

Aus Politik und Zeitgeschichte

Beilage zur Wochenzeitung Das Parlament

Reinhard Kurth/Johannes Löwer

Die medizinischen und virologischen Grundlagen
des Erworbenen Immundefizienzsyndroms Aids

Rolf Rosenbrock

Aids-Prävention und Gesundheitspolitik

Gerd Pfeiffer

Aids und Recht

Johannes Gründel

Aids: Herausforderung an unser Menschsein

B 48/88

25. November 1988

Reinhard Kurth, Dr. med., geb. 1942 in Dresden; Studium der Medizin in Erlangen; Habilitation an der Universität Tübingen; 1980 Berufung zum Direktor und Professor an das Paul-Ehrlich-Institut Frankfurt seit 1986 dessen Präsident.

Veröffentlichungen u. a.: (zus. mit R. Löwer, J. Löwer, H. Gelderblom) Retroviren und Lymphomenstehung, in: *Onkologie*, (1987) 10, S. 186–194; (zus. mit G. Kraus, A. Werner, S. Hartung, P. Centne, M. Baier, S. Norley, J. Löwer) Aids: Animal retrovirus models and vaccines, in: *Journal of Aids* (1988) 11.

Johannes Löwer, Dr. med., geb. 1944 in Wien; 1963–1969 Studium der Medizin in Würzburg und Tübingen; 1970–1974 Studium der Biochemie in Tübingen (Dipl.-Biochem.); seit 1988 Leiter der Abteilung Human-Virologie am Paul-Ehrlich-Institut und Ernennung zum Direktor und Professor.

Veröffentlichungen u. a.: (zus. mit R. Kurth, E. M. Wondrak) Genome analysis and reverse transcriptase activity of Human Teratocarcinoma-Derived Retroviruses (HTDV), in: *Journal of General Virology*, 6 (1987); (zus. mit R. Kurth, E. M. Wondrak) Inhibition of HIV – 1 RNA – dependent DNA polymerase and cellular DNA polymerases α , β and γ by phosphonoformic acid and other drugs, in: *Journal of Antimicrobial Chemotherapy*, 21 (1988).

Rolf Rosenbrock, Dr. rer. pol., geb. 1945; Priv.-Doz.; Leiter der Forschungsgruppe Gesundheitsrisiko und Präventionspolitik im Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB); Mitglied der Medizinredaktion der Zeitschrift *DAS ARGUMENT*; Mitglied der Enquete-Kommission „Aids“ des Deutschen Bundestages.

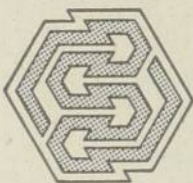
Veröffentlichungen u. a.: (zus. mit Friedrich Hauß) *Krankenkassen und Prävention*, Berlin 1985; *Aids kann schneller besiegt werden*, Hamburg 1987³.

Gerd Pfeiffer, Dr. jur., geb. 1919 in Striegau/Schlesien; Professor; Richter am Bundesgerichtshof und von 1977–1987 dessen Präsident.

Veröffentlichungen: Zahlreiche Monographien und wissenschaftliche Beiträge in juristischen Fachzeitschriften; zuletzt: (zus. mit B. Schünemann) *Die Rechtsprobleme von Aids*, Baden-Baden 1988.

Johannes Gründel, Dr. theol., geb. 1929; Studium der Philosophie, Psychologie und Theologie in Frankfurt, Königstein und München; 1959 Promotion und Habilitation an der Universität München in Fach Moraltheologie; seit 1968 Ordinarius für Moraltheologie an der Universität München.

Veröffentlichungen u. a.: Neben zahlreichen Monographien zu Fragen der Moraltheologie und Ethik auch Publikationen zur Aidsproblematik. *AIDS – Anlaß zur Enttabuisierung ethischer Fragestellungen*, in: ders. (Hrsg.), *AIDS. Herausforderung an Gesellschaft und Moral*, Düsseldorf 1987; *AIDS und die ethische Problematik*, in: A. W. von Eiff/J. Gründel, *Von AIDS herausgefordert. Medizinisch-ethische Orientierungen*, Freiburg u. a. 1987; *AIDS – ethische Herausforderung an die ganze Menschheit*, in: J. Micksch/R. Nieman (Hrsg.), *Positiv oder negativ? AIDS als Schicksal und Chance*, Gütersloh 1988.



ISSN 0479-611 X

Herausgegeben von der Bundeszentrale für politische Bildung, Berliner Freiheit 7/5300 Bonn 1.

Redaktion: Rüdiger Thomas (verantwortlich), Dr. Ludwig Watzal, Dr. Klaus W. Wippermann, Ralph Angermund, Dr. Heinz Ulrich Brinkmann.

Die Vertriebsabteilung der Wochenzeitung *DAS PARLAMENT*, Fleischstraße 62–65, 5500 Trier Tel. 06 51/46 04 39, nimmt entgegen

- Nachforderungen der Beilage „Aus Politik und Zeitgeschichte“;
- Abonnementsbestellungen der Wochenzeitung *DAS PARLAMENT* einschließlich Beilage zum Preis von DM 14,40 vierteljährlich, Jahresvorzugspreis DM 52,80 einschließlich Mehrwertsteuer; Kündigung drei Wochen vor Ablauf des Berechnungszeitraumes;
- Bestellungen von Sammelmappen für die Beilage zum Preis von DM 6,50 zuzüglich Verpackungskosten, Portokosten und Mehrwertsteuer;
- Bestellungen von gebundenen Bänden der Jahrgänge 1984, 1985, 1986 und 1987 zum Preis von DM 25,— pro Jahrgang (einschl. Mehrwertsteuer) zuzügl. Versandkosten.

Die Veröffentlichungen in der Beilage „Aus Politik und Zeitgeschichte“ stellen keine Meinungsäußerung des Herausgebers dar; sie dienen lediglich der Unterrichtung und Urteilsbildung.

Für Unterrichtszwecke können Kopien in Klassensatzstärke hergestellt werden.

Die medizinischen und virologischen Grundlagen des Erworbenen Immundefizienzsyndroms Aids

I. Die wichtigsten Meilensteine in der Entdeckung und Beschreibung des Erworbenen Immundefizienzsyndroms

1. Die Krankheit

Im Jahre 1981 veröffentlichten die amerikanischen Centers for Disease Control¹⁾ in Atlanta Berichte, die das gehäufte Auftreten zweier bis zu diesem Zeitpunkt seltener Erkrankungen bei jungen Männern beschrieben. Zum einen handelte es sich um bösartige Tumoren der Haut, um Kaposi-Sarkome, die in Europa und Nordamerika bisher eigentlich nur bei alten Männern bekannt waren. Die andere Beobachtung bezog sich auf eine Lungenentzündung, die durch einen ungewöhnlichen Erreger, den parasitären Einzeller *Pneumocystis carinii*, hervorgerufen wurde. Insbesondere diese Erkrankung, aber auch gelegentlich das Kaposi-Sarkom, kann sonst nur bei Patienten beobachtet werden, deren Immunsystem entweder wegen eines angeborenen Defektes, infolge einer anderen Erkrankung oder aufgrund einer gezielten Therapie, zum Beispiel bei einer Nierentransplantation, nicht funktionsfähig ist. Es lag daher nahe, auch in den neu beobachteten Fällen nach Störungen des Immunsystems zu suchen. Bereits Ende 1981 konnte dabei festgestellt werden²⁾, daß diese neuartige Erkrankung durch den Verlust der sogenannten T-Helferzellen (einer Untergruppe der weißen Blutkörperchen) charakterisiert ist, die eine zentrale Rolle im

Aufbau einer Immunantwort gegen ein beliebiges Antigen, z. B. einen Krankheitserreger, spielen und die durch einen Eiweißkörper (Protein) in ihrer Zellmembran, der CD4 (früher T4) genannt wird, im Labor erkannt werden können.

Auf Grund zusätzlicher klinischer Erfahrungen konnten die Centers for Disease Control 1982 einen Symptomenkatalog zur Definition dieser Erkrankung, die sie Acquired Immunodeficiency Syndrome (Aids) nannten, zusammenstellen. Dabei war es von vornherein klar, daß mit dieser Liste wohl nur die schwerste Erscheinungsform, die in den meisten Fällen rasch zum Tode führte, beschrieben wurde und daß das Auftreten leichterer Formen oder von möglichen Vorstufen nicht ausgeschlossen war. Trotzdem bewährte sich diese Definition insbesondere in der Aufklärung der Epidemiologie von Aids, d. h. der Verteilung dieser Erkrankung in der Bevölkerung. Auf diese Weise konnten Risikogruppen definiert werden, die auch heute noch den Hauptanteil der an Aids Erkrankten in den westlichen Ländern ausmachen: homo- oder bisexuelle Männer, Personen, die von intravenös zu verabreichenden Drogen abhängig sind („Fixer“), Bluter (Hämophile), die zur Behandlung ihrer Erkrankung Blutprodukte benötigen, und schließlich auch Empfänger von Bluttransfusionen.

2. Der Erreger

Die weitgehende Beschränkung von Aids auf diese Risikogruppen ist identisch mit der bekannten Verteilung der Hepatitis B. Diese zum Teil sehr schwer verlaufende infektiöse Leberentzündung wird von einem Virus, dem Hepatitis B-Virus, ausgelöst, das durch Blut und Blutprodukte mit der Injektionsnadel und durch Sexualkontakte natürlicherweise weitergegeben wird. Die Begrenzung von Aids auf bestimmte Personengruppen sowie die Beobachtung, daß Aids gehäuft bei Personen auftrat, die von wechselnden Sexualkontakten berichteten, legte die Vermutung einer infektiösen Ursache nahe. Die Tatsache, daß Aids im Falle der Bluter offensichtlich auch durch Blutprodukte übertragen wird, die

¹⁾ Centers for Disease Control, Pneumocystis Pneumonia — Los Angeles, in: Morbidity and Mortality Weekly Report 30 (1981), S. 250—252; Centers for Disease Control, Kaposi's sarcoma and Pneumocystis pneumonia among homosexual man — New York City and California, in: Morbidity and Mortality Weekly Report 30 (1981), S. 305—308; Centers for Disease Control, Update of Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS) — United States, in: Morbidity and Mortality Weekly Report 31, (1982), S. 507—514.

²⁾ M. S. Gottlieb/R. Schroff/H. M. Schanker/J. D. Weisman/P. T. Fan/R. A. Wolf/A. Saxon, Pneumocystis carinii pneumonia and mucosal candidiasis in previously healthy homosexual men. Evidence of a new acquired cellular immunodeficiency, in: New England Journal of Medicine 305 (1981), S. 1425—1431; H. Masur/M. A. Michelis/J. B. Greene/I. Onorato/R. A. Vande-Stouwe/R. S. Holzman/G. Wormser/L. Brettman/M. Lange/H. W. Murray/S. Cunningham-Rundles, An outbreak of community-acquired Pneumocystis carinii pneumonia. Initial manifestation of cellular immune dysfunction, in: New England Journal of Medicine, 305 (1981), S. 1431—1438.

auf Grund ihres Herstellungsverfahrens mit Sicherheit frei von Bakterien und höheren zellulären Parasiten (Einzeller, Pilze) sind, wies auf Viren als mögliche Erreger hin. Nach der Verfolgung einiger falscher Spuren gelang es schließlich 1983 Luc Montagnier am Institute Pasteur in Paris³⁾, aus einem Erkrankten Retroviren zu isolieren, die heute als HIV-1 (Humanes Immundefizienz-Virus, früher LAV, HTLV-III u. a.) bezeichnet werden. Ein Jahr später zeigte die Gruppe von Robert Gallo am National Institute of Health in Bethesda bei Washington⁴⁾ durch die Isolierung dieser Retroviren aus einer großen Anzahl von Erkrankten und durch den Nachweis von Antikörpern gegen diese Viren bei Patienten und bei Personen aus den Risikogruppen, daß diese Viren nicht nur einmal zufällig in einem Patienten gefunden wurden, sondern daß sie tatsächlich epidemiologisch mit Aids verknüpft sind.

Diese Entdeckung eröffnete neue Möglichkeiten. Zum einen konnte nun der Verlauf einer HIV-Infektion, deren schwerste Manifestation unter der Bezeichnung „Erworbenes Immundefizienzsyndrom AIDS“ verstanden wird, weitgehend beschrieben werden. Zum anderen war nun die Basis für eine gezielte Suche nach Therapeutika gegeben, die bisher Ende 1986 in dem Nachweis der Wirksamkeit von Azidothymidin (AZT) bei der Behandlung von Aids-Patienten gipfelte⁵⁾.

³⁾ F. Barré-Sinoussi / J. C. Chermann / F. Rey / M. T. Nugeyre / S. Chamaret / J. Gruest / C. Dauguet / C. Axler-Blin / F. Vézinet-Brun / C. Rouzioux / W. Rozenbaum / L. Montagnier, Isolation of a T-lymphotropic retrovirus from a patient at risk for Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS), in: *Science*, 220 (1983), S. 868–871.

⁴⁾ M. Popovic / M. G. Sarngadharan / E. Read / R. C. Gallo, Detection, isolation, and continuous production of cytopathic retroviruses (HTLV-III) from patients with AIDS and pre-AIDS, in: *Science*, 224 (1984), S. 497–500; R. C. Gallo / S. Z. Salahuddin / M. Popovic / G. M. Shearer / M. Kaplan / B. F. Haynes / T. J. Palker / R. Redfield / J. Oleske / B. Safai / G. White / P. Foster / P. D. Markham, Frequent detection and isolation of cytopathic retroviruses (HTLV-III) from patients with AIDS and at risk for AIDS, in: *Science*, 224 (1984), S. 500–503; J. Schüpbach / M. Popovic / R. V. Gilden / M. A. Gonda / M. G. Sarngadharan / R. C. Gallo, Serological analysis of a subgroup of Human T-Lymphotropic Retroviruses (HTLV-III) associated with AIDS, in: *Science*, 224 (1984), S. 503–505; M. G. Sarngadharan / M. Popovic / L. Bruch / J. Schüpbach / R. C. Gallo, Antibodies reactive with Human T-Lymphotropic Retroviruses (HTLV-III) in the serum of patients with AIDS, in: *Science*, 224 (1984), S. 506–508.

⁵⁾ M. A. Fischl / D. D. Richman / M. H. Grieco / M. S. Gottlieb / P. A. Volberding / O. L. Laskin / J. M. Leedom / J. E. Groopman / D. Mildvan / R. T. Schooley / G. G. Jack-

Weiterhin war es nun möglich, mit Laborverfahren die Verteilung des Virus in den meisten Ländern der Erde zu untersuchen. Es stellte sich heraus, daß das Virus nicht nur in Nordamerika, in der Karibik und in Europa, wo die Erkrankung zunächst klinisch beschrieben worden war, gefunden wird, sondern daß es, zum Teil mit anderen Krankheitsbildern assoziiert, insbesondere auch in Zentralafrika und in Südamerika auftritt. Bei Untersuchungen in Westafrika fiel allerdings auf, daß dort Erkrankungen zu beobachten waren, die klinisch als Aids eingestuft werden mußten, die aber keine Hinweise für eine Infektion mit HIV-1 zeigten. Dies führte – wieder durch die Gruppe von Luc Montagnier⁶⁾ – 1986 zur Entdeckung einer zweiten Retrovirusgruppe, die Aids verursachen kann, aber trotz einer eindeutigen Verwandtschaft mit HIV-1 von diesem gut zu unterscheiden ist. Diese Viren werden heute HIV-2 (früher LAV-2) genannt.

Die Möglichkeit, HIV-1 und HIV-2 in Zellkulturen im Labor zu vermehren und zu untersuchen, führte zu einer raschen molekularbiologischen Charakterisierung dieser Viren. Bereits Anfang 1985 war das Erbmateriale von HIV-1 entschlüsselt, d. h. sein Genom vollständig sequenziert⁷⁾. Die meisten Erbanlagen konnten definiert werden. Dabei stellte sich eine unerwartete Komplexität dieses Virus heraus, die es taxonomisch innerhalb der Familie der Retroviren in die Untergruppe der Lentiviren einordnet und damit von der besser untersuchten Untergruppe der Oncoviren, die in Tieren für die Induktion von bösartigen Tumoren und Leukämien verantwortlich sind, unterscheidet⁸⁾.

son / D. T. Durack / D. King / AZT Collaborative Working Group, The efficacy of azidothymidine (AZT) in the treatment of patients with AIDS and AIDS-related complex, in: *New England Journal of Medicine*, 317 (1987), S. 191.

⁶⁾ F. Clavel / D. Guétard / F. Brun-Vézinet / S. Chamaret / M.-A. Rey / M. O. Santos-Ferreira / A. G. Laurent / C. Dauguet / C. Katlama / C. Rouzioux / D. Klatzmann / J. L. Champalimaud / L. Montagnier, Isolation of a new human retrovirus from West African patients with AIDS, in: *Science*, 233 (1986), S. 343–346.

⁷⁾ S. Wain-Hobson / P. Sonigo / O. Danos / S. Cole / M. Alizon, Nucleotide sequence of the AIDS virus, LAV, in: *Cell*, 49 (1985), S. 9–17; L. Ratner / W. Haseltine / R. Patarca / K. Livak / B. Starcich / S. F. Josephs / E. R. Doran / J. A. Rafalski / E. A. Whitehorn / K. Baumeister / L. Ivanoff / S. R. Petteway Jr. / M. L. Pearson / J. A. Lautenberger / T. S. Papas / J. Ghayeb / N. T. Chang / R. C. Gallo / F. Wong-Staal, Complete nucleotide sequence of the AIDS virus, HTLV-III, in: *Nature*, 313 (1985), S. 277–284.

⁸⁾ R. C. Gallo, The AIDS virus, in: *Scientific American*, 256 (1987), S. 38–48.

II. Der klinische Verlauf einer HIV-Infektion

1. Erste Zeichen der Infektion und der Erkrankung

Auf Grund der üblichen Übertragungswege (Sexualkontakt, kontaminierte Nadel eines Drogensüchtigen) ist in den meisten Fällen der Beginn einer HIV-Infektion nicht festzustellen. Nur dann, wenn eine einzelne Bluttransfusion, eine einzelne Gabe eines Blutgerinnungsfaktors oder eine einzelne Stichverletzung mit einer Injektionsnadel, die mit HIV-hältigem Blut kontaminiert war, für die Infektion verantwortlich gemacht werden kann, lassen sich die frühen Symptome beobachten und die Zeitdauer bis zur Bildung von Antikörpern bestimmen.

Die selten zu beobachtenden frühen Zeichen einer HIV-Infektion ähneln einem grippalen Infekt: Fieber, Nachtschweiß, Magen-Darm-Probleme und gelegentlich Kopfschmerzen, bedingt durch Reizungen der Hirnhäute oder des Gehirns. Diese Erscheinungen verschwinden innerhalb von zwei bis drei Wochen. Doch ist damit die Infektion nicht überwunden; auf Grund der weiter unten beschriebenen Eigenschaften von Retroviren verbleibt der Aids-Erreger lebenslang im Infizierten.

Nach vier bis sechs Wochen treten in der Regel im Serum des Infizierten Antikörper auf, die spezifisch HIV erkennen lassen. Während bei vielen anderen Viruserkrankungen, z. B. der Kinderlähmung, diese Antikörper zunächst anzeigen, daß der Körper die Oberhand über die Infektion gewinnt und später Zeichen einer überstandenen Infektion und gleichzeitig eines Schutzes gegen eine Neuinfektion mit dem gleichen Erreger sind, beweisen HIV-spezifische Antikörper lediglich die stattgefundene Infektion. Aus diesem Grunde sind sie aber zur Diagnose der HIV-Infektion geeignet.

Eine ganze Reihe sehr sensibler und sehr spezifischer Such- und Bestätigungstests, die vom Paul Ehrlich-Institut, dem Bundesamt für Sera und Impfstoffe, zugelassen werden müssen, stehen dazu zur Verfügung. Als zweites Land der Welt hat die Bundesrepublik Deutschland bereits zum 1. Oktober 1985 die Pflichtuntersuchung auf HIV-Antikörper für alle Blutspenden, die zur Transfusion bereitgestellt oder zur Herstellung von Blutprodukten eingesetzt werden, angeordnet, um eine Übertragung des Virus auf diesem Wege zu verhindern. Damit wurde auf dem Gebiet der Diagnose von HIV und der Verhinderung seiner Übertragung durch Blut und Blutprodukte eine enorme Sicherheit erreicht. Sie ist nur beschränkt durch die Zeitdauer zwischen der Infektion und dem Auftreten von Antikörpern, wobei es sich in der Regel, wie

erwähnt, um einige Wochen, in sehr wenigen Ausnahmen aber auch um Monate und Jahre handelt.

Nach dem Abklingen der ersten Symptome ist der HIV-Infizierte für einen Zeitraum, der Monate bis viele Jahre betragen kann, klinisch gesund. In dieser Latenzperiode hat er aber als infektiös zu gelten, da er ja das Virus in sich trägt. Allerdings ist das Ausmaß der Infektiosität schwer vorauszusagen. So sind weniger als die Hälfte der regelmäßigen Sexualpartner von HIV-positiven Partnern selbst infiziert, wobei keine Relation zu Häufigkeit und Art des Sexualverkehrs festgestellt werden kann. Dieser Befund kann durch eine geringe Infektiosität mancher Infizierter (evtl. nur zu bestimmten Zeiten), aber auch durch eine höhere Widerstandsfähigkeit mancher Nicht-Infizierter erklärt werden. In Einzelfällen ließ sich aber zeigen, daß ein einzelner Sexualkontakt zur Infektion ausreichen kann.

Nach dieser in ihrer Dauer nicht voraussagbaren Zeit der klinischen Unauffälligkeit kann der Infizierte Krankheitssymptome entwickeln, sei es in der Form des Lymphadenopathiesyndroms (LAS), sei es unmittelbar mit dem Vollbild von Aids. Das Lymphadenopathiesyndrom, das als Vorstufe oder als schwächere Verlaufsform von Aids interpretiert werden kann, ist klinisch charakterisiert durch generalisierte Lymphknotenschwellungen, die an mindestens zwei verschiedenen Körperstellen außerhalb der Leistenregion auftreten, die mindestens über drei Monate bestehen bleiben und für die keine andere Ursache (z. B. andere Infektionskrankheiten oder Tumore) ausfindig gemacht werden kann. Dazu kommen allgemeine Symptome wie Fieber, Durchfälle und Gewichtsverlust. Dies geht einher mit einer zunehmenden Störung des Immunsystems, die sich in einer Abnahme der Hautreaktion gegenüber bestimmten Antigenen äußert und die durch eine Abnahme der Gesamtzahl im Blut zirkulierender CD4-positiver T-Helferzellen (unter 400/ μ l) im Labor nachgewiesen werden kann.

2. Das Vollbild von Aids

Das Vollbild von Aids unterscheidet sich vom LAS im wesentlichen durch das Auftreten opportunistischer Infektionen und/oder bestimmter Tumoren. Opportunistische Infektionen werden von Erregern hervorgerufen, die in Personen mit intaktem Immunsystem nicht zu einer entsprechenden Krankheit führen. Zu diesen Keimen zählt der schon erwähnte Einzeller *Pneumocystis carinii*, der bei einem hohen Prozentsatz der Aids-Patienten zu einer

schweren Lungenentzündung führt. Dazu gehört ebenso *Candida albicans*, ein Pilz, der auch bei ungestörtem Immunsystem Infektionen verursachen kann, dann aber niemals, wie es bei Aids-Patienten häufig vorkommt, Speiseröhre, Luft- röhre, Bronchien und Lunge bewächst. Die Liste der möglichen opportunistischen Erreger, die sowohl zu den Viren als auch zu den Bakterien, Pilzen und Einzellern zählen können, ist lang. Sie unterscheiden sich in den Möglichkeiten, die zu ihrer Behandlung zur Verfügung stehen. Manche (z. B. *Pneumocystis carinii*, Herpes-Viren) lassen sich gut bekämpfen, andere (Epstein-Barr-Virus, Kryptosporidien, *Mycobacterium avium intracellulare*) dagegen überhaupt nicht.

Unter den Tumoren, die beim Vollbild von Aids auftreten, spielt nach wie vor das Kaposi-Sarkom, das allerdings nicht in allen Risikogruppen gleich häufig auftritt, eine wichtige Rolle. Daneben sind insbesondere Lymphome des Gehirns beobachtet worden. Es ist leicht einzusehen, daß eine Therapie dieser Tumore, etwa mit Zytostatika (Substanzen, die die Zellvermehrung hemmen), durch die vorhandene Immunsuppression erschwert ist.

Die jüngste Definition durch die Centers for Disease Control⁹⁾ zählt zwei weitere Krankheitsbilder zum Vollbild von Aids, die zunehmend an Bedeutung gewonnen haben. Zum einen handelt es sich um eine durch HIV bedingte Gehirnerkrankung, die HIV-Enzephalopathie, die vermutlich direkt durch den Erreger verursacht wird¹⁰⁾. Sie ist gekennzeichnet durch einen wachsenden Verlust geistiger Fähigkeiten, der schließlich zu einer Apathie führen kann, häufig gefolgt von motorischen Symptomen wie Zittern und Gangstörungen. Dieser „AIDS Demenz Komplex“ tritt in der Regel zusammen mit den weiter oben erwähnten Symptomen auf, gelegentlich aber auch als einzige klinische

Manifestation. Er ist aber immer auch begleitet von im Labor nachweisbaren Störungen des Immunsystems.

Das zweite neu in die Definition von Aids eingearbeitete Krankheitsbild wird „HIV wasting syndrome“ genannt, was mit „HIV-Schwindsucht“ übersetzt werden könnte. Es ist gekennzeichnet durch einen Gewichtsverlust von über zehn Prozent des ursprünglichen Körpergewichts bei gleichzeitigem chronischen Durchfall (über 30 Tage) oder chronischer Schwäche mit Fieberschüben oder anhaltendem Fieber für mehr als dreißig Tage. Diese Form von Aids wird besonders häufig in Zentralafrika beobachtet und dort „*slim disease*“ genannt¹¹⁾.

