

Aids-Prävention – eine Innovation in der Krise

Die zielgruppenbezogene und selbst organisierte Primärprävention der HIV-Infektion ist mittlerweile zum Pilotfall der erfolgreichen Umsetzung eines modernen, gesundheitswissenschaftlich fundierten Präventionskonzepts geworden.

Es hat sich als möglich erwiesen, durch öffentlich vermitteltes Lernen Verhalten in den Lebensbereichen der Sexualität und des Drogengebrauchs zu verändern, also in Bereichen wirksam zu sein, die weithin von Tabus und von Scham gekennzeichnet sind und zum Teil in der Illegalität liegen. Safer Sex ist zumindest in der nach wie vor hauptsächlich von der Epidemie betroffenen Gruppe der schwulen Männer zur sozialen Norm geworden, mit Befolungsraten von 80 und mehr Prozent. Bei den i. v. Drogenbenutzern liegt der Erfolg in ähnlicher Größenordnung.

Wer sich – wie ich – seit Jahrzehnten professionell um die mühsamen Verhaltensänderungen im Hinblick Ernährung, Bewegung, Tabakrauchen etc. zu kümmern hat, für den sind das Traumergebnisse, die – mit Ausnahme vielleicht des Zähneputzens und der Benutzung des Sicherheitsgurtes – sonst nirgendwo erzielt werden konnten, und schon gar nicht in so kurzer Zeit.

Das gibt zunächst einmal all jenen Skeptikern Umrecht, die Prävention schon deshalb ablehnen, weil sie menschliches Verhalten für nicht beeinflussbar halten. Oder die da meinen, Zwang, Angst und Strafe seien die Mittel der Wahl, wenn es darum geht, die eigene oder auch die Gesundheit seiner Mitmenschen zu schützen. Aids Prävention ist also eine positive Ausnahme in der Präventionslandschaft, von der noch viel gelernt werden kann.

Wenn man sich denn auf solches Lernen einlassen will, ist es gewiss nützlich, sich klar zu machen, aus welchen Komponenten denn die Aids Prävention besteht, also wie sie funktioniert und wie es dazu kommen konnte, dass sich in der Auseinandersetzung mit dieser vorwiegend sexuell übertragbaren Infektionskrankheit solch ein innovatives Modell durchsetzen konnte.

Im Folgenden werde ich also zunächst an einige Faktoren der Entstehungsgeschichte der Aids-Strategie und damit auch der Aids-Hilfen erinnern, um danach den Kerngehalt dieser Strategie aus gesundheitswissenschaftlicher Sicht zusammen zu fassen. Vor diesem Hintergrund möchte ich dann die Tatsache und die möglichen Gründe des heute leider unbestreitbaren Rückgangs von präventivem Verhalten beleuchten, um mit einigen Gedanken zur Überwindung dieser Defizite zu schließen.

Erinnern wir uns an die Gründungszeit der Aids-Hilfen, die wie die Düsseldorfer, zumeist Mitte der achtziger Jahre entstanden sind. Nicht nur die deutsche Bundesrepublik war wegen Aids in Angst und Aufregung; da gab es eine neue, medizinisch nicht beherrschbare Infektionskrankheit, nachdem man sich seit den vierziger Jahren so angenehm daran gewöhnt hatte, dass die Medizin für alle Infektionskrankheiten wirksame Mittel bereithält bzw. schnell bereit

stellen kann. Keine wusste, wie groß die Aids-Gefahr war, welche Gruppen in welchem Ausmaß betroffen waren bzw. sein würden. Zudem berührte Aids wie keine zweite Krankheit angst- und deshalb auch demagogieträchtige Bedeutungsfelder, es ging um Sex, Promiskuität, Homosexualität, Prostitution, es ging um Drogen, Blut und vorzeitiges Sterben, und HIV-Infizierte wurden auch schon mal als lebende Zeitbomben und unerkannte Feinde bezeichnet und angesehen. Sowohl also unter gesundheitlichen als auch unter bürgerrechtlichen Aspekten herrschte Angst bis hin zur Panik, und auf jeden Fall gab es großen Handlungsdruck.

