichen Lebenslagen oder mit gleichen Krankheiten bzw. Behinderungen gleiche Lebensbedingungen herstellen? Bei Risiken und Gefährdungen aus der Krankenversicherung und Erwerbsarbeit ist die Haftung relativ gut geregelt, bei Risiken und Gefährdungen aus dem Freizeitleben nicht. Nicht nur bei HIV und AIDS führt dies zu vielen Ungleichheiten, Ungereimtheiten und auch Ungerechtigkeiten, zum Beispiel in der Entschädigung identischer Verletzungen aus Arbeitsunfällen oder aus der Freizeit: Die berufsgenossenschaftliche Rente der Gesetzlichen Unfallversicherung bei Arbeits- oder Wegeunfall kann mehr als doppelt so hoch sein wie die Erwerbsunfähigkeitsrente bei Unfall in der Freizeit. Ähnliche Unterschiede können auftreten, wenn jemandem in der Straße ein Stein aus einem schadhafte Gebäude auf den Kopf fällt bzw. wenn jemandem das gleiche beim Wandern in den Bergen passiert. Im Fall der HIV-Übertragung durch Blut in der Krankenversicherung sind Anspruchsgrund und Haftungsträger klar. Schließlich unterhält die Pharma-Industrie aufgrund gesetzlicher Bestimmungen einen Fonds für Gefährdungshaftung, in dem sich weit über eine halbe Milliarde DM angesammelt haben soll. Zusätzlich ist (Januar 95) sogar von einer Mithaftung des Staates die Rede. Den in der Krankenversicherung mit HIV infizierten Menschen ist jede Hilfe gegönnt. Aber eine Art Staatshaftung gibt es auch für die Realisierung des verfassungsmäßigen Sozialstaatsgebots: für die Mittel die notwendig sind, um überwiegend jungen Patienten, überwiegend in sozialen Randlagen und ohne materielle sozialversicherungsrechtliche Absicherung die Phasen des Krankseins und Sterbens in möglichst großer Autonomie und in Würde zu ermöglichen. Genau dies ist aber die Definition der Aufgaben der AIDS-Stiftungen. Wenn also für Menschen, die durch Blutprodukte infiziert wurden, eine Staatshaftung bejaht wird, dann müßte

gleichzeitig ein weit mehr als symbolischer Betrag den AIDS-Stiftungen vom Staat zugestiftet werden, um so auch dem in der Bevölkerung und in den Medien verbreiteten Eindruck der Unterscheidung zwischen schuldig und unschuldig Infizierten entgegenzutreten. Denn beim Klientel der AIDS-Stiftungen geht es auch um blanke, unverschuldete Not, und es geht um mögliche und unbürokratische Hilfe.

Schlußbemerkung

Die Bundesrepublik Deutschland hat die politische und gesellschaftliche Herausforderung AIDS insgesamt und im großen und ganzen bestanden. Mit einem Sieg bürgerrechtlicher Vernunft und gesundheitspolitischer Modernität. Die dabei entstandenen Innovationen sind zum Teil in ihrem Kern akut gefährdet. Es wäre gesundheitspolitisch und allgemein gesellschaftlich verhängnisvoll, wenn das derzeitige Absinken öffentlichen Aufmerksamkeit für AIDS im Zuge allgemeiner Mittelknappheit zur Beendigung oder Verstümmelung eines Modells führen würde, das sich bewährt hat, das eine beständig zu Erneuerungen herausfordernde Daueraufgabe darstellt, und dessen Aufrechterhaltung nicht nur zur Prävention von AIDS notwendig ist, sondern auch als Pilotprojekt eines neuen Typs von Gesundheitspolitik, den wir heute mit Public Health bezeichnen.

Versagt – dies hier und heute nur in einem, dafür aber um so deutlicheren Schlußsatz: Versagt hat die deutsche Bundesrepublik als Teil der Weltgemeinschaft vor der globalen Herausforderung AIDS: Auf Afrika entfallen weniger als 5% der weltweiten Aufwendungen für Prävention, von Krankenversorgung für AIDS-Patienten kann in weiten Teilen der dritten Welt keine Rede sein. Diese Regionen – große Teile von Afrika, Lateinamerika und Südostasien – befinden sich nach wie vor im nahezu ungebremsten, freien Fall in eine gesundheits- und gesellschaftspolitische Katastrophe.

Literatur

Frankenberg, Günter: Deutschland: Der verlegene Triumph des Pragmatismus, in: David Kirp/Ronald Bayer (Hrsg.): Strategien gegen AIDS. Ein internationaler Politikvergleich, Ergebnisse sozialwissenschaftlicher AIDS-Forschung Band 14, Berlin: Edition Sigma 1994, S. 134-172.

Rosenbrock, Rolf: Die Normalisierung von Aids – teils nach vorne, teils zurück, ebd., S. 480-501, mit weiteren Literaturnachweisen.

Rosenbrock, Rolf: Aids als Paradigma, in: Wolfgang Zapf/Meinolf Dierkes (Hg.): Institutionenvergleich und Institutionendynamik, WZB-Jahrbuch 1994, Berlin: Edition Sigma 1994, S. 159-181.

Mischa Hübner

Drogen- und AIDS-Politik lassen sich nicht trennen

Die DrogengebraucherInnen stellen in der Bundesrepublik Deutschland eine deutliche Risikogruppe für HIV bzw. AIDS und andere Infektionskrankheiten dar. Dies ist auf die Verwendung von bereits gebrauchten Spritzen und eine erhöhte Anfälligkeit aufgrund sozialer und somit auch gesundheitlicher Verelendung zurückzuführen. Ein Beispiel hierfür ist z.B. auch die fehlende oder falsche Ernährung und mangelnder Schlaf, die eine Belastung des Immunsystems darstellen. Es stellt sich hier also die Frage, ob bzw. wie man diesen Sachverhalt durch drogenpolitische Reformen ändern und verbessern könnte.

In diesem Zusammenhang ist auf die Problematik hinzuweisen, daß in der Bundesrepublik ca. 20.000 bis 30.000 Kinder von drogengebrauchenden Menschen leben. Der Tatbestand der Sucht führt bei drogengebrauchenden Eltern nicht etwa zu qualifizierter, intensivierter Hilfe, sondern dazu, daß die Eltern ihre Kinder verlieren. Diese Eltern werden natürlich versuchen, dies zu verhindern, indem sie ihrer Erfassung entgegenwirken. Um dies zu gewährleisten, halten sie sich von jeglichen Hilfsangeboten fern. Präventionsarbeit in bezug auf HIV und AIDS kann diese Menschen somit nicht erreichen.

Ein weiterer Punkt ist die Substitution mit Codein-Präparaten. Im Rahmen der neuen Betäubungsmittelrechtsänderungsverordnung (BtmVV) sollen die mit Codein substituierten Menschen auf Polamidon umgestellt werden. Ein Teil wird dies sicherlich begrüßen. Viele werden jedoch in die Heroinsucht zurückfallen, weil sie dann erfaßt sind, ihren evtl. beruflich notwendigen Führerschein vielleicht verlieren und den eigenverantwortlichen Gebrauch aufgeben müssen. Mit dem Rückfall in die Heroinsucht folgt auch der Rückfall in das Infektionsrisiko.

Eine weitere besonders gefährdete Gruppe sind die inhaftierten DrogengebraucherInnen. In den bundesdeutschen Justizvollzugsanstalten existieren keine präventiven Hilfsangebote wie Spritzentausch oder Safer Use-Beratungen auf der Basis akzeptierender Drogenarbeit, obwohl in den Haftanstalten vermehrt harte Drogen intravenös konsumiert werden.

Abgesehen davon wird auch für alle restlichen Konsumenten noch immer eine vorwiegend therapieorientierte Arbeit gefördert und anerkannt. Obwohl viele Landesregierungen schon eine eher fortschrittliche Drogenpolitik betreiben, scheint die Bundesregierung noch immer am Abstinenzanspruch festzuhalten. Tatsache ist, daß nur ein geringer Prozentsatz der DrogengebraucherInnen durch Entgiftung und Langzeittherapie den Weg aus der Sucht findet. Die zurückbleibende Mehrheit wird totgeschwiegen. Doch gerade diese Menschen sind es, die während ihrer langjährigen Abhängigkeit einen irreversiblen Schaden durch HIV, Hepatitis oder andere Infektionskrankheiten erleiden. Diese Menschen brauchen eine drogenpolitisch neuorientierte Präventionsarbeit.

Der Clean-Anspruch kann und darf nicht die einzig angestrebte Lösung sein. Wir müssen akzeptieren, daß sich die wenigsten DrogengebraucherInnen von der Sucht lösen können, denn was nutzt uns eine therapieorientierte Drogenpolitik, die bei den Betroffenen selbst nicht auf Akzeptanz stößt. Ein Beispiel für eine solche Ablehnung ist der § 35 Betäubungsmittelgesetz (BtmG): Hier wird den straffällig gewordenen DrogengebraucherInnen die Wahl zwischen Therapie und Freiheitsstrafe gelassen. Immer mehr Betroffene entscheiden sich hier für die letztere Alternative oder fliehen in die Niederlande. Fest steht, daß diese Menschen sich nun weiterhin in dem Teufelskreis der Drogensucht bewegen und somit noch weiterhin einem erhöhten HIV-Infektionsrisiko ausgesetzt sind.

Bevor man sich Gedanken macht, wie man diese Menschen anders aus diesem Teufelskreis holen kann, sind zunächst Sofortmaßnahmen wie der flächendeckende Spritzentausch und die Einrichtung von Gesundheitsräumen zur hygienischen Einnahme von Drogen notwendig. Stattdessen dienen Spritzen noch immer als Beweismittel für den Verstoß gegen das BtmG und die Frankfurter Gesundheitsräume werden von Bundesgesundheitsminister Seehofer für illegal erklärt. Jeden Tag befinden sich mehrere Tausend drogengebrauchende Menschen in einer Krisensituation. Wenn sie sich ihre Drogen besorgt haben, werden besonders Betroffene mit offener Bewährungsstrafe sowie diejenigen, die noch nicht polizeilich erfaßt sind, versuchen, möglichst keine Spritze dabeizutragen, denn dieser Tatbestand kann zu polizeilicher Verfolgung führen. Stattdessen nehmen sie es in Kauf, mit einem anderen Drogengebraucher mitzugehen und mit ihm zusammen eine Spritze zu teilen.

Als nächsten Schritt sollte man die Betroffenen in die Erarbeitung realistischer Lebensperspektiven mit und ohne Drogen einbinden. Nur so kann eine flächendeckende Akzeptanz der Hilfsangebote durch die DrogengebraucherInnen gewährleistet werden, denn Prävention kann nur sinnvoll sein, wenn sie die Menschen auch erreicht.

