

Zwischenbericht

der Enquete-Kommission „Gefahren von AIDS und wirksame Wege zu ihrer Eindämmung“

gemäß Beschluß des Deutschen Bundestages vom 8. Mai 1987 und vom 5. Februar 1988
— Drucksachen 11/244 (neu), 11/1754 —

Inhaltsverzeichnis	Seite
Vorwort	2
Abschnitt A	
Zusammenfassung der Empfehlungen der Enquete-Kommission „Gefahren von AIDS und wirksame Wege zu ihrer Eindämmung“	4
Abschnitt B	
Auftrag und Durchführung der Kommissionsarbeit	16
Abschnitt C	
Die Immunschwäche AIDS	
Bestandsaufnahmen, Auswertungen, Empfehlungen	21
1. Kapitel „AIDS und Gesellschaft“	21
2. Kapitel „Das Krankheitsbild von AIDS“	35
3. Kapitel „Übertragungswege aus heutiger Sicht“	57
4. Kapitel „Epidemiologie“	64
5. Kapitel „Primärprävention (Verhütung der HIV-Infektion)“	75
6. Kapitel „Prävention bei intravenös Drogenabhängigen“	100
Abschnitt D	
Minderheitenvoten/Sondervoten	112
Anhang	
1. Glossar	135
2. Abkürzungen	139
3. Kommissionsdrucksachen	140
4. Kommissionsarbeitsunterlagen	142

Vorwort

Die Immunschwäche AIDS hat sich in den letzten Jahren zu einer Krankheit entwickelt, die weltweit das Leben vieler Menschen bedroht und gegen die bisher keine ursächlich wirksamen Gegenmittel entwickelt werden konnten.

Die Bedeutung, die diese Krankheit auch für die Bundesrepublik Deutschland hat, veranlaßte den Deutschen Bundestag auf Anträge aller vier Fraktionen, im Mai 1987 die Einsetzung einer Enquete-Kommission „Gefahren von AIDS und wirksame Wege zu ihrer Eindämmung“ zu beschließen. Damit sollte deutlich gemacht werden, daß die besondere Herausforderung durch die Krankheit AIDS ein gemeinsames Handeln möglichst aller politisch Verantwortlichen gebietet.

Auf der Grundlage des vom Deutschen Bundestag erteilten Auftrags hat die Kommission zu Beginn ihrer Tätigkeit ein umfassendes Arbeitsprogramm erstellt und im Laufe der Zeit fortgeschrieben. Entsprechend dieser Vorgaben hat die Kommission zu jedem einzelnen Kapitel des jetzt vorliegenden Zwischenberichts

- eine Bestandsaufnahme vorgenommen, die ihr den notwendigen Wissensstand vermittelte, um auf dieser Basis
- Feststellungen über Wissensdefizite und Handlungsbedarf treffen sowie entsprechende Wertungen vornehmen zu können und um hieraus
- die gebotenen Schlußfolgerungen zu ziehen.

Die Kommission war sich bewußt, mit einer Problematik befaßt zu sein, die gegenwärtig medizinisch nicht lösbar ist und die die Gesellschaft unvorbereitet traf. Fast täglich werden durch intensive Forschungsarbeiten neue medizinisch-naturwissenschaftliche und psychosoziale Zusammenhänge bekannt.

Vor diesem Hintergrund sollte die Bestandsaufnahme zur Feststellung führen, was gesicherte Erkenntnis, gesichertes Tatsachenbild ist. Sie sollte zu einer klaren Unterscheidung dessen kommen, was wir wissen und was wir nicht wissen. Des weiteren sollten Sympathie- und Antipathieeffekte, die sich unvermeidlich aus jeder Projektion eines öffentlich relevanten Gegenstandes auf den Meinungsprozeß ergeben, vermieden werden.

Erst nach einer auf der Grundlage dieser Kriterien durchgeführten Bestandsaufnahme erschien es der Kommission sinnvoll, Feststellungen über Handlungs- und Wissensdefizite zu treffen und Beurteilungen der Wirksamkeit möglicher Maßnahmen vorzunehmen sowie Konsequenzen aufzuzeigen, um der Immunschwäche AIDS begegnen zu können.

Unter diesen Voraussetzungen konnten in dem nunmehr vorliegenden Zwischenbericht erste Empfehlungen ausgesprochen werden.

Hierbei war sich die Kommission bewußt, daß die komplexe Materie der Immunschwäche AIDS mit ihrer komplizierten medizinischen Problematik und ihren Auswirkungen auf zahlreiche Lebensbereiche in der kurzen Zeitspanne zwischen ihrer Konstituierung und der Vorlage des Zwischenberichts es nicht ermöglichen werde, ausführliche Empfehlungen zu allen mit der Krankheit verbundenen Fragen abzugeben. Hinzu kommt, daß die bisherigen Erfahrungen mit AIDS als einer neuen Krankheit zwangsläufig nur ein vorläufiges, dem derzeitigen Stand der medizinisch-naturwissenschaftlichen und psychosozialen Forschung entsprechendes Bild der Problematik vermitteln können. Neue wissenschaftlich begründete Erkenntnisse, vor allem auf dem Gebiet der Therapie bei HIV-Infizierten mit dem Ziel, den Ausbruch der Krankheit hinauszuzögern, können sehr bald dazu führen, Aussagen dieses Berichts zu korrigieren.

Nicht zuletzt soll der Zwischenbericht auch als ein Beitrag gegen die Entrationalisierung öffentlicher Erörterungen verstanden werden. Er ist der Versuch, das Thema AIDS sachlich und frei von Emotionen zu diskutieren.

Für die Erstellung des Schlußberichts wird die Kommission noch folgende Themenbereiche behandeln:

- Beratung, Betreuung und Versorgung von symptomlos HIV-Infizierten
- Betreuung und Versorgung der Erkrankten
- aktuelle gesellschaftliche und administrative Maßnahmen zur Bekämpfung der Immunschwäche AIDS
- verfassungsrechtliche Lage
- Erfahrungen aus dem Bereich der Seuchenhygiene
- Forschung: Stand und Entwicklung
- Zusammenarbeit auf nationaler und internationaler Ebene.

Bonn, den 16. Juni 1988

Dr. Hans-Peter Voigt (Northeim)
Vorsitzender

ABSCHNITT A

Zusammenfassung der Empfehlungen der Enquete-Kommission „Gefahren von AIDS und wirksame Wege zu ihrer Eindämmung“

Zum 2. Kapitel „Das Krankheitsbild von AIDS“

1. Handlungsbedarf

Die Kommission empfiehlt dem Deutschen Bundestag, die Bundesregierung zu ersuchen, bei den Ländern anzuregen, daß

1.1

die steigende Zahl von AIDS-Patienten, einschließlich der mit neurologischen und psychiatrischen Aspekten und an offener Tuberkulose erkrankten, in den Krankenhausbedarfsplänen zu berücksichtigen ist und in den Regionen, in denen AIDS gehäuft vorkommt, der vorgesehene Bettenabbau entsprechend verlangsamt oder unterlassen wird;

1.2

für die Labordiagnostik bei diesen Patienten entweder einschlägige klinische Laboratorien geschaffen oder existierende Laboratorien, zum Beispiel Tuberkulose-Laboratorien, erhalten werden;

1.3

im Hinblick auf eine optimale ärztliche Versorgung von LAS-/ARC- und AIDS-Kranken, die spezieller Kenntnisse und Erfahrungen bedarf, die in der Ärzteschaft noch nicht ausreichend verbreitet sind, zumindestens für eine Übergangszeit eine ausreichende Anzahl von Spezialambulanzen eingerichtet werden, sei es in Anlehnung an bestehende Krankenhäuser, sei es in Praxisgemeinschaften;

1.4

die Behandlung Ärzten vorbehalten bleibt, die ausreichend lange Zeit erforderliche Kenntnisse und Erfahrungen erworben haben;

1.5

bei der Behandlung und Betreuung von AIDS-Kranken neue und flexible Mischformen zwischen stationärer und ambulanter Versorgung erprobt werden;

1.6

das Zusammenwirken von medizinischer, pflegerischer und betreuender Kompetenz, in das neben Ärzten und Pflegepersonal auch Sozialarbeiter, Psychologen und freiwillige Betreuer einzubeziehen sind, weiterentwickelt wird, wobei auf die gesundheitsbezogenen Standes- und Berufsorganisationen, Krankenkassen, freien Träger, Länder und Kommunen einzuwirken ist, zweckmäßige Organisationsformen zu finden und zu erproben;

1.7

dafür Sorge getragen wird, daß wegen der mit der Pflege von AIDS-Patienten verbundenen enormen physischen und psychischen Belastung bessere Bedingungen für das Personal geschaffen werden; dazu gehört unter anderem auch eine psychologische Unterstützung;

1.8

die angemessene Bezahlung des pflegenden Personals im Vergleich zum Personal in Funktionsbereichen sichergestellt wird;

1.9

im Hinblick auf die mit hohen Kosten verbundene rasche und genaue Diagnose von AIDS und seiner Folgekrankheiten sowie die damit im Zusammenhang stehenden therapeutischen Maßnahmen eine Leistungs- und Kostenanalyse, aufgeteilt nach mikrobiologischen, endoskopischen und anderen vielfältigen klinischen Untersuchungen im Vergleich mit ähnlichen, langwierig und kostspielig zu behandelnden Krankheiten mit tödlichem Ausgang (zum Beispiel Bronchialkarzinom, Niereninsuffizienz, Herz-Kreislauf-Erkrankungen) durchgeführt wird, wobei die Erhebungen in Krankenhaus, Ambulanz und bezüglich der klinischen Forschung getrennt vorzunehmen sind.

Die Kommission empfiehlt dem Deutschen Bundestag, die Bundesregierung zu ersuchen,

1.10

daß gesetzliche Voraussetzungen geschaffen werden, erfolgversprechende Therapeutika so schnell wie medizinisch und rechtlich verantwortbar für die Behandlung zur Verfügung zu stellen, wobei eine solche Zulassung mit strikten Auflagen versehen sein könnte;

1.11

in diesem Zusammenhang die Versicherung der mit dem vorläufig zugelassenen Präparat behandelten Patienten zu bedenken;

1.12

in geeigneter Weise dafür Sorge zu tragen, daß der arzneimittelrechtliche Schutzstandard selbst bei einer vorläufigen Zulassung nicht unterschritten wird;

1.13

in geeigneter Weise zu verhindern, daß die arzneimittelrechtliche Versicherungspflicht den Hersteller von der frühzeitigen Einleitung des Zulassungsverfahrens abhält; eventuell ist eine Risikoentlastung des Herstellers durch andere Solidargemeinschaften ins Auge zu fassen.

2. Forschungsbedarf

Die Kommission empfiehlt dem Deutschen Bundestag, die Bundesregierung zu ersuchen, Forschungsmaßnahmen bezüglich des Krankheitsverlaufs einzuleiten oder zu verstärken beziehungsweise Forschungsansätze in folgenden Bereichen zu fördern sowie bei den Ländern diese Forschungsmaßnahmen und -ansätze anzuregen:

2.1

Erforschung des natürlichen Verlaufs, insbesondere des Frühverlaufs und der psychosozialen Einflüsse der HIV-Infektion;

2.2

Erforschung des Verlaufs von AIDS zwischen erfolgreich behandelten opportunistischen Infekten sowie Erforschung der Faktoren, die den Übergang der Frühphase in die definierten Spätstadien LAS, ARC und AIDS begleiten beziehungsweise bestimmen;

2.3

Erforschung der opportunistischen Infekte, insbesondere der abweichenden Verlaufsformen, deren Zustandekommen, ihrer Frühsymptomatik sowie der Verbesserung der Schnelldiagnostik und Erprobung weiterer Antibiotika und Antimykotika;

2.4

Erforschung neuer Therapieformen bei Erkrankungen am Kaposi-Sarkom und an Tumoren;

2.5

Erforschung der Unterschiede der neurologischen und psychiatrischen Symptome von opportunistischen Infekten des Zentralnervensystems;

2.6

Erforschung der spezifischen immunologischen und infektiologischen Situation der Schwangeren und des Neugeborenen;

2.7

Entwicklung von empfindlicheren Antikörpertests und Tests, die Veränderungen des Virus feststellen können;

2.8

Forschungen auf dem Gebiet der Therapie mit AZT, bei der noch viele Fragen offen sind: Dosis, Applikationsintervalle, Interaktion mit anderen Pharmaka, Therapie der Frühformen beziehungsweise Therapie bei Kindern;

2.9

Umfassende Therapieforschung wie die Therapie der opportunistischen Infekte einschließlich einer Rezidivprophylaxe und Arbeiten über die Therapie der bei AIDS auftretenden Tumoren;

2.10

Untersuchungen über die Wirkung erfolgversprechender neuer Therapieansätze gegen die HIV-Infektion selbst;

2.11

Verbesserung der Therapie mittels klinisch-pharmakologischer und pharmazeutischer Grundlagenforschung und zwar speziell auf dem Gebiet der pharmazeutischen Chemie, der Rezeptorbiologie und – therapiebezogen – der Immunologie und Virologie;

2.12

Erforschung psychosozialer Einflüsse auf den Verlauf der Infektion, die Dauer der Latenz sowie den Krankheitsverlauf.

Zum 3. Kapitel „Übertragungswege aus heutiger Sicht“**1. Handlungsbedarf**

Die Kommission empfiehlt dem Deutschen Bundestag, die Bundesregierung zu ersuchen und bei den Ländern anzuregen, daß

1.1

die heute seltenen Fälle einer Infektion durch Bluttransfusion dokumentiert und erforscht werden; die Indikation für eine Bluttransfusion unter Berücksichtigung des Restrisikos strenger zu stellen ist;

1.2

mehrfährige Beobachtungen akzidentieller Inokulationen durchgeführt werden;

1.3

in den Informationsmaterialien darauf hingewiesen wird, daß HIV-infizierte Personen beim Geschlechtsverkehr auch untereinander Kondome beziehungsweise Fixer sterile Spritzen benutzen sollten, solange nicht ausgeschlossen ist, daß wiederholte Infektionen vermutlich den Ausbruch der Krankheit beschleunigen können;

1.4

im Bereich der künstlichen Insemination und der extracorporalen Befruchtung die Samenspende mindestens zweimal in Abständen von sechs Wochen auf HIV getestet und die Frauen über das verbleibende Risiko aufgeklärt werden müssen.

2. Forschungsbedarf

Die Kommission empfiehlt dem Deutschen Bundestag, die Bundesregierung zu ersuchen, vorrangig die Forschung über die Übertragungsmechanismen zu verstärken und in diese folgende Problembereiche einzubeziehen sowie bei den Ländern diese Forschung anzuregen,

2.1

welche Komponenten des Spermas die Übertragung des Virus ermöglichen; Übertragungsmechanismus der Infektion von der Frau auf den Mann; Mikroläsionen als mögliche Ursache der Übertragung der Infektion;

2.2

die durch akzidentielle Inokulation und beruflich verursachte Infektionen zu dokumentieren und zu erforschen;

2.3

neue Tests zur möglichst frühzeitigen Erkennung von HIV zu entwickeln, um die immer noch verbleibende diagnostische Restunsicherheit weiter zu verringern; Möglichkeiten zur Inaktivierung des Virus ohne Verlust der Wirksamkeit von Gerinnungspräparaten zu finden;

2.4

die Überlebenszeit des Virus in Leichen und Gewebsteilen sowie an kontaminiertem Material zu untersuchen; die Risiken beim Umgang mit infizierten Körperflüssigkeiten im Labor zu erforschen;

2.5

das Infektionsrisiko bei menschlichen Gewebekulturen sowie bei der Endoskopie und bei der Entbindung HIV-positiver Frauen zu untersuchen;

2.6

die Ausbreitung der HIV-Infektion innerhalb des Körpers und den Pathomechanismus der Infektion insbesondere in der klinisch stummen Latenzzeit zu erforschen;

2.7

den Zeitpunkt der Infektion und des Übertragungsmechanismus während der Schwangerschaft und bei der Geburt sowie die Infektiosität der Muttermilch zu ermitteln;

2.8

die Infektiosität in den verschiedenen Phasen der Infektion zu untersuchen;

2.9

Langzeituntersuchungen über psychische, physische und psychosoziale Cofaktoren, die die Infektion mit HIV beeinflussen, durchzuführen;

2.10

Detailuntersuchungen über das Eindringen vergleichbarer Lentiviren in Schleimhäute und Makrophagen an Tieren zu veranlassen;

2.11

die unterschiedlichen Gefährungsgrade bei unterschiedlichen Formen und Techniken des Geschlechtsverkehrs zu untersuchen;

2.12

die Sicherheit von Kondomen und der Kondombenutzung, auch im Hinblick auf unterschiedliche Sexualpraktiken (Material und Anwendung) zu untersuchen;

2.13

die Erhöhung des Erkrankungsrisikos durch wiederholten HIV-Kontakt (Mehrfachinfektionen) zu erforschen;

2.14

die Bedeutung und Verbreitung von HTLV I und HIV-2 zu untersuchen.

Zum 4. Kapitel „Epidemiologie“

Die Kommission empfiehlt dem Deutschen Bundestag, die Bundesregierung zu ersuchen,

1.

die bislang angewandten epidemiologischen Methoden beizubehalten und auszubauen;

2.

die Erweiterung der bestehenden freiwilligen anonymen Meldung der AIDS-Vollbildfälle zu einer Berichtspflicht analog der Laborberichtspflicht zu prüfen;

3.

im Rahmen der anonymen Laborberichtspflicht in einem Pilotprojekt ausgewählte Großlabors zu beauftragen, auch die Bezugszahlen zu den positiven Testbefunden, das heißt, die Gesamtzahl der durchgeführten ELISA-Tests zu melden;

4.
zur Erweiterung der epidemiologischen Erkenntnisse das Mittel der Kohortenstudie vermehrt einzusetzen;
5.
Versuche zu unternehmen, die verschiedenen angewandten epidemiologischen Methoden zu einer Gesamtaussage zu kombinieren;
6.
für die noch nicht angewandte Methode des sogenannten unlinked-testing eine gesetzliche Grundlage zu schaffen;
7.
in den Darstellungen zum Vorkommen und zur Verbreitung von AIDS zu den bewährten Kennziffern der Epidemiologie (zeitraum- beziehungsweise zeitpunktbezogene Inzidenz und Prävalenz zum Beispiel je Jahr, Halbjahr oder Stichtag) zurückzukehren und auf kumulative Darstellungen so weit wie sinnvoll zu verzichten;
8.
die Verbreitung und die epidemiologische Bedeutung des HIV-2 und HTLV I für Europa zu untersuchen.

Zum 5. Kapitel „Primärprävention (Verhütung der HIV-Infektion)“

1. Handlungsbedarf

Die Kommission empfiehlt dem Deutschen Bundestag, die Bundesregierung zu ersuchen und entsprechende Anregungen an die Länder weiterzuleiten:

1.1

In den politischen Verlautbarungen und in der gesamten Aufklärung sollte die Bedeutung der Selbstverantwortung des einzelnen Menschen beim Schutz vor AIDS herausgestellt und deutlich gemacht werden, daß diese Eigenverantwortung gestärkt werden muß und nicht an den Staat, an Verbände oder Organisationen delegiert werden kann. Das Ziel der Aufklärung muß die Befähigung zum realitätsgerechten Erkennen von Infektionsrisiken und zu autonomer Selbststeuerung in Risikosituationen sein.

Darüber hinaus ist es wichtig, das in der Allgemeinbevölkerung verbreitete Gefühl der persönlichen „Nicht-Betroffenheit“ anzusprechen und im Hinblick auf die bekannten Risikosituationen als irrig darzustellen. Der Eindruck eigener Nicht-Betroffenheit, z.B. weil man nicht zu einer definierten Hauptbetroffenengruppe gehört, läßt falsche Sicherheit entstehen.

1.2

Präventionsstrategien sollten unter Aufnahme wesentlicher Erkenntnisse aus der Lern-, Sozial- und Werbepsychologie sowie der Kommunikations- und Verhaltensforschung entworfen, durchgeführt und evaluiert werden.

1.3

Die Präventionskampagnen sollten mit dem Ziel verstärkt werden, über die Möglichkeiten aufzuklären, sich und/oder andere vor einer Infektion zu schützen, wobei sie sich noch mehr an den Hauptübertragungswegen im sexuellen sowie im Bereich der i.v.-Drogenbenutzer zu orientieren haben.

Die Aufklärung sollte dabei hinsichtlich der Formulierung der Botschaft sowie der Orte und Medien der Ansprache an den unterschiedlichen Lebensweisen der Zielgruppen ansetzen.

1.4

In den Präventionskampagnen sollte, noch mehr als bisher geschehen, Wert auf eine klare, offene und verständliche Sprache gelegt werden, so zum Beispiel bei der Handhabung von Kondomen.

1.5

Neben der allgemeinen Aufklärung und den zielgruppenspezifischen Kampagnen bildet die persönliche Beratung möglichst vieler Menschen die dritte und vielleicht entscheidende Ebene der AIDS-Prävention.

Die Beratungsstellen der verschiedenen Träger sollten dazu personell und finanziell noch besser ausgestattet werden. Auf die persönliche und fachliche Qualifikation der Berater/innen ist zu achten.

1.6

Es ist zu prüfen, ob die Anerkennung der Gemeinnützigkeit der Selbsthilfegruppen bundesweit ermöglicht werden kann.

1.7

Die Situation der berufsmäßigen Prostituierten sollte durch Beseitigung sozialer und rechtlicher Diskriminierungen verbessert werden wie durch:

- Förderung von Selbsthilfegruppen
- Ausweitung der Beratung durch Streetworker
- Schaffung szenennaher Treffzentren, in denen zusätzlich Beratung, Kriseninterventionen und Hilfe zur Selbsthilfe angeboten werden
- Angebot von attraktiven Ausstiegshilfen (Unterstützung sowie Hilfe bei der Wohnungs-, der Arbeitssuche und bei der Schuldenregulierung)
- Prüfung, wie Prostituierte sozial besser abgesichert werden können
- Schalten von Safer Sex-Hinweisen offizieller Präventionsträger zwischen Kontaktanzeigen
- deutliche Hinweise auf allen HIV-Testzeugnissen und Kontrollbescheinigungen, daß ein negatives Testergebnis keine Unbedenklichkeitsbescheinigung darstellt.

1.8

In allen Schulen einschließlich der berufsbildenden Schulen sollte Sexualkundeunterricht erteilt werden und in diesem Rahmen eine fächerübergreifende faktenge-rechte AIDS-Aufklärung erfolgen. Es ist nicht zuletzt Zielsetzung des Sexualkundeunterrichts, jungen Menschen zu zeigen, daß hier, wie in vielen anderen Situationen, Gelegenheit zu eigenständigem kritischem Wahlverhalten zwischen verschiedenen Verhaltensalternativen gegeben ist. Gleichzeitig mit der AIDS-Aufklärung im Sexualkundeunterricht sollte unter Hinzuziehung professioneller Berater auch fundiertes Wissen über Gesundheitserziehung und die gesellschaftlichen Auswirkungen einschließlich des Umgangs mit Minderheiten vermittelt werden. Die schulische Aufklärung ist dabei im Zusammenwirken mit Eltern zu organisieren und zu gestalten.

1.9

Es sollte für die verbesserte Verbreitung von geeigneten Aufklärungsmaterialien gesorgt werden, die sich gezielt und mit Nachdruck an Frauen und Paare mit Kinderwunsch vor einer Schwangerschaft richten. Hierbei müßten Frauen als Partnerinnen von bisexuellen und promisk lebenden Männern sowie promisk lebende Frauen besonders angesprochen werden.

1.10

Auf die Standesorganisationen der Ärzte sollte dahingehend eingewirkt werden, Fortbildungsveranstaltungen mit dem Ziel anzubieten, in der Praxis sachgerechte Informationen über die Risiken einer HIV-Infektion zu geben.

1.11

Für die außerstaatlichen Organisationen im Bereich der AIDS-Prävention sollten für eine effektive Arbeit weitere und umfangreichere finanzielle Mittel bereitgestellt werden.

1.12

Die Weiter- und Fortbildung beispielsweise der medizinischen, pädagogischen und psychologischen Fachkräfte sollte auch daraufhin ausgerichtet sein, als Multiplikatoren Präventionsbotschaften an die Beschäftigten im Öffentlichen Dienst zu vermitteln.

1.13

Die Beratungsinstitutionen sollten unter folgenden Gesichtspunkten einen HIV-Antikörpertest empfehlen:

- als Bilanztest bei Bestehen einer festen Partnerschaft sowie bei nicht promiskuer Lebensweise
- bei Frauen mit Kinderwunsch und bestehendem HIV-Risiko
- in der Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchung bei einem HIV-Risiko.

1.14

Zum Ausschluß der Infektion durch Blut und Blutprodukte, Transfusionen, Transplantationen oder Spermaspenden ist ein Test auf HIV-Antikörper, soweit noch nicht erfolgt, zwingend vorzuschreiben.

1.15

Es ist zu prüfen, ob angesichts der Rechtsunsicherheiten bezüglich der Entnahme und Untersuchung von Blut sowie der Verwendung der so gewonnenen Daten gesetzliche Regelungen wegen der Beeinträchtigung des informationellen Selbstbestimmungsrechts geboten erscheinen.

1.16

Des weiteren ist eine Novellierung des Strafgesetzbuches mit dem Ziel der Streichung der Sondervorschrift des § 175 Strafgesetzbuch und der Einführung einer einheitlichen Schutzvorschrift für männliche und weibliche Jugendliche zu prüfen.

2. Forschungsbedarf

Die Kommission empfiehlt dem Deutschen Bundestag, die Bundesregierung zu ersuchen,

2.1

hinsichtlich der Auswirkungen von AIDS auf das Sexualverhalten zielgruppenspezifische Untersuchungen zum Sexualverhalten u.a. von Jugendlichen, Gefährdeten- und Hauptbetroffenengruppen durchzuführen;

2.2

hinsichtlich der gesellschaftlichen Auswirkungen von AIDS Vorhaben über die Erforschung der Ursachen für die Entstehung von Vorurteilen sowie über die Bedingungen und Strategien zum Abbau von Vorurteilen einzuleiten;

2.3

hinsichtlich der bisher durchgeführten Präventionskampagnen eine Evaluation mit dem Ziel durchzuführen:

- Messung des Informationserfolges der bisher durchgeführten Kampagnen
- Überwachung der laufenden Kampagnen, um gegebenenfalls neue Gegebenheiten, wie Schwierigkeiten bei der Aufnahme von Informationen und Auswei-

tungsmöglichkeiten hinsichtlich der Präventionsaussage oder hinsichtlich bestimmter Zielgruppen, in die Kampagnen einbauen zu können;

2.4

hinsichtlich des HIV-Antikörpertests Untersuchungen über das Ausmaß sowie die Möglichkeiten der Minimierung falsch-positiver und falsch-negativer Testergebnisse zu veranlassen;

2.5

hinsichtlich des Einsatzes des HIV-Antikörpertests als Mittel der Prävention bei symptomlos Infizierten Studien über die ethischen, sozialen, rechtlichen und medizinischen Probleme sowie über die Frage der erwünschten und unerwünschten Wirkungen zu veranlassen. Dabei sind der Bezug und der Vergleich mit anderen, zum Beispiel auf dem Gebiet der Gentechnologie, rasch zunehmenden, ähnlich potenten und ähnlich problematischen Diagnosemöglichkeiten herzustellen;

2.6

hinsichtlich der Übertragbarkeit die bisherigen Erfahrungen der präventiven Gesundheitspolitik, wie zum Beispiel Gurtpflicht, Schluckimpfung gegen Kinderlähmung, Antiraucherkampagnen u.ä., auf die AIDS-Prävention zu untersuchen;

2.7

bezüglich der gesamtgesellschaftlichen Daten im Zusammenhang mit AIDS Studien über die Auswirkungen von AIDS in volkswirtschaftlicher, sozialpolitischer und versicherungswirtschaftlicher Hinsicht in Auftrag zu geben.

Zum 6. Kapitel „Prävention bei intravenös Drogenabhängigen“

Die Kommission empfiehlt dem Deutschen Bundestag, die Bundesregierung zu ersuchen und entsprechende Anregungen an die Länder weiterzuleiten:

1. Zur allgemeinen Gesundheitspolitik

1.1

In den Informationsmaterialien ist eindringlich darauf hinzuweisen, daß die gemeinsame Benutzung von Spritzen und Spritzbestecken das Hauptübertragungsrisiko bei Opiatabhängigen darstellt.

1.2

Zur Unterstützung dieser Aufklärungsbemühungen sollten Spritzenaustauschprogramme mit der Möglichkeit von kostenlosen Spritzenabgaben durchgeführt werden.

1.3

Staatliche und nichtstaatliche Institutionen der Drogenhilfe sollten so ausgestattet und ausgelegt werden, daß sie die für sie neuen Aufgaben in der AIDS-Prävention hinsichtlich der sexuellen Übertragung bei den von ihnen Beratenen wirksam erfüllen können.

1.4

Im Strafvollzug sollten zur Verhütung von Neuinfektionen den Gefangenen in geeigneter Weise Desinfektionsmittel zur Verfügung gestellt werden.

1.5

In das BtMG sollte ein klarstellender Hinweis aufgenommen werden, daß der Besitz von Spritzen und die Vergabe von Spritzen an Betäubungsmittelabhängige nicht rechtswidrig und daher nicht strafbar sind. Außerdem sollte von einem Beweisverwertungsverbot ausgegangen werden.

1.6

Die Strafverfolgungsbehörden sollten § 29 Abs. 5 BtMG großzügiger anwenden.

1.7

Die Akzeptanz und Haltekraft der Beratungs- und Behandlungsangebote sollten auch im ländlichen Bereich verbessert werden, die Streetworker-Arbeit und andere niederschwellige Angebote intensiviert sowie in den Szenenbereichen „Drogenstationen“ mit „offenen“ Räumen (Kontaktläden) und vielfältigen Beratungs- und Hilfsangeboten geschaffen werden, wobei in den Schwerpunkten des Drogengeschehens neben der Streetworker-Arbeit auch der Ausbau von Drogenstationen durch Modellprojekte gefördert werden soll. Zur Absicherung dieser suchtbegleitenden Drogenarbeit ist eine ausreichende ergänzende Fehlbedarfsfinanzierung erforderlich. Um Verzögerungen zu vermeiden, sollte sofort, zumindest in den Brennpunkten des Drogengeschehens, neben der Streetworker-Arbeit auch der Ausbau von Drogenstationen durch Modellprojekte gefördert werden.

1.8

Für den körperlichen Entzug sollten in ausreichendem Maß Spezialeinrichtungen geschaffen werden, in denen die Patienten medizinisch und psychisch betreut sowie auch die Möglichkeiten eines medikamentengestützten Entzugs (sogenannter weicher Entzug) im Einzelfall genutzt werden, um die Akzeptanz der Entzugsbehandlung zu erhöhen.

1.9

Die zentralen Entzugsstationen sollten so ausgebaut werden, daß die Drogenabhängigen dort während der Wartezeit nach dem körperlichen Entzug bis zum Beginn der Therapie aufgefangen und betreut werden können.

1.10

Die entsprechenden Gesetzesvorschriften sollten dahin gehend geändert werden, daß die vorläufige Finanzierung von Drogentherapien einem einzigen Kostenträger übertragen wird und dieser in allen Fällen sofort leisten muß, ohne Rücksicht darauf, welcher Kostenträger im Endergebnis zuständig ist. Außerdem sollten die Kostenträger verpflichtet werden, Drogentherapien auch außerhalb ihrer eigenen Einrichtungen zu finanzieren, wenn diese staatlich anerkannt sind.

1.11

Die bisherige Praxis sollte dahingehend geändert werden, daß im Bewilligungsverfahren, sofern nicht besondere Gründe vorliegen, kein HIV-Antikörpertest verlangt wird.

1.12

Den Drogenhilfen muß es durch eine entsprechende Fehlbedarfsfinanzierung ermöglicht werden, HIV-infizierte und an AIDS-erkrankte Drogenabhängige, die als nicht mehr rehabilitationsfähig gelten, weiter zu betreuen und für sie, wenn sie obdachlos sind, Unterkünfte bereitzustellen.

1.13

Bei substituierten drogenabhängigen Frauen sollte nach der Entbindung, wenn eine Motivation zum Entzug nicht gegeben ist, die Möglichkeit zur Fortsetzung der Substitution eröffnet werden.

1.14

Hinsichtlich einer erfolgsversprechenden AIDS-Prävention im Prostituierten- und Stricherbereich sollte in den Informationsmaterialien nachhaltige Aufklärung betrieben und Ausstiegshilfen sowie beratende und suchtbegleitende Betreuung angeboten werden.

2. Zur Substitution von HIV-infizierten und AIDS-kranken Drogenabhängigen sowie von solchen HIV-gefährdeten Drogenabhängigen, denen mit herkömmlicher Therapie nicht geholfen werden kann

Die auch aus rechtlichen Gründen bestehenden Bedenken gegen Methadon-Substitutionsprogramme schließen nicht aus, daß im begründeten Einzelfall die Abgabe von Levomethadon an Drogenabhängige medizinisch indiziert ist. Voraussetzung dafür ist die Einhaltung folgender Regeln:

2.1

Die Substitution darf nur auf Grund einer begründeten Indikation im Einzelfall und nur unter Aufsicht eines in der Drogentherapie erfahrenen Arztes durchgeführt werden.

2.2

Durch gründliche Voruntersuchung muß sichergestellt sein, daß tatsächlich eine schwere Opiatabhängigkeit vorliegt. Nichtabhängige und Patienten mit gelegentlichem Opiatmißbrauch sind durch die Voruntersuchung auszuschließen.

2.3

Voraussetzung der Substitutionsbehandlung ist die ärztliche Feststellung im Einzelfall, daß weitere Versuche einer Abstinenzbehandlung aussichtslos sind.

2.4

Es müssen regelmäßig Urinkontrollen auf Suchtstoffe in der Untersuchungsphase und während der Behandlung vorgenommen werden.

2.5

Während der Behandlung muß die tägliche Verabreichung einer nichtinjizierbaren Trinklösung von Levomethadon unter Aufsicht sichergestellt sein.

2.6

Im Rahmen der Substitution muß eine adäquate Begleitbehandlung in Form von Sozialberatung und Betreuung, beruflichen Eingliederungshilfen und Psychotherapie stattfinden.

2.7

Es müssen Krankengeschichten geführt werden, die Basis einer medizinischen und psychosozialen Betreuung sein können sowie Doppelbehandlungen verhindern, wobei die Schweigepflicht zu berücksichtigen ist.

2.8

Wiederholter zusätzlicher Gebrauch anderer Suchtstoffe während der Substitution hat den Abbruch der Levomethadonbehandlung zur Folge. Zuvor ist die Beratung zu intensivieren.

2.9

Für HIV-infizierte und an AIDS erkrankte Drogenabhängige sowie für solche HIV-gefährdete Drogenabhängige, denen mit herkömmlichen Therapien nicht geholfen werden kann, sollte ein strukturiertes und ärztlicherseits streng kontrolliertes Substitutionsangebot geschaffen werden, das organisch in die übrige Drogenarbeit eingefügt sein muß.

2.10

Die Auswirkungen solcher Angebote sollten von Anfang an durch ein wissenschaftliches Begleitprogramm ausgewertet werden.

2.11

Substitutionsangebote sollten in ausreichender Zahl vorhanden und gut erreichbar sein.

ABSCHNITT B**Auftrag und Durchführung der Kommissionsarbeit**

1. Entstehung und Aufgabenstellung der Kommission
2. Zusammensetzung der Kommission
3. Arbeitsweise der Kommission
4. Beratungsverlauf

1. Entstehung und Aufgabenstellung der Kommission

Die Immunschwäche AIDS hat sich in den letzten Jahren zu einer Krankheit entwickelt, die das Leben vieler Menschen bedroht und gegen die bisher keine wirksamen oder erfolgversprechenden medizinischen Gegenmittel entwickelt werden konnten.

Die Bedeutung dieser Krankheit hatte bereits in der 10. Wahlperiode im parlamentarischen Bereich zu mehreren Initiativen Anlaß gegeben und im Frühjahr 1987, kurz nach der Konstituierung des 11. Deutschen Bundestages, zu drei Anträgen der Fraktionen geführt, eine Enquete-Kommission AIDS einzusetzen.

Am 31. März 1987 stellte die Fraktion der SPD beim Deutschen Bundestag den Antrag, eine Enquete-Kommission „Gefahren von AIDS und wirksame Wege zu ihrer Eindämmung“ zur Vorbereitung gesellschafts- und gesundheitspolitischer Entscheidungen des Deutschen Bundestages einzusetzen¹⁾. Diese Kommission sollte die Aufgabe haben, durch Verbesserung des Wissens- und Informationsstandes des Deutschen Bundestages über die Immunschwäche AIDS, ihre Gefahren und Bekämpfungsmöglichkeiten, seine politischen Beratungen und Entscheidungen vorzubereiten. Dabei sollten insbesondere die von AIDS ausgehenden Gefahren analysiert, die Folgen für die Gesellschafts- und Gesundheitspolitik bewertet und Vorschläge unterbreitet werden, wie diesen Gefahren begegnet oder sie abgewendet werden können.

Am selben Tage beantragten die Fraktion der CDU/CSU und die Fraktion der FDP gemeinsam die Einsetzung einer Enquete-Kommission „AIDS“²⁾. Diese Kommission sollte ebenfalls Vorschläge erarbeiten, wie die medizinische Versorgung und sonstigen Hilfen für die Erkrankten und Infizierten verbessert und – über den Antrag der SPD hinausgehend – die Weiterverbreitung der Krankheit auch durch Prüfung administrativer und seuchenrechtlicher Maßnahmen verhindert werden können.

Einen Tag später, am 1. April 1987, beantragte die Fraktion DIE GRÜNEN die Einsetzung einer Enquete-Kommission „Möglichkeiten der Menschen in der Bundesrepublik Deutschland, mit AIDS zu leben“³⁾. In dieser Kommission sollten vorrangig Persönlichkeiten vertreten sein, die mit der AIDS-Problematik besonders berührt und vertraut sind. Aufgabe dieser Kommission sollte es sein, zusammen mit dem Ausschuß für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit dem Deutschen Bundestag eine Vorlage für eine erste große Debatte zum Thema AIDS im Herbst 1987 zuleiten.

Der Deutsche Bundestag hat die drei Anträge in seiner 8. Sitzung am 2. April 1987 an den Ausschuß für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit überwiesen und in seiner 11. Sitzung am 8. Mai 1987 die Einsetzung einer Enquete-Kommission „Gefahren von AIDS und wirksame Wege zu ihrer Eindämmung“ gemäß § 56 der Geschäftsordnung des Deutschen Bundestages beschlossen.

Grundlage für diesen Beschluß war die Beschlußempfehlung des Ausschusses für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit vom 6. März 1987⁴⁾. Diese beruhte auf einem neuen, von den Fraktionen der CDU/CSU, SPD und FDP auf der Basis der ursprünglich von ihnen eingebrachten Anträge gemeinsam erarbeiteten Entschließungsantrag. Damit sollte deutlich gemacht werden, daß die besondere Herausforderung durch die Krankheit AIDS ein gemeinsames Handeln möglichst aller politisch Verantwortlichen gebiete.