Die Prognose dieses Vollbilds von Aids ist schlecht. 95 Prozent der Patienten, die dieses Stadium erreichen, sterben innerhalb von drei Jahren. Die kumulative Sterblichkeit beträgt etwa 50 Prozent, d. h. daß etwa die Hälfte aller Patienten, bei denen das Vollbild von Aids diagnostiziert werden mußte, bereits verstorben ist.

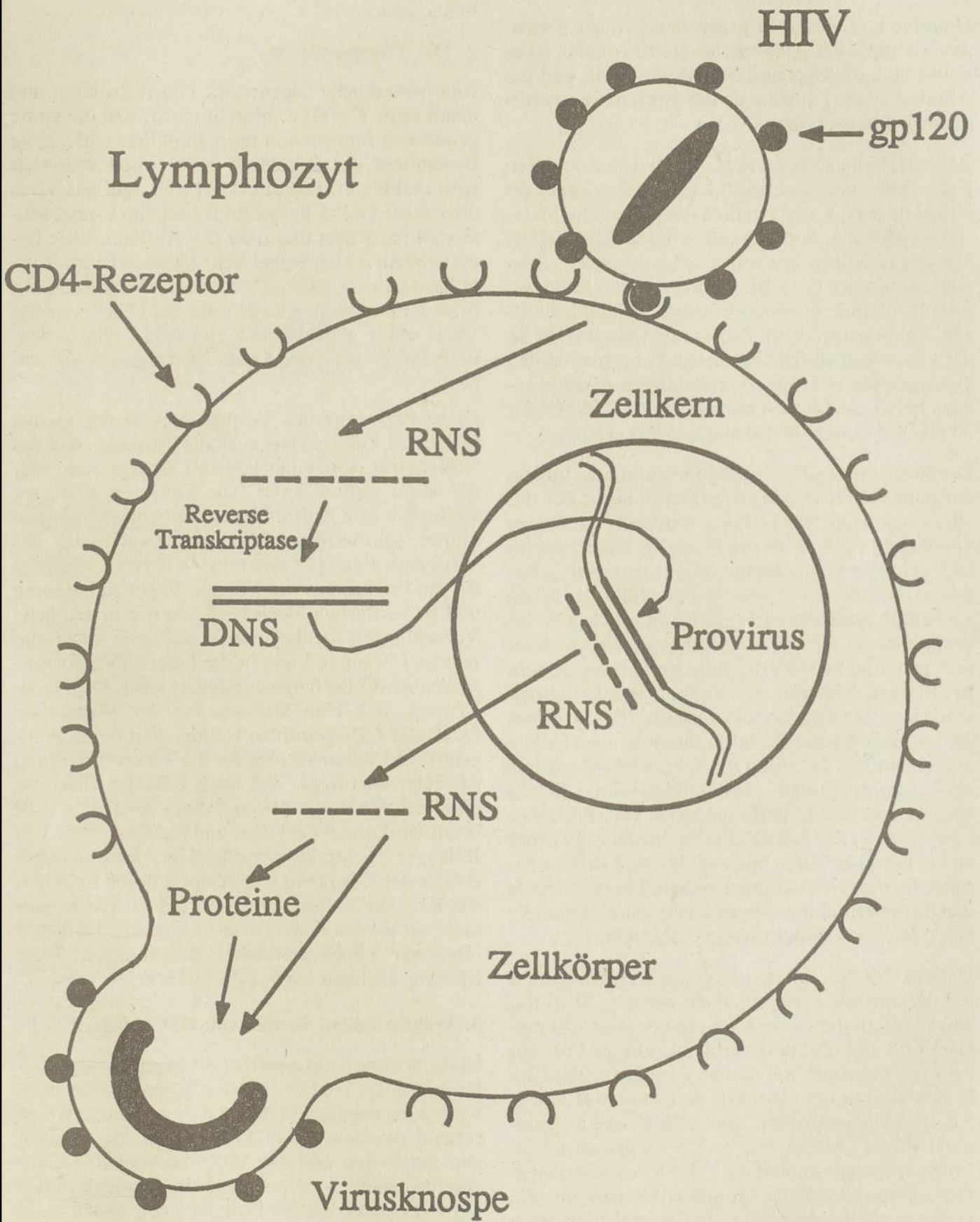
Diese Zahlen gelten nicht für die erscheinungsfreie HIV-Infektion. Es ist noch nicht mit Sicherheit bekannt, welcher Prozentsatz der Infizierten LAS oder Aids entwickeln wird. Die diskutierten Zahlen schwanken zwischen 30 und 100 Prozent. Weiterhin ist nicht absolut sicher, ob die Krankheit auf einer Stufe stehen bleiben kann oder sich unabwendbar bis zum Endzustand weiterentwickelt. Gelegentlich tauchen aber Berichte auf, daß HIV seropositive Personen ihre Antikörper verlieren und daß in manchen dieser Fälle das Virus selbst auch mit den empfindlichsten Methoden nicht mehr nachgewiesen werden kann. Ob dies bedeutet, daß das Virus vielleicht doch vollständig eliminiert werden kann oder daß es sich nur in wenigen unzugänglichen Zellen „versteckt“, kann noch nicht entschieden werden.

⁹⁾ Centers for Disease Control, Revision of the CDC surveillance case definition for acquired immunodeficiency syndrome, in: *Morbidity and Mortality Weekly Report* 36 (1987), S. 1–15.

¹⁰⁾ R. W. Price / B. Brew / J. Sidtis / M. Rosenblum / A. C. Scheck / P. Cleary, The brain in AIDS: Central nervous system HIV-1 infection and AIDS dementia complex, in: *Science*, 239 (1988), S. 586–592.

¹¹⁾ D. Serwadda / R. D. Mugerwa / N. K. Sewankambo / A. Lwegaba / J. W. Carswell / G. B. Kirya / A. C. Bayley / R. G. Downing / R. S. Tedder / S. A. Clayden / R. A. Weiss / A. G. Dalgleish, Slim disease. A new disease in Uganda and its association with HTLV-III infection, in: *Lancet*, 2 (1985), S. 849–852.

Vermehrungszyklus des Humanen Immundefizienz-Virus



III. Die Eigenschaften des Humanen Immunschwäche Virus HIV

1. Der Vermehrungszyklus von HIV

Um eine kausale, d. h. gegen den Erreger gerichtete Therapie des Aids entwickeln zu können, ist es notwendig, die Eigenschaften dieses Virus und die Art und Weise, auf die es die Erkrankung verursacht, kennenzulernen.

Beim HIV handelt es sich, wie bei den anderen Retroviren, um ein etwa 0,1 µm großes kugeliges Virus, dessen „Kern“, in dem das genetische Material verpackt ist, noch von einer lipidhaltigen Hülle umgeben ist, die selbst von der Membran der Wirtszelle, in der sich das Virus vermehrt hat, abstammt. Mit allen Viren, die eine derartige Lipidhülle besitzen, hat es gemeinsam, daß es recht instabil ist. So wird es schon durch die Behandlung mit milden Detergenzien oder mit 70prozentigem Alkohol sowie durch mäßiges Erhitzen (z. B. 56 °C für 30 min) in seiner Infektivität zerstört.

Die Vermehrung des Virus läuft vereinfacht folgendermaßen ab: In einem ersten Schritt lagert sich das Virus an die Oberfläche einer Wirtszelle an. Dieses Geschehen wird durch die Reaktion eines Eiweißstoffes in der Zellmembran, dem sogenannten Rezeptor, mit einem Eiweiß in der Hülle des Virus vermittelt. Auf noch nicht eindeutig geklärte Weise dringt nun das Virus in das Zellinnere ein und setzt sein genetisches Material frei. Im Gegensatz zum genetischen Material der Zelle, das aus doppelsträngiger Desoxyribonukleinsäure (DNS) (dient als Speicher für die Erbinformation in allen Zellen und einem Teil der Viren) besteht, ist das des Virus eine einzelsträngige, Ribonukleinsäure (RNS) (transportiert die Erbinformation in verschlüsselter Form von der DNS des Zellkerns in den Zellkörper und in manchen Viren Speicher für die Erbinformation). Ein vom Virus mitgebrachtes Enzym (steuert den Stoffwechsel des Organismus) schreibt nun die virale RNS in doppelsträngige DNS um.

Dieses DNS-Stück, Provirus genannt, wird, vermittelt durch virale Enzyme, in die zelluläre DNS fest eingebaut, in der es nach unseren heutigen Kenntnissen für alle Zukunft verbleibt. Dieses Provirus wird von der Zelle von nun an wie ein eigenes Gen behandelt, aus dem Virus ist de facto ein Bestandteil der Zelle geworden. Vom zellulären Enzymapparat wird es wieder in eine RNS umgeschrieben. Entweder programmiert diese RNS den Eiweißsyntheseapparat der Zelle so, daß virale Eiweißstoffe synthetisiert werden, oder aber sie wird mit Hilfe dieser Eiweißstoffe direkt in neue virale Partikel eingebaut, die sich an der Zellmembran zusammensetzen und in einem Knospungsprozeß von der

Wirtszelle abschnüren, um neue Zellen zu infizieren.

2. Die Viruspersistenz

Eine wesentliche Eigenschaft von Retroviren und damit auch von HIV, besteht darin, daß die virale genetische Information nach Infektion einer Zelle Bestandteil des zellulären genetischen Materials wird und bleibt. Damit erklärt sich, daß das Virus über Jahre und vielleicht Jahrzehnte im einmal infizierten persistiert und trotz des Aufbaus einer Immunantwort in der Regel nicht eliminiert wird. Eine Folge davon ist, daß der Nachweis von Antikörpern in seiner praktischen Bedeutung dem Nachweis des Virus selbst gleichkommt und damit eine potentielle Infektiosität des Antikörperträgers dokumentiert.

Diese Persistenz des Virusgenoms in der einmal infizierten Zelle erklärt auch die Tatsache, daß das Virus selbst nach einer langen Latenzperiode wieder aktiv werden kann. Die Faktoren aber, die schließlich zum Auftreten der klinischen Symptome führen, sind weithin unbekannt. Zwar besitzt das Virus zwei Gene (*tat* und *rev*)¹²⁾, deren Aufgabe es ist, die Produktion von Viruspartikeln zu initiieren und zu verstärken, doch bestehen nur undeutliche Vorstellungen darüber, wie diese Gene selbst nun reguliert, wie das Virus in die Latenz (Verborgenheit) und aus ihr heraus gesteuert wird. Die Beobachtung, daß eine Stimulierung der Wirtszellen (z. B. der CD4-positiven Helferzellen durch Antigene) eine Voraussetzung für die Virusvermehrung ist, zeigt allerdings, daß auch zelluläre Einflüsse eine wichtige Rolle spielen. Allein der Faktor Zeit ist als Risikofaktor erkannt und meßbar geworden: Je länger die Infektion zurückliegt, desto häufiger erfolgt der Übergang von symptomloser Infektion zur Krankheit. Insgesamt sind jedoch die Kenntnisse auf diesem Gebiet sehr lückenhaft. Es bedarf intensiver wissenschaftlicher Bemühungen, diese Lücken möglichst rasch zu schließen.

3. Welche Zellen werden von HIV infiziert?

Einfacher erscheint zunächst die Frage, welche Zellen von HIV infiziert werden können. Wie oben schon kurz angedeutet, hängt dies von einem Wechselspiel zwischen Eiweißkörpern auf der Oberfläche der Zellen und der Viren ab. Bei den dafür verantwortlichen viralen Strukturen handelt es sich um zwei zuckerhaltige Proteine, von denen eines

¹²⁾ R. C. Gallo / F. Wong-Staal / L. Montagnier / W. A. Haseltine / M. Yoshida, HIV/HTLV gene nomenclature, in: Nature, 333 (1988), S. 504.

(„gp41“) fest in der Virusmembran verankert ist und die Bindung zum zweiten („gp120“) vermittelt, das an der Außenseite sitzt. Schon 1984 konnte der zelluläre Partner des Andocksystems identifiziert werden: das CD4-Antigen, das gerade die Lymphozyten (weißen Blutkörperchen) charakterisiert, deren Verlust während der Entwicklung von Aids so offensichtlich ist¹³). Dieser Befund entspricht den Ergebnissen in der Zellkultur, die zeigen, daß nur CD4-positive T-Lymphozyten infiziert werden können. Dieses Oberflächenprotein ist aber nicht nur auf diese Lymphozyten beschränkt. Es wird auch auf einer Subpopulation der Makrophagen (Gruppe der weißen Blutkörperchen) gefunden, der „Freßzellen“, die durch ihre Fähigkeit, Antigene zu „präsentieren“, eine wichtige Rolle beim Aufbau einer Immunantwort spielen. Auch diese Zellen werden durch HIV in vivo und in vitro infiziert und möglicherweise funktionell inaktiviert.

Die Situation ist aber nicht so klar und einfach, wie es nach der bisherigen Schilderung erscheint. So gibt es Befunde, die darauf hinweisen, daß das CD4-Antigen für eine erfolgreiche Infektion einer Zelle zwar notwendig, aber nicht ausreichend ist. Es scheint, daß dieser Eiweißkörper wohl die Bindung des Virus an die Zelloberfläche vermittelt, daß aber weitere Faktoren für das Durchdringen des Virus durch die Zellmembran in das Zellinnere notwendig sind. Eventuell handelt es sich um ein bisher noch nicht identifiziertes Protein, das mit dem viralen Hüllprotein gp41 reagiert.

Es häufen sich aber auch Hinweise, daß zumindest Makrophagen auch noch auf einem zweiten Weg infiziert werden können. Diese Zellen besitzen nämlich Rezeptoren für Antikörper. Ist nun das Virus mit Antikörpern beladen, so können diese das Anheften an die Oberfläche der Makrophagen vermitteln und damit eine Aufnahme des Virus in diese Zelle ermöglichen. Normalerweise führt dies zu einem Abbau der Viren, nicht aber dann, wenn sich das Virus in diesen Zellen gut vermehren kann. Dies gilt nur für wenige Viren, aber auch für Lentiviren, zu denen ja HIV zählt. Es liegt auf der Hand, daß diese „Antikörper-abhängige Verstärkung“ der Infektiosität zu konzeptionellen Schwierigkeiten bei der Entwicklung eines Impfstoffes führt, dessen Aufgabe es ja ist, vor einem Kontakt

¹³) A. G. Dalgleish / P. C. L. Beverley / P. R. Clapham / D. H. Crawford / M. F. Greaves / R. A. Weiss, The CD4 (T4) antigen is an essential component of the receptor for the AIDS retrovirus, in: *Nature*, 312 (1984), S. 763–767; D. Klatzmann / E. Champagne / S. Chamaret / J. Gruest / D. Guetard / T. Hercend / J.-C. Gluckman / L. Montagnier, T-lymphocyte T4 molecule behaves as the receptor for human retrovirus LAV, in: *Nature*, 312 (1984), S. 767–768.

mit dem Virus die Produktion von anti-viralen Antikörpern im Impfling zu erzeugen.

Untersuchungen in Patienten haben gezeigt, daß außer den T-Helfer-Zellen und den Makrophagen noch weitere Zellen infiziert sein können. Mit Sicherheit handelt es sich dabei um bestimmte Zellen des Gehirns, eventuell auch um Zellen der Darmschleimhaut. Ob sie alle auch das CD4-Protein an der Oberfläche tragen oder durch einen bisher noch unbekanntem Mechanismus infiziert werden, bleibt zu erforschen. Das zunächst einfache Bild, daß nämlich die Infektion einer Zelle durch das Andocken der Virushülle an den zellulären CD4-Rezeptor vermittelt wird, ist so nicht mehr aufrecht zu erhalten. Vielmehr sind erneute Anstrengungen notwendig, um sowohl möglichst alle infizierbaren Körperzellen zu kennen als auch die Art und Weise der Infektion zu verstehen. Diese Kenntnisse sind Voraussetzungen dafür, letztlich zu begreifen, welche Wege von der Infektion mit dem Virus schließlich zur Entstehung der Krankheit führen.

4. Wie verursacht das Virus die Erkrankung?

Auch im Verständnis der Pathogenese, des Mechanismus also, der die Entwicklung der Krankheit bedingt, trägt das ursprünglich einfache Bild. In der Zellkultur war zu erkennen, daß die CD4-positiven Lymphozyten-Linien nach der Infektion absterben, vorwiegend dadurch, daß sie miteinander verschmelzen, d. h. Synzytien bildeten. Es war naheliegend, diesen zytopathischen Effekt auch für den Verlust der CD4-positiven Zellen im Körper verantwortlich zu machen. Überraschenderweise konnte aber gezeigt werden, daß im Blut nur sehr wenig Zellen (eine von zehn- bis hunderttausend) infiziert sind¹⁴), was ausschließt, daß der Verlust an T-Helfer-Zellen ein direkter Effekt der Infektion ist. Auch andere kompliziertere Modelle sind nicht in der Lage, die Entstehung des Immundefektes überzeugend zu erklären. Gerade in dieser Frage klafft eine besonders große Lücke im derzeitigen Kenntnisstand, die wohl nur durch große Forschungsanstrengungen geschlossen werden kann. Ein möglicher Ansatzpunkt, diese Frage zu klären, liegt in dem Vergleich von HIV mit nahe verwandten Viren aus Affen (sog. „Simian Immunodeficiency Viruses“ SIV), die in den Spezies, in denen sie natürlicherweise gefunden werden, keine Krankheiten auslösen, in anderen Arten aber Aids-ähnliche Zustände verursachen.

¹⁴) M. E. Harper / L. M. Marselle / R. C. Gallo / F. Wong-Staal, Detection of lymphocytes expressing human T-lymphotropic virus type III in lymph nodes and peripheral blood from infected individuals by in situ hybridization, in: *Proceedings of the National Academy of Sciences USA*, 83 (1986), S. 772–776.

5. Ansätze zur chemotherapeutischen Behandlung

Viel Aufwand wurde und wird in die Entwicklung von Verfahren zur Behandlung der HIV-Infektion investiert. Dabei geht es in diesem Zusammenhang um die Bekämpfung des Virus selbst, nicht um die der opportunistischen Infektionen. Wird als Ziel angestrebt, das Virus aus dem Körper eines einmal Infizierten endgültig zu vertreiben, so ergeben sich große konzeptionelle Schwierigkeiten. Zur Zeit ist nicht vorstellbar, wie die Erbinformation des Virus nach einmal stattgefundenem Einbau in die Erbsubstanz der Zelle spezifisch und vollständig eliminiert werden kann. Alle Überlegungen konzentrieren sich deshalb derzeit darauf, Medikamente in die Hand zu bekommen, die zumindest eine Virusvermehrung verhindern können. Ein aus der Entwicklung der Antibiotika abgeleiteter Weg ist es, nach Substanzen zu suchen, die essentielle virusspezifische, nicht in der Wirtszelle vorkommende Enzyme hemmen. Mit der Substanz Azidothymidin (Handelsname Retrovir) wurde in der Tat ein solches Medikament gefunden. Es hemmt das virale Enzym, das die Umschreibung der viralen RNS in doppelsträngige DNS katalysiert und mit Trivialnamen „Reverse Transkriptase“, systematisch aber „RNS abhängige DNS Polymerase“ genannt wird. Die Anfangserfolge mit dieser Substanz sind groß, bei fast allen behandelten Aids-Patienten konnte eine Lebensverlängerung erzielt werden¹⁵). Jedoch zeigen sich auch Nebenwirkungen, die zum Teil darauf beruhen, daß auch verwandte zelluläre Enzyme mit der Zeit beeinträchtigt werden. Zunächst treten Anämien (Blutarmut) auf, deren Häufigkeit zwar nach einiger Zeit der Behandlung zurückgeht, denen aber eine Leukopenie folgt, der Verlust von weißen Blutkörperchen. Dies zeigt deutlich die große Herausforderung bei der Entwicklung derartiger Medikamente, die, da sie ja lebenslang gegeben werden müssen, nur eine äußerst geringe Nebenwirkungsrate haben dürfen.

Nach wie vor gilt das therapeutische Hauptinteresse der Suche nach neuen Hemmstoffen der Reversen Transkriptase. Die Hoffnung besteht darin, spezifischere Substanzen mit geringeren Nebenwirkungen zu finden, oder aber ein geeignetes Gemisch zu entwickeln, das, bedingt durch die Herabsetzung der Mengen der Einzelkomponenten, besser vertragen wird. Daneben wird von zahlreichen Gruppen auch nach Substanzen geforscht, die andere virale Schritte spezifisch unterbinden. Es ist daher auf diesem Gebiet in Zukunft durchaus mit Erfolgen zu rechnen, auch wenn wegen der Behandlungsdauer

¹⁵) Vgl. Anm. 5.

und der damit verbundenen Nebenwirkungsrate eine gewisse Skepsis angebracht erscheint.

Die Entwicklung von gegen Viren wirksamen Medikamenten steckt insgesamt noch in den Kinderschuhen und weist wenige Erfolge auf, sieht man von den Behandlungsmöglichkeiten bei durch Herpes-Viren und HIV bedingten Erkrankungen ab. Dies liegt zweifellos auch an dem im Vergleich zur Antibiotika-Forschung geringen finanziellen und wissenschaftlichen Einsatz bei der Suche nach wirksamen Virostatika. Eine weitere Ursache ist der Erfolg, der sich durch den Einsatz von Impfungen bei der Bekämpfung von Viruserkrankungen in vielen Fällen eingestellt hat. Es liegt daher auf der Hand, in der Entwicklung eines Impfstoffes gegen HIV den Schlüssel zur Bekämpfung von Aids zu sehen.

6. Kann es einen Impfstoff geben?

Dementsprechend haben sich zahlreiche Gruppen dieser Aufgabe gewidmet. Aus einer Reihe von Gründen¹⁶) scheint die Entwicklung eines Impfstoffes aus Spaltprodukten des Virus (Spaltimpfstoff) der einfachste und der direkteste Weg zu sein. Als wesentlicher Bestandteil eines solchen Impfstoffes wird die virale Hülle betrachtet, die auch bei der natürlichen Infektion das Immunsystem stark stimuliert. Zur Enttäuschung aller Beteiligten zeigten jedoch derartige gegen HIV gerichtete Impfstoffe während der letzten ein bis eineinhalb Jahre in Versuchen mit Schimpansen, dem einzigen zur Zeit bekannten Tier, das mit Sicherheit mit HIV infiziert werden kann, keinerlei Schutzwirkung¹⁷).

Eine Diskussion der möglichen Ursachen für diese Mißerfolge ist eine wesentliche Voraussetzung für die Entwicklung der nächsten Generation potentieller Impfstoffe. Zwei Schwerpunkte in dieser international intensiv geführten Debatte sollen Erwähnung finden.

Wie bereits oben erwähnt, reagiert das Hüllprotein von HIV mit dem CD4-Rezeptor einer Zelle und leitet so das Eindringen des Virus in die Zelle ein. Ist diese Reaktion dadurch behindert, daß das virale Hüllprotein (gp120) mit sogenannten neutralisierenden Antikörpern beladen ist, dann kann eine

¹⁶) J. Löwer / R. Kurth, Möglichkeiten zur Impfstoffentwicklung gegen HTLV-III/LAV, in: Umweltmedizin, 1 (1986), S. 3–6.

¹⁷) P. W. Berman / J. E. Grooßman / T. Gregory / P. R. Clapham / R. Weiss / R. Ferriani / L. Riddle / C. Shimasku / C. Lucas / L. A. Lasky / J. W. Eichberg, Human immunodeficiency virus type 1 challenge of chimpanzees immunized with recombinant envelope glycoprotein, in: Proceedings of the National Academy of Sciences USA, 85 (1988), S. 5200–5204.

Infektion der Zelle nicht mehr stattfinden, das Individuum ist geschützt. Seit längerem ist aber bekannt, daß das Gen für dieses virale Hüllprotein sehr variabel ist, d. h. daß sich ähnlich wie bei Grippeviren (Influenza) diese viralen Eiweißstoffe in Virusisolaten aus verschiedenen Personen zum Teil stark unterscheiden¹⁸⁾. Darüber hinaus gibt es Hinweise, daß sich dieses Gen und damit auch das gp120 im einmal Infizierten dauernd ändert und sich deswegen einer Reaktion mit den entstandenen Antikörpern entziehen kann. In den bisherigen Experimenten wurden Schimpansen mit großen Mengen eines individuellen Hüllproteins geimpft, und es ist durchaus vorstellbar, daß sich die Viren, mit denen die Tiere belastet wurden, in vivo so verändert haben, daß sie von den durch die Impfung hervorgerufenen Antikörpern in ihrer Infektiosität nicht länger beeinträchtigt wurden. Eine natürlich auftretende Infektion wird auch in der Regel von einem Gemisch unterschiedlicher Immundefizienzviren ausgehen, so daß Antikörper, die gegen ein individuelles gp120 gerichtet sind, nicht alle dieser Viren erkennen können. Eine mögliche Konsequenz aus diesen Überlegungen ist die Entwicklung eines Impfstoffes, der Komponenten von HIV beinhaltet, die nicht dieser großen Variabilität unterworfen sind, wie z. B. innere Virusproteine.