Ein weiterer Punkt ist die Beschaffungsprostitution. Diese DrogengebraucherInnen und Drogengebraucher müssen zusätzlich zu den bereits genannten Risiken auch noch die weitere Infektionsgefahr bei Geschlechtsverkehr im Rahmen der Prostitution tragen. Durch ein niedrigschwelliges Substitutionsangebot könnte hier ein realistisches Hilfsangebot geleistet werden. Da man die Betroffenen besser erreichen kann, wird hier auch eine gesteigerte Aufklärung möglich. Auf diese Weise wird auch verstärkt die Verwendung von Kondomen auch in den Partnerschaften erreicht.

Vielleicht wird auf diese Weise deutlich, daß sich Drogen- und HIV-Politik nicht voneinander trennen lassen. Der Kampf gegen HIV wird nur dann sinnvoll und effektiv, wenn man in die Maßnahmen auch die Mißstände der Risikogruppen wie DrogengebraucherInnen einbezieht. Drogenpolitische Reformen sollten auch immer im Zusammenhang mit HIV und Hepatitis stehen. Mögliche Maßnahmen, wie die Einrichtung von Gesundheitsräumen, flächendeckender Spritzentausch, die kontrollierte Freigabe von Originalstoffen wie Heroin und Kokain, die Intensivierung von Straßensozialarbeit und die niedrigschwellige Substitution, können das Infektionsrisiko erheblich eindämmen. Ich denke, es liegt in der Verantwortung unserer Gesellschaft, über solche Alternativen ernsthaft nachzudenken, denn auch drogengebrauchende Menschen haben ein Recht auf Menschenwürde. Tun wir dies nicht, so infizieren sich immer mehr drogengebrauchende Menschen. Es liegt in unserer Verantwortung, diese Möglichkeiten wahrzunehmen um die Menschenwürde drogengebrauchender Menschen zu gewährleisten.

Nicht die Drogen, sondern die Justiz ist das Problem

Entkriminalisierung der Drogengebraucher

Zielvorgabe der nationalen Drogenpolitik ist die drogenfreie Gesellschaft.

Instrumente zur Realisierung dieser Vorgabe sind Verbot, Verfolgung und Ausgrenzung.

„Die drogenfreie Gesellschaft ist so realistisch wie die bakterienfreie Natur, die konfliktfreie Ehe, das problemlose Kind.“ (Walter Kindermann).

Was Drogen sind und was keine Drogen, sondern Genußmittel sind, entscheidet das jeweilige Strafgesetzbuch der jeweiligen Kultur. Eine Differenzierung zwischen legalen und illegalen Drogen findet statt, die weder soziologisch noch medizinisch haltbar ist. Der Wein, der Tabak, selbst der Kaffee waren vor langer Zeit illegale Substanzen, deren Konsum verboten war. Die Sanktionen gegen die Gebraucher dieser Substanzen reichten teilweise bis zur Verhängung der Todesstrafe. Eine Abkehr von den Mitteln ließ sich nicht beobachten, vielmehr jedoch ein Ausbau der Zuchthäuser, eine Erweiterung der Strafkammern und grenzenlos ausufernde Befugnisse der Polizei. Trotz Verbot und rigider Strafverfolgung stiegen die Zahlen der Konsumenten, die sich aus allen Teilen der Gesellschaft rekrutierten, jährlich stetig bis rapide an. Alle Konsumenten zu überführen und zu bestrafen wäre unmöglich – die Kapazitäten nicht ausreichend.

Aber auch eine Akzeptanz des Konsumes findet nicht statt. Der Konsument einer illegalen Substanz wird ausschließlich über den Konsum der Droge definiert, seine komplexe Persönlichkeit auf einen Punkt minimalisiert. Somit wird die Droge zum tatsächlichen Mittelpunkt in seinem Leben – ein sinnvoller Genuß in bestimmten Situationen und unter Beachtung existierender Rituale findet nicht mehr statt – der Kreislauf beginnt.

Ein Gebraucher illegaler Drogen lebt auf einer ständigen Hetzjagd, gekennzeichnet von Verfolgung und psychotischen Angstzuständen. Dazu kommt der Beschaffungsdruck. Die extrem hohen Kosten für Heroin oder Kokain zwingen viele in die Kriminalität. Die Straftaten, die begangen

werden sind, in der Regel Eigentumsdelikte. Tritt Gewalt auf, so nur in Verbindung mit einem Eigentumsdelikt.

Besonders eklatant ist die Lage der weibliche Drogengebraucher, die nach seriösen Schätzungen zufolge bis zu 80% der Beschaffungsprostitution nachgehen und unter den ungeschützten und entwürdigenden Arbeitsbedingungen, deren sie ausgesetzt sind, zu leiden haben. Gerade in diesem Bereich muß die Arbeit intensiviert werden. Wir denken hierbei an spezifische Kontaktläden für drogengebrauchende Frauen, an Nachtschlafstätten und Gesundheitsräume, an Wohnprojekte und Streetworkerinnen, sowie an Angebote für Frauen mit Kindern und an spezielle Weiterhilfe in die berufliche Integration von Frauen.

Der Kaufort der Drogen ist oftmals auch der Konsumort. Häufig findet der Gebrauch, die Injektion mit der Spritze, auf der Toilette oder unter freiem Himmel statt, unter medizinisch absolut unzulässigen Bedingungen. Das zum Aufkochen des Heroin's notwendige Wasser wird aus Klosett, Pfütze oder See/Fluß genommen, alkoholische Tupfer sind oftmals nicht zur Verfügung und in eklatanten Notsituationen passiert es häufig, daß eine Spritze mehrere Benutzer hat. Da bei jedem Benutzen Blutrückstände in der Injektionsspritze zurückbleiben, spritzt sich jeder weitere Benutzer das Blut des Vorbenutzers in die Venen. Dies führt zu der raschen Ausbreitung des HIV-Virus unter den Drogengebrauchern.

Gerade in den Gefängnissen ist die Situation besonders explosiv. Dort gibt es regen Drogengebrauch, aber keine Möglichkeit, an unbenutzte Injektionsspritzen zu kommen. Ein Gefängnis ist daher für einen Drogengebraucher einer der gefährlichsten Plätze der Welt, da die HIV-Infizierungsrate dort besonders hoch ist und diese Infizierung auch nicht zu therapieren ist.

Aber auch auf der offenen Szene, falls sie überhaupt noch irgendwo existiert, ist es unter den Bedingungen der Prohibition unmöglich HIV-Prophylaxe zu betreiben. Die örtlichen Treffpunkte sind zerschlagen, die Drogenkonsumenten auf die Stadt zerstreut und nicht greifbar. Die Stadtkosmetik scheint es, wird der erfolgversprechenden szenenahen Sozialarbeit vorgezogen. Probleme werden verlagert.

Da wird beispielsweise in Köln die örtliche Drogenszene phantasievoll zur Schlachtbank geführt, unter Applaus der Medien werden Platz- und Stadt-

verbote ausgesprochen und extrem hohe Strafgeelder verhängt und bürgerkriegsähnliche Zustände entfacht. Es scheint als ob alles was auch nur im entferntesten mit Achtung der Menschenwürde zu tun hat, außer acht gelassen wird. Die großzügig angekündigten Hilfsangebote waren stolze 150 Methadonplätze für 7.000-10.000 örtliche Drogengebraucher, die zum Teil immer noch auf sich warten lassen. Um einen Methadonplatz zu bekommen, muß man an einer lebensbedrohlichen Krankheit leiden oder mehrere Therapien abgebrochen haben und als unvermittelbar gelten. Vor allem verzweifelte junge Drogengebraucher denken zumindest daran, sich in besonders verzweifelten Situationen mit dem HIV-Virus zu infizieren, um an den gewünschten Methadonplatz zu kommen.

Auch schwangere Frauen werden substituiert. Ist das Kind auf der Welt, bekommt die junge Mutter noch ein paar Wochen Methadon und wird dann binnen kürzester Zeit nach unten dosiert. Zielvorgabe ist und bleibt nämlich der drogenfreie Mensch, und da nicht sein kann, was nicht sein darf, geht es auch nicht, daß eine Mutter auf Methadon angewiesen ist und trotzdem eine gute Mutter ist. Sie muß innerhalb kürzester Zeit entziehen; schafft sie das nicht, hat sie nicht genug Willen, um richtig mit der Sucht zu brechen. Durch das Absetzen des Methadons bei einer Mutter wird die Chance zum Aufbau einer soliden Mutter-Kind-Beziehung genommen. Nach dem Absetzen tritt das Jugendamt auf, das unweigerlich von den Ärzten informiert wird, Konsequenz ist der Entzug des Kindes. Nun haben wir also eine wieder drogenkonsumierende Mutter und ein weiteres Kind in einem Heim.

Auch die Stellung des substituierenden Arztes ist oftmals extrem hoch. Wenn Sie beispielsweise den Arzt wechseln wollen, können sie dies tun. Ein Junkie kann dies nicht. Für einen Abbruch der Arztbehandlung oder bei Konflikten gilt: Es ist immer der Junkie der Schuldige. Er war nicht einsichtig genug oder einfach ein schwieriger Patient.

Eine Frau, die zum Beispiel per Abendschule den Realschulabschluß nachholte, die Ausbildung nach zig Jahren zu Ende brachte und vor der Arbeit drei Stunden für Methadon unterwegs ist und abends zu geschafft ist, um zur psycho-sozialen Betreuung zu gehen, gilt als bockig und uneinsichtig.

Dem Gebrauch harter Drogen werden existentielle Menschenrechte aberkannt. In Deutschland ist daher auch das Strafgesetzbuch schädlicher

als die Droge selber. Durch das Verbot bedingt werden für illegale Drogen Höchstpreise gezahlt. Weltweit werden Umsätze zwischen 300-500 Mrd. DM erzielt, die als illegales Kapital in die Geschäftswelt einfließt.

Die Droge selbst als Endprodukt bei dem Gebraucher angelangt, beinhaltet mehr als 50 Nebenstoffe, die beigefügt worden sind, um eine größere Menge zu gewinnen. Unter den Beimengen sind zu einem Großteil hochgiftige Stoffe, von denen jedes einzelne schon gefährlichere Auswirkungen hat als reines Heroin.

Was der Öffentlichkeit auffällt, ist immer der bereits unter den Bedingungen der Prohibition verelendete Junkies, der als letzten Punkt in seiner „Karriere“ auf der Szene landet. Besitzt ein Heroinkonsument Geld, ist gut situiert durch Erbe, gut bezahlte Arbeit oder sonstiges immer in der Lage reines Heroin zu konsumieren, lebt er als unauffälliger Mensch unter Ihnen, ohne körperliche Verelendung. Es gibt Menschen, die seit Jahren konsumieren und nicht die Merkmale aufzeigen, die ein verarmter auf der Szene lebender Konsument aufweist, die nie sozial auffällig waren und immer brav ihre Steuern abführten. Das leugnen ihrer Existenz ist allgegenwärtig. Reden wir von Junkies, sehen wir immer das Negative.