Die Fraktion DIE GRÜNEN konnte sich nicht dazu verstehen, dem gemeinsamen Antrag der anderen Fraktionen zuzustimmen, sondern bestand auf ihrem Antrag. Dieser setze für die Arbeit der Kommission grundsätzlich andere Akzente, indem von der Kommission erwartet werde, daß sie dem Parlament zunächst nur Grundlagen für dessen eigene Meinungsbildung vermittele. Nach dem Antrag der anderen Fraktionen würden demgegenüber offenbar schon fertige Kommissionsvorschläge gewünscht, über die das Parlament im wesentlichen nur noch abzustimmen brauche. Der von ihr gestellte Antrag sei außerdem viel differenzierter, indem er wichtige Aspekte,

¹⁾ BT-Drucksache 11/117

²⁾ BT-Drucksache 11/120

³⁾ BT-Drucksache 11/122

⁴⁾ BT-Drucksache 11/244 (neu)

wie den Datenschutz und den Schutz der Grundrechte, hervorhebe und ausdrücklich die Probleme bestimmter, durch die Krankheit und ihre Folgen besonders berührter Gruppen, anspreche.

Im Deutschen Bundestag wurde der Auftrag und die Zusammensetzung der Kommission gemäß der Beschlußempfehlung des Ausschusses für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit wie folgt beschlossen:

„Zur Vorbereitung gesellschafts- und gesundheitspolitischer Entscheidungen des Deutschen Bundestages wird eine Kommission „Gefahren von AIDS und wirksame Wege zu ihrer Eindämmung“ gemäß § 56 der Geschäftsordnung des Deutschen Bundestages eingesetzt. Die Kommission setzt sich aus neun Abgeordneten des Deutschen Bundestages zusammen. Das Benennungsrecht der Fraktionen richtet sich nach dem Verhältnis 4:3:1:1. Weitere Mitglieder der Kommission sind acht nicht dem Deutschen Bundestag, der Bundes- oder einer Landesregierung angehörende Sachverständige. Die Sachverständigen sollen aus dem Bereich der medizinischen und der Gesellschaftswissenschaften, der Rechts-, Sexual-, Kommunikationswissenschaften und aus dem Bereich der Selbsthilfe kommen. Die Kommission hat über das Ergebnis ihrer Arbeiten bis spätestens Herbst 1987 einen ersten Bericht vorzulegen.

Die von der Immunschwächekrankheit ausgehende Bedrohung erfordert den konzentrierten Einsatz und die Zusammenarbeit aller Kräfte auf nationaler und internationaler Ebene. Alle Anstrengungen müssen darauf gerichtet werden, die Forschung zur Entwicklung eines Gegenmittels und eines Serums zu forcieren, die medizinische Versorgung und sonstigen Hilfen für die Erkrankten und Infizierten zu verbessern und die Weiterverbreitung der Krankheit wirksam zu verhindern. Dabei ist klarzustellen, daß es sich um ein komplexes Problem mit weitreichenden gesundheitlichen, sozialen und gesellschaftlichen Auswirkungen handelt, das entsprechend komplexe Maßnahmen erforderlich macht. Der Deutsche Bundestag ist sich darüber im klaren, daß die Kommission keine abschließenden Vorschläge erarbeiten kann, solange kein wirksames Gegenmittel gegen die Krankheit gefunden ist.

Die Kommission hat die Aufgabe, durch Verbesserung des Informations- und Wissensstandes des Deutschen Bundestages über die Immunschwächekrankheit AIDS, ihre Gefahren und Bekämpfungsmöglichkeiten seine politischen Beratungen und Entscheidungen vorzubereiten und wissenschaftlich abgesichert zu fundieren. In diesem Rahmen hat sie insbesondere

- die von AIDS ausgehenden Gefahren zu analysieren und ihre Folgen für die Gesellschafts- und Gesundheitspolitik zu bewerten;

Vorschläge zu unterbreiten, wie diesen Gefahren entgegengewirkt werden kann oder sie abgewendet werden können. Dabei sind auch die rechtlichen, verfassungspolitischen und verwaltungsmäßigen Aspekte einzubeziehen und zu bewerten;

- Vorschläge zu unterbreiten, wie durch eine Verbesserung der Zusammenarbeit der in Bund, Ländern, Gemeinden sowie der Krankenversicherung Verantwortlichen und den in Selbsthilfeeinrichtungen Tätigen der weiteren Ausbreitung von AIDS wirksamer entgegengewirkt werden kann;

- wie die Betreuung und Hilfe für die Infizierten und Kranken und deren Schutz vor Diskriminierung und Ausgrenzung am wirkungsvollsten erreicht werden können.

Dabei sollen die gesundheitlichen, sozialen und gesellschaftlichen Auswirkungen dargestellt werden;

- die Kommission soll ferner untersuchen, ob und wie die Forschung zu AIDS und die Umsetzungsmöglichkeiten von Forschungsergebnissen ausgebaut werden können und welche Schritte aus der Sicht des Deutschen Bundestages geeignet erscheinen, die internationale Zusammenarbeit enger und wirksamer zu gestalten;

- zu prüfen, auf welche Weise die notwendige fächer- und ressortübergreifende Zusammenarbeit im Wissenschafts- und Politikbereich verbessert werden muß, um einen möglichst breiten gesellschaftlichen Konsens bei der Bekämpfung von AIDS zu erreichen.“

Dem am 3. Februar 1988 gestellten gemeinsamen Antrag der Fraktionen der CDU/CSU, SPD, FDP und der Fraktion DIE GRÜNEN, die Frist für die Vorlage eines ersten Berichts bis Frühjahr 1988 zu verlängern, wurde mit Beschluß des Deutschen Bundestag vom 5. Februar 1988⁵⁾ entsprochen.

2. Zusammensetzung der Kommission

Von den Fraktionen wurden folgende Mitglieder des Deutschen Bundestages für die Enquete-Kommission benannt:

CDU/CSU-Fraktion:

Dr. Karl *Becker* (Frankfurt)
Dr. Joseph-Theodor *Blank*
Norbert *Geis*
Dr. Hans-Peter *Voigt* (Northeim), Vorsitzender

SPD-Fraktion:

Frau Margit *Conrad*
Achim *Großmann*, stellvertretender Vorsitzender
Frau Renate *Schmidt* (Nürnberg)

FDP-Fraktion:

Norbert *Eimer* (Fürth)

Fraktion DIE GRÜNEN:

Frau Heike *Wilms-Kegel*

⁵⁾ BT-Drucksache 11/1754

Auf Vorschlag der Fraktionen berief der Präsident des Deutschen Bundestages als sachverständige Kommissionsmitglieder:

Diplom-Psychologin
Sophinette *Becker*
Psychosomatische Klinik
Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg

Manfred *Bruns*
Bundesanwalt beim Bundesgerichtshof, Karlsruhe

Prof. Dr. Hans-Ullrich *Gallwas*
Institut für Politik und
Öffentliches Recht
Ludwig-Maximilians-Universität München

Dieter *Riehl*
Deutsche AIDS-Hilfe e.V., Hannover

Privatdozent Dr. Rolf *Rosenbrock*
Wissenschaftszentrum Berlin

Prof. Dr. Wolfgang *Spann*
Vorstand des Instituts für Rechtsmedizin
Ludwig-Maximilians-Universität München

Prof. Dr. Wolfgang *Stille*
Zentrum der Inneren Medizin
Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt

Prof. Dr. Nepomuk *Zöllner*
Vorstand der Medizinischen Poliklinik
Ludwig-Maximilians-Universität München

Das Kommissionssekretariat

Die Verwaltung des Deutschen Bundestages stellte der Kommission ein Sekretariat zur Verfügung, das organisatorische und wissenschaftliche Aufgaben zu erfüllen hat. Zu dessen Leiter wurde MinRat Dr. Dr. Peter *Lichtenberg* bestellt. Wissenschaftliche Mitarbeiter im Sekretariat sind: Barbara *Düser*, Johannes Freiherr von *Gayl*, Dr. med. Siegfried *Mann*, Thilo *Schobes*, Dr. med. Angela *Heck* (gutachtlich), Dr. rer. nat. Barbara *Hobom* (gutachtlich). Außerdem sind im Sekretariat tätig: RA Michael *Malm*, Ulrike *Nonn* und Iris *Stahl*.

3. Arbeitsweise der Kommission

Auf der Grundlage des vom Deutschen Bundestag erteilten Auftrags hat die Kommission zu Beginn ihrer Tätigkeit ein umfassendes Arbeitsprogramm erstellt und im Laufe der Zeit fortgeschrieben. Dieses Programm hat seinen Niederschlag in dem dem Zwischenbericht vorangestellten Inhaltsverzeichnis gefunden. Nach dieser Vorgabe hat die Kommission zu jedem einzelnen im Zwischenbericht genannten Kapitel

- eine Bestandsaufnahme vorgenommen, die ihr den notwendigen Wissensstand vermittelte — *Bestandsaufnahme* —,
- um auf dieser Basis Feststellungen über Wissensdefizite und Handlungsbedarf treffen sowie ent-

sprechende Bewertungen vornehmen zu können — *Auswertungen* —, und

- um hieraus die gebotenen Schlußfolgerungen zu ziehen — *Empfehlungen* —.

Hierbei war sich die Kommission bewußt, daß die komplexe Natur der Probleme, insbesondere die für den Zwischenbericht gesetzte Frist, ihr keine Möglichkeit ließen, ausführliche Empfehlungen zu allen mit der Krankheit verbundenen Problemen abzugeben.

4. Beratungsverlauf

Die Kommission hielt in der Zeit vom 16. Juni 1987 bis 10. Juni 1988 dreißig ganztägige Sitzungen ab.

In der Erkenntnis, daß die von der Kommission erwarteten Ergebnisse und Empfehlungen eine umfangreiche Bestandsaufnahme bedingen, fanden im Verlauf der Sitzungen Anhörungen mit externen Sachverständigen aus der Bundesrepublik Deutschland, den Niederlanden, Norwegen, Österreich, Schweden, der Schweiz und den Vereinigten Staaten von Amerika zu den Kapiteln „Medizinisches Krankheitsbild von AIDS“, „Epidemiologie 1987“, „Gesellschaftliche Auswirkungen der Krankheit AIDS“, „Primärprävention“, „AIDS-Prävention bei intravenös Drogenabhängigen — Verhaltensbeeinflussung und Substitution (durch Methadon etc.) —“, „Beratung, Betreuung und Versorgung von symptomlos HIV-Infizierten unter dem Aspekt der Vermeidung weiterer Infektionen“ und „Makrophagen“ statt.

Außerdem ließ sich die Kommission eine Studie „Die gesellschaftlichen Auswirkungen der Krankheit AIDS“ von Dr. Gisela Bleibtreu-Ehrenberg, M.A., Bonn, erstellen sowie eine weitere „Gesamtproblematik AIDS aus medizinisch-naturwissenschaftlicher Sicht“ von Prof. Dr. Rüdiger Hehlmann, Medizinische Poliklinik der Universität München, unter Mitarbeit von Privatdozent Dr. Volker Erfle, Abteilung Molekulare Zellpathologie der Gesellschaft für Strahlen- und Umweltforschung, Neuherberg, Prof. Dr. Frank-Detlef Goebel, Medizinische Poliklinik der Universität München, Prof. Dr. Lutz Gürtler, Max von Pettenkofer Institut der Universität München, Privatdozent Dr. Michael Meurer, Dermatologische Klinik der Universität München, Prof. Dr. Gert Riethmüller, Institut für Immunologie der Universität München, Dr. Carla Rosendahl, Kinderpoliklinik der Universität München, Prof. Dr. Hans Wolf, Max von Pettenkofer Institut der Universität München.

Mitglieder der Kommission besuchten mehrere wissenschaftliche Tagungen und Kliniker in der Bundesrepublik Deutschland und im Ausland, um Informationen für die Kommissionsarbeit zu sammeln.

Anhörungen

Die Kommission führte öffentliche Anhörungen von externen Sachverständigen zu folgenden Themen durch:

„Epidemiologie 1987“

am 17. September 1987

Prof. Dr. Friedrich *Deinhardt*
Max von Pettenkofer-Institut der Universität München

Prof. Dr. Klaus *Dietz*
Direktor des Instituts für Medizinische Biometrie Universität Tübingen

Prof. Dr. Karl-Otto *Habermehl*
Institut für Klinische und Experimentelle Virologie Freie Universität Berlin

Prof. Dr. Meinrad *Koch*
Robert-Koch-Institut des Bundesgesundheitsamtes, Berlin

Dr. Michael G. *Koch*
Värdcentralen, S-Karlsborg

Prof. Dr. Karl *Überla*
Institut für Medizinische Informationsverarbeitung, Statistik und Biomathematik der Universität München

„Medizinisches Krankheitsbild von AIDS“

am 18. September 1987

Prof. Dr. Frank-Detlef *Goebel*
Medizinische Fakultät – Innere Medizin – Universität München

Prof. Dr. Hans *Pohle*
II. Medizinische Klinik Freie Universität Berlin

„Gesellschaftliche Auswirkungen der Krankheit AIDS“

am 29. September 1987

Prälat Paul *Bocklet*
Heiner *Lendermann*
Kommissariat der Deutschen Bischöfe, Katholisches Büro Bonn

Dipl.-Psychologe Dr. Ulrich *Clement*
Psychosomatische Klinik, Heidelberg

Dr. Jan *Leidel*
Gesundheitsamt der Stadt Köln

Dr. Klaus *Pacharzina*
Dipl.-Psychologe Thomas *Großmann*
Medizinische Hochschule Hannover

Prof. Dr. Dr. Horst-Eberhard *Richter*
Direktor Medizinisches Zentrum für Psychosomatische Medizin, Universität Gießen

Oberkirchenrat Tilman *Winkler*
Kirchenamt der EKD Hannover

„Primärprävention“

am 15. und 16. Oktober 1987

Prof. Dr. Margareta *Böttiger*
Direktorin des Nationalen Bakteriologischen Instituts Karolinska-Krankenhaus, Stockholm

Dr. Ute *Canaris*
Fachhochschule Köln (Sozialmedizin)

Stefanie *Klee*
HYDRA Berlin

Stadtdirektor Dr. Norbert *Kathke*
Leiter des Gesundheitsamtes München

Dr. Margot *Kreuzer*
Zentrum der Inneren Medizin
Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt

Dr. Elisabeth *Pott*
Leiterin der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln

Dr. Bertino *Somaini*
Vizedirektor des Bundesamtes für Gesundheitswesen, Bern

Dr. Matthias *Franck*, Journalist
Düsseldorf

Hans *Moerkerk*
Sekretär der National Task Force on AIDS, Amsterdam

Prof. Dr. Adolf *Windorfer*
AIDS-Beauftragter des Landes Niedersachsen, Hannover

„AIDS-Prävention bei intravenös Drogenabhängigen – Verhaltensbeeinflussung und Substitution (durch Methadon etc.) –“

am 2. November 1987

Prof. Dr. Hanns *Hippius*
Direktor der Psychiatrischen Klinik der Universität München

Wolfgang *Penkert*
Drogenbeauftragter beim Senator für Jugend und Familie, Berlin

Prof. Dr. Friedrich *Bschor*
Institut für Rechtsmedizin der Freien Universität Berlin

Inge *Schlusemann*
Deutscher Hilfsverein, Amsterdam

Dr. Johannes *Raida*
Arzt für Neurologie und Psychiatrie, Darmstadt

Dr. Walter *Kindermann*
Drogen und Jugendberatungsstelle, Frankfurt

Prof. Dr. Ambros *Uchtenhagen*
Direktor Sozialpsychiatrischer Dienst der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich

„Beratung, Betreuung und Versorgung von symptomlos HIV-Infizierten unter dem Aspekt der Vermeidung weiterer Infektionen“

am 16. November 1987

Priatdozent Dr. Michael *Meurer*
Dermatologische Klinik der Ludwig-Maximilians-Universität München

Diplompsychologe
Hans-Georg *Floß*
AIDS-Hilfe Hamburg e.V.

Dr. Klaus *Görgens*
Medizinische Poliklinik der Universität Hannover

Dr. Ulrich *Marcus*
Robert-Koch-Institut des
Bundesgesundheitsamts Berlin

Dr. Monika *Pankoke-Schenk*
Sozialdienst Katholischer Frauen, Dortmund

Rainer *Schumacher*
Diözesan-Caritasverband Köln

Dr. Schlomo *Staszewski*
Zentrum der Inneren Medizin
Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt

„*Makrophagen*“

am 15. Dezember 1987

Privatdozent Dr. Reinhard *Andreesen*
Medizinische Universitätsklinik, Freiburg

Prof. Dr. Lasse *Braathen*
Riks Hospitalet, Universitäts-Klinik, Oslo

Dr. Walter *Dowdle*
Centers for Disease Control, Atlanta (Georgia)

Prof. Dr. Max *Eder*
Direktor des Pathologischen Instituts der Universität
München

Privatdozentin Dr. Helga *Rübsamen-Waigmann*
Direktorin des Chemotherapeutischen Forschungsin-
stituts Georg-Speyer-Haus, Frankfurt/Main

Prof. Dr. Klaus *Wolff*
Direktor der 1. Universitäts-Hautklinik, Wien

ABSCHNITT C**Die Immunschwäche AIDS****Bestandsaufnahmen, Auswertungen, Empfehlungen *)**

Die komplexe Natur der Immunschwäche AIDS und die für die Erstellung des Zwischenberichts verfügbare Zeit hat die Kommission davon absehen lassen, ausführliche Empfehlungen zu allen mit der Immunschwäche AIDS verbundenen Fragen abzugeben. Sie hat sich daher zunächst auf die Behandlung der Probleme von „AIDS und Gesellschaft“, des „Krankheitsbilds von AIDS“, der „Übertragungswege aus heutiger Sicht“, der „Epidemiologie“, der „Primärprävention (Verhütung der HIV-Infektion)“ und „AIDS-Prävention bei intravenös Drogenabhängigen – Verhaltensbeeinflussung und Substitution (durch Methadon etc.)“ beschränkt.

Der Bericht enthält demzufolge nur die wesentlichsten Ergebnisse, auf denen die Schlußfolgerungen und Empfehlungen beruhen. Überdies ist der Kommission während der Beratungen und Abfassung des Berichts immer deutlicher geworden, daß fortlaufend neue wissenschaftliche Erkenntnisse und Daten die Immunschwäche AIDS zu einem Problem haben werden lassen, das sich fortentwickelt, während es untersucht wird. Aus diesem Grund kann der Bericht nur von einer Situation ausgehen, wie sie sich zur Zeit seiner Abfassung darstellt.

1. Kapitel: AIDS und Gesellschaft

Inhalt

	Seite
I. Bestandsaufnahme	23
Vorbemerkung	23
1.1 Die Entwicklung des sexuellen Verhaltens	23
1.1.1 Jugend und Sexualität heute	23
1.1.2 Sexuelle Normen und Einstellungen bei Erwachsenen	24
1.1.3 Auswirkungen von AIDS auf das Sexualverhalten und -leben der Bevölkerung	24
1.1.3.1 Im heterosexuellen Bereich	24
1.1.3.2 Im homosexuellen Bereich	25
1.1.4 Um- und Neulernen von Sexualität unter besonderer Berücksichtigung von AIDS	25
1.2 AIDS und Ängste	27
1.2.1 Das Verhalten negativ beeinflussende Ängste bei Gesunden, Seropositiven und AIDS-Kranken	28
1.2.2 Das Verhalten positiv beeinflussende Furcht bei Gesunden, Seropositiven und AIDS-Kranken	28
1.2.3 Ängste in Beratungssituationen	28
1.2.4 Um den Test zentrierte Ängste	28
1.3 AIDS und Vorurteile	29
1.3.1 Funktionsweise des Vorurteils gegen AIDS	29

*) Im Sinne einer besseren Lesbarkeit des Gesamttextes sind in der Regel geschlechtsneutrale Personen- und Berufsbezeichnungen verwendet worden.

1.3.2	Betroffene des Vorurteils gegen AIDS	29
1.3.3	Auswirkungen des Vorurteils gegen AIDS-Betroffene	29
1.3.3.1	Die Rolle der Massenmedien	30
1.3.3.2	Konkrete Diskriminierungserfahrungen	30
1.3.3.2.1	Bei direkt Betroffenen	30
1.3.3.2.2	Im familiären Umfeld	30
1.3.3.2.3	Im sozialen Umfeld	31
1.3.4	Zum Abbau des Vorurteils gegen AIDS	31
1.3.4.1	Mittels Aufklärung und Information	31
1.3.4.2	Mittels Beratung	31
1.3.4.3	Mittels Solidarisierung	31
1.4	Die Einstellung der Kirchen zur AIDS-Frage	32
1.4.1	Kirchen und Sexualität	32
1.4.2	Kirchen und AIDS-Aufklärung	33
1.4.3	Entmythisierung von AIDS	34
II.	Auswertungen	34
III.	Empfehlungen	34

AIDS und Gesellschaft

I. Bestandsaufnahme

Vorbemerkung

Unser Zusammenleben, das von einem Wertpluralismus ausgeht und normativ vorgegebene Antworten auf entstehende Probleme ablehnt, stellt uns mit der Freiheit auch die Aufgabe, für allgemeine Probleme nicht nur individuell als richtig empfundene Reaktionen zu finden, sondern auch für das menschliche Miteinander positive und sozial durchsetzbare Strategien zu erarbeiten. Das verlangt von uns allen viel mehr bewußte Entscheidungen, als dies früher notwendig gewesen ist. Konfrontiert mit Problemen wie der Krankheit AIDS, auf die nicht unmittelbar eine befriedigende oder wenigstens erst einmal beruhigende oder beschwichtigende Antwort auszumachen ist, können wir solche Situationen schwer bewältigen und stellen uns nur widerstrebend darauf ein, damit vielleicht für lange Zeit leben zu müssen. Alles, was mit der neuen Krankheit zusammenhängt, ist in unserer Gesellschaft zunächst mit großen Vorbehalten aufgenommen und diskutiert worden, da als Betroffenen-Gruppen vor allem homosexuelle Männer und i.v.-Drogenbenutzer sichtbar geworden waren, wobei beide Gruppen aus unterschiedlichen Gründen und im unterschiedlichen Ausmaß soziale Randstellungen einnehmen. Hinzu kommt, daß die konkreten Übertragungssituationen mit Ausnahme der Bluter fast sämtlich in Tabu-Bereichen liegen und damit Assoziationsfelder angerührt werden, die erfahrungsgemäß niemanden gleichgültig lassen. Dadurch wurde die Wahrnehmung der neuen Krankheit allerdings verzerrt und gefährlich eingeengt: Denn AIDS geht alle an, nicht nur „Randständige“, wenn auch auf ganz unterschiedliche Art. Denn selbst das ältere Ehepaar, das in lebenslanger Ehe einander treu verbunden ist, fühlt sich spätestens bei der Sorge um die eigenen Kinder oder Enkel dann doch persönlich betroffen.

Um effektive und sozial gangbare Wege zur Bekämpfung von AIDS zu finden, bedarf es vorab einer gründlichen Analyse der gesellschaftlichen Auswirkungen der neuen Krankheit, die sich zum Teil bereits gegenwärtig abzeichnen, zum Teil jedoch erst in Zukunft zum Tragen kommen werden: Auf welche Lebensbereiche wird sich AIDS am nachhaltigsten auswirken, und wo werden die größten gesellschaftlichen und individuellen Veränderungen zu erwarten sein? Welche Ängste, Befürchtungen und Vorurteile werden durch AIDS aktiviert, und was hat dies für Folgen? Wie gehen die beiden großen christlichen Konfessionen mit der neuen Herausforderung um?

Während die Kommission sich aus Zeitgründen auf die Untersuchung der in den folgenden Abschnitten dargelegten Themen beschränkt hat, war sie sich im klaren, damit durchaus noch nicht alle Aspekte der

gesellschaftlichen Auswirkungen von AIDS beleuchtet zu haben, und sie weicht der Notwendigkeit nicht aus, daß zur Abrundung des Bildes weitere wichtige und von der AIDS-Problematik beeinflusste Bereiche untersucht werden müssen.

Geplant ist, im Schlußbericht zu dem Thema „AIDS und Ethik“ sowie zu den gesellschaftlichen Problemen bei der Umsetzung von Präventionsstrategien gegen AIDS Stellung zu nehmen. Da AIDS auch multifaktorielle volkswirtschaftliche Auswirkungen haben wird, für deren Beurteilung längerfristige Prognosen benötigt werden, wird die Behandlung des Themas „AIDS und wirtschaftliche Auswirkungen“ Gegenstand des Schlußberichts sein.

1.1 Die Entwicklung des sexuellen Verhaltens

Die Entwicklung von Antikonzeptiva, wie zum Beispiel der Pille sowie von Penicillin zur Heilung der klassischen Geschlechtskrankheiten, hat zu einer allgemeinen Liberalisierung der sexuellen Normen geführt. Deshalb weist das heutige Sexualverhalten gegenüber dem früherer Jahrzehnte wesentliche Veränderungen auf, für die im einzelnen noch weitere unterschiedliche psychische, soziale und zum Teil normativ-rechtliche Fakten ursächlich sind.

Die Pluralität des Sexualverhaltens der Gegenwart darf aus diesen Gründen bei der AIDS-Bekämpfung nie außer acht gelassen werden. AIDS-Aufklärung muß auf die Situation jedes einzelnen Menschen zugeschnitten sein, sie muß ihn dort abholen, wo er ist.

1.1.1 Jugend und Sexualität heute

Die ersten sexuellen Erfahrungen werden von Jugendlichen heute früher gemacht und sind mit weniger Angst und Schuldgefühlen verbunden als noch vor einer Generation. Bis zum 16. Lebensjahr haben etwa 40 % der Mädchen und ein etwas geringerer Prozentsatz der Jungen den ersten Koitus erlebt. Das geschieht fast durchweg im Rahmen fester Freundschaftsbeziehungen mit etwa Gleichaltrigen.

Diese Beziehungen werden aber nicht nur früher eingegangen, sie dauern auch kürzer, ohne daß der Partnerwechsel von den jungen Menschen als Promiskuität (häufig wechselnde Partner) erlebt wird; dem jeweiligen Partner wird vielmehr bewußt Treue gehalten. Für dieses Verhalten hat die Sexualwissenschaft den Terminus „sequentielle Monogamie“ geprägt. Von Erwachsenen wird die Häufigkeit des Partnerwechsels bei Jugendlichen oft überschätzt.

Sexuelle Aufklärung, zumal in der Schule, sollte nicht zu früh einsetzen, indem etwa von der Erwachsenen-seite aus Probleme der Sexualität in pädagogischer Absicht an Jugendliche herangetragen werden, bevor diese von selbst danach zu fragen beginnen. Der beste Zeitpunkt dafür ist die Pubertät, da sich dann die betreffenden Fragen den Jugendlichen von selbst stellen.

Für heranwachsende junge Menschen ist die sexuelle Erfahrung ein Stück Selbstwertzuwachs, mit dem erhöhtes Selbstwerterleben verbunden ist.

1.1.2 Sexuelle Normen und Einstellungen bei Erwachsenen

Seit den 60er/70er Jahren hat die Relevanz der bis dahin die Sexualität bestimmenden Normen immer mehr abgenommen, an ihre Stelle ist das Bewußtsein von Selbstverantwortung getreten. Demgemäß sind die Ablehnung vorehelicher Sexualität und das Jungfräulichkeitsideal nahezu ausgestorben. Die sexuelle Toleranz hat insgesamt zugenommen, zeigt aber spezifische Akzente. So wird etwa Selbstbefriedigung als sexuelle Möglichkeit eher akzeptiert als früher, und die Toleranz gegenüber der Homosexualität ist gewachsen. Dagegen ist jedoch die Toleranz im Hinblick auf außereheliche Sexualbeziehungen nach wie vor begrenzt. Geschlechtsunterschiede im sexuellen Verhalten nehmen ab, hauptsächlich bedingt durch eine erhebliche Zunahme der sexuellen Erfahrungen von Frauen.

Die Ehe hat ihre Eigenschaft eines sexuellen Privilegs verloren, denn die Lebenslänglichkeit einer Beziehung wird heute als weniger wichtig empfunden als die Intensität der Emotionen in der Beziehung. Dadurch steigen aber auch die Labilität und die Trennungsanfälligkeit der Beziehungen. Von den ledigen Erwachsenen ist der größte Teil im Rahmen fester Partnerschaften sexuell aktiv.

Die Partnerfluktuation, das heißt die Erfahrung mit verschiedenen Sexualpartnern, ist erheblich weniger gestiegen als allgemein vermutet wird; jedenfalls hat es den so oft behaupteten Trend zur Promiskuität im Laufe der sexuellen Liberalisierung nicht in der Form gegeben, daß viele Menschen innerhalb kurzer Zeit mehrere Partner gehabt hätten. Zwei Punkte sind es, die diese relativ verbreitete Täuschung erklären: nämlich erstens, daß sexuelle Erfahrungen heute früher begonnen werden, und zweitens, daß sexuelle Partnerschaften leichter gelöst werden bzw. kürzer dauern, das heißt, daß der durchschnittliche Dreißigjährige von heute auf mehr Sexualpartner in seinem bisherigen Leben zurückblickt als der durchschnittliche Dreißigjährige aus den 50er Jahren.

Obwohl die Zahl der außerehelichen Beziehungen insgesamt nicht zugenommen hat, ist die Anzahl der Partner, die jemand in Form außerehelicher Kontakte gehabt hat, doch gestiegen, wobei die Zahl für Frauen etwas niedriger liegt, da sich die Zurechnung bei Männern immer auf die Prostituierten verschiebt.

Mit dem Begriff Promiskuität kann verschiedenes gemeint sein: einmal das Ausprobieren in einer gewis-

sermaßen spielerischen Form des häufigen Partnerwechsels, außerdem aber auch dessen süchtig-zwanghaftes Praktizieren, das so fest in der Persönlichkeit verankert ist, daß es nur schwer verändert werden kann. Die gegenwärtig festgestellte Partnerfluktuation hat zumeist spielerischen Charakter, was auch heißt, daß die Möglichkeit, darauf zu verzichten, bei der Mehrheit relativ groß ist.

Der Anteil ausschließlich Homosexueller an der Bevölkerung ist ziemlich konstant geblieben und scheint relativ unabhängig von zeitgenössischen und kulturellen Einflüssen zu sein. Er liegt bei Männern bei 4–5 %, bei Frauen bei 1–3 %. Etwa 1/4 bis 1/5 der später heterosexuellen Männer macht in der Jugend vorübergehend homosexuelle Erfahrungen. Bei Frauen ist dieser Anteil niedriger, hat aber zugenommen.

Derzeit gibt es keine repräsentativen Untersuchungen über das tatsächliche Sexualverhalten der Gesamtbevölkerung für die Bundesrepublik Deutschland. Es ist extrem schwierig, für sexualwissenschaftliche Untersuchungen verwertbare Angaben zu bekommen, da die Befragten häufig statt wahrheitsgemäßer Antworten solche geben, die sie für sozial erwünscht halten. Die Menschen erachten ihre historisch ausgeformte und gegenwärtig praktizierte Sexualität als intimsten persönlichen Bereich. Zudem fürchten sie, daß der Sexualwissenschaftler, der darüber forschen möchte und sie deshalb befragt, ehrliche Antworten möglicherweise zu Zwecken benutzen könnte, die von den Interessen der Befragten entfernt sind. So wird etwa promiskuitives Verhalten wohl kaum in einem Fragebogen zugegeben werden.

1.1.3 Auswirkungen von AIDS auf das Sexualverhalten und -leben der Bevölkerung

Hier muß zwischen dem homosexuellen und dem heterosexuellen Teil der Bevölkerung sehr genau unterschieden werden. Dennoch gibt es für beide Gruppen auch Probleme, die sie gemeinsam haben.

So sind Menschen, die die AIDS-Gefahr trotz riskanten Verhaltens für sich persönlich leugnen, nicht mehr mit bloßer Information, das heißt Aufklärung, zu erreichen. Hier bedarf es einer intensiveren Form der Ansprache, um eine Bewußtseinsänderung herbeizuführen.

Ferner scheitert risikoärmeres Verhalten oft nicht am guten Willen, sondern an der Umsetzung in der konkreten Situation. Dabei spielen auch seelische Widerstände eine Rolle, wie etwa die Angst, der Partner könne Safer Sex als Eingeständnis einer Infektion deuten.

1.1.3.1 Im heterosexuellen Bereich

Über die Auswirkungen von AIDS auf das Sexualverhalten der heterosexuellen Mehrheit liegen noch keine Studien vor. Insbesondere fehlen Studien zu den risikotragenden Gruppierungen der heterosexuellen Bevölkerung (z.B. „Swinger“, „Disco-People“),

den verschiedenen Szenen der heterosexuellen Prostitution, zu Sex-Tourismus und Sex am Arbeitsplatz. Die Auswirkungen der Krankheit erscheinen bei der heterosexuellen Mehrheit offenbar geringer. Obwohl AIDS und seine Infektionswege praktisch allen bekannt sind (über 90 %), ist die Bereitschaft zu sexuellen Verhaltensänderungen noch vergleichsweise schwach.

Das liegt vor allem

1. *am geringeren Infektionsrisiko.* Für Heterosexuelle, die weder selbst drogenabhängig noch Partner von Drogenabhängigen oder Bisexuellen sind, ist die Infektionsgefahr verhältnismäßig gering.
2. *an der subjektiven Ferne des Problems.* Im Unterschied zu den Homosexuellen kennen die meisten Heterosexuellen keinen Infizierten und erst recht keinen AIDS-Kranken.
3. *an der doppelbödigen Einstellung der heterosexuellen Bevölkerungsmehrheit zur Promiskuität.* Da es vielen Heterosexuellen schwerfällt, die von ihnen gelegentlich oder gewohnheitsmäßig praktizierte Freizügigkeit vor sich selbst zu akzeptieren, neigen sie dazu, diesen Lebensbereich samt der Ansteckungsgefahr zu verdrängen. Das ist auch der Grund für die mangelnde Akzeptanz des Kondoms bei den Freiern und für ihre Forderung nach AIDS-freien Prostituierten.
4. *am Fehlen einer der homosexuellen Subkultur vergleichbaren Kommunikationsstruktur bei den promiskuitiv bzw. freizügig lebenden Heterosexuellen.*

Bei treuen Paaren besteht keine Notwendigkeit zu Verhaltensänderungen. Schwierig ist die Situation nach Seitensprüngen, weil der Vorschlag, ein Kondom zu benutzen, bei dem Partner Mißtrauen auslösen würde, weshalb er meistens unterbleibt. Eine zunehmende Akzeptanz des Kondoms als wirksame Prävention kann nur bei denjenigen stattfinden, die ihre sexuelle Freizügigkeit als Lebensform bejahen und sie deshalb bewahren wollen.

1.1.3.2 Im homosexuellen Bereich

Über den Einfluß von AIDS auf das Sexualverhalten homosexueller Männer weiß man schon relativ viel. AIDS hat bei ihnen in den letzten zwei bis drei Jahren erhebliche Verhaltensveränderungen bewirkt:

1. Die Anzahl der Partner hat abgenommen, völlige Enthaltensamkeit und Monogamie haben zugenommen.
2. Der Analverkehr, ganz besonders der ungeschützte, hat abgenommen.
3. Die weniger riskanten Sexualpraktiken (Hot and Healthy Sex) haben aber nicht entsprechend zugenommen.
4. Die Benutzung von Kondomen hat langsam, aber insgesamt doch erheblich zugenommen.

Diese Veränderungen finden vor allem bei nicht partengebundenen Homosexuellen statt. Bei festen ho-

mosexuellen Partnerbeziehungen veränderte sich nichts. Bei offenen homosexuellen Partnerschaften wird Safer Sex bei den Außenkontakten praktiziert.

Die Promiskuität ist ein in der Homosexuellen-Subkultur weithin akzeptierter Lebensstil. Das hat die Durchsetzung der präventiven Empfehlungen wesentlich erleichtert.

Den versteckt und isoliert lebenden Homosexuellen gelingt es jedoch oft nicht, eine befriedigende Sexualität ohne Risiko zu gestalten. Diese Gruppe identifiziert sich nicht mit der Gemeinschaft der Homosexuellen, kennt niemand mit AIDS und verleugnet für sich selbst die Ansteckungsgefahr.

Allerdings kommt das sogenannte Desperadoverhalten sehr viel seltener vor, als zuweilen behauptet wird. Die Infizierten sind in der Regel sehr vorsichtig und verantwortungsvoll. Die meisten haben zunächst für längere Zeit überhaupt keine sexuellen Kontakte mehr.

Die in der Homosexuellen-Subkultur als Lebensform akzeptierte Promiskuität bietet insofern eine Chance für die AIDS-Prävention, als promiskuitiv lebende Männer ein direktes persönliches Interesse daran haben, sich durch Praktizieren eines präventiv orientierten Sexualverhaltens die Weiterführung ihres Lebensstils zu sichern. Denn Prävention ist nur da effizient, wo sie individuelle Eigenarten der speziell anzusprechenden Gruppe mit einbezieht und deren Grundhaltung nicht a priori als negativ beurteilt.

1.1.4 Um- und Neulernen von Sexualität unter besonderer Berücksichtigung von AIDS

Für alle Menschen, die mit wechselnden Partnern Geschlechtsverkehr haben, sind durch AIDS Veränderungen ihres Verhaltens zu einer objektiven Notwendigkeit geworden. Um für diese Menschen das Um- und Neulernen von Sexualität praktikabel zu gestalten, müssen Methoden der Verhaltensbeeinflussung gefunden werden, die zu einer möglichst autonomen Selbststeuerung führen. Es geht also um die Organisation eines gesellschaftsweiten Lernprozesses. In dessen Rahmen muß Tendenzen der Entsolidarisierung entgegengetreten werden, durch die HIV-Infizierte gebrandmarkt und ausgestoßen werden könnten. Die Infizierten dürfen deshalb nicht pauschal als Gefahrenquelle bezeichnet oder gar als Schuldige diskriminiert werden. Es darf nicht zu einer „Zweiklassengesellschaft“ von „HIV-Tätern“ und „HIV-Opfern“ kommen.

Effektive AIDS-Aufklärung muß allen bewußt machen, daß der Schutz vor AIDS eine gemeinsame Aufgabe der Infizierten und der Gesunden ist. Aufklärung kann nur in einem Klima von Kooperation, Solidarität und Toleranz gelingen, da sonst gerade die risikotragenden Gruppen der Beratung und Betreuung fernbleiben.

Aufklärung, die ausschließlich auf Angst aufbaut, ist langfristig ineffektiv, denn Verhalten ist durch Angst nur kurzfristig veränderbar. Aus Untersuchungen über den Zusammenhang von Sexualität und Angst

weiß man, daß der Versuch, sexuell unerwünschtes Verhalten durch Angst zu beeinflussen, nicht zu einer Reduktion des sexuellen Verhaltens führt, sondern nur zu dessen Unberechenbarkeit. Nicht übersehen werden darf andererseits, daß an der Realität orientierte Angst (Furcht) ein wichtiges Motiv für Verhaltensänderungen sein kann.