Eine weitere in diesem Zusammenhang sehr wichtige Frage ist, ob Antikörper allein überhaupt in der Lage sind, bei einer HIV-Infektion die Krankheit zu verhindern. Die Ergebnisse der Schimpansenversuche scheinen dies in Frage zu stellen¹⁹⁾. Dazu

kommt die Beobachtung der „Antikörper abhängigen Verstärkung“ der Infektiosität, die weiter oben beschrieben wurde. Die gegenwärtigen Vorstellungen gehen daher davon aus, daß auch andere Zweige der Immunantwort, insbesondere zelluläre Abwehrmechanismen (z. B. zelltötende T-Zellen aus der Gruppe der weißen Blutkörperchen), eine wesentliche Rolle für den Erfolg einer Impfung spielen dürften. Noch ist aber nicht abgeklärt, welchen Mechanismen die entscheidende Bedeutung zukommt. Dazu bedarf es ausführlicher, technisch nicht einfacher in vitro-Experimente mit weißen Blutzellen HIV-Infizierter. Darüber hinaus wären Untersuchungen von Zuständen wichtig, in denen es trotz einer HIV-Infektion nicht zur Erkrankung kommt. Dafür gibt es in Tieren mehrere Beispiele. Unter anderem wird die Afrikanische Grüne Meerkatze, eine Affenart, auch in der freien Wildbahn mit einem Virus infiziert, das dem HIV sehr ähnlich ist, doch werden die infizierten Tiere nicht krank. Studien zielen nun darauf ab, die Gründe für das Fehlen einer Krankheitsentwicklung zu finden. Diese könnten in einer effizienteren Immunabwehr liegen. Die Ergebnisse dieser Untersuchungen werden dazu beitragen, die Zusammensetzung der Immunantwort zu erkennen, die in der Lage ist, eine HIV-Infektion abzuwehren.

Die Komplexität der andiskutierten Probleme zeigt deutlich, wie schwierig die Entwicklung eines Impfstoffes ist. Die Frage, wann ein solcher Impfstoff zur Verfügung stehen wird, kann daher zur Zeit nicht beantwortet werden.

IV. Ausblick

Es ist erst sieben bis acht Jahre her, daß das Erworbene Immundefizienzsyndrom Aids erkannt und beschrieben wurde. In einer in der Medizingeschichte ungewöhnlich kurzen Zeit wurde der Erreger entdeckt und hinsichtlich seiner molekularen Zusammensetzung aufgeklärt. Auch konnten erste wirksame Medikamente gefunden werden. Dennoch bestehen zahlreiche wichtige unbeantwortete Fragen, wie die nach dem Mechanismus der Krankheitsentstehung. Auch sieht sich die Entwicklung eines Impfstoffes, des bisher zur Eindämmung von Viruskrankheiten wirksamsten Mittels, ganz besonderen Problemen konfrontiert. Große Anstrengungen sind daher in der Forschung noch vonnöten, bis

davon gesprochen werden kann, daß Krankheitsverbreitung und Krankheitsentwicklung unter Kontrolle sind. Es ist aber zu erwarten, daß diese Anstrengungen über das erhoffte Ziel hinaus auch wesentliche Erkenntnisse über grundlegende Mechanismen der Immunologie und der Krebsentstehung zeitigen werden. Bis zum notwendigen Erreichen der wissenschaftlichen Zielsetzungen bleibt die Aufklärung der Menschen über die Ansteckungswege von HIV die einzige Waffe, die Ausbreitung der Epidemie zu verlangsamen und vielleicht sogar zu stoppen.

¹⁸⁾ S. Modrow / B. H. Hahn / G. M. Shaw / R. C. Gallo / F. Wong-Staal / H. Wolf, Computer-assisted analysis of envelope protein sequences of seven human immunodeficiency virus isolates: Prediction of antigenic epitopes in conserved and variable regions, in: *Journal of Virology*, 61 (1987), S. 570–578.

¹⁹⁾ A. M. Prince / B. Horowitz / L. Baker / R. W. Shulman / H. Ralph / J. Valinsky / A. Cundell / B. Brotman / W. Boehle / F. Rey / M. Piet / H. Reesink / N. Lélie / M. Tersmette / F. Miedema / L. Barbosa / G. Nemo / C. L. Nastala / J. S. Allan / D. R. Lee / J. W. Eichberg, Failure of a human immunodeficiency virus (HIV) immune globulin to protect chimpanzees against experimental challenge with HIV, in: *Proceedings of the National Academy of Sciences USA*, 85 (1988), S. 6944–6948.

Aids-Prävention und Gesundheitspolitik

I. Aids als Problem der Gesundheitspolitik

Zwar sinken — zumindest in Westeuropa und in Nordamerika — die Zuwachsraten der Neuerkrankungen kontinuierlich und erheblich. Doch wird die Welt auch über das Ende dieses Jahrtausends hinaus mit der Infektionskrankheit der erworbenen Immunschwäche (Aids) leben müssen. Vielleicht wird Aids wie bislang alle von Mensch zu Mensch übertragbaren Krankheiten niemals gänzlich ausgerottet werden können. Von dieser traurigen Regel gelten die Pocken als einzige Ausnahme der letzten Jahrhunderte.

Entgegen weithin vorherrschenden Wahrnehmungen in Öffentlichkeit und Politik hängt die weitere Entwicklung keineswegs ausschließlich, wahrscheinlich nicht einmal primär vom Erfolg der industriellen Forschung auf der Suche nach Impfstoffen oder Therapeutika ab. Die heute und auf absehbare Zukunft wohl entscheidenden Möglichkeiten der günstigen oder ungünstigen Beeinflussung der Anzahl der Infektionen und Erkrankungen liegen in der Gesundheitspolitik (d. h. in der Steuerung und Regulierung von Forschung, nicht-medizinischer Prävention und dem Verhalten des Medizinsystems) sowie in der Gewichtung, die die Gesundheitspolitik gegenüber anderen Politikfeldern (Minderheiten-, Drogen-, Sitten-, Sexualpolitik etc.) und anderen Ressorts (vor allem Justiz und Inneres) erfährt bzw. erreicht¹⁾.

Grundsätzlich besteht die zentrale Aufgabe der Gesundheitspolitik in der maximalen Senkung von Erkrankungswahrscheinlichkeiten für die gesamte Bevölkerung²⁾. Damit übersteigt Gesundheitspolitik den notwendigerweise auf Behandlung im einzelnen Erkrankungsfall fixierten Gesichtswinkel der Individualmedizin, deren Kenntnisstand und Therapiemöglichkeiten damit *einen* wesentlichen Aspekt für den Entwurf von problembezogenen Gesundheitspolitiken liefern. Andere Aspekte wie die weitgehend durch soziale Lage und psychische Konstitution bestimmten Bedingungen des Eintretens und der Senkung von Erkrankungsrisiken

kommen mindestens gleichgewichtig hinzu. Mit der Individualmedizin gemeinsam hat Gesundheitspolitik dabei die Regel zu beachten, Maßnahmen und Strategien *vor* der Ingangsetzung auf ihre erwünschten und unerwünschten Wirkungen hin abzuschätzen: Eine Maßnahme darf dann und nur dann ergriffen werden, wenn bei verständiger Würdigung der Gesamtumstände die erwünschten Wirkungen mit hinreichend großer Wahrscheinlichkeit eintreten und die unerwünschten Wirkungen deutlich übersteigen, wenn weiterhin die unerwünschten Wirkungen tolerabel sind und wenn der gleiche Effekt nicht mit weniger invasiven Mitteln erreicht werden kann. Bezogen auf Aids heißt dies, nach Strategien zu suchen, mit denen auf Basis plausibler Annahmen über Motive, Handlungsmöglichkeiten und Verhalten die Anzahl der HIV-Infektionen so klein wie möglich gehalten werden kann.

Nach dem heutigen Stand der naturwissenschaftlichen Forschung finden HIV-Infektionen in epidemiologisch relevanter Anzahl lediglich in den Risikosituationen des penetrierenden Geschlechtsverkehrs mit Infizierten sowie der direkten Einbringung von infiziertem Körpersekret (vor allem Blut und Sperma) in die laufende Blutbahn (vor allem ‚needle-sharing‘ bei Fixern) statt. Würden beim Geschlechtsverkehr außerhalb strikter Monogamie stets Kondome und beim Fixen immer sterile Spritzbestecke benutzt, wäre Aids nach dem ‚Herauswachsen‘ der heute bereits Infizierten eine sehr seltene Krankheit. Weit über 99 Prozent aller sonst fälligen Infektionen würden unterbleiben. Die sachgerechte Verwendung ordentlich produzierter und gelagerter Kondome bietet beim Geschlechtsverkehr einen Infektionsschutz in der Größenordnung von allgemein als ‚sicher‘ angesehenen Impfungen³⁾.

In mittlerweile hunderttausenden von Erfahrungsjahren des auch engen Umgangs von Aids-Kranken mit Ärzten, Pflegepersonal, Helfern und Familienangehörigen ist es bei sorgfältiger Beobachtung

1) Vgl. Rolf Rosenbrock, Aids kann schneller besiegt werden — Gesundheitspolitik am Beispiel einer Infektionskrankheit, Hamburg 1987³.

2) Vgl. Heinz Harald Abholz, Risikoverminderung als präventives medizinisches Konzept, in: Krankheit und Ursachen, Argument-Sonderband AS 119, Berlin 1984.

3) Bertino Somaini (Bundesamt für Gesundheitswesen der Schweiz), in: Deutscher Bundestag, 11. Wahlperiode, Enquete-Kommission ‚Gefahren von Aids und wirksame Wege zu ihrer Eindämmung‘, stenographisches Protokoll der 9. Sitzung vom 15. 10. 1987, S. 60.

weltweit zu cirka zehn wahrscheinlichen Infektionsfällen außerhalb solcher Risikosituationen gekommen, meist in Verbindung mit versehentlichen tiefen Injektionsnadelstichen und direktem Einbringen von infiziertem Körpersekret⁴⁾. Beim Eintritt eines solchen Unfalls wird die Gefahr einer wirksamen Infektion mit unter einem Prozent angegeben, das auf gleichem Wege übertragbare Hepatitis-B-Virus wird zwanzig- bis hundertmal leichter übertragen. Weltweit ist kein einziger Fall wirksamer Virusübertragung durch Speichel, Tränen, Schweiß, Talg, Nasensekret, Ohrenschmalz, Schuppen, Urin oder Kot gesichert. Tröpfchen-Infektionen und leichte Schmierinfektionen sind auszuschließen. Mit einem Satz: Die Übertragung des Virus findet in klar definierten Situationen statt, in die Menschen sich freiwillig hineinbegeben⁵⁾. Für die Prävention heißt das: Es gibt kaum eine Krank-

heit, vor der man sich so leicht und so sicher schützen kann wie vor Aids.

Gesundheitspolitik und gesundheitswissenschaftliche Forschung haben deshalb drei vordringliche Aufgaben:

– die Übertragungswege genau zu identifizieren und ggf. weiter einzugrenzen⁶⁾,

– Präventionsstrategien zu entwerfen und zu ermöglichen, die die Anzahl dieser Situationen unter Berücksichtigung ihrer jeweiligen Bedeutung im Lebenszusammenhang der potentiell Betroffenen soweit wie möglich vermindern und

– alles zu unterlassen, was die Wirksamkeit solcher Strategien gesellschaftlich und individuell beeinträchtigen könnte.

II. Eingriffsfelder gesundheitspolitischer Steuerung

Die im folgenden zusammengefaßten politisch-praktischen Vorschläge für die *Präventionsgestaltung* und die *Handhabung des HIV-Antikörpertests* zielen auf die Entwicklung und Nutzung der Möglichkeiten der Verhütung von Aids. Beim gegebenen Stand des Wissens über die medizinische Immunisierung und Therapie der Krankheit betreffen sie damit das einzige Eingriffsfeld, auf dem Gesundheitspolitik jetzt unmittelbar wirksam werden kann. Doch würde auch mit der Anwendungsreife und Verfügbarkeit medizinisch wirksamer Impfstoffe und/oder Therapeutika die Bedeutung nicht-medizinischer Prävention keineswegs auf Null schrumpfen: Die gesundheitspolitischen Siege über die großen „alten“ Infektionskrankheiten beruhen ausnahmslos auf einer Kombination gesellschaftlich ermöglichter und verursachter Verhaltensänderungen mit den fast immer erst später entwickelten wirksamen Waffen der Medizin⁷⁾.

1. Zielgruppen, Wege und Botschaft der Prävention

Die Besonderheit der bei der Prävention anzusprechenden Themen (promiske Sexualität, Homosexualität, Prostitution und Sucht) und die zum Teil extremen gesellschaftlichen Randlagen von drei der Hauptbetroffenengruppen erfordern besondere Vermittlungsformen und -träger der Kommunikation bzw. Prävention. Unter Berücksichtigung der jahrzehntelangen Erfahrungen mit (erfolgreichen und erfolglosen) Versuchen staatlich induzierter Verhaltensänderungen im Privat- und im Intimbereich und unter Berücksichtigung internationaler Forschungsergebnisse zur Aids-Prävention erscheint hierfür ein dreistufiges Kampagnenmodell angebracht⁸⁾. Alle Elemente dieses Modells stehen unter der Leitfrage: Wie organisieren wir möglichst schnell, möglichst flächendeckend und möglichst zeitstabil den gesellschaftlichen Lernprozeß, mit dem sich die Individuen, die Institutionen und die Gesellschaft als Ganzes auf das Leben mit dem vorläufig wohl unausrottbaren Virus einstellen können? Dabei soll sich ein Maximum an präventivem

⁴⁾ Vgl. Michael Ippen, Zum Risiko einer berufsbedingten Übertragung der HIV-Infektion bei Gesundheitsberufen. Literaturstudie im Auftrag der Gesundheitsbehörde Hamburg, Hamburg 1988. In der großen Mehrzahl der Unfälle war die Infektion der Patienten bekannt, eine vorherige Testung hätte keine erhöhte Sicherheit gebracht.

⁵⁾ Die Minimierung der Anzahl unfreiwilliger Situationen (Vergewaltigungen) ist mit und ohne Aids eine nicht mit den Instrumenten der Seuchenstrategie zu lösende Aufgabe der Politik im weitesten Sinne.

⁶⁾ Vgl. R. Rosenbrock (Anm. 1), S. 15–24.

⁷⁾ Vgl. Thomas McKeown, Die Bedeutung der Medizin für die Gesundheit, Frankfurt 1982.

⁸⁾ Vgl. Zwischenbericht der Enquete-Kommission des Deutschen Bundestages, Gefahren von Aids und wirksame Wege zu ihrer Eindämmung, Kapitel 3: Primärprävention, BT-Drucksache 11/2495, abgedruckt in: Zur Sache – Themen parlamentarischer Beratung, 3/1988: Aids: Fakten und Konsequenzen, hrsg. vom Referat Öffentlichkeitsarbeit des Deutschen Bundestages, Bonn 1988.

Verhalten entwickeln, Ausgrenzung und Diskriminierung sollen minimiert werden⁹⁾.

— Zentralstaatlich zu organisieren und zu verantworten ist die allgemeine Prävention in Form bevölkerungsweit gestreuter Botschaften über alle geeigneten Massenmedien. Sie dient sowohl der Dehysterisierung („Wo droht Aids nicht?“) als auch der klaren Benennung der Risikosituationen (penetrierender Geschlechtsverkehr und needle-sharing) sowie der individuellen Schutzmöglichkeiten mit vergleichbar sehr hoher Sicherheit (Kondome und Einwegspritzen).

— Auf der zweiten Ebene kann man sich eine phantasievolle Fülle zielgruppen-, szenen- und regional-spezifischer Kampagnen mit Initial- und Erinnerungsimpulsen vorstellen. Sie wenden sich an die eher promiskuitiv lebenden Szenen der Heterosexualität (Bars, Discos, Prostitution, Sextourismus, Kontaktanzeigen, „swinger“ etc.) und der Homosexualität (Bars, Discos, Saunen, Klappen, Parks, Kontaktanzeigen, Prostitution, Sextourismus etc.) sowie der Fixerszene (Treffpunkte, Gruppenbildung, Gelderwerb, Drogenhilfen etc.). Es müssen nicht nur Informationen vermittelt werden, es sollen sich auch Einstellungen und letztlich vor allem das Verhalten ändern. Deshalb müssen die Botschaften so aufbereitet und übermittelt werden, daß sich die Angesprochenen wiedererkennen können. Die Botschaft muß zeitlich, räumlich und sozial so nah wie möglich an die Risikosituation herangetragen werden. Kommunikationswissenschaften und Werbewirtschaft verfügen dazu über einen reichen Erfahrungsschatz.

Für diese Aufgabe bieten sich vor allem die aus der Gruppe der Homosexuellen weitgehend spontan entstandenen Selbsthilfeansätze (Aids-Hilfen) an, die mittlerweile de facto zu semiprofessionellen Präventionsagenturen geworden sind und vielfach mit anderen Institutionen (Pro Familia, Kirchen, Wohlfahrtsverbände, Gesundheitsämter) eng kooperieren. Sie sind hinreichend dezentral organisiert und verfügen über ausreichende Kenntnis und Erkenntnisquellen hinsichtlich der relevanten Risikosituationen, ihres sozialen und Bedürfnishintergrundes sowie der Vermittlungsmöglichkeiten zielgruppenadäquater Botschaften. Sie können ihren spezifischen Beitrag zur Prävention nur dann leisten, wenn sie — innerhalb allgemein gültiger Gesetze — von ihrer Kontextnähe und Kompetenz einen relativ autonomen Gebrauch machen können. Sie müssen die Möglichkeit haben, in den Zielgrup-

⁹⁾ Vgl. Rolf Rosenbrock, Soziale, medizinische und sozialwissenschaftliche Voraussetzungen der Prävention und Bekämpfung von Aids, WZB-IIVG-pre87/209, Berlin 1987, u. a. in: AIDS-Forschung (AIFO), 3 (1988) 3, S. 163 ff.

pen spezifisch und ausschließlich unter dem Gesichtspunkt der Aids-Prävention zu agieren. Die Belastung mit anderen Themen (Monogamie, Treue, Suchtfreiheit etc.) gefährdet die Substanz ihres Erfolges. Sofern diese Bedingungen gegeben sind, kann die Aids-Hilfe ein Modellfall für eine dezentrale und kontextnahe Leistungs- und Strukturpolitik im Gesundheitswesen werden, dessen Bedeutung weit über den Einzugsbereich der Infektionskrankheit Aids hinausweist und mit dem eine wesentliche Innovation im Hinblick auf die notwendige Umorientierung der Gesundheitspolitik geleistet werden könnte.

— Die dritte Ebene ist die (auf Wunsch selbstverständlich anonyme) persönliche Beratung von Menschen, die „at risk“ leben oder glauben, ein Risiko (gehabt) zu haben. Dabei kommt es in erster Linie darauf an, in einführender und akzeptierender Weise die Risikolage zu klären und die Möglichkeiten der individuellen Prävention sachlich und verständnisvoll zu besprechen. Aids-Beratung ist demnach keineswegs eine primär ärztliche Aufgabe. Sämtliche internationalen Studien deuten darauf hin, daß der zeitstabile Erfolg von Präventionskampagnen entscheidend von der Qualität der Beratung abhängt. Nach der Präventionsberatung kann dabei auch die Frage des HIV-Antikörpertests erörtert werden.

Auf allen drei Stufen geht es um die Umsetzung der Regel, daß Menschen ihr Verhalten dann am ehesten ändern, wenn sie erstens sich von der Gefahr (Aids) persönlich betroffen fühlen, zweitens davon überzeugt sind, sich durch eigenes Verhalten vor der Gefahr schützen zu können, wenn drittens die als notwendig angesehene Verhaltensänderung in die bestehende Lebensweise „einpaßbar“ ist und wenn viertens von der eigenen sozialen Umgebung (Szene, Gruppe etc.) Anstöße zur Verhaltensänderung kommen¹⁰⁾. Über die Erfolge professionell gestalteter und betroffennah durchgeführter Präventionskampagnen geben — vor allem hinsichtlich der Gruppe der homosexuellen Männer — zahlreiche Studien vor allem aus Nordamerika, der Schweiz, den Niederlanden und Frankreich Auskunft¹¹⁾: Über 70 Prozent, zum Teil erheblich mehr, folgen den Regeln des Safer Sex. Da zur Virusinfektion immer drei Akteure (zwei Menschen und das Virus) gehören, ist mit Verhaltens-

¹⁰⁾ Vgl. Sam Packett/Larry L. Bye, The Stop Aids Project. An interpersonal aids-prevention program, San Francisco 1987.

¹¹⁾ Vgl. Albert Eckert, Aids und Veränderungen im Sexualverhalten, sowie Sigrid Michel, HIV-Antikörpertest und Prävention. Literaturgutachten im Auftrage des Wissenschaftszentrums Berlin für Sozialforschung, Berlin 1988 (Veröffentlichung in Vorbereitung).

änderungen in dieser (zu stabilisierenden und noch steigerbaren) Größenordnung die weitere Ausbreitung von Aids zu stoppen. Daß irgendwelche repressiven Strategien dieses Ziel erreichen, könnte noch nirgendwo plausibel gemacht oder gar bewiesen werden. Der Erfolg ist um so größer, je mehr die Kampagne in einem weitgehend durch Staat, Medien und Medizinsystem geschaffenen Klima des Vertrauens und Verstehens stattfinden konnte, das öffentlich vermitteltes Lernen in Intim-, Scham- und Tabubereichen erleichtert bzw. ermöglicht.

2. Der Test auf HIV-Antikörper

Für den HIV-Antikörpertest gibt es eine Reihe zwingender medizinischer Indikationen (Sicherung von Blutprodukten und Transplantaten, Differential- und Ausschlußdiagnose, Beratung von Schwangeren aus risikotragenden Gruppen, seriöse epidemiologische Forschung auf der Basis von „informed consent“). Eine medizinische Indikation für eine Früherkennungsuntersuchung auf nicht behandelbare Krankheiten existiert nach den Regeln der ärztlichen Kunst nicht. Schon gar nicht, wenn die Wahrscheinlichkeit und der Zeitpunkt des Ausbruchs der Krankheit derart ungewiß sind wie bei Aids. Eine ungezielte Reihenuntersuchung auf nicht behandelbare und in ihrem Ausbruch derart ungewisse Krankheiten wie Aids widerspricht ebenfalls den Regeln der ärztlichen Kunst und epidemiologischen Grundregeln¹²⁾. Wegen der technisch nicht aufhebbaren Unsicherheiten ist auch bei optimaler Handhabung von Such- und Bestätigungstests vor allem in niedrig durchseuchten Populationen mit erheblichen Quoten (bis 50 Prozent) falsch positiver Ergebnisse zu rechnen¹³⁾. Auch falsch negative Ergebnisse kommen in relevantem Umfang vor. Die Feststellung des Serostatus ist demnach nicht sicher zu erzielen.

Auf der anderen Seite werden durch die Mitteilung eines positiven Testergebnisses — und damit der Gewißheit einer vorher in aller Regel nur als Möglichkeit ins Auge gefaßten Infektion — bei bis zu 50 Prozent der Betroffenen schwere psychische Störungen bis hin zur Psychose und zum Suizid ausgelöst. Diese „unerwünschten Wirkungen“ schließen den breiten und undifferenzierten Testeinsatz angesichts des Fehlens einer medizinischen Indikation ebenfalls aus¹⁴⁾. Auch nach der geltenden

Reichsversicherungsordnung kann der undifferenzierte Testeinsatz keine Leistung des Kassenarztes sein (§ 181 a, RVO).

Es müssen also schon schwerwiegende Gründe vorliegen, um den breiten und breit propagierten Einsatz zu rechtfertigen. Nicht notwendig ist der breite Testeinsatz für die epidemiologische Messung der Verbreitung des Virus: Würden die vorhandenen epidemiologischen Beobachtungs- und Meßpunkte der Krankheit einigermaßen sorgfältig ausgewertet, wären Zustands- und Trendaussagen erheblich abgesicherter als die heute meist kolportierten Spekulationen. Mit den Blutspenden (vor allem aus Bevölkerungsgruppen, die sich nicht betroffen fühlen und von denen derzeit im Durchschnitt eine von 50 000 bis 100 000 Proben HIV-Antikörper aufweist), den Aids-Fallmeldungen beim Bundesgesundheitsamt (BGA), den (erheblich auszubauen und zu vermehrenden) sozialepidemiologisch fundierten Kohortenstudien auf freiwilliger Basis und der Laborberichtspflicht über positive Bestätigungstests verfügen wir über vier „Meßstellen“, deren verständige und soziologisch angeleitete Auswertung einen erheblichen Zugewinn an Wissen verspricht. Für die Gesundheitspolitik haben solche Befunde ohnehin nur begrenzten Wert: Das Fehlen medizinischer Interventionsmöglichkeiten erzwingt unabhängig von aktuellen und kommenden Fallzahlen die Konzentration auf die Frage der Optimierung der Prävention.

Ein anderer Grund für einen breiten Testeinsatz könnte dann vorliegen, wenn der Test oder die Mitteilung des Testergebnisses einen wesentlichen Beitrag zur Aids-Prävention leisten würde. Davon aber kann kaum die Rede sein. Im Gegenteil: In bezug auf Prävention ist der Test durchweg kontraproduktiv¹⁵⁾.

a) Es ist weder plausibel, noch deuten die vorliegenden empirischen Studien darauf hin, daß mit dem Test wirksamere Impulse zur Verhaltensänderung gesetzt werden als mit den Mitteln der kontinuierlichen und kontextspezifischen Aufklärung über die Risikosituationen¹⁶⁾. Schock- und Todesangst sind durchweg kein besonders geeignetes Mittel zur Inangsetzung rationaler Verhaltenssteuerung.

b) Ein positives Testergebnis kann Kurzschlußreaktionen („Desperado-Effekt“) mit antipräventiven Konsequenzen auslösen.

¹²⁾ M. L. Burr/P. C. Elwood, Research and Development of Health Services — Screening, in: W. W. Holland/R. Detels / G. Knox (eds.), Oxford Textbook of Public Health, Oxford 1985.

¹³⁾ Vgl. Knut M. Wittkowski, Wann ist ein HIV-Test indiziert? in: Deutsches Ärzteblatt, 85 (1988) 37, S. 1510f.

¹⁴⁾ J. M. G. Wilson/G. Jungner, Principles and Practice of Screening of Disease, Genf 1968/71.

¹⁵⁾ Vgl. Rolf Rosenbrock, HIV-Positivismus — Plädoyer für die Einhaltung der Kunstregeln, in: Kursbuch 94: Seuchen, Berlin 1988.