Wir müssen das Negative sehen, da das Positive gesetzlich verboten ist. Dies führt zu Mythen- und Legendenbildung, die das Bild verklären. Es scheint, als gebe es eine kollektive Unfähigkeit Meinung und Tatsache auseinanderhalten zu können. Das Positive wird als nicht existent beschrieben. Bei einer Drogenszene handelt es sich jedoch stets um eine Subkultur, in der Schutz gesucht wird. Hier trifft man die Menschen, die die gleichen Probleme und Schwierigkeiten haben, man kann sich austauschen und erfährt, was für ein Stoff zur Zeit auf dem Markt existiert. Dies ist sehr wichtig, da durch den Schwarzmarktkapitalismus bedingt der Reinheitsgehalt schwer einzuschätzen ist. Auch werden Bekanntschaften geknüpft, oder man trifft alte, verschollene Freunde wieder.

Natürlich werden an den Punkten auch Drogen verkauft, es sind ja ausgewiesene Drogenstandorte, es dreht sich aber nicht alles um die Droge. Wir haben in unserer Arbeit auf der Szene mehr menschlich Positives erlebt als Negatives, ohne Negatives verschweigen zu wollen, aber wir denken, daß sich eine Szene auch sozial gestalten kann.

Auf der Szene leben auch sehr viele „Altfixer“, die jegliche Beratungsangebote rundweg ablehnen, die nach zig abgebrochenen Therapien kein Selbstbewußtsein mehr haben, bei denen der „Leidensdruck“ statuiert worden ist und die nun körperlich hochgeschädigt sind, die sich im Prinzip selber wundern, daß sie noch am Leben sind.

Sie sind das Exempel, an denen sich die Unfähigkeit deutscher Drogenpolitik manifestiert. Einkalkulierte Opfer einer Gesellschaft, die verlangt: „Nimm keine illegalen Drogen- oder nimm sie und stirb“, und wenn dies nicht die Drogen tun, helfen wir gern nach und schaffen die Bedingungen, die dazu führen werden.

Die Möglichkeit einer aufsuchenden, den Bedürfnissen der Drogengebraucher angepaßten Sozialarbeit zu leisten, sind minimal und völlig unbefriedigend, solange der Gebraucher illegaler Substanzen als Objekt staatlichen Handelns und nicht als Mensch gesehen wird. Im Rahmen der HIV-Prophylaxe sowie der weiteren Gesundheitsstabilisierung aktiver Drogengebraucher empfehlen wir die Einrichtung von Gesundheitsräumen, in denen Heroin unter fachlicher Aufsicht konsumiert werden kann. Unter hygienisch korrekten Bedingungen und ohne Angst vor Verfolgung.

Auch müssen szenenahe Spritzenaustauschprojekte intensiviert werden, und weiter Projektmittel, insbesondere für den Bereich des Strafvollzuges frei gegeben werden, da die Situation in den Gefängnissen am meisten eskaliert.

Vor dem Hintergrund unserer kulturgeschichtlichen Entwicklung, insbesondere der Tradition vormals verbotener Stoffe wissen wir von der Unmöglichkeit, Existierendes vom Weltmarkt zu drängen, und empfehlen die kontrollierte Vergabe des Originalstoffs Heroin.

Regina Kimmerle

Frauen und AIDS

... suggeriert eine Gleichheit aller Frauen im Verhältnis zu AIDS. Aus meiner Erfahrung in der AIDS-Beratung und -Prävention ergeben sich unterschiedliche Bewertungen des Betroffenseins von Frauen:

- Frauen, die Angst vor AIDS haben und sich schützen wollen;
- Frauen, die wegen ihrer Zugehörigkeit zur Hauptbetroffenengruppe der Drogenabhängigen gefährdet sind;
- Frauen, die HIV-infiziert oder AIDS-krank sind;
- Frauen als Partnerinnen oder Angehörige HIV-infizierter und AIDS-kranker Männer;
- Frauen in pflegenden und helfenden Berufen;
- Frauen, die in ehrenamtlicher Tätigkeit das soziale Netz verstärken.

Frauen, die sich schützen wollen, brauchen in der Aufforderung zur Kondomverwendung ein erhöhtes Maß an Selbstbewußtsein und Durchsetzungsvermögen als Männer. Aufgrund der femininen Sozialisation, die zur Anpassung und Passivität erzieht und aufgrund der organischen Voraussetzungen, die Kondomanwendung nicht selbst durchführen zu können, wird eine abhängige Position deutlich.

Frauen stützende Maßnahmen in der HIV-Prävention sind:

- Forcierte Forschung zu infektionshemmenden vaginalen Medikamenten, (Forderung der Weltgesundheitsorganisation);
- HIV-präventive Botschaften, die das Selbstbewußtsein von Frauen unterstützen;
- HIV-präventive Botschaften, die deutlicher auf Männer als Träger des Schutzes hinweisen.

Unter der Annahme, daß Frauen den Schutz vor ungewollter Schwangerschaft selbst regeln, entscheiden vielfach Männer noch nach Art der Be-

ziehung bzw. der Nichtbeziehung, ob Kondom genommen wird oder nicht. Eine sprachliche Kommunikation wie als Ansatz nicht wahrgenommen.

- AIDS-Aufklärung in Schulen sollte die geschlechtsspezifischen Unterschiede der Infektionsprophylaxe ansprechen.

Frauen, die wegen Zugehörigkeit zur Hauptbetroffenengruppe der Drogenabhängigen gefährdet sind. Die Fixierung der Annahme, daß Frauen und Männer in der Drogenszene gleich gefährdet seien, erfolgt über das Wissen des Hochübertragungsrisikos Blut beim Spritzenaustausch bzw. Nadelaustausch, d.h. gemeinsamer Gebrauch von Injektionsbesteck. Frauen in der Szene sind mit Sicherheit auch hochgefährdet durch ungeschützten Sexualverkehr. Jede Frau, die bisher nicht HIV-infiziert wurde, kann nur von „Glück“ sprechen, da die Möglichkeiten, Kondome durchzusetzen, durch Suchtstruktur und soziale Abhängigkeiten ihr eigenständiges Handeln einschränken. So wird beim Anbieten von Sexleistungen in der sogenannten Beschaffungsprostitution wenig Rücksicht auf eigene Gefährdung genommen, da der „Lohn“ zur schnellen Beschaffung von Suchtmitteln gebraucht wird.

Niedrigschwellige Angebote zur Suchtberatung sind oft für Frauen nicht nutzbar, wenn sie nicht frauenspezifisch arbeiten, d.h. nur für Frauen als Schutzraum dienen können. Die oft enge Verbindung von Sucht und prostitutiven Verhaltens sollte Anlaß sein, geschlechtsspezifischen niedrigschwelligen Angeboten den Vorzug vor nicht geschlechtsspezifischen Angeboten zu geben.

Frauen, die HIV-infiziert oder AIDS-krank sind, sind mehr als Männer geneigt, sich „allein“ zu bewähren, ihren Alltag zu meistern, ihr Leben auf „allein“ einzurichten. Wenn man sich fragt warum, ist eine einfache Antwort nicht zu geben. Aus Sicht der Betroffenen wird dahinter die Erfahrung stehen, daß weibliche Sexualität zwar gefragt ist, daß darüber aber kein Aufsehen erregt werden darf. Die Befürchtung der Erniedrigung durch falsches Mitleid, durch Verdächtigungen, sich im Leben nicht richtig eingerichtet zu haben, verhindern eine aktive Auseinandersetzung mit der Erkrankung. Dies macht es schwierig, über Beratungs- und Gesprächsangebote individueller Art hinaus, Angebote zu benennen, die HIV-infizierten Frauen insgesamt gerechter werden. Von den Versor-

gungsstrukturen her könnten aber frauenspezifische Beratungen, insbesondere der stationären Versorgung, eine Entlastung schaffen.

Frauen als Partnerinnen oder als Angehörige von HIV-erkrankten Männern. Diese Frauen bedürfen dringend eines Zuganges zu Beratung und Unterstützung, um den Sinn in ihrem Leben wiederzufinden, um der ständigen Anforderung als danebenstehende Leidende gewachsen zu sein und damit zu begleiten. Gerade hier müssen sich frauenspezifische Ansätze bewähren, damit Frauen lernen können, eigene Belastungen zu empfinden und ihre eigenen Bedürfnisse in Fürsorglichkeitsmotivationen zu erkennen.

Frauen in helfenden und pflegenden Berufen. Die helfende und pflegende Arbeit mit AIDS-kranken Patienten kann für Frauen in besonderer Weise zur Überhöhung der Vorstellung beitragen: Immer zuhören zu können, für andere bedingungslos da zu sein. Die Handlungsorientierung ist dann nicht mehr durchsetzbar. Die Besinnung auf die Erhaltung der eigenen Kräfte wird schwierig und ist allein nicht mehr zu erreichen. Um die eigenen Kräfte zu erhalten, wird es wichtig, in Absprache mit Kolleginnen und Kollegen (auch Ärzten), am besten im Team, eigene und die Erfahrungen anderer abwägen zu können, um Grenzen setzen zu können, die nicht schuldhaft verarbeitet werden müssen. Die Teamarbeit sollte hier nicht frauenspezifisch angesehen werden, selbstverständlich leistet sie nur da etwas, wo beteiligte Kollegen/innen sich einbeziehen lassen, wo also ein Team sich selbst definiert. Dies müßte insbesondere auf sogenannten „AIDS-Stationen“ als supervisierte Teamarbeit angestrebt werden. Die Supervision sollte von einem außenstehenden qualifizierten Supervisor/in erfolgen.

Frauen, die in ehrenamtlicher Tätigkeit in die Versorgung von HIV-/AIDS-Erkrankten einbezogen sind, tun dies ohne den Anhalt einer Handlungsorientierung, die durch Ausbildung erworben werden kann; sie sind in hohem Maße abhängig von den Zuweisungen der Dienste, in denen sie tätig sind. Unterstützende Maßnahmen können nur durch die Organisationen gewährt werden, in denen sie tätig werden. Diese unterstützenden Maßnahmen können nicht in Ausbildung bestehen, umso mehr sollten die informellen Einbindungen durch Teamarbeit und Supervision die Einbindung in den Kreis der „Helfer“ gewähren.