Daraus folgt, daß Aufklärungsbotschaften zum Um- und Neulernen von Sexualität sich nicht gegen eine bestimmte sexuelle Lebensform als solche richten dürfen, sondern so ausgerichtet sein müssen, daß sie von Menschen mit den unterschiedlichsten sexuellen Einstellungen und Verhaltensweisen akzeptiert werden können. Es gibt keine für alle gültige Aufklärungsbotschaft. So ist beispielsweise die Empfehlung von Kondomen bei Bürgern mit traditioneller Sexualmoral weder psychologisch sinnvoll noch präventiv. Die Empfehlung von Treue und Enthaltensamkeit andererseits geht jedoch bei sexuell freizügig Lebenden an deren Realität vorbei und hat deswegen kaum eine Chance, akzeptiert zu werden.

Die Aufklärungsbotschaften sollten dreistufig aufgebaut sein:

1. die *allgemeine* über Rundfunk, Fernsehen, Kino und Print-Medien,
2. die *zielgruppenspezifische* durch spezielle Aufklärungskampagnen und durch Gruppengespräche sowie
3. die *persönliche* durch Einzelgespräche.

Sowohl die allgemeine als auch die zielgruppenspezifische Aufklärung über die Medien soll Aufmerksamkeit wecken, Informationen vermitteln und Mißverständnisse abbauen. Sie muß immer wieder durch sequentielle Erinnerungshilfen aufgefrischt werden. Die Formulierung der Aufklärungsbotschaften muß so gestaltet sein, daß keine Panik erzeugt, aber auch die Furcht nicht weggeredet wird. Deshalb müssen Tatsachen eindeutig beim Namen genannt werden; es darf keine Bagatellisierung erfolgen.

Diese Aufklärungsbotschaften müssen durch individuelle Beratungsangebote ergänzt werden, die der Vielfalt der sexuellen Lebensformen entsprechen. Dazu eignen sich einerseits Gespräche in Gruppen und andererseits persönliche Beratungsgespräche. Wichtig ist, daß alle drei Formen der Aufklärung angeboten werden.

Die Struktur der Beratungsstellen muß der Vielfalt der anzusprechenden Zielgruppen gerecht werden. Für manche Ratsuchenden sind die Gesundheitsämter der geeignete Ansprechpartner. Für andere sind es die Hausärzte, die Beratungsstellen der Kirchen und freien Wohlfahrtsverbände oder die AIDS-Hilfen. Damit die Beratungsstellen ausreichend sachkundig sind, muß ein entsprechendes Fortbildungs- und Qualifikationsangebot für deren Mitarbeiter geschaffen werden.

Die unterschiedlichen Zielgruppen der AIDS-Aufklärung müssen entsprechend ihrer Vielfalt mit unter-

schiedlichen Beratungsangeboten aufgefangen werden. Besonders schwer erreichbar sind Menschen, die sich selbst gegenüber nicht ehrlich sein können und darum weite Teilbereiche ihres sexuellen Lebens so stark ausblenden, daß sie glauben, keineswegs einer Gruppe mit riskantem Sexualverhalten anzugehören und deshalb wirksame Maßnahmen zum Selbst- und Partnerschutz für überflüssig erachtet werden. Dazu zählen vor allem Personen mit Doppelmoral: jene sich selbst als gute Ehemänner einstufenden Heterosexuellen, die gelegentlich Prostituierte aufsuchen oder sich bietende Gelegenheiten für Seitensprünge wahrnehmen, ferner sozial angepaßte, meist verheiratete bisexuelle Männer, die heimlich Strichjungen frequentieren, wenn der Leidensdruck der homosexuellen Wesenskomponente zu groß wird, und schließlich die Menschen, die promisk leben, sich das aber nicht eingestehen und nach staatlichen Schutzmaßnahmen vor AIDS verlangen, anstatt um eigenverantwortlichen Selbst- und Partnerschutz bemüht zu sein.

Bei Jugendlichen ist der richtige Zeitpunkt für die AIDS-Aufklärung die Pubertät; allerdings neigen Jugendliche gerade in diesem Alter dazu, alles abzulehnen, was ihnen von Erwachsenen vermittelt werden soll.

Die Aufklärung darf sich hier auch nicht auf die bloße Vermittlung von Faktenwissen beschränken, sondern muß offen, sachlich und detailliert auf die tatsächliche Lebenssituation der Jugendlichen und ihre spezifischen Probleme und Fragen eingehen. Dies bedeutet freilich nicht, daß man den normativen Aspekt mit den Jugendlichen nicht diskutieren sollte; allerdings wird der Versuch, ihnen eine Norm aufzudrängen, bei vielen erfolglos bleiben, und man muß diesen Effekt gerade bei pubertierenden Jugendlichen berücksichtigen. Da Schüler sich aber oft davor scheuen, über ihre Lebenssituation und ihre sexuellen Probleme mit ihren Lehrern offen zu reden, sollten auch außerschulische soziale Instanzen und Gruppen in die Aufklärungsarbeit einbezogen werden.

Für die Aufklärung und Beratung der Homosexuellen sind die Homosexuellen-Selbsthilfegruppen und die Homosexuellen-Subkultur besonders wichtig. Diese informelle Struktur sollte deshalb weder behindert noch zurückgedrängt, sondern im Gegenteil anerkannt und gefördert werden. Wo Selbsthilfegruppen Homosexueller durch Verwaltungs- und/oder polizeiliche Maßnahmen behindert und zurückgedrängt werden, erreicht man die Homosexuellen nur noch über die erste Stufe der allgemeinen Aufklärung, die nicht in notwendigem Maß zu einer Änderung ihres Verhaltens führt.

Die Frage des Um- und Neulernens von Sexualität hat stets etwas mit dem allgemeinen gesellschaftlichen Klima zu tun, in dem es sich entwickelt.

Eine Moral des Verzichts wird sich heute gesellschaftlich schwer durchsetzen lassen, weil sie der konsumorientierten Denkweise zuwiderläuft.

1.2 AIDS und Ängste

Bei allen Überlegungen zu den Gründen für die enorme Beunruhigung, die AIDS in der Bevölkerung hervorruft, müssen irrealer Ängste von berechtigter Furcht vor realen Gefahren klar getrennt werden.

Das Gefühl des Unheimlichen, das mit AIDS verbunden ist, läßt sich auf verschiedene Ursachen zurückführen. Die Hauptrolle dürfte spielen, daß viele von uns in dem Glauben leben, wir könnten mehr und mehr Krankheiten zurückdrängen und sie schließlich durch neue Behandlungen oder durch vorbeugende Maßnahmen eliminieren. Mit AIDS aber ist eine Krankheit aufgetreten, die tödlich ist, sich seuchenartig verbreitet und gegenüber der die Medizin zur Zeit weitgehend ohnmächtig ist^{*)}. Unheimlich ist auch die lange Unsichtbarkeit der Krankheit zwischen Infektion und Manifestation und die Ungewißheit über Wahrscheinlichkeit und Zeitpunkt des Krankheitsausbruchs. AIDS konfrontiert vermehrt mit dem Tod junger Menschen und erschwert damit die bei uns weitverbreitete Verdrängung und Tabuisierung des Todes. Hinzu kommt die Verknüpfung mit der Sexualität, wodurch immer noch latente sexuelle Konflikte mobilisiert werden, die unabhängig von einer gewissen Lockerung des Sexualverhaltens nach wie vor bestehen.

Ferner verschmelzen die Ängste, die sich an AIDS knüpfen, mit anderen latenten Ängsten der Bevölkerung, die mit Bedrohungen verbunden sind und sich, weil weniger anschaulich, auch weniger an konkrete Vorstellungen binden. Beispiele solcher Bedrohung sind atomare und Umweltgefahren, die in Form diffuser Ängste auf AIDS als Träger, zumindest zeitweilig, projiziert werden. Diese Ängste führen dazu, daß wir – anders als in unserem übrigen Leben, wo wir wissen, daß bestimmte Risiken vorhanden sind und daß es nirgendwo 100%ige Sicherheit geben kann – bei AIDS dennoch totale Sicherheit verlangen. Außerdem kommt es nicht selten vor, daß Menschen aus rein persönlichen Ursachen, die mit der AIDS-Gefahr gar nichts zu tun haben, bestimmte, vor allem sexuelle Ängste haben, die sie jetzt auf AIDS übertragen: Auf diese Weise können sie – mindestens zeitweilig – die Bewältigung der tatsächlich vorliegenden Konflikte und Probleme in den Hintergrund drängen, was zwar auf Dauer keine Lösung ist, den Leidensdruck aber momentan lindert.

Unabhängig von derart irrealen AIDS-Ängsten, die quasi ersatzweise an der neuen Krankheit festgemacht wurden, gibt es selbstverständlich auch die durchaus reale und berechtigte Furcht vor AIDS als einer schweren, lebensgefährdenden Bedrohung. Diese realitätsbezogenen Befürchtungen haben viele Komponenten. Im Vordergrund steht bei sozialer Nähe zu Menschen, die ihrerseits zu einer Hauptbetroffenengruppe gehören, die Furcht, diese könnten vielleicht infiziert sein. Steht die Infektion zweifelsfrei fest, fürchtet man den Ausbruch der Krankheit. Wer selbst Grund zu der Annahme hat, sich infiziert zu haben, fürchtet sich ebenfalls sehr zu Recht. Doch auch dort besteht Furcht, wo weder die eigene Person

noch nahestehende Menschen betroffen sind, das heißt ganz ohne soziale Nähe. Dies findet man häufig bei Eltern, die sich fragen, was sie in Wahrnehmung ihrer Verantwortung tun oder veranlassen müssen, um möglichen Gefährdungen ihrer Kinder vorzubeugen.

Eine andere Komponente der Furcht liegt in den vielen mit der Krankheit derzeit noch verbundenen Ungewißheiten. In Betracht zu ziehen sind dabei zunächst sachlich begründete Zweifel an der Verlässlichkeit des derzeitigen Wissens über die Infektionswege und der angebotenen Gegenstrategien. Solche Zweifel finden ihren wahrscheinlich triftigsten Grund darin, daß AIDS eine Seuche ist, die sich weltweit noch in der Entwicklung befindet und daß sich die Organisation der medizinischen Wissenschaft zu einer umfassenden Beobachtung und Auswertung dieser Entwicklung noch im Aufbau befindet. Die Zweifel werden noch dadurch verstärkt, daß mitunter wissenschaftliche Hypothesen über die Infektionswege und die Ausbreitung der Krankheit in der Bevölkerung aufgestellt wurden und werden, die ihren hypothetischen Charakter nicht hinreichend deutlich werden lassen.

Zu den furchtverstärkenden Faktoren bei AIDS gehört weiterhin die Tatsache, daß es zur Zeit weder einen Impfstoff noch eine auf Dauer heilende Therapie nach Krankheitsausbruch gibt, ferner der durch schwere Leiden gekennzeichnete Krankheitsverlauf sowie die sozialen Konsequenzen von Infektionen und Krankheit.

So wichtig es ist, realitätsfernen Einstellungen und Haltungen entschieden entgegenzutreten, so verhängnisvoll wäre es, die Furcht als realitätsbezogene Einstellung und Haltung nicht ernst zu nehmen; Furcht ist vermutlich der wichtigste Motor aller Prävention und muß als solcher genutzt werden. Überdies schafft vernachlässigte Furcht ein gesellschaftliches Gefahrenpotential, dessen Kraft und Wirkungsvielfalt auch für das allgemeine politische Klima nicht unterschätzt werden sollte.

Der Wunsch nach totaler Sicherheit vor der Krankheit ist zum gegenwärtigen Zeitpunkt nicht erfüllbar. Dennoch kann auf mannigfache Weise dazu beigetragen werden, daß eine so große Sicherheit vor AIDS geschaffen wird, wie unter den gegebenen Umständen nur möglich. Unter diesem Zielaspekt sollten folgende Regeln Beachtung finden:

- Jeder, der dazu etwas zu sagen hat, sollte Sicherheit nicht vortäuschen.
- Jeder sollte sich unter die Pflicht stellen, die tatsächlichen Sicherheiten und Unsicherheiten kennenzulernen.
- Jeder sollte in seinen Botschaften, an seinem Ort und an seinem Platz vermitteln, in welchen Situationen Sicherheit und Unsicherheit bestehen.

^{*)} Minderheitenvotum siehe Abschnitt D, Seite 112

1.2.1 Das Verhalten negativ beeinflussende Ängste bei Gesunden, Seropositiven und AIDS-Kranken

Die inadäquate Verarbeitung des AIDS-Problems kann zu neurotischen Reaktionen führen. Menschen neigen dazu, ihre verschiedenen Lebensrisiken nicht nur nach deren objektiver Gefährlichkeit zu beurteilen, sondern je nach dem Grad der Angstbesetzung (Dämonisierung etwa im Stil von Hexenangst) überhöht einzuschätzen. Das gilt auch für die Angst vor AIDS, die nicht selten in keinem Verhältnis zu der wirklichen Gefährdung steht oder irrationale Formen annimmt, deren Übergang zu neurotischen Ängsten fließend ist und die sich ihrerseits stets negativ auf das Verhalten auswirken.

Nichtrealitätsbezogene AIDS-Angst kann zu unterschiedlichen neurotischen Reaktionsweisen führen, von denen die leichteste die *AIDS-Hypochondrie* ist. Darunter versteht man die zwanghafte, aber real unbegründete Vorstellung, mit der Krankheit infiziert zu sein. Um dieses Thema zentrierte Grübeleien und eine bedrückte Grundstimmung können sich so negativ auswirken, daß die Betroffenen immer weniger arbeitsfähig werden.

Unter *AIDS-Phobie* hingegen leiden Menschen, die sich zwar gesund fühlen, aber in irrational hohem Grad eine Ansteckung befürchten. Kognitiv besseres Wissen, das heißt Aufklärung, hilft zum Abbau der AIDS-Phobie nicht, weil es sich um eine nicht an den Fakten gemessene, sondern um neurotische Angst handelt.

Paranoide Reaktionen auf die Bedrohung durch AIDS liegen vor, sofern sich die Ansteckungsängste in stärkerem Umfang mit Haßgefühlen auf Virusträger bzw. Kranke mischen, welche man deshalb bekämpft zu sehen wünscht. Begünstigt wird das paranoide Denkmuster durch die geläufige soziale Entwertung der Hauptbetroffenengruppen, d. h. der Homosexuellen, Prostituierten und Drogenbenutzern, denen gegenüber AIDS-Paranoiker Ausgrenzungstendenzen hegen, welche sie nicht selten in Form von Forderungen zum Durchgreifen, zu harten Maßnahmen u. ä. an Institutionen delegieren. Von einer paranoiden Reaktion auf die AIDS-Bedrohung darf allerdings nur gesprochen werden, sofern es sich bei den betreffenden Menschen tatsächlich – im Vergleich zu der in Wahrheit existierenden Gefährdung – um eine Überreaktion, um die spezifische Ausformung irrationalen Denkens handelt. Zu dieser Menschengruppe gehört jedoch nicht, wer das Thema AIDS nicht bagatellisiert, sondern sachgerechte Maßnahmen zur Bekämpfung der Krankheit fordert.

Bei allen drei Reaktionstypen ist für das Verhalten meist eine mangelhafte Verarbeitung eigener sexueller Konflikte verantwortlich; die Gründe dafür reichen oft weit in die Kindheit zurück.

Zu den drei genannten neurotischen Reaktionsformen auf AIDS tritt noch eine vierte, die weniger auffällig, aber dennoch in ihrer Negativwirkung nicht zu unterschätzen ist. Es ist die des *Bagatellisierens der Bedrohung*, die man entweder nicht wahrhaben will oder deren ständiger Erwähnung, etwa in den Medien,

man überdrüssig wird. Man könnte dabei etwa von Verdrängung mit Hilfe von Gewöhnung an die Gefahr sprechen.

Die Übergänge zwischen solchen Ängsten, die das Verhalten negativ beeinflussen und jener Furcht, die geeignet ist, positiv darauf einzuwirken, sind fließend und die weitere Entwicklung der gesellschaftlichen Reaktionen darum schwer einschätzbar.

1.2.2 Das Verhalten positiv beeinflussende Furcht bei Gesunden, Seropositiven und AIDS-Kranken

Reale, das heißt nicht neurotische, sondern an den wirklich bestehenden Gefahren orientierte Furcht kann ein wichtiges Motiv für Verhaltensänderungen sein, denn die Furcht, sich zu infizieren, hilft den Menschen, indem sie sie veranlaßt, effektive Schutzvorkehrungen zu treffen. Ganz ohne Furcht wäre es schwierig, die Notwendigkeit von Schutzmaßnahmen überhaupt einzusehen. Aber die Furcht muß, um zu positiven Verhaltensweisen zu führen, auch mit einer Handlungsmöglichkeit, das heißt mit Hoffnung, verbunden sein. Außerdem bedarf die Furcht, die zu einem positiven Verhalten führen kann, bei dem sexuell aktiven, nicht monogam lebenden Bevölkerungsteil periodischer Erinnerungshilfen, denn viele Menschen neigen dazu, eine Gefahr aus dem Auge zu verlieren, sobald die Medien nicht mehr dauernd darüber berichten.

1.2.3 Ängste in Beratungssituationen

Die AIDS-Beratung muß im Vordergrund der Aufklärung stehen und zwar vor allem schon die Beratung vor dem Test. Welche die für eine Beratung jeweils am besten geeignete Stelle ist, hängt nicht nur von der Person des Ratsuchenden, sondern auch von der des Beraters ab und zwar im Hinblick auf seine Funktion: Die Frage ist, welche Beratung mehr bewirkt, die durch einen Arzt, Lehrer, Seelsorger, durch ein Mitglied einer Selbsthilfegruppe, einer Selbsthilfeorganisation oder durch einen Mitarbeiter der staatlichen Gesundheitsverwaltung. Eine Beratung, die nicht zielgruppenspezifisch genug ist, ist gleichzeitig oft nicht intensiv genug, um vorhandene Ängste so abzubauen, daß sich der Ratsuchende zu offenbaren wagt. Die Ängste sind dort am geringsten, wo das Vertrauen am größten ist. Auf keinen Fall dürfen in der Beratung weitere Ängste entstehen.

1.2.4 Um den Test zentrierte Ängste

Unabhängig von der Einschätzung des Tests als Präventivmaßnahme dürfen psychische Folgen eines positiven Nachweises im HIV-Antikörpertest nicht gering eingeschätzt werden. Wer erfährt, daß er infiziert ist, fühlt sich hilflos und völliger Ungewißheit ausgesetzt. Manchmal entziehen sich die so Betroffenen erst einmal für längere Zeit jeder Beratung, da sie sich auf-

grund ihrer Situation nicht mehr für ein Gespräch öffnen können. Als Folge eines positiven Testergebnisses kann es zu schweren Depressionen, Flucht aus der Realität, panischen Zusammenbrüchen und auch zu Selbstmordtendenzen kommen, weshalb die Mitteilung eines positiven Testergebnisses umfassende Beratung und Betreuung nach sich ziehen muß, um den Betroffenen zu stabilisieren.

Bei Vorliegen eines positiven Testergebnisses haben die Betroffenen häufig nicht nur die Befürchtung, als Stigmatisierte zu gelten und soziale Konsequenzen auf sich nehmen zu müssen, die unerträglich erscheinen. Sie fürchten auch die Reaktionen der Angehörigen und anderer Bezugspersonen, zumal nicht selten erst bei dieser Gelegenheit klar wird, daß sie zu einer Hauptbetroffenengruppe gehören. Dementsprechend ist die um den Test zentrierte Angst um so geringer, je anonymer das Testangebot ist.

Alle Maßnahmen hingegen, die direkt oder indirekt auf Ausgrenzung und soziale Entwertung von Testpositiven hinauslaufen, wirken angstverstärkend und mindern die Bereitschaft, sich testen zu lassen. Die Feststellung, testpositiv zu sein, kann andererseits die Voraussetzung bilden, sich gegenüber seinen Partnern verantwortungsvoll zu verhalten (vgl. dazu Kapitel „Prävention“).

Die Feststellung, testnegativ zu sein, kann durchaus erleichternd wirken, allerdings bedürfen auch Menschen mit diesem Befund der Beratung, damit sie ihr Testergebnis nicht als falsche Sicherheit mißdeuten. *)

1.3 AIDS und Vorurteile

1.3.1 Funktionsweise des Vorurteils gegen AIDS

Für die Frage, in welchem gesellschaftlichen Ausmaß vorurteilshafte Reaktionen valide nachgewiesen werden können, gibt es nur grobe Anhaltspunkte. Mit Fragebogenuntersuchungen kann man zwar oberflächlich Meinungen erheben, aber es ist schwierig, die tieferen emotionalen Reaktionen damit zu erfassen. Oft erhält man Antworten, die in der Richtung des anscheinend sozial Erwünschten liegen. Unkritische Fragebogengläubigkeit führt leicht zu Verwirrung, da in den Antworten Widersprüchlichkeiten erscheinen: Man kann etwa seine prinzipielle Hilfsbereitschaft gegenüber Infizierten erklären und sich gleichzeitig wünschen, daß der Staat strenger mit Kontrollen oder disziplinierenden Maßnahmen durchgreift. Damit werden häufig uneingestandene eigene Tendenzen auf die Behörden verschoben.

Ansteckende Krankheiten können in der Umgebung des Kranken Irritationen und Ängste hervorrufen, die von Ablehnung bis zur Abwehr des Erkrankten gehen. Eine Grundlage dafür ist der bei AIDS immer noch weit verbreitete Glaube an Ansteckungswege, die keine sind; diese phobisch gespeisten Phantasien haben irrationale Wurzeln.

*) Minderheitenvotum siehe Abschnitt D, Seite 112

Neben intakt bleibender Integration gibt es viele Fälle von Abweisung und Isolierung, in denen sich Sündenbock-Projektionen manifestieren. Da viele Übertragungswege von AIDS in Tabu-Bereichen liegen (nicht monogamer, „perverser“ Sex, Illegalitätsbereich intravenös injizierter Drogen), sind die Hauptbetroffenengruppen der Krankheit als Sündenböcke besonders geeignet, denn Vorurteile richten sich vorzugsweise gegen Unbekanntes, Fremdes, das als beängstigend erlebt wird. Die Verfolgungstimmung und die Panik, die damit einhergehen, sind vielfach mit Aggressivität angereichert. In uns allen vorhandene Sündenbockmechanismen kommen dann vermehrt zur Geltung, so daß Ausgrenzungs- und Diskriminierungstendenzen verstärkt werden.

Sofern die Zahlen der Erkrankten merklich ansteigen, werden diese Tendenzen ebenfalls zunehmen. Die daraus entstehende Beschädigung des solidarischen Konsenses könnte uns eine Art von sozialer Krankheit bescheren, die für die innere Verfassung unserer Gesellschaft ähnlich schlimm, wenn nicht sogar noch schlimmer wäre als die Seuche selbst.

1.3.2 Betroffene des Vorurteils gegen AIDS

Weil sich bisher die HIV-Infektionen fast ausschließlich auf sog. Risikogruppen konzentrierten, wird die AIDS-Problematik vielfach als ein Randgruppenproblem dargestellt oder aufgefaßt. Insofern treten zu der durch Angst vor AIDS bedingten Verunsicherung im Umgang mit Mitgliedern dieser Gruppen noch solche abwehrende Reaktionen hinzu, die aufgrund traditioneller Vorurteile gegenüber definierten Randgruppen bereits vor AIDS bestanden. Vielfach kommt es zu einer Unterscheidung der Betroffenen in Angehörige von Risikogruppen einerseits und unschuldige Opfer (Bluter, Kinder, Transfusionsempfänger) andererseits. Vorurteile richten sich darüber hinaus nicht selten auch an Mitglieder des sozialen und familiären Umfeldes der Betroffenen.

1.3.3 Auswirkungen des Vorurteils gegen AIDS-Betroffene

In unserer Gesellschaft besteht die Neigung, aus der Krankheit AIDS etwas Dämonisches zu machen. Von AIDS-Kranken geht eine geradezu magische Faszination aus, und zwar teils mit extrem irrationalen Befürchtungen, teils auch mit einer extrem starken Zuwendung. Urängste werden wach und teilweise ganz bewußt geschürt. Mit der Zuschreibung einer HIV-Infektion oder von AIDS verstärken sich die ohnehin schon vorhandenen Stigmata, Diskriminierungen und Ausgrenzungen gegenüber Randgruppen („Huren, Fixer, Schwule“). Dies erleichtert die Entstehung von Feindbildern. Insofern besteht die Gefahr, daß wir in unserer Gesellschaft bezüglich AIDS wieder eine Ausgrenzungsmentalität entwickeln könnten, die für unsere Demokratie bedenklich wäre.

1.3.3.1 Die Rolle der Massenmedien

Vorurteilshafte Ängste, die um AIDS kreisen, werden durch bestimmte Darstellungsweisen in den Medien geschürt. Sie bieten häufig und in zum Teil reißerischer Aufmachung irreführende Berichte und Kommentare zu der neuen Krankheit: Sensationsmeldungen über epidemiologisch irrelevante oder mit Sicherheit inexistente Übertragungswege („AIDS durch Mücken“) ängstigen die Leserschaft durch konstruierte Situationen, die letztlich jeden Begrüßungskuß unter ein tödliches Risiko stellen, statt darüber aufzuklären, daß AIDS bei Alltagskontakten nicht ansteckend ist. Die Infektionswege, die zwar theoretisch möglich, aber nicht nachgewiesen sind, müssen auch so, also in der gebotenen Sachlichkeit dargestellt werden.

Die öffentliche Diskussion über gesundheitspolitische Maßnahmen wird in unguter Weise polarisiert, wenn dabei Zwangsmaßnahmen als aktives Tun bewertet und Aufklärung als tatenloses Zulassen diskreditiert werden; der Verzicht auf den überzogenen Gebrauch von Worten aus den Sphären von Krieg und Feindschaft in der öffentlichen AIDS-Diskussion könnte die Vorurteile gegen Betroffene zu verringern.

Andererseits haben die Medien durch kritische Berichte auch mitgeholfen, derartige nur durch massive Vorurteile erklärliche Tendenzen in der Bevölkerung zu verringern.

1.3.3.2 Konkrete Diskriminierungserfahrungen

AIDS kann so große Berührungsängste auslösen, daß Betroffene Gefahr laufen, aus der Gesellschaft ausgegrenzt zu werden. Die Gefahr der Diskriminierung betrifft alle Infizierten, auch die, die nicht zu Randgruppen gehören. Sie laufen Gefahr, sozial randständig zu werden, wenn es nicht gelingt, notwendige integrierende Hilfen zu schaffen.

Diskriminierungen sind bisher in – oft tragischen – Einzelfällen bekannt geworden, eine systematische Dokumentation jedoch fehlt, weil sie sich von der Natur der Sache her schwer erstellen läßt. Sachlich gebotene und notwendige Schutzmaßnahmen im medizinischen Bereich können ebenso wie staatliche Eingriffsmaßnahmen im Einzelfall allerdings nicht als Diskriminierungen bezeichnet werden. *)

1.3.3.2.1 Bei direkt Betroffenen

Die von Verunsicherung und Ängsten gekennzeichnete Stimmung scheint zu wachsen. Selbsthilfegruppen fühlen sich zum Teil in der AIDS-Hilfe von Verwaltungs- und polizeilichen Maßnahmen behindert oder befürchten solche Behinderungen für die Zukunft. Durch den immer wieder zu hörenden Vorwurf eines Desperadoverhaltens, der nur in Ausnahmefällen zutrifft, fühlen sich Homosexuelle insgesamt diskriminiert.

Wenn AIDS-Kranke mit ihren Sozialbelangen nicht mehr zurechtkommen, geraten sie zum Teil in erhebliche persönliche Not; ihre soziale Desintegration kann Auslöser für einen Suizid sein. Zweifellos sind die Ängste vor vorurteilsbehafteten Diskriminierungen bei Angehörigen gesellschaftlicher Minderheiten, die im Dritten Reich verfolgt wurden, in Deutschland besonders ausgeprägt, weil sie die staatlichen Maßnahmen gegenüber diesen Gruppen in jener Zeit entweder aus Berichten oder aus eigener Erfahrung noch in lebhafter Erinnerung haben. Hinzu kommt, daß im Unterschied zu den meisten westeuropäischen Ländern die Teilliberalisierung des Sexualstrafrechts, die die Homosexualität unter erwachsenen Männern aus dem Bereich der Kriminalität befreit hat, in der Bundesrepublik Deutschland erst vor weniger als zwanzig Jahren erfolgt ist.

1.3.3.2.2 Im familiären Umfeld

Die Belastung der Angehörigen Betroffener ist sehr groß. Deshalb muß für die Partner von Infizierten und Kranken die Möglichkeit der Familientherapie geschaffen werden.

Infizierte Kinder, aber auch solche, bei denen aufgrund der Zugehörigkeit der Eltern oder nur eines Elternteils zu einer Hauptbetroffengruppe die Infektion lediglich vermutet wird, haben häufig Schwierigkeiten, einen Kindergartenplatz zu bekommen, und zwar gelegentlich selbst dann, wenn ein negatives Testergebnis vorliegt. Durch die hier wirksamen Ausgrenzungstendenzen werden betroffene Kinder, sofern sich doch ein Kindergarten zu ihrer Aufnahme bereit findet, dort gelegentlich mit herabsetzenden, da völlig überflüssigen Vorsichtsmaßnahmen behandelt: in einem Fall z. B., indem Spielsachen und Geschirr nach Berührung durch das betreffende Kind jedesmal demonstrativ mit Desinfektionslösung abgewaschen wurden.

Kindergärtnerinnen, jedoch auch Lehrer und Eltern von Schülern, die sich mit der Anwesenheit eines infizierten oder als infektionsgefährdend definierten Kindes in einer Klasse zum ersten Mal auseinandersetzen, äußern zum Teil sachlich ganz unbegründete Motive für ihre Ängste. Schon der Umstand, daß ein Kind Bluter ist, wurde bereits als Indiz für eine als sicher anzunehmende HIV-Infektion ausgegeben.

In Fällen besonders extremer gesellschaftlicher Ausgrenzung muß die Mutter praktisch ihr ganzes Leben dem total isolierten Kind widmen und ihm alle sozialen Kontakte ersetzen, die ein Kind normalerweise hätte. Wegen eines derart starken Drucks von außen ergibt sich oft die Notwendigkeit, die Mutter oder sogar die gesamte Familie psychotherapeutisch zu behandeln. Doch auch innerhalb der Familie selbst kommen Ausgrenzungen vor: Stellt sich z. B. heraus, daß heranwachsende Kinder durch intravenösen Drogenkonsum oder sexuelle Kontakte infiziert sind, fallen die Eltern nicht selten aus allen Wolken, und es bedarf akuter sozialer Einzelfallhilfe, um die Katastrophe aufzufangen.

*) Minderheitenvotum siehe Abschnitt D, Seite 112

1.3.3.2.3 Im sozialen Umfeld

Im Rahmen des sozialen Umfeldes richten sich Vorurteile aufgrund von AIDS sowohl gegen Betroffene selbst als auch gegen Personen, die beruflich um sie besorgt sind. Es kann ein Klima von Aggression und Diskriminierung entstehen und dies in kleineren Orten eher als in größeren. Es kann dazu kommen, daß der Infizierte bei Bekanntwerden seiner Infektion zum Beispiel seine Wohnung unter fadenscheinigen Vorwänden oder seinen Arbeitsplatz verliert. Manche Infizierte nehmen aus Angst davor, daß ihre Infektion bekannt wird und sie von den sozialen Folgen betroffen werden könnten, ihnen zustehende Rechte letztlich nicht wahr oder sie nehmen, wenn sie durch den Teufelskreis von Infektion, psychischen und körperlichen Symptomen, Arbeitsplatzverlust und dergleichen in soziale Not geraten, vorhandene Hilfsmöglichkeiten, die ihnen zustehen, gleichwohl aus Angst vor dem sozialen Tod nicht in Anspruch.

Ausschlaggebend für die Abschottung gegen Menschen, die sich beruflich um HIV-Infizierte und AIDS-Kranke kümmern (Ärzte, Pflegepersonal, Berater) ist der Wunsch der Bevölkerung nach absoluter, hundertprozentiger Sicherheit vor AIDS. Hierdurch wird die Arbeit des betreffenden Personenkreises oft besonders belastet. Denn die überängstliche Haltung ihm gegenüber kann offensichtlich zu Mißtrauen führen, so zum Beispiel, wenn Schwestern und Pfleger, die AIDS-Patienten versorgen, von ihrer übrigen sozialen Umwelt gemieden werden. Andererseits zeigt dieser Personenkreis gelegentlich auch selbst AIDS-Ängste, so daß Garantien verlangt werden, daß man selbst nicht mit der Pflege von AIDS-Patienten betraut wird.

Auch Ärzten, Pflegepersonal und Beratern sollte deshalb neben Fortbildungsmöglichkeiten Gelegenheit zur arbeitsbegleitenden psychologischen Unterstützung angeboten werden.

1.3.4 Zum Abbau des Vorurteils gegen AIDS

Eine kontinuierliche weitere Information der Bevölkerung erscheint geeignet, einerseits irreführende Vorurteile über die Ansteckungswege von AIDS nach und nach weiter abzubauen und damit den noch verbreiteten Berührungängsten entgegenzuwirken, andererseits einer unerwünschten Gefahr der Verdrängung des Problems entgegenzutreten.

1.3.4.1 Mittels Aufklärung und Information

Der Abbau des Vorurteils gegen AIDS bedarf vor allem einer Versachlichung des gesamten Problemfeldes, das seine Brisanz nicht zuletzt aus irrealen Befürchtungen bezieht. So ist etwa das Risiko einer Infektion für die meisten Menschen kaum mehr quantifizierbar. Gleichwohl wird der Ausschluß dieses Risikos als Maßstab der Beurteilung aller Maßnahmen gegen die Krankheit gefordert, obwohl es zahlreiche gesellschaftliche Bereiche gibt, wo wir mit einem weit höheren Risiko zu leben gewohnt sind, das durchaus quantifiziert werden kann.

Da die AIDS-Diskussion wegen der auf dem Übertragungsweg beruhenden Verquickung mit Sexualität stark durch irrationale Vorstellungen angereichert ist, die ihrerseits – auch ohne AIDS – manche Ängste auf sich ziehen, wäre es hilfreich, unvoreingenommen und selbst öffentlich über Fragen auch nichtmonogamer und abweichender Sexualität zu reden. Dies könnte nicht nur zu einer Entmythisierung der Krankheit, sondern auch zu einer Entdiskriminierung der Betroffenenengruppen führen. Hier bedarf es einer Strategie, die im Rahmen eines humanen Menschenbildes positive Akzente setzt.

Ob Panikreaktionen entstehen oder sich bessere Informationen durchsetzen, ist weitgehend eine Frage der staatlichen und öffentlichen Informationspolitik durch Medien, Verbände, Kammern und Standesorganisationen. Unsachgemäßer Berichterstattung, die irrealer Befürchtungen weckt, sollte der Staat korrigierend entgegenzutreten.

1.3.4.2 Mittels Beratung

In der Beratungssituation ist die Weitergabe des Wissens über die tatsächlichen Sicherheiten und Unsicherheiten bei der Übertragung von AIDS für den Abbau von Vorurteilen wesentlich. Dasselbe gilt für Informationen über die Sicherheit und Unsicherheit bei der Benutzung von Kondomen.

Wissensvermittlung, die alle Fragen offen anspricht, ist der beste Schutz gegen diffuse Ängste und irrealer Fantasien. Der Ausbau von Beratungsangeboten kann helfen, die überängstlichen AIDS-Phobiker zu betreten und mit ihnen therapeutisch zu arbeiten.

Ein womöglich zu selten angesprochenes Problem stellt die Beratung von Menschen dar, die entweder als Bisexuelle verdeckt homosexuelle Kontakte haben oder als Verheiratete heimlich sexuelle Außenkontakte pflegen. Die bei beiden Gruppen oft vorhandene Divergenz zwischen eigener Moral und Selbstbild einerseits und dem konkreten Sexualverhalten andererseits hat zur Folge, daß die Betroffenen je eine „Hälfte“ ihres Lebens sogar vor sich selbst nicht wahrhaben wollen. Derartige aus Verdrängung und Verleugnung stammende Fehlreaktionen auf die AIDS-Gefahr müssen in der Beratung abgebaut werden. Es handelt sich hier um ein partielles Vorurteil gegen sich selbst, das zur Verharmlosung der Gefahr bis zu dem Punkt führen kann, wo die Notwendigkeit für jegliche Verhaltensänderung überhaupt bestritten wird.

1.3.4.3 Mittels Solidarisierung

Niemand will, daß sich Betroffene und deren Angehörige von dem Augenblick an, in dem das positive Testergebnis vorliegt, verkriechen müssen und fortan als „bürgerlich tot“ behandelt werden. Ohne solidarische Ermunterung durch Nicht-Betroffene allerdings kann man die Infizierten kaum dazu bewegen, ihr eigenes Dasein der Gesellschaft gegenüber noch als lebenswert zu präsentieren.

Um das zu ermöglichen, sind Konzepte förderlich, die deutlich machen, daß AIDS ein gesamtgesellschaftliches Problem ist und mithin alle gesellschaftlichen Bereiche hier einen solidarischen und kooperativen Beitrag leisten sollen: Kirchen, Arbeitgeber, Gewerkschaften und politische Parteien, wobei die Beiträge, die geleistet werden können, selbstverständlich unterschiedlich sein werden.

Für die Entwicklung solidarischen Verhaltens mit Betroffenen kommt dem signalisierenden Verhalten prominenter Persönlichkeiten, das der Verbreitung durch die Medien stets sicher sein kann und deshalb allgemein hohe Aufmerksamkeit weckt, beispielhafte Wirkung zu. Hierzu gehören etwa Begrüßung von Infizierten durch Handschlag, Besuch am Krankenbett und Beteiligung an Benefizveranstaltungen.

1.4 Die Einstellung der Kirchen zur AIDS-Frage

Die Repräsentanten beider großen Konfessionen nehmen die Herausforderung der Kirchen durch AIDS sehr ernst.

Sie wird von katholischer Seite aus zum Anlaß genommen, mahndend darauf hinzuweisen, daß sich die Krankheit nur durch verantwortungsbewußtes Handeln aller eindämmen läßt. Die nachteiligen gesellschaftlichen Auswirkungen von AIDS lassen sich umso eher begrenzen, als es gelingt, sich ohne Überreaktion und Panik darauf einzustellen. AIDS ist ein Prüfstein für die Solidarität und Humanität der Gesellschaft sowie ihre Fähigkeit, in ethisch angemessener Weise auf die schwerwiegende Bedrohung einzugehen. Das Gebot der Nächstenliebe und die Verantwortung für den Mitmenschen verpflichten die Gesunden, den Betroffenen Hilfe und Zuwendung zukommen zu lassen und sie nicht als Gefahrenquellen auszustoßen oder als Schuldige zu diskriminieren.

Gesetzliche Maßnahmen zur Bekämpfung von AIDS haben selbstverständlich die Menschenwürde der Betroffenen sowie das Verfassungsgebot der Verhältnismäßigkeit der Mittel zu beachten. Der Staat muß Tendenzen zur Entsolidarisierung sowohl entgegenzutreten als sich selbst aller gesetzlichen Maßnahmen enthalten, durch die Träger der HIV-Infektion gebrandmarkt und ausgestoßen würden.

Die HIV-Infektion einer werdenden Mutter – so die katholische Kirche – ist kein Grund für eine Abtreibung, die Erkrankung an AIDS kein Anlaß für aktive Sterbehilfe.