Wer die deutsche Geschichte des Umgangs mit Minderheiten und sozial abweichendem Verhalten kennt, bei dem mussten bei einer sexuell übertragbaren Infektionskrankheit, von der primär Schwule, Junkies, Ausländer und Prostituierte betroffen schienen, sämtliche Alarmglocken schrillen. Und natürlich waren sofort auch jene zur Stelle, die schon immer mal zeigen wollten, was ein starker Staat so alles kann, wenn man ihn lässt. Sie alle – der unvergessliche Peter Gauweiler als Galionsfigur – plädierten in unterschiedlichen Kombinationen für Zwangstests, Sexverbote, Grenzkontrollen, Aufenthaltsbeschränkungen, Internierungen, Zwangstätowierungen und was noch alles. Sie wollten die klassische Seuchenstrategie zur Anwendung bringen, die v. a. mit Zwangsmitteln Antworten auf die Frage sucht: Wie ermitteln wir möglichst schnell möglichst viele Infektionsquellen und wie legen wir diese still?

In der Enquete-Kommission des Deutschen Bundestages, deren Mitglied ich war und die von 1987 bis 1990 eine Aids-Strategie zu entwickeln hatte, haben wir diese Strategievorschläge v. a. mit den Experten und Abgeordneten aus Bayern bis zum Ende diskutiert und im Hinblick auf ihre Wirksamkeit auch in der Geschichte hin untersucht. Und es stellte sich heraus: diese Zwangsstrategien hatten bei sexuell übertragbaren Krankheiten in der Geschichte eigentlich nur bei totaler Kontrolle, also bei staatlich organisierter Prostitution in kriegführenden Armeen Erfolg gebracht, ansonsten war es stets viel Lärm um wenig Effekt gewesen. Die Zwangsstrategien gegen sexuell übertragbare Krankheiten erwiesen sich bei näherem Hinsehen als das, was in der Gesundheitspolitik – und nicht nur dort – häufig stattfindet: symbolische Politik, Aktivitäten ‚ut aliquid fiat‘. Das sprach gegen die Wahl der klassischen Seuchenstrategie.

Zudem bot sich ein Alternativmodell an, das in den siebziger Jahren v. a. bei der Prävention kardiovaskulärer Risiken in den USA seine ersten Erfolge gezeigt hatte. Es bestand aus den Komponenten einer gründlichen und ehrlichen Mobilisierung der Öffentlichkeit und insbesondere der wichtigsten Zielgruppen, in der Benutzung aller verfügbaren Kommunikationskanäle wie Massenmedien, Bildungswesen und Freizeitsektor, in der Einbeziehung der betroffenen Gruppen in den Entwurf und die Umsetzung der Präventionsstrategien, in der Orientierung darauf, die vom Risiko Betroffenen v. a. dazu zu bringen, miteinander offen über das Risiko und seiner Vermeidungsmöglichkeiten zu kommunizieren, in der Organisation von positiven Anreizen und sozialen Normen für die notwendig gewordene Verhaltensänderung sowie in dem Bemühen, den Zusammenhalt und die Selbstorganisation und die Kommunikation in den betroffenen Gruppen- und damit Voraussetzungen für individuell und gesellschaftlich erfolgreiches Risikomanagement zu schaffen bzw. zu verbessern. Schließlich bildete auch die Organisation zur Solidarität mit Bedrohten, Infizierten und Kranken eine wesentliche Komponente des Präventionsmodells. Und zwar nicht aus purem Gutmenschentum, sondern weil ein gesellschaftliches Klima des Respekts und des Vertrauens eine notwendige Voraussetzung des

Präventionsmodells und der Bewältigung der mit HIV und Aids verbundenen Probleme darstellt.