¹⁶⁾ Vgl. Sigrid Michel, HIV-Antikörpertest und Prävention (Anm. 11).

c) Ein negatives Testergebnis kann Leichtsinns im Umgang mit Risikosituationen fördern.

d) Die öffentliche Aufforderung zum Test im Zusammenhang mit der Prävention mindert die essentiell notwendige Klarheit (und damit die Wirksamkeit) der Präventionsbotschaft. Die Präventionsregeln gelten nämlich für *alle* Menschen in Risikosituationen, unabhängig von ihrem Serostatus. Die medizinpolitische Botschaft der Bundesregierung „Wer sollte sich testen lassen? Jeder, der glaubt, sich angesteckt zu haben“ muß unter Präventionsgesichtspunkten lauten: „Wer sollte eine Beratungsstelle aufsuchen? Jeder, der glaubt, sich angesteckt zu haben.“

e) Eine medizinisch therapeutische Intervention, mit der bei symptomlosen Menschen die Wahrscheinlichkeit des Ausbruchs der Krankheit gemindert oder die Phase der Symptomlosigkeit verlängert oder die Infektiosität während der Symptomlosigkeit gesenkt werden könnte, ist bislang nicht be-

kannt. Sie würde die hier beschriebene Position zum Test ggf. revidieren.

f) Mit dem HIV-Antikörpertest ist die Diskussion über Meldepflicht, Zwangstestungen, Berufsverbote, über arbeits-, sozial-, miet- und strafrechtliche Fragen verbunden¹⁷⁾. Dies alles wirkt dem Grundgedanken der Prävention entgegen und bringt keinen gesundheitlichen Nutzen.

Es stellt für die Medizin nicht nur in bezug auf den HIV-Antikörpertest eine offenbar schwierige Lernaufgabe dar, einen technischen Befund deshalb *nicht* zu erheben, weil dadurch im Ergebnis mehr gesundheitlicher Schaden als gesundheitlicher Nutzen angerichtet wird. Das zunehmende Auseinanderklaffen zwischen diagnostischen Möglichkeiten und therapeutischen Fähigkeiten in der Medizin erreicht im Falle Aids und HIV-Antikörpertest eine gesundheitspolitisch neue und dramatische Stufe.

III. Durchsetzungsprobleme einer rationalen Aids-Politik

Wer sich mit Gesundheitspolitik oder – allgemeiner – mit dem gesellschaftlichen Umgang mit Gesundheit und Krankheit beschäftigt, der weiß: Die Antworten der Gesundheitspolitik entsprechen nur auf wenigen Feldern dem Charakter der gesundheitlichen Herausforderungen¹⁸⁾. Im gesundheitspolitischen Kräftefeld von Staat und Medizinsystem mit den daran beteiligten politischen und materiellen Interessen hat Aids keine besseren Chancen der Bearbeitung als die zigtausendfach häufigeren volksgesundheitlichen Probleme des Herzinfarktes, der Krebse, des Rheumas, der Bronchitis, des Alkoholismus etc.

– Das Gewicht der naturwissenschaftlich fundierten Individualmedizin bei der Definition der Probleme und der Festlegung von Strategien ist generell zu hoch.

– Technische oder sonstige warenförmig vermarktbare Leistungen genießen einen unangemessen hohen Vertrauensvorschuß vor anderen Formen der Intervention.

¹⁷⁾ Vgl. Manfred Bruns, Aids, Alltag und Recht, in: Monatschrift Deutsches Recht (MDR), 41 (1988) 5, S. 353 ff., sowie Günter Frankenberger, Aids-Bekämpfung im Rechtsstaat, Baden-Baden 1988.

¹⁸⁾ Vgl. Christian von Ferber, Gesundheit und Gesellschaft. Haben wir eine Gesundheitspolitik?, Stuttgart 1971; Rolf Rosenbrock, Prävention – warum sie nicht stattfindet und was zu tun ist, in: Dr. med. Mabuse, 12 (1987) 47, S. 50 ff.

– Die Möglichkeiten der Prävention werden weiterhin untergewichtet und deshalb auch nicht systematisch entwickelt.

– Die Kompetenz der Betroffenen wiegt durchweg geringer als die Meinung von Experten.

Wem es um eine Effektivierung des Kampfes gegen Aids geht, wird nicht darum herumkommen, sich mit diesen „alten“ Themen der Gesundheitspolitik zu befassen und bewährte wie gescheiterte Reformstrategien auf ihre Verwendbarkeit hin abzuklopfen¹⁹⁾. Dies zu sagen, bedeutet keine Verharmlosung der gesellschaftspolitischen Brisanz, die Aids hat. Sie ist real und gefährlich. Die Mixtur besteht aus Elementen der physiologischen Natur des Problems (Geschlechtskrankheit, extrem lange Latenzzeit und hohe Ungewißheit des Ausbruchs, meist tödliches Ende der Krankheit), seiner geheimnisvoll-exotischen Herkunft und der gesellschaftlichen Randlage der zufällig zuerst sichtbar gewordenen Betroffenenengruppen. Damit ist ein Ensemble versammelt, das in geradezu einmaliger Konstellation atavistische Ängste, Wünsche und Vorurteile mobi-

¹⁹⁾ Vgl. Friedrich Hauß/Frieder Naschold/Rolf Rosenbrock, Schichtenspezifische Versorgungsprobleme und leistungssteuernde Strukturpolitik im Gesundheitswesen, in: dies. (Bearbeiter), Schichtenspezifische Versorgungsprobleme im Gesundheitswesen, Forschungsbericht 55 (Gesundheitsforschung), hrsg. vom BMAuS, Bonn 1981; sowie Alfred Schmidt/Erwin Jahn/Bodo Scharf (Hrsg.), Der solidarischen Gesundheitssicherung die Zukunft, WSI-Studie Nr. 60, Köln 1987, WSI-Studie Nr. 63, Köln 1988.

lisieren kann: Es geht um die Verbindung von Sex, Homosexualität, Promiskuität, käuflichen Sex, Perversion, Orgien, Sucht, „unsichtbaren Feinden“ und um den Tod – in einem Thema.

Es ist kein Wunder, daß die auf Verkäuflichkeit orientierten Massenmedien auf dieses Thema anspringen mußten²⁰). Wenn man berücksichtigt, daß die in Sachen Aids besonders aggressiven Blätter der Regenbogenpresse sowie die großen Boulevardzeitungen immer noch die meistgelesenen gedruckten Medien in der Bundesrepublik sind, so wird die latente Gefahr deutlich: Es gibt breite Bevölkerungsschichten, deren Bild von Aids und den Betroffenengruppen sich nahezu ausschließlich aus durchweg genaueklärerischer Berichterstattung speist. Aber auch sonst gemeinhin als seriös eingestufte Blätter wie z. B. der Hamburger „Spiegel“ zeigten und zeigen böse Ausfallerscheinungen.

Kein Wunder auch, daß diese – mehr markt- als ethikgesteuerten – Formen und Inhalte der öffentlichen Abhandlung von Aids speziell bei den Gruppen der am allermeisten Betroffenen Angst auslösen. Und zwar sowohl irrationale Angst vor Aids als auch Angst vor einer Wiederrückkehr der Repression. Beide Ausprägungen der Angst stehen einem rationalen Umgang mit Aids und einer sensiblen Aids-Prävention sicherlich entgegen. Aber über die Wirkungen derartiger Gegenaufklärung im Konzert mit anderen Informationsquellen auf Stimmungen, Haltungen und Handlungen sowohl in der Bevölkerung als auch auf gesundheitspolitische Entscheidungsträger ist – nicht nur bei Aids – recht wenig bekannt²¹). Das nimmt nichts von der Bedrohlichkeit. Es spricht aber dagegen, allein aufgrund der Berichterstattung eine extrem defensive Situation für die Betroffenengruppen zu diagnostizieren.

Auf der Ebene der *Gesundheitspolitik* können Wirkungen der sozialpsychologisch brisanten Einbettung von Aids überall dort plausibel angenommen werden, wo der politische Umgang mit dieser Krankheit vom „normal schlechten“ Lauf der Gesundheitspolitik nach unten hin abweicht und dies mit einer Diskriminierung Aids-Kranker oder risikotragender Minderheiten verbunden ist. An solchen Punkten rutscht die auf Aids bezogene Gesundheitspolitik zu einer repressiven Sexual- und Drogenpolitik ab, Aids wird dann für andere Zwecke instrumentalisiert, *obwohl* das gesundheit-

liche Ziel (vor allem die Prävention) dadurch gefährdet wird (kontraproduktive Gesundheitspolitik).

Solche Einbruchstellen lassen sich benennen. Sie lassen allerdings nicht auf eine eindeutige Tendenz schließen, zumal ihnen zahlreiche positive Beispiele gegenüberstehen.

a) Einbruchstellen finden sich überall dort, wo Polizeilogik über Gesundheitslogik dominiert. Dabei steht die Bekämpfung von Aids unter der Leitfrage: Wie ermitteln wir möglichst viele individuelle Infektionsquellen, und was können wir tun, um diese Infektionsquellen stillzulegen (Individuelle Suchstrategie, im Gegensatz zur gesellschaftlichen Lernstrategie)? Strategien dieses Typus haben auch bei den klassischen Infektionskrankheiten nie einen entscheidenden Beitrag zum Sieg geleistet. Im Kampf gegen sexuell übertragbare Krankheiten waren sie nur dort von (eingeschränktem) Nutzen, wo die Krankheit sofort sicher diagnostizierbar und umstandslos leicht therapierbar war (Syphilis)²²) und die betroffenen Populationen in einem besonderen Gewaltverhältnis zum Staat standen (z. B. kasernierte Soldaten mit de facto staatlich organisierter Prostitution).

Weltweit hat sich deshalb in den Ländern mit einer den Prinzipien der Rationalität, der Aufklärung und Effektivität verpflichteten Gesundheitspolitik die Überzeugung durchgesetzt, daß Strategien der systematischen (und damit immer auch zwangsweisen) Suche nach Infizierten im Verhältnis zu den dafür erforderlichen gesellschaftlichen und zivilisatorischen Aufwand „zu teuer“ und auch ineffektiv sind. Zu diesem Zweck müßte eigens ein gewaltiger Polizei- und Kontrollapparat geschaffen werden. Zudem würde man mit dem Faktum zigtausender, fälschlich als seropositiv identifizierter Menschen leben müssen. Einige tausend falsch negativ diagnostizierter Menschen würden gleichzeitig das Virus – dann wirklich ahnungslos – weitertragen. Außerdem würden mit einer solchen Aktion zigtausende psychiatrisch bzw. psychotherapeutisch behandlungsbedürftige „Fälle“ und einige hundert Suizide produziert, von der weit über Aids hinausgehenden Hysterisierung der Gesamtbevölkerung noch ganz abgesehen.

Trotz der auch international sehr weitgehenden Ablehnung von Strategien der „Dingfestmachung“ von Infizierten gibt es auch in der Bundesrepublik noch zahlreiche offene und verdeckte Anhänger dieses

²⁰) Frank Rühmann, Aids – eine Krankheit und ihre Folgen, Frankfurt-New York 1985².

²¹) Vgl. Gerald Mackenthun, Katastrophen lassen sich gut verkaufen, in: Umweltmedizin, Argument-Sonderband AS 125, Berlin 1985.

²²) Vgl. hierzu vor allem die ausgezeichnete Studie von Allan M. Brandt, No magic bullet. A social history of venereal disease in the United States since 1880, New York-Oxford 1987.

Strategietypus²³). Im bayerischen Maßnahmenkatalog werden Ansätze dieser Strategie — mit beträchtlichem Flurschaden für die Aids-Prävention und für die Zivilisation — zumindest symbolisch an den sich hierfür anbietenden Gruppen der Fixer, der Prostituierten, der Gefangenen, der Beamtenanwärter und der Asylbewerber exekutiert²⁴). Fundierte Hypothesen über die gesundheitspolitische Wirksamkeit dieses Ansatzes wurden noch nie vorgelegt, die Begründung erschöpft sich durchweg in einem sinngemäßen „Das haben wir immer so gemacht“. Die Vertreter der Suchstrategie haben sich durch das wissenschaftliche und politische Fiasko ihres Ansatzes nicht entmutigen lassen: Sie tauchen überall auf, wo es darum geht, den Test möglichst breit einzusetzen und bestimmte Gruppen „zwangszutesten“.

b) Einbruchstellen finden sich auch in staatlich reglementierten *Institutionen*. Wenn z. B. in Gefängnissen aus gesundheitlich nicht begründbaren Motiven der Einsatz von (mehr oder weniger freiwillig getesteten) HIV-Positiven in der Gefängnisküche „ausschließlich aus psychologischen Gründen“ unterbleibt, so kann damit keine gesundheitsbezogene Psychologie gemeint sein. Feuerrote, aber auch andersfarbige Schutzhandschuhe im Umgang mit Seropositiven entsprechen ebenfalls sicher keinen sinnvollen gesundheitlichen Überlegungen. Ob die Bundeswehr den HIV-Antikörpertest für alle Re-

23) Zum Beispiel: Gert G. Frösner, Wie kann die weitere Ausbreitung von Aids verlangsamt werden?, in: Aids-Forschung (AIFO), 2 (1987) 1, S. 61–65, sowie K. D. Bock, Aids, die unbewältigte Herausforderung, in: AIFO, 2 (1987) 7, S. 357 ff.; Vertreter der ‚Suchstrategie‘ übersehen regelmäßig, daß ihr Ansatz aus dem Gesundheitsproblem Aids ein Polizeiproblem macht, was — jenseits aller Zivilisations- und Bürgerrechtsfragen — verheerende Auswirkungen auf das gesellschaftliche Lernklima hat und ein gefährliches, weil falsches Gefühl von Sicherheit vermittelt. Zum Vergleich der beiden Strategien vgl. R. Rosenbrock, Politik mit und gegen Aids, in: Blätter für deutsche und internationale Politik, 32 (1987) 9.

24) Vgl. Bayerische Staatsregierung, Aids: Vollzug des Seuchenrechts, des Ausländerrechts und des Polizeirechts. Bekanntmachung des Bayerischen Staatsministeriums des Inneren vom 19. Mai 1987, Nr. IE/IA/IC-5280-8.2/7/87, in: Ministerialamtsblatt der bayerischen inneren Verwaltung, 39. (106.) Jg., Nr. 10, S. 246–256. Mit Maßnahmen nach diesem Zwangskatalog, der zeitlich und sachlich vor den (im Bundesländer-Vergleich unterdurchschnittlichen) bayerischen Maßnahmen zur Aufklärung und Betreuung in Kraft gesetzt wurde, konnten im ersten Halbjahr sechs Drogenbenutzer, ein Stricher, eine Prostituierte und zwei Asylbewerber amtlich als HIV-positiv ermittelt werden. Gegen 25 Personen aus Nicht-EG-Ländern, darunter 15 Prostituierte und sechs Fixerinnen, wurden ‚aufenthaltsbeendende Maßnahmen‘ ergriffen (vgl. Der Spiegel, Nr. 13/1988, S. 45 ff.). Unter Präventionsgesichtspunkten ist dieser Effekt kaum größer als Null, und mit Sicherheit ist der am Lern-, Aufklärungs- und Beratungsklima angerichtete Schaden um ein Vielfaches größer.

kruten auch dann abgelehnt hätte, wenn sie nur Freiwillige, nicht aber ganze Jahrgänge von *Wehrpflichtigen* durchtesten müßte — darüber kann nur spekuliert werden.

c) Unklar ist die Lage im *Sozialrecht*. Zwar steht Aids als gesundheitliches Großrisiko vollständig und unangefochten unter dem Versicherungsschutz der gesetzlichen Krankenkassen (im Gegensatz z. B. zur Handhabung in den USA). Die Einführung des HIV-Antikörpertests als Zugangsvoraussetzung für ein Versicherungsverhältnis bzw. für gesetzliche Versorgungsleistungen durch einzelne Landesversicherungsanstalten und Allgemeine Ortskrankenkassen stellt jedoch ohne Zweifel einen präventionsfeindlichen Einbruch dar. Ob diese Regelung auch dann getroffen worden wäre, wenn die davon Betroffenen „achtbare Bürger“ und nicht Angehörige gesellschaftlicher Randgruppen gewesen wären, erscheint fraglich. Angesichts der weit über Aids hinausreichenden gesundheitspolitischen Sprengkraft, die in solchen Tests und ihrer Einführung ausgerechnet über dem Sozialrecht liegt, scheint eine Rückbesinnung dieser Institutionen auf die ihre Arbeit tragenden Prinzipien der Solidargemeinschaft und des Gesundheitsschutzes zumindest nicht unwahrscheinlich.

d) Die Institutionen *medizinisch-kurativer Behandlung* haben sich in Fragen der Betreuung und Behandlung von Seropositiven und Aids-Kranken offenbar bislang gegenüber der Versuchung repressiver Behandlung von Patienten im großen und ganzen und trotz zum Teil hysterischer Ausnahmen bewährt. Die Steuerung von Forschungsressourcen an den Notwendigkeiten der Prävention vorbei findet sich in der gesamten Gesundheitsforschung und ist wohl nicht Aids-spezifisch. Ähnlich sieht es mit den im Falle von Aids sogar relativ geringen Problemen der *Ärztenschaft* aus, mit Betroffenen und Betroffenenorganisationen gleichberechtigt zu *kooperieren*.

Weit unter ihren Möglichkeiten blieben bislang die Epidemiologie und speziell die Sozialepidemiologie mit ihrem Beitrag zur Erhellung der Herkunft und des Verlaufs von Aids. Auch diese Schwächen der Forschung sind jedoch nicht Aids-spezifisch, sondern finden sich bei den Untersuchungen zu allen, auch den großen Volkskrankheiten. Auch dort wird die gesundheitspolitische Frage: Warum und unter welchen Umständen bleiben Menschen gesund? regelmäßig geringer gewichtet als die individual-medizinische Frage: Wie viele Menschen werden krank, und was können wir dann für die Kranken noch tun?

Die *Medizinstatistik* hat sich einschließlich ihres in Form von Hochrechnungen aller Art erblühten

Wurmfortsatzes bislang unfähig gezeigt, zu einer sachlichen Aufklärung und halbwegs dimensionierten Risikoabschätzung beizutragen. Die undifferenzierte Addition und Kumulation von Neuerkrankungen, Kranken und Toten über viele Jahre hinweg sowie die methodisch nicht haltbaren (und inzwischen – von der Öffentlichkeit kaum wahrgenommenen – auch revidierten) Aussagen über „Verdopplung von Aids in jeweils acht Monaten“ oder ähnliches haben unzweifelhaft hysterisierend gewirkt und waren damit – in der Konsequenz – auch gesundheitsschädlich²⁵). Doch wäre es voreilig, dies auf eine bewußte oder unbewußte Diskriminierung von Minderheiten zurückzuführen: Daß beim Auftreten einer gänzlich neuen Krankheit zunächst Inzidenz (Anzahl neuer Erkrankungsfälle in der Zeiteinheit), Prävalenz (Häufigkeit der Krankheitsfälle zum Zeitpunkt der Untersuchung) und Letalität (Zahl der Todesfälle im Verhältnis zur Zahl der Erkrankungsfälle) nicht nach Perioden bzw. Stichtagen erfaßt werden, sondern erst einmal alles aufaddiert wird, ist verständlich. Wenn auch beim mehrjährigen Umgang mit dieser neuen Krankheit nicht zu der seit Jahrzehnten eingeführten und Vergleichbarkeit herstellenden Darstellungsform zurückgefunden wird²⁶), so liegen die Gründe dafür zwar sicher auch im Medizinsystem, haben aber nur bedingt etwas mit der Diskriminierung von Minderheiten zu tun: Aids-Forscher brauchen und wollen Geld, unter anderem staatliche Subventionen. Sie würden sich – bei gegebener Struktur der Forschungsförderung – keinen Gefallen tun, wenn sie das von ihnen zu untersuchende Problem nicht so groß wie möglich darstellen würden. Daß diese Zahlen dann von einer aus Marktgründen an auch quantitativer Überzeichnung interessierten Presse aufgegriffen werden, hat die Epidemiologie sicher nicht allein zu vertreten.

Versagt haben Teile der ärztlichen Profession dagegen sicher in der Frage der *ungezielten Reihenuntersuchung mit dem HIV-Antikörpertest* an symptomlosen Versuchspersonen. Wie die Ärzteschaft auf das – allerdings staatlich legitimierte – Angebot eines vergleichbar gesundheitlich folgenschweren, therapeutisch aber irrelevanten Tests reagiert hätte, dessen Zielgruppe nicht Schwule, Fixer und Prostituierte sind, ist nicht leicht zu entscheiden. In der Frage des HIV-Antikörpertests war der Doppelsog aus Vorurteilen und medizinischem Expansionstrieb offenbar stärker als die ärztliche Ethik. Von einer Gewährleistung des „informationellen

Selbstbestimmungsrechts“ im Umgang mit Blut kann nach übereinstimmendem Expertenurteil derzeit nicht mehr überall gesprochen werden²⁷). Es erscheint jedoch nicht unrealistisch, auch an diesen Einbruchstellen ärztlicher Professionsethik auf eine Selbstbesinnung zu hoffen.

e) In der *zentralstaatlichen Aufklärungs- und Medizinpolitik* finden sich sowohl richtige Schritte als auch gesundheitspolitische Fehler. Die relative Gelassenheit staatlicher Aufklärung gegenüber der Hysterie in einigen Massenmedien hat die prinzipielle Fähigkeit bewiesen, Gesundheitspolitik nach ihrer eigenen Logik auch gegen Widerstände und Versuchungen zu betreiben. Andererseits gab und gibt es nicht aufholbare Verzögerungen bei der sachlichen Aufklärung und gezielten Forschungsförderung.

Fehlerhaft, weil gesundheitsschädlich, ist dagegen sicher jedes auch nur spielerische Winken mit dem Seuchenrecht einschließlich der namentlichen Meldepflicht: Entsprechende Versuche im Umkreis von Aids z. B. in Schweden haben zu gesundheitspolitisch eindeutig kontraproduktiven Ergebnissen geführt und wurden dort de facto zurückgenommen²⁸). Die Deutsche Gesellschaft zur Bekämpfung von Geschlechtskrankheiten kommt nach den Worten eines ihrer Vorstandsmitglieder auf Basis von 84 Jahren Erfahrung mit diesem Problem zu dem Resümee, daß die „verschiedensten Arten der Meldepflicht . . . eigentlich nichts gebracht haben“²⁹). Da Beispiele für positive Wirkungen der Meldepflicht fehlen, kann hinter Versuchen ihrer Einführung kaum eine gesundheitsbezogene Logik vermutet werden.

Die sachlich nicht zu vertretende Zurückhaltung und Verzögerung der nur öffentlich, sexualitätsbejahend und vorurteilsfrei zu führenden Kampagne für die Notwendigkeit der Kondombenutzung bei wechselnden Partner/innen dürfte verschiedene Gründe haben. Darunter gibt es mindestens zwei, die nicht als Fortführung der Diskriminierung der zunächst sichtbar gewordenen Betroffenengruppen zu interpretieren sind. 1. Staatliche Gesundheitspolitik, die nicht ohnehin stark auf Prävention orientiert ist, hat generell Schwierigkeiten, *ohne* öffentlichen Druck und *ohne* beängstigende Zahlen manifest Kranker ungewöhnliche Maßnahmen zu ergreifen. 2. Die Durchführung dieser Kampagne

²⁷) Vgl. ebda, S. 22, Ziff. 1.1.5.

²⁸) Vgl. Rolf Rosenbrock, Schweden: Zwangloser Zwang, in: Die Zeit vom 25. 3. 1988 (Dossier: Aids in Europa), sowie ders., Aids in Schweden, in: vor-sicht, 3 (1988) 5, S. 7 und 13–19.

²⁹) S. Borelli, in: Deutscher Bundestag, 10. Wahlperiode, Ausschuß für Jugend, Familie und Gesundheit, 76. Sitzung am 19. 3. 1986 (Wortprotokoll), S. 83.

²⁵) Vgl. Ulrich Clement, Höhenrausch, in: V. Sigusch (Hrsg.), Aids als Risiko, Hamburg 1987, S. 210–217.

²⁶) Das fordert u. a. auch die Aids-Enquete des Deutschen Bundestages, vgl. Zwischenbericht (Anm. 7), S. 19, Ziff. 7.

würde jene Repräsentanten des Staats in — sicherlich zu bewältigende — Identitätsprobleme stürzen, die sich als Träger einer auf Monogamie orientierenden „öffentlichen Sittlichkeit“ verstehen.

Die rasche und zum Teil unbürokratische Einbeziehung der Betroffenen und ihrer Organisationen stellt dagegen sicherlich einen innovativen und richtigen Schritt staatlicher Gesundheitspolitik dar. Ob Zensur- und Gängelungsversuche staatlicher Stellen gegenüber den Aids-Hilfen eher die gängigen Spielraumkämpfe zwischen scheinbar „unpolitischem Verwaltungshandeln“ und „autonomen Projekten mit Staatsknete“ sind, ob es sich um die Auswirkungen einer allgemein verklemmten Sexualpolitik handelt oder ob sich hier eine spezifische Schwulen-/Prostituierten-/Fixer-Diskriminierung abzeichnet — dies ist derzeit nicht leicht zu entscheiden. In jedem der drei Fälle aber wäre die Unterwerfung der Aids-Hilfe unter die Verwaltungslogik eine gesundheitspolitische Niederlage.

Zusammenfassend läßt sich festhalten, daß auch jene gesundheitspolitischen „Einbruchstellen“, an denen gegebene Möglichkeiten der Aids-Bekämp-

fung und -Prävention nicht genutzt wurden/werden, nicht direkt auf eine Diskriminierung der zuerst sichtbar gewordenen Betroffenengruppen hindeuten. An zahlreichen Punkten scheint diese Tendenz aber zumindest durch. Es ist deshalb notwendig und legitim, wenn die Betroffenen und ihre Organisationen mit besonderer Sensibilität auf derartige Entwicklungen achten und im je gegebenen Fall auch öffentlich Alarm schlagen.