Das Thema AIDS eignet sich in der öffentlichen Diskussion nach Meinung der katholischen Kirche nicht zur Verfolgung politischer Ziele. Sachfremde Verharmlosung oder aber Dramatisierung würden dem Anliegen, die Krankheit zu stoppen, immer nur schaden und angesichts der Schwere des Schicksals von Betroffenen auf Unverständnis stoßen.

Gleichsinnig stellt die evangelische Kirche fest, daß die Bekämpfung von AIDS als schwere Belastungsprobe für das Gemeinwesen eine gemeinsame gesellschaftliche Aufgabe ist und das Zusammenwirken aller Gruppen und Schichten erfordert: Die Annahme

des Mitmenschen schließt auch die Annahme dessen ein, dessen Verhalten man nur schwer versteht und dessen Wertvorstellungen man nicht teilt. Eine Bewußtseinsbildung in der Bevölkerung sollte die offensichtlichen und verborgen wirkenden Diskriminierungen abbauen helfen.

Die evangelische Kirche erklärt, daß bei allen Maßnahmen zur Bekämpfung von AIDS der Zielkonflikt zwischen bürgerlichen Freiheitsrechten und gesundheitspolitischen Erfordernissen der Gesellschaft gesehen werden muß. Im Abwägen der gegensätzlichen Ziele muß deutlich sein, daß dort, wo ein Weg zu Lasten von Freiheitsrechten unvermeidlich erscheint, neben den Vorzügen eines solchen Weges zugleich auch beschwerliche Nachteile eintreten; umgekehrt kann auch das Versäumen einer einschneidenden Maßnahme zu einem schwerwiegenden Problem werden.

1.4.1 Kirchen und Sexualität

Die Kirchen nehmen zur Kenntnis, daß es in der Bevölkerung Formen des Sexualverhaltens gibt, die sich nicht am Bild der christlichen Ehe orientieren, und sie erkennen an, daß dies bei allen Aufklärungsmaßnahmen berücksichtigt werden muß. Allerdings wenden sich die Kirchen gegen solche Aufklärung, durch die der Eindruck ethischer Billigung von sexueller Freizügigkeit erweckt werden kann.

Dem evangelischen Menschenbild mit seinem ganzheitlichen Verständnis der Sexualität widerspricht die Hinwendung zu einer Sexualmoral, deren Einhaltung durch die Angst vor den klassischen Geschlechtskrankheiten und ungewollter Schwangerschaft gestützt wurde. Die Angst vor AIDS darf daher nicht zu einer neuerlichen „Engführung“ ausschließlich auf den ehelichen Zeugungsakt hin mißbraucht werden. Sexualität muß von Liebe und Verantwortungsbewußsein, nicht aber von Angst bestimmt sein. Weder ein vorgegebener noch ein erworbener Status bestimmen den Wert des Menschen vor Gott, in welcher Gemeinschaftsform auch immer er leben mag.

Auch die katholische Kirche hält es für verfehlt, die Angst vor AIDS für eine Änderung der Moralvorstellungen in der Gesellschaft zu nutzen, da generell eine durch Angst erzwungene Normenerfüllung eine positive Wertausrichtung und Sinnerfahrung sowie ein entsprechendes Handeln auf Dauer ohnehin nicht gewährleisten kann. Sie sieht auch keinen Anlaß, aufgrund der Ausbreitung von AIDS die Grundsätze ihrer Sexualmoral neu zu formulieren. Sie bejaht die menschliche Sexualität als von Gott gewollte positive Lebenskraft und erachtet sie als einen wesentlichen Bestandteil sinnerfüllten Lebens, das sich an den anderen verschenken kann und neues Leben ermöglicht.

Zwar steht im Mittelpunkt der evangelischen Ethik die gelingende und dauerhafte Partnerschaft. Nichtsdestoweniger ist jetzt nicht die Zeit des Moralisiereins, sondern der Verantwortung. Evangelisches Eheverständnis redet angesichts von AIDS nicht von Enthaltensamkeit, Monogamie und von Ehe, wodurch die Auf-

merksamkeit von dem weggelenkt würde, um das es eigentlich geht, nämlich von der Verantwortung.

Ungeachtet der Tatsache, daß evangelische Ethik stets die monogame partnerschaftliche Beziehung als die allein wirklich humane und dem Wesen des Menschen entsprechende Grundlage der sexuellen Beziehung verstanden hat, ist es gerade in einer Zeit der Bedrohung durch eine weltweite Krankheit nicht ganz unproblematisch, an dieses christliche Verständnis von Partnerschaft und Ehe erinnern zu müssen, weil nicht der Eindruck entstehen darf, die Kirche nutze Angst und Hysterie aus. Angstfreie Sexualität und das Gelingen einer lebenslangen Partnerschaft sind Güter, die es zu schützen gilt, zugleich muß jedoch mit einem Sexualverhalten in der Bevölkerung gerechnet werden, das sich nicht an diesem christlichen Bild orientiert. Eine Ehe nach evangelisch-christlichem Verständnis ist nie einfach einzulösen, sie ist stets als eine Idealvorstellung gemeint.

Beide Kirchen betonen, daß die christliche und durch AIDS verstärkt ins Blickfeld getretene Forderung, Ort von Sexualität habe die Ehe zu sein, auch politischer und sozio-kultureller Ermutigungen – nicht zuletzt seitens des Staates – zur Eheschließung bedarf, um einer Konsum- und Wegwerf-Sexualität entgegenzutreten. Für die katholische Kirche ist die Parole vom Safer Sex höchst fragwürdig, soweit dadurch der mit der Menschenwürde unvereinbare Eindruck erweckt werden würde, daß sich die Geschlechtsbeziehungen auf freien Sexkonsum reduzieren ließen; auch aufgrund von AIDS sieht sie keinen Anlaß, für eine Kondom-Moral zu plädieren. Zudem sieht die katholische Kirche Kondome nur als zweit- oder drittbeste Schutzmöglichkeit an, die jedoch mit Unsicherheitsfaktoren behaftet sei. Nichts sei in bezug auf AIDS so sicher wie die feste Zweierbeziehung zweier Menschen, die nicht infiziert sind.

Von evangelischer Seite wird betont, daß nur dann auf Vorkehrungen zum Schutz vor Ansteckung verzichtet werden kann, wenn beide Partner erwiesenermaßen nicht infiziert sind. Alle Empfehlungen, wie man sich schützen kann, haben neben ihrer eigentlichen Botschaft auch eine ethische Relevanz. Wichtig ist, wie das Gesagte wirkt: Ob es tatsächlich hilft, ob es abschreckt, ob es legitimiert, ob das, was normal geworden ist, auch für das Normative gehalten wird. Das Eintreten für Enthaltensamkeit und Treue allein schafft noch nicht automatisch auch die Fähigkeit zur Liebe. Mit Treue allein ist auch der humane Sinn der Sexualität noch nicht erfüllt. Dauerhaftigkeit einer Beziehung ist weniger als Voraussetzung für das Gelingen intimer Kommunikation denn als deren Ziel zu sehen; die Forderung, den Intimverkehr zwecks Infektionsvermeidung auf dauerhafte Partnerschaften zu beschränken, ist deshalb nicht alles. Männer, die die Empfängnisverhütung seit Einführung der Pille weitgehend der Frau überlassen haben, müssen nun die Initiative ergreifen und sollten mit dieser neuen Erwartung an ihr Sexualverhalten nicht allein gelassen werden.

Die evangelische Ethik ist nicht ausschließlich an überzeitlichen Normen orientiert, sondern daneben stark auf die Hilfe für den Menschen ausgerichtet. Die Aufgabe der ethischen Beurteilung bei verschiedenen Fragen der Sexualität besteht ihrer Auffassung nach

mehr in der Zurückhaltung und weniger in der ethischen Thematisierung von allem und jedem, etwa im Hinblick auf bestimmte Problembereiche der Sexualethik, zum Beispiel der Homosexualität und Masturbation. Im evangelischen Bereich wird die Verpflichtung zur Integration Betroffener als so unumstritten und stark empfunden, daß die Kirche manche traditionellen Beurteilungspositionen – etwa im Hinblick auf die Homosexualität – heute neu überdenkt.

In der katholischen Kirche gab und gibt es Berührungsschwierigkeiten mit der Homosexualität, die aber abgebaut werden. Hilfen für Betroffene werden seitens karitativer Einrichtungen nicht nur angeboten, sondern von homosexuellen Betroffenen auch angenommen. Die pastorale und humane Zuwendung zu im kirchlichen Bereich tätigen Betroffenen besteht unabhängig vom kirchlichen Dienst- und Arbeitsrecht, weshalb keine Notwendigkeit gesehen wird, bei der Einstellungs- und Kündigungspraxis etwas zu ändern. Kirchliche Mitarbeiter, die seropositiv oder bereits AIDS-krank sind, dürfen der selbstverständlichen Fürsorge gewiß sein.

1.4.2 Kirchen und AIDS-Aufklärung

Sachgerechte und permanente Aufklärung und Information sind am ehesten geeignet, Verhaltensänderungen zu bewirken und so die Ausbreitung der Infektion einzudämmen.

Verantwortungsvolles Verhalten verträgt sich weder mit einer Verdrängung der AIDS-Bedrohung noch mit Panik und Hysterie. Vorsorgemaßnahmen müssen getroffen werden, um der Herausforderung möglichst informiert und vorbereitet begegnen zu können. Durch Schulung und Fortbildung sollen die Mitarbeiter der katholischen karitativen Dienste mit der nötigen Sachkunde ausgestattet werden, um psychosoziale Hilfen zu bieten.

Nach katholischer Meinung ist der HIV-Antikörper-test, unabhängig von seiner epidemiologischen Bedeutung, ein Informationsinstrument, um Betroffenen Gewißheit zu verschaffen. Die konkrete Empfehlung des Tests ist jedoch stets nur das gemeinsam erarbeitete Ergebnis eines Beratungsprozesses: Ein unvorbeiteter Test, der nicht vorher und nachher durch intensive Beratung abgestützt worden ist, kann zu vielfältigen Krisensituationen (Resignation, Depression bis zum Suizid) führen.

Um die Krankheit in den Griff zu bekommen, bedarf es der Verantwortung aller füreinander. Infektionsträger sind – unter Änderung ihres sexuellen Verhaltens – verpflichtet, andere nicht anzustecken. Aber auch der Gesunde trägt Verantwortung: Nicht nur die HIV-infizierte Prostituierte verhält sich verantwortungslos, sondern auch der Gesunde, der Sexualverkehr und Risikoverhalten weiterhin ungeschützt unverändert fortsetzt.

Eheliche Treue wird von der katholischen Kirche als bester AIDS-Schutz angesehen. Sie hat jedoch nichts dagegen einzuwenden, wenn man unter dieser Prämisse davon ausgeht, daß Kondome das Risiko der AIDS-Infektion zu mindern vermögen. Nach katholi-

scher Auffassung litt die AIDS-Aufklärung ursprünglich darunter, daß Kondombenutzung als absolut sicherer Schutz dargestellt worden sei und andere Möglichkeiten der Infektionsvermeidung, zum Beispiel treue Partnerschaft, mehr in den Hintergrund getreten seien. Sofern die Aufklärungsbotschaft aber lautet, daß Kondome nur die zweit- oder drittbeste Möglichkeit zur Infektionsvermeidung sind, weil mit Unsicherheitsfaktoren behaftet, dann besteht nach katholischer Ansicht mit dieser Form der Aufklärung keinerlei Schwierigkeit.

Für die AIDS-Aufklärung Jugendlicher hat die katholische Kirche inzwischen Handreichungen für Schüler, Lehrer und Eltern herausgebracht, um die Problematik offensiv anzugehen. Es geht dabei nicht darum, die AIDS-Aufklärung in den Familien zu belassen, sondern darum, den Kindern in der Schule sachgerecht beizubringen, wie man sich vor AIDS schützt. Wenn allerdings Kinder und Jugendliche davon ausgehen, Kondomgebrauch allein sei Schutz genug, so ist dies fatal und unzutreffend. Katholische AIDS-Aufklärung will Jugendlichen nahebringen, das Aufsparen für die Ehe sei nicht nur vom Standpunkt der kirchlichen Moral aus richtig, sondern jetzt auch im Zusammenhang mit AIDS das Sicherste.

Die evangelische Kirche beklagt, daß manche bereits vorhandenen Handreichungen zur AIDS-Aufklärung, die aus dem außerkirchlichen Raum stammen, weder seelsorgerisch zufriedenstellend noch feinfühlig genug gemacht seien. Aufklärungsaktionen, die heute mit Faktenwissen an Schüler herantreten, verkennt häufig die Konfliktsituation Jugendlicher und Schüler.

Die evangelische Kirche betont die Notwendigkeit, ein Vertrauensverhältnis zwischen Religionslehrern und Schülern aufzubauen, Gespräche zu suchen, in denen auch das Moment der Beratung enthalten ist und insofern nicht reine Fakten zu vermitteln, sondern

Grundlegendes, und die Schüler in ihrer Situation dort abzuholen, wo sie sind.

1.4.3 Entmythisierung von AIDS

Von evangelischer Seite aus wird bemerkt, daß die breite Bevölkerung weit mehr am Selbstschutz als am Schicksal Betroffener orientiert ist. Mit dieser Hinwendung zu sich selbst gehen Schuldzuweisungen, Diffamierungen, Stigmatisierungen und Ausgrenzungen von Betroffenen in offener oder versteckter Form einher. Hysterische Überreaktionen und kollektive Verdrängungen stehen unverbunden nebeneinander. Darum müssen Barmherzigkeit, Nüchternheit und Verantwortung mehr Raum gewinnen.

Die katholische Kirche sucht keine Sündenböcke für das Auftreten von AIDS; alle Betroffenen haben vielmehr einen Anspruch auf Annahme und Solidarität, und insofern ist die Krankheit auch ein Prüfstein für die Bereitschaft und Fähigkeit unserer Gesellschaft, in ethisch angemessener Weise auf diese neuartige, sehr schwere Bedrohung zu reagieren.

Die Vorstellung von AIDS als einer Geißel Gottes bzw. Heimsuchung wirft die alte und schwierige theologische Frage nach dem Sinn von Leiden und Krankheit auf. Das Wort von der Krankheit als Gottesgeißel sollte nach katholischer Interpretation nicht in dem Sinne gebraucht werden, daß ein strafender Gott, wie er im Alten Testament in manchen Kapiteln vorkommt, sich nun rächt, weil die Menschheit durch Promiskuität Grenzen verletzt. Die von Kardinal Höffner in diesem Zusammenhang gebrauchte Bezeichnung Heimsuchung läßt sich im Sinne einer Grenzerfahrung deuten: Jeder Mensch macht Grenzerfahrungen in Leid, Krankheit, Tod, und Gott läßt zu, daß der Mensch in der Erfahrung eines solchen Vorgangs wieder zur Besinnung kommt. Es ist jedoch ein Stück Besinnung und Umdenken notwendig, wenn solche Erfahrungen gemacht werden.

II. Auswertungen

III. Empfehlungen

Die Kommission hat sich darauf verständigt, Auswertungen und Empfehlungen wegen des Sachzusammenhangs mit dem Kapitel „Primärprävention (Verhütung der HIV-Infektion)“ dort einzubeziehen.

2. Kapitel: Das Krankheitsbild von AIDS

Inhalt	Seite
I. Bestandsaufnahme	36
Einleitung	36
2.1 Virologie und Immunologie	37
2.1.1 Struktur und Eigenschaften von HIV	37
2.1.2 Regulation von HIV	42
2.1.3 Immunologische Folgen der HIV-Infektion	43
2.2 Infektion und Serokonversion	43
2.3 Serologische und virologische Diagnostik	43
2.3.1 Antikörpertests	44
2.3.1.1 Primäre Identifikationstests	44
2.3.1.2 Bestätigungstests	44
2.3.2 Antigentests	44
2.3.3 Virusnachweis	44
2.3.4 Blutspendewesen	45
2.3.5 Ausblick	45
2.4 Krankheitsbild	45
2.4.1 Latenzzeit und asymptomatisch Infizierte	45
2.4.2 Lymphadenopathie-Syndrom (LAS), AIDS-related complex (ARC)	45
2.4.3 Das Vollbild von AIDS	45
2.4.4 Opportunistische Infektionen	47
2.4.5 Kaposi-Sarkom und maligne Tumoren	49
2.4.6 Dermatologische Krankheitsbilder	49
2.4.7 Neurologische Krankheitsbilder der HIV-Infektion	50
2.4.8 Therapie	50
2.5 AIDS bei Neugeborenen und Kleinkindern	50
II. Auswertungen	51
2.6 Handlungsbedarf	51
2.7 Forschungsbedarf	52
III. Empfehlungen	54
2.8 Handlungsbedarf	54
2.9 Forschungsbedarf	55

Das Krankheitsbild von AIDS

I. Bestandsaufnahme

Einleitung

AIDS ist das Endstadium der HIV-Infektion, die als typische Retrovirusinfektion langsam mit einer langen Latenzphase und unterschiedlichen Manifestationen verläuft. Als die erste relevante Retrovirusinfektion des Menschen hat AIDS die Humanmedizin mit einem bislang unbekanntem Typ von Erkrankungen konfrontiert. Im Verlauf der Infektion können, je nachdem welches Erkrankungsstadium vorliegt, recht unterschiedliche Manifestationen auftreten. Das Endstadium AIDS wird weitgehend durch eine Immunschwäche geprägt, in deren Folge es zum Auftreten von opportunistischen Infektionen und Tumoren kommt.

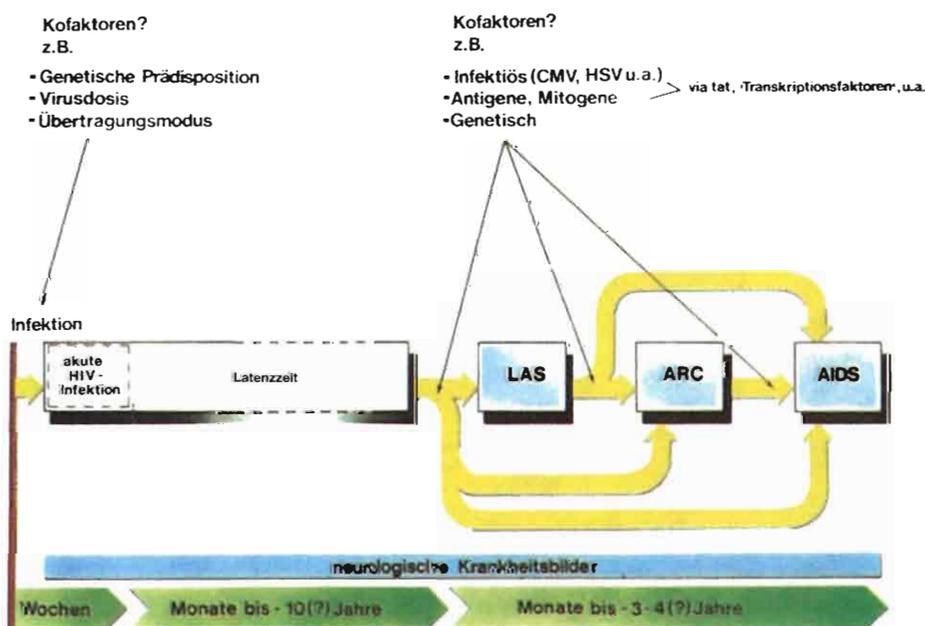
Bei den meisten HIV-Infektionen verläuft die Krankheit zunächst nach beinahe gleichem Muster; jedoch können die Zeitabstände zwischen den unterschiedlichen Erkrankungsphasen extrem variieren.

Wichtige Abschnitte im natürlichen Verlauf der HIV-Infektion sind:

- Die Infektion, deren Zeitpunkt nur ausnahmsweise, zum Beispiel bei Bluttransfusionen, festgestellt werden kann;
- die Inkubationszeit *) bis zum Auftreten von Antikörpern im Blut (Serokonversion) beziehungsweise bis zum Auftreten des ersten akuten Krankheitsbildes (siehe nächsten Spiegelstrich);
- das nur selten diagnostizierte, spontan abheilende akute Krankheitsbild, das ähnlich einem grippalen Infekt oder einer infektiösen Mononukleose verläuft;
- die Latenzzeit *), die Zeitspanne zwischen Serokonversion und Manifestation der HIV-typischen Erkrankungen, die sich über viele Monate und Jahre hinzieht. Die infizierten Personen fühlen sich dabei meist subjektiv gesund. Bei genauer Untersuchung lassen sich jedoch oft schon abweichende Laborbefunde erheben;

*) Die Begriffe werden unterschiedlich gebraucht. Die Kommission macht sich die o.a. Begriffsbestimmung zu eigen.

Verlauf der HIV-Infektion



Der natürliche Verlauf der HIV-Infektion (R. Heilmann, München; Graphik: E. Nixdorf, München)

- das Stadium der Lymphadenopathie (Lymphadenopathie-Syndrom = LAS) mit generalisierter Lymphknotenschwellung und unterschiedlichen, häufig geringen Allgemeinsymptomen. Es besteht hierbei noch keine funktionell bedeutsame Abwehrschwäche;
- das Stadium eines schweren Lymphadenopathie-Syndroms (AIDS-related complex = ARC) mit Nachtschweiß, Fieber, Gewichtsverlust, Durchfall und leichten opportunistischen Infektionen. Hierbei besteht bereits ein ausgeprägter Immundefekt;
- das Vollbild von AIDS mit schwerem Immundefekt und daraus resultierenden opportunistischen Infektionen und Tumoren.

Pathologische, neurologische beziehungsweise psychiatrische Befunde können in den drei letztgenannten Stadien auftreten, sind jedoch am häufigsten beim Vollbild von AIDS. Sie können viele neurologische Krankheitsbilder simulieren, am häufigsten ist die AIDS-Enzephalopathie, die zu einem erheblichen Gehirnsabbau führt.

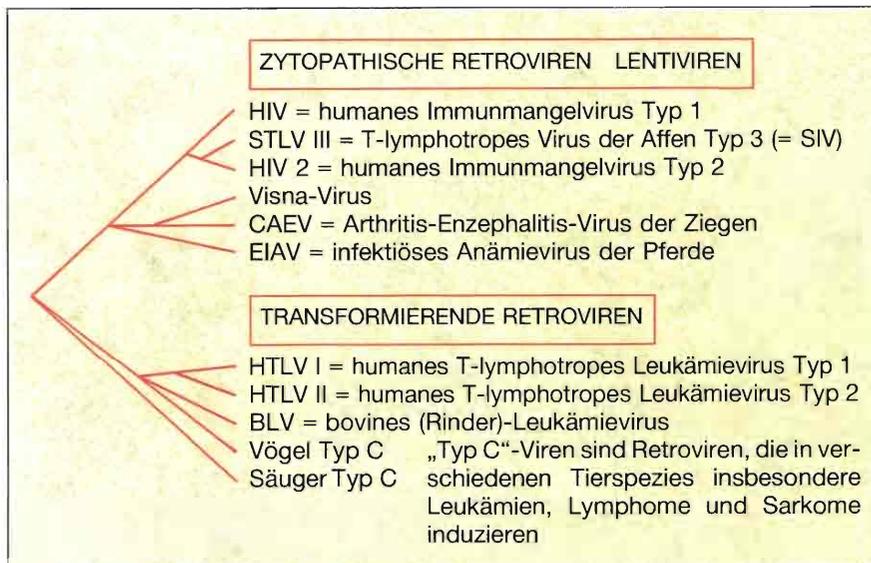
Die ersten pathologischen Befunde können nicht immer schon als Krankheit bezeichnet werden. Die HIV-

Infektion ist eine Virusinfektion mit Übergängen vom gesunden Menschen zu dem in verschiedenen Krankheitsstadien; die vorhandenen Einteilungsschemata werden diesem fließenden Ablauf nur ungenügend gerecht.

2.1 Virologie und Immunologie

2.1.1 Struktur und Eigenschaften von HIV

Wenige Jahre nachdem die ersten AIDS-Fälle klinisch als neue Krankheit erkannt waren, gelang es 1983 Forschern vom Institut Pasteur Paris unter der Leitung von Luc Montagnier, ein Virus, heute **human immunodeficiency virus** (menschliches Immundefekt Virus), **HIV** genannt, als den Erreger zu identifizieren. Gallo und Mitarbeiter konnten 1984 die Beobachtungen von Montagnier bestätigen und Methoden entwickeln, das Virus in großer Menge herzustellen. Damit wurde die Möglichkeit zur Durchführung der modernen HIV-Tests geschaffen.



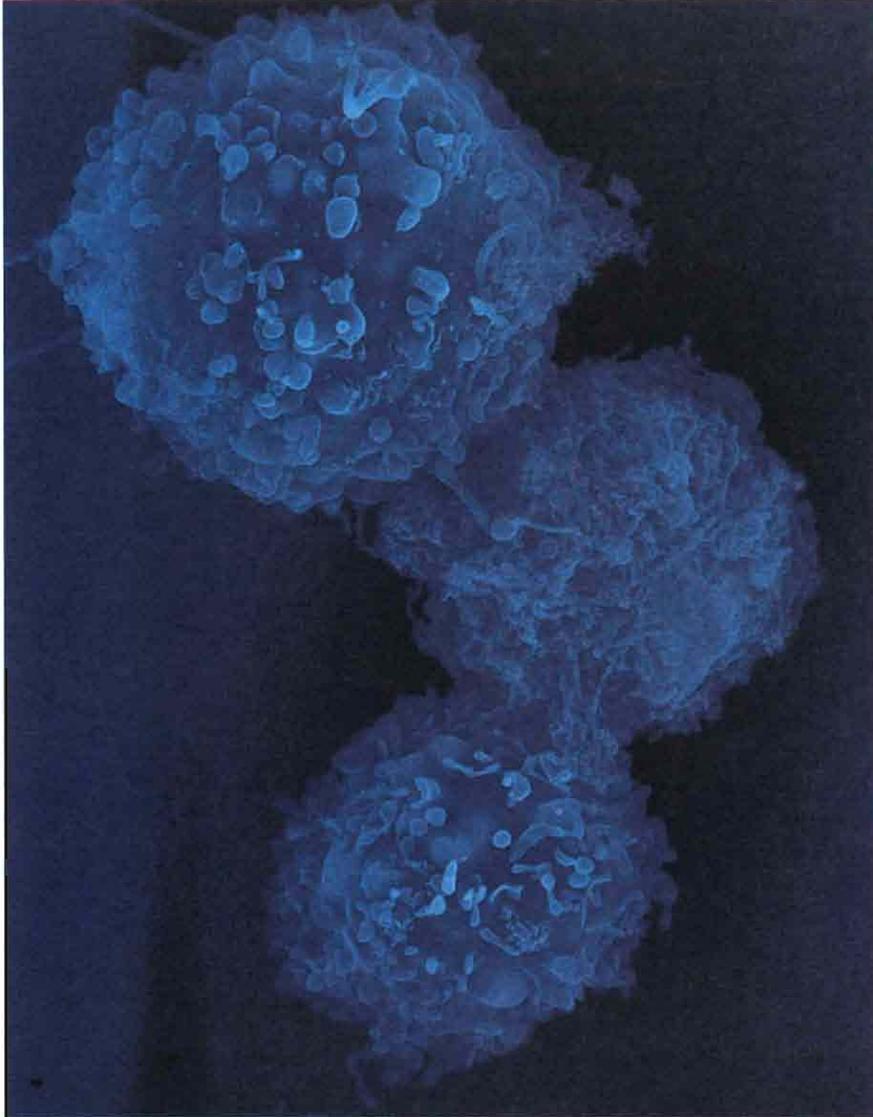
Herkunft und Einordnung von HIV. Die Verwandtschaft beruht in erster Linie auf Analysen der Nukleinsäuren (modifiziert nach R. Hehlmann und E. Nixdorf, München).

HIV ist ein Retrovirus. Sein Erbmateriale besteht aus Ribonukleinsäure (RNS) und wird wie bei allen Retroviren mit Hilfe der reversen Transkriptase in der Zelle in Desoxyribonukleinsäure (DNS) umgeschrieben. 1983, bei der Entdeckung von HIV, kannte man bereits zahlreiche Retroviren, die beim Tier verschiedene Formen von Krebs verursachen; auch beim Menschen hatte man zwei Vertreter dieser Viren als Erreger seltener Leukämien identifiziert.

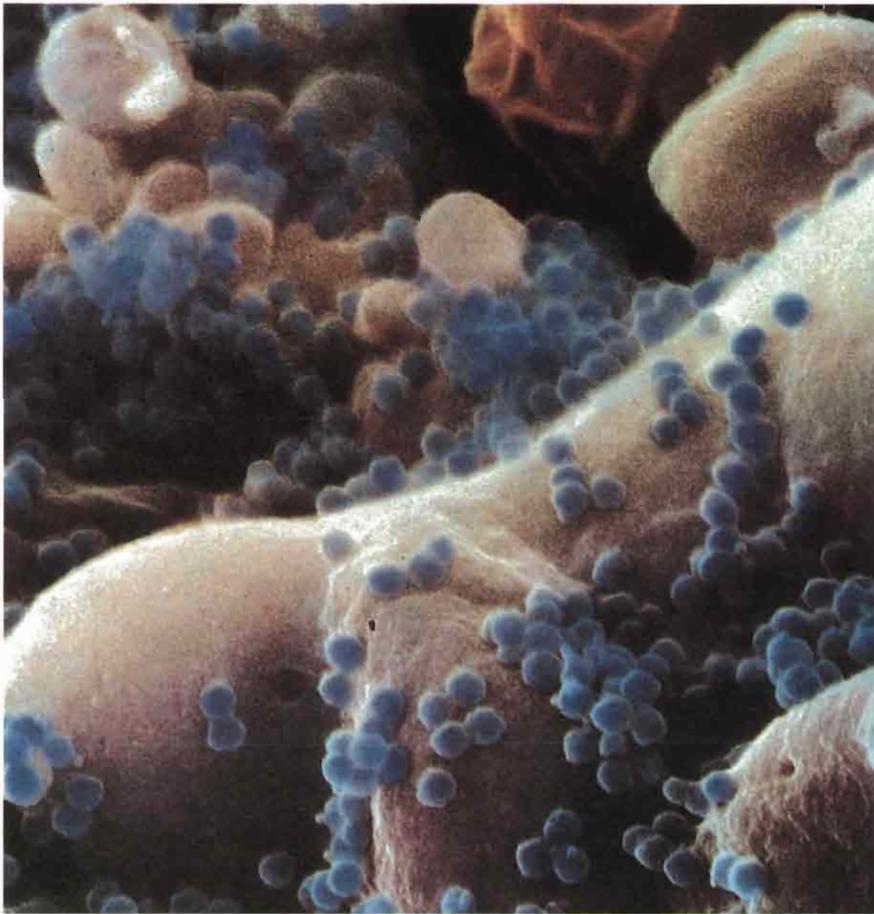
HIV läßt sich in eine besondere Untergruppe von Retroviren einordnen, zu den sogenannten Lentiviren. Diese Viren zeichnen sich durch eine lange Latenzzeit, den chronischen Verlauf der durch sie verursachten Krankheit und durch den Befall des Zentralner-

vensystems aus. Im Gegensatz zu den krebserzeugenden Retroviren, die „Informationen unsterblich“ werden lassen, haben die Lentiviren die Fähigkeit, Zellen zu zerstören; sie sind zytopathisch. In der Veterinärmedizin kennt man schon länger Vertreter der Lentiviren, so den Erreger der infektiösen Anämie beim Pferd und das Visna-Virus beim Schaf.

HIV ist das erste bekannte Lentivirus, das für den Menschen pathogen ist. Kurz nach der Entdeckung von HIV fand man ein ähnliches Virus auch beim Affen, das Affen-Immundefizienz-Virus (Simian-Immundefizienz-Virus = SIV) und ein weiteres Immundefizienz-Virus bei der Hauskatze.



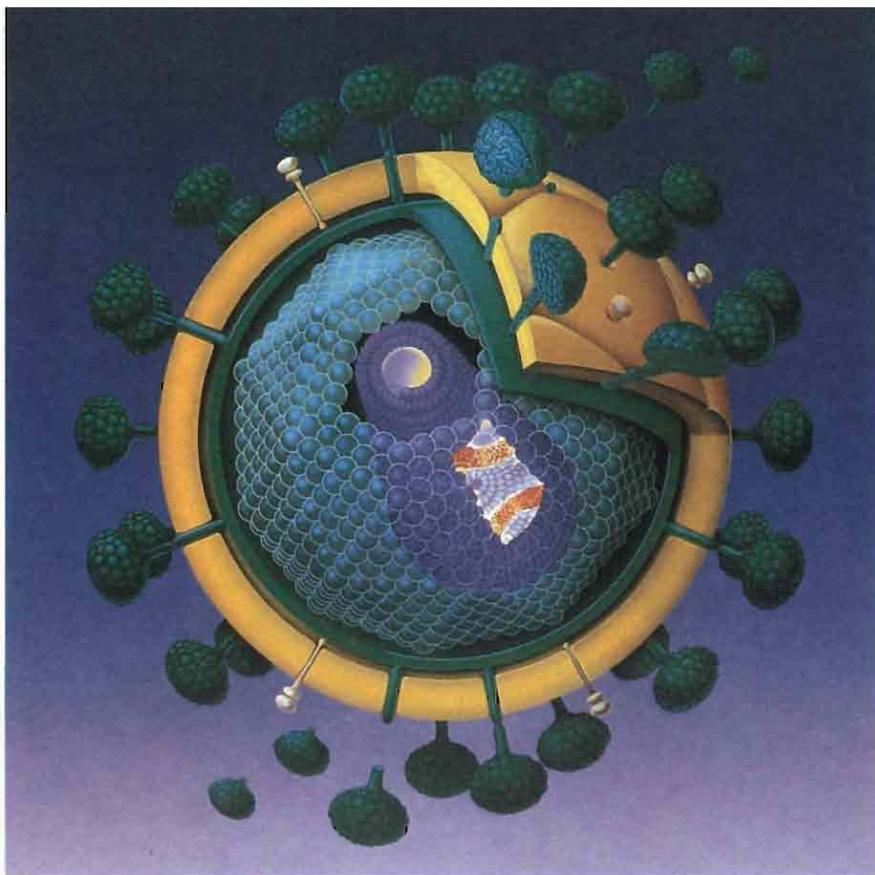
Vom HIV infizierte T-Lymphozyten. Die Vorsprünge auf der Zelloberfläche sind Mikrovilli (kleine Fortsätze). Die kleinen blauen Kügelchen sind Viruspartikel. (Foto: Lennart Nilsson, Karolinska-Institut, Stockholm) © Boehringer Ingelheim International GmbH, Dr. Karl Thomae GmbH, Biberach a. d. Riß



Vom HIV infizierte T-Lymphozyten. Die Vorsprünge auf der Zelloberfläche sind Mikrovilli (kleine Fortsätze). Die kleinen blauen Kügelchen sind Viruspartikel. (Foto: Lennart Nilsson, Karolinska-Institut, Stockholm) © Boehringer Ingelheim International GmbH, Dr. Karl Thomae GmbH, Biberach a. d. RiB



Vom HIV infizierte T-Lymphozyten. Die Vorsprünge auf der Zelloberfläche sind Mikrovilli (kleine Fortsätze). Die kleineren blauen Kügelchen sind Viruspartikel. (Foto: Lennart Nilsson, Karolinska-Institut, Stockholm) © Boehringer Ingelheim International GmbH, Dr. Karl Thomae GmbH, Biberach a. d. Riß



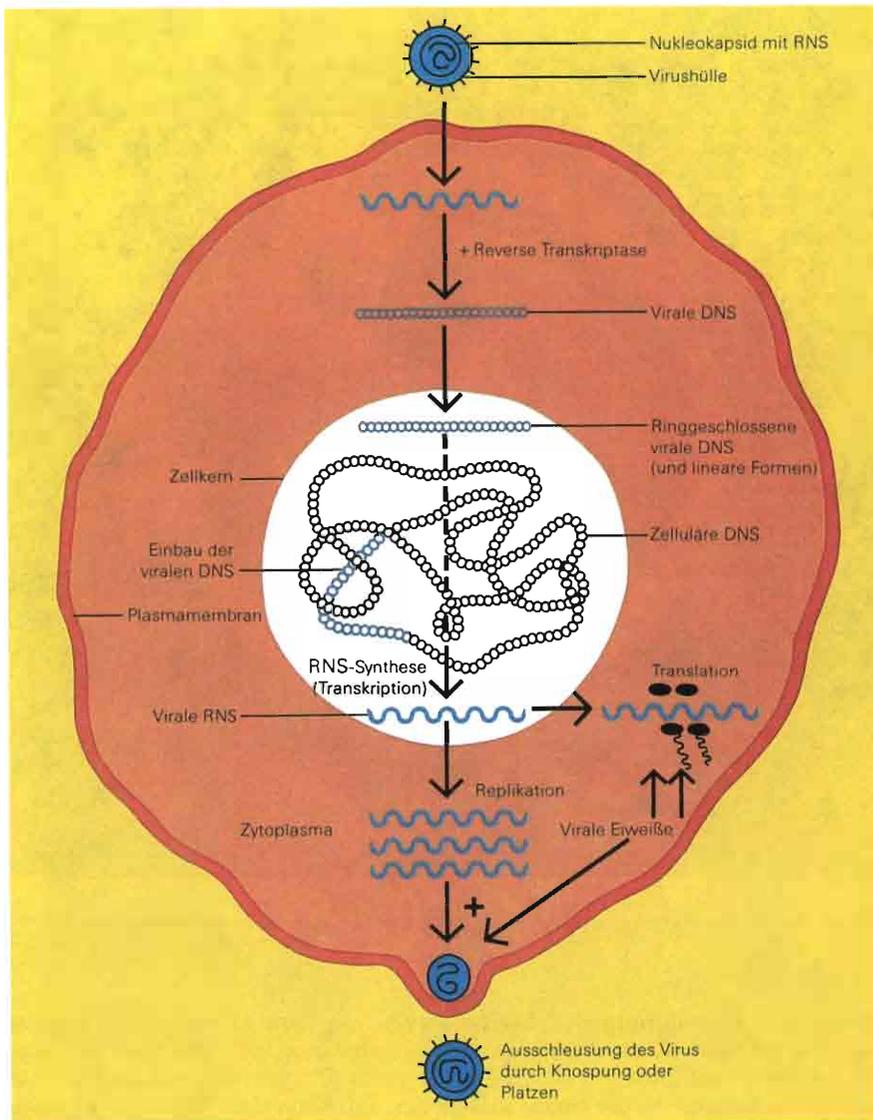
Modell des Human Immunodeficiency Virus (HIV), dem Erreger der Immunschwäche AIDS.