Dieser Präventionsansatz steht unter dem zentralen Gedanken des gesellschaftlichen Lernens und sucht Antworten auf die - der Such- und Zwangsstrategie entgegengesetzte - Leitfrage: wie organisieren wir möglichst schnell, möglichst bevölkerungsweit und möglichst zeitstabil gesellschaftliche Lernprozesse, mit denen sich die Individuen, die Bevölkerung, die Institutionen und die gesamte Bevölkerung auf das Leben mit dem bis auf weiteres unausrottbaren Virus einstellen können?

Es ist evident, dass diese Strategie wesentlich mehr und etwas wesentlich anderes ist als Aufklärung und Gesundheitserziehung. Die Einbeziehung der Betroffenen und auch die Förderung von Strukturen, die die Kommunikation über und die Vermeidung von Risiken erleichtern weist diesem Modell einen höheren Rang zu. Die Strategie ist eine moderne Mischung aus einer multimodalen Mehrebenen-Kampagne mit Bezug und Verknüpfung zu vielen dezentralen Aktivitäten in und mit den Lebenswelten der Zielgruppen, also eine Herangehensweise, die auch wesentlicher Bestandteil des im Sommer 2005 wegen der Neuwahlen zunächst gescheiterten Bundespräventionsgesetzes hätte werden sollen.

Die Wahl dieser Lernstrategie – anstelle der bürgerrechtlich katastrophalen wie gesundheitlich wenig wirksamen Suchstrategie – bot sich für die Politik auch deshalb an, weil damit zwei beim Erscheinen von Aids entstandenen Bewegungen in der Bevölkerung einbezogen und auch instrumentalisiert werden konnten. Zum einen hatte die ‚gay community‘ schnell – und noch vor dem Staat - begonnen, Verhaltensänderungen in den eigenen Reihen zu organisieren und forderte nun auch soziale Unterstützung dabei sowie zum Schutz der eben erst in den 70ern von der Schwulenbewegung erkämpften rechtlichen und sozialen Freiheiten. Gleichzeitig wirkten die schwulen Aids-Aktivisten als Impulsgeber für die Mobilisierung anderer sozialer Bewegungen, die sich fortan wie ein politischer cordon sanitaire um die Aids-Thematik scharten. Diese Akteure standen also bereit und wurden auch im Rahmen dieser Strategie dringend gebraucht. Aus ihnen entstanden die ca. 150 Aids-Hilfen – heute sind es nach Konsolidierung und Normalisierung nach ca. 120 - und damit ein neuer Typ von gesundheitspolitischem Akteur, der im Zusammenwirken mit der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung und kommunalen Gesundheitsämtern in der stets spannungsreichen Zusammenarbeit zwischen ehrenamtlichen und hauptamtlichen Mitarbeitern die Aids-Prävention organisierte – Selbsthilfe also nicht wie sonst üblich zur Krankheitsbewältigung, sondern zur Krankheitsverhütung – auch dies ein wegweisender Ansatz.

Wie gesagt: was dabei heraus gekommen ist, kann gesundheitspolitisch als lerntüchtig erfolgreiches Pilotmodell gewertet werden. Mit seiner Hilfe hat die deutsche Bundesrepublik aber auch bürgerrechtlich ihre Reifeprüfung bestanden: die Diskriminierung von HIV-Infizierten und Aids-Kranken ist die Ausnahme geblieben, auch gesellschaftliche Solidarität hat sich hier als organisierbar erweisen, und im Ergebnis ist der Umgang mit Sexualität und Homosexualität, aber auch mit Drogen in Deutschland ehrlicher und liberaler geworden.

Das Politikfenster, das sich Mitte der achtziger Jahre, unter den dramatischen Bedingungen einer akuten und in ihrer Tragweite gar nicht abschätzbaren, Besorgnis, Angst und Panik aus-

lösenden Bedrohung geöffnet hatte, ist für eine wirklich innovative und richtungweisende Innovation genutzt worden.