Denn andererseits kann kein Zweifel daran bestehen, daß es einen Kompromiß zwischen den beiden großen Alternativen des gesellschaftlichen Umgangs mit Aids nicht geben kann: *Entweder* man setzt auf Prävention, Aufklärung, Eigenverantwortung, Selbststeuerung und staatlich ermöglichte Selbsthilfe, *oder* man betreibt Angstkampagnen, Repression und die Ausgrenzung von Minderheiten. Zugespitzt formuliert: Jedes Mehr an Repression ist ein Weniger an Prävention. Die hier vorgelegten Überlegungen gehen von der Voraussetzung aus, daß es möglich bleiben wird, das Gesundheitsproblem Aids in einem gesellschaftlichen Klima der Rationalität und der Aufklärung zu begegnen.

Aids und Recht

Noch vor einigen Jahren war die Immunschwächekrankheit AIDS unbekannt. Sie bedroht nun weltweit das Leben vieler Menschen. Bisher konnten gegen diese Krankheit keine ursächlich wirksamen Gegenmittel entwickelt werden. Der Krankheitsverlauf kann allenfalls um Monate hinausgezögert werden¹⁾.

Die Bedeutung dieser Krankheit veranlaßte den Deutschen Bundestag auf Anträge aller vier Fraktionen, im Mai 1987 die Einsetzung einer Enquete-Kommission „Gefahren von AIDS und wirksame Mittel zu ihrer Eindämmung“ zu beschließen. Ein Zwischenbericht ist am 16. Juni 1988 erstellt worden²⁾.

I. Zur medizinischen Problematik

AIDS trat nicht als eine neue eigenständige Krankheit auf, sondern unter dem Bild bisher schon bekannter Krankheitszustände. Daher ist sie den Medizinern nicht unmittelbar aufgefallen. So ist es nicht zu verwundern, daß sich viele Gelehrte gravierend über diese neue Krankheit irrten³⁾. Grund dafür ist auch die lange Inkubationszeit (Latenzzeit) von circa zehn Jahren und mehr.

Wenige Jahre nachdem die ersten AIDS-Fälle klinisch als neue Krankheit erkannt waren, gelang es 1983 Forschern vom Institut Pasteur in Paris, den Virus, heute „human immunodeficiency virus“ (menschliches Immundefekt-Virus), HIV genannt, als den Erreger zu identifizieren⁴⁾. HIV hat vor allem zwei Besonderheiten, die es so gefährlich machen: Es kann sein Genom fest in das Erbgut menschlicher Zellen einbauen, so daß es einerseits vom Immunsystem nicht mehr zu erreichen ist und andererseits von einer Zelle auf deren Tochterzellen weitergegeben wird. Vor allem infiziert HIV jene Zellen, deren Aufgabe es eigentlich ist, Krankheitserreger abzufangen und unschädlich zu machen. Als bald nach der Infektion werden Antikörper gebildet. Die AIDS-Testmethoden basieren auf dem Nachweis dieser Antikörper im Blut, die im Zuge einer Immunreaktion gegen Komponenten des HIV-Virus gebildet werden. Allerdings können zwei oder mehrere Monate vergehen, bis nach einer Infektion solche Antikörper entstehen. Während

dieser Latenzzeit sind infizierte Personen bzw. von ihnen gewonnene Blutkonserven im Antikörpertest nicht als HIV-positiv zu erkennen. Einen verbesserten AIDS-Test, der den Nachweis von HIV unmittelbar nach der Infektion ermöglicht, stellten die Mikrobiologen Loche und Mach von der Universität Genf vor. Mit dem neuen Verfahren soll das virale Erbmaterial (Genom) in befallenen Blutzellen jetzt direkt identifiziert werden können.

Die ersten Krankheitssymptome im Rahmen der HIV-Infektion können diskret sein. Oft kommt es zum Auftreten einer generalisierten Schwellung der Lymphknoten. Schwerere klinische Symptome treten erst später, oft Jahre nach der Infizierung im Stadium des ARC (AIDS-related complex) auf. Die Patienten zeigen dann meist einen erheblichen Gewichtsverlust, andauerndes Fieber und lang anhaltende Durchfälle. Häufig bestehen allgemeine Schwäche und Müdigkeit. Das Vollbild AIDS wird meist erst einige Jahre später erreicht. Das klinische Syndrom AIDS ist das schwerste Krankheitsbild, das im Gefolge einer HIV-Infektion auftritt. Es ist gekennzeichnet durch opportunistische Infektionen, d. h. Infektionen mit Mikroben, die auch beim immunologisch Gesunden — allerdings in geringer Zahl — nachweisbar sind. Diese Erreger können sich aber im Organismus, dessen Immunfunktion infolge einer HIV-Infektion gestört ist, viel stärker vermehren und dadurch Krankheitssymptome auslösen. Daneben können sich zusätzlich oder auch als einziges Krankheitssymptom maligne (böartige) Tumore entwickeln. Die AIDS-Erkrankung verläuft meist innerhalb weniger Jahre tödlich. HIV stören nicht nur die körpereigene Abwehr, sondern sind in der Lage, das Gehirn, das Rückenmark und das Zentralnervensystem zu schädigen. Bei vielen HIV-Infizierten treten Symptome einer Enzephalopathie (organische Erkrankungen des Gehirns) auf,

¹⁾ G. Pfeiffer, in: B. Schönemann/G. Pfeiffer, Die Rechtsfolgen von AIDS, Baden-Baden 1988, S. 8; M. Steinbach, in: ebda., S. 63.

²⁾ Bundestags (BT)-Drucksache 11/2495.

³⁾ L'Age-Stehr, Spektrum der Wissenschaft, 1987, S. 38 f.; P. Gauweiler in: B. Schönemann/G. Pfeiffer, Die Rechtsprobleme von AIDS, Baden-Baden 1988, S. 40 f.

⁴⁾ Bundestags (BT)-Drucksache 11/2495, S. 61; R. Laufs/A. Laufs, in: Neue Juristische Wochenschrift (NJW), 1987, S. 2257.

die mit hirnrorganisch bedingten Psychosen und unterschiedlichen neurologischen Symptomen einhergehen können⁵⁾).

Übertragungswege für HIV sind nach heutigen Erkenntnisse: die Übertragung durch Blut, Sperma- und Vaginalflüssigkeit, die gemeinsame Benutzung kontaminierter (durch schädigende Stoffe verunreinigte) Spritzbestecke bei intravenösem Drogengebrauch und die Übertragung von der infizierten Mutter auf ihr Kind. Oder mit anderen Worten: AIDS-Viren werden durch Sexualkontakt, durch Blut und perinatal von der infizierten Mutter auf das Kind übertragen. Epidemiologisch (durch die Wissenschaft von der Entstehung und Verbreitung übertragbarer Krankheiten) gesicherte Fälle von Virusübertragung durch Insekten, durch Speichel, Schweiß oder Darminhalt sind nicht bekannt⁶⁾. Homosexuelle Sexualpraktiken begünstigen offensichtlich die Infektionsübertragung, die aber auch durch heterosexuellen Geschlechtsverkehr möglich ist⁷⁾. Bei richtigem Gebrauch bieten Kondome eine hohe Sicherheit. Bisher ist nicht nachgewiesen worden, daß sich jemand trotz sachgemäßer Anwendung eines intakten Kondoms mit HIV infiziert hat⁸⁾.

Die HIV-Übertragung durch Transfusionen von Blut und Blutprodukten ist belegt. Als Gegenmaßnahmen werden in der Bundesrepublik Deutschland seit 1985 alle Blutspenden getestet, HIV-positives Blut wird nicht verwendet. Ein minimales Risiko resultiert aus den sehr wenigen falschen negativen Testergebnissen und aus Blut von Spendern, die bereits HIV-infiziert sind, ohne daß sich die Infektion — nach dem bisherigen AIDS-Test — nachweisen läßt. Hoch ist das Infektionsrisiko für Besucher von Entwicklungsländern mit nur unzureichender medizinischer Infrastruktur, wenn sie dort eine Bluttransfusion erhalten⁹⁾.

Die Zahl der Infizierten kann nur grob geschätzt werden. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) rechnet weltweit mit fünf bis zehn Millionen Virusträgern. Ihr sind bis zum 2. September 1987 aus 123 Ländern 58 880 Erkrankungsfälle bekannt geworden (im September 1988: 111 854). Für die Bundesrepublik werden 100 000 Virusträger angenommen. Bis zum 30. September 1987 wurden vom Bundesgesundheitsamt 1 400 Erkrankte registriert (im September 1988: 2 210). Man rechnet mit einer Dunkelziffer von 100 Prozent¹⁰⁾.

II. Zur verfassungsrechtlichen Situation

Auch in der Bundesrepublik hat sich die Immunschwäche AIDS — wie die Zahlen zeigen — zu einer Krankheit entwickelt, die das Leben vieler Menschen bedroht. Nach Art. 2 Abs. 2 S. 1 des Grundgesetzes (GG) hat jeder das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit. Diese Vorschrift wird nicht nur als rein negatives, sich in der Abwehr staatlicher Eingriffe erschöpfendes Grundrecht verstanden. Vielmehr wird ihr eine Verpflichtung des Staates zum Schutze der hier genannten Rechtsgüter entnommen¹¹⁾. Es wird heute nicht mehr in Zweifel gezogen, daß der Staat kraft der grundrechtlichen Gewährleistung von Leib und Leben der Bürger in Art. 2 Abs. 2 S. 1 GG von Verfassungen wegen verpflichtet ist, der Gesundheit seiner Bürger den erforderlichen Schutz angedeihen zu lassen¹²⁾. Welche Maßnahmen zu treffen sind, ob-

liegt den staatlichen Organen und vor allem dem Gesetzgeber. Prüfungskriterien sind insbesondere Geeignetheit, Erforderlichkeit und Verhältnismäßigkeit der Schutzmaßnahmen. Im Rahmen der Verhältnismäßigkeit wird eine Abwägung gegen die häufig aufeinander prallenden anderweitigen grundrechtlich geschützten Interessen stattzufinden haben. Bei der Bekämpfung der HIV-Infektion geht es vor allem um die Grundrechtskollision zwischen dem Persönlichkeitsschutz des Infizierten und dem Schutz von Leben und Gesundheit des Infektionsgefährdeten. Aber auch das Recht auf Leben und Gesundheit des HIV-Infizierten ist bei der Wertung zu berücksichtigen. Wird z. B. bei einer Person durch staatliche Maßnahmen die HIV-Infektion publik, so kann dieser Umstand zu schweren gesundheitlichen Schäden und sogar zum Selbstmord führen¹³⁾. Bei jeder Abwägung sollte auch beachtet werden, daß der HIV-Infizierte oder Aidskranke der Fürsorge des Staates und der Gesellschaft bedarf. Er soll grundsätzlich nicht diskriminiert oder ausgegrenzt werden. Das „Wie“ der

⁵⁾ G. Maass, in: B. Schünemann/G. Pfeiffer (Anm. 3), S. 16 f.; BT-Drucksache 11/2495, S. 75 ff.

⁶⁾ BT-Drucksache 11/2495, S. 108.

⁷⁾ G. Maass (Anm. 5), S. 25.

⁸⁾ BT-Drucksache 11/2495, S. 110; M. Bruns, in: NJW, 1987, S. 693.

⁹⁾ BT-Drucksache 11/2495, S. 111 f.

¹⁰⁾ Vgl. P. Gauweiler (Anm. 3), S. 42.

¹¹⁾ BVerfGE 46, 160, 164; 53, 30, 58; 56, 54, 73; W. R. Schenke, in: B. Schünemann/G. Pfeiffer (Anm. 3), S. 108.

¹²⁾ B. Schünemann, in: B. Schünemann/G. Pfeiffer (Anm. 3), S. 379, mit Hinweisen auf die Entscheidungen des BVerfGs.

¹³⁾ W. R. Schenke (Anm. 11), S. 109; B. Schünemann (Anm. 3), S. 379 f.

Erfüllung der grundsätzlichen Verpflichtung des Staates zu Schutzmaßnahmen ist vor allem dem Gesetzgeber überlassen. In Anbetracht der bereits ergriffenen Informations- und Aufklärungsmaßnahmen hat das Bundesverfassungsgericht (BVerfG) am 28. Juli 1987¹⁴⁾ entschieden, es sei nicht erkennbar, „daß der Gesetzgeber oder Bundesregierung etwaige aus den Grundrechten zu entnehmende Schutzgebote verletzt hätten, wenn sie nach dem derzeitigen – auch internationalen – Stand der Diskussion vorrangig die Aufklärung der Bevölkerung über die Möglichkeit betreiben wollen, die Ansteckung mit AIDS zu vermeiden“.

Mit den verfassungsrechtlichen und polizeirechtlichen Problemen von Aids hat sich unter anderem Schenke¹⁵⁾ beschäftigt. Ihm ist beizupflichten, wenn er ausführt: Bei AIDS handelt es sich um eine übertragbare Krankheit im Sinne des Bundesseuchengesetzes (BSeuchG). Daher finden die Vorschriften der §§ 31 ff. BSeuchG Anwendung, die den Rückgriff auf die Polizeigesetze der Länder ausschließen. Allgemeine polizeirechtliche Grundsätze sind jedoch auch im Rahmen der §§ 31 ff. BSeuchG zu beachten. Bei der Entscheidung, ob eine Person als ansteckungsverdächtig im Sinne der §§ 31 ff., 2 BSeuchG anzusehen ist, müssen die verfassungsrechtlichen Wertgehalte berücksichtigt werden. Die Gefährdung von Leib und Leben bei einer HIV-Infizierung spricht hier dafür, keine zu hohen Anforderungen an einen entsprechenden Verdacht zu stellen. Zu berücksichtigen ist aber auch, daß auf seiten eines möglichen HIV-Infizierten ebenfalls grundrechtlich geschützte Rechtspositionen durch Ermittlungsmaßnahmen tangiert werden. Von einem Ansteckungsverdacht kann bei intravenös Drogensüchtigen sowie bei männlichen und weiblichen Prostituierten ausgegangen werden.

§ 31 Abs. 1 BSeuchG bildet die Basis für Ermittlungsmaßnahmen gegenüber HIV-Infektionsverdächtigen. § 32 Abs. 2 S. 1 BSeuchG ist die Grundlage für entsprechende Untersuchungen. Schutzmaßnahmen sind in den §§ 34 ff. BSeuchG vorgesehen. Dabei enthält § 34 Abs. 1 S. 1 BSeuchG insoweit eine seuchenrechtliche Generalklausel. Die folgenden Vorschriften bestimmen eine Reihe von Spezialbefugnissen. Als Schutzmaßnahmen gemäß der Generalklausel kommen unter anderem ein Gebot, nur „safer sex“ anzuwenden, in Betracht, ferner Aufklärungspflichten gegenüber dem Sexualpartner. Gegenüber Dritten wird eine Aufklärungspflicht nur in Ausnahmefällen in Frage kommen. Ein Verbot des Geschlechtsverkehrs, wie es ausdrücklich in § 6 Geschlechtskrankheitengesetz vorgesehen ist, läßt sich wegen des verfassungsrechtli-

chen Grundsatzes des Übermaßverbots nicht auf § 34 Abs. 1 S. 1 BSeuchG stützen. Hiermit kann ein Schulverbot für HIV-infizierte Schüler sowie eine Aufklärung von Mitschülern und deren Eltern über das Vorliegen einer HIV-Infektion ebenfalls nicht gerechtfertigt werden.

Eine Absonderung gemäß § 37 Abs. 1 S. 2 BSeuchG kommt nur dort, wo Personen sich weigern, gesundheitsbehördlichen Anordnungen zu folgen, als ultima ratio in Betracht. Sie wird im übrigen nach Art. 104 Abs. 2 S. 1 GG einer richterlichen Anordnung bedürfen. Berufsverbote nach § 38 BSeuchG werden grundsätzlich nur gegenüber uneinsichtigen HIV-infizierten Prostituierten erwo-gen werden können.

Es gibt noch eine Reihe von Fragen, die endgültig zu klären sind. Aber es wird verfassungsrechtlich nicht zu beanstanden sein, wenn HIV-Infizierte nicht als Beamte auf Lebenszeit eingestellt werden. Es ist auch zulässig, wenn für die Erteilung einer Aufenthaltsgenehmigung an Ausländer ein HIV-Test verlangt wird. Eine körperliche Kennzeichnung HIV-Infizierter verletzt die menschliche Würde (Art. 1 Abs. 1 GG)¹⁶⁾ und ist nicht zulässig.

Die bisherige Strategie zur Eindämmung von AIDS zielt vornehmlich auf Information und Aufklärung. Immer wieder wird auf den AIDS-Test hingewiesen, der grundsätzlich Gewißheit über einen negativen oder positiven Befund erbringt. Hierzu ist eine Blutentnahme erforderlich. Diese bedarf als Eingriff in die körperliche Integrität (Art. 2 Abs. 2 S. 1 GG) der Einwilligung. Das Einverständnis des zu Untersuchenden zu einer Venenpunktion ermächtigt den Arzt aber nicht zu jeder beliebigen Blutdiagnose. Das grundsätzlich gewährleistete allgemeine Persönlichkeitsrecht enthält die Freiheit des Patienten, darüber zu bestimmen, welche Untersuchungen der Arzt mit dem entnommenen Blut durchführen darf¹⁷⁾. Das durch grundrechtliche Wertung geprägte Selbstbestimmungsrecht auf die personale Würde des Patienten und dessen Recht auf informationelle Selbstbestimmung verbieten es dem Arzt, eigenmächtige Befunde zu erheben¹⁸⁾.

Erbittet der Patient eine umfassende gesundheitliche Untersuchung zum Zwecke der Vorsorge, so wird er den Arzt damit regelmäßig schlüssig auch dazu berechtigen und verpflichten, den AIDS-Test vorzunehmen. Dasselbe gilt, wenn sich der Patient mit dem Wunsch nach Therapie von solchen Krankheitssymptomen zum Arzt begibt, die auch eine

¹⁶⁾ Ebda., S. 519.

¹⁷⁾ R. Laufs/A. Laufs (Anm. 4), S. 2263.

¹⁸⁾ BGHZ 85, 327, in: NJW, 1983, S. 328; BVerfGE 65, 1, in: NJW, 1984, S. 419.

¹⁴⁾ NJW, 1987, S. 2287.

¹⁵⁾ W. R. Schenke (Anm. 11), S. 103 ff. und 517 ff.

Untersuchung auf AIDS gebieten¹⁹). Es wird allerdings auch die Meinung vertreten, daß wegen der Besonderheiten des AIDS-Tests stets eine ausdrückliche vorherige Einwilligung erforderlich ist²⁰). Wenn der Arzt Vorbehalte gegen den Test erkennt oder erwarten muß, trifft ihn die Fragepflicht. Im Zweifel empfiehlt sich für den Arzt, ein klärendes Gespräch mit dem Patienten zu führen. Unzulässig ist die Ausforschungsdiagnostik. Sie liegt vor, wenn jeglicher Hinweis auf eine HIV-Infektion fehlt.

Die auf AIDS getestete Person hat Anspruch auf Auskunft durch den Arzt. Dieser wird einen individuell geeigneten Zugang zum Untersuchten finden müssen; denn der positive Befund löst regelmäßig einen Schock aus. Der Arzt wird den AIDS-Patienten auf seine Verantwortung hinweisen. Dabei spielen auch die Gefahren eine Rolle, die von einem unaufgeklärten Infizierten auf Dritte ausgehen können.

III. Zur zivilrechtlichen Situation

Zivilrechtliche Schadenersatzansprüche wegen HIV-Infizierung sind bisher nicht geltend gemacht worden. Dies ist erstaunlich; denn das erworbene Immundefektsyndrom AIDS mit dem Endstadium einer jahrelangen Krankheit mit regelmäßig tödlichem Verlauf bringt nicht nur Leid, sondern auch hohe Schäden. Üblicherweise wird zwischen der vertraglichen Haftung und gesetzlicher Haftung wegen unerlaubter Handlung unterschieden. Da der Geschädigte ein Schmerzensgeld zum Ausgleich immaterieller Schäden nur verlangen kann, wenn eine unerlaubte Handlung vorliegt, wird hier die sogenannte deliktische Haftung im Vordergrund stehen. Grundlage dieser Haftung ist § 823 Abs. 1 BGB, der wie folgt lautet: „Wer vorsätzlich oder fahrlässig das Leben, den Körper, die Gesundheit . . . eines anderen widerrechtlich verletzt, ist dem anderen zum Ersatz des daraus entstehenden Schadens verpflichtet.“ Der deliktisch Verletzte kann also Schadenersatz für seinen gesamten Vermögensschaden, soweit er sich aus einer Körper-

Der Arzt unterliegt der Schweigepflicht (§ 203 Abs. 1 Nr. 1 Strafgesetzbuch [StGB], § 2 Berufsordnung [BerufsO])²¹). Der Patient kann den Arzt von der Schweigepflicht entbinden, damit dieser z. B. Angehörige informiert. In den engen Grenzen des rechtfertigenden Notstandes nach § 34 StGB kann der Arzt unter besonderen Umständen berechtigt sein, besonders gefährdete Personen zu warnen, mit denen der Infizierte entsprechenden Umgang hat²²). Er darf gegebenenfalls auch die angesteckte uneinsichtige Prostituierte der Behörde melden. Eine Rechtspflicht trifft den Arzt allerdings nicht²³), d. h. eine allgemeine Pflicht des Arztes, über die AIDS-Infektion zu berichten, besteht nach dem geltenden Recht nicht. Das Gesetz zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten und auch das Bundesseuchengesetz führen AIDS oder eine HIV-Infektion nicht als meldepflichtig auf. Für Amtsärzte u. a. kann es dienstrechtlich eine Offenbarungspflicht geben²⁴).

oder Gesundheitsverletzung ergibt, sowie Schmerzensgeld verlangen. Der Anspruch ist der Höhe nach nicht begrenzt²⁵).

Die HIV-Infizierung bedeutet eine Verletzung der Gesundheit; ein verletztes Rechtsgut als Voraussetzung eines Schadenersatzanspruches liegt damit vor. Die Infektion als Gesundheitsbeschädigung muß rechtswidrig sein. Als Rechtfertigungsgrund kommt beim Geschlechtsverkehr nur die Einwilligung des Infizierten in Betracht. Diese wird allenfalls dann vorliegen, wenn er weiß, daß der Sexualpartner Virusträger ist und er ferner in Sexualpraktiken ohne Schutzmittel einwilligt. Weitere Voraussetzung für einen Schadenersatzanspruch ist so dann, daß der Virusträger die Infektion vorsätzlich oder fahrlässig herbeigeführt hat. Da § 823 Abs. 1 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) Fahrlässigkeit genügen läßt, können die Probleme um den Vorsatz vernachlässigt werden. Nach dem BGB handelt fahrlässig, wer die objektiv erforderliche Sorgfalt außer acht läßt. Einem Virusträger, dem seine Infektion bekannt ist, wird eine fahrlässige Gesundheitsbeschädigung vorgeworfen werden können, wenn es infolge eines ungeschützten Geschlechtsverkehrs zu einer Infektion des Partners bzw. der Partnerin kommt. Fahrlässigkeit kann bereits gegeben sein, wenn der Virusträger zwar seine Infektion nicht positiv kennt, aber doch objektive Anhalts-

¹⁹) R. Laufs/A. Laufs (Anm. 4), S. 2263; A. Laufs, in: NJW, 1988, S. 1503; W. Eberbach, in: NJW, 1987, S. 1470.

²⁰) M. Perels/J. Teyssen, in: Münchner Medizinischen Wochenschrift, 1987, S. 376 ff.; M. Bruns, in: Labor-Medizin, 1987, S. 9f.

²¹) R. Laufs/A. Laufs (Anm. 4), S. 2263.

²²) Vgl. BGH, in: NJW, 1968, S. 2288; W. Loschelder, in: NJW, 1987, S. 1468.

²³) R. Laufs/A. Laufs (Anm. 4), S. 2265.

²⁴) H. Narr, Ärztliches Berufsrecht, Köln-Levenich 1987², S. 460.4, Rdnr. 748f.; R. Laufs/A. Laufs (Anm. 4), S. 2265.

²⁵) E. Deutsch, in: B. Schünemann/G. Pfeiffer (Anm. 3), S. 275.

punkte dafür sprechen. Angehörige der bekannten Risikogruppen (Fixer, Prostituierte usw.) werden im allgemeinen eher damit zu rechnen haben, daß sie Virusträger sind.

Zu beachten ist § 254 BGB. Liegt ein Mitverschulden des Geschädigten vor, so kann sich im Einzelfall der Schadensersatzanspruch entsprechend dieser Vorschrift ermäßigen bzw. ganz entfallen. Weiter ist die ungünstige Beweissituation für den Geschädigten zu berücksichtigen. Wer einen Anspruch einklagt, muß grundsätzlich die anspruchsbegründeten Voraussetzungen beweisen. Das Opfer einer Infektion muß demnach nachweisen, daß es von dem in Anspruch genommenen Beklagten angesteckt worden ist und nicht von einem Dritten.

IV. Zur familienrechtlichen Situation

Die Ehe bezweckt eine Lebensgemeinschaft und in der Regel auch eine sexuelle Dauerbeziehung. Fest steht nach wissenschaftlichen Erkenntnissen, daß die HIV-Infektion vor allem durch Geschlechtsverkehr übertragen wird. Daher werden Ehe und Familie durch die Problematik um AIDS am unmittelbarsten betroffen. Ausführlich hat sich I. K. Tiedemann mit den familienrechtlichen Aspekten dieser heimtückischen Krankheit befaßt²⁷⁾. Diesen und seinen weiteren Ausführungen²⁸⁾ ist im wesentlichen zuzustimmen.