© GRAPHICO-GOTTA, Hamburg

HIV ist wie alle Retroviren kugelförmig und besitzt eine Lipidmembran, die es beim Austritt (Ausknospung) aus der Zelle, in der es gebildet wurde, erhält. In diese zelluläre Membran sind viruseigene Bausteine eingefügt, die der Hülle eine individuelle, virusspezifische Note geben. Eines dieser mit Zuckerresten besetzten virusspezifischen Proteine, ein Glykoprotein mit dem Molekulargewicht 41.000 (gp41), ist in der Membran verankert, das zweite (gp120) sitzt diesem Baustein außen wie ein Knopf auf. Wenn HIV eine Zelle infiziert, lagert es sich zunächst mit seiner knopfartigen Struktur an eine besondere Kontaktstruktur auf der Oberfläche dieser Zelle an. Nur Zellen, die diese Kontaktstruktur tragen, den sogenannten CD4-Rezeptor, können von HIV infiziert werden. Nach der Kontaktaufnahme verschmelzen virale und zelluläre Membranen und geben das Innere des Virus, das sogenannte Virion, frei. Dieses Virion ist noch von einer Hülle umgeben, die nach seinem Eintritt in die Zelle aufgelöst wird. Dabei werden zwei identische Moleküle von Informationsmaterial aus RNS frei. Jedes der beiden Moleküle bringt sein wichtigstes En-

zym, mit dem es seinen Vermehrungszyklus in der Zelle in Gang setzt, die reverse Transkriptase, mit. Mit diesem Enzym wird das Ribonukleinsäure-Molekül des infizierenden Virus in ein Desoxyribonukleinsäure-Molekül transkribiert. Es entsteht danach eine doppelsträngige DNS-Kopie, ein sogenanntes Provirus, das in ein Chromosom im Zellkern eingebaut werden kann. Hierin liegt eine der besonderen Tücken von HIV, denn die genetische Information des Virus wird so zu einem Bestandteil des Zell-Genoms und bei jeder Zellteilung an die Nachkommen weitergegeben. Ist das Provirus erst einmal in die Chromosomen menschlicher Zellen eingebaut worden, kann es nicht mehr eliminiert werden.

Von dem Provirus werden neue RNS-Kopien gebildet. Diese dienen zum einen als Vorlage für die Synthese neuer Virus-Proteine, zu einem kleineren Teil werden die RNS-Moleküle von den Proteinen aber wieder zu fertigen Virionen verpackt, die über die Zellmembran ausknospen. Auf diese Weise entstehen neue infektiöse HIV-Partikel.



Schema der Vermehrung von HIV-Retroviren
H. Rübsamen-Waigmann, Georg-Speyer-Haus, Frankfurt

Das Erbgut von HIV umfasst wenige Bausteine (rund 9000 Nukleotide). Die genaue Reihenfolge dieser Bausteine, die Nukleotidsequenz, wurde sowohl von den ersten HIV-Isolaten als auch von einer ganzen Reihe weiterer HIV-Varianten inzwischen bestimmt. Bei der Vermehrung des HIV-Genoms kommt es bei der Übersetzung von RNS in DNS zu zahlreichen Fehlern, weil die reverse Transkriptase ungenau arbeitet. Die hohe Mutationsrate ist verantwortlich dafür, daß neue Varianten von HIV auftauchen.

Die neuen Virusvarianten können veränderte Oberflächenstrukturen aufweisen, auf welche die vom Immunsystem schon gebildeten Antikörper nicht mehr passen. Man hat eine solche HIV-Variante identifiziert, die gegenüber dem zunächst isolierten Virusstamm so verändert ist, daß sie serologisch keine Kreuzreaktivität mehr mit diesem Stamm zeigt. Diese Variante hat man als *HIV-2* bezeichnet und das ursprüngliche Isolat und seine kreuzreagierenden Varianten als *HIV-1*.

2.1.2 Regulation von HIV

Viren können als zelluläre Gene angesehen werden, die sich im Verlauf der Evolution selbständig gemacht haben. Diese von Eiweißmolekülen umhüllten Gene sind für ihre Vermehrung auf die Syntheseleistungen der lebenden Zelle angewiesen. Hier liegt einer der Gründe, weshalb es so schwierig ist, Virusinfektionen medikamentös zu behandeln.

Der Versuch, das Virus mit Synthesehemmstoffen an seiner Vermehrung zu hindern, läuft Gefahr, auch die Zelle und damit den ganzen Körper zu schädigen. Im Fall von HIV kommt hinzu, daß das Virus gerade jene Zellen infiziert und sich in sie integriert, die eigentlich zu seiner Vernichtung da sind. Stimuliert man die Abwehrzellen zu einer verstärkten Immunreaktion, so aktiviert man gleichzeitig auch das Virus, das sich in aktivierten, das heißt sich teilenden T4-Zellen am besten vermehren kann.

Dennoch ist die Hoffnung auf eine antiviral wirksame Substanz nach der Einschätzung der Wissenschaftler nicht ohne Zukunft. Weil die ganze Überlebensstrategie der Viren darauf beruht, sich gegenüber den zellulären Genen durchzusetzen, haben sie sich während der Evolution durch Mutationen so verändert, daß sie gegenüber den zellulären Genen Selektionsvorteile haben. Auch wenn sie von den Fähigkeiten der Zelle zur Vermehrung der Zell-RNS und zur Biosynthese der Zell-Proteine Gebrauch machen, bringen sie doch eigene Steuerungssignale mit ein, damit ihre eigenen Gene bevorzugt behandelt werden. Diese kleinen Unterschiede herauszufinden, ist eines der Ziele der Grundlagenforschung auf dem Gebiet von AIDS. Denn die virusspezifischen Extras bieten einen hoffnungsvollen Ansatz, das Virus an seiner Vermehrung zu hindern.

2.1.3 Immunologische Folgen der HIV-Infektion

HIV hat zwei Besonderheiten, die es besonders 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. Damit aber nicht genug: HIV infiziert vor allem gerade jene Zellen, deren Aufgabe es eigentlich ist, Krankheitserreger abzufangen und unschädlich zu machen.

Alle Zellen, die von HIV infiziert werden können, tragen auf ihrer Oberfläche die bereits erwähnten CD4-Rezeptoren. Dazu zählen mehrere Typen weißer Blutzellen, außerdem Gliazellen im Gehirn und wahrscheinlich noch andere Zelltypen. Von zentraler Bedeutung ist die Infektion der sogenannten T4-Lymphozyten oder T-Helferzellen und bestimmter Monozyten, sowie bestimmter aus den Monozyten entstehenden Makrophagen und Langerhans-Zellen, einer unter der Haut- und Schleimhautoberfläche sitzende Sonderform der Makrophagen.

Es wird vermutet, daß die Langerhans-Zellen und die Makrophagen beim Eintritt des Virus in den Körper eine Rolle spielen, und es scheint sicher, daß die Makrophagen bei der Ausbreitung der Infektion im Organismus von großer Bedeutung sind. Die Makrophagen sind die „Wachposten an der vordersten Front“ des Immunsystems und nehmen eingedrungene Viren und Bakterien auf, um sie unschädlich zu machen. Durch die intakte Haut mit ihrer verhornten Oberfläche können Viren die in den tieferen Schichten vorhandenen Makrophagen und Langerhans-Zellen nicht erreichen. Bei Verletzungen oder bei einer Infektion, etwa der Schleimhaut im Mund, können aber Makrophagen sich örtlich ansammeln. Es ist denkbar, daß sie dort von HIV infiziert werden und anschließend die Infektion im Körper verbreiten. *)

Da sich die Makrophagen durch winzige Räume zwischen den Zellen hindurchzwängen können, vermutet man, daß sie HIV auch bis in das Gehirn transportieren.

*) Minderheitenvotum siehe Abschnitt D, Seite 112

Für die Entwicklung der typischen Immunschwäche ist die Wirkung des HIV auf die sogenannten T-Helferzellen von entscheidender Bedeutung. Die T-Helferzellen bilden im Wechselspiel mit den T-Suppressorzellen das Regelwerk des Immunsystems. HIV kann auf der einen Seite T-Helferzellen zerstören oder, wenn in das Genom der Zelle integriert, die normale Funktion dieser Zellen beeinträchtigen. Hierüber kommt es zu zunehmenden Störungen im gesamten Immunsystem. Die nach der Infektion mit HIV in der Regel rasch einsetzende Bildung der Antikörper kann auf der anderen Seite – paradoxerweise – zur Verstärkung dieser Störungen beitragen. Gegen HIV-gerichtete Antikörper und zytotoxische T-Zellen können infizierte T-Helferzellen zerstören oder mit Antikörpern besetzten Viruspartikeln den Zugang zu anderen Zellen des Immunsystems ermöglichen.

Auch der scheinbar einfachsten Methode, HIV an einer weiteren Ausbreitung in der Bevölkerung zu hindern, nämlich einer Schutzimpfung gegen HIV, stehen die biologischen Eigenarten von HIV entgegen. Dennoch wird weltweit an Impfstoffen zum Abfangen der Viren bei der Primärinfektion gearbeitet. Manche Experten befürchten jedoch, daß es bei einer Immunisierung zu Komplikationen kommen könnte, weil die Viren in mindestens zwei Teilbereichen ihrer Oberflächen körpereigenen Eiweißstrukturen sehr ähnlich sind und vielleicht Autoimmunreaktionen provozieren könnten. Die Erfahrungen mit Schutzimpfungen beim Schaf gegen Lentiviren scheinen solche Befürchtungen zu bestätigen.

2.2 Infektion und Serokonversion

Das Zeitintervall von der Infektion bis zum Nachweis von HIV-Antikörpern im Blut (Serokonversion) beträgt minimal 6 bis 8 Wochen. Es besteht hierbei eine erhebliche Schwankungsbreite. Nach 6 Monaten kommt es jedoch bei fast allen Infizierten zum Auftreten von Antikörpern. In seltenen Einzelfällen wurde über Intervalle von 18 Monaten und länger bis zur Serokonversion berichtet. Das Problem derartiger Spätkonvertierer oder Nonresponder ist Gegenstand wissenschaftlicher Diskussionen. Aufgrund epidemiologischer Daten können derartige Konstellationen nicht häufig sein.

Bei einem kleinen Prozentsatz der Infizierten läßt sich zum Zeitpunkt der Serokonversion ein akutes Krankheitsbild diagnostizieren, das einer Mononukleose oder einem grippalen Infekt ähnlich ist. Dieses akute und spontan abheilende Krankheitsbild ist gekennzeichnet durch Fieber, Halsschmerzen, Schwellung der Lymphknoten und unklare Hautausschläge. Gelegentlich kann bereits in diesem Stadium der Infektion eine leichte Meningoenzephalitis und damit ein Befall des Zentralnervensystems auftreten.

2.3 Serologische und virologische Diagnostik

Eine Infektion mit HIV wird nicht schon nach wenigen Tagen an Krankheitssymptomen erkennbar. Sie kann eine jahrelange Latenzzeit haben. Bis zum Auftreten

von Symptomen kann sie nur serologisch und virologisch nachgewiesen werden. Das Virus selbst ist im Blut der Infizierten nur in sehr geringen Konzentrationen vorhanden, rund milliardenfach weniger als etwa Hepatitis B-Viren bei einer infektiösen Leberentzündung. Auf einen direkten Virusnachweis im Blut kann man sich daher nicht verlassen. Die heute routinemäßig verwendeten diagnostischen Tests basieren auf dem Nachweis von Antikörpern, die der infizierte Organismus als Antwort auf das Auftreten der fremden Antigene gebildet hat.

2.3.1 Antikörpertests

2.3.1.1 Primäre Identifikationstests

Man identifiziert die im Organismus gegen HIV-Antikörper gebildeten Antikörper, indem das Patientenserum mit HIV oder HIV-Bestandteilen zusammengebracht wird und in einem zweiten Schritt die an die Antigene gebundenen Antikörper durch markierte, gegen menschliche Antikörper gerichtete Antikörper sichtbar macht.

Bewährt haben sich vor allem Enzymimmunoassays (ELISA: enzyme-linked immunosorbent assay), bei denen der zweite Testantikörper mit einem Enzym gekoppelt worden ist, welches eine leicht meßbare Farbreaktion ausführen kann. Es gibt mehrere verschiedene Typen von ELISAs, die in der HIV-Diagnostik in Gebrauch sind. Keiner ist frei von falsch-positiven und gelegentlich falsch-negativen Ergebnissen einer HIV-Infektion. Von den am meisten verwendeten ELISA-Tests werden *HIV-2-Infektionen* nur zum Teil erkannt.

2.3.1.2 Bestätigungstests

Fällt der in einem Diagnoselabor als erstes angewandte ELISA-Test positiv aus, scheinen also Antikörper gegen HIV im Blut eines Individuums vorhanden zu sein, wird in einem weiteren Test geprüft, ob sich die Diagnose bestätigen läßt. Am häufigsten benutzt man als Bestätigungstest den sogenannten Western Blot (Immunoblot). Hierbei handelt es sich um ein Nachweisverfahren, das genauer, aber auch viel aufwendiger ist als der ELISA und sich deshalb nicht für ein Screening eignet. Der hohe Aussagewert des Western Blot beruht darauf, daß man nicht Antikörper pauschal gegen irgendeine Struktur von HIV nachweist, sondern genau zeigen kann, gegen welchen Proteinbaustein des Virus sich die Antigen-Antikörper-Reaktion richtet. Lassen sich durch den Western Blot Antikörper gegen mindestens zwei spezifische Virusstrukturen nachweisen, kann man mit sehr hoher Wahrscheinlichkeit annehmen, daß eine Infektion mit HIV vorliegt.

Weil auch bei optimaler Handhabung von ELISA- und Bestätigungstest falsch-positive und falsch-negative Ergebnisse vorkommen, wird sich die Kommission mit der Frage der Testsicherheit in der nächsten Arbeitsphase erneut und intensiv beschäftigen.

2.3.2 Antigentests

Bei manchen Virusinfektionen, etwa bei der Hepatitis B, kann man die Infektion anhand des Hüllproteins, das vom Virus im Überschuß gebildet wird, nachweisen. Dies ist bei HIV jedoch nicht möglich. Selbst bei Patienten mit klinisch manifestem AIDS und dem Nachweis von HIV in den zirkulierenden Lymphozyten lassen sich nicht regelmäßig Virusantigene serologisch nachweisen. Dennoch kann auch der Nachweis von Antigenen im Serum von Testpersonen in bestimmten Fällen für die Diagnose herangezogen werden. In Einzelfällen hat man nämlich in der Frühphase der HIV-Infektion das Kernantigen (p24) des Virus nachweisen können, noch bevor Antikörper gegen HIV anwesend waren.

2.3.3 Virusnachweis

Weil die Menge der Viren im Blut der HIV-Positiven und AIDS-Kranken vergleichsweise gering ist, eignet sich der Nachweis des Virus noch nicht zum routinemäßigen Nachweis einer HIV-Infektion. Dennoch ist es in bestimmten Situationen wichtig, den Erreger bei einem Infizierten genau zu kennen. Hierzu kann man T-Lymphozyten aus dem Blut eines Infizierten mit geeigneten nichtinfizierten Zellen kokultivieren. Dabei kommt es zu einer Vermehrung des Virus, das man dann isolieren kann. Die Virusvermehrung ist langwierig und teuer. Man kann aber dann das Erbmateriale des Virus genau analysieren und etwa nach neuen HIV-Varianten suchen.

Grundsätzlich kann man heute ein Virus nicht nur anhand seiner Proteine, sondern auch über sein Erbmaterial mit Hilfe von Gen-Sonden nachweisen. Der Vorteil dieser Methode liegt in der unverwechselbaren Einmaligkeit von Nukleinsäuren, ihr Nachteil in der meist zu geringen Konzentration des Virus in Blutproben oder Gewebeschnitten. Man versucht daher jetzt, das Erbmaterial des Virus in dem vom Patienten gewonnenen Material mit Enzymen zu vervielfältigen, um in Zweifelsfällen diesen äußerst spezifischen Test nutzen zu können.

Die Diagnostik der HIV-Infektion hat in der Bundesrepublik Deutschland einen hohen Standard. Dennoch kommt es gelegentlich zu falsch positiven und auch zu falsch negativen Ergebnissen. Die falsch positiven Ergebnisse belasten die vermeintlich Infizierten außerordentlich. Die falsch negativen Ergebnisse bedeuten für die Allgemeinheit eine Gefahr: Die Testperson mit dem vermeintlich negativen Ergebnis wiegt sich in Sicherheit, kann das Virus aber über Sexualkontakte und Blut unwissentlich weitergeben, eine Schwangere auch an ihr Kind. Es ist daher von größter Bedeutung, die Tests zum Nachweis einer HIV-Infektion weiter zu verbessern, um ein Maximum an Sicherheit zu erreichen.

Eine letzte Sicherheit wird es beim Nachweis von HIV allerdings ebenso wenig geben wie bei der Diagnose anderer Virusinfektionen.

Die eigentlichen Schwachstellen in der HIV-Diagnostik liegen in subjektiven Fehlern beim Durchführen

und Auswerten der Tests im Labor sowie in der Besonderheit der Infektion, da in den ersten Tagen bis Monaten nach einer Infektion weder Viren, noch Virusprodukte, noch Antikörper gegen die Viren im Blut nachweisbar sind.

2.3.4 Blutspendewesen

Nachdem es sich herausgestellt hat, daß HIV durch kontaminierte Blutkonserven und Blutpräparate übertragen werden kann, werden seit der allgemeinen Verfügbarkeit von Tests ab September 1985 in der Bundesrepublik Deutschland alle Blutspenden auf HIV-Antikörper untersucht.

2.3.5 Ausblick

Seit 1984 sind die Methoden zum Nachweis einer HIV-Infektion laufend verbessert worden und man hofft, die Testverfahren noch aussagekräftiger machen zu können. Alle in der Bundesrepublik Deutschland aus Blut gewonnenen Präparate (Blutplasma, Gerinnungsfaktoren sowie Albumin- und Globulin-Präparate) sind frei von HIV. Dagegen sind Vollblutkonserven weiterhin mit einem minimalen Risiko behaftet, HIV auf den Empfänger der Blutkonserve zu übertragen. Die Sicherheit der Blutkonserve dürfte sich durch noch spezifischere Tests sowie vor allem durch eine geeignete Spenderauswahl weiter verbessern lassen.

2.4 Krankheitsbild

2.4.1 Latenzzeit und asymptomatisch Infizierte

Nahezu alle HIV-Infizierten haben nach der Infektion ein mehr oder weniger langes Stadium ohne subjektive Krankheitserscheinungen. Bei einem nicht unerheblichen Teil der infizierten, aber asymptomatischen Patienten lassen sich jedoch bei genauer Untersuchung sehr wohl schon, individuell verschieden, abweichende Laborbefunde feststellen, wie zum Beispiel anomale Werte für T4-Helferzellen, T8-Suppressorzellen, den T4/T8-Quotienten und Thrombozyten. Die Latenzzeit, also die Zeit von der Serokonversion bis zum Auftreten für AIDS typischer Symptome, ist unterschiedlich lang. Sie kann einige Monate dauern, aber offenbar auch länger als 10 Jahre sein. Bei langzeitbeobachteten Gruppen HIV-Infizierter zeigte sich jedoch eine stetige Zunahme des Prozentsatzes von Erkrankten. Selbst wenn die längsten Beobachtungen von HIV-Patienten nur über einige Jahre gehen, muß deshalb mit einer weiteren Progression der Erkrankungszahlen gerechnet werden.

2.4.2 Lymphadenopathie-Syndrom (LAS), AIDS-related complex (ARC)

Die ersten Krankheitssymptome im Rahmen der HIV-Infektion können sehr diskret sein. Meist kommt es zum Auftreten einer generalisierten Schwellung der Lymphknoten (LAS). Die Gesundheit eines Patienten kann durch eine derartige Lymphknotenschwellung auch über Jahre nur gering beeinträchtigt sein. Bei genauer Laboruntersuchung finden sich zwar zum Teil erheblich abweichende Laborbefunde, jedoch noch keine ausgeprägte Abwehrschwäche.

Schwere klinische Symptome treten erst im Stadium des ARC (AIDS-related complex) auf. Die Patienten zeigen dann meist einen erheblichen Gewichtsverlust von mehr als 10%, andauerndes Fieber und lang anhaltende Durchfälle. Häufig bestehen allgemeine Schwäche, Nachtschweiß und Müdigkeit. In diesem Stadium können auch schon leichtere opportunistische Infektionen auftreten. Auch ein ARC-Stadium kann über viele Monate, sogar einige Jahre bestehen, ohne daß das Vollbild von AIDS erreicht wird.

Üblicherweise gehen dem Vollbild von AIDS eine Latenzphase, ein Lymphadenopathie-Syndrom und ein ARC-Stadium voraus. Gelegentlich kann aber auch das Vollbild von AIDS ohne auffällige Vorstadien direkt auftreten. Die physischen, psychischen und psychosozialen Faktoren, die die sehr unterschiedliche Krankheitsprogression im Einzelfall bestimmen, sind weitgehend unbekannt. Eine massive Infektionsdosis bei einer Bluttransfusion, eine Schwangerschaft oder immunsuppressive Medikamente bei einer Organtransplantation können beschleunigende Faktoren für den Verlauf darstellen. Der Ablauf der Erkrankung korreliert offenbar mit der Virusmenge im Körper. So geht einer massiven Verschlechterung in der Regel ein Anstieg der Virusmenge im Serum voraus.

2.4.3 Das Vollbild von AIDS

Das Vollbild von AIDS wird durch die recht komplexen CDC-Kriterien (Centers for Disease Control) definiert. Nur die Gruppe IV der CDC-Klassifikation wird als AIDS bezeichnet. Die CDC-Klassifikation ist mehrfach revidiert worden und wird periodisch dem Stand des Wissens angepaßt. Im September 1987 wurde die Definition erweitert. Es werden jetzt unter anderem auch Tuberkulose und neurologische Krankheitsbilder einbezogen, die früher nicht unter die AIDS-Definition fielen.

Die Klassifikation der Centers for Disease Control

- Gruppe I Akute Infektion
- Gruppe II Asymptomatische Infektion
- Gruppe III Generalisierte Lymphadenopathie
- Gruppe IV Manifestes Immundefizienz-Syndrom
 - Untergruppe A Allgemeinsymptome
 - Untergruppe B Neurologische Symptome
 - Untergruppe C₁ Opportunistische Infektionen
 - Untergruppe C₂ Andere Infektionen
 - Untergruppe D Malignome
 - Untergruppe E Anderes

Frankfurter Klassifikation

Diese Klassifikation haben H. R. Brodt et al. 1986 aufgestellt, um den Spontanverlauf von HIV-Infektionen zu erfassen.

Stadium	HIV-Antikörper	Gesundheitszustand	CD ₄ +CD ₈ +	CD ₄ +-Zellen Absolutzahlen
1 a*	-	gesund	≥ 1,0	größer/gleich Normalwert
1 b	+	gesund	≥ 1,0	größer/gleich Normalwert
2 a	+	LAS	≤ 1,0	gleich/kleiner Normalwert
2 b	+	LAS/ARC	≤ 1,0	gleich/kleiner der Hälfte des Normalwerts
3	+	AIDS	≤ 0,5	gleich/kleiner der Hälfte des Normalwerts

* An der bisherigen Klassifikation 1 a: „Gesunde Personen mit einem Risiko für eine LAV/HTL-III-Infektion und negativem Anti-HTLV-III-Antikörper-Nachweis“ wird nicht mehr festgehalten. Sie wird jetzt identisch mit WR 0 verwendet. (W. Stille)

Walter Reed - Stadieneinteilung
(klinische und immunologische Kriterien)

Stadien	HIVAntikörp. und/oder HIV positiv	Persist. Lymph-adenopathie	CD4 Helfer Lymphozyt. pro µl	Haut-reaktivität	Soor	Opport. Infektionen	Klinik
WR 0*	-	-	> 400	normal	-	-	
WR 1	+	-	> 400	normal	-	-	
WR 2	+	+	> 400	normal	-	-	LAS/ARC
WR 3	+	±	< 400	normal	-	-	Enzephalopathie
WR 4	+	±	< 400	partielle kutane Anergie	-	-	
WR 5	+	±	< 400	kompl. kutane Anergie und oder +		-	
WR 6	+	±	< 400	part./kompl. kutane Anergie	±	+	
							AIDS

* darf nur retrospektiv diagnostiziert werden!

Die CDC-Klassifikation wurde in erster Linie für epidemiologische Zwecke entwickelt. Für klinische Belange gibt es besser praktikable Klassifikationen, wie die Walter-Reed-Klassifikation und die Frankfurter Klassifikation. Diese berücksichtigen bei der Stadieneinteilung meßbare immunologische Laborparameter.

2.4.4 Opportunistische Infektionen

Prinzipiell kommen bei AIDS sehr viele Erreger als Ursache von Erkrankungen in Frage. Es hat sich jedoch herausgestellt, daß die überwiegende Mehrzahl der Erreger recht ungewöhnliche opportunistische Keime darstellen, die bei anderen Patienten nur selten zur Erkrankung führen. Voraussetzung für das Angehen dieser Infektionen ist das Versagen unterschiedlicher Systeme der körpereigenen Abwehr. Es handelt sich nur zum Teil um Neuinfektionen; oft erfolgt eine Reaktivierung von im Körper latent vorhandenen Erregern. Dabei können biologisch sehr unterschiedliche Erreger aktiviert werden. Viren, Bakterien, Protozoen (Einzeller) und Pilze spielen als Erreger der Sekundärinfektionen eine Rolle.

Erreger opportunistischer Infektionen sind:

Viren

- Cytomegalievirus
- Herpes simplex-Virus
- Varicella-Zoster-Virus
- Epstein-Barr-Virus
- Papova-Viren

Protozoen

- Pneumocystis carinii
- Toxoplasma gondii
- Cryptosporidien
- Isospora belli

Bakterien

- Mykobakterium tuberculosis
- atypische Mykobakterien (besonders Mykobakterium avium intracellulare)
- Salmonellen

Pilze

- Candida albicans
- Cryptococcus neoformans
- Aspergillus

Die Vielzahl der möglichen Erreger und die im Regelfall atypischen klinischen Manifestationen machen eine Diagnose und auch eine Therapie der Sekundärinfektionen bei AIDS ausgesprochen schwierig und erfordern vielfach die Zusammenarbeit mehrerer Spezialisten.

Die Lunge ist neben dem Gehirn und dem Gastrointestinaltrakt das wichtigste Prädispositionsorgan für opportunistische Infektionen beim erworbenen Immundefektsyndrom. Mit zunehmender klinischer Beobachtung rückt auch die Beteiligung des Herzens durch Sekundärinfektionen ins Blickfeld.

Im folgenden werden die häufigen Manifestationen sogenannter opportunistischer Erreger beschrieben:

Candida albicans (Soor)

Die häufigste opportunistische Infektion bei AIDS ist die *Candida albicans*-Infektion (Soor). Nahezu alle AIDS-Patienten erkranken im Laufe ihrer Erkrankung an einem Mundsoor, der sich in schwereren Fällen auf die Speiseröhre ausdehnen kann. Herkömmliche Antimykotika versagen bei ausgebreitetem Soor oft. Auch nach wirksamer Therapie rezidiert der Soorbefall in aller Regel. Patient und Arzt müssen die Mundhöhle regelmäßig kontrollieren.

Die Infektion mit *Candida* kommt auch bei den Vorstadien von AIDS vor und ihr Auftreten gestattet noch nicht die Diagnose Vollbild von AIDS.

Pneumocystis carinii

Etwa 50 % der AIDS-Patienten erkranken an einer Lungenentzündung, verursacht durch den Einzeller *Pneumocystis carinii* als der Erstmanifestation des Vollbildes von AIDS. Im Gesamtverlauf der Krankheit werden 70-80% der Patienten davon betroffen.

Diese sonst sehr seltene *Pneumocystis*-Pneumonie ist in ihrem klinischen Bild häufig vieldeutig. Selbst ein bereits massiver Befund kann zum Beispiel als Virus-pneumonie fehlgedeutet werden. Die Diagnose setzte bis vor kurzem eine Bronchoskopie mit Auswaschung der Parasiten aus dem Bronchialtrakt (Lavage) voraus. Die Parasiten mußten dann in der Lavage mit aufwendigen Spezialverfahren nachgewiesen werden. Heute stehen in einigen Zentren einfachere zytologische Methoden zur Verfügung.

Gute therapeutische Ergebnisse lassen sich nur bei frühzeitiger Diagnose und Behandlung erzielen.

Mycobacterium tuberculosis (Tuberkulose)

In letzter Zeit erkranken bemerkenswert viele Patienten mit einer HIV-Infektion an einer zuweilen auch offenen Tuberkulose. Dabei kann das Aufflackern einer Tuberkulose die Erstmanifestation der Immunschwäche einer HIV-Infektion darstellen. Der Verlauf der Tuberkulose bei HIV-Patienten mit geschädigtem Immunsystem ist deutlich anders als bei der herkömmlichen Tuberkulose. Häufiger als bei der Tuberkulose Immunkompetenter kommen auch Lymphknoten- und Miliartuberkulose vor. Diese extrapulmonale Tuberkulose ist immer in die Diagnostik mit einzubeziehen. Die Abwehrschwäche bei der HIV-Infektion führt zu Tuberkuloseformen, die durch hohes Fieber und starke Beeinträchtigung des Allgemeinbefindens gekennzeichnet sind.

Mycobacterium avium intracellulare (atypische Mykobakteriose)

Bei Patienten mit AIDS führen atypische Mykobakterien häufig zu sonst seltenen Infektionskrankheiten.

Das Krankheitsbild kann dabei sehr wechselhaft sein und nicht immer der klassischen Tuberkulose entsprechen.

Die am häufigsten vorkommende Infektion mit *Mycobacterium avium intracellulare* (MAI) ist nur schwer behandelbar. Infektionen mit Mykobakterien sind von besonderer Bedeutung, da die Erreger hierbei auf andere Kranke, bei Tuberkulose auch auf Gesunde, übertragen werden können. Patienten mit Tuberkulose, aber auch mit den zumindest anfangs schwer davon zu unterscheidenden Infektionen mit atypischen Mykobakterien, müssen gegebenenfalls isoliert werden.

Toxoplasma gondii

Die häufigste Sekundärinfektion des Zentralnervensystems ist die Toxoplasmose. Die auch bei Gesunden in einem sehr hohen Prozentsatz vorhandenen latenten Toxoplasmazysten im Gehirn aktivieren sich im Rahmen der Abwehrschwäche; es entstehen große Herde, die meist die Symptome eines Hirntumors simulieren.

Die rechtzeitige Diagnose erfordert in jedem Verdachtsfall die Computertomographie des Schädels, damit die fast immer erfolgreiche Therapie sofort eingeleitet werden kann.

Herpes simplex-Virus

Herpes simplex-Infektionen spielen bei HIV-Infizierten eine wichtige Rolle als opportunistische Erkrankung. Der Infekt verläuft bösartiger als bei Gesunden und führt zu ausgedehnten Haut- und Schleimhautulcerationen des Enddarmes, der Geschlechtsorgane, des Mundes und der Speiseröhre. Der Ausschlag mit schnell ulzerierenden Bläschen ist schmerzhaft und für die Patienten sehr quälend. Generalisierende Infekte kommen vor.

Varicella-Zoster-Virus

Zoster (Gürtelrose) wird durch das Virus hervorgerufen, das bei Kindern zu Windpocken führt. Im Rahmen der HIV-Infektion wird das latent im Organismus vorhandene Virus aktiviert. Eine Gürtelrose ist wie Soor eine Frühmanifestation im Rahmen der HIV-Infektion. Häufig treten Gürtelrose und Soor bereits vor dem klinischen Vollbild von AIDS auf. Sie erfordern jeweils spezifische Behandlungen. Zoster-Infektionen verlaufen bei HIV-Patienten mit einer gewissen Tendenz zur Generalisierung und müssen wegen des möglichen schweren Verlaufs stets behandelt werden.

Cytomegalie-Virus

Eine Ursache für schwere Darmsymptome ist die Infektion mit Cytomegalie-Viren. Diese sind weit in der Bevölkerung verbreitet; bei Immunschwäche kann es

zur Ausbreitung und Aktivierung des Erregers kommen. Eine Cytomegalie-Infektion manifestiert sich unter anderem als Fieber, Hepatitis und durch vieldeutige Pneumonien; besonders beeinträchtigend für den Patienten ist der Befall der Netzhaut, der unbehandelt zur Erblindung führen kann.

Cryptococcus neoformans

Eine Infektion mit dem Pilz *Cryptococcus neoformans* ist bei Patienten ohne Grundkrankheit sehr selten. Sie kommt jedoch bei 2-3 % aller AIDS-Patienten in der Bundesrepublik Deutschland vor. In Teilen von Afrika ist sie sogar eine der häufigsten Manifestationen von AIDS. Die Ansteckung erfolgt über Inhalation des Erregers, der sich dann in der Lunge festsetzt. Von hier aus breitet sich die Erkrankung in alle Organe aus. Besonders betroffen sind das ZNS und der Gastrointestinaltrakt. Der Therapieerfolg hängt von der frühzeitigen Diagnose ab.

Cryptosporidien

Cryptosporidieninfektionen des Menschen waren vor AIDS nahezu unbekannt. Sie führen bei AIDS-Patienten zu schweren unbeherrschbaren Durchfällen. Die Pflege derartiger Patienten ist sehr aufwendig und für alle Beteiligten belastend. Eine ursächliche Therapie einer Cryptosporidieninfektion ist bislang nicht bekannt.

Abschließend:

Zahlreiche weitere Erreger (Infektionen mit Salmonellen, Nokardien, Epstein-Barr- und Papova-Viren, Pneumonien durch übliche Erreger) machen die Diagnose der opportunistischen Infektionen gelegentlich schwierig; häufig liegen auch Mehrfachinfektionen vor.

Das typische Schicksal der AIDS-Patienten ist meist durch eine Kette unterschiedlicher opportunistischer Infektionen bestimmt, die jeweils andere Behandlungsmethoden erfordern. Die rechtzeitige Diagnose ist von entscheidender Bedeutung. Heute ist es leider noch eine Frage der Zeit, bis unbehandelbare Infekte oder Tumoren auftreten oder bis der Befall des ZNS die Prognose bestimmt.

2.4.5 Kaposi-Sarkom und maligne Tumoren

Kaposi-Sarkom

Vor AIDS war das Kaposi-Sarkom in Mitteleuropa ein extrem seltener Tumor. Eine Form des Kaposi-Sarkoms ist in bestimmten Teilen von Zentralafrika weit verbreitet.

Es ist ein auffälliger Tumor, bei dem gleichzeitig und unabhängig mehrere Herde auftreten. Er manifestiert sich als bräunlich-rötlicher Knoten auf der Haut. Typisch ist die ovale Form in Richtung der Spaltlinien der Haut. Die Knoten bleiben meist auf die Oberfläche beschränkt, so daß gegebenenfalls eine lokale Therapie möglich ist. In einem Teil der Fälle kommt es auch zu einem Befall der Mundschleimhaut, der Schleim-

haut des Magen-Darm-Kanals, der Lymphknoten, der Lunge und des ZNS. Beim Befall kleiner Gefäße kann es zu Blutungen kommen.

Das Kaposi-Sarkom weicht vom herkömmlichen Schema maligner Tumoren ab. So gibt es die Auffassung, daß es kein echter Tumor sei.

Maligne Tumoren

Neben dem Kaposi-Sarkom sind Lymphome bei AIDS sehr häufig. Lymphome bei HIV-Infizierten unterscheiden sich von gleichartigen Tumoren bei Personen ohne Abwehrschwäche. Faustgroße Tumoren können binnen 10 Tagen entstehen. Auf Zytostatika und Bestrahlung sprechen diese Tumoren, im Gegensatz zu den mittlerweile recht guten therapeutischen Ergebnissen bei Lymphomen von Patienten ohne Abwehrschwäche, schlecht an.

Andere Tumoren bei AIDS sind selten, doch ist damit zu rechnen, daß bei längerer Dauer der Krankheit auch andere Tumoren gehäuft auftreten werden.

2.4.6 Dermatologische Krankheitsbilder

In allen Stadien der HIV-Infektion, bereits auch vor dem Lymphadenopathiesyndrom (LAS), kann es zum Auftreten von dermatologischen Erkrankungen kommen, die zum Teil Leitsymptomcharakter besitzen und häufig den Patienten erstmals zum Arzt führen. Hierbei kann es sich um relativ unspezifische Hauterscheinungen handeln, die bei HIV-Infizierten häufiger, in jüngerem Alter oder in anderer Ausprägung auftreten als bei Patienten ohne Immundefekt.

Hierzu gehören insbesondere das *seborrhoische Ekzem*, das mit 40% bei Patienten mit LAS und mit 70 % bei AIDS-Patienten deutlich häufiger auftritt als in der gleichaltrigen Normalbevölkerung, und *allergische Exantheme*, die insbesondere nach Medikamentengabe beobachtet werden. Häufig ist ein *akneiformes Exanthem* ohne Komedonen vor allem im Bereich von Kinn, Stirn und am Rücken, dessen Pathogenese nicht geklärt ist.

Von prognostischer Bedeutung für den weiteren Verlauf der HIV-Infektion ist die *orale Haarleukoplakie*, die meist am seitlichen Zungenrand in Form weißlicher, haarförmig bis papillomatöser, fest anhaftender Auflagerungen erkennbar sind. Der Erreger ist unklar.

Auch die *Psoriasis vulgaris* (Schuppenflechte) kann mit exsudativem Charakter bei HIV-Infizierten besonders ausgeprägt sein.

Condylomata acuminata (spitze Kondylome) zeichnen sich bei HIV-Infizierten durch oft massiven Befall der Genito-Anal-Region und der Analschleimhaut, durch Therapieresistenz sowie durch erhebliche Rezidivneigung aus. *Veruccae vulgares* (gemeine Warzen) und die durch ein Pockenvirus hervorgerufenen *Mollusca contagiosa* (Dellwarzen) können bei HIV-Infizierten in oft erheblicher Aussaat an der gesamten Haut auftreten.

2.4.7 Neurologische Krankheitsbilder der HIV-Infektion

Ein hoher Prozentsatz der HIV-Infizierten mit Symptomen und AIDS-Erkrankten zeigen neurologische Veränderungen. HIV ist offenbar in der Lage, das Gehirn, das Rückenmark und die peripheren Nerven zu schädigen. Bislang wurden Häufigkeit und Vorkommen von ZNS-Komplikationen unterschätzt. Schon frühzeitig können selbst bei symptomlos HIV-Infizierten diskrete Veränderungen im EEG nachgewiesen werden. Wenn Symptome auftreten, reichen sie von leichten motorischen Ausfällen bis zu Verhaltensstörungen, Apathie und Gedächtnisstörungen. Lähmungen, Krampfanfälle, Psychosen und Demenz sind in der Regel Spätsymptome. Im Einzelfall ist eine HIV-Enzephalopathie schwer von sekundären Infektionen des ZNS, wie zum Beispiel der Toxoplasmose, den Folgen des Drogenmißbrauchs oder der psychischen Reaktion auf die Mitteilung der Diagnose zu unterscheiden. Eine schwere AIDS-Enzephalopathie zeigt sich im Computertomogramm als erheblicher vorzeitiger Abbau von Hirngewebe.

2.4.8 Therapie

Die Therapie bei HIV-Infizierten läßt sich in sehr unterschiedliche Fragen untergliedern. Neben der Therapie der eigentlichen HIV-Infektion spielt die Therapie von Sekundärinfektionen und Tumoren eine wichtige Rolle. Daneben benötigen die Patienten eine zum Teil einfache symptomatische Therapie. Zahlreiche Probleme und Fragen der Therapie sind bisher noch nicht geklärt.