Der Erfolg dieser Innovation beginnt zu bröckeln: Seit der zweiten Hälfte der 90er Jahre deuten alle verfügbaren Indikatoren darauf hin, dass *safer sex* und *safe use* nachlassen, ersteres auch und besonders in der hauptsächlich betroffenen Gruppen der homo- und bisexuellen Männer. Die Anzahl der neuen HIV-Infektionen aber auch die anderer sexuell übertragbarer Krankheiten steigt, der Kondomabsatz stagniert. Die regelmäßigen, von der BZgA unterstützten Umfragen unter Männern, die Sex mit Männern haben, Beobachtungen in den diversen Sex-Szenen sowie auch Berichte aus der Beratungspraxis von Aids-Hilfen und Gesundheitsämtern sowie aus Aids-Schwerpunktpraxen und Drogeneinrichtungen – sie alle weisen in die gleiche Richtung: präventives Verhalten nimmt insgesamt langsam, in einigen Szenen dramatisch ab. Nun kann man sich damit trösten, dass das Modell immerhin ca. 15 Jahre beispiellose Erfolge erbracht hat und uns so auch die Zeitspanne bis zu ersten wirksamen Medikamenten überwinden geholfen hat. Dagegen ist freilich einzuwenden, dass Aids auch heute noch eine schwere und wahrscheinlich in der Mehrzahl der Fälle immer noch zum Tode führende Krankheit ist. Auch die relative Stabilität der HIV-Inzidenz mit ca. 2.000 Neuinfektionen in Deutschland pro Jahr vermag nicht wirklich zu beruhigen: Ein Teil der HIV-Infektionsrisiken wird durch die verminderte Infektiosität von antiretroviral therapierten Infizierten kompensiert. Hier leistet also die klinische Medizin einen direkten Beitrag zur Primärprävention. Technisch gesprochen: durch die Senkung der Viruslast in Aids-Patienten, die unter Kombi-Therapie stehen, ist die durchschnittliche Risikoladung pro Risikosituation stark verringert worden. Und weil von den in Deutschland lebenden ca. 40.000 Menschen mit HIV und Aids mindestens ca. die Hälfte unter solchen Therapien steht, müsste die Anzahl der Neuinfektionen auch bei konstantem Safer Sex und Safe Use Verhalten kontinuierlich sinken. Wenn unter diesen Umständen die Zahl der Neuinfektionen konstant bleibt und nicht sinkt, deutet dies auf größer werdende Defizite im präventiven Verhalten (*safer sex* und *safe use*) hin.

Das ist bei derart langen Gesundheitskampagnen keine wirkliche Überraschung, und normaler Weise würde eine aufgeklärte Gesundheitspolitik darauf mit Nachjustierungen in der Kampagne reagieren. Die BZgA verfährt in ihren Präventionsbemühungen für die ‚Allgemeinbevölkerung‘ nach diesem Muster. Dabei werden jene Elemente, die nicht mehr so stark wirken, wie sie sollen, darauf hin betrachtet, wie man sie verändern und verbessern kann. Das aber stößt bei der Aids-Prävention auf drei Probleme: zum einen ist Aids-Prävention eben nicht in erster Linie eine staatliche Veranstaltung, die man durch Verwaltungsanordnung top down modifizieren kann. Vielmehr müssen die vielen Akteure von und für Veränderungen überzeugt und motiviert werden. Zum anderen wissen wir auch bis heute nicht, welche Elemente oder Komponenten der Kampagne eigentlich wie stark – jedes für sich und in Synergie miteinander - wirken. Das liegt daran, dass in den achtziger Jahren das Modell der gesellschaftlichen Lernstrategie ohne begleitende Qualitätssicherung und Evaluation – einfach dem Druck der Ereignisse folgend – in allen westeuropäischen Ländern mit allen Komponenten eingesetzt worden ist. Abschätzen können wir deshalb lediglich den – sehr hohen – Gesamteffekt der Prävention, denn er differiert zwischen den Staaten und Regionen je nachdem, wann, bei welcher epidemiologischen Ausgangslage und mit welcher Intensität und Vollständigkeit die Prävention organisiert worden ist.