Rüdiger Anhalt

Brauchen wir eine neue AIDS-Politik? – Betrachtungen aus schwuler Sicht –

Die AIDS-Krise ist noch nicht vorbei, auch wenn die Bundesregierung es uns mit ihrem Handeln glauben machen will. Zur Entwarnung besteht angesichts der konstant ca. 6.000 HIV-Bestätigungsteste jährlich kein Anlaß! Immer noch sind die Homosexuellen mit gut 75% die am stärksten betroffene männliche Gruppe. Zunehmend infizieren sich junge Menschen. Deutlich über 50% sind in der Altersgruppe zwischen 20 bis 39 Jahre zu finden. Gesamt sind bis jetzt 12.000 AIDS- und über 7.000 Todesfälle zu verzeichnen – es wird unerträglich gelitten und qualvoll gestorben.

Von AIDS geht eine besondere Faszination aus. AIDS ist keine gewöhnliche Krankheit, denn AIDS ist – noch – unheilbar. Ihre soziale Wahrnehmung unterscheidet sie von anderen letalen Krankheiten wie Krebs oder koronaren Problemen, mit denen wir umzugehen gelernt haben. AIDS hingegen gilt weithin als Menetekel und ist mit Fragen nach Schuld, Sühne und Verantwortung beladen. In Deutschland begegnet man der Krankheit und den Kranken häufig – zu häufig – mit Gleichgültigkeit, Ignoranz und Mitleid. Das ist bedauerlich. Hier sollten notwendige Änderungsprozesse ansetzen.

Es ist erstaunlich, wie schnell AIDS aus den Medien verschwunden ist. Mitte der achtziger Jahre schien AIDS das wichtigste Gesundheitsproblem überhaupt zu sein. In der Politik – ganz speziell in der Gesundheitspolitik – nimmt AIDS jetzt jedoch nur noch einen untergeordneten Rang ein. Dies wurde auch besonders dadurch deutlich, daß sich der zuständige Minister dem letztjährigen Deutschen AIDS-Kongreß, Ende November in Hannover, der wichtigsten Veranstaltung zu diesem Thema in Deutschland, entzog, und sich kurzfristig entschuldigen ließ. Eine Brückierung der Kongreß-Teilnehmer!

Nur am Welt-AIDS-Tag – immer am 1. Dezember – beschäftigen sich die Medien intensiver mit dem Thema. Schlagzeilen macht AIDS nur noch

mit Skandalen, wie dem sogenannten Bluterskandal, oder wenn Prominente dieser tückischen, noch nicht heilbaren Krankheit, erliegen.

Ca. 65.000 HIV-Bestätigungsteste (das entspricht nach Angaben des Robert Koch-Instituts in Berlin etwa 40.000-50.000 Infizierter) gibt es in Deutschland. Die Zahlen steigen. Nicht so schnell wie einst von Gauweiler und Koch vorhergesagt, aber sie steigen – um etwa 3.000 jährlich. So die Zahlen des Robert Koch-Instituts, der Nachfolgebehörde des von Seehofer aufgesplitteten Bundesgesundheitsamtes.

Der Bundesregierung fällt angesichts dieser nach wie vor erschreckenden Zahlen nichts anderes ein, als die Mittel für die AIDS-Hilfe und dem Präventionsangebot zu kürzen. Standen 1990 noch 34 Mio. DM für diesen Zweck zur Verfügung – bei weitem nicht genug –, so sieht die mittelfristige Finanzplanung für 1998 – bei stetigem Abbau in den Zwischenjahren – nur noch einen Betrag von 8 Mio. DM vor. Pro Bundesbürger wären das dann ziemlich genau 10 Pfennige für AIDS-Prävention. Das muß die Bundesregierung angesichts der Notwendigkeit steigender Finanzmittel und konstant hoher Neuinfektionszahlen erklären!

1995 wird der Etat des Bundesgesundheitsministeriums für AIDS-Prävention um 10% heruntergefahren, während der gesamte Gesundheitsetat des Hauses nur um 2,9% schrumpft. Damit wird noch einmal besonders deutlich, welchen Stellenwert AIDS – und die Menschen mit AIDS – bei der Bundesregierung und ihrem zuständigen Minister haben.

Zuständigkeiten und die Finanzierung für AIDS-Prävention werden vom Bund auf die Länder und umgekehrt geschoben; Selbsthilfeeinrichtungen wie AIDS-Hilfen, die im wesentlichen von Schwulen geprägt sind, sind durch diesen Kompetenzwirrwarr in ihrem Bestehen stark gefährdet. Einrichtungen, die mühevoll und mit viel ehrenamtlichem Engagement aufgebaut wurden, und die, wenn sie erst einmal zerschlagen sind, so nicht wiederbringbar sind.

Das Virus fragt nicht nach den Finanzmitteln einer Regierung, sondern es verbreitet sich um so schneller, je weniger Mittel für Aufklärung, Beratung und Betreuung zur Verfügung gestellt werden. Minister Seehofer in einem Interview: „Jede Mark, die den AIDS-Hilfen heute für Prävention und Aufklärung fehlt, wird die Haushalte, um ein Vielfaches erhöht, in

fünf bis zehn Jahren belasten, wenn die Menschen, die sich jetzt infizieren, krank werden.“ Dem ist nichts hinzuzufügen!

Die tiefe Verstörung, die AIDS besonders unter den Schwulen auslöste, scheint einem gelasseneren Annähern gewichen zu sein. Schwule Männer sind die über HIV und AIDS, im wesentlichen dank der Arbeit der Deutschen AIDS-Hilfe und den örtlichen AIDS-Hilfen, am besten informierte Bevölkerungsgruppe. Schwule haben ihr Sexual- und Risikoverhalten am deutlichsten geändert. Trotzdem sind immer noch 2/3 der gesamten Neuinfektionen bei dieser Gruppe zu verzeichnen. Fachleute warnen vor zunehmenden Neuinfektionen bei jungen Schwulen, die vom AIDS-Schock des Beginns der Epidemie kaum geprägt sind. Sie müssen für die Prävention erst noch gewonnen werden; Modellprogramme für junge Leute sind dringend erforderlich. Eine neuerliche Untersuchung in San Francisco zeigt zudem, daß das Risikoverhalten gerade bei jungen Schwulen stark zugenommen hat. Nutzen wir den Zeitvorsprung, den haben wir, so sagt die Vergangenheit, und reagieren rechtzeitig.

Das Leben der Homosexuellen hat sich durch AIDS stark verändert. Etablierte Schwule haben den Umgang mit der Krankheit gelernt – mit bitterer Erfahrung. Viele sind erkrankt oder schon verstorben. Zu sehen ist der unsägliche Verfall und die Krankheit, aber auch, daß es selbst mit der Krankheit möglich ist, gut und lange zu leben.

Die Tatsache, daß etablierte schwule Männer den besten Kenntnisstand zu HIV und AIDS und ihr Sexualverhalten am stärksten geändert haben, darf nicht zu dem Schluß führen, für sie bestünde kein Handlungsbedarf mehr. Differenziertere Präventionsbotschaften sind notwendig. Es gibt nicht mehr den Homosexuellen, es gibt nicht mehr das homosexuelle Paar. Die Kondomisierung, vielfach als die Möglichkeit der Prävention angesehen, ist nicht die ausschließliche Lösung.

Die Schuldzuweisung an den promiskuen Mann, er Sorge für die schnelle Ausbreitung des Virus, stimmt so nicht mehr. Studien jüngerer Zeit zeigen, daß die Mehrzahl von Infektionen in „dauerhaften“ und „regulären“ Beziehungen erfolgen. Die bisherigen Präventions-Botschaften, die den promiskuen Schwulen in den Vordergrund stellten, taugen da nichts mehr. Präventionskonzepte für die Zielgruppen Bisexuelle, Schwule in Partnerschaften, Stricher und Freier und drogengebrauchende Schwule müssen aufgelegt werden, oder benötigen verstärkte staatliche Förderung. Es be-

darf sehr viel komplexerer Interventionen, deren Ziel es sein muß, das Prozeßhafte des Sexualakts explizit werden zu lassen.

Für Schwule ist Sexualität heute verbunden mit dem Gedanken an HIV, an AIDS und die Folgen: lange Krankheit und qualvolles Sterben. Zur Einschränkung der Sexualpraktiken kommt die Belastung durch die permanente Erinnerung an den Verlust von Freunden und Sexualpartnern. Diese spürbare Belastung führt zu unterschiedlichen Reaktionen: vom völligen Verzicht auf Sexualität bis hin zur totalen Verdrängung von HIV und AIDS, was die Gefahr birgt, dem tatsächlichen Risiko schutzlos ausgeliefert zu sein. Durch die zunehmende Entsolidarisierung der Gesellschaft werden die stark zunehmende antischwule Gewalt und soziale Verelendung erzeugt, was einen verantwortlichen Umgang mit dem Infektionsrisiko erschwert. Deshalb gilt es Emanzipationsprozesse voranzutreiben und ein solidarisches Gruppengefühl zu entwickeln, um damit schwule Selbsthilfe zu organisieren. Dieses vorhandene Selbsthilfepotential muß ideell und finanziell gefördert werden.

Neben der Wissensvermittlung durch Printmedien müssen niedrigschwellige Angebote stärker ausgebaut oder entwickelt werden. Besondere Priorität muß dabei auf die aufsuchende **Streetwork**, als personalem Angebot für die unterschiedlichen schwulen Szenen, gelegt werden. **Fernsehspots** der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, häufig erst zu nachtschlafender Zeit gesendet, müssen auch den Hauptbetroffenenkreis – die Schwulen – ansprechen. Es ist schon irritierend, daß sich die zuständige Behörde dieser Öffnung bisher verschlossen hat und als Begründung mangelnde Durchsetzbarkeit bei der Politik als Entschuldigung angibt.

Um jeden Eindruck öffentlicher Kontrollfunktion zu vermeiden, der sich kontraproduktiv auswirken würde, müssen die Angebote an selbstorganisierte Einrichtungen wie AIDS-Hilfen und Schwulengruppen delegiert – und finanziert – werden. Zusätzliche Angebote, wie die Vorführung von **Safer-Sex-Pornos**, oder die Durchführung von **Safer-Sex-Partys**, dürfen nicht durch ordnungspolitische Vorgaben und Maßnahmen behindert oder gar verboten werden.

Es ist unrealistisch und inhuman, wenn die AIDS-Prävention von der Erwartung ausginge, daß alle Männer unter allen Umständen das Kondom benutzen würden. 64% der schwulen Männer, so eine Studie, haben mehr oder weniger Probleme mit dem Gebrauch von Kondomen. Es ist in der

Präventionsarbeit der zweiten Dekade von AIDS angemessener, im Ansatz bereits eine ganze Spannbreite von Möglichkeiten zu berücksichtigen und spezifische Strategien zu entwickeln.