Therapie der HIV-Infektion

Die Biologie der Retroviren läßt es ausgeschlossen erscheinen, daß eine Therapie gefunden werden kann, die HIV endgültig aus dem Körper eliminiert. Das Therapieziel bleibt, wie bei vielen anderen Erkrankungen, eine Verlängerung des Lebens bei angemessener Lebensqualität. Eine kausale Therapie dürfte im Gegensatz zu vielen anderen Infektionskrankheiten nicht erreichbar sein.

Mit dem antiviralen Chemotherapeutikum Azidothymidin (AZT) läßt sich der Verlauf der HIV-Infektion beeinflussen. In kontrollierten Studien sank die Letalität gegenüber einer mit Placebo behandelten Vergleichsgruppe. Das Wohlbefinden der Patienten besserte sich. Die Zahl der zirkulierenden T4-Lymphozyten stieg an. Die Patienten nahmen zum Teil erheblich an Gewicht zu. Auch in offenen Studien ist dieser positive Effekt des AZT mehrfach bestätigt worden. AZT vermag ohne Zweifel die Lebensspanne von AIDS-Kranken zu verlängern. Nach derzeitiger Kenntnis sind jedoch nur Patienten mit frühen Formen von AIDS sowie mit ARC für eine Therapie mit AZT geeignet. Eine AZT-Therapie hat Nebenwirkungen wie zum Beispiel eine Anämie, die den Einsatz von AZT limitieren. Bei der Anwendung des noch wenig erprobten AZT sind noch viele Fragen offen wie genaue Dosierung, Therapie der frühen Stadien, Kombina-

tionstherapie und Therapie bei Kindern. Eine Reihe weiterer Substanzen befindet sich derzeit in der Entwicklung.

Therapie der opportunistischen Infektionen

Die Therapie von Sekundärinfektionen ist schwierig. Sie setzt die häufig nicht einfache Identifizierung des Erregers voraus. Die veränderte Immunsituation der Patienten verursacht häufig ein geringeres Ansprechen auf die antiinfektiöse Therapie, so daß oft besonders hohe Dosen verwendet werden müssen.

Therapie der Tumoren

Die Therapie der Lymphome bei AIDS ist bislang unbefriedigend, die derzeitigen chemotherapeutischen und radiologischen Möglichkeiten verlängern die Lebenserwartung nur in sehr wenigen Fällen.

Die Behandlung des Kaposi-Sarkoms mit Interferon ist wenig effektiv. Es ist unklar, welche Chemotherapie beim Kaposi-Sarkom erfolversprechend ist.

Begleitende symptomatische Therapie

AIDS-Patienten benötigen häufig neben der kausalen Behandlung in erheblichem Umfang auch symptomatische Therapien, zum Beispiel Psychotherapie, Psychopharmaka und Schmerzmittel. Dieser Teil einer AIDS-Therapie ist noch vollkommen unbearbeitet. Auf die Besonderheiten bei heroinsüchtigen AIDS-Patienten wird ausdrücklich hingewiesen.

2.5 AIDS bei Neugeborenen und Kleinkindern

HIV-Infektionen verlaufen bei Kindern anders als bei Erwachsenen. Die Infektionswege sind unterschiedlich. Am häufigsten werden Feten infiziert. Denkbar ist eine Infektion während der Geburt. Auch die Muttermilch kann infektiös sein.

Die Zahl der Kinder, die vor 1985 eine infizierte Blutkonserve erhalten haben, ist klein. Eine größere Zahl kindlicher Patienten ist durch Gerinnungsfaktoren infiziert worden. Zumeist sind Knaben mit Hämophilie betroffen. Alle Gerinnungsfaktor-Präparate durchlaufen jetzt virusinaktivierende Herstellungsschritte, so daß sich diese Gruppe nicht mehr vergrößern wird.

Das größte und auch in der Zukunft anwachsende Kollektiv sind Neugeborene HIV-positiver Mütter. Im allgemeinen haben die Mütter die Infektion durch needle-sharing bei Drogensucht erworben.

Zwischen 30% und 65% der Kinder, die nach einer HIV-Infektion der Mutter entbunden werden, entwickeln Antikörper und sind daher infiziert. Es ist ungeklärt, ob bei Kindern ohne Antikörper eine Immuntoleranz vorliegt. Der hohe Prozentsatz der infizierten Neugeborenen kann eine medizinische Indikation zum Schwangerschaftsabbruch begründen. Außerdem gibt es eindeutige Hinweise für eine Ver-

schlechterung des Gesundheitszustandes der infizierten Mutter durch die Schwangerschaft. Dies kann ebenfalls einen Schwangerschaftsabbruch rechtfertigen.

Das Krankheitsspektrum bei HIV-infizierten Kindern unterscheidet sich deutlich von den Symptomen HIV-infizierter Erwachsener. So ist auch die Stadieneinteilung für Erwachsene bei Kindern nicht praktikabel.

Charakteristisch für eine HIV-Infektion bei Kindern sind Entwicklungsverzögerungen und Gedeihstörungen; häufig kommt es zu einem Verlust bereits erworbener Eigenschaften. Bakterielle Infektionen sind insgesamt häufiger als bei Erwachsenen. Zu nennen sind insbesondere entzündliche Hauterkrankungen, Entzündungen im Bereich des Mundes und der Ohren. Im Gegensatz zu Erwachsenen besteht häufig eine ausgesprochene Vergrößerung der Ohrspeicheldrüsen. Relativ häufig kommt es auch bei Kindern zu einer Pneumocystis-Pneumonie. Daneben tritt eine zweite,

nur bei Kindern beschriebene Lungenmanifestation, die lymphozytäre interstitielle Pneumonie, auf. Wie bei Erwachsenen sind Pilzkrankungen häufig. Kinder sind durch Virusinfektionen besonders gefährdet. So ist eine Infektion mit Windpocken bei einem HIV-positiven Kind akut lebensbedrohend. Das Kaposi-Sarkom und auch Lymphome sind bei Kindern jedoch selten.

Neurologische Komplikationen sind bei Kindern häufig. Das noch wachsende Gehirn ist offenbar durch die Infektion besonders gefährdet. Die neurologischen Zeichen manifestieren sich bevorzugt im 2. Lebensjahr.

Für HIV-infizierte Kinder gelten besondere Impfregeln. Generell sollten nur Impfungen mit abgetöteten Erregern durchgeführt werden; die Immunantwort derartiger Impfungen ist jedoch fraglich. Alle Lebendimpfstoffe sind problematisch und können gegebenenfalls zu schweren Komplikationen führen.

II. Auswertungen

Wie aus der Bestandsaufnahme des Kapitels zum Krankheitsbild hervorgeht, müssen unsere Erfahrungen als vorläufig und ständig zu ergänzen angesehen werden. Die Zahl der bekannten opportunistischen Infekte wächst, die Erkenntnisse über neurologische und psychiatrische Aspekte nehmen täglich zu, erste Beobachtungen auf dem Gebiet der Therapie mit AZT wurden gemacht. Die Therapie der opportunistischen Infekte ist heute sehr viel qualifizierter als noch vor wenigen Jahren. Im folgenden können also keine abgeschlossenen Erfahrungen ausgewertet werden, um auf Auswirkungen und Defizite hinzuweisen; vielmehr greifen die Auswertungsversuche mit der Bedeutung der Auswirkungen der Krankheit und der Erkenntnis derzeitiger Defizite so ineinander, daß es nicht zweckmäßig ist, diese drei Komponenten hier voneinander zu trennen. Es ist in diesem Kapitel zweckmäßiger, pragmatisch den Handlungsbedarf und den Forschungsbedarf darzustellen, wobei zweifellos ein wichtiger Handlungsbedarf in der energischen Förderung der klinischen Forschung besteht.

2.6 Handlungsbedarf

2.6.1

Zur Zeit sind mehr als 300 Krankenhausbetten mit AIDS-Patienten belegt; bis zum Jahre 1991 könnte diese Zahl auf 1200 bis 2000 angestiegen sein. Für diese auch weiter ansteigende Zahl von Patienten muß ausreichende Vorsorge getroffen werden. Die steigende Zahl von AIDS-Patienten, einschließlich der mit neurologischen und psychiatrischen Symptomen, muß in den Krankenhausbedarfsplänen berücksichtigt werden. Wo AIDS gehäuft vorkommt, muß der vorgesehene Bettenabbau entsprechend verlangsamt werden oder unterbleiben. Unabhängig davon sind in

vielen Krankenanstalten einschlägige Umorganisationen notwendig.

Nur AIDS-Kranke, die an Infekten erkrankt sind, welche sie auf andere Patienten weitergeben können, zum Beispiel an hochfieberhafter und offener Tuberkulose Erkrankte, müssen auf besonderen Stationen oder Stationsabschnitten untergebracht werden.

Für die Labordiagnostik bei diesen Patienten müssen einschlägige klinische Laboratorien entweder geschaffen oder existierende Laboratorien, zum Beispiel Tuberkulose-Laboratorien, erhalten werden.

2.6.2*)

Eine optimale ärztliche Versorgung von LAS-/ARC- und AIDS-Kranken bedarf spezieller Kenntnisse und Erfahrungen, die in der Ärzteschaft noch nicht ausreichend verbreitet sind; eine entsprechende intensive Weiterbildung ist notwendig. Zumindest für eine Übergangszeit müssen eine ausreichende Anzahl von Spezialambulanzen eingerichtet werden, sei es in Anlehnung an bestehende Krankenhäuser, sei es in Praxisgemeinschaften von Ärzten, die erforderliche Kenntnisse und Erfahrungen erworben haben. Diese Stellen können als Referenzzentren dienen.

Eine besondere Aufgabe der geschilderten Ambulanzen beziehungsweise Arztgemeinschaften oder Ärzte ist die antivirale Behandlung der HIV-Infektion (zum Beispiel mit Azidothymidin). Dagegen gehört die ambulante Erprobung neuer eingreifender Therapien in die Hand von Forschungseinrichtungen mit adäquatem Hintergrund an apparativen Möglichkeiten und wissenschaftlicher Erfahrung.

*) Minderheitenvotum siehe Abschnitt D, Seite 112

Bei der Behandlung und Betreuung von AIDS-Kranken sind neue und flexible Mischformen zwischen stationärer und ambulanter Versorgung zu erproben. Auch das Zusammenwirken von medizinischer, pflegerischer und betreuender Kompetenz bedarf der Weiterentwicklung. Dabei sind neben Ärzten und Pflegepersonal auch Sozialarbeiter, Psychologen und freiwillige Betreuer, zum Beispiel AIDS-Hilfen, einzubeziehen.

Zweckmäßige neue Organisationsformen zu finden und zu erproben, ist eine dringende Aufgabe für die gesundheitsbezogenen Berufs- und Standesorganisationen, Krankenkassen, freien Träger, Länder und Kommunen.

2.6.3

Eine ausreichende Versorgung der Infizierten und Kranken ist nur mit Hilfe qualifizierten Personals möglich. Die Pflege von AIDS-Patienten bedeutet eine enorme psychische und physische Belastung für das Pflegepersonal. Sie setzt besondere Qualifikationen voraus: spezielle pflegerische Kenntnisse, psychosoziales Verständnis und Akzeptanz.

Eine psychologische Unterstützung des Pflegepersonals ist dringend erforderlich. In Verbindung mit AIDS stellt sich, wie bei anderen schweren Erkrankungen, erneut die Frage des Bewertungsmaßstabes für die Bezahlung des unter erschwerten Bedingungen pflegenden Personals, das oft schlechter entlohnt wird als das Personal in Funktionsbereichen.

2.6.4

Die haupt- und ehrenamtlichen Betreuer sind ebenfalls hohen psychischen Belastungen ausgesetzt. Auch hier ist eine Qualifizierung und psychologische Unterstützung nötig.

2.6.5

Erfolgversprechende Therapeutika sollten so schnell wie medizinisch und rechtlich verantwortbar für die Behandlung zur Verfügung stehen. Ein Instrument zur Erreichung dieses Zwecks kann eine vorläufige Zulassung sein. Eine solche Zulassung ist allerdings mit strikten Auflagen zu versehen, zum Beispiel: Zulassung nur für besonders erfahrene Ärzte oder nur für bestimmte klinische Einrichtungen; Zulassung mit genau festgelegten Anwendungsvoraussetzungen und Anwendungsregeln; Zulassung auf Zeit.

Unzweckmäßig ist es jedenfalls, wenn, wie bei AZT geschehen, in einem beschleunigten Verfahren eine *allgemeine* Zulassung ausgesprochen wird. Erforderlich erscheint vielmehr ein Instrument, das zwischen der klinischen Prüfung und der allgemeinen Zulassung anzusiedeln wäre. Soweit die gesetzlichen Voraussetzungen dazu fehlen, müßten sie unverzüglich geschaffen werden.

Zu bedenken ist in diesem Zusammenhang auch die Versicherung der mit dem vorläufig zugelassenen Präparat behandelten Patienten. Der arzneimittelrechtliche Schutzstandard darf selbst bei einer vorläufigen Zulassung nicht unterschritten werden.

Gleichwohl ist in geeigneter Weise zu verhindern, daß die arzneimittelrechtliche Versicherungspflicht den Hersteller von der frühzeitigen Einleitung des Zulassungsverfahrens abhält. Notfalls ist eine Risikoentlastung des Herstellers durch andere Solidargemeinschaften ins Auge zu fassen.

2.6.6

Die rasche und ausreichend genaue Diagnose von AIDS und seinen Folgekrankheiten sowie die Therapie sind, wie erste Untersuchungen gezeigt haben, ungewöhnlich aufwendig.

Notwendig ist deshalb eine Leistungs- und Kostenanalyse, aufgeteilt nach mikrobiologischen, radiologischen, endoskopischen und anderen vielfältigen klinischen Untersuchungen im Vergleich mit ähnlichen, langwierig und kostspielig zu behandelnden Krankheiten mit tödlichem Ausgang (zum Beispiel Bronchialkarzinom, Niereninsuffizienz, Herz-Kreislauf-Erkrankungen).

Diese Erhebungen müssen getrennt vorgenommen werden: in Krankenhaus, Ambulanz und bezüglich der klinischen Forschung. *)

2.7 Forschungsbedarf

Im folgenden wird lediglich der aus dem Krankheitsbild sich ergebende Forschungsbedarf dargestellt. Bezüglich der eng damit verbundenen Probleme der Ansteckungswege, der Epidemiologie und der Grundlagenforschung wird auf die einschlägigen Kapitel verwiesen. Klinische Forschung ist nicht das einzige Gebiet, auf dem wissenschaftlich gearbeitet werden muß, wohl aber ist es eines der wichtigsten.

Die klinische AIDS-Forschung und die Grundlagenforschung müssen in der Bundesrepublik Deutschland gleichrangig behandelt werden.

Dabei ist im Augenblick nur die klinische Forschung, insbesondere auf dem Gebiet der opportunistischen Infektionen, dazu angetan, unmittelbare Erfolge für die Patienten zu erreichen. Erfolge, die sich in einer Verlängerung des Lebens, in einer Verbesserung der Befindlichkeit und sogar in einer Verlängerung der Arbeitsfähigkeit äußern. Alle Möglichkeiten der internationalen Zusammenarbeit sind auch innerhalb der klinischen Forschung auszuschöpfen, insbesondere im europäischen Bereich.

Selbstverständlich sind Forschungen, die am Menschen durchgeführt werden müssen, unter Berücksichtigung aller ethischen und rechtlichen Bedingungen vorzunehmen. **)

*) Minderheitenvotum siehe Abschnitt D, Seite 112

**) Minderheitenvotum siehe Abschnitt D, Seite 113

2.7.1

Grundlage jeder Forschung über eine Krankheit ist die Kenntnis des natürlichen Verlaufes. Über diesen natürlichen Verlauf ist bei der HIV-Infektion wenig bekannt, speziell was den Frühverlauf und die psychosozialen Einflüsse betrifft. Die ersten, meist sehr diskreten Veränderungen müssen sorgfältig festgestellt werden und mit einschlägigen serologischen Untersuchungen (siehe 2.7.7) korreliert werden.*) Dies gilt in besonderem Maße für die frühe Manifestation der Infektion im Gehirn.

2.7.2

Auch der Verlauf von AIDS zwischen den erfolgreich behandelten opportunistischen Infektionen ist noch nicht ausreichend festgestellt. Unbekannt ist auch, welche Faktoren den Übergang der Frühphase in die definierten Spätstadien LAS, ARC und AIDS begleiten beziehungsweise bestimmen.

2.7.3

Wichtigster Gegenstand der klinischen Forschung sind heute die opportunistischen Infekte, weil durch deren rasche und ausreichende Behandlung ihre Dauer verkürzt und die Lebenserwartung des Patienten verlängert werden kann. Verbesserungen der Schnelldiagnostik sind zum Beispiel bei der Pneumocystis carinii-Pneumonie ebenso notwendig, wie die Erprobung weiterer Antibiotika und Antimykotika.

Bei der Forschung ist auch ein Augenmerk darauf zu richten, daß das Spektrum der opportunistischen Infektionen sich laufend ändert beziehungsweise erweitert und daß in letzter Zeit vermehrt Infektionen durch Krankheitserreger vorkommen, gegen die auch Kranke ohne AIDS nicht geschützt sind. Hier gilt es, auch abweichenden Verlaufsformen, zum Beispiel häufige miliäre Ausbreitungen einer Tuberkulose, in ihrem Zustandekommen und in ihrer Frühsymptomatik besser zu erkennen.

2.7.4

Das Kaposi-Sarkom und Tumoren bei AIDS bedürfen, wie bisherige Verlaufsbeobachtungen andeuten, besonderer Therapieformen, die aus der sonst geltenden onkologischen Therapie nicht ohne weiteres abgeleitet werden können.

2.7.5

Bei neurologischen und psychiatrischen Symptomen ist es wichtig, die Frühformen kennenzulernen, über die in der Bundesrepublik Deutschland nur wenige Untersuchungen laufen.

*) Minderheitenvotum siehe Abschnitt D, Seite 113

Für den Verlauf der HIV-Infektion sind schnell anwendbare Kriterien zu erarbeiten, die es ermöglichen, diese neurologischen und psychiatrischen Symptome von opportunistischen Infektionen des Zentralnervensystems zum Beispiel Toxoplasmose zu unterscheiden.

2.7.6

Aus der besonderen immunologischen Situation des Fötus und des Neugeborenen heraus gibt es für den Verlauf von AIDS in dieser Lebensphase offensichtlich Besonderheiten, die nicht ausreichend bekannt sind, deren Kenntnis aber für viele Fragen der ärztlichen Behandlung und Beratung der Mutter von größter Bedeutung sind.

2.7.7

Es gibt heute gewisse Hinweise darauf, daß im Verlauf der HIV-Infektion eine Reihe von Parametern sich ändern, die einerseits das Antikörpermuster, andererseits auch das Virus beziehungsweise vom Virus stammende Antigene betreffen. Aus diesem Grunde ist es notwendig, Antikörpertests zu entwickeln, die empfindlicher sind als die bisherigen, so daß die Infektion früher nachgewiesen werden kann und die darüber hinaus zwischen den einzelnen Antigenen unterscheiden können. Da es Hinweise gibt, daß das Virus während seines Aufenthaltes in der Wirtszelle sich ändern kann und mindestens ein verwandtes Virus (HIV-2) bekannt ist, ist es notwendig, auch hierfür entsprechende Tests zu entwickeln, zum Beispiel durch die Erarbeitung praktikablerer Methoden zur Virusanzüchtung und -vermehrung. Es wird erwartet, daß durch eine Verbesserung all dieser Techniken die serologische Verlaufsbeschreibung und damit auch die Prognostik wesentlich verbessert werden kann. Ebenfalls wird man die Infektionswege durch genauere Beschreibung des Virus besser erkennen können.

2.7.8

Nachdem inzwischen festgestellt worden ist, daß mit AZT eine Verbesserung der Prognose der Patienten möglich ist, muß die Forschung auf dem Gebiet der Therapie intensiviert werden. Bei der Therapie mit AZT sind noch viele Fragen offen: Dosis, Applikationsintervalle, Interaktionen mit anderen Pharmaka, Therapie der Frühformen beziehungsweise Therapie bei Kindern.

2.7.9

Die Therapieforschung umfaßt auch die Therapie der opportunistischen Infektionen einschließlich einer Rezidivprophylaxe, sowie Arbeiten über die Therapie der mit AIDS einhergehenden Tumoren.

2.7.10

Weitere antivirale Substanzen, die dem gleichen Grundgedanken folgen wie AZT, sind in nächster Zukunft zu erwarten und müssen in ihrer Qualität und ihrem Therapieerfolg – im Vergleich zu Nebenwirkungen – sorgfältig bewertet werden. Das gleiche gilt für Therapeutika anderer Art, die aufgrund von Entwicklungsarbeiten versprechen, Leben zu verlängern.

2.7.11

Zur Verbesserung der Therapie muß auch die klinisch-pharmakologische und pharmazeutische

Grundlagenforschung intensiviert werden und zwar speziell auf dem Gebiet der pharmazeutischen Chemie, der Rezeptorbiologie und – therapiebezogen – auch der Immunologie und Virologie.

2.7.12

Schließlich müssen auch die psychischen und psychosozialen Aspekte besser erforscht werden. Dazu muß die gesamte Cofaktorenforschung verstärkt werden.

2.7.13 *)**III. Empfehlungen****2.8 Handlungsbedarf**

Die Kommission empfiehlt dem Deutschen Bundestag, die Bundesregierung zu ersuchen, bei den Ländern anzuregen, daß

2.8.1

die steigende Zahl von AIDS-Patienten, einschließlich der mit neurologischen und psychiatrischen Aspekten und an offener Tuberkulose erkrankten, in den Krankenhausbedarfsplänen zu berücksichtigen ist und in den Regionen, in denen AIDS gehäuft vorkommt, der vorgesehene Bettenabbau entsprechend verlangsamt oder unterlassen wird;

2.8.2

für die Labordiagnostik bei diesen Patienten entweder einschlägige klinische Laboratorien geschaffen oder existierende Laboratorien, zum Beispiel Tuberkulose-Laboratorien, erhalten werden;

2.8.3*)

im Hinblick auf eine optimale ärztliche Versorgung von LAS-/ARC- und AIDS-Kranken, die spezieller Kenntnisse und Erfahrungen bedarf, die in der Ärzteschaft noch nicht ausreichend verbreitet sind, zumindestens für eine Übergangszeit eine ausreichende Anzahl von Spezialambulanzen eingerichtet werden, sei es in Anlehnung an bestehende Krankenhäuser, sei es in Praxismgemeinschaften;

2.8.4

die Behandlung Ärzten vorbehalten bleibt, die ausreichend lange Zeit erforderliche Kenntnisse und Erfahrungen erworben haben;

2.8.5

bei der Behandlung und Betreuung von AIDS-Kranken neue und flexible Mischformen zwischen stationärer und ambulanter Versorgung erprobt werden;

2.8.6

das Zusammenwirken von medizinischer, pflegerischer und betreuender Kompetenz, in das neben Ärzten und Pflegepersonal auch Sozialarbeiter, Psychologen und freiwillige Betreuer einzubeziehen sind, weiterentwickelt wird, wobei auf die gesundheitsbezogenen Standes- und Berufsorganisationen, Krankenkassen, freien Träger, Länder und Kommunen einzuwirken ist, zweckmäßige Organisationsformen zu finden und zu erproben; * *)

2.8.7

dafür Sorge getragen wird, daß wegen der mit der Pflege von AIDS-Patienten verbundenen enormen physischen und psychischen Belastung bessere Bedingungen für das Personal geschaffen werden; dazu gehört unter anderem auch eine psychologische Unterstützung;

*) Minderheitenvotum siehe Abschnitt D, Seite 113

***) Minderheitenvotum siehe Abschnitt D, Seite 113

2.8.8

die angemessene Bezahlung des pflegenden Personals im Vergleich zum Personal in Funktionsbereichen sichergestellt wird;

2.8.9

im Hinblick auf die mit hohen Kosten verbundene rasche und genaue Diagnose von AIDS und seiner Folgekrankheiten sowie die damit im Zusammenhang stehenden therapeutischen Maßnahmen eine Leistungs- und Kostenanalyse, aufgeteilt nach mikrobiologischen, endoskopischen und anderen vielfältigen klinischen Untersuchungen im Vergleich mit ähnlichen, langwierig und kostspielig zu behandelnden Krankheiten mit tödlichem Ausgang (zum Beispiel Bronchialkarzinom, Niereninsuffizienz, Herz-Kreislauf-Erkrankungen) durchgeführt wird, wobei die Erhebungen in Krankenhaus, Ambulanz und bezüglich der klinischen Forschung getrennt vorzunehmen sind. *)

Die Kommission empfiehlt dem Bundestag, die Bundesregierung zu ersuchen,

2.8.10

daß gesetzliche Voraussetzungen geschaffen werden, erfolgversprechende Therapeutika so schnell wie medizinisch und rechtlich verantwortbar für die Behandlung zur Verfügung zu stellen, wobei eine solche Zulassung mit strikten Auflagen versehen sein könnte;

2.8.11

in diesem Zusammenhang die Versicherung der mit dem vorläufig zugelassenen Präparat behandelten Patienten zu bedenken;

2.8.12

in geeigneter Weise dafür Sorge zu tragen, daß der arzneimittelrechtliche Schutzstandard selbst bei einer vorläufigen Zulassung nicht unterschritten wird;

2.8.13

in geeigneter Weise zu verhindern, daß die arzneimittelrechtliche Versicherungspflicht den Hersteller von der frühzeitigen Einleitung des Zulassungsverfahrens abhält; eventuell ist eine Risikoentlastung des Herstellers durch andere Solidargemeinschaften ins Auge zu fassen.

*) Minderheitenvotum siehe Abschnitt D, Seite 113

2.9 Forschungsbedarf

Die Kommission empfiehlt dem Deutschen Bundestag, die Bundesregierung zu ersuchen, Forschungsmaßnahmen bezüglich des Krankheitsverlaufs einzuleiten oder zu verstärken beziehungsweise Forschungsansätze in folgenden Bereichen zu fördern sowie bei den Ländern diese Forschungsmaßnahmen und -ansätze anzuregen: *)

2.9.1

Erforschung des natürlichen Verlaufs, insbesondere des Frühverlaufs und der psychosozialen Einflüsse der HIV-Infektion;

2.9.2

Erforschung des Verlaufs von AIDS zwischen erfolgreich behandelten opportunistischen Infekten sowie Erforschung der Faktoren, die den Übergang der Frühphase in die definierten Spätstadien LAS, ARC und AIDS begleiten beziehungsweise bestimmen;

2.9.3

Erforschung der opportunistischen Infekte, insbesondere der abweichenden Verlaufsformen, deren Zustandekommen, ihrer Frühsymptomatik sowie der Verbesserung der Schnelldiagnostik und Erprobung weiterer Antibiotika und Antimykotika;

2.9.4

Erforschung neuer Therapieformen bei Erkrankungen am Kaposi-Sarkom und an Tumoren;

2.9.5

Erforschung der Unterschiede der neurologischen und psychiatrischen Symptome von opportunistischen Infekten des Zentralnervensystems;

2.9.6

Erforschung der spezifischen immunologischen und infektiologischen Situation der Schwangeren und der Neugeborenen;

2.9.7

Entwicklung von empfindlicheren Antikörpertests und Tests, die Veränderungen des Virus feststellen können;

*) Minderheitenvotum siehe Abschnitt D, Seite 113

2.9.8

Forschungen auf dem Gebiet der Therapie mit AZT, bei der noch viele Fragen offen sind: Dosis, Applikationsintervalle, Interaktion mit anderen Pharmaka, Therapie der Frühformen beziehungsweise Therapie bei Kindern;

2.9.9

umfassende Therapieforschung wie die Therapie der opportunistischen Infekte einschließlich einer Rezidivprophylaxe und Arbeiten über die Therapie der bei AIDS auftretenden Tumoren;

2.9.10

Untersuchungen über die Wirkung erfolgversprechender neuer Therapieansätze gegen die HIV-Infektion selbst;

2.9.11

Verbesserung der Therapie mittels klinisch-pharmakologischer und pharmazeutischer Grundlagenforschung und zwar speziell auf dem Gebiet der pharmazeutischen Chemie, der Rezeptorbiologie und – therapiebezogen – der Immunologie und Virologie;

2.9.12

Erforschung psychosozialer Einflüsse auf den Verlauf der Infektion, die Dauer der Latenz sowie den Krankheitsverlauf.

2.9.13*)

*) Minderheitenvotum siehe Abschnitt D, Seite 113

3. Kapitel: Übertragungswege aus heutiger Sicht

Inhalt	Seite
I. Bestandsaufnahme	57
Einleitung	57
3.1 Sexuelle Übertragung	58
3.2 Übertragung durch Nadeln und Spritzen	58
3.3 Übertragung durch Blut und Blutprodukte, Organe und Gewebe	58
3.3.1 Transfusionen	58
3.3.2 Gerinnungsfaktoren	59
3.3.3 Organe und Gewebe	59
3.4 Übertragung durch künstliche Befruchtung	59
3.5 Mutter-Kind-Übertragung	59
3.6 Medizinisches Personal	59
3.7 Patient/Patient	60
3.8 Schleimhaut- und Hautkontakte	60
3.9 Mögliche Gefährdung anderer Gruppen	60
3.9.1 Besondere Dienstleistungsgruppe (nichtpflegerischer Bereich) ...	60
3.9.2 Rettungs-, Sanitätsdienst und Ersthelfer	60
3.10 Einschätzung der unterschiedlichen Infektionswege	61
II. Auswertungen	61
3.11 Forschungsbedarf	61
III. Empfehlungen	62
3.12 Handlungsbedarf	62
3.13 Forschungsbedarf	63

I. Bestandsaufnahme

Einleitung

Übertragungswege für HIV nach heutigem Kenntnisstand sind:

- die Übertragung durch Blut, Sperma- und Vaginalflüssigkeit,
- die gemeinsame Benutzung kontaminierter Spritzbestecke bei intravenösem Drogengebrauch (i.v.-Drogengebrauch)

– sowie die Übertragung von der infizierten Mutter auf ihr Kind vor, während und nach der Geburt.

Zukünftigen Forschungsergebnissen wird damit nicht vorgegriffen.

Epidemiologisch gesicherte Fälle von Virusübertragungen durch Speichel, Tränenflüssigkeit, Schweiß, Urin und Darminhalt sind nicht bekannt. Die Übertragung des HIV durch blutsaugende Insekten, insbesondere Stechmücken, ist aufgrund epidemiologischer Beobachtungen so gut wie ausgeschlossen.

Eine Infektion durch alltägliche soziale Kontakte, wie Kontakte im Haushalt, bei der Arbeit, in der Schule oder bei gesellschaftlichen Zusammenkünften sind ebenso unwahrscheinlich wie Infektionen durch Nahrungsmittel, Trinkwasser, gemeinsame Benutzung von Toiletten, Schwimmbädern, Eß- und Trinkgeschirr sowie anderer Gegenstände des täglichen Gebrauchs wie Telefon oder Kleidungsstücke. *)

Bis zur Einführung obligatorischer Tests und Inaktivierungsverfahren wurde die Infektion auch durch Transfusion von Blut und Blutprodukten sowie durch Gewebe- und Organtransplantationen übertragen. Ein minimales Risiko für Blut- und Organspenden verbleibt durch Spender in der Serokonversionszeit und durch Testfehler.

3.1 Sexuelle Übertragung

Die sexuelle Übertragung durch den ungeschützten Geschlechtsverkehr dürfte der zahlenmäßig bedeutendste Übertragungsweg sein. Promiske Homosexuelle sind die bisher am stärksten betroffene Gruppe. Zum einen sind Homosexuelle eine kleine, weitgehend in sich geschlossene Bevölkerungsgruppe, und zum anderen war infektionsriskantes Verhalten, nämlich eine verhältnismäßig hohe Promiskuität, verbunden mit infektionsriskanten Sexualpraktiken, weit verbreitet. Nach allgemeiner Ansicht stellt bei Homosexuellen der ungeschützte Analverkehr den wichtigsten sexuellen Übertragungsweg dar. Dabei ist das Risiko des passiven Partners vermutlich erheblich größer. Bis heute ist es nicht sicher, ob kleinste Verletzungen, sogenannte Mikroläsionen, die Übertragung begünstigen oder fördern können.

Bei heterosexuellen Kontakten besteht das Infektionsrisiko im ungeschützten Geschlechtsverkehr der Promisken, wobei der Begriff promisk — epidemiologisch gesehen — schon beim ersten Partnerwechsel beginnt. Mit jedem Partnerwechsel nimmt die Wahrscheinlichkeit des Zusammentreffens mit einer infizierten Person zu. Die Infektion der Heterosexuellen erfolgt derzeit überwiegend über ungeschützte Sexualkontakte mit HIV-infizierten bisexuellen Männern und HIV-infizierten Drogenabhängigen. Es ist nicht ausgeschlossen, daß es auch bei unverletzter Schleimhaut der Geschlechtsorgane zur Infektion kommen kann.

Die Übertragungswahrscheinlichkeit pro sexuellem Kontakt wird bei heterosexuellem Geschlechtsverkehr unterschiedlich eingeschätzt. Übertragungen durch *einmaligen* Kontakt sind belegt.

Die Übertragungswahrscheinlichkeit vom Mann auf die Frau wurde anfänglich für erheblich höher gehalten als umgekehrt, jedoch gibt es heute Daten, die dem widersprechen und die Annahme stützen, daß die gegenseitigen Ansteckungsmöglichkeiten gleich sind. Das Risiko anderer sexueller Praktiken, wie Oral-Vaginal-Verkehr (Cunnilingus) und Penis-Oral-Verkehr (Fellatio) wird unterschiedlich beurteilt. Es

wird jedoch geringer als das des Vaginalverkehrs eingestuft. *)

Untersuchungen haben gezeigt, daß Kondome bei richtigem Gebrauch eine hohe Sicherheit bieten. Bisher ist nicht nachgewiesen worden, daß sich jemand trotz sachgemäßer Anwendung eines intakten Kondoms mit HIV infiziert hat. Wegen der Möglichkeit von Anwendungs- und Materialfehlern kann die Ansteckungsgefahr jedoch nicht ausgeschlossen werden. **)

3.2 Übertragung durch Nadeln und Spritzen

HIV dringt in den Industrieländern vor allem über die i.v.-Drogenbenutzer in die allgemeine Bevölkerung ein. Die Prävalenz der Infektion bei i.v.-Drogenabhängigen hat in den letzten Jahren stark zugenommen. Über die genauen Prozentzahlen lassen sich keine zuverlässigen Angaben machen, da die Bezugsgröße, die Zahl der i.v.-Drogenabhängigen insgesamt, nicht genau bekannt ist. In den meisten Studien wurde bei ausgewählten Stichproben eine Infektionsrate zwischen 30% und 60% festgestellt.

Bei der Infektion mit HIV stellt sich die Frage nach der kritischen Menge von Viren, mit der ein Mensch nicht mehr fertigwerden kann. Angaben über Schwellenwerte sind umstritten. Experimentelle Untersuchungen am Menschen sind aus ethischen und rechtlichen Gründen nicht durchführbar.

Bis Ende September 1985 waren in der Bundesrepublik Deutschland 3,4% aller AIDS-Fälle Fixer. Von den im Jahr 1987 gemeldeten Fällen waren es 9,5%. Die Gesamtzahl der AIDS-Patienten mit Fixeranamnese hat sich in weniger als acht Monaten verdoppelt.

3.3 Übertragung durch Blut und Blutprodukte, Organe und Gewebe

3.3.1 Transfusionen

Die HIV-Übertragung durch Transfusionen von Blut und Blutprodukten ist eindeutig belegt und mehrfach auf HIV-infizierte Spender zurückgeführt worden. Als Gegenmaßnahmen werden in der Bundesrepublik Deutschland seit 1985 alle Blutspenden getestet und HIV-positives Blut nicht verwendet. Außerdem werden Personen mit möglichem Infektionsrisiko aufgefordert, kein Blut zu spenden. Während im Jahr 1985 bei Einführung des Tests der Anteil der HIV-positiven Konserven bei 1:700 lag, verminderte sich diese Zahl in den folgenden Jahren zunehmend, so daß der Anteil heute kleiner als 1:700 000 ist.

Ein minimales Risiko resultiert aus den sehr wenigen falsch negativen Testergebnissen sowie aus dem Blut von Spendern, die sich noch in der Serokonversionszeit befinden, das heißt bereits HIV-infiziert sind, ohne daß sich die Infektion nachweisen läßt. Aus die-

*) Minderheitenvotum siehe Abschnitt D, Seite 114

**) Minderheitenvotum siehe Abschnitt D, Seite 114

sem Grund wird es in absehbarer Zeit keine absolute Infektionsfreiheit geben können.

Dieses minimale Risiko gilt nicht nur für Vollblut, sondern auch für zellfreies Plasma oder Zellfraktionen wie Erythrozytenkonzentrate. Bei Leukozyten- und Trombozytenkonzentraten liegt das Restrisiko höher, weil die Präparate von mehreren Spendern stammen. Dagegen waren und sind Albumin- und Gammaglobulinpräparate schon durch den Produktionsprozeß virusfrei.

Nach wie vor hoch ist das Infektionsrisiko für Besucher von Entwicklungsländern, wenn sie dort eine Bluttransfusion erhalten, das heißt, die oft noch unzureichende medizinische Infrastruktur in Anspruch nehmen müssen.

3.3.2 Gerinnungsfaktoren

Für Gerinnungsfaktorpräparate wird seit 1984 routinemäßig eine Vorbehandlung zur Inaktivierung von möglicherweise vorhandenem HIV durchgeführt. Seit 1985 sind weltweit keine Neuinfektionen durch Faktorenpräparate gemeldet worden. Die Inaktivierungsverfahren bedeuten einen Verlust an Gerinnungsfaktoraktivität, der angesichts des Gewinns an Sicherheit hingenommen werden muß.

3.3.3 Organe und Gewebe

Eine Übertragung von HIV durch transplantierte Organe ist belegt. Vier Transplantationen mit infizierten Nieren sind bisher bekannt. Seit der Einführung des HIV-Antikörpertests werden alle für eine Transplantation vorgesehenen Organe vorher getestet. Hinzu kommt auch der anamnestiche Ausschluß der Angehörigen von Hauptbetroffenengruppen. Das gleiche gilt für die Transplantation von Geweben. Auch hier bestehen minimale Risiken durch die Möglichkeit von Spätkonversionen.

3.4 Übertragung durch künstliche Befruchtung

In der Samenflüssigkeit von HIV-Infizierten ist eine hohe Konzentration von Viren nachgewiesen worden. Die Infektion mit HIV ist daher bei der Insemination und der in-vitro-Befruchtung möglich.

3.5 Mutter-Kind-Übertragung

Die Übertragung von einer Generation auf die nächste wird als *vertikal* bezeichnet. Möglich sind vier Übertragungswege:

genetisch:

mit Erbgut über Ei- und Samenzelle (für HIV wissenschaftlich nicht gesichert, jedoch für andere Retroviren);

kongenital:

diaplazentar, eventuell unter Mitwirkung der Plazenta makrophagen (HIV wurde im Blut eines 15 Wochen alten Feten nachgewiesen);

perinatal:

Übertragung bei der Geburt durch Kontamination mit Blut und/oder Vaginalsekret;

postnatal:

durch Stillen mit HIV-haltiger Milch (kasuistisch beschrieben).