Von daher wissen wir nicht, was im Einzelnen den Erfolg erklärt:

- War es der kombinierte Einsatz bevölkerungsweiter Streubotschaften, zielgruppenspezifischer und von den betroffenen Gruppen organisierter Kampagnen in Verbindung mit massenhafter persönlicher Beratung?
- War es die Qualität der Botschaften und ihrer Übermittlung?
- War es das solidarische gesellschaftliche Klima, das öffentlich vermitteltes Lernen auch in Scham- und Tabubereichen ermöglichte?
- War es die Erweiterung der Gesundheitserziehung um Elemente der Beeinflussung der Lebenslage?
- War es der soziale Zusammenhalt in den betroffenen Gruppen, vor allem der ‘gay community’?
- Oder waren es der Problemdruck und die Angst durch die massenhafte persönliche Konfrontation mit den Risikofolgen, also mit HIV-Infizierten und Aids-Kranken im persönlichen Umfeld?

Wahrscheinlich war all dies wichtig und wahrscheinlich erklärt sich der Gesamterfolg aus der Synergie dieser Komponenten. Aber mit derartig vagen Vermutungen hat man nicht genug in der Hand, um eine im Prinzip bewährte Strategie weiter zu entwickeln oder zu modifizieren.

Erschwerend kommt – als drittes Hindernis einer organischen Weiterentwicklung des Präventionsmodells – hinzu, dass wir auch nicht wissen, welches die Gründe für das Nachlassen des präventiven Handelns (also von safer sex und safe use) sind. Auch hier ist vor voreiligen Vereinfachungen zu warnen.

- Im Hinblick auf die Gruppe der Männer, die Sex mit Männern haben und über deren sexuelles Verhalten und seine Motive wir mittlerweile relativ viel wissen, wäre im Einzelnen zu prüfen: Handelt es sich um ‚normale‘ Ermüdungserscheinungen einer nun schon über fünfzehn Jahre laufenden Kampagne?
- Welche Rolle spielt der erfreuliche Umstand, dass Aids-Erkrankungen und Sterben im je persönlichen Umfeld immer seltener erlebt werden müssen?
- Hat die nachlassende Präsenz von Aids in den Medien einen Einfluss?
- Halten vielleicht speziell jüngere Menschen Aids eher für ein Problem der Älteren und schützen sich und ihre PartnerInnen deshalb weniger als früher? (andere Studien deuten auf die 30-40-Jährigen als jetzt wieder mehr gefährdete und gefährdende Gruppe hin)
- In welchem Maße hat sich infolge der Kombinationstherapie die Wahrnehmung von Aids in den Zielgruppen von einer tödlichen Bedrohung zu einer behandelbaren chronischen Krankheit gewandelt, vor der man sich nicht mehr so sehr schützen muss?
- Inwieweit waren ‚safer sex‘ und ‚safe use‘ vielleicht auch Reflexe auf die zum Teil als existenziell wahrgenommene Bedrohung der Bürgerrechte in den betroffenen Gruppen und lassen mit dem Nachlassen dieser Bedrohung ebenfalls wieder nach?
- Oder haben wir es mit Effekten nachlassender Präventionsanstrengungen zu tun, verursacht durch die vielerorts schwindende öffentliche Unterstützung sowie durch geringeres Engagement bzw. nachlassende Kreativität ehrenamtlicher Präventions-Aktivisten? (denn die Aids Hilfen haben sich zwar professionalisiert, aber zugleich auch immer mehr Aufgaben auf den Gebieten der Sozialberatung und der individuellen Unterstützung übernehmen müssen).
- Oder haben wir es mit den Folgen des aus der Präventionsarbeit bekannten Problems zu tun, dass die Präventionsbotschaften Menschen mit geringerer formaler Bildung sowie

Angehörige anderer Kulturkreise immer schon schlechter erreichten? (tatsächlich verzeichnen wir immer mehr Neuinfektionen bei Menschen mit niedriger formaler Bildung und mit niedrigem sozialem Status, einschließlich Migration).