Die Organisation der schwulen Primärprävention haben die AIDS-Hilfen übernommen. Dies ist ihnen auch gut gelungen. Durch die Übernahme dieser öffentlichen Aufgabe, die der Staat finanziert, haben sie sich aber vom Geldgeber abhängig gemacht. Die Konfliktfähigkeit zum Geldgeber ist durch deren Finanzierung deutlich beschnitten. Dies hat sich in der Vergangenheit immer häufiger gezeigt und negativ ausgewirkt, wie zum Beispiel bei der besonderen Problematik von Frauen und AIDS. Ein Plakat der Deutschen AIDS-Hilfe (DAH), das die Selbstentscheidung einer infizierten Frau zu einem Kind bejaht, mußte aus dem Verkehr gezogen werden. Weiterhin wurde die Finanzierung der Broschüre „Schwuler Sex. Sicher“ eingestellt. Die Bayerische Landesregierung setzte dem noch eins drauf und stellte bei der Bundesprüfstelle für jugendgefährdende Schriften einen Indizierungsantrag gegen verschiedene Materialien der DAH. Solche Behinderung zielgruppengerechter Aufklärung ist fatal. Künftig müssen klare Förderrichtlinien für die Arbeit in der AIDS-Aufklärung derartige Zensurversuche ausschließen.

Die AIDS-Enquête-Kommission des Deutschen Bundestages forderte bereits 1990, daß die AIDS-Prävention „die gegebene Lebensweise der Zielgruppen zu akzeptieren und zu berücksichtigen“ habe. „Für die Aufklärung und Beratung der Homosexuellen sind die Homosexuellen-Selbsthilfegruppen und die Homosexuellen-Subkultur besonders wichtig. Diese Struktur sollte weder behindert noch zurückgedrängt, sondern anerkannt und gefördert werden“. Für die AIDS-Politik wäre viel gewonnen, wenn diese Einsichten der Enquête-Kommission von den Entscheidungsträgern in Bund, Ländern und Kommunen endlich umgesetzt würden. Die Einflußnahme des Staates in diesen sensiblen Bereich ist jedenfalls nicht hinzunehmen und ist zu stoppen.

Die DAH muß Interessenvertretung mit eigenem Anspruch für Menschen mit HIV und AIDS und Vertretungsorgan **aller** AIDS-Hilfen bleiben, und nicht eine Projektagentur der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). Zweckbindung von BZgA-Geldern schiebt vielen Aktivitäten einen nicht zu akzeptierenden Riegel vor.

Das zunehmende jährliche Hangeln der DAH und der AIDS-Hilfen nach Geldern zur Etatsicherung – und damit zur Gestaltung einer fruchtbaren Arbeit – ist unerträglich und bindet in nicht zu verantwortendem Maße für andere Dinge notwendige Mitarbeiter. Dieses ist nur mit einer **Regelfinanzierung**, den steigenden Kranken- und Infektionszahlen entsprechend, zu verhindern. Selbsthilfeorganisationen, das sei angemerkt, können in Deutschland noch nicht von Spendengeldern existieren.

Der Finanzierung von Selbsthilfe und Prävention in den **neuen** Bundesländern kommt eine herausragende Bedeutung zu. Hier sind **noch** geringe Infektionszahlen zu verzeichnen. Dauerhafte Beratungsstrukturen sind zu erhalten oder zunehmend zur Verfügung zu stellen.

Warum sperrt sich die Politik, die Gesellschaft, aber auch die BZgA, nur so, sich dem Thema AIDS im erforderlichen Maße zuzuwenden?

Weil es **nur** die Schwulen sind, die betroffen sind? Eine von der Gesellschaft und auch wesentlich von der Kirche schon seit Jahrhunderten geächtete und diskriminierte Gruppe?

Ein Höhepunkt der Diskriminierung fand in der Nazizeit statt. Homosexuelle wurden in Konzentrationslager gesperrt, dort gequält und häufig auch ermordet. Die Verfolgung Andersdenkender und Andersliebender ging weiter, auch noch in den fünfziger Jahren. Es schien zum gesellschaftlichen Konsens zu gehören, daß es nicht erlaubt sei für Männer, Männer zu lieben. Wegen Verstoßes gegen den § 175 verurteilten in der noch jungen Bundesrepublik **dieselben** Unrechtsrichter wie im Nationalsozialismus **dieselben** Angeklagten wie im Nationalsozialismus. Auch wenn nicht mehr Konzentrationslager und Ermordung drohten – die Kontinuität blieb aufrechterhalten. Ein von der Geschichte nicht genügend aufgearbeiteter Komplex!

Mehr als 120 Jahre gab es im deutschen Strafgesetzbuch den § 175 und damit eine staatlich verordnete Diskriminierung der Homosexuellen. Erst jetzt ist, dank der Wiedervereinigung, dieser Unrechtsparagraf – wenn auch sehr zögerlich – gestrichen worden. Aber haben die Homosexuellen damit eine gesellschaftliche Gleichstellung erreicht und wurde der Diskriminierung Einhalt geboten? Solange „Du Schwuler“ noch immer ein oft gehörtes Schimpfwort – auch in den Klassenzimmern – ist, solange Homosexuelle noch immer brutal zusammengeschlagen werden – die Gewalt

gegen Minderheiten nimmt generell zu –, solange in Arbeitszusammenhängen noch immer Angst besteht, sich zu seiner Homosexualität zu bekennen, solange behält Rosa von Praunheims Filmtitel: „Nicht der Homosexuelle ist pervers, sondern die Gesellschaft, in der er lebt“, eine beängstigende Aktualität. Allen gesetzlichen Liberalisierungen zum Trotz, die uns die deutsche Einheit in jüngster Zeit geschenkt hat.

Noch vor wenigen Jahren konnte der damalige – und auch jetzige – bayerische Kultusminister, Zehetmair (CSU), ungestraft sagen, daß „AIDS eine natürliche Ausdünnung bei Homosexuellen bewirke“. Es gab keinen Aufschrei in den Medien. Auch die Politik hielt sich zurück!

Die jetzige Bundesregierung hat es in zwölf Jahren nicht geschafft – und auch wohl nicht gewollt –, ein Klima der Akzeptanz schwul-lesbischer Kultur zu schaffen. Sie hat zudem in der Diskussion um eine Änderung der Verfassung erheblichen Widerstand an Antidiskriminierungsbestimmungen für Schwule und Lesben geleistet. Die SPD wollte mehr Rechte für diesen Personenkreis, konnte sich aber nicht durchsetzen. Sie lehnte aber ebenso, wie geschehen auf dem vergangenen Parteitag, schwulen- und lesbenfreundliche Anträge der Schwusos wegen fehlender Antragsberechtigung ab. Schwule und lesbische Themen haben nur bei Wahlen eine besondere Bedeutung. Dann erinnert man sich ihrer als mögliches Wählerpotential. Die SPD wirbt zwar in den schwulen Printmedien und in der schwulen Szene für ihre Ideen, so vor der letzten Bundestagswahl, das heißt aber auch, daß sie sich damit ein wenig vor der breiten Öffentlichkeit jedoch versteckt.

Es ist aber zu konstatieren, daß der Streit um die „Homosexuellen-Ehe“ das Wissen über die Lebensbedingungen von Homosexuellen deutlicher gemacht hat. Berührungängste wurde damit ein Stück weit abgebaut.

Bemerkenswert ist weiter, daß Frauen sich allgemein für Schwulenpolitik leichter öffnen, Männer aber damit meist Probleme haben.

Zu fordern wäre, daß sich ein neuer Zugang zur Homosexualität finden ließe, der in der Sexualerziehung in den Schulen vermittelbar wäre. Die Lehrpläne weisen bei diesem Thema häufig Lücken auf. Berührungängste sind spürbar. Landtagsabgeordnete, die dieses mit einer eingebundenen Schulpolitik beseitigen könnten, verschließen sich stur der Thematisierung. Warum sollten Homosexuelle nicht ganz einfach „anders“ sein dür-

fen und „anders“ lieben dürfen? Das ließe sich doch sicherlich darstellen, oder?

Präventionsarbeit für Schwule ist nicht zu leisten, ohne die Akzeptanz und den Respekt vor „anderen“ Lebensentwürfen.

Die Krankheit AIDS hat schlagartig deutlich gemacht, daß Schwule in einem rechtlich ungesicherten Raum leben. Gerade im Falle von Krankheit oder Tod tritt die Rechtlosigkeit schwuler Lebensgemeinschaften besonders kraß zutage: Anders als bei Ehepaaren sind in schwulen Lebensgemeinschaften Partner ohne Einkommen in der Krankenversicherung des anderen Teils nicht mitversichert. Stirbt der Freund, verfallen alle Pensions-, Versorgungs- und Rentenansprüche. Sie können nicht weitergegeben werden. Auch im Erbrecht sind schwule Lebensgemeinschaften massiv benachteiligt. Der überlebende Partner ist nicht gesetzlicher Erbe. Im Mietrecht gibt es ebenfalls starke Benachteiligungen. Gleichgeschlechtliche Paare müssen daher die gleichen Möglichkeiten zur rechtlichen Ausgestaltung ihrer Lebensform erhalten wie heterosexuelle.

Ein besonderes Kapitel schreibt die Kirche zur Homosexualität und zu AIDS. Die Kirche, besonders die katholische, versucht mit Schuldzuweisungen, dem Vorwurf der Unmoral und der drohenden Verderbnis, einzuschüchtern. Dem lautstarken Getöse kann man sich nur schwer entziehen, denn die Kirche hat starken – zu starken – Einfluß auf Politik und Gesetzgebung, hat Einfluß auf Medien und öffentliche Meinungsbildung, auf Erziehung, Schule und Kultur. Wenn die Kirche, entgegen der wissenschaftlichen Erkenntnisse, ihre Moral als die beste Medizin zur Verhinderung der Infektion mit dem HI-Virus aufzwingen will, und eben keine Kondome und keinen Safer Sex zuläßt, dann muß diese Ideologie als das entlarvt werden, was sie ist, nämlich menschenverachtend und todbringend.

Aussagen katholischer Würdenträger wie: „Homosexualität ist eine entehrende Leidenschaft“ (Dyba); sei ein „anstößiger Lebensstil“ (Ratzinger); „andere Kranke sind ohne ihre Schuld angesteckt worden“ (Dyba); „Aidskranke haben keine Zukunft mehr, sie werden praktisch ‘ausgelöscht’“ (Dyba); sind ungeheuerlich! Proteste waren nur von Schwulengruppen oder ACT UP zu hören – die Politik hat wieder geschwiegen!

Schwule mit AIDS sind lebendige Menschen. Sie lassen sich nicht durch die katholische Kirche zu reinen Objekten ihrer Nächstenliebe mit Sterbehospizen der Caritas machen. Erst im Sterben werden Schwule akzeptiert. Es gilt, den Einfluß der Kirche auf unser Leben zu stoppen, so daß die Forderung nach Trennung von Staat und Kirche eine nur zu logische ist.