Bis August 1987 waren in den USA 558 Kinder mit AIDS gemeldet. In der Bundesrepublik Deutschland sind bisher 43 Fälle (Stand 6. Juni 1988) mit dem Vollbild von AIDS bekannt. Bis heute wurde die HIV-Infektion bei über 200 Neugeborenen nachgewiesen.

Die vertikale Übertragung wurde von zwei Autorengruppen mit 60-65% angegeben. Im CDC-Report vom 30. November 1987 wurde das Erkrankungsrisiko des Neugeborenen bei HIV-positiver Mutter mittels eines Routinenachweises auf 30-50% beziffert. Die wirkliche Infektionsrate ist derzeit nicht bekannt.

Da Antikörper die Plazenta-Schranke überwinden können, ist es möglich, daß Neugeborene mittels der Antikörper der Mutter anfänglich im HIV-Test positiv reagieren, nach Wochen und Monaten jedoch wieder seronegativ sind. Wegen der Besonderheiten der Immunologie von Feten und Neugeborenen kann es sich im Einzelfall erst nach vielen Jahren erweisen, ob ein Kind infiziert ist.

Das Infektionsrisiko durch infizierte Muttermilch scheint möglich. Neugeborene produzieren noch keine virusinaktivierende Magensäure und deshalb wird bei diesen Kindern auch die Aufnahme von HIV über den Verdauungstrakt diskutiert.

3.6 Medizinisches Personal

Das Risiko für ärztliches und Pflegepersonal sowie technische Assistenten in den Laboratorien beim Umgang mit HIV-positiven Patienten und kontaminiertem Material wird als sehr gering eingeschätzt, wenn die zur Vermeidung einer Hepatitis B erforderlichen Hygienemaßnahmen beachtet werden. HIV ist im Verhältnis zur Hepatitis mindestens um den Faktor 100 schwerer zu übertragen.

Es bleibt das Risiko der akzidentellen Inokulation zum Beispiel durch kontaminierte Nadeln. Weltweit sind bisher 15 HIV-Übertragungsfälle durch Stichverletzungen bei medizinischem Personal beschrieben, wobei zum Teil tiefe Stichverletzungen vorlagen. In drei Fällen erfolgte die Übertragung durch Hautkontakt mit Blut HIV-Infizierter, wobei in einem Fall Hautrisse, in einem zweiten Fall eine Dermatitis am Ohr angegeben wurden.

Im Hinblick auf die große Zahl von Stichverletzungen ohne Infektion im medizinischen Alltag, auch auf der Basis prospektiver Studien an Hunderten von Stichverletzungen mit kontaminierten Bestecken, muß das berufsbedingte HIV-Infektionsrisiko als gering einge-

schätzt werden. In diesem Zusammenhang muß weiterhin beobachtet werden, ob und wie weit die Häufigkeit der Kontakte und eine Zunahme der Zahl der Patienten sich darauf auswirken. Auch darf bei der Beurteilung die Gefährlichkeit der Krankheit nicht außer acht gelassen werden. *)

3.7 Patient/Patient

Im Rahmen der Diskussion um das Infektionsrisiko im Krankenhaus stellt sich die Frage, ob HIV-negative Patienten durch AIDS-Kranke mit HIV infiziert werden können. Da Krankenhauspatienten untereinander weder in Kontakt mit Blut kommen noch sexuelle Kontakte haben sollten, besteht keine Gefahr der Ansteckung für HIV-negative Patienten.

Für HIV-Infizierte selbst stellt ein stationärer Aufenthalt kein Infektionsrisiko dar, wenn sie nicht in der Nachbarschaft von Patienten mit ansteckenden Krankheiten untergebracht werden.

3.8 Schleimhaut- und Hautkontakte

Seit 1985 ist bekannt, daß HIV nicht nur die an der Regulation des Immunsystems beteiligten T-Helferzellen infiziert, sondern auch andere Zelltypen wie die des Monozyten-Makrophagen-Systems. Diese Zellen kommen in unterschiedlicher Ausprägung und Differenzierung an verschiedenen Stellen des Körpers vor, zum Teil sind sie organständig, zum Teil beweglich. Einige dieser Zellen, die Makrophagen, sogenannte Freßzellen, besitzen die Fähigkeit, Fremdkörper wie Viren oder Bakterien aufzunehmen. Makrophagen können viele Erreger unschädlich machen, doch gilt dies nicht für HIV. Die Makrophagen sind in der Blutbahn und im Gewebe weitgehend uneingeschränkt beweglich. Es wird angenommen, daß infizierte Makrophagen auch bei der Überwindung der Blut-Hirnschranke eine wesentliche Rolle spielen.

Die Langerhans-Zellen, die in der Haut und in den Schleimhäuten vorkommen, gehören ebenfalls zum Monozyten-Makrophagen-System. Auch sie können HIV aufnehmen, sind also ebenfalls Zielzellen der Infektion. In der Umgebung von Entzündungen kommen Langerhans-Zellen vermehrt vor. In den Schleimhäuten erreichen Ausläufer der Zellen die Oberfläche. In der gesunden Haut haben die Zellen keinen Kontakt mit der Oberfläche, da sie die Hornhaut nicht durchdringen.

Ausgeschlossen wird die Möglichkeit einer Übertragung durch Hautkontakt bei intakter Haut. Das Virus ist zu groß, um auf dem Diffusionswege durch die unverletzte Haut von Langerhans-Zellen aufgenommen zu werden.

Wenn HIV durch Hautkontakte oder durch Anhalten – HIV-infizierte Makrophagen sind bereits in der Lunge nachgewiesen worden – übertragen werden könnte, müßten diejenigen, die mit AIDS-Kranken umgehen, überdurchschnittlich oft angesteckt wer-

den. Dafür gibt es bisher keine epidemiologischen Hinweise.

Die Centers for Disease Control (CDC) in Atlanta, USA, haben vor kurzem einen Bericht vorgelegt, nach dem 36 Monate lang 500 Familien mit einem HIV-infizierten Mitglied beobachtet wurden. Dabei hat sich bis heute kein Hinweis auf eine Ansteckung bei normalen sozialen Kontakten finden lassen.

Die Möglichkeit einer Infektion durch die intakte Schleimhaut ist nicht auszuschließen. Es gibt jedoch bis heute keinen Nachweis dafür, ob der Kontakt von virushaltigen Sekreten mit der Schleimhaut den Infektionsweg darstellt oder Mikroverletzungen eine Rolle spielen. Möglich erscheint eine Infektion durch die Haut (perkutan), wenn Verletzungen der Haut vorliegen oder die Hornschicht anderweitig geschädigt ist.

3.9 Mögliche Gefährdung anderer Gruppen

3.9.1 Besondere Dienstleistungsgruppen (nichtpflegerischer Bereich)

Bei Tätigkeiten im Friseurhandwerk, in Bereichen der Kosmetik, der Maniküre, Pediküre, Tätowierung, Ohrlochstechen sowie bei der nichtärztlichen Akupunktur besteht das Übertragungsrisiko in der möglichen Übertragung von einem Kunden auf den anderen. Dies könnte über frisch kontaminierte Werkzeuge geschehen, wie zum Beispiel Messer, Scheren und Tätowiernadeln oder in der Übertragung von dem Kunden auf den Behandelnden, wenn dieser direkt mit Blut in Kontakt kommt oder sich mit einem kontaminierten Instrument verletzt.

Das bei den genannten Tätigkeiten bestehende Infektionsrisiko ist, verglichen mit den anderen Übertragungswegen und bei Einhaltung der Hygienevorschriften, als sehr gering einzustufen. Um hier ein abgestimmtes staatliches Vorgehen zu gewährleisten, haben beziehungsweise werden die Ländern aufgrund von § 12 a BSeuchG Hygieneverordnungen für die oben genannten Tätigkeiten erlassen, die der Vorbeugung von HIV- und Hepatitis B-Infektionen dienen. Grundlage für die Verordnungen bildet eine Musterverordnung, die von der Arbeitsgemeinschaft der leitenden Medizinalbeamten der Länder erarbeitet wurde. In den Ländern Hessen, Bayern und Baden-Württemberg sind solche Verordnungen bereits in Kraft.

3.9.2 Rettungs-, Sanitätsdienst und Ersthelfer

Im Bereich der Ersten Hilfe können Personen gefährdet sein, die bei der Versorgung blutender Wunden mitwirken oder mit kontaminierten Spritzen, Kanülen und Skalpellen umgehen müssen. Dieser Personenkreis besteht neben dem vorgenannten medizinischen Personal in erster Linie aus Personal im Rettungs- und Sanitätsdienst. Bei Verkehrsunfällen oder bei Unfällen im Betrieb, im Haus und in der Freizeit können auch Laien mit infektionsgefährdendem Material in

*) Minderheitenvotum siehe Abschnitt D, Seite 114

Berührung kommen. Ein Risiko besteht dann, wenn der Hilfeleistende Verletzungen oder Ekzeme hat.

Die Gefährdung durch Atemspende bei HIV-Infizierten wird allgemein als sehr gering eingeschätzt, weil HIV nicht durch Tröpfcheninfektionen übertragen wird. Eine sachgemäße Atemspende setzt sie noch weiter herab.

3.10 Einschätzung der unterschiedlichen Infektionswege

Die Größenordnung der Infektionsrisiken verschiedener HIV-Übertragungswege läßt sich wie folgt beurteilen:

Vorrangige Infektionswege sind der ungeschützte Sexualverkehr mit infizierten Partnern, die Ansteckungen durch kontaminierte Spritzen bei i.v.-Drogenabhängigen und die Weitergabe von der Mutter auf ihr Kind.

Seit 1985 fast ausgeschlossen ist das Infektionsrisiko durch Bluttransfusionen und Gerinnungspräparate in Ländern mit kontrolliertem Blutspendewesen.

Nach wie vor hoch ist das Infektionsrisiko für Reisende in Entwicklungsländer ohne entsprechende medizinische Infrastruktur.

Soziale Kontakte mit HIV-Infizierten und AIDS-Kranken haben sich bisher als harmlos und ungefährlich erwiesen.

II. Auswertungen

3.11 Forschungsbedarf

Die relevanten Übertragungswege wie Geschlechtsverkehr, „needle-sharing“ und Transfusion von Blut bzw. bestimmten Blutprodukten sind im Prinzip bekannt. Unklarheiten bestehen über den genauen Mechanismus der Übertragung.

3.11.1

So ist unklar, welche Komponenten des Spermas das Virus übertragen. Noch unklarer ist der Übertragungsmechanismus der Infektion von der Frau auf den Mann. Lymphozyten, Vaginalzellen, Makrophagen und Genitalsekrete sind die möglichen Übertragungsfaktoren. Offen bleibt die Frage, ob Mikroläsionen für die Übertragung der Infektion notwendig sind.

3.11.2

Die Inokulation kleiner Blutmengen durch Verwendung gemeinsamer Spritzen und Nadeln (needle-sharing) ist ohne Zweifel ein effektiver Weg zur Verbreitung der Infektion.

Ungeklärt ist, warum die im medizinischen Bereich häufigen Nadelstiche nur selten zu einer Infektion führen. Es erscheint notwendig, durch akzidentelle Inokulation und beruflich zustande gekommene Infektionen zu dokumentieren und zu erforschen.

3.11.3

Das verbleibende Restrisiko bei Bluttransfusionen ist heute sehr gering; es ist jedoch von der Durchseu-

chung *) in der Bevölkerung abhängig. Eine sorgfältige Analyse der wenigen Fälle, bei denen heute noch ein Patient durch Bluttransfusion mit HIV infiziert wird, erscheint daher geboten. Hierbei können gegebenenfalls wichtige Informationen über das Ausmaß der sogenannten diagnostischen Lücke erbracht werden. Möglicherweise gelingt es durch neue Tests, die Infektionen noch früher zu erkennen.

Faktor-VIII-Präparate und andere Blutpräparate gelten hinsichtlich einer HIV-Übertragung heute als weitgehend risikofrei. Durch Produktionsfehler oder eventuell andere Mechanismen erscheint es nicht völlig ausgeschlossen, daß heute noch HIV-Infektionen durch Plasma-Derivate auftreten können. Der Forschungsbedarf hierbei ist eher ein Beobachtungsbedarf. Die Inaktivierung des Virus sollte ohne Verlust der Wirksamkeit des Gerinnungspräparates erreicht werden.

3.11.4

Ohne Zweifel stirbt HIV ohne Protektion durch zelluläres oder feuchtes Milieu schnell ab. Es ist empfindlich gegen fast alle Desinfektionsmittel sowie gegen Hitze und Austrocknen. Es besteht offenbar kein relevantes Risiko einer Übertragung durch kontaminierte Gegenstände. Die Frage nach Risiken bei der Entsorgung von kontaminiertem Material bleibt offen. Des Weiteren gibt es Unklarheiten über die Haltbarkeit des Virus in Leichen und Gewebsteilen sowie über das Risiko beim Umgang mit infizierten Körperflüssigkeiten im Labor.

3.11.5

Das Auffinden bislang unerkannter Infektionswege erscheint wenig wahrscheinlich. Potentiell möglich

*) Minderheitenvotum siehe Abschnitt D, Seite 114

erscheinen Infektionen in Laboratorien, in denen das Virus gezüchtet wird. Ein Infektionsrisiko über menschliche Gewebekulturen ist nicht auszuschließen. Detailuntersuchungen über das Eindringen vergleichbarer Lentiviren in Schleimhäute und Makrophagen an Tieren sind notwendig. Es bestehen darüber hinaus noch Unklarheiten über die Infektionsrisiken bei der Endoskopie sowie bei der Entbindung HIV-positiver Frauen.

Hypothetisch, aber nicht ausgeschlossen ist das Auftreten von virulenteren Stämmen von HIV.

3.11.6

Die Verbreitung der HIV-Infektion innerhalb des Körpers ist weitgehend unbekannt. Neben offenen Fragen bezüglich des genauen Eintrittsmechanismus ist nicht endgültig geklärt, in welchen Zellen sich das Virus eigentlich vermehrt. Ohne Zweifel sind die T-Helferlymphozyten, aber auch die Makrophagen Zielzellen der Infektion. Wie lange das Virus in diesen Zellen verbleibt, wie die genaue Vermehrung, die Weiterverbreitung und Infektion weiterer Zellen im Gesamtorganismus vor sich geht, ist nur ungenügend erforscht. Es gibt Hinweise, daß noch eine Reihe weiterer Zellen von HIV befallen werden können. Die Kenntnis des Pathomechanismus der Infektion, insbesondere in der klinisch asymptomatischen Latenzzeit, ist von großem Interesse.

3.11.7

Der Verlauf der HIV-Infektion bei Kindern unterscheidet sich wesentlich von dem Erwachsener. Mit steigender Anzahl HIV-infizierter Frauen werden zunehmend HIV-infizierte Kinder geboren werden. Der Zeitpunkt der Infektion und der Übertragungsmecha-

nismus während der Schwangerschaft sind weitgehend unbekannt. Kinder, die nach einer HIV-Infektion der Mutter geboren werden, sollten über viele Jahre ärztlich beobachtet werden. Unklarheit besteht über die Infektiosität der Muttermilch. Genaue und fundierte Angaben zu dem Komplex Schwangerschaft und Geburt sind im Interesse einer sachgerechten Beratung und einer daraus resultierenden Prävention unerlässlich.

3.11.8

Untersuchungen an Bluterpaaren zeigen, daß die Infektiosität mit der Progression (Entwicklung) der Infektion und Erkrankung erheblich zunimmt.

Faktoren, die dazu führen, sind im einzelnen noch nicht genau bekannt; Untersuchungen hierüber fehlen.

3.11.9

Die Übertragungsgefährdung bei unterschiedlichen Formen und Techniken des Geschlechtsverkehrs sind zum Teil noch nicht hinreichend geklärt. Genaueres Wissen hierüber kann dazu beitragen, die Präventionsbotschaft mehr zu präzisieren. *)

3.11.10

Beobachtungen der Erkrankung ließen schon seit vielen Jahren die Existenz von Cofaktoren vermuten. Genauere Untersuchungen über physische, psychische und psychosoziale Cofaktoren der Infektion mit HIV (Vulnerabilität = Empfänglichkeit für die Infektion) fehlen.

III. Empfehlungen

3.12 Handlungsbedarf

Die Kommission empfiehlt dem Deutschen Bundestag, die Bundesregierung zu ersuchen und bei den Ländern anzuregen, daß

3.12.1

die heute seltenen Fälle einer Infektion durch Bluttransfusion dokumentiert und erforscht werden; die Indikation für eine Bluttransfusion unter Berücksichtigung des Restrisikos strenger zu stellen ist;

3.12.2

mehrfährige Beobachtungen akzidentieller Inokulationen durchgeführt werden;

3.12.3

in den Informationsmaterialien darauf hingewiesen wird, daß HIV-infizierte Personen beim Geschlechtsverkehr auch untereinander Kondome beziehungsweise Fixer sterile Spritzen benutzen sollten, solange nicht ausgeschlossen ist, daß wiederholte Infektionen vermutlich den Ausbruch der Krankheit beschleunigen können;

*) Minderheitenvotum siehe Abschnitt D, Seite 114

3.12.4

im Bereich der künstlichen Insemination und der extracorporalen Befruchtung die Samenspender mindestens zweimal in Abständen von sechs Wochen auf HIV getestet und die Frauen über das verbleibende Risiko aufgeklärt werden müssen.

3.13 Forschungsbedarf

Die Kommission empfiehlt dem Deutschen Bundestag, die Bundesregierung zu ersuchen, vorrangig die Forschung über die Übertragungsmechanismen zu verstärken und in diese folgende Problembereiche einzubeziehen sowie bei den Ländern diese Forschung anzuregen,

3.13.1

welche Komponenten des Spermas die Übertragung des Virus ermöglichen; Übertragungsmechanismus der Infektion von der Frau auf den Mann; Mikroläsionen als mögliche Ursache der Übertragung der Infektion;

3.13.2

die durch akzidentielle Inokulation und beruflich verursachte Infektionen zu dokumentieren und zu erforschen;

3.13.3

neue Tests zur möglichst frühzeitigen Erkennung von HIV zu entwickeln, um die immer noch verbleibende diagnostische Restunsicherheit weiter zu verringern; Möglichkeiten zur Inaktivierung des Virus ohne Verlust der Wirksamkeit von Gerinnungspräparaten zu finden;

3.13.4

die Überlebenszeit des Virus in Leichen und Gewebsteilen sowie an kontaminiertem Material zu untersuchen; die Risiken beim Umgang mit infizierten Körperflüssigkeiten im Labor zu erforschen;

3.13.5

das Infektionsrisiko bei menschlichen Gewebekulturen sowie bei der Endoskopie und bei der Entbindung HIV-positiver Frauen zu untersuchen;

3.13.6

die Ausbreitung der HIV-Infektion innerhalb des Körpers und den Pathomechanismus der Infektion insbe-

sondere in der klinisch stummen Latenzzeit zu erforschen;

3.13.7

den Zeitpunkt der Infektion und des Übertragungsmechanismus während der Schwangerschaft und bei der Geburt sowie die Infektiosität der Muttermilch zu ermitteln;

3.13.8

die Infektiosität in den verschiedenen Phasen der Infektion zu untersuchen;

3.13.9

Langzeituntersuchungen über psychische, physische und psychosoziale Cofaktoren, die die Infektion mit HIV beeinflussen durchzuführen;

3.13.10

Detailuntersuchungen über das Eindringen vergleichbarer Lentiviren in Schleimhäute und Makrophagen an Tieren zu veranlassen;

3.13.11

die unterschiedlichen Gefährdungsgrade bei unterschiedlichen Formen und Techniken des Geschlechtsverkehrs zu untersuchen; *)

3.13.12

die Sicherheit von Kondomen und der Kondombenutzung, auch im Hinblick auf unterschiedliche Sexualpraktiken (Material und Anwendung) zu untersuchen; **)

3.13.13

die Erhöhung des Erkrankungsrisikos durch wiederholten HIV-Kontakt (Mehrfachinfektionen) zu erforschen;

3.13.14

die Bedeutung und Verbreitung von HTLV I und HIV-2 zu untersuchen.

*) Minderheitenvotum siehe Abschnitt D, Seite 114

**) Minderheitenvotum siehe Abschnitt D, Seite 114

4. Kapitel: Epidemiologie

Inhalt	Seite
I. Bestandsaufnahme	65
Einleitung	65
4.1 Prävalenz und Inzidenz	65
4.2 Epidemiologische Modelle	65
4.3 Manifestationsrate	66
4.4 Verbreitung der Erkrankung in der Bundesrepublik Deutschland	66
4.5 Verbreitung der Erkrankung weltweit	67
4.5.1 Insgesamt	67
4.5.2 Nord- und Südamerika	68
4.5.3 Europa	68
4.5.4 Afrika	68
4.5.5 Asien und Australien	68
4.6 Hauptbetroffene und Gefährdete	68
4.6.1 Homo- und Bisexuelle	69
4.6.2 I.v.-Drogenabhängige und Beschaffungsprostitution	69
4.6.3 Bluter	69
4.6.4 Empfänger von Transfusionen, Plasma und Plasmapräparaten ...	69
4.6.5 Heterosexuelle	69
4.6.6 Prostituierte	69
4.6.7 Neugeborene und Kinder von HIV-Infizierten	69
II. Auswertungen	70
4.7 Erforderlichkeit und Bedeutung epidemiologischer Daten	70
4.8 Bereits angewandte Methoden der Epidemiologie	71
4.8.1 Anonyme Laborberichtspflicht	71
4.8.2 Kohortenstudien	71
4.8.3 Testung der Blutspender	71
4.8.4 Testung der Schwangeren	71
4.8.5 Vergleich mit der Entwicklung von Geschlechtskrankheiten ...	71
4.8.6 Freiwillige Meldung der AIDS-Vollbildfälle	71
4.8.7 Untersuchung von Rekruten	72
4.8.8 Resümee aus den Ergebnissen der bisher angewandten Methoden	72
4.9 Bislang nicht angewandte Methoden der Epidemiologie	72
4.9.1 Repräsentative Stichproben	72
4.9.2 Mikrozensus	72
4.9.3 Contact-tracing	73
4.9.4 Unlinked-testing	73
4.9.5 Zentrales Register bei der Ärzteschaft	73
4.9.6 Obligatorischer Test bei Eheschließung	73

	Seite	
4.9.7	Testung von einreisenden Ausländern	73
4.9.8	Namentliche Meldepflicht	73
III.	Empfehlungen	74

I. Bestandsaufnahme

Einleitung

Ende Dezember 1981 wurden in der medizinischen Literatur erstmals Fälle von schwerer erworbener Immunschwäche (*severe acquired immunodeficiency*) bei homosexuellen Patienten beschrieben. Die erste Bezeichnung war GRID (*gay-related immunodeficiency*). Man verknüpfte die Krankheit anfangs ausschließlich mit Homosexuellen - ganz zu Unrecht - wie sich sehr schnell erwies.

Im Herbst 1982 faßte man alle beschriebenen Krankheitszustände unter dem Namen *acquired immune deficiency syndrome* (erworbene Abwehrschwäche) zusammen. Der Begriff AIDS war damit eingeführt.

Betroffen von der Virusinfektion wurden in den USA und in Europa vor allem Homosexuelle mit häufig wechselnden Partnern, Drogenabhängige und Häophile (Bluter).

Nachdem man auf die neue Krankheit aufmerksam geworden war, wurde AIDS auch retrospektiv erkannt und beschrieben. In den USA wurden Fälle zurück bis in die Mitte der 60er Jahre gefunden. In der Bundesrepublik Deutschland wurde ein Fall aus dem Jahre 1976 beschrieben. Berichte über die Immunschwäche, insbesondere aus Zentralafrika, legen die Vermutung nahe, daß der AIDS-Erreger schon Anfang der 60er Jahre existierte. In den USA scheint die Epidemie ihren Anfang im Jahre 1978 genommen zu haben, in Europa zwei bis drei Jahre später.

Eine Spekulation geht dahin, daß ein vom Affen stammendes Vorgängervirus in den 50er Jahren oder noch etwas früher in eine begrenzte humane Population gelangte und dort die ersten HIV-Infektionen und AIDS-Erkrankungen hervorrief. 1983 beziehungsweise 1984 wurde durch die Arbeitsgruppen von Montagnier und Gallo der Erreger identifiziert.

Für das Virus hat sich heute international die Bezeichnung *HIV* (*human immunodeficiency virus*) durchgesetzt.

Wegen der langen Latenzzeit konnte sich die Infektion zunächst unbemerkt und unbekämpft ausbreiten. Die Erkrankten von heute sind die Infizierten von vor bis zu 15 Jahren. Deshalb wird die Zahl der Erkrankten unabhängig davon, was jetzt zur Verhütung von Neuinfektionen getan wird, noch lange Zeit ansteigen. Heute ist die Krankheit nicht mehr auf die sogenannten Hauptbetroffenengruppen beschränkt, sondern kommt - mit regionalen Unterschieden und vor

allem in Ballungszentren - auch in der heterosexuellen Bevölkerung vor.

HIV gehört zur Gruppe der Lentiviren, einer Untergruppe der Retroviren, die vorher beim Menschen als Infektionserreger weitgehend unbekannt waren. Das Virus integriert sein Erbmateriale in das Erbmateriale der infizierten Zelle. Eine einmal infizierte Person ist lebenslang Virusträger und potentiell ansteckend.

1985 wurde ein mit dem HIV verwandtes, jedoch nicht identisches Virus bei AIDS-Patienten nachgewiesen; es erhielt die Bezeichnung HIV-2.

4.1 Prävalenz und Inzidenz

Die Verbreitung einer Krankheit wird durch Prävalenz und Inzidenz beschrieben.

Unter Prävalenz versteht man die Häufigkeit der Krankheit in einer untersuchten Bevölkerungsgruppe.

Unter Inzidenz versteht man die Zahl der Neuerkrankungen pro Zeiteinheit, sie ist also ein Maß für die Geschwindigkeit der Ausbreitung.

Bei AIDS beziehungsweise bei der HIV-Infektion wird als zeitliche Bezugsgröße meist ein Jahr verwendet. Inzidenzen gibt man als neue Fälle pro Jahr an oder als den Prozentsatz der Neuerkrankungen in einer Stichprobe.

4.2 Epidemiologische Modelle

Es wurden zahlreiche Versuche unternommen, den bisherigen Verlauf der Epidemie *) als mathematische Funktion zu beschreiben, beziehungsweise auf der Basis der bekannten Daten mathematische Modelle zu entwickeln, die die mögliche weitere Entwicklung wiedergeben. Die Bedeutung dieser Modelle liegt darin, daß man mit ihnen die Plausibilität bestimmter Annahmen überprüfen kann, zum Beispiel, ob hohe Kontaktraten mehr Infektionswahrscheinlichkeit bieten oder welche Auswirkungen von bestimmten Interventionsmaßnahmen auf den Fortgang der Infektion zu erwarten sind.

Der Wert der Aussage von Modellen hängt von der Qualität der Annahmen und Daten ab, die in die Mo-

*) Minderheitenvotum siehe Abschnitt D, Seite 115

delle eingegeben werden. Wichtig für die Epidemiologie der HIV-Infektion ist deshalb die systematische Erarbeitung verlässlicher Daten. *)

Auf der Basis der im Juni 1987 verfügbaren Daten wurden von der WHO Hochrechnungen für 12 west- und südeuropäische Länder und die Europäische Gemeinschaft (EG) für die Jahre 1988 und 1989 vorgenommen. Bis Juni 1989 werden für die Bundesrepublik Deutschland kumulativ 4.500 Fälle mit Vollbild AIDS angenommen, von denen vermutlich bis dahin 40-50% noch am Leben sind; für die EG werden 45.000 AIDS-Fälle vorausgesagt.

4.3 Manifestationsrate

Die Manifestationsrate, das heißt der Anteil der HIV-Infizierten, die am Vollbild von AIDS erkranken, liegt nach Beobachtungszeiten von 5 bis 7 Jahren zwischen 18% und 45%. Der Anteil der an AIDS und Vorstufen Erkrankten liegt nach 5 bis 7 Jahren zwischen 58% und 78%. Es gilt inzwischen als wahrscheinlich, daß langfristig ein sehr hoher Prozentsatz der HIV-Infizierten an AIDS erkranken wird. Allerdings sind die Ergebnisse dieser Stichproben nicht ohne weiteres zu verallgemeinern. Mit zunehmender Beobachtungsdauer bewegt sich die Abschätzung der statistischen Erkrankungswahrscheinlichkeit nach oben. Einige Wissenschaftler gehen davon aus, daß es nur eine Frage der Zeit ist, bis fast alle, die sich infizieren, auch schließlich erkranken. Die Manifestationsrate würde

*) Minderheitenvotum siehe Abschnitt D, Seite 115

dann fast 100% betragen. Andere weisen darauf hin, daß es keine Krankheit mit 100%iger Letalität gebe.

Im Einzelfall ist die Dauer der Latenzzeit, das heißt der Zeit von der Serokonversion bis zur manifesten Erkrankung, nicht vorhersehbar. Sie schwankt wahrscheinlich zwischen 6 Monaten und 15 Jahren und mehr.

4.4 Verbreitung der Erkrankung in der Bundesrepublik Deutschland

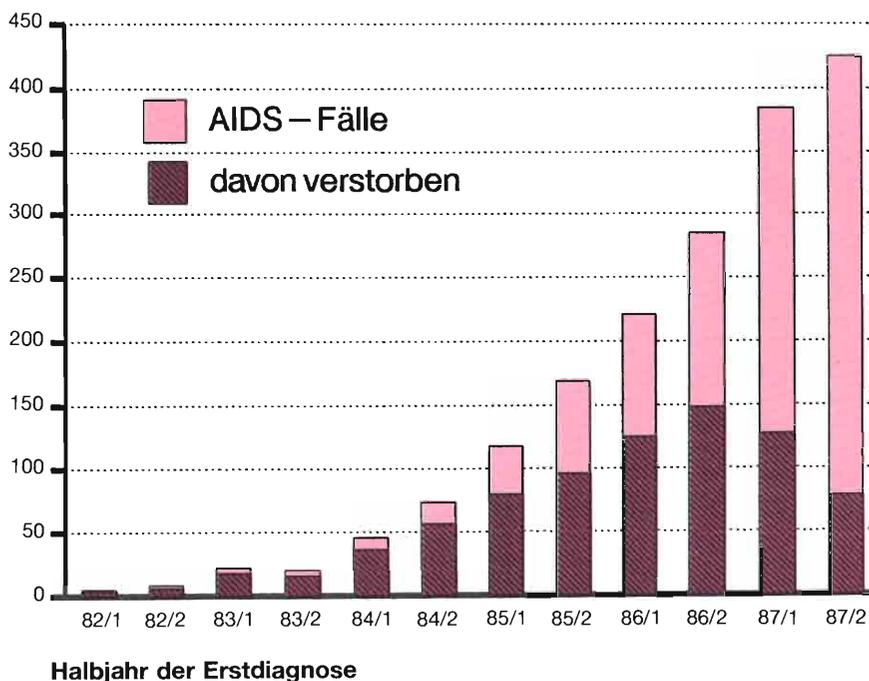
In der Bundesrepublik Deutschland sind 2.091 AIDS-Fälle bisher (Stand 31. Mai 1988) beim BGA (Bundesgesundheitsamt) registriert. Den Anstieg der gemeldeten AIDS-Fälle seit 1982 zeigt die folgende Abbildung.

Die Angaben zu den an AIDS verstorbenen Patienten sind nicht zuverlässig. Die Rate der erfaßten Sterbefälle ist mit großer Wahrscheinlichkeit zu niedrig.

Seit Einführung der Laborberichtspflicht (1. Oktober 1987) sind etwa 18.000 HIV-positive Bestätigungstests anonym beim BGA gemeldet. Die Zahl der tatsächlichen Antikörperträger liegt jedoch um das Mehrfache höher; niemand kennt sie. *)

*) Minderheitenvotum siehe Abschnitt D, Seite 115

Zunahme der AIDS-Fälle in der Bundesrepublik Deutschland



4.5 Verbreitung der Erkrankung weltweit*)

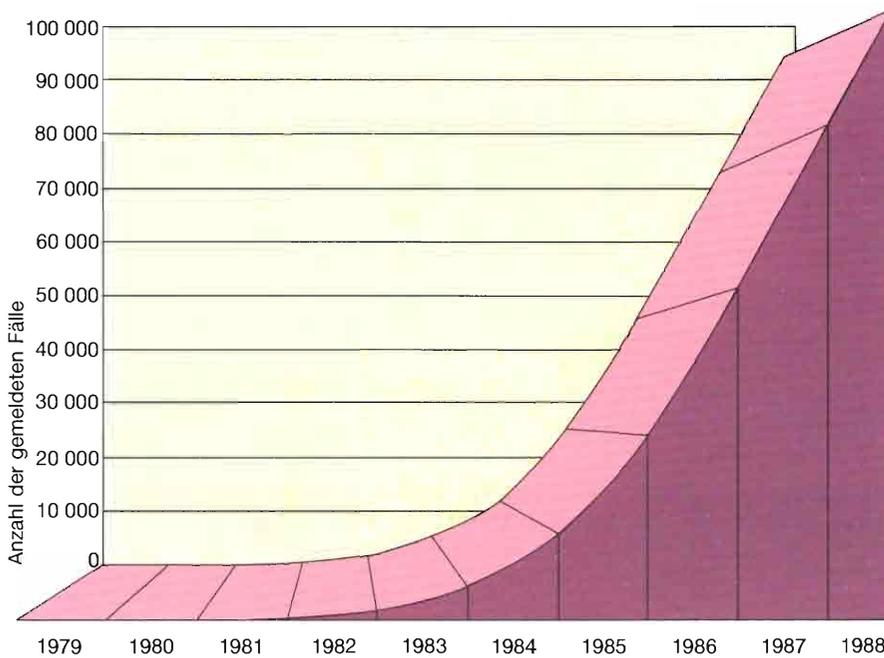
4.5.1 Insgesamt

AIDS hat sich weltweit ausgebreitet. Seit Beginn der Epidemie betrug nach Angaben der WHO die Zahl der bis Ende 1987 gemeldeten, am Vollbild AIDS Erkrankten weltweit 89.039. Dabei wird bei der WHO (World Health Organization) jedoch wegen unvollständiger Meldungen von einer zwei- bis dreifach höheren Fallzahl ausgegangen. Die Abbildung zeigt den steilen Anstieg der an die WHO gemeldeten Fälle des Vollbildes von AIDS.

Die WHO-Schätzungen der nicht erkrankten HIV-Infizierten belaufen sich weltweit auf 5 – 10 Millionen. Verlässliche Daten zu Inzidenz und Prävalenz der HIV-Infektion existieren nicht.

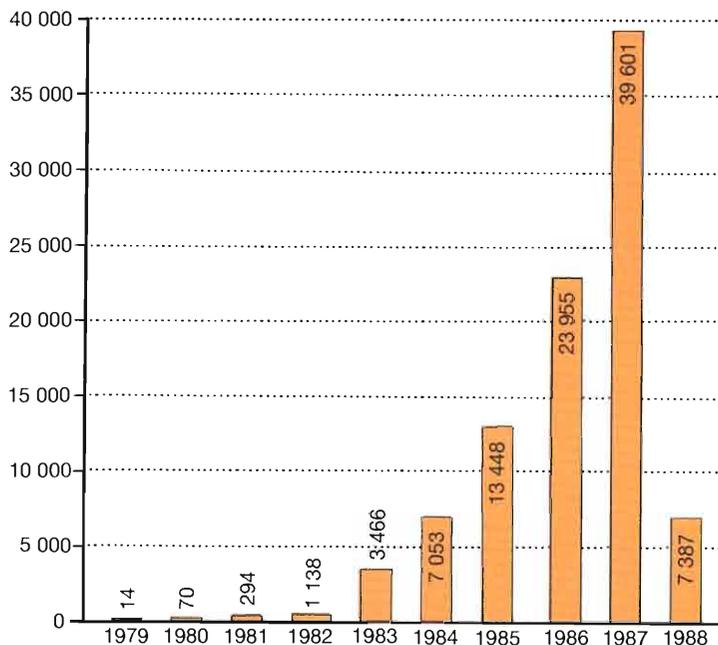
Die Enquete-Kommission beschränkt sich im Zwischenbericht auf wenige Hinweise und wird im Endbericht ausführlicher zum Thema „AIDS in anderen Ländern“, insbesondere Ländern der Dritten Welt, Stellung nehmen.

Gesamtzahl der bis zum 31. Mai 1988 bei der WHO gemeldeten AIDS-Fälle



Quelle: WHO

Zunahme der AIDS-Fälle (Neuerkrankungen pro Zeiteinheit) weltweit
Stand 31. Mai 1988



*) Quelle für Zahlenangaben: WHO und BGA

4.5.2 Nord- und Südamerika

Aus Nord- und Südamerika wurden bis 31. Mai 1988 insgesamt 71.343 Erkrankte gemeldet. Davon haben die USA allein 61.580 Fälle von AIDS an die WHO gemeldet. Das sind nahezu 90% aller Fälle aus Nord- und Südamerika. In Südamerika führt Brasilien mit 2.956 Fällen die Statistik an.

4.5.3 Europa

Aus 28 europäischen Ländern wurden bis 31. Mai 1988 12.414 Fälle von AIDS an die WHO gemeldet. Die Hauptübertragungswege unterscheiden sich nur in der Häufigkeit der Ursache der Infektion. Nach den Statistiken machen in Italien und Spanien i.v.-Drogenabhängige mehr als 50% der registrierten AIDS-Kranken aus. In den Niederlanden, Großbritannien, Dänemark, Schweden und der Bundesrepublik Deutschland waren dagegen mehr als 75% der AIDS-Erkrankten Homosexuelle.

4.5.4 Afrika

AIDS breitet sich in weiten Teilen Zentral- und Ostafrikas rasch aus. Die Durchseuchung der Bevölkerung hat in einigen Regionen, besonders in den großen Städten, bereits erhebliche Ausmaße angenom-

men. Bisher wurden 11.530 AIDS-Fälle (Stand 31. Mai 1988) an die WHO gemeldet.

Die Übertragung erfolgt weitgehend über heterosexuelle Kontakte, aber auch durch Bluttransfusionen, da die Untersuchung von Blutkonserven auf HIV-positive Spenden noch nicht in allen Ländern routinemäßig durchgeführt wird.

Dort, wo ein Mangel an medizinischer Infrastruktur besteht, ist eine Übertragung durch die Benutzung kontaminierter Spritzbestecke und infizierter Blutkonserven nicht auszuschließen.

4.5.5 Asien und Australien

Australien, Neuseeland und Ozeanien meldeten bis 31. Mai 1988 892, Asien 254 AIDS-Fälle an die WHO. Die Übertragung der bisher bekanntgewordenen Fälle erfolgte nach dortigen Annahmen vor allem durch Gaststudenten aus Afrika sowie durch Kontakte von Geschäftsleuten und Flugpersonal auf Auslandsreisen.

Die Häufigkeit von AIDS in Australien und Neuseeland ist der in anderen westlichen Industriestaaten vergleichbar.