Die HIV-Infizierung eines Verlobten stellt für den anderen einen wichtigen Grund dar, die Verlobung zu lösen. Eine Schadensersatzpflicht kann sich aus § 1299 BGB ergeben. Die Ehe, die mit einem zum Zeitpunkt der Eheschließung mit HIV Infizierten geschlossen wurde, ist nach § 32 EheG aufhebbar. Ein Ehepartner, der sich ehgemäß verhält, kann von dem Immundefektsyndrom AIDS bedroht sein, wenn der andere sich nicht an das eheliche Treuegebot hält oder zumindest gegen eine HIV-Infektion nicht entsprechende Vorsorge trifft. Auch in einem Beruf, der eine erhöhte Infektionsgefahr mit sich bringt, muß der Ehepartner die entsprechenden Hygienevorschriften sorgfältig einhalten. Während der Ehe sind die Eheleute nach § 1353 BGB vor allem verpflichtet, bei Kenntnis von einer eigenen HIV-Infektion den Ehepartner unverzüglich zu informieren und bei allen Betätigungen, die eine Gefahr der Infektion im Sexualleben oder bei der beruflichen Betätigung mit sich

Wegen der bekannten langen Inkubationszeit liegen die Schwierigkeiten auf der Hand.

Eine Haftung kommt auch nach dem Arzneimittelgesetz in Betracht. Es ist oben dargelegt, daß die HIV-Übertragung durch Transfusion von Blut und Blutprodukten belegt ist. Nach deutschem Arzneimittelrecht ist eine verschuldensunabhängige Gefährdungshaftung des pharmazeutischen Unternehmens für solche Schäden denkbar, die durch aus Humanblut hergestellte Virus-kontaminierte Arzneimittel verursacht werden. Eine Haftung kann selbst dann gegeben sein, wenn die Gefahr einer Infektion weder erkennbar noch vermeidbar war²⁶⁾. Wegen der inzwischen ergriffenen Maßnahmen ist dieser Infektionsweg weitgehend ausgeschlossen worden.

bringen, die üblichen vorbeugenden Schutzmaßnahmen anzuwenden. Auch während einer bestehenden Ehe sind für den Fall der Infizierung eines Ehegatten durch den anderen Schadensersatzansprüche (§ 823 Abs. 1 BGB) gegeben²⁹⁾.

Die HIV-Infektion eines Ehepartners berührt auch das Kindeswohl. Die drei Übertragungswege für HIV sind oben dargelegt. Bei entsprechender Sorgfalt besteht keine Ansteckungsgefahr für das Kind innerhalb der Familie. Daher ist ein Eingreifen des Vormundschaftsgerichts nach § 1666 BGB (Trennung des Kindes von der elterlichen Familie) unzulässig.

Die elterliche Sorge (§§ 1626 ff. BGB) verpflichtet die Eltern, die Kinder allgemein über Art und Umstände einer HIV-Infizierung und die daraus folgenden gesundheitlichen Gefahren aufzuklären und ihnen Möglichkeiten der Vermeidung eines Ansteckungsrisikos nahezubringen. Ist ein Kind bereits Virusträger, muß es seinem Alter angemessen darüber informiert werden, welche gesundheitlichen Gefahren Dritten drohen können. Der Jugendliche muß gegebenenfalls auf die Strafbarkeit ungeschützten Geschlechtsverkehrs hingewiesen und dazu angehalten werden, vor intimen Beziehungen den Partner über seine HIV-Infizierung aufzuklären. Es gibt aber keine generelle Pflicht der Eltern, Schulen oder sonstige Institutionen sowie Dritte über eine HIV-Trägerschaft ihres Kindes zu informieren. Eine solche Verpflichtung besteht nur, soweit Dritte durch Kontakte mit dem Kind ohne Kenntnis seiner HIV-Infizierung konkret gefährdet wären (z. B. Zahnarzt)³⁰⁾. Eltern schulpflichtiger

²⁶⁾ M. Strucksberg, in: B. Schünemann/G. Pfeiffer (Anm. 1), S. 293 ff., S. 527.

²⁷⁾ I. K. Tiedemann, in: NJW, 1988, S. 729 ff.

²⁸⁾ Ders., in: B. Schünemann/G. Pfeiffer (Anm. 1), S. 333 ff.

²⁹⁾ Ebda., S. 344.

³⁰⁾ Ebda., S. 363.

Kinder sind auch nicht berechtigt zu fordern, daß an AIDS erkrankte Mitschüler oder Lehrer vom Unterricht ferngehalten werden.

Auch bei Beendigung der Ehe kann eine HIV-Infektion eine Rolle spielen. Die Mindesttrennungsdauer nach § 1565 Abs. 2 BGB kann entfallen, wenn der Ehepartner sich die HIV-Infektion z. B. aufgrund eines ehewidrigen Verhaltens zugezogen hat. Der Unterhaltsanspruch kann versagt, herabgesetzt oder

zeitlich begrenzt werden, wenn der unterhaltsbedürftige Ehegatte den unterhaltspflichtigen Ehegatten (bedingt) vorsätzlich infiziert hat (§ 1579 Nr. 2 BGB) oder sich infiziert hat, weil er bei außerehelichem Geschlechtsverkehr trotz naheliegender Infektionsgefahr Schutzmaßnahmen unterlassen hat. Allein wegen einer HIV-Infektion kann der Elternteil grundsätzlich nicht von der Personensorge ausgeschlossen werden³¹⁾, weil ein normaler sozialer Kontakt nicht zu einer Ansteckung führt.

V. Zur arbeitsrechtlichen Situation

Die Vertragsfreiheit ist als Teil des Rechts auf freie Entfaltung der Persönlichkeit (Art. 2 Abs. 1 GG) verfassungsrechtlich gewährleistet³²⁾, unterliegt aber den Schranken verfassungsmäßiger Ordnung³³⁾. Dieser Grundsatz der Vertragsfreiheit erlaubt es dem Arbeitgeber an sich, die Einstellung eines Bewerbers davon abhängig zu machen, daß dieser sich einer Untersuchung und z. B. auch einem AIDS-Test unterzieht³⁴⁾. Hiergegen bestehen sicher keine Bedenken, wo es um Bewerber geht, die für eine mit Infektionsgefahren verbundene Tätigkeit vorgesehen sind³⁵⁾. Geht es aber um normale Arbeitstätigkeiten, ist das Verlangen, sich einer Untersuchung auf Vorliegen einer HIV-Infektion zu unterziehen, nicht gerechtfertigt. Da es nach herrschender Meinung keinen Einstellungsanspruch gibt³⁶⁾, wird der Bewerber aber keinen Erfolg haben, wenn er bei Verweigerung der Untersuchung und Vornahme des AIDS-Tests seine Einstellung durchsetzen will³⁷⁾.

In der Entscheidung des Arbeitgebers – vor allem großer Unternehmen –, von Bewerbern allgemein einen AIDS-Test zu verlangen, liegt die Aufstellung einer Auswahlrichtlinie über die persönlichen Voraussetzungen für die Einstellung. Diese bedarf nach § 95 Abs. 1 u. 2 Betriebsverfassungsgesetz (BetrVG) der Zustimmung des Betriebsrats³⁸⁾.

Die Frage nach einer HIV-Infektion braucht nach der herrschenden Meinung bei Einstellungen für normale Arbeitstätigkeit nicht wahrheitsgemäß beantwortet zu werden. Eine Anfechtung des Arbeitsvertrages wegen arglistiger Täuschung nach § 123

BGB soll deswegen nicht in Betracht kommen³⁹⁾. Anders ist der Sachverhalt in bezug auf eine Arbeitstätigkeit im Bereich des Gesundheitsdienstes und vergleichbarer Bereiche. Bei derartigen Tätigkeiten kann eine Ansteckungsgefahr gegenüber den zukünftigen Kollegen und Dritten (Patienten) bestehen. Angesichts des mit einer HIV-Infektion verbundenen tödlichen Risikos muß ein berechtigtes Interesse des Arbeitgebers an der zutreffenden Beantwortung der Frage nach der AIDS-Infektion anerkannt werden. Der Arbeitgeber muß in einem solchen Falle entscheiden können, ob er die in der Unfallverhütungsvorschrift „Gesundheitsdienst“ vorgesehenen Schutzmaßnahmen als geeignet ansieht, um der Gefahr einer Ansteckung zu begegnen, oder ob er jegliches Risiko dadurch vermeidet, daß er auf die Einstellung überhaupt verzichtet. Die Einstellung kann auch von einem AIDS-Test abhängig gemacht werden⁴⁰⁾.

Die Frage, ob der Bewerber akut an einer AIDS-Erkrankung leidet, ist bei jeder Art von Tätigkeit zulässig. Denn die Folgen von AIDS sind in ihrem Verlauf so schwerwiegend, daß die Arbeitsfähigkeit von vornherein oder alsbald eingeschränkt oder aufgehoben ist. Es bedarf der Zustimmung des Betriebsrats nach § 94 Abs. 1 S. 1 BetrVG, wenn im Personalfragebogen formularmäßig die Fragen nach dem Vorliegen einer HIV-Infektion oder AIDS gestellt werden⁴¹⁾.

Die Kündigung wegen HIV-Infektion bei Arbeitnehmern, deren Tätigkeit die Gefahr der Infizierung anderer, mit denen sie in Berührung kommen, nicht mit sich bringt, ist nicht begründet (vgl. § 626 BGB, § 1 Abs. 2 Kündigungsschutzgesetz [KSchG]). Denn die bloße HIV-Infektion setzt, solange die Krankheit nicht ausgebrochen ist, die Arbeitsfähigkeit grundsätzlich nicht herab; von der

³¹⁾ Ebda., S. 364; OLG Stuttgart, 17 UF 17/88 – 4 F 3/86.

³²⁾ BVerfGE 8, 328.

³³⁾ BVerfGE 12, 347.

³⁴⁾ G. Wiese, in: Recht der Arbeit, 1986, S. 120, S. 123 ff.

³⁵⁾ M. Löwisch, in: B. Schünemann/G. Pfeiffer (Anm. 3), S. 321.

³⁶⁾ G. Wiese (Anm. 34), S. 124.

³⁷⁾ M. Löwisch (Anm. 35), S. 322.

³⁸⁾ G. Wiese (Anm. 34), S. 124; M. Löwisch (Anm. 35), S. 322.

³⁹⁾ M. Löwisch (Anm. 35), S. 319.

⁴⁰⁾ Ebda., S. 320, S. 528.

⁴¹⁾ Ebda., S. 321.

Arbeitstätigkeit geht grundsätzlich auch keine Infektionsgefahr aus⁴²⁾). Dieser Grundsatz sollte strikt beachtet werden, denn die Kündigung wegen bloßer HIV-Infektion würden den Virus-Träger ausgrenzen und in die Isolierung treiben. Ausnahmen sind allerdings nicht auszuschließen. So hat das Arbeitsgericht Düsseldorf – bestätigt durch das

Landesarbeitsgericht Düsseldorf – entschieden, daß die Kündigung eines AIDS-infizierten Floristen nicht sittenwidrig oder treuwidrig sei⁴³⁾. Für die Kündigung eines Arbeitnehmers, der wegen einer AIDS-Erkrankung arbeitsunfähig ist, gelten die Grundsätze, die allgemein für die krankheitsbedingte Kündigung entwickelt worden sind⁴⁴⁾.

VI. Zur versicherungsrechtlichen Situation

Eine weitere Ausbreitung von AIDS, mit der gerechnet wird, muß Auswirkungen auf die Versicherungswirtschaft haben. Bei der Lebensversicherung soll zur Abdeckung des Risikos bei AIDS-Kranken eine – verglichen mit anderen Versicherten – 30fache Prämie nötig sein⁴⁵⁾. Denn nach bisherigen medizinischen Erfahrungen stirbt der am Vollbild AIDS Erkrankte innerhalb eines Zeitraums von zwei bis drei Jahren. In anderen Staaten wird daher vor Abschluß einer Lebensversicherung ab einer bestimmten Summe ein AIDS-Test verlangt.

Auch bei den privaten und gesetzlichen Krankenversicherern kann es in Zukunft erhebliche finanzielle Mehrbelastungen geben. In den USA sollen die privaten Krankenversicherer neue Policen nur nach Durchführung eines AIDS-Tests ausstellen. Die EG-Kommission rechnet in den Staaten der Europäischen Gemeinschaft mit Kosten von durchschnittlich 150 000 bis 300 000 DM pro AIDS-Infizierten. Auch wenn diese Schätzung sehr hoch gegriffen ist, so liegt es auf der Hand, daß die weitere AIDS-Verbreitung für das System der öffentlichen

Sozialversicherungen mit erheblichen Problemen verbunden sein kann⁴⁶⁾.

Für die Haftpflichtversicherung stellen sich ebenfalls wichtige Fragen. Nach § 152 Versicherungsvertragsgesetz haftet der Versicherer nicht, wenn der Versicherungsnehmer (bedingt) vorsätzlich den Eintritt der Tatsache, für die er einem Dritten verantwortlich ist, widerrechtlich herbeigeführt hat. Danach genießt der HIV-Infizierte keinen Versicherungsschutz, wenn er seine Infektion kannte oder für möglich hielt und die Ansteckung eines anderen zumindest billigend in Kauf genommen hat. Die Einstandspflicht des Versicherers bleibt allerdings bei (grober) Fahrlässigkeit unberührt. Ungeklärte Fragen gibt es auch aus der Ausschlußbestimmung des § 4 Abs. 2 Nr. 4 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen. Derartige haftungsrechtliche Probleme stellen sich in der Regel erst dann, wenn es zur HIV-Infektion und irreparablen gesundheitlichen Folgeschäden gekommen ist. Auch hier – wie oben bei der zivilrechtlichen Situation – werden die schwierigen Beweisfragen eine entscheidende Rolle spielen.

VII. Zur strafrechtlichen Situation

Das Schrifttum zu den strafrechtlichen Folgen bei einer HIV-Infektion ist vielfältig⁴⁷⁾. Besonders ausführlich mit dieser Problematik haben sich unter anderem Bottke⁴⁸⁾ und Schünemann befaßt⁴⁹⁾. Die Auffassungen sind noch divergent. Eine Klä-

rung der schwierigen Fragen durch die höchstrichterliche Rechtsprechung steht noch aus.

Auszugehen ist von der Tatsache, daß AIDS eine ansteckende und lebensgefährliche Krankheit ist. Bereits die bloße Infektion verletzt das Rechtsgut Gesundheit und wegen des wahrscheinlich in allen Fällen tödlichen Ausgangs auch das Leben⁵⁰⁾. Dem Vorliegen der Gesundheitsbeschädigung steht nicht entgegen, daß der Infizierte während der Inkubationszeit und der Latenzphase beschwerdefrei ist und nicht feststeht, ob und wann die Krankheit bei

⁴²⁾ ArbG Berlin, in: Neue Zeitschrift für Arbeitsrecht, 1987, S. 637; A. Lepke, in: Der Betrieb, 1987, S. 1299; M. Löwisch (Anm. 35), S. 324.

⁴³⁾ NJW, 1988, S. 1548.

⁴⁴⁾ M. Löwisch (Anm. 35), S. 325.

⁴⁵⁾ G. Pfeiffer (Anm. 1), S. 12.

⁴⁶⁾ Ebda., S. 13.

⁴⁷⁾ E. Dreher/H. Tröndle, StGB, München 1988⁴⁴⁾, § 223 Rdnr. 6 a, mit vielen Hinweisen.

⁴⁸⁾ W. Bottke, in: B. Schünemann/G. Pfeiffer (Anm. 1), S. 171 ff.

⁴⁹⁾ B. Schünemann (Anm. 12), S. 373 ff.

⁵⁰⁾ W. Eberbach, in: Neue Zeitschrift für Strafrecht (NStZ), 1987, S. 142; E. Dreher/H. Tröndle (Anm. 47), § 223 Rdnr. 6 b; R. D. Herzberg, in: AIDS-Forschung, 1987, S. 52 ff.; W. Bottke (Anm. 48), S. 179; M. Bruns, in: NJW, 1987, S. 693; R. Helgerth, in: NStZ, 1988, S. 261.

ihm ausbricht⁵¹). Die Infizierung eines anderen mit HIV ist geeignet, insbesondere die Straftatbestände der vorsätzlichen wie der fahrlässigen Körperverletzung (§§ 223 ff., 230 StGB) zu erfüllen. Dabei stehen bei vorsätzlicher Begehungsweise die Verbrechen der schweren Körperverletzung (§ 224 StGB) und der Körperverletzung mit Todesfolge (§ 226 StGB) im Vordergrund. Denn mit dem Vollbild AIDS ist durch das Siechtum der Unrechtserfolg einer schweren Körperverletzung bewirkt. Auch die Todesfolge ist in diesen Fällen alsbald gegeben; daher kommt – je nach subjektivem Tatbestand – eine Bestrafung nach § 226 StGB in Betracht⁵²). Die Beibringung von Krankheitserregern wird als Vergiftung nach § 229 StGB qualifiziert. Daher kommt auch eine Strafverfolgung nach diesem Straftatbestand in Betracht⁵³).

Bedingt die zurechenbare Weitergabe des Virus den Tod, sind je nach Schuldform die tötungsdeliktierten Vorwürfe der §§ 211 ff. (Mord, Totschlag), § 222 StGB (fahrlässige Tötung) und – wie schon erwähnt – § 226 StGB (Körperverletzung mit Todesfolge) denkbar⁵⁴). Es wird aber auch die Auffassung vertreten, § 229 StGB (Vergiftung) stelle für HIV-Infizierung die *lex specialis* dar. „Wer über seine HIV-Infektion Bescheid weiß und sich mit einem nicht darüber orientierten Partner auf einen Verkehr mit Blut- oder Sekretaustausch einläßt, ist wegen vorsätzlicher Vergiftung gemäß § 229 StGB strafbar, nicht aber wegen versuchter Tötung; ob der Partner selbst leichtsinnig handelt, spielt hierfür keine Rolle. Vorsatz ist dagegen zu verneinen, wenn Safer-Sex-Praktiken angewendet werden oder dem Infizierten noch keine medizinisch sichere Diagnose gestellt worden ist.“⁵⁵) Diese strafrechtliche Würdigung scheint einfach zu sein, denn für die Anwendbarkeit der §§ 211 StGB ist der Tod des Infizierten Voraussetzung. Die Strafverfolgung kann aber bis dahin nicht aufgeschoben werden.

Für die Rechtspraxis wird es vor allem darauf ankommen, ob ein strafbarer Versuch vorliegt. Da Versuchsstrafbarkeit den Tatenschluß des Täters

voraussetzt, muß der HIV-Infizierte, wenn auch laienhaft, alle objektiven Zurechnungsvoraussetzungen in sein Vorstellungsbild von der zukünftigen Tat aufgenommen haben (§ 22 StGB). Infolgedessen muß z. B. ein HIV-Infizierter, der mit einem anderen Geschlechtsverkehr ausübt, wissen oder zumindest irrtümlich annehmen, sein Verhalten setze seinen Partner dem unstatthaften Risiko einer „lebensgefährdenden Behandlung“ (§§ 223 a Abs. 1 und 2, 22, 12 StGB), des „Siechtums“ (§§ 224 Abs. 1 und 2, 22, 12 StGB), langer qualvoller „Gesundheitszerstörung“ (§§ 229, 22, 12 StGB) oder der Tötung (§§ 211 ff., 22, 12 StGB) aus. An diesem erforderlichen Vorsatz fehlt es, wenn der HIV-Infizierte ein tatbestandsrelevantes Risiko verneint, sei es, daß er keinerlei Umstände kennt, die ein Infektionsrisiko begründen, sei es, daß er zwar gefahrstiftende Umstände – etwa die Zugehörigkeit zu einer Risikogruppe – kennt, gleichwohl aber sachliche Momente erkennt oder annimmt, die durch oder bei ihrem Gegebensein dem etwaig vorhandenen Infektionsrisiko seine strafrechtliche tatbestandsspezifische Erheblichkeit rauben⁵⁶).

Bei der strafrechtlichen Ahndung der Infizierung eines Partners mit HIV gibt es noch eine Reihe von Fragen, die vor allem von der höchstrichterlichen Rechtsprechung zu klären sind, so z. B.: Kann man einen einverständlichen Sexualkontakt wirklich als Tötungs- oder Verletzungshandlung qualifizieren? Entfällt nicht zumindest der Zurechnungszusammenhang zwischen Handlung und Erfolg unter dem Gesichtspunkt des Handelns auf eigene Gefahr? Spielt es hierfür eine Rolle, ob der Infizierte über die HIV-Positivität des Infizierenden Bescheid weiß? Handelt der Infizierende überhaupt mit Verletzungsvorsatz, oder hängt das von der Sicherheit der angewandten Praktiken ab? Wie ist die „im Verkehr erforderliche Sorgfalt“ bei Sexualkontakten im AIDS-Zeitalter zu bestimmen?⁵⁷) Diese und auch andere Fragen zeigen auf, daß es Aspekte gibt, die für eine Einschränkung der strafrechtlichen Haftung wegen Herbeiführung einer HIV-Infektion sprechen könnten.

⁵¹) E. Dreher/H. Tröndle (Anm. 47), § 223 Rdnr. 60.

⁵²) W. Eberbach (Anm. 50), S. 142; Arbeitsgericht München, in: NStZ, 1987, S. 407; M. Bruns, in: NJW, 1988, S. 2281.

⁵³) W. Bottke (Anm. 48), S. 179; B. Schünemann (Anm. 12), S. 470 ff.

⁵⁴) W. Bottke, ebda., S. 179.

⁵⁵) B. Schünemann (Anm. 12), S. 535, S. 486 ff.

⁵⁶) W. Bottke (Anm. 48), S. 181.

⁵⁷) B. Schünemann (Anm. 12), S. 471.

Aids: Herausforderung an unser Menschsein

Die erworbene Immunschwächekrankheit Aids hält heute die Welt in Atem. Kaum ein anderes Thema wurde in den letzten Jahren so häufig auf Vorträgen und von den Medien aufgegriffen. Aids hat Tabus aufgebrochen und verlangt heute von uns eine veränderte Einstellung zu Sexualität, Sterben und Tod. Neue Strategien im Umgang mit Infizierten und Kranken werden erforderlich. Die medizinische Forschung sucht inzwischen fieberhaft nach Mitteln, dieser Krankheit Herr zu werden und Impfstoffe für eine Prophylaxe zu finden. Doch bislang zeichnet sich am Horizont noch kein Hoffnungsschimmer ab. Und dies alles in einer Zeit, in der wir uns auf dem Gipfel sexueller Befreiung wähnen. In einem medizinischen Allmächtigkeitswahn glaubten wir, alle auftretenden Seuchen sofort in

Griff zu bekommen. Aids fordert heraus, diese unsere Ohnmacht wahrzunehmen und Fragen des Menschseins und menschlicher Solidarität neu, vielleicht vertiefter als bisher zu beantworten. Was bislang geschehen ist, kann nur als Symptombekämpfung gewertet werden. Aids wird zunehmend zu einem Problem, das alle Menschen zu einer tiefer reichenden Fragestellung herausfordert, die sicherlich auch unbequem werden kann, insofern sie uns selbst zu entscheidenden Verhaltensänderungen aufruft. Die intensive Diskussion über die Ursachen, Ansteckungswege, über medizinische und gesellschaftlich notwendig erscheinende Maßnahmen – wie etwa eine Meldepflicht – kann leicht ethische Fragen verdrängen und zum Ausdruck einer Immunisierungsstrategie werden.

I. Stand der Erkrankungen

Die ersten Reaktionen auf Meldungen von Aids-Erkrankungen und HIV-Infizierungen waren eher abwehrend und beruhigend; schien sich doch diese Krankheit nur auf Mitglieder bestimmter Gruppen zu beschränken. Der verschleierte Begriff „Risikogruppe“ führte zu jener trügerischen Meinung, es handle sich hierbei nur um eine Krankheit drogenabhängiger Frauen und homosexueller Männer. Mit der Einstellung „mich wird's schon nicht treffen“ ließen die meisten das Thema Aids zunächst nicht wirklich an sich herankommen. Das Stigma befallener Randgruppen förderte die Verdrängung, zugleich aber auch die Diskriminierung dieser Menschen. Erst die Meldungen, daß auch Hämophile (Bluter) und Empfänger von Bluttransfusionen und Plasmaderivaten, ja sogar Kinder von infizierten Eltern sowie Partner mit heterosexuellen Beziehungen von der Krankheit nicht verschont wurden, führten dazu, daß die Bevölkerung zunehmend auf diese todbringende Krankheit aufmerksam wurde.

Die inzwischen weltweit bekannt gewordenen Zahlen über die immer noch steigende Tendenz der Erkrankungen haben heute Aids zu einem Thema gemacht, dem sich kein Land mehr entziehen kann. Dreißig europäische Länder haben ihre Daten über die Erkrankungen an Aids und über die inzwischen eingetretenen Todesfälle gemeldet. Nach dem

Stand vom 31. März 1988 gab es in diesen Ländern insgesamt 12 221 Kranke. Über die Dunkelziffer der tatsächlich an Aids Erkrankten und der HIV-Positiven gibt es nur Spekulationen. Für die Bundesrepublik Deutschland und für den Bereich von West-Berlin besteht für Aids bislang keine Meldepflicht. Die vom Bundesgesundheitsamt vorgelegten Statistiken dürften nach ernstzunehmenden Schätzungen höchstens 50 Prozent der tatsächlich Erkrankten enthalten. Darüber hinaus liegen für unser Land die Zahlen der angenommenen HIV-Infizierten derzeit zwischen 55 000 und 143 000 – eine Annahme, die auf verschiedenen Vergleichen mit Dunkelziffern in den USA basiert.