Ein Traum ist es, Homosexualität irgendwann so alltäglich zu machen, daß die Begriffe schwul, lesbisch und hetero überflüssig werden. Wirklich nur ein Traum?

Strategien müssen entworfen werden, die einer sozialen Infektion der Krankheit AIDS vorbeugen. Eine vielfach geforderte Meldepflicht, so jüngst nach dem Bluterskandal, ist kontraproduktiv und keine Lösung.

Eine effektive AIDS-Bekämpfung muß geprägt sein von Sachlichkeit, Verständnis und humanem Umgang mit Menschen mit HIV und AIDS. Wir brauchen keine Hochglanzbroschüren und Sonntagsreden der Politik, sondern Taten und Geld! Die zögerliche und ignorante Politik fordert täglich Menschenleben.

Ein betroffener ACT UP-Aktivist hat einmal vor wenigen Jahren gesagt: „Wenn wir sterben, dann an Haß und Vorurteilen Schwulen gegenüber. Wenn wir sterben, dann an Gleichgültigkeit und Bürokratismus. Wenn wir sterben, dann an der Sensationsgier der Medien, die nur an Schicksalen interessiert sind, wenn ‘hilflose’ Opfer zu beklagen sind.“ Stimmt dies nicht auch heute noch so?

Vieles wurde mit der bisherigen AIDS-Politik schon erreicht – vieles gibt es noch zu tun. Die AIDS-Krise ist wirklich noch nicht vorbei, wie die Bundesregierung uns mit ihrer Politik glauben machen will.

„Brauchen wir eine neue AIDS-Politik?“, war die Eingangsfrage. Ja, wir brauchen eine neue Politik, die AIDS wieder wahr und ernst nimmt. Wir brauchen eine Ergänzung und teilweise Erneuerung, vor allem aber Geld, um die notwendigen, auch neuen, Präventionsprogramme starten zu können.

Helfen Sie mit!

Prioritäten in der zukünftigen AIDS-Politik

Rückblickend läßt sich sagen, daß die AIDS-Arbeit in den letzten Jahren durch eine Schwerpunktverlagerung gekennzeichnet ist: weg von den großen massenmedialen Kampagnen, die sich an die sogenannte Allgemeinbevölkerung richten, hin zu ziel-(sub-)gruppenspezifischen und personal-kommunikativen Ansätzen. Eine akzeptierende, niedrighschwellige und aufsuchende Arbeit erweist sich insbesondere für die Hauptbetroffenengruppen, der schwulen und bisexuellen Männer und der intravenös Drogenabhängigen, als bester Weg der Prävention. In Hamburg ist dieser Gedanke sehr früh aufgegriffen und auch umgesetzt worden, etwa indem die Personal- und Sachmittel des Infoladens für schwule und bisexuelle Männer „Hein und Fiete“ dadurch finanziert werden, daß Mittel, die bisher zur Öffentlichkeitsarbeit für die Allgemeinbevölkerung zur Verfügung standen, für dieses zielgruppenspezifische, niedrighschwellige und personal-kommunikative AIDS-Präventionsprojekt umgewidmet wurden. Auch die Anliegen von männlichen und weiblichen Prostituierten und Strafgefangenen werden über besondere Angebote berücksichtigt.

Die Akzeptanz verschiedenster Lebensstile ist bei diesem Ansatz die Grundlage der Arbeit und Voraussetzung für einen vertrauensvollen Dialog mit den Betroffenen, um sie zu selbstverantwortlichem und partnerschaftlichem Verhalten zu befähigen. Dabei ist die Kooperation staatlicher Stellen mit Einrichtungen in freier Trägerschaft unverzichtbar, weil diese die zu erreichenden Zielgruppen viel besser ansprechen können. In Hamburg wird daher ein differenziertes Informations- und Beratungsnetz finanziert. Zudem können diese Einrichtungen auch jedes Jahr speziell auf ihre Zielgruppen abgestimmte Öffentlichkeitsarbeit mit Mitteln der Behörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales (BAGS) durchführen. Über eine Betroffenenumfrage hat die BAGS – Abteilung Gesundheitsförderung/AIDS – die Zufriedenheit der Menschen mit HIV und AIDS mit dem in Hamburg existierenden Versorgungsnetz erhoben. Diese Umfrage wird demnächst veröffentlicht werden. Es läßt sich ganz knapp zusammengefaßt aber bereits sagen, daß sich – trotz eines leider sehr geringen Rück-

laufes – die Betroffenen, die sich geäußert haben, sowohl medizinisch, pflegerisch als auch psychosozial gut betreut fühlen.

Die Zusammenarbeit mit den AIDS-Beratungseinrichtungen findet auch über regelmäßige Treffen und durch bilaterale Gespräche sowie Fachtreffen statt. Diese Kontakt-Möglichkeiten wie auch verschiedene Umfragen bei Betroffenen und bei Kliniken sowie niedergelassenen Ärzten sind wichtige Rückkoppelungsmöglichkeiten über die Wirksamkeit und Effektivität der von der BAGS finanzierten AIDS-Beratungs- und Betreuungseinrichtungen. Dazu kommen bei Trägern durchgeführte Organisationsuntersuchungen und Evaluationsstudien, die mit dazu beitragen sollen, daß die Arbeit der Einrichtungen in ihrer Wirksamkeit erhöht wird.

Bedingt durch die Verbesserung der medizinischen Therapie konnte in den letzten Jahren die Überlebenszeit von AIDS-Kranken erheblich verlängert werden. Im Verbund damit treten nun aber vermehrt behandlungsbedürftige und z.T. schwere Infektionen auf, so daß die Betroffenen nun verstärkt ambulanter und/oder (teil-)stationärer Hilfe und Pflege bedürfen sowie verstärkt psychosoziale Betreuung brauchen. Der Pflegebereich verdient somit auch in den kommenden Jahren mehr und mehr unsere Aufmerksamkeit. Eine Verschlimmerung der Obdach- und Wohnungslosigkeit – insbesondere bei Menschen mit HIV und AIDS, die gleichzeitig iv-drogenabhängig sind – kommt als weiterer Problempunkt noch erschwerend hinzu. Probleme in der sozialen Absicherung treten z.T. verstärkt auf und erfordern heute andere Problemlösungsstrategien als noch vor einigen Jahren. In Hamburg entwickelt die AIDS-Hilfe hierzu ein Projekt des Betreuten Wohnens und ein Konzept für ein Hospiz-ähnliches Projekt. Im Bereich Drogenabhängige und Prostituierte gibt es verschiedene Beratungsangebote und Übernachtungsstellen sowie die Teilnahme am Substitutionsprogramm.

Die epidemiologische Entwicklung verlief in der Bundesrepublik Deutschland ruhiger, als dies zu Anfang der AIDS-Arbeit befürchtet worden war. AIDS ist z.T. Bestandteil des heutigen gesellschaftlichen Lebens geworden. Dies bedeutet allerdings auch, daß AIDS aus den Schlagzeilen der Tagespresse durch andere Themen verdrängt wurde und die AIDS-Problematik mit weniger publizistischem Aufwand verarbeitet wird. Das Interesse an AIDS und den Menschen, die von HIV und AIDS betroffen sind, ist zurückgegangen. AIDS scheint heute „selbstverständlicher“ geworden,

aber auch „unwichtiger“. Dabei bestehen aber gleichzeitig auch heute immer noch z.T. unrealistische Ängste vor AIDS und den davon betroffenen Menschen. Auch heute gibt es immer noch – auch bei Fachpersonal – z.B. eine erschreckende Unkenntnis zum Thema AIDS-Übertragungswege und -schutzmaßnahmen.

Diese Tatsachen machen deutlich, daß auch weiterhin Information, Aufklärung, Prävention und Fortbildung neben den anderen oben genannten Aufgabenbereichen in der Zukunft energisch weitergeführt werden müssen, um z.B. der nachwachsenden Generation im Rahmen einer sexualitätsbejahenden Sexualpädagogik die für sie wichtigen Informationen zum Thema HIV und AIDS und anderen sexuell übertragbaren Erkrankungen zu vermitteln.

Ein sehr wichtiges Thema ist die Weiterentwicklung der AIDS-Prävention speziell für schwule und bisexuelle Männer: hier ist ein – zwar leichter – aber doch verschiedenorts beobachteter Anstieg von HIV-Infektionen bei jüngeren schwulen Männern feststellbar. Es muß über neue Formen der Safer Sex-Arbeit nachgedacht werden. Es geht um kreativere, die Kommunikationsbedürfnisse der Zielgruppen aufgreifende aktivierende Ansätze.

Es wird auch in Zukunft weiter darum gehen, alle relevanten Versorgungsbereiche selbst so kompetent im Umgang mit AIDS zu machen, daß ein „Verschieben“ von Betroffenen nicht mehr möglich sein wird.

Die auch international diskutierte Notwendigkeit der Verknüpfung der Prävention von HIV und AIDS mit dem Gebiet der STDs, der sexuell übertragbaren Erkrankungen einerseits und dem Bereich der Gesundheitsförderung andererseits, ist in Hamburg durch eine organisatorische Zusammenführung der Abteilung Gesundheitsförderung mit der ehemaligen Leitstelle-AIDS umgesetzt worden. Eine Vernetzung verschiedener Arbeitsgruppen gewährleistet eine sachbezogene und projektbezogene Kooperation. AIDS-Prävention als strukturelle Prävention enthält sowohl präventive wie gesundheitsfördernde Strategiemomente und hat auf der Ebene der Erfahrungen mit Öffentlichkeitsarbeit in Tabubereichen auch für die Bearbeitung anderer Problemfelder viel zu bieten.

All diese Maßnahmen stehen im Zusammenhang mit Bemühungen, Diskriminierungen zu verhindern und einen realistischen und humanen Um-

gang mit AIDS und den davon Betroffenen zu üben. Vor diesem Hintergrund hat die Freie und Hansestadt Hamburg auch die Abschaffung des diskriminierenden § 175 betrieben, der 1994 gestrichen wurde. Eine Anerkennung und Gleichberechtigung gleichgeschlechtlicher Partnerschaften, die Aufhebung inhumaner Rechtsinstrumente und die Bereitstellung emanzipativer Präventionskonzepte, eingebettet in eine freiheitliche sozial- und gesundheitspolitische Gesamtperspektive sind Grundlage für eine AIDS-Arbeit, die Betroffene ernst nimmt und als Ziel die Befähigung zur Selbstverwirklichung und dem Respekt vorm anderen hat.