Viele Fragen also, und wenig gesicherte Antworten; in jedem Falle aber eine neue Herausforderung. Denn eins scheint sicher: mit einer bloßen Fortschreibung bisheriger Botschaften, Formen und Medien der Aids-Prävention dürfte dem perspektivisch auch epidemiologisch bedrohlichen Abbröckeln präventiven Verhaltens nicht beizukommen sein, wohl auch nicht mit dem Rezept ‚mehr von demselben‘.

In dieser Situation gibt es mindestens zwei mögliche Strategien.

Die erste Strategie würde damit beginnen, die in vielen Ländern (und auch in Deutschland) vorschnell herunter gefahrenen Förderung sozialwissenschaftlicher Grundlagenforschung zu den Ursachen dieser Entwicklung und möglichen Wegen, ihr zu begegnen, zügig wieder aufzunehmen bzw. zu verstärken. Ein aussichtreicher Pfad hin zur Entwicklung einer ‚neuen‘ Präventionsstrategie könnte – in Analogie zu anderen Interventionsfeldern von ‚New Public Health‘ - darin liegen, HIV-Prävention nicht mehr als isoliertes Risikomanagement zu betreiben, sondern als integralen Teil von *sexual health* zu betrachten. Dies würde es erlauben, die fördernden und hemmenden Bedingungen präventiven Verhaltens verstärkt im erweiterten Kontext eines mehr oder weniger gelingenden Beziehungs- und Sexuallebens zu bearbeiten. Das wäre eine langfristige Aufgabe, die in der Perspektive auch größere Auswirkungen auf den Bildungssektor, die Curriculum-Entwicklung und die Qualifizierung der Lehrkräfte auf allen Bildungsstufen haben müsste und auch der Selbsthilfe und Beratung neue Aufgaben zuweisen würde. Dabei ginge es auch nicht mehr ‚nur‘ um Aids, sondern sicher auch um Drogen, Gewalt etc. Ich sehe keine Kraft in Deutschland, die dieses große Thema mit der für einen erfolgsversprechenden Beginn notwendigen kritischen Massen an politischem Willen und Ressourcen anpacken könnte. Im Vergleich zum Beginn der Epidemie ist Aids ja mittlerweile als Thema weitgehend entpolitisiert – mit allen erfreulichen und unerfreulichen Aspekten, die dieser Aspekt der Normalisierung so mit sich bringt.

Aber auch unterhalb einer solchen, den Gesamtrahmen der Strategie gründlich erweiternden Generalrevision gibt es sinnvolle Möglichkeiten, Aids Prävention den neuen Gegebenheiten entsprechend weiter zu entwickeln und dabei auch kurzfristig Ergebnisse zu erzielen. Die zweite Strategie verfolgt einen solchen Bottom-up-Ansatz. Die wesentliche Produktivitätsreserve wird bei diesem Ansatz in der Qualität der Arbeit der einzelnen, dezentral arbeitenden Aids Hilfen gesehen, und zwar im Hinblick aus Situationsanalyse, Strategiefindung, Aktionsgestaltung und Qualitätssicherung-