Mit Stand vom 30. September 1988 wurden für die Bundesrepublik Deutschland einschließlich West-Berlin insgesamt 2 488 Aids-Kranke gemeldet; davon sind bereits 1 045 verstorben. Nach dem Infektionsrisiko verteilen sich die Kranken zu 71,5 Prozent auf homo- oder bisexuelle Männer, 11,2 Prozent auf Fixer, 7,7 Prozent auf Hämophile und Empfänger von Bluttransfusionen, 3,1 Prozent auf Partner mit heterosexuellen Kontakten und 1 Prozent auf prä- oder perinatale Infektionen; bei 5,4 Prozent der Erkrankten liegen keine Angaben über die Infektionsquellen vor. Von den insgesamt 2 488 Erkrankungen entfallen allein 1 088 auf die letzten zwölf Monate (30. September 1987 bis 30. September 1988). Dabei bezieht

sich die Erstmanifestation von Aids zum größten Teil auf die Altersstufen 20 bis 59 Jahre (= 94,6 Prozent). Diese Zahlen beruhen auf den freiwilligen Meldungen an das Aids-Zentrum im Bundesgesundheitsamt in Berlin.

Es wird verständlich, daß diese Tatsachen panische Reaktionen, Fluchtimpulse und aggressive Reak-

tionen hervorriefen. Aids hat tiefliegende menschliche Ängste und Triebkonflikte hochsteigen lassen. Es sind Berührungsängste gegenüber den Erkrankten, aber auch das Gefühl der Isolierung bis hin zur Ächtung der von dieser Krankheit Befallenen. Die Gesellschaft ist aufgerufen zu entsprechenden Hilfsmaßnahmen.

II. Aufklärungsmaßnahmen

Seit 1986 wurden nun von seiten des Bundesgesundheitsministeriums und der Deutschen Aids-Hilfe verschiedene Aktionen gestartet, die zunächst der Aufklärung dienen sollten. Die erste Aufklärungskampagne hinterließ mehr den Eindruck einer Kondomwerbung. Man kann sie jedoch nur dann gerecht beurteilen, wenn man um ihre Zielsetzung weiß. Als erstes sollten vorhandene Infektionsketten durchbrochen und Ansteckungsmöglichkeiten vermieden werden. Angesprochen waren zunächst die hauptsächlich Betroffenen und vorrangig Gefährdeten. Auffallend für diese Aufklärungsaktion aber war es, daß man zwar jene Sexualpraktiken unmittelbar benannte, die konkret die Ansteckungsgefahr vergrößerten — so etwa der Analverkehr —, daß man es aber weithin vermied, den eigentlichen Lebensstil zu hinterfragen und damit einen Nachdenkprozeß in Gang zu bringen. Eros und personale Liebe blieben weithin ausgeblendet. Einziges Kriterium war: es sollte weiterhin Spaß machen, aber ungefährlich sein. Bei der Werbung von Kondomen ging man dabei noch mit einem gewissen Optimismus vor, der nicht um die Fehlerquoten weiß, die im Zusammenhang mit der Benutzung von Kondomen möglich sind. Der gängige Slogan war: Kondome schützen vor sexuell übertragbaren Krankheiten, sie haben früher geschützt, sie schützen auch in Zukunft. Überall sollte der Zugang zum Erhalt von Kondomen eröffnet werden — möglichst auch noch kostenlos.

Im folgenden sollen nur einige Beispiele dieser Werbeaktion, die in Anzeigen, auf Postern und Plakaten verbreitet wurde, genannt werden.

„Um die Liebe zu retten, empfiehlt es sich daher, Kondome zu benutzen“. — „Die Übertragungswege sind klar. Deshalb Pariser“. — „Sicher besser: Safer Sex“. — „Wir reden Klartext: auf jeden Fall Safer Sex“. — „Kondome sind für Männer Pflicht, an AIDS zu sterben braucht man nicht. Kondome schützen“. — „An AIDS zu sterben ist entsetzlich — Kondome sind unersetzlich. Vertrauen ist gut, Kondome sind besser“.

„Es besteht allerdings ein — wenn auch heute noch geringes — Risiko, sich zu infizieren, ohne einer dieser Gruppen anzugehören. Dies betrifft Männer und Frauen mit wechselnden Sexualpartnern. Kondome bieten einen guten Schutz . . . Eine Infektion läßt sich verhindern, wenn man vermeidet, daß infiziertes Sperma oder Blut in den Körper des Partners gelangt. Sicherer Sex (Safer Sex) kann das Risiko einer Infektion auf ein Minimum verringern.“ Oder in einem Faltblatt „wenn ein Freund AIDS hat . . .“ (Berlin 1987) heißt es: „Laß nicht zu, daß er sich selbst die Schuld für seine Krankheit gibt. Schwulsein hat ihm nicht AIDS verpaßt. Erinnere ihn daran, daß ein Lebensstil keine Krankheiten verursacht, sondern ein Erreger. Hilf ihm da hindurch. Es mag ihm besonders schwerfallen. Wenn ihr Sex haben wollt, dann sei über die Vorsichtsmaßnahmen informiert, die Sex für beide von euch sicherer machen. Halte sie ein! Laß dir etwas einfallen. Fasse ihn an, streichle ihn, massiere ihn. Sex muß nicht immer genital bezogen sein, um Spaß zu machen.“

In dem Faltblatt „Ich mach's mit . . .“ (Berlin 1987) wird die Kondomwerbung mit folgenden Worten umschrieben: „Mit Kondom ist völlig okay. Da lacht keiner mehr darüber, denn jeder kann sich und andere davor schützen, an Tripper, Syphilis oder AIDS zu erkranken. Und daß es ‚mit‘ keinen Spaß macht, ist vor allem ein Vorurteil . . . Für viele ist der Gummi nicht nur ein lästiges ‚technisches Hilfsmittel‘. Sie wissen, daß man auch eine ganze Menge Lust erleben kann.“

Auffallend ist, daß in diesen und ähnlichen Werbesprüchen Sexualität einfach mit Liebe gleichgesetzt wird. Es war verständlich, daß angesichts einer solchen Aufklärungskampagne Kritik laut wurde: auf diese Weise verstärkte man nur die Verdrängung ethischer Fragen, fördere eine Lethargie und bewahre die Gefährdeten vor der Anstrengung, das eigene Verhalten in Frage zu stellen. Eine Verhaltensänderung werde — so meinte man — nur im Sinne der Anwendung von Kondomen in Erwägung gezogen. Eine solche Aufklärung sei Spiegelbild der Erwartungshaltung einer Gesellschaft, die ihren

Besitzstand wahren möchte und vom Staat jede Form von Hilfe erwartet, selbst aber möglichst wenig zur Vermeidung einer Ansteckung und zur Veränderung des eigenen Verhaltens beitragen möchte.

Wäre diese Aufklärungskampagne die einzige geblieben, so wäre die laut gewordene Kritik berechtigt. Gerade die negative Reaktion von seiten der katholischen Kirche setzte auch bei dieser ersten Aufklärungsaktion an. So reagierten die katholischen deutschen Bischöfe auf die Anzeigenkampagne mit dem Hinweis, daß Sexualität doch mit menschlicher Würde zusammenhänge. Der Mensch dürfe eben nicht alles tun, wonach der Trieb ihn dränge: „Wir können jedoch die von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit gestartete AIDS-Anzeigenaktion nicht unwidersprochen hinnehmen. Dort wird zur Verhütung der AIDS-Ansteckung vorgeschlagen, beim Intimverkehr mit unbekanntem und wechselnden Partnern Kondome zu benutzen. Auf diese Weise läßt sich die AIDS-Gefahr nicht bannen. Wir weisen auf den Zusammenhang von Sexualität und menschlicher Würde hin. Im sexuellen Bereich darf der Mensch nicht alles tun, wonach der Trieb ihn drängt. Zur menschlichen Sexualität gehören Zucht und Maß, damit nicht der Trieb den Menschen, sondern der Mensch den Trieb beherrscht. Die AIDS-Gefahr wird eher durch ein geschlechtliches Verhalten vermieden, das sich an verbindlichen sittlichen Maßstäben orientiert und die Menschenwürde respektiert. Der Geschlechtsverkehr mit unbekanntem oder wechselnden Partnern ist menschenunwürdig. Ehehliche Treue und auch sexuelle Enthaltsamkeit sind die geeigneten und menschenwürdigen Wege, um die Ausbreitung dieser Krankheit zu vermeiden.“

Auch Bischof Lehmann von Mainz betonte in einem Interview: „Es scheint uns nicht zwingend und nicht angemessen zu sein, in sehr verbreiteten Anzeigen nur Kondome als ‚Schutz‘ zu empfehlen. Sollte man nicht zuerst und vor allem die eigenen Lebensgewohnheiten überdenken? Dies wäre ganz bestimmt der einfachste, naheliegendste und wirkungsvollste Weg. Ihn darf man nicht verschweigen. Wo sonst nichts mehr hilft, mag die staatliche Gesundheitspolitik auch an Kondome denken (darin steckt keine sittliche Rechtfertigung).“ Nicht das Schicksal der Kranken und Infizierten, sondern das Sexualverhalten und der Streit um die Kondome stand in dieser kirchlichen Verlautbarung im Vordergrund.

Nun zeigte sich aber sehr bald, daß diese erste Aufklärungskampagne durch eine zweite abgelöst bzw. weitergeführt wurde. Sie bedeutete einen wesentli-

chen Schritt in Richtung einer Vertiefung der ethischen Fragestellung und der Verantwortung. So hieß es auf Plakattexten zu Beginn der Urlaubssaison 1987: „Ungeschützter Sexualkontakt mit Urlaubsbekanntschäften ist gefährlich. Zufallsbekanntschäften könnten zufällig AIDS haben. Ganz sicher ist nur der Verzicht auf solche Kontakte. Vermindern kann man die Ansteckungsgefahr durch die Benutzung von Kondomen.“ – Und weiter: „Deshalb gilt im Urlaub wie überall: Partnerschaftliche Treue ist der beste Schutz vor AIDS.“

Zunehmend wurde in der neuen Aufklärungswelle auch die Solidarität mit den Aids-Kranken und die Verantwortung gegenüber Menschen, die man gern hat, angesprochen: „AIDS macht nicht halt vor Menschen, die einem nahe stehen. Es darf nicht dazu kommen, daß Sie die infizieren, die Sie am meisten lieben. Fragen Sie sich, ob Sie ein Risiko eingegangen sind . . . Wenn Sie nicht sicher sind, lassen Sie sich beraten und testen. Handeln Sie verantwortlich – das sind Sie Ihrem Partner schuldig!“ Sogar der Hinweis auf Treue findet sich in der neuen Aufklärungswelle: „Die Möglichkeit, AIDS zu bekommen, wächst mit jedem neuen Partner. Besonders wer jung ist, sollte sich der Ansteckungsgefahr bewußt sein. Sprechen Sie oft mit Ihrem Partner über Treue und wie Sie bei Sexualkontakten AIDS verhüten können.“

In den hier vorliegenden Texten kommt ein altruistischer Zug menschlichen Verhaltens zum Ausdruck. Rückschauend läßt sich von den beiden Aufklärungsaktionen sagen, daß sie nach einer wohl bedachten Stufung vorgingen: Zunächst sollten die besonders Gefährdeten auf jenen notwendigen Selbstschutz und auf ihre Selbstliebe hin angesprochen und zu einer Änderung ihres Verhaltens motiviert werden. Erst in einem zweiten Schritt richtete sich verstärkt der Blick auf den Partner. Hätte man sofort diesen altruistischen Schritt in die erste Aufklärung einbezogen, hätten sich sicherlich viele Betroffene überhaupt nicht angesprochen gefühlt. Man kann also diese Aufklärungskampagne nur dann richtig beurteilen, wenn man die jeweiligen Adressaten berücksichtigt.

Die kirchlichen Stellungnahmen jedoch, in denen sofort hochethische Ziele und verbindliche Normen proklamiert wurden, blieben weithin unbeachtet. Ja, man argwöhnte sogar, die Kirche wolle diese neue Notsituation nur dazu benutzen, ihre eigenen sittlichen Wertvorstellungen wieder an den Mann oder die Frau zu bringen. Die Angst vor Aids diene zum Moralisieren; gewisse „Moralapostel“ wollten zu einer inzwischen überholten rigorosen und repressiven Sexualmoral zurückführen. Formulierung

gen wie „die Hexenjäger sind wieder unterwegs“ und andere böse Unterstellungen waren die Folge. Den kirchlichen Stellungnahmen fehlten eben die notwendigen Zwischentöne. So erweckten sie den Eindruck eines „Alles oder Nichts“. Jene aber, die angesprochen werden sollten, fühlten sich über-

haupt nicht betroffen, geschweige denn verstanden, da sie geistig nicht dort abgeholt wurden, wo sie sich ihrem Verhalten nach befanden. Trotzdem haben jedoch gerade diese beiden Aufklärungskampagnen zunehmend den Weg für die Erörterung weiterer ethischer Probleme vorbereitet.

III. „Die Wahrheit wird euch frei machen“

Nach den Erfahrungsberichten Betroffener wirkte zunächst die Erkenntnis, HIV-positiv zu sein, wie ein Schock. Erstmals sahen sie plötzlich vor ihren Augen den Tod, an den sie bislang normalerweise nicht gedacht hatten. Ihre erste Reaktion bestand meistens darin, diese Wirklichkeit nicht wahrnehmen zu wollen, sondern zu verdrängen. Bald aber brachen ungeheuerere existentielle Ängste auf und als Folge davon Suizidversuche oder aber eine fatale Gleichgültigkeit. Schließlich veranlaßte das Wissen um ihre Infizierung und Erkrankung und eine Auseinandersetzung mit dieser Wirklichkeit so manche zu einer entscheidenden Änderung ihres Denkens und Verhaltens. So schreibt eine ehemalige Drogenabhängige (Gabi), die inzwischen clean, aber HIV-infiziert ist: „In der Zeit meiner Drogenabhängigkeit habe ich wirklich an nichts geglaubt, weder an Gott noch an sonst irgendwas. Ich habe irgendwo dadurch auch den Glauben wiedergefunden. Ich glaube, daß das Leben nicht zu Ende ist nach dem Tod. Ich glaube, daß es weitergeht. Deswegen habe ich wahrscheinlich nicht so viel Angst vor dem Tod. Seitdem ich weiß, daß ich positiv bin, lebe ich sehr bewußt.“ Und sie fügt hinzu: „Neue Beziehungen gehe ich nicht mehr so leichtfertig ein. Ich überlege, ob dies wirklich etwas werden kann oder nicht. Wenn ich der Meinung bin, eine Beziehung hat Zukunft, dann denke ich auch, daß ich es dem Partner sagen muß . . . Ich denke, es ist auch besser, ihm dies gleich zu sagen, und dann sehe ich, wie er reagiert. Dann tut es mir auch nicht so weh, wenn eine Beziehung kaputtgeht.“

Ein Homosexueller berichtet über seine Reaktion auf die Feststellung, daß er HIV-positiv ist: „Ich dachte immer: das gibt's nicht, das kann nicht sein, mit mir nicht! Nachdem ich mich eine Zeitlang mit mir selbst innerlich beschäftigte, kam ich zu der

Einstellung, daß ich da nicht einfach davonlaufen kann und mich der Situation stellen muß. Nach langem Überlegen bin ich zur AIDS-Hilfe nach München gegangen und habe mich beraten lassen. Das hat mir sehr viel Kraft gegeben . . . Generell habe ich die Erfahrung gemacht, daß alle Leute, die ich kenne, irgendwie positiv reagiert haben. Je nachdem, wie man auf die Leute zugeht, kommt auch etwas auf einen selbst zurück.“

Derartigen positiven Erfahrungen stehen natürlich auch negative gegenüber. Aus solchen Reaktionen aber wird deutlich, daß ein Wissen um die reale Situation besser ist als in Ungewißheit zu verbleiben oder das Wissen zu verdrängen versuchen. Auf diese Weise kann dann auch das Leben weitaus bewußter gelebt werden. Hierin zeigt sich die Lebensnähe des biblischen Satzes „die Wahrheit wird euch frei machen“ (Jo 8,32), selbst wenn es zunächst schmerzvoll ist, die Wahrheit zu erfahren. Infizierte, bei denen die Krankheit noch nicht ausgebrochen ist, wollen kein Mitleid; sie möchten wie normale Menschen behandelt werden. Durch gesellschaftlich proklamierte „Maßnahmenkataloge“ jedoch fühlen sie sich diskriminiert und öffentlich verfolgt. Ihnen ist auch nicht gedient mit Menschen, die ein ausgeprägtes Helfersyndrom haben, die also ihre eigenen vielfältigen Probleme verdrängen bzw. durch Hilfsbereitschaft zu kompensieren versuchen. Bei aller geforderten Vor- und Umsicht sollten sie wie die übrigen Menschen so lange wie möglich in ihren Arbeitsprozeß eingebunden bleiben und nicht durch Berührungsgängste aus ihrer Umwelt und ihrem Lebensbereich ausgegliedert werden. Dies wird auch umso besser gelingen, je wahrhaftiger das Verhalten ist und je weniger Parolen wie „Sich ja nicht einer HIV-Untersuchung stellen!“ verbreitet werden.

IV. Angst — ein schlechter Berater

Eine vor einigen Monaten vom nordrhein-westfälischen Gesundheitsminister veröffentlichte repräsentative Umfrage über Verhaltensänderungen durch Aids ergab, daß die Angst der Bundesbürger vor einer Ansteckung durch Aids gestiegen ist. Über 70 Prozent der Befragten befürchteten Infektionen in Arztpraxen oder Krankenhäusern, bei Bluttransfusionen, durch Spritzen oder durch nicht ausreichend desinfizierte Geräte. Besonders auf Seiten junger Mädchen sei die Angst vor Aids enorm gestiegen. Darüber hinaus sehe nahezu ein Drittel der Bevölkerung in der Aids-Gefahr etwas Gutes, daß nämlich das freie Sexualleben vieler Leute nunmehr ein Ende habe.

Nun mag es durchaus sein, daß im gesellschaftlichen wie im politischen Bereich Angst häufig zu Verhaltensänderungen geführt hat. Für die persönliche Verantwortung und das sittliche Verhalten jedoch ist Angst ein schlechter Berater. Sie führt weithin nur zu äußeren Verhaltensänderungen, die Einstellung bleibt die gleiche. Zudem dürfte eine solche Verhaltensänderung nur so lange anhalten, als die Gefahr konkret unmittelbar vorhanden ist. Wenn jedoch sittliches Verhalten wesentlich aus

einer freien Entscheidung heraus erfolgen soll, reicht Angst für eine Verhaltensänderung nicht aus. Wenn die Angst steigt, suchen Menschen nach Sündenböcken oder rufen nach dem starken Staat.

Angst ist keine hinreichende Voraussetzung für dauerhafte Verhaltensänderungen; sie erreicht eher das Gegenteil, löst Abwehr und Verleugnung aus, lähmt das Verantwortungsgefühl und zerstört menschliche Solidarität. Christliche Moral wird nicht von Angst und Schuldgefühlen getragen sein, sondern nach hoffnungsvollen und lebhaften Möglichkeiten Ausschau halten, wobei weder die Gefahr der Krankheit verleugnet, noch eine Panikmache ausgelöst werden darf. Wenn Christen an Gottes bedingungslose Liebe zum Menschen glauben, dann müßten sie auch gegenüber den Mitmenschen in den christlichen Gemeinden und Kirchen etwas von dieser unbedingten Liebe erfahrbar werden lassen: eine Zuwendung, die Grenzen überschreitet, Ängste überwindet und gerade im Umgang mit von Aids Betroffenen ein Zeichen der Liebe und der von Gott geschenkten Versöhnung setzt. So kann Aids auch Chance und Herausforderung sein an Kirche und Gesellschaft.

V. Aids — „Rache der Natur“ oder „Strafe Gottes“?

Im Zusammenhang mit der Aids-Diskussion erscheint es auch problematisch, von einer „Rache der Natur“ oder von einer „Strafe Gottes“ zu sprechen. Gerade in volkstümlichen Äußerungen wird immer wieder der Vorwurf erhoben, nunmehr bekämen wir die Quittung für zügelloses und verantwortungsloses Verhalten im Bereich der Sexualität. Wir hätten eben über unsere Verhältnisse gelebt. Im Sprichwort „Der Krug geht so lange zum Brunnen, bis daß er bricht“ kommt solche Erfahrung zum Ausdruck. Im übrigen neigen wir Menschen schnell dazu, Unheil, Böses und Übel in der Welt als Folge für nicht zu verantwortendes Verhalten, als Rache der Natur oder aus religiöser Sicht als Strafe Gottes zu werten. Solches Ausgleichsdenken liegt im Menschen verankert. Es findet sich bisweilen auch in Texten des Alten Testaments. Doch im Neuen Testament wird dieser Gedanke überboten von der Verkündung der Barmherzigkeit und Versöhnung Gottes. Nun wird zwar niemand bestreiten, daß es durchaus einen Kausalzusammenhang zwischen konkretem Verhalten und Krankheit geben kann. Drogenkonsum wie sexuelle Freizügigkeit und Promiskuität werden auf lange Sicht hin

ebenso negative Auswirkungen haben wie starker Alkohol- und Nikotinkonsum. Dennoch ist es verhängnisvoll, Unheil, Krankheit und Übel oder Leid, das einem einzelnen widerfährt, schlechthin als Folge für sein zügelloses und nicht mehr zu verantwortendes Verhalten, als Rache der Natur oder als Strafe Gottes auszugeben. Hinter solcher Rede verbirgt sich leicht ein selbstgerechter Pharisäismus, der zu Schuldvorwürfen und Diskriminierungen Anlaß geben kann. Im übrigen sind Christen offensichtlich schnell bereit, negative Folgen, die sich auf Grund eines Sexualverhaltens ergeben, als „Strafe Gottes“ zu deklarieren. Liegt dahinter nicht doch noch eine inzwischen überholte Engführung der Moral auf das Sexualverhalten (wie dies bis heute ja noch in dem Begriff „Sittlichkeitsverbrecher“ zum Ausdruck kommt, der ja einen Sexualtäter meint). So sehr im Einzelfall der Leidende seine Krankheit als Heimsuchung Gottes und gegebenenfalls auch als Folge seines schuldhaften Verhaltens verstehen mag und entsprechend einer Hilfe für die Aufarbeitung eventuell vorhandener Schuld bedarf, so ist doch Krankheit Ausdruck der Gefährdung unseres Lebens, der Gebrechlichkeit und Hin-

fälligkeit unseres Daseins. Die Rede von Aids als Strafe Gottes aber wirkt — erst recht, wenn sie aus kirchlichem Munde kommt — wenig überzeugend und kontraproduktiv. Wer Aids als „Strafe Gottes“

ausgibt, bekundet damit seinerseits, was für ein grausames Gottesbild er besitzt. Er sagt mehr über sich selbst als über den christlich verkündeten Gott aus.

VI. Herausforderung an die Gesellschaft und Anfragen an Leitbilder

Welche Belastungen die Krankheit Aids für die Gesellschaft darstellt, wird sich erst in kommenden Jahren angesichts der noch ständig steigenden Zahl der Erkrankungen zeigen — zunächst finanziell; denn die Betreuung und Begleitung der Kranken erfordert einen entsprechend größeren Aufwand an Pflege und an Begleitpersonal als bei anderen Krankheiten. Dann aber auch psychologisch. Es ist für Pfleger keineswegs einfach zu wissen, daß jene, die zunächst ambulant oder kurzfristig behandelt werden, nach einem bestimmten Zeitintervall mit Sicherheit schwerer erkrankt wiederkommen, bis sie schließlich nicht mehr in der Lage sind, das Krankenhaus zu verlassen. Weder eine Bagatellisierung der vorliegenden Situation, noch eine Panikmache erscheinen angezeigt. Die mit Aids gegebene Gefährdung aller Menschen, die Situation der HIV-Infizierten, die zwar noch nicht unmittelbar als krank erscheinen, bei denen sich aber doch zuin-erst bereits ein Erkrankungsprozeß abzeichnet oder zumindest vorbereitet, und vor allem die Situation der an Aids Erkrankten muß ernst genommen werden. Sie stellt ein Aufruf zur Überprüfung unserer Verhaltensweisen dar.

Sicherlich müßten wir hierbei zunächst einige gesellschaftliche Leitbilder und Wertvorstellungen einmal kritisch überprüfen. Gerade an der Aids-Problematik wird deutlich, wie sehr wir alle in ein weites soziales Geflecht eingebunden sind und wie weitgehend dadurch unser Verhalten bestimmt oder begrenzt wird. Persönliche Aufrufe zur Eigenverantwortung bleiben wirkungslos, wenn nicht der entsprechende Freiraum hierfür gegeben ist. Insofern werden Christen stets auch eine kritische Einstellung einnehmen müssen gegenüber gesellschaftlichen Strömungen, die die Übernahme sittlicher Verantwortung erschweren. Leitbilder und Wertvorstellungen, oft unbewußt von Medien verbreitet, können inhumanem Verhalten Vorschub leisten. Es erscheint stets einfacher, nach rechtlichen Regelungen oder Zwangsmaßnahmen zu greifen, um von diesen her eine Lösung zu erwarten, als „gegen den Strom zu schwimmen“ und hierfür eine Bewußtseinsänderung zu erreichen oder zumindest für eine Entlarvung fragwürdiger gesellschaftlicher Tendenzen einzutreten. In so manchen Medien wird bisweilen der Eindruck erweckt, als herrsche

in unserer Gesellschaft, vor allem unter Jugendlichen, eine Vielfalt sexueller Praktiken vor.

Vor- und außereheliche sexuelle Beziehungen und sexuelle Freizügigkeiten mit ständig wechselnden, bisweilen auch mit unbekanntem Partnern erscheinen als „Normalverhalten“ weiter Kreise der Bevölkerung, vor allem der Jugendlichen. Dies dürfte so wohl nicht der Fall sein. Solche Nachrichten verstärken aber Leitbilder, die einen gewissen sozialen Druck für Jugendliche darstellen. Die positive Wertschätzung personaler menschlicher Sexualität kommt hierbei jedoch nicht hinreichend in den Blick. Man darf sich dann auch nicht wundern, wenn sich die Meinung verbreitet, das Sexualverhalten des Volkes lasse sich überhaupt nicht steuern, sondern sei schlechterdings festgelegt. Leitbilder der Ichhaftigkeit und des Habenmüssens, ein überzogenes Anspruchsdenken und die Durchsetzung eigener Wünsche ohne Rücksicht auf die Spätfolgen fördern ein oberflächliches kurzatmiges Glücksverständnis, das zwar dem Angebot und der Nachfrage eines auf Leistung und Absatz ausgerichteten Wirtschaftsgefüges dient, den Menschen aber zum Spielball solcher gesellschaftlichen Strömungen degradiert.