In der Bundesrepublik Deutschland stellen weiterhin schwule und bisexuelle Männer mit ca. 70% die größte Hauptbetroffenengruppe. Danach folgen Drogenabhängige mit ca. 13-16%, während Frauen und heterosexuelle Männer nur relativ selten von HIV und AIDS betroffen sind. Zwar sind die Zuwachsraten, die hier zu beobachten sind, relativ hoch, jedoch die absoluten Zahlen betroffener Menschen niedrig. Männliche und weibliche Prostituierte sind ebenfalls als Betroffenengruppen zu nennen. Sie sind überwiegend selbst gefährdet durch Kunden, die Geschlechtsverkehr ohne Kondom verlangen sowie z.T. durch eine gleichzeitige Drogenproblematik und damit verbundene gesundheitliche Probleme und soziale Verelendungstendenzen. Die oft diskutierte „Gefährdung der Allgemeinbevölkerung“ durch HIV-infizierte Prostituierte entspricht nicht den epidemiologischen Daten, die vorliegen. Die Anliegen von Strafgefangenen sind ein weiteres wichtiges Thema in der AIDS-Arbeit: hier wird die freie Verfügbarkeit von umfassenden AIDS-Informationen, Kondomen (Safer Sex) und sterilem Spritzbesteck (Safer Use) zur Vermeidung der Übertragung von HIV und anderen Krankheitserregern bei intravenösem Drogenkonsum gefordert. Das hier bestehende Infektionsrisiko ist vergleichsweise hoch, dennoch bleiben notwendige Präventions- und Aufklärungsmaßnahmen z.T. aus bzw. weit hinter den von Fachleuten geforderten Notwendigkeiten zurück.

Die Diskussion um den „Blut-Skandal“ und die Entschädigungsregelung für Menschen, die sich eine HIV-Infektion/AIDS-Erkrankung über Blut/Blutprodukte zugezogen haben, hat erneut die Diskussion um einen „HIV-Routine/Zwangstest“ von Seiten des Bundesministeriums für Gesundheit entflammt und dabei einerseits gezeigt, daß der Hamburger liberale Ansatz, den auch die meisten anderen Bundesländer „fahren“, durchaus ge-

fährdet sein kann durch restriktive Aktivitäten und Strategien, die für sich in Anspruch nehmen wollen, über Zwangsmaßnahmen vermeintlich das Problem lösen zu können.

Diese Strategien werden von Hamburger Seite und von namhaften Experten nicht nur sehr kritisch gesehen, sondern als kontraproduktiv gewertet, da sie geeignet sind, ein über Jahre aufgebautes Vertrauensverhältnis zwischen medizinischen, psychosozialen Beratungseinrichtungen und den von HIV und AIDS betroffenen Menschen erheblich zu stören. Hier würden wichtige Grundpfeiler einer liberalen AIDS-Arbeit wie Freiwilligkeit und Schutz der Anonymität aufgegeben werden, womit die Erfolge der bisherigen Arbeit gefährdet werden. Es wird auch hier weiter nötig sein, die Entwicklung auf Bundesebene aufmerksam zu verfolgen, um rechtzeitig verhindern zu können, daß restriktive und kontraproduktive Ansätze etabliert werden, zum Schaden einer bisher sehr erfolgreichen AIDS-Prävention und zum Schaden vor allem von Betroffenen.

Die derzeitige Diskussion über die erhebliche Kürzung der Mittel für die AIDS-Prävention der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), die sich an die Allgemeinbevölkerung richtet und der davon mit 6,7 Mio. DM finanzierten Deutschen AIDS-Hilfe (DAH), die sich an die Hauptbetroffenengruppen wendet, von 18 Mio. in 1995 auf 8 Mio. in 1998 bis hin zur völligen Streichung aller Mittel in 1999 führt zu berechtigter Kritik und Verunsicherung in diesem Bereich. Hamburg hat zu diesem Thema eine Entschließung der Gesundheitsminister der Länder vorbereitet, die auch auf der letzten Sitzung in Hamburg verabschiedet wurde: langfristig sollen 20 Mio. DM durch das Bundesministerium für Gesundheit für die AIDS-Prävention auf Bundesebene zur Verfügung gestellt werden.

Zusammenfassend läßt sich folgendes festhalten:

Unverzichtbar ist auch weiterhin die langfristige Absicherung und Fortführung der personalkommunikativen und zielgruppenspezifischen AIDS-Prävention und die Unterstützung des Selbsthilfebereiches (DAH und regionale AIDS-Hilfen). Ein Abbau der hierzu nötigen Mittel ist nicht zu verantworten. Weiterhin gesichert werden müssen die ambulante und (teil-)stationäre (pflegerische und medizinische) Versorgung von Menschen mit HIV und AIDS (unter Berücksichtigung der Auswirkungen der Pflegeversicherung). Ein weiteres Ziel ist die Schaffung geeigneten Wohn-

raums, ggf. mit Betreuung und stationärer Pflegeeinrichtungen mit „Hospiz-Anteilen“. Es wird darüber hinaus um eine weitere „Normalisierung“ und Verankerung der AIDS-Problematik als Querschnittsaufgabe in die bestehenden Regeleinrichtungen gehen müssen, um Diskriminierung und Tabuisierung aufheben und verhindern zu können. Für den Bereich der Strafvollzugsanstalten wird es darum gehen müssen, Kondome (Safer Sex) und sterile Spritzbestecke (Safer Use) verfügbar zu machen. Hier ist zu beobachten, daß ein relativ hohes Infektionsrisiko eher „billigend in Kauf genommen wird“, als eine wirksame Maßnahme umzusetzen. Weiterhin abgesichert werden muß ein sachgerechter Umgang mit dem HIV-Test. Freiwilligkeit und das Angebot der Anonymität müssen weiterhin aufrechterhalten bleiben. Tendenzen zu „Zwangs- und Regeltestungen auf HIV“ müssen abgewehrt werden.

Gudrun Schaich-Walch

Weiterentwicklung zukünftiger AIDS-Politik

Wir brauchen keine neue AIDS-Politik, was wir brauchen ist die konsequente Weiterentwicklung der begonnenen Politik. Allerdings bin ich schon der Überzeugung, daß noch einige wichtige Veränderungen im Bereich der Drogenpolitik notwendig sind, um das AIDS-Risiko dieser speziellen Gruppe zu minimieren.

Folgende Schritte sind notwendig und realisierbar:

1. Wir müssen zunächst alles daransetzen, um die Kürzungen der Finanzmittel im Bereich von AIDS zu stoppen. Angesichts der Tatsache, daß wir weit davon entfernt sind, die Krankheit medizinisch und gesellschaftlich im Griff zu haben, ist es nicht verantwortbar, mit einer Politik der Kürzungen fortzufahren. 1993 war der Etat noch 27,5 Mio. DM. 1994 wurde er schon auf 21 Mio. DM gekürzt, und im jetzigen Etat sind nur noch 18 Mio. DM für AIDS vorgesehen. Wirksame AIDS-Politik kann nur auf einer finanziell gesicherten und ausreichenden Basis funktionieren.
2. Der präventive Bereich muß ausgebaut werden. Prävention hat nirgends sonst so gute Erfolge gezeigt wie bei der Bekämpfung von HIV. Hier liegt eine wirkliche Chance, die Krankheit einzugrenzen. Daher muß die öffentliche Debatte wieder eröffnet werden. Gerade für Jugendliche ist es besonders wichtig, in der Phase der sexuellen Entwicklung Handlungshilfen zu bekommen. Die Deutsche AIDS-Hilfe (DAH) leistet hier hervorragende Arbeit, die verstärkt in den Bereich Schule und Jugendarbeit einbezogen werden muß.

Sexualität muß enttabuisiert werden. Unterschiedliche Lebensformen müssen akzeptiert werden. Nur eine Diskussion, die Unterschiede respektiert und toleriert, bietet die Chance, auf verschiedene Lebensformen einzugehen, sie zu einem ganz normalen Bestandteil der Gesellschaft zu machen und Menschen zu einem Verhalten zu bewegen, das die Risiken einer Infektion mit HIV reduziert.

3. Menschen, die an AIDS erkrankt sind, können häufig ihren Beruf nicht mehr ausüben und werden zu Sozialhilfempfängern. Die Sozialhilfe ist jedoch von ihrer Struktur her nur zur Überwindung relativ kurzer und absehbarer Schwierigkeiten gedacht. AIDS-Erkrankte können sich jedoch nicht mehr aus der Abhängigkeit von der finanziellen Hilfe von außen befreien. Daher muß eine soziale Grundsicherung geschaffen werden, die chronisch Kranke finanziell vernünftig absichert.

Als letztes möchte ich den Bereich der Drogenpolitik ansprechen, bei dem viel bewegt werden muß. Die Mehrzahl der von AIDS Betroffenen kommt weiterhin aus der Gruppe der homosexuellen Männer. Der langsame, aber kontinuierliche Anstieg von HIV-Infektionen bei Heterosexuellen steht oft im Zusammenhang mit dem Konsum illegalisierter Drogen.

Die Kriminalisierung der Drogenkonsumenten schafft Bedingungen, in denen spezielle Infektionsprophylaxe schwer möglich wird: Spritzen werden gemeinsam benutzt, die Konsumentinnen und Konsumenten stehen unter Zeitdruck der Beschaffung und behördlichen Verfolgung. Wer unter Entzugerscheinungen leidet, dem ist es momentan egal, unter welchen Bedingungen die Droge in den Körper gelangt. Zusätzliche Infektionsrisiken ergeben sich aus der Not, das Geld für den nächsten „Schuß“ zu bekommen, und dabei ist Beschaffungsprostitution ein möglicher und genutzter Weg. Dies erfolgt in der Regel aus einer Notsituation, in der sexuelle Infektion mit HIV nicht mehr ausgeschlossen werden kann.

Die Probleme dieses doppelten Unglücks liegen seit längerer Zeit auf der Hand. Dennoch hinkt die Politik mit konkreten Präventionsmaßnahmen hinterher. 1992 ist über die Reform des Betäubungsmittelgesetzes die Abgabe von Spritzen rechtlich klargestellt und damit erlaubt worden. Seit dem steigen die Zahlen der getauschten Spritzen und der Spritzen-Automaten, und die Zahl des Infektionsrisikos bei intravenösen Drogengebrauchern stagniert. Die Betroffenenorganisationen haben Faltblätter zur Verminderung des Infektionsrisikos herausgegeben, in denen Tips zum Spritzenaustausch und zur Desinfektion stehen und die DAH macht, wie viele Drogenberatungsstellen vor Ort, seit Jahren Risikominimierung („Harm-Reduction“) für intravenös-gebrauchende Drogenkonsumenten. An der sozialen Ausgrenzung, in deren Zentrum die Kriminalisierung steht, hat sich wenig geändert. Die Initiativen der SPD in Bund und Ländern stießen bisher immer wieder an den Widerstand der Bundesregierung, die der

moralisierenden Illusion einer drogenfreien Gesellschaft anhängt und über diese Ideologie viele praktische Hilfen blockierte.