In einem von uns durchgeführte Totalerhebung bei allen deutschen Aids-Hilfen konnten wir feststellen, dass – trotz der hohen Arbeitsbelastung aus der Patienten-Betreuung und den sozialrechtlichen Problemen - nahezu alle Aids Hilfen nach wie vor Primärprävention betreiben. Nahezu alle haben aber auch Zweifel, ob sie diese Aufgabe so gut erfüllen, wie sie wollen und könnten. Als wichtigster einzelner Hinderungsgrund für zu wenig Präventionsarbeit und ihre Qualitätsmängel wird die zu geringe und mancherorts auch absolut zurück gehende materielle Ausstattung der Aids Hilfen genannt. Vor allem bei kleinen Aids Hilfen mangelt es an personellen Ressourcen, um überhaupt gute Präventionsarbeit zu leisten, die über das Ablegen von

Flyern in Bars, Kneipen und anderen Szene-Treffs hinausgeht. Trotz dieser Engpässe betreiben über 80 % der Aids Hilfen eine Qualitätssicherung ihrer präventiven Arbeit. Das ist auch ein Verdienst des Dachverbandes der Aids-Hilfen, also der Deutschen Aids-Hilfe. Weit über zwei Drittel der Aids Hilfen würde sich eine wissenschaftliche Unterstützung ihrer Arbeit wünschen, wenn diese ihren regional spezifischen Möglichkeiten und Bedürfnissen entspricht. Um das zu verdeutlichen: bei regional oder lokal ansetzender Prävention geht es nie um die Anwendung zentral vorgefertigter Rezepte. Leitlinien – mit denen die meisten Aids Hilfen heute schon arbeiten – markieren allenfalls einen breiten Korridor. Was konkret in diesem Korridor zu tun und zu unterlassen ist, kann nur nach den lokalen und sozialen Gegebenheiten der jeweiligen Aids-Hilfe und in Zusammenarbeit mit den lokalen Präventionsfachleuten und den ehrenamtlichen Präventionsaktivisten entschieden werden. Das setzt ein gleichberechtigtes Verhältnis zwischen Wissenschaftlern und Aids-Helfern voraus und mündet in der Produktion lokal entworfener und umgesetzter Kampagnen, Maßnahmen, Aktionen und Ansätze. In der professionellen Organisationsentwicklung - z. B. im privatwirtschaftlichen Bereich – sind diese Ansätze unter dem Stichwort ‚local theory‘ schon seit langem bekannt. Für die Aids-Hilfen ist diese Form der partizipativen Qualitätsentwicklung erst noch zu entwickeln. Im Ergebnis kommt es dann zu maßgeschneiderten Aktivitäten im Hinblick auf verschiedene Teilszenen und ihre Treffpunkte, also einer sozial und sozialräumlich verstärkten Differenzierung, meist unter Einschluss von aufmerksamkeitsstiftenden Aktionen und zugehender Beratung, integriert in die soziale und sexuelle Wirklichkeit der jeweiligen Zielgruppen. Dabei gilt es auch, an eine Grundvoraussetzung der Aids-Strategie zu erinnern: das Ziel der Prävention ist die Minimierung der Anzahl der Neuinfektionen und sonst gar nichts. Prävention hat nicht dort anzusetzen, wo sympathische Menschen verkehren, sondern wo Infektionen drohen. Gesundheitspolitik ist keine Moralpolitik. Wer dies vorurteilslos akzeptiert, kommt schnell darauf, dass neben Teilszenen der schwulen Welt Präventionsarbeit v. a. auch in der Stricherszene, in der Beschaffungsprostitution, im Knast und bei Migranten, zum Teil ungeklärtem Aufenthaltsstatus zu leisten ist.

Die Bereitschaft der Aids-Hilfen für die je regionale bzw. lokale Steigerung der Qualität durch gleichberechtigten Dialog mit der Wissenschaft ist hoch. Als wir für dieses Projekt nach zwölf kooperationsbereiten Aids-Hilfen fragten, meldeten sich sehr viel mehr, obgleich das Projekt für die Aids Hilfen zunächst einmal mehr Arbeit und auch Störung bedeutet. Und wenn keine unerwarteten Hindernisse mehr auftauchen, hoffen wir dieses Projekt im kommenden Winter mit Unterstützung des BMGS, der BzGA sowie der DAH beginnen zu können.