Wir begegnen heute auch einer Ideologisierung der an sich positiven Forderung einer Selbstverwirklichung: Egozentrik, narzißtischer Selbstgenuß und die Befriedigung eigener sexueller Bedürfnisse werden als „Freiheit“ und Recht herausgestellt. Wenn sie jedoch nicht weitergeführt werden zu einem Überschritt auf das Du und auf die Gemeinschaft hin, führen solche Verhaltensweisen eher zu Süchtigkeit, zu Enthemmung und erweisen sich dann in der zwischenmenschlichen Begegnung als verhängnisvoll, lassen auch hier tiefergehende personale Beziehungen nicht zustande kommen. Die Folgen sind dann Frustration, Lebensverdrossenheit, aber auch Aggressivität und Brutalität. Ist eigentlich im Bewußtsein breiter Schichten des Volkes noch die Vorstellung vorhanden, daß es für den Menschen in einer Partnerschaft nicht nur lohnend, sondern auch glückbringend sein kann, wenn sie ihrem Partner die Treue halten? Kann nicht gerade hier ein quantitatives „Weniger“ zu einem qualitativen „Mehr“ führen? Gilt sexuelle eheliche Treue und ebenso auch ein richtig motivierter Verzicht nur als

Ausdruck einer veralteten Moral — oder müssen wir nicht auch hier wieder neue Leitbilder und Wertvorstellungen in dieser Gesellschaft wie auch für die persönlichen Zielsetzungen bewußt machen?

Erst recht bildet Aids eine Herausforderung für die Kirchen und für alle Christen. Ist doch die bedingungslose Annahme gerade eines kranken, zugleich isolierten und geängstigten Menschen eine Forderung, die durch das Verhalten Jesu jeden Christen angeht. Die Annahme des Mitmenschen ist auch und gerade dann gefordert, wenn wir dessen Verhalten nicht billigen oder seine Wertvorstellungen nicht teilen. Drogenkonsum, sexuelle Promiskuität oder ein allgemein hin ungeordneter Lebenswandel blockieren oftmals die uns aufgetragene Annahme des Mitmenschen und lassen Aggressionen und Ängste hochsteigen, die schließlich zu Projektionen und zu Sündenbockvorstellungen führen.

Aber auch für die erzieherische Arbeit stellt Aids eine Herausforderung dar. Bloße Aufklärung über Schutzmaßnahmen bleiben unzureichend. Richtiges Verhalten muß eingeübt werden. Hier gilt es, Übungsfelder zu finden, innerhalb deren eine neue Form von Askese — „Askesis“ hier im ursprünglichen Sinne als „Einübung von Freiheit“ — vermittelt wird, die den Willen stärkt, aber auch die Kraft

zu einem Verzicht auf Drogenkonsum oder Verzicht auf mit Risiko beladene sexuelle Beziehungen verleiht. Dies verlangt jedoch einen ganzheitlichen Lern- und Erziehungsprozeß. In einer Gesellschaft, in der sexuelle Freizügigkeit in Form von Beziehungen mit wechselnden oder gar unbekanntem Partnern oft als selbstverständlich hingestellt wird, bedeutet eine solche erzieherische Tätigkeit oft ein „Schwimmen gegen den Strom“. Doch wird nur auf diesem Wege eine humane Gestaltung menschlicher Sexualität und eine Erziehung zu verantwortlichem Verhalten möglich sein. Hierfür bedarf es eines Lernprozesses. Beziehungen, die auf wechselseitiger Liebe beruhen, wollen gepflegt werden. Sie verlangen gegenseitige Rücksichtnahme, gegebenenfalls aber auch Distanz und eine Bereitschaft zum Verzicht. Dabei kann sittliche Verantwortung nicht mit Gesetzen erzwungen werden. Sie beruht auf der freien Annahme von Seiten des Einzelnen. Auch im persönlichen Bereich und Verhalten wird unser Leben von Grenzen und Beschränkungen begleitet. Wir akzeptieren heute in zunehmender Weise, daß um des Umweltschutzes willen bestimmte Verzicht gefordert werden. Auch bei der Wertvermittlung im Rahmen einer ganzheitlichen sexuellen Erziehung dürfen wesentliche ethische Zielsetzungen, die einer partnerschaftlichen und ehelichen Beziehung dienen, nicht unterschlagen werden.

VII. Homosexuelle — diskriminiert?

Bisher liegen an der Spitze der an Aids Erkrankten zahlenmäßig noch die homo- und bisexuellen Männer. Gerade bei ihnen aber haben sich, wie Berichte aus den USA verlauten lassen, bereits etliche Verhaltensänderungen eingestellt. Die ethische Problematik liegt vor allem darin, daß sich Homosexuelle schon dadurch diskriminiert fühlen, daß in den offiziellen kirchlichen Stellungnahmen — besonders katholischerseits — als Grundstruktur menschlichen Sexualverhaltens die Heterosexualität herausgestellt wird; homosexuelle Verhaltensweisen werden grundsätzlich abgelehnt. Doch beziehen sich diese kirchlichen Aussagen nicht auf die Schuldfrage, sondern darauf, ob homosexuelles Verhalten grundsätzlich als richtig und damit auch für den Erziehungsbereich als empfehlenswert zu bezeichnen ist oder nicht. Die Schuldfrage jedoch bleibt offen. Ausdrücklich wird auch in den kirchlichen Texten betont, daß es bei homosexuellem Verhalten durchaus Schuld minderungs- und Schuld ausschließungsgründe geben kann. Insofern dürfen Menschen, die eine homosexuelle Neigung besitzen — ob aufgrund einer Prägung, wegen genetischer

Anomalien, hormoneller Störungen oder aufgrund anderer nicht zu ändernder Faktoren — in keiner Weise diskriminiert und als Außenseiter abgestempelt werden. Gerade in der abendländischen Geschichte wurde durch die strafrechtliche Verfolgung Homosexueller eine Gruppe von Außenseitern geschaffen, denen grundlegende menschliche Rechte verwehrt blieben.

Im übrigen nehmen wir Christen für die sittliche Bewertung des Verhaltens anderer oftmals nur äußere Kriterien zur Norm. So bildet häufig allein schon der bloße rechtliche Abschluß einer Ehe für die betreffenden Partner gewissermaßen die einzige Norm zur Rechtfertigung ihrer vielfältigen sexuellen Verhaltensweisen. Wieviel jedoch an Inhumanität sich auch hinter der Fassade einer rechtlich geschlossenen Ehe verbergen kann, wird heute bei der Diskussion um „Gewalt in der Ehe“ besonders bewußt. Eine stärkere Sensibilisierung für die zentrale Bedeutung personaler Beziehungen, für gegenseitige Rücksichtnahme und für mögliche, tiefgreifende menschliche Verletzungen gerade in die-

sem zwischenmenschlichen Intimbereich zeichnet sich heute zunehmend ab.

Umgekehrt kann auch hinter einem Verhalten, das zunächst — wie dies bei einer homosexuellen Verbindung der Fall ist — als normabweichend deklariert wird, ein hohes Maß an Rücksichtnahme, Menschlichkeit und personaler Verantwortung vorhanden sein. Insofern erscheint für die konkrete Beurteilung homosexuellen Verhaltens eine grö-

Bere Differenzierung notwendig. Homosexuelle sind bezüglich der ethischen Bewertung ihres Status äußerst sensibel und fühlen sich schnell „abgeurteilt“. Wenn gerade von ihnen bisher eine verhältnismäßig große Zahl mit Aids infiziert wurde und daran erkrankt ist, sollte man in besonderer Weise auf der Hut sein, damit nicht neue Diskriminierungen erfolgen oder alte noch vorhandene Vorurteile verstärkt werden.

VIII. Konkrete Hilfsmaßnahmen

Wenn es um konkrete Hilfsmaßnahmen geht, denkt zunächst jeder an medizinische Hilfen für die Kranken, an Vorsorgemaßnahmen wie Impfung oder an staatliche Maßnahmen zum Schutz der Gesunden vor Ansteckung durch eine Ausweitung des Bundesseuchengesetzes und einer Meldepflicht.

Für den Ethiker jedoch erscheint es wichtiger, jenes Verantwortungsbewußtsein zu wecken, das die Solidarität mit den HIV-Infizierten und mit den Erkrankten verstärkt und jede Form einer Diskriminierung und Isolierung der Betroffenen zu vermeiden sucht. Solche Aufrufe erwecken jedoch den Eindruck leerer Proklamationen, solange sie nicht Hand in Hand gehen mit konkreten Vorschlägen von Hilfsmaßnahmen. Einige solche Schritte sollen im folgenden angedeutet und zur Diskussion gestellt werden.

Zur ethischen Verpflichtung zählt die Bereitschaft, sich mit der Realität auseinanderzusetzen und auch eine unangenehme Wirklichkeit nicht zu verdrängen. Bezogen auf die Krankheit Aids bedeutet dies: Wer befürchtet, infolge einer Blutübertragung, aufgrund sexuell-genitaler Kontakte oder wegen anderer Verhaltensweisen mit HIV infiziert zu sein, sollte sich einer inzwischen kostenlosen und anonym bleibenden Untersuchung stellen. Ein Aids-Test kann zumindest eine relative Sicherheit über den konkreten Zustand vermitteln. Eine solche Kenntnis ist für den Betroffenen auch insofern bedeutsam, da im Falle einer Infizierung für ihn auch eine „Bagatell-Erkrankung“ lebensgefährlich werden könnte und eine entsprechende Vorsorge getroffen werden müßte. Auch die Verantwortung gegenüber dem Mitmenschen verlangt, daß wir andere nicht gefährden und dort, wo wir für sie ein Ansteckungsrisiko darstellen (etwa beim Zahnarzt), dies auch angeben. Wer in einem solchen Test für den Betroffenen die Gefahr einer Diskriminierung sieht, sollte bedenken, daß gerade die Gefährdung des Mitmenschen schwerer wiegt als die persönliche Anonymität. Im übrigen könnte auch hier eine Solidarität gerade darin bestehen, daß sich

möglichst viele, wenn nicht gar alle Menschen freiwillig einem solchen Aids-Test stellen und diesen, so es angezeigt erscheint, von Zeit zu Zeit erneuern.

Was jedoch den Umgang mit jenen betrifft, die durch ihr Verhalten — sei es im Drogenkonsum oder in promiskuen sexuellen Beziehungen — besonders gefährdet erscheinen, so bleibt hier zu prüfen, ob und inwieweit im Rahmen einer Güterabwägung auch Verhaltensweisen als Übergang oder Kompromiß hingenommen werden können, die im Normalfall nicht als gerechtfertigt erscheinen. So könnte etwa bei Heroinsüchtigen die Verabreichung der Ersatzdroge Methadon, so dies ärztlicherseits streng kontrolliert erfolgt, oder die kostenlose (ebenfalls aber kontrollierte) Verabreichung von Einwegspritzen als geringeres Übel toleriert werden; denn Drogensüchtige bedienen sich oft der Prostitution, um jenes Geld für die Mittel zu einem neuen „Trip“ zu erhalten. Gerade hier aber droht eine besonders große Ansteckungsgefahr. Vielleicht ließe sich auf diese Weise der Teufelskreis von Drogenkonsum, Prostitution und einer erneuten HIV-Infizierung durchbrechen. Dabei darf nicht übersehen werden, daß solche konkreten Schritte für anfällige Menschen einen gewissen Aufforderungscharakter besitzen und keine Lösung bieten, sondern höchstens vorübergehend als „geringeres Übel“ toleriert werden könnten.

Wo es aber darum geht, bezüglich des Sexualverhaltens entsprechende Vorsorgemaßnahmen zu treffen, wird man im Rahmen einer sexualethischen Diskussion nicht sofort mit einem christlichen Hochethos argumentieren, sondern zunächst in Form von Teilschritten versuchen, Menschen eine Hilfestellung zu geben. Je nach Zielgruppe mag bereits der Hinweis auf die geforderte Fairneß oder auf das Gebot der Nächstenliebe einen Anstoß zu Verhaltensänderungen geben. Dabei kann unter Umständen auch die Benutzung von Kondomen zur Vermeidung von Ansteckung zwar nicht als letztlich sichere, wohl aber als erste notwendige Hilfe dort

sinnvoll erscheinen, wo es darum geht, sozialschädliches Verhalten zu verringern und schließlich ganz zu vermeiden.

Die heute vielfach gegebene Empfehlung von „Safer Sex“ („sicherer Sex“) bietet noch keineswegs die Lösung, sondern wirft eher den einzelnen auf sich selbst zurück und wird auch von einigen Sexologen mit einem Fragezeichen versehen. Die eigentlichen Folgen einer solchen Praxis dürften darin zu sehen sein, daß hierdurch die Beziehungsverarmung und eine Anonymisierung des Sexualverhaltens gefördert wird. Letztlich rückt dann wieder eine sehr vordergründige narzißtische Sicht der Sexualität als genitale Selbstbefriedigung in den Blick; der Partner, der nurmehr als möglicher Todesbote erscheint, und der bloße Kontakt zur gegenseitigen Befriedigung der Sexualität führen eher zu neuen Frustrationen und bieten keine Lösung für ein Gelingen menschlichen Zusammenlebens. Hinzu

kommt, daß gerade durch eine pragmatische Propagierung von Safer Sex ethische Fragestellungen, die sich durchaus nicht einengend auf den personalen Bereich der Begegnung zwischen den Geschlechtern und auf das erotische Verhalten beziehen, in den Hintergrund gedrängt werden können.

Wenn es in einer ethischen Diskussion um konkrete sittliche Handlungsnormen für „richtiges“, menschenwürdiges Sexualverhalten geht, so sollte dies möglichst unabhängig von den mit Aids zusammenhängenden Problemen und Gefahren geschehen. Wo immer eine christliche Erziehung und Moral ihre eigenen hochethischen Prinzipien nicht aufgibt, gleichzeitig aber den Menschen in seiner konkreten Situation ernstnimmt, ihn dort abholt und positiv ermutigend Teilziele aufzuzeigen vermag, wird sie unter Christen wie auch unter Nichtchristen ihre Glaubwürdigkeit wieder zurückgewinnen.

IX. Solidarität mit den Erkrankten

Für alle Menschen, erst recht aber für Christen, dürfte gerade mit den HIV-Infizierten, noch mehr mit den an Aids Erkrankten eine entsprechende Solidarität gefordert sein. Es geht in diesem Zusammenhang nicht um staatlich geforderte Maßnahmen, sondern um jene Verantwortung, die den einzelnen Bürger betrifft.

Im Unterschied zu anderen epidemisch verlaufenden Krankheiten verfügen wir zur Zeit noch nicht über eine therapeutische Strategie, auch nicht über eine Impfung gegen die HIV-Viren. Da die Ansteckungswege weithin bekannt sind, dürfte es zunächst um eine Vermeidung weiterer Infektionen gehen. Auslöser der Krankheit ist ein Virus (LAV-HTLV-3) aus der Gruppe der Retroviren. Die wichtigsten Ansteckungsviren sind bekannt: durch Blut- und Körperflüssigkeiten eines Infizierten, vor allem beim Geschlechtsverkehr durch Sperma, aber auch durch die gemeinsame Benutzung eines Fixerbestecks. Keine Gefahr der Übertragung besteht durch den normalen sozialen Umgang, Händeschütteln, Anhusten, gemeinsames Eßbesteck, Kleidungsstücke usw. Hier darf also beim normalen Umgang mit Aids-Kranken keine übertriebene Vorsicht oder gar Hysterie ausbrechen.

Erst recht bedürfen die an Aids Erkrankten unserer persönlichen Hilfe und Begleitung. Leben mit Aids-Kranken heißt auch, das eigene Sterbenmüssen in der Angst der Betroffenen mitzuerleben, ins eigene Bewußtsein zu heben und damit einer gesellschaftlichen Tabuisierung des Sterbens und des ei-

genen Todes entgegenzuarbeiten. Aids-Kranke erleben oft schon lange vor ihrem Tode eine Behandlung wie Tote. Sie bedürfen darum auch in besonderer Weise der psychischen, religiösen und allgemeinmenschlichen Begleitung. Es wird wesentlich davon abhängen, ob und inwieweit wir diese Betroffenen in unserer Gemeinschaft zu integrieren vermögen.

Bei Infizierten darf es nicht zu Kurzschlußreaktionen kommen in der Weise, daß sie — in einer Torschlußpanik — schließlich auch andere Menschen mit in ihr Unheil reißen und ohne Rücksicht auf Ansteckung ihren bisherigen Lebensstil beibehalten. Solche Menschen müssen von Selbsthilfegruppen der Gemeinde aufgefangen werden und bedürfen persönlicher Begleitung. Nur mitmenschliche Haltung kann hier Schlimmeres verhindern und Verzweifelte vor dem Suizid bewahren. Hier kann dann auch im kirchlichen Bereich eine Telefonseelsorge, eine Beratungsstelle oder eine Sozialstation Hilfe anbieten. Inwieweit für jene Patienten, die keinerlei Bleibe mehr haben und auch von ihren Angehörigen verstoßen wurden, eigene Hospize zu errichten sind, muß wohl bedacht werden. Eine solche Hilfe kann sehr leicht zu einer Getto-Mentalität und zu einer verstärkten Ausgliederung und Diskriminierung der Betroffenen führen. Gerade die Geschichte christlicher Krankenpflege weiß, wie sich in Zeiten der Pest, der Cholera und anderer verheerender Seuchen einzelne Gläu-

bige ohne Rücksicht auf ihre persönliche Gefährdung in den Dienst der Kranken gestellt haben. Heute sind wir alle, in besonderer Weise aber die Christen, aufgerufen, den an Aids Erkrankten ein Zeugnis des Erbärmens und der tätigen Hilfe zu geben. Je stärker unsere Solidarität und Kooperation mit diesen Menschen sein wird, desto mehr entsprechen wir auch dem originären Auf-

trag der Kirche. Aids kann so zu Herausforderung werden, mehr Humanität, Solidarität und Liebe in unserem Leben und Zusammenleben zu realisieren. Nicht allein medizinische Maßnahmen und politische Strategien, sondern diese menschliche Hilfe wird uns befähigen, auch mit der Krankheit Aids und den damit zusammenhängenden Problemen fertig zu werden.

Reinhard Kurth/Johannes Löwer: Die medizinischen und virologischen Grundlagen des Erworbenen Immundefizienzsyndroms Aids

Aus Politik und Zeitgeschichte, B 48/88, S. 3–11.

Seit 1981 breitet sich in der westlichen Hemisphäre und in Zentralafrika eine neue Krankheit epidemieartig aus, die „Erworbenes Immundefizienzsyndrom“ (Acquired Immunodeficiency Syndrome AIDS) genannt wird. Sie ist insbesondere durch den Verlust einer Untergruppe der weißen Blutkörperchen, nämlich der sog. T-Helfer-Zellen, charakterisiert, deren natürliche Rolle die Verstärkung der Immunantwort ist. Aufgrund dieser Störung leiden die Patienten an Folgekrankheiten, die durch beim Gesunden in der Regel harmlose Keime oder durch bestimmte Tumoren hervorgerufen werden.

Die Krankheit ist nach wie vor im wesentlichen auf bestimmte Risikogruppen (homosexuelle Männer, Personen, die von intravenös zu verabreichenden Drogen abhängig sind, und Bluterkrankte sowie deren Sexualpartner) beschränkt. Sowohl diese Tatsache als auch weitere Beobachtungen wiesen auf eine infektiöse Ursache hin. In einer in der Medizingeschichte einmalig kurzen Zeit konnte als Erreger ein Virus identifiziert werden, das zur Familie der Retroviren zählt und Humanes Immundefizienz-Virus (HIV) genannt wird. Wesentliche Eigenschaften dieses Virus konnten rasch aufgeklärt werden. Von praktischer Bedeutung ist, daß das Virus nach erfolgter Infektion lebenslang im Infizierten verbleibt. Dies ist die biologische Grundlage für die Beobachtung, daß zwischen dem Zeitpunkt der Infektion und dem Ausbruch der Erkrankung oft viele Jahre vergehen können. Unbekannt ist jedoch, welche Faktoren schließlich dazu beitragen. Auch bedarf es noch intensiver Forschungsbemühungen, die Art und Weise zu verstehen, wie die Virusinfektion zu den Krankheitserscheinungen führt.

Die Aufklärung der Menschen über die Ansteckungswege von HIV bleibt daher zur Zeit noch die wichtigste Waffe in den Bemühungen, die Ausbreitung der Epidemie zu verlangsamen oder vielleicht sogar zu stoppen.

Rolf Rosenbrock: Aids-Prävention und Gesundheitspolitik

Aus Politik und Zeitgeschichte, B 48/88, S. 12–20

Die medizinisch bislang nicht beherrschbare Infektionskrankheit der erworbenen Immunschwäche (Aids) ist Gegenstand überdurchschnittlich hoher öffentlicher Aufmerksamkeit sowie starker Ängste und Hoffnungen. Die Ängste beziehen sich auf die weitere Ausbreitung innerhalb und außerhalb der zuerst sichtbar gewordenen Betroffenen-Gruppen (homosexuelle Männer, Fixer, Bluter), die Hoffnungen richten sich vor allem auf die industrielle Entwicklung wirksamer Impfstoffe und Therapeutika.

Der vorliegende Beitrag beleuchtet die bislang weitgehend ungenutzten Möglichkeiten der Krankheitsverhütung, vor allem im Bereich der nicht-medizinischen Prävention:

- Die Präventionskampagnen sind hinsichtlich der Zielgruppen immer noch zu eng und hinsichtlich der Risikosituationen zu breit angelegt: Erforderlich ist die gezielte und öffentliche Aufklärung der gesamten nicht-monogam lebenden Bevölkerung über einen präzisen und scharf konturierten Risikokatalog. Zunehmend wichtig ist auch die Dehysterisierung als Bestandteil der Prävention.
- Aufklärung und Prävention gewinnen an Wirksamkeit, wenn sie teilgruppenspezifisch von dezentralen und nicht-staatlichen Akteuren (z. B. Aids-Hilfen) betrieben werden.
- Effizienz und Effektivität solcher Strategien erfordern die Schaffung bzw. Einhaltung einer Reihe von materiellen und politischen Rahmenbedingungen durch staatliche Stellen und das Medizinsystem.
- Eine wesentliche Bedingung wirksamer Prävention ist die Reduktion des Virus-Antikörpertests auf die ihm medizinisch zukommenden Funktionen der Sicherung von Blutkonserven und Transplantaten, des gezielten Einsatzes in der Diagnostik und der professionellen Verwendung in ausgewiesener epidemiologischer Forschung. Der Test ist kein Instrument der Prävention.

Die Durchsetzungsprobleme einer auf Prävention zielenden Aids-Politik werden vor dem Hintergrund der brisanten sozialpsychologischen Einbettung dieser Krankheit diskutiert.

Gerd Pfeiffer, Aids und Recht

Aus Politik und Zeitgeschichte, B 48/88, S. 21–28

Die Immunschwäche AIDS breitet sich epidemisch aus. Sie bedroht viele Menschen. Diese tückische Seuche ist medizinisch noch nicht beherrschbar. Wichtige naturwissenschaftliche, soziale und ethische Fragen sind zu klären. Das bedeutet eine große Herausforderung. Der HIV-Infizierte bedarf der Hilfe des Staates und der Gesellschaft. Er darf grundsätzlich nicht ausgegrenzt oder diskriminiert werden. Der einzelne steht heute bereits vor wichtigen Problemen, die rechtlich zu lösen sind. Viele Fragen können als beantwortet gelten. Aber noch viele Rechtsfolgen von AIDS harren der endgültigen Klärung.

Johannes Gründel: Aids: Herausforderung an unser Menschsein

Aus Politik und Zeitgeschichte, B 48/88, S. 29–38

Für das ausgehende 20. Jahrhundert stellt die Immunschwächekrankheit Aids eine Herausforderung für die gesamte Menschheit dar. Die bisher vorgenommenen Aufklärungsmaßnahmen stießen zwar auf so manche Kritik, bilden aber einen notwendigen Schritt zu einer verstärkten Sensibilisierung der Bevölkerung bezüglich der Gefährdung durch Aids und zur Vorbereitung notwendiger Hilfen und Vorsorgemaßnahmen.

Dennoch geht es nicht nur um medizinische und gesellschaftspolitische Hilfen. Ethische Fragen dürfen nicht ausgeklammert werden, vielmehr ist das Verantwortungsbewußtsein zu schärfen. Anfragen an die in der Gesellschaft vorherrschenden Leitbilder der Ichhaftigkeit, an ein überzogenes Anspruchsdenken, an die Durchsetzung eigener Wünsche – ohne Rücksicht auf die Spätfolgen – und an ein oberflächlich proklamiertes Glücksverständnis müssen gestellt werden. Besonders erforderlich erscheint es, jede Form einer Diskriminierung und Ausgliederung von Drogensüchtigen und Homosexuellen zu vermeiden und eine Solidarität mit den HIV-Infizierten und denen an Aids Erkrankten zu fördern. Die Bereitschaft zu einem freiwilligen Aids-Test kann auch Ausdruck einer solchen Solidarität sein. Hierbei werden auch konkrete Schritte zu bedenken sein.

Was heute für verantwortliches Verhalten bezüglich der Umwelt als selbstverständlich gefordert wird, das gilt in ähnlicher Weise auch für den Umgang mit unseren Glücksbedürfnissen: Ein recht motivierter Verzicht, eine Askese, die nicht einfach nur als Triebverdrängung, sondern auch als gangbarer Weg zu menschlicher Reife erlebbar gemacht werden sollte. Hier könnte ein Weniger qualitativ zu einem Mehr werden.