Es gibt also keinen Grund zur Entwarnung. Eine Reihe von Maßnahmen müßten im Sinne einer sinnvollen Prophylaxe und Behandlung sofort eingeführt werden:

1. Der Spritzentausch und Kondomvergabe in Justizvollzugsanstalten muß gewährleistet sein. Auch Gefängnisse gehören zu Einrichtungen, in denen Drogen konsumiert werden. Inzwischen ist belegt, daß sich Gefängnisinsassen mit HIV infiziert haben.
2. Substitutionsprogramme müssen flächendeckend eingerichtet werden und vor der Erforschung ärztlich kontrollierter Heroinverschreibung darf nicht länger zurückgeschreckt werden, um den Beschaffungsdruck für Betroffene zu senken und den Zugang zur Drogenhilfe zu vereinfachen.
3. Gesundheitsräume, wie sie in Frankfurt eingerichtet wurden, gehören zu wirksamen und sinnvollen Maßnahmen, Infektionsrisiken zu vermeiden.
4. Botschaften von „Safer Use“ und „Safer Sex“ dürfen nicht mehr blockiert werden. Von seiten der Politik ist die Toleranz gegenüber nonkonformen Lebensstilen zu erwarten. Entsprechend ist die Selbsthilfe auch finanziell zu fördern.
5. Es muß sichergestellt werden, daß regionale Betreuungsangebote auch auf die besondere Problemlage von drogengebrauchenden Menschen mit HIV und AIDS eingestellt sind. Neben erhöhtem Bedarf an psychosozialer Betreuung, die durch langjährige Erfahrungen mit Demütigung, polizeilicher Verfolgung und Zwangsprostitution gekennzeichnet sein kann, bedarf es Hilfen, um der gesundheitlichen Verelendung entgegenzuwirken.

Referenten, Tagungs- und Diskussionsleitung

Rüdiger Anhalt, ACT UP, Frankfurt am Main

Rudolf Dreßler, MdB, Bonn

Mischa Hübner, Deutsche AIDS-Hilfe, Berlin

Dr. Regina Kimmerle, Ärztliche AIDS-Beraterin beim Gesundheitsamt der Stadt Bonn

Peter König, Abt. Arbeits- und Sozialforschung, Friedrich-Ebert-Stiftung, Bonn

Dirk Lesser, Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen, Düsseldorf

Norbert Lettau, Behörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales, Hamburg

Dr. Ulrich Markus, AIDS-Zentrum im Robert-Koch-Institut, Berlin

Dr. Ursula Mehrländer, Leiterin der Abt. Arbeits- und Sozialforschung, Friedrich-Ebert-Stiftung, Bonn

Priv. Doz. Dr. Rolf Rosenbrock, Wissenschaftszentrum Berlin

Imke Sagrudny, „Junkie-Bund Köln e.V.“

Gudrun Schaich-Walch, MdB, Bonn

Horst Schmidbauer, MdB, Bonn

Jens Wagner, „Junkie-Bund Köln e.V.“

Reihe „Gesprächskreis Arbeit und Soziales“

Gesprächskreis Arbeit und Soziales Nr. 1

Ausländer im vereinten Deutschland – Perspektiven der Ausländerpolitik (vergriffen)

Gesprächskreis Arbeit und Soziales Nr. 2

Industriebetriebe an der Schwelle zur Marktwirtschaft (vergriffen)

Gesprächskreis Arbeit und Soziales Nr. 3

Zuwanderungspolitik der Zukunft (vergriffen)

Gesprächskreis Arbeit und Soziales Nr. 4

Modernes Management in Unternehmen der alten und neuen Bundesländer (vergriffen)

Gesprächskreis Arbeit und Soziales Nr. 5

Zukunft des Gesundheitswesens in den neuen Bundesländern (vergriffen)

Gesprächskreis Arbeit und Soziales Nr. 6

Multikulturelle Gesellschaft – Der Weg zwischen Ausgrenzung und Vereinnahmung? (vergriffen)

Gesprächskreis Arbeit und Soziales Nr. 7

Ursula Mehrländer, Günther Schultze

Einwanderungskonzept für die Bundesrepublik Deutschland – Fakten, Argumente, Vorschläge (vergriffen)

Gesprächskreis Arbeit und Soziales Nr. 8

Zukunft sozialer Einrichtungen und sozialer Dienste in den neuen Bundesländern (vergriffen)

Gesprächskreis Arbeit und Soziales Nr. 9

Sicherung des Gesundheitswesens in den 90er Jahren (vergriffen)

Gesprächskreis Arbeit und Soziales Nr. 10

Branchenentwicklungen und Handlungsperspektiven betrieblicher Interessenvertreter in den neuen Bundesländern

Gesprächskreis Arbeit und Soziales Nr. 11
Der ostdeutsche Maschinenbau – Wege zur internationalen Wettbewerbsfähigkeit

Gesprächskreis Arbeit und Soziales Nr. 12
Flüchtlingsbewegungen und das Recht auf Asyl (vergriffen)

Gesprächskreis Arbeit und Soziales Nr. 13
Verzahnung von Arbeitsmarkt-, Regional- und Wirtschaftspolitik – Eine dringende Aufgabe in den neuen Bundesländern (vergriffen)

Gesprächskreis Arbeit und Soziales Nr. 14
Einwanderungsland Deutschland: Bisherige Ausländer- und Asylpolitik – Vergleich mit europäischen Ländern (vergriffen)

Gesprächskreis Arbeit und Soziales Nr. 15
Fremdenfeindlichkeit und Gewalt – Ursachen und Handlungsperspektiven (vergriffen)

Gesprächskreis Arbeit und Soziales Nr. 16
Veränderung des Arbeitsschutzrechtes in der Bundesrepublik Deutschland (vergriffen)

Gesprächskreis Arbeit und Soziales Nr. 17
Gesundheitsstrukturgesetz – Geeignet zur Lösung der Probleme im Gesundheitswesen? (vergriffen)

Gesprächskreis Arbeit und Soziales Nr. 18
Neue Ansätze in der Arbeitsmarktpolitik – Ist ein Gesamtkonzept für die neuen und alten Bundesländer erforderlich? (vergriffen)

Gesprächskreis Arbeit und Soziales Nr. 19
Deutsche und Polen – Zwischen Nationalismus und Toleranz (vergriffen)

Gesprächskreis Arbeit und Soziales Nr. 20
Betriebliche Gesundheitspolitik auf dem Prüfstand – Sind neue Konzepte für alternde Belegschaften erforderlich?

Gesprächskreis Arbeit und Soziales Nr. 21
Entstehung von Fremdenfeindlichkeit – Die Verantwortung von Politik und Medien (vergriffen)

Gesprächskreis Arbeit und Soziales Nr. 22
Partizipationschancen ethnischer Minderheiten – Ein Vergleich zwischen Großbritannien, den Niederlanden und der Bundesrepublik Deutschland (vergriffen)

Gesprächskreis Arbeit und Soziales Nr. 23
Fremdenfeindlichkeit und Rassismus – Herausforderung für die Demokratie (vergriffen)

Gesprächskreis Arbeit und Soziales Nr. 24
Gesundheitspolitik in Unternehmen der neuen Bundesländer (vergriffen)

Gesprächskreis Arbeit und Soziales Nr. 25
Weiterentwicklung der Behindertenpolitik in Deutschland

Gesprächskreis Arbeit und Soziales Nr. 26
Das duale System der Berufsausbildung in der Sackgasse? – Modernisierungsdruck und Reformbedarf (vergriffen)

Gesprächskreis Arbeit und Soziales Nr. 27
Den Zweiten Arbeitsmarkt fördern – Ein ökonomisch und sozial tragfähiges Konzept?

Gesprächskreis Arbeit und Soziales Nr. 28
Ausbildung und Beschäftigung – Übergänge an der zweiten Schwelle (vergriffen)

Gesprächskreis Arbeit und Soziales Nr. 29
Chancengleichheit für ausländische Jugendliche

Gesprächskreis Arbeit und Soziales Nr. 30
Privatisierung von Gesundheitsleistungen – Die soziale Krankenversicherung auf Abwegen (vergriffen)

Gesprächskreis Arbeit und Soziales Nr. 31
Einwanderungspolitik Kanadas und der USA – Beispiele für die Bundesrepublik Deutschland?

Gesprächskreis Arbeit und Soziales Nr. 32
Von der Ausländer- zur Einwanderungspolitik

Gesprächskreis Arbeit und Soziales Nr. 33
Verzahnung von Arbeitsmarkt- und Arbeitszeitpolitik – Mehr Weiterbildung bei veränderten Arbeitszeiten?

Gesprächskreis Arbeit und Soziales Nr. 34
Minderheiten- und Antidiskriminierungspolitik: Alternative zur Integration?

Gesprächskreis Arbeit und Soziales Nr. 35
Ost-West-Migration – Fluchtursachen und Handlungsperspektiven

Gesprächskreis Arbeit und Soziales Nr. 36
Soziale Sicherung auf dem Prüfstand – Gerät die Rentenversicherung ins Wanken? (vergriffen)

Gesprächskreis Arbeit und Soziales Nr. 37
Gesundheitsstrukturgesetz – Bilanz und Perspektiven (vergriffen)

Gesprächskreis Arbeit und Soziales Nr. 38
Der Berliner Arbeitsmarkt im Umbruch

Gesprächskreis Arbeit und Soziales Nr. 39
Bedeutung des demographischen Wandels – Frauenerwerbstätigkeit, Zuwanderung –

Gesprächskreis Arbeit und Soziales Nr. 40
Bedeutung des demographischen Wandels – Erwerbsarbeit, Berufliche Qualifizierung, Weiterbildung

Gesprächskreis Arbeit und Soziales Nr. 41
Zukunft der Pflege – Zukunft der Pflegeberufe (vergriffen)

Gesprächskreis Arbeit und Soziales Nr. 42
Berufsausbildung in den neuen Bundesländern

Gesprächskreis Arbeit und Soziales Nr. 43
Antisemitismus und Fremdenfeindlichkeit: Herausforderung für die Demokratie

Gesprächskreis Arbeit und Soziales Nr. 44
Medizinische und gesellschaftspolitische Herausforderung: Alzheimer Krankheit – Der langsame Zerfall der Persönlichkeit

Gesprächskreis Arbeit und Soziales Nr. 45
Europäische Einwanderungspolitik

Gesprächskreis Arbeit und Soziales Nr. 46
Beschäftigungsfelder der Zukunft – personenbezogene Dienstleistungen –

Gesprächskreis Arbeit und Soziales Nr. 47
Brauchen wir eine neue AIDS-Politik?

*Die Broschüren sind kostenlos zu beziehen bei:
Friedrich-Ebert-Stiftung
Abt. Arbeits- und Sozialforschung*

D-53170 Bonn