Von dieser Arbeit erhoffen sich alle Beteiligten einerseits einen Qualitätsschub der Präventionsarbeit und andererseits aber auch die Produktion von Wissen sowohl über Modernisierungspotenziale von Inhalt und Form der Präventionsarbeit als auch über die Möglichkeiten der Qualitätssicherung von nicht-medizinischer und oft unter Einschluss des Ehrenamtes stattfindender Gesundheitsarbeit, also Ergebnisse, die weit über Aids hinaus von Bedeutung sind.

Ganz praktisch aber erhoffen sich alle Beteiligten davon, dass damit die Zahl der Neuinfektionen gesenkt werden kann. Denn im Gegensatz zur staatlichen Gesundheitspolitik, die mit ca. 2.000 Neuinfektionen pro Jahr offenbar ganz gut leben kann und das Thema wohl weiter lieber möglichst geräuscharm bzw. auf der Ebene von Sponsoring und Charity-Glamour halten

möchte, ist für jeden, der das Leben und Sterben mit Aids in seinem Umkreis erleben musste, ist tatsächlich jede Infektion eine vermeidbare Infektion und deshalb eine Infektion zuviel.

Die Weiterentwicklung der Präventionsstrategie stellt uns somit vor wichtige und dringende Probleme, die wir anpacken müssen und die sicher auch des Schweißes der Edlen wert sind. Und doch ist stets auch daran zu erinnern, dass al das, worüber ich hier gesprochen habe, gewissermaßen auf einer ‚Insel der Glückseligen‘ spielt: In den armen Ländern unserer Welt finden wir nach wie vor mehr als 80 % der HIV-Infektionen, und dort leben auch über 80 % der an Aids erkrankten Personen. Jedoch werden dort nur rund 10 % der weltweit gegen Aids aufgewendeten Ressourcen eingesetzt. Das ist weder human, noch zeugt es von einem der Globalisierung entsprechenden und auf Nachhaltigkeit zielenden Handeln. Angesichts der globalen Aids-Krise hat die gesamte reiche Welt bislang im Wesentlichen versagt. Wenn die Bewältigung von Aids in Europa eine Ausnahme vom normal schlechten Lauf der Gesundheitspolitik war und ist, so warten die armen Länder bis heute vergeblich auf eine solche Ausnahme.

Literatur (mit weiteren Nachweisen):

Rolf Rosenbrock/Doris Schaeffer (Hg.): Die Normalisierung von Aids – Politik, Prävention, Krankenversorgung, Ergebnisse sozialwissenschaftlicher Aids-Forschung Bd. 23, edition sigma, verlag rainer bohn: Berlin 2002

Rolf Rosenbrock: Aids-Prävention – eine gefährdete Innovation, in: Hans Jäger (Hg.): Aids und HIV-Infektionen. Handbuch und Atlas für Klinik und Praxis, 41. Erg. Lfg. VII-8.3, ecomed: Landsberg 2003, S. 1 - 4

Prof. Dr. rer. pol. Rolf Rosenbrock, Jg. 1945, ist Leiter der Forschungsgruppe Public Health im Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB) und lehrt Gesundheitspolitik u. a. an der Technischen Universität Berlin. Seine wichtigsten Themen sind die sozial bedingten Ungleichheiten von Gesundheitschancen, Präventionspolitik, Krankenkassenpolitik sowie Steuerung und Finanzierung der Krankenversorgung. Er betreibt seit den 70er Jahren Gesundheitsforschung und Politikberatung und ist u. a. Mitglied im Sachverständigenrat für die Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR – G) sowie Vorsitzender des wissenschaftlichen Beirats der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), Mitglied des Nationalen Aids-Beirates (NAB), des Vorstandes im Berliner Zentrum Public Health (BZPH) etc.

E-mail: rosenbrock@wz-berlin.de