4.6 Hauptbetroffene und Gefährdete

Gemeldete AIDS-Fälle in der Bundesrepublik Deutschland einschließlich Berlin (West) Verteilung nach Infektionsrisiko (zeitliche Einordnung nach Eingang der Meldung)

Stand: 31. Mai 1988

Risiko	Mai 1988		Letzte zwölf Monate (31. Mai 1987 bis 31. Mai 1988)		Gesamtzahl seit 1. Januar 1982		Anteil
	männlich	weiblich	männlich	weiblich	männlich	weiblich	
1. Homo- oder bisexuelle Männer ..	78	—	678	—	1505	—	72,0 %
2. Fixer	10	7	82	44	128	75	9,7 %
2a. Homosexuelle Fixer	0	—	11	—	21	—	1,0 %
3. Hämophile	3	0	45	—	111	—	5,3 %
4. Empfänger von Bluttransfusionen/ Plasmaderivaten	4	0	23	13	36	20	2,7 %
5. Heterosexuelle Kon- takte mit Partner aus 1.-4.	5	3	26	5	49	23	3,4 %
6. Prae- oder perinatale Infektion	0	1	9	3	16	8	1,1 %
7. Mangelnde Anga- ben/Unbekannt	6	1	53	10	85	14	4,7 %
Gesamt	106	12	927	75	1951	140	100,0 %

Quelle: AIDS-Zentrum im Bundesgesundheitsamt

4.6.1 Homo- und Bisexuelle

Homo- und bisexuelle Männer stellen in den USA, Frankreich, Großbritannien und der Bundesrepublik Deutschland sowie in den meisten anderen westeuropäischen Ländern die Gruppe der zunächst und am stärksten Betroffenen dar. Über den Durchseuchungsgrad lassen sich keine zuverlässigen Angaben machen, da die Bezugsgröße, die Gesamtzahl der Homosexuellen, nicht bekannt ist.

4.6.2 I.v.-Drogenabhängige und Beschaffungsprostitution

In der Bundesrepublik Deutschland wie in der Mehrzahl der westeuropäischen Staaten und in den USA stellen die i.v.-Drogenabhängigen die zweitgrößte Hauptbetroffenengruppe dar. Sie sind nach den Statistiken in Italien und Spanien sogar die am stärksten betroffene Gruppe. Schätzungen über die Zahl i.v. Drogenabhängiger in der Bundesrepublik Deutschland und in Westberlin belaufen sich auf 55.000 bis 100.000, in den Vereinigten Staaten auf 750.000. Die HIV-Prävalenz bei i.v.-Drogenabhängigen hat in den letzten Jahren international und auch in der Bundesrepublik Deutschland stark zugenommen. Die Werte liegen, je nach untersuchtem Kollektiv, zwischen 30% und 60%.

Bei HIV-positiven Prostituierten und Strichern handelt es sich überwiegend um i.v.-Drogenabhängige, die der Beschaffungsprostitution nachgehen, um sich damit die finanziellen Mittel für Drogen zu besorgen. Insoweit gehören sie zu der Hauptbetroffenengruppe der i.v.-Drogenabhängigen. Es ist zu vermuten, daß die Mehrzahl der weiblichen und eine Vielzahl der männlichen i.v.-Drogenabhängigen gelegentlich oder regelmäßig der Beschaffungsprostitution nachgehen.

Während für die registrierten und nicht-registrierten Prostituierten und Stricher das eigentliche Infektionsrisiko im ungeschützten Sexualverkehr mit ständig wechselnden Partnern liegt, besteht für die i.v.-drogenabhängigen Prostituierten und Stricher das wesentliche Infektionsrisiko in der gemeinsamen Verwendung von Spritzen und Nadeln, dem sogenannten needle-sharing.

Daß hier nicht genauer differenziert wird, erklärt auch die großen Schwankungen in den Angaben über die Durchseuchung in verschiedenen Städten.

4.6.3 Bluter

In der Bundesrepublik Deutschland sind etwa 1.300 Hämophilie Kranke (Bluter), die Gerinnungsfaktorpräparate benötigen, mit HIV infiziert. Die Infektion erfolgte durch mit Virus verunreinigte Präparate (Gerinnungsfaktoren) vermutlich in den Jahren 1980 bis

1984. Nachdem seit 1984 eine Vorbehandlung zur Inaktivierung von HIV bei der Herstellung von Gerinnungsfaktorpräparaten routinemäßig durchgeführt wird, stellt die Gabe von Gerinnungsfaktoren heute keine Infektionsquelle mehr dar.

4.6.4 Empfänger von Transfusionen, Plasma und Plasmapräparaten

Über die Zahl der Empfänger von HIV-infiziertem Blut sind keine zuverlässigen Daten verfügbar. Wenige Patienten mit Gerinnungsstörungen (Nicht-Bluter), die mit anderen Gerinnungspräparaten behandelt werden mußten, wurden darüber ebenfalls mit HIV infiziert.

Für Plasma und Plasmapräparate ist das Infektionsrisiko durch Verwendung nur geprüfter Ausgangsmaterialien und zusätzlicher Inaktivierungsschritte ausgeschlossen. Seit 1985 muß das Übertragungsrisiko durch Bluttransfusionen in der Bundesrepublik Deutschland als minimal angesehen werden.

4.6.5 Heterosexuelle

Die HIV-Infektion ist heute nicht mehr auf die Hauptbetroffenengruppen wie Homosexuelle und Drogenabhängige beschränkt.

Die heterosexuelle Übertragung ist, wenn auch aufgrund verschiedener Ursachen, der häufigste Übertragungsmodus in Afrika und in der Karibik und zeigt in den USA den relativ raschesten Zuwachs. Bei der heterosexuellen Übertragung spielt, wenn auch die absoluten Zahlen recht klein sind, der Sexualkontakt mit bisexuellen Männern und i.v.-Drogenabhängigen, das heißt Mitgliedern der primären Hauptbetroffenengruppen, zur Zeit noch die wichtigste Rolle.

4.6.6 Prostituierte

Das Hauptrisiko für nicht i.v.-drogenabhängige Prostituierte und Freier besteht im Verkehr mit häufig wechselnden Sexualpartnern, bei dem nicht selten von Freiern der Verkehr ohne Kondom verlangt und dafür mehr Geld geboten wird. Dieser ungeschützte Sexualverkehr stellt für beide das Infektionsrisiko dar.

4.6.7 Neugeborene und Kinder von HIV-Infizierten

Mit der Zunahme HIV-infizierter Mütter, zur Zeit vor allem aus der Gruppe der Drogenabhängigen, steigt die Zahl der HIV-infizierten Neugeborenen. Nach inoffiziellen Umfragen wurden in der Bundesrepublik Deutschland mehr als 200 Neugeborene mit HIV infiziert.

II. Auswertungen *)

4.7 Erforderlichkeit und Bedeutung epidemiologischer Daten

Das Ziel epidemiologischer Untersuchungen ist die Ermittlung von Zahlen über die Verbreitung des Virus und der Krankheit in der Bevölkerung (Prävalenzstudien) und die Abschätzung der Entwicklung der Seuche, also der Zunahme oder Abnahme der Neuinfektionen pro Zeiteinheit (Inzidenzstudien). Auch die Ermittlung der Übertragungswege ist bei AIDS nicht zuletzt eine Aufgabe der beschreibenden Epidemiologie, da die Übertragung nur retrospektiv ermittelt werden kann. Aufgabe der Epidemiologie ist darüber hinaus die Gewinnung von Daten für epidemiologische Modellrechnungen.

Die Verfolgung epidemiologischer Erkenntnisziele stößt jedoch auf rechtliche Schranken, da personenbezogene Daten nicht beliebig erhoben und verwendet werden dürfen. Es bedarf hierzu stets zunächst einer legitimen Zwecksetzung und zudem einer rechtlich zulässigen Erhebungsmethode.

Bei epidemiologischer Forschung sind folgende Zwecksetzungen zu unterscheiden:

- Prognose für die Planung gesundheitspolitischer Maßnahmen
- Kontrolle der Wirksamkeit solcher Maßnahmen
- Datengewinnung zur Vermehrung epidemiologischen Wissens.

Ein Eingriff in das informationelle Selbstbestimmungsrecht durch die Verwendung personenbezogener Daten ist nach geltendem Recht nur rechtmäßig, wenn der Betroffene entweder in die Datenverwendung einwilligt oder ein Gesetz den Eingriff gestattet. Im letzteren Fall ist eine Abwägung zwischen den Interessen des Betroffenen und dem Interesse des Staates an der Erforschung von Daten vorzunehmen. Erhebungen von personenbezogenen Daten allein zum Zweck der Datengewinnung auf Vorrat, sind nach dem Volkszählungsurteil des Bundesverfassungsgerichts nicht zu rechtfertigen.

Die Kommission ist der Ansicht, daß Daten außer zur Beschreibung der Ausbreitung der HIV-Infektion und AIDS-Erkrankung hauptsächlich notwendig sind

- für den Entwurf von Konzepten der (primären) Prävention
- für die Fundierung einer optimalen Betreuung von HIV-Infizierten (sekundäre Prävention)
- für die Effektivitätskontrolle von Präventionsmaßnahmen

- für die Ermittlung von Versorgungs- und Beratungskapazitäten
- für die Abschätzung unter anderem der finanziellen Folgen der HIV-Infektion.

Die Kommission sieht ein Defizit der bisher betriebenen Epidemiologie in der weitgehenden Konzentration auf die Ermittlung und Beschreibung physiologischer Parameter, die meist nur durch wenige grobe demographische Angaben ergänzt werden. Gerade für die Optimierung von Strategien der Infektionsverhütung (Primärprävention) sowie für Forschungen, die auf eine Verlängerung der symptomlosen Latenzzeit beziehungsweise eine Senkung der Wahrscheinlichkeit des Ausbruchs der Krankheit abzielen (sekundäre Prävention), ist es dagegen erforderlich, medizinische Cofaktoren, Faktoren der sozialen Lage und Schichtung sowie Variablen der Lebensweise und der psychosozialen Befindlichkeit verstärkt in die Forschung einzubeziehen. Dies setzt sowohl strikte Regelungen hinsichtlich der Anonymität beziehungsweise Vertraulichkeit als auch eine vertrauensvolle Kooperation zwischen Medizinern und Sozialwissenschaftlern voraus.

Ein Teil der Kommission vertritt darüber hinaus die Ansicht, daß nicht nur die Ausformung der Präventionsstrategie, sondern auch der Strategietyp, das heißt *nur* Aufklärung oder *zusätzliche* administrative Maßnahmen, von epidemiologischen Zahlenwerten abhängig sind. Maßgeblich hierfür ist die Beurteilung der Wirksamkeit von Aufklärungs- und Beratungsstrategien einerseits und administrativen und Zwangsmaßnahmen andererseits.

Epidemiologie hat angesichts ihrer zuvor beschriebenen Zielsetzung *grundsätzlich* anonymisierte Daten zu verwenden. Von diesem Grundsatz soll nur in begründeten Fällen abgewichen werden.

Bei gegebener Rechtslage und nach den Regeln der Epidemiologie finden HIV-Antikörpertests zu epidemiologischen Zwecken freiwillig und auf der Basis von informiertem Konsens statt. Der Getestete hat dabei die Möglichkeit, vom Ergebnis des Tests Kenntnis zu erlangen.

Beim Auftreten einer neuen bedrohlichen Krankheit wie AIDS ist es sinnvoll und wissenschaftlich legitim, die auftretenden Fälle zunächst kumulativ zu erfassen und die Entwicklung der Epidemie auch so darzustellen.

Nach nahezu einem Jahrzehnt der Erfahrung und des epidemiologischen Umgangs mit AIDS erscheint es jedoch möglich und geboten, zu den bewährten Kennziffern und Darstellungsformen der Epidemiologie (zeitraumbezogene Inzidenz und Prävalenz, zum Beispiel je Jahr oder Halbjahr) zurückzukehren. Die Kommission ist der Auffassung, daß durch die Rückkehr zu epidemiologischen Darstellungsformen in

*) Minderheitenvotum siehe Abschnitt D, Seite 115

Statistiken und Schaubildern, wie sie für alle anderen übertragbaren und nicht übertragbaren Krankheiten bewährt und üblich sind, auch ein Beitrag zum rationalen und besonnenen Umgang mit der Krankheit geleistet werden kann.

4.8 Bereits angewandte Methoden der Epidemiologie

4.8.1 Anonyme Laborberichtspflicht

Seit dem 1. Oktober 1987 haben Laboratorien, die eine gesicherte Diagnose einer HIV-Infektion durch den Western Blot oder vergleichbaren Verfahren stellen, den positiven Befund anonym an das Bundesgesundheitsamt (BGA) in Berlin zu melden. (Laborberichtsverordnung vom 9. September 1987, BGBl I S. 2141, am 18. Dezember 1987 ersetzt durch BGBl I S. 2819, seit 1. Januar 1988 in Kraft).

Die zur Meldung verpflichteten Laboratorien melden die Befunde der bestätigten positiven Tests, nicht jedoch die Zahl der insgesamt durch ELISA-Tests untersuchten Blutproben.

Die Nichtmeldung der Bezugszahlen wird zum Teil als ein Mangel im Hinblick auf weiterführende Untersuchungen angesehen. Eine Ausdehnung der Berichtspflicht auf die Meldung der Bezugszahlen durch alle Labors erscheint nicht praktikabel. Sie wird überdies nicht für zweckmäßig gehalten, da unterschiedliche Einzugsgebiete von Labors weder zu repräsentativen noch zu vergleichbaren Ergebnissen führen.

Die Kommission schlägt deshalb vor, mehrere Großlabors im Rahmen einer Pilotstudie zu beauftragen, auch die Bezugszahlen zu erheben und weiterzuleiten.

4.8.2 Kohortenstudien

Bei Kohortenstudien handelt es sich um Untersuchungen von Gruppen im Zeitablauf, bei denen die Entwicklung oder Veränderung von Merkmalen erforscht werden. Sie sind nur auf der Basis von informiertem Konsens zulässig.

Solche Kohorten eignen sich bezüglich AIDS zum Beispiel für die Ermittlung von Inzidenzzahlen (Zahlen der Neuinfektionen) sowie für die Ermittlung von Verhalten und Verhaltensänderungen.

Kriterium für die Teilnahme an AIDS-bezogenen Kohortenstudien ist vor allem die „Nähe zum Infektionsrisiko“. In Betracht kommen zum Beispiel Studien mit Homosexuellen, i.v.-Drogenbenutzern und at risk lebenden Heterosexuellen, Hämophilen, Sexualpartnern infizierter Personen und Prostituierten. Kohortenstudien in unselektierten Bevölkerungsgruppen versprechen keine sinnvollen Aussagen.

Die Kohortenstudie ist als Mittel der Epidemiologie geeignet, aber in der Bundesrepublik Deutschland bislang eine Methode, die wenig genutzt wird. Dabei wird die Schwierigkeit gesehen, daß sie mit freiwilli-

gen und daher stark selektierten Personengruppen arbeitet.

4.8.3 Testung der Blutspender

Alle Blutkonserven werden seit 1985 auf HIV-Antikörper getestet. Um das Risiko der sogenannten diagnostischen Lücke während der Serokonversionszeit zu überbrücken, werden alle Personen, die Risikokontakte hatten, aufgefordert, sich nicht an der Blutspende zu beteiligen.

Die Testung aller Blutspender ist trotz einiger Mängel ein brauchbares Mittel für die Epidemiologie. Auch wenn zu berücksichtigen ist, daß es sich bei den Blutspendern um eine selektierte Gruppe handelt, so können die Kriterien der Selbstselektion von Blutspendern weitgehend bestimmt werden. Auf dieser Basis lassen sich Aussagen über die Durchseuchung einer vergleichsweise gut definierten Bevölkerungsgruppe treffen, die von sich selbst annimmt, nicht im Bereich des Risikos zu leben.

4.8.4 Testung der Schwangeren

Im Rahmen der Schwangerschaftsbetreuung wird derzeit allen Frauen die Testung auf HIV-Antikörper angeboten.

Die epidemiologische Auswertung dieser Tests wird als mögliche Methode angesehen, um die Durchseuchung in einer hinsichtlich ihrer Struktur gut definierbaren Gruppe heterosexueller Frauen festzustellen und Trends in der Ausbreitung der HIV-Infektion zu erkennen.

4.8.5 Vergleich mit der Entwicklung von Geschlechtskrankheiten

Aufgrund der Meldepflicht für die „klassischen Geschlechtskrankheiten“ gibt es Statistiken von deren Entwicklung über mehrere Jahre. Da HIV ebenfalls auf sexuellem Wege übertragen wird, könnten Vergleiche gezogen werden.

Trotz der Fehler in der Statistik der Geschlechtskrankheiten lassen sich aus ihr Tendenzen über die Wirksamkeit von Präventionsmaßnahmen und damit auch Auswirkungen auf die Verbreitung von HIV feststellen.

4.8.6 Freiwillige Meldung der AIDS-Vollbildfälle

Eine Meldung der AIDS-Vollbildfälle an das Nationale AIDS-Register des BGA in Berlin erfolgt derzeit freiwillig.

Ob ein Fallregister für AIDS-Vollbildfälle auf der Basis einer anonymen Berichtspflicht sinnvoll ist, wird kontrovers diskutiert.

Zur Feststellung der Anzahl von manifest AIDS-Kranken könnte auch eine regelmäßige anonymisierte

Zählung der mit AIDS-Patienten belegten Krankenhausbetten zu bestimmten Zeitpunkten sinnvoll sein. In weiteren Anhörungen zu diesen Fragen muß geklärt werden, in welcher Form belastbare Daten zu erreichen sind.

4.8.7 Untersuchung von Rekruten

Das Angebot, einen HIV-Antikörpertest durchzuführen, besteht seit dem 1. April 1988 für alle Rekruten der Bundeswehr auf freiwilliger und anonymer Grundlage.

Eine Beratung vor und nach dem Test über die individuelle AIDS-Prävention sowie über Aussagekraft und mögliche Folgen des Tests muß gewährleistet sein.

In welchem Umfang eine Auswertung dieser Tests epidemiologisch verwertbare Daten erbringt, kann aufgrund der kurzen Zeit seit Beginn der Tests noch nicht beurteilt werden.

Die Kommission weist auf das Problem falsch positiver Tests in einem definierten Kollektiv mit geringer Durchseuchung hin und wird dies bei der weiteren Bewertung der Methode berücksichtigen.

4.8.8 Resümee aus den Ergebnissen der bisher angewandten Methoden

Die vorhandenen Daten reichen nicht aus für ein der Bedeutung und der potentiellen Dynamik der HIV-Infektion angemessenes epidemiologisches Monitoring. Sehr beträchtliche Wissensfortschritte können nach Ansicht der Kommission erreicht werden, indem die vorhandenen anonymisierten Daten zusammengeführt und in ihrem Zusammenhang interpretiert werden. Bei dieser möglichst rasch in Angriff zu nehmenden Aufgabe müssen Epidemiologen und Sozialwissenschaftler zusammenwirken.

Wenn nach einer derart integrierten Auswertung der verfügbaren Quellen strategisch relevante Wissensdefizite bleiben, stellt sich die Frage nach Verbesserung der heute benutzten beziehungsweise der Erschließung neuer Datenquellen erneut.

Dabei entsteht jedoch das Problem, daß auf Freiwilligkeit beruhende Erhebungsmethoden einen Selektionseffekt haben. Zudem ergibt sich die Schwierigkeit, daß die methodischen Voraussetzungen für eine optimierende Zusammenführung der vorhandenen Daten erst noch entwickelt werden müssen, so daß noch auf längere Zeit die erforderlichen Daten nicht verfügbar sind.

Erhebungs- und Verarbeitungsmethoden, in die der Betroffene nicht eingewilligt hat, bedürfen einer gesetzlichen Grundlage. Hierbei kommt es einerseits auf die epidemiologische Zielsetzung an, andererseits ist auf die unerwünschten Wirkungen solcher Methoden zu achten. Wegen des informationellen Selbstbestimmungsrechts des Betroffenen ist eine Abwägung vorzunehmen.

4.9 Bislang nicht angewandte Methoden der Epidemiologie

Ein Eingriff in das informationelle Selbstbestimmungsrecht durch die Verwendung personenbezogener Daten ist nur dann rechtmäßig, wenn der Betroffene in die Datenverwendung einwilligt oder ein Gesetz den Eingriff gestattet.

Methoden, die solche Daten verwenden, bedürfen einer gesetzlichen Grundlage. Bei der Einführung dieser Grundlage ist im Rahmen der Verhältnismäßigkeitsprüfung auch zwischen den erwünschten und unerwünschten Wirkungen abzuwägen.

4.9.1 Repräsentative Stichproben

Eine repräsentative Stichprobe umfaßt einen Teil der Bevölkerung, der hinsichtlich definierter (demographischer und sozialer) Charakteristika dieselbe Struktur aufweist wie die Gesamtbevölkerung. Der Vorteil repräsentativer Stichproben besteht darin, daß die aus diesen Stichproben gewonnenen Daten auf die Gesamtbevölkerung hochgerechnet werden können.

Aussagen über die Häufigkeit der HIV-Infektionen in der Bevölkerung (Prävalenz) und die Zunahme der Infektionen pro Zeiteinheit (Inzidenz) könnten bei der zur Zeit geringen Durchseuchung der Allgemeinbevölkerung nur auf der Basis sehr großer Stichproben erhoben werden. Bei einer solchen repräsentativen Stichprobe auf gesetzlicher Grundlage liegt das Problem in der geringen Bereitschaft, sich in Verbindung mit Datenerhebungen testen zu lassen.

Die Rechtmäßigkeit einer Pflicht zur Teilnahme an einer repräsentativen Stichprobe kann nicht pauschal, sondern nur unter Abwägung der konkreten Zielsetzung und des Individualinteresses der Betroffenen beurteilt werden.

Die Kommission hält repräsentative Stichproben für die HIV-Epidemiologie in der Bundesrepublik Deutschland weder für durchführbar noch für geboten. Ein Teil der Kommission hält sie zum gegenwärtigen Zeitpunkt für nicht zweckmäßig.

4.9.2 Mikrozensus

Der Mikrozensus, ein Sonderfall der repräsentativen Stichprobe, ist eine Methode, bei der eine Personengruppe, die ca. 1% der Bevölkerung umfaßt und nach dem Zufallsprinzip ermittelt ist, einer Befragung (vergleichbar der Volkszählung) unterworfen wird.

Eine solche Methode wird in der Bundesrepublik Deutschland für bevölkerungs- und erwerbsstatistische Zwecke aufgrund des Gesetzes über die Durchführung einer Repräsentativstatistik der Bevölkerung und des Erwerbslebens vom 21. Februar 1983 (BGBl. I S. 201) angewandt.

Eine HIV-Antikörpertesting im Rahmen eines Mikrozensus stellt theoretisch ein geeignetes Mittel der Epidemiologie dar, wird aber unter Abwägung der in

Betracht kommenden Zielsetzung und der Interessen des einzelnen für nicht geboten erachtet.

4.9.3 Contact-tracing

Das Contact-tracing ist eine Methode zur Ermittlung von Infektionsketten. Es geht dabei um Nachforschungen über Sexualpartner von HIV-positiven Patienten. In der Praxis erfolgt die Durchführung in der Weise, daß der Arzt den Patienten nach früheren und derzeitigen Sexualpartnern befragt und ihn bittet, diese Partner zu informieren, damit sie sich dann ihrerseits einem Arzt ihrer Wahl anvertrauen.

Contact-tracing zu epidemiologischen Zwecken, das heißt zur Wissensvermehrung über Übertragungswege, bedarf entweder einer gesetzlichen Grundlage oder der Einwilligung der Betroffenen. *)

Die Schaffung einer gesetzlichen Grundlage zur Einschränkung des Grundrechts auf informationelle Selbstbestimmung ist unter Abwägung der Vor- und Nachteile für contact-tracing zu epidemiologischen Zwecken nicht gerechtfertigt.

Zur Bedeutung des contact-tracing für die Verhütung von Neuinfektionen vergleiche Kapitel *Primärprävention*.

4.9.4 Unlinked-testing

Unlinked-testing ist eine Methode der Epidemiologie, bei der der Rest von Blutproben, die zu verschiedensten Zwecken entnommen wurden, nach einer Anonymisierung auf HIV getestet wird. Bei richtiger Planung und Organisation ist diese Methode geeignet, Informationen über zeitliche Trends in der Ausbreitung der Infektion zu gewinnen.

Die Kommission befürwortet die Methode des unlinked-testing. Bislang ist freilich noch nicht geklärt, ob auch das Testen einer zuvor irreversibel anonymisierten Blutprobe gegen das informationelle Selbstbestimmungsrecht verstößt und ob die Einwilligung des Patienten rechtlich wirksam ist, wenn der Arzt schon bei der Blutabnahme weiß, daß das Blut womöglich

getestet wird. Weiterhin führt der Konflikt zwischen irreversibler Anonymisierung der Blutproben und dem Gebot, den Patienten im Falle eines positiven Tests zu informieren, zu rechtlichen Unsicherheiten und ethischen Problemen. Um sie zu beheben, erscheint eine gesetzliche Regelung erforderlich. *)

4.9.5 Zentrales Register bei der Ärzteschaft

Ein zentrales Register der HIV-Infizierten und AIDS-Erkrankten bei der Ärzteschaft bietet gegenüber der bestehenden Laborberichtspflicht und der Meldung der AIDS-Fälle an das BGA keinen Vorteil.

4.9.6 Obligatorischer Test bei Eheschließung

Eine Testung von Paaren vor der Eheschließung geht an der Situation der sexuell aktiven Bevölkerung vorbei. Ein solches Testangebot kann zwar im Rahmen der Prävention für Paare mit Kinderwunsch sinnvoll sein, ist jedoch nicht zur Datenerfassung im Rahmen der Epidemiologie geeignet.

4.9.7 Testung von einreisenden Ausländern

Die Testung aller einreisenden Ausländer bringt derzeit keine zusätzlichen Erkenntnisse für die Epidemiologie. Die Einführung einer entsprechenden Rechtsgrundlage wird nicht empfohlen.

4.9.8 Namentliche Meldepflicht

Eine namentliche Meldepflicht könnte zum einen alle AIDS-Erkrankten und HIV-Infizierten mit vollem Namen und zum anderen Angehörige risikotragender Gruppen erfassen.

Eine namentliche Meldepflicht, über die anonyme Laborberichtspflicht und anonyme Meldung der AIDS-Vollbildfälle hinaus, ist im Hinblick auf epidemiologische Zielsetzungen nicht geboten. **)

* Minderheitenvotum siehe Abschnitt D, Seite 115

** Minderheitenvotum siehe Abschnitt D, Seite 116

*) Minderheitenvotum siehe Abschnitt D, Seite 115

III. Empfehlungen*)

Die Kommission empfiehlt dem Deutschen Bundestag, die Bundesregierung zu ersuchen,

4.10.1

die bislang angewandten epidemiologischen Methoden beizubehalten und auszubauen;

4.10.2

die Erweiterung der bestehenden freiwilligen anonymen Meldung der AIDS-Vollbildfälle zu einer Berichtspflicht analog der Laborberichtspflicht zu prüfen;

4.10.3

im Rahmen der anonymen Laborberichtspflicht in einem Pilotprojekt ausgewählte Großlabors zu beauftragen, auch die Bezugswerte zu den positiven Testbefunden, das heißt, die Gesamtzahl der durchgeführten ELISA-Tests zu melden;

4.10.4

zur Erweiterung der epidemiologischen Erkenntnisse das Mittel der Kohortenstudie vermehrt einzusetzen;

4.10.5

Versuche zu unternehmen, die verschiedenen angewandten epidemiologischen Methoden zu einer Gesamtaussage zu kombinieren;

4.10.6

für die noch nicht angewandte Methode des sogenannten unlinked-testing eine gesetzliche Grundlage zu schaffen;

4.10.7

in den Darstellungen zum Vorkommen und zur Verbreitung von AIDS zu den bewährten Kennziffern der Epidemiologie (zeitraum- beziehungsweise zeitpunktbezogene Inzidenz und Prävalenz zum Beispiel je Jahr, Halbjahr oder Stichtag) zurückzukehren und auf kumulative Darstellungen so weit wie sinnvoll zu verzichten;

4.10.8

die Verbreitung und die epidemiologische Bedeutung des HIV-2 und HTLV I für Europa zu untersuchen.

* Minderheitenvotum siehe Abschnitt D, Seite 115

5. Kapitel: Primärprävention (Verhütung der HIV-Infektion)*)

Inhalt	Seite
I. Bestandsaufnahme	76
5.1 Ausgangslage/Zielsetzung	76
5.2 AIDS-Prävention in der Bundesrepublik Deutschland	78
5.2.1 Die Information der Bevölkerung	78
5.2.2 Zielgruppen der Verhaltensbeeinflussung	79
5.2.2.1 Im Bereich sexueller Übertragungswege	79
5.2.2.1.1 Männer mit homosexuellem Geschlechtsverkehr	80
5.2.2.1.2 Heterosexuell aktive Bevölkerung	80
5.2.2.1.3 Männliche und weibliche Prostituierte und ihre Freier	80
5.2.2.1.4 Jugendliche und Heranwachsende	81
5.2.2.1.5 Frauen und Schwangere	81
5.2.2.2 I.v.-Drogenbenutzer	82
5.2.2.3 HIV-Infizierte nach dem HIV-Antikörpertest	82
5.2.2.4 Prävention in Sozialgemeinschaften	82
5.2.2.5 Prävention in medizinischen Bereichen	82
5.2.3 Präventionsträger	83
5.2.3.1 Aktivitäten des Bundes in Zusammenarbeit mit den Ländern ..	83
5.2.3.2 Angebote der Gesundheitsverwaltung	84
5.2.4 Der HIV-Antikörpertest	84
5.2.4.1 Der Test auf HIV-Antikörper als Mittel der Prävention	84
5.2.4.2 Rechtslage beim HIV-Antikörpertest	86
5.2.5 Untersuchungen bei Blut- und Organspenden/Blutprodukten ..	88
5.2.6 Hygienevorschriften	88
5.3 AIDS-Prävention in bestimmten europäischen Ländern	88
5.3.1 Niederlande	88
5.3.2 Schweden	89
5.3.3 Schweiz	90
II. Auswertungen	91
5.4 Handlungsbedarf	91
5.4.1 Ausgangslage	91
5.4.1.1 Eigen- und Fremdverantwortung	91
5.4.1.2 Orientierungsmaßnahmen für Präventionsstrategien	91
5.4.2 AIDS-Prävention in der Bundesrepublik Deutschland	92
5.4.2.1 Die Information der Bevölkerung	92
5.4.2.2 Zielgruppen der Verhaltensbeeinflussung	92
5.4.2.2.1 Im Bereich sexueller Übertragungswege	92
5.4.2.2.1.1 Männer mit homosexuellem Geschlechtsverkehr	93
5.4.2.2.1.2 Heterosexuell aktive Bevölkerung	93

*) – Minderheiten-/Sondervotum der Fraktion DIE GRÜNEN siehe Seite 118 ff.
 – Minderheiten-/Sondervotum der Kommissionsmitglieder Gallwas, Abg. Geis (CDU/CSU), Spann, Zöllner siehe Seite 124 ff.
 – Kommissionsmitglied Stille war aus Krankheitsgründen an der Schlußabstimmung verhindert

	Seite
5.4.2.2.1.3 Männliche und weibliche Prostituierte und ihre Freier	93
5.4.2.2.1.4 Jugendliche und Heranwachsende	94
5.4.2.2.1.5 Frauen und Schwangere	94
5.4.2.2.2 HIV-Infizierte nach dem HIV-Antikörpertest	94
5.4.2.2.3 Prävention in medizinischen Bereichen	95
5.4.2.3 Präventionsträger	95
5.4.2.3.1 Aktivitäten des Bundes in Zusammenarbeit mit den Ländern . .	95
5.4.2.4 Der HIV-Antikörpertest	95
5.4.2.4.1 Der Test auf HIV-Antikörper als Mittel der Prävention	95
5.4.2.4.2 Rechtslage beim HIV-Antikörpertest	96
5.4.3 AIDS-Prävention in bestimmten europäischen Ländern	96
5.4.3.1 Niederlande	96
5.4.3.2 Schweden	96
5.4.3.3 Schweiz	96
5.5 Forschungsbedarf	96
III. Empfehlungen	97
5.6 Handlungsbedarf	97
5.7 Forschungsbedarf	99

I. Bestandsaufnahme

5.1 Ausgangslage/Zielsetzung

Bei zum Teil sehr unterschiedlichen Einzelregelungen in den Ländern außerhalb der Bundesrepublik Deutschland ist die AIDS-Bekämpfung im Inland hauptsächlich von zwei konkurrierenden Auffassungen geprägt.

1. – Bekämpfung der weiteren Ausbreitung von AIDS vorrangig auf der Grundlage von Aufklärung, Beratung, sozialmedizinischen Hilfen und freiwilligem Selbstschutz
 - nur in Ausnahmefällen zu definierender Verantwortungslosigkeit (zum Beispiel Böswilligkeit, Vorsatz) gegen die Betroffenen mit hoheitlichen Mitteln einzuschreiten.
2. – Bekämpfung der weiteren Ausbreitung von AIDS vorrangig auf der Grundlage von Aufklärung, Beratung, sozialmedizinischen Hilfen und freiwilligem Selbstschutz
 - daneben ein spezieller Maßnahmenkatalog, der davon ausgeht, daß bestimmte Gruppen der Bevölkerung ein höheres Infektionsrisiko darstellen und deshalb ansteckungsverdächtig im Sinne des Bundesseuchengesetzes sind und der durch Untersuchungspflichten, amtliche Überwachung und seuchenpolizeiliches Einschreiten Uneinsichtige an der Weiterverbreitung der Krankheit hindern will.

In allen westlichen Ländern herrscht eine große Übereinstimmung darüber, daß der wirksamste Schutz gegen eine weitere Ausbreitung dieser Infektionskrank-

heit darin besteht, möglichst alle Menschen über die Tücken der Krankheit und die Übertragungswege aufzuklären und sie kontinuierlich darin zu unterstützen, sich auf Dauer gegen eine Übertragung zu schützen. Die Priorität dieser Strategie wird in den westlichen Demokratien nicht bestritten. Aus diesem Grunde hat sich die Kommission zunächst mit dem Teil der Prävention beschäftigt, der sich mit Aufklärung und Beratung befaßt.

Mit den meisten epidemiologisch wichtigen Gesundheitsproblemen, zumindest in industrialisierten Ländern, teilt die Infektionskrankheit AIDS das Merkmal, daß sie nach heute verfügbarem Wissen nur durch Verhütung der HIV-Infektion, das heißt Primärprävention, eingedämmt werden kann.

In dem hier beschriebenen Teil der Prävention sind zwei Bereiche zu unterscheiden. Es muß auf der einen Seite verhindert werden, daß es zu Neuinfektionen durch kontaminierte Blut- und Organspenden/Blutprodukte (s.5.2.5) kommt. Auf der anderen Seite muß versucht werden, durch gesamtgesellschaftliche Aufklärung neue HIV-Infektionen zu verhindern. Ziel dieser Aufklärung ist, daß man sich und andere nicht ansteckt. Dabei gibt es eine Reihe erleichternder und erschwerender Faktoren, über die man sich im klaren sein muß, wenn es gilt, Präventionsmaßnahmen und -kampagnen in Gang zu setzen.

AIDS weist als Krankheit einige Charakteristika auf, die bei jedem Menschen, der sich damit konfrontiert sieht, Angst/Furcht auslösen. Im Gegensatz zu fast allen anderen uns heute bedrohenden Krankheiten ist AIDS eine übertragbare und medizinisch sehr tücki-

sche Krankheit mit unterschiedlicher und extrem langer Latenzzeit und der Ungewißheit im Einzelfall, ob, wann und in welcher Form die Krankheit ausbricht. Die Krankheit führt nach heutiger Erkenntnis zu einem hohen Prozentsatz zum Tod, da derzeit nur in Ansätzen eine Therapie zur Verfügung steht; außerdem gibt es keinen Impfschutz.

AIDS löst aber nicht nur Angst in der Gesellschaft aus, sondern es mobilisiert auch Vorurteile. AIDS ist eine Krankheit in brisanter sozialpsychologischer Einbettung, da als Betroffenengruppen zunächst homosexuelle Männer und i.v.-Drogenbenutzer sichtbar geworden sind, die aus unterschiedlichen Gründen und in unterschiedlichem Ausmaß Randstellungen in unserer Gesellschaft einnehmen. Hinzu kommt, daß die konkreten Übertragungssituationen mit Ausnahme der Bluter fast alle in Tabu-Bereichen liegen und zwar entweder im Bereich der nichtmonogamen, und da vor allem der gleichgeschlechtlichen Sexualität, oder aber im Illegalitätsbereich der intravenösen Drogenbenutzung.

AIDS-Prävention stößt damit auf ein Assoziationsfeld, das niemanden gleichgültig lassen kann: Es geht um Sex, männliche Homosexualität, käuflichen Sex, um Perversionen, Orgien, Sucht, Kriminalität, um Phantasien von unerkannten Feinden, und es geht um den Tod. AIDS eignet sich vorzüglich als Projektionschirm für die individuellen und gesellschaftlich ungelösten Probleme des Umgangs mit eigenen Ängsten, Lüsten sowie Selbst- und Fremdbestrafungswünschen.

Diesen sämtlich höchst beunruhigenden Faktoren steht nur eine, allerdings entscheidende Dimension der Krankheit gegenüber, die den entscheidenden Ansatzpunkt für eine wirksame Prävention und Bekämpfung bietet:

AIDS ist eine relativ schwer übertragbare Krankheit, vor der man sich durch eigenverantwortliches Handeln schützen kann. Bei allen ungeklärten Forschungsfragen wird heute angenommen, daß Neuinfektionen mit HIV seltene Ereignisse wären, wenn alle Menschen beim Geschlechtsverkehr *) außerhalb strikter beiderseitiger Treue das Kondom und bei i.v.-Drogengebrauch sterile Einmalspritzen benutzen würden.

AIDS-Prävention muß sich deshalb heute auf Verhaltensbeeinflussung in potentiell riskanten Situationen konzentrieren. Diese Situationen sind staatlicherseits in den meisten Fällen schwer zu kontrollieren. In der Regel ist eine solche Kontrolle auch nicht wünschenswert. Es geht um die Entwicklung von Modellen der Aufklärung und Verhaltensbeeinflussung, die langanhaltend wirksam sein müssen, um so viele Menschen wie möglich, die im Umkreis eines Risikos leben, zu erreichen.

Verhaltensbeeinflussung ist aber mehr als Information. Die WHO hat in Zusammenfassung einer über Jahrzehnte geführten Diskussion in den Verhaltens- und Gesundheitswissenschaften den Begriff der „Lebensweise“ in den Mittelpunkt ihrer gesundheitspoli-

tischen Konzepte gestellt: Es geht dabei darum, gesundheitlich notwendige Verhaltensänderungen so zu konzipieren und „zuzuschneiden“, daß sie unter Berücksichtigung der sozialen und psychosozialen Lebenslage der gemeinten Gruppen in die jeweiligen „Lebensweisen“ einfügbar sind, von den Menschen akzeptiert werden können und ihnen zugleich die Perspektive vermitteln, mit ihrem Verhalten tatsächlich etwas für ihre und die Gesundheit ihrer Mitmenschen zu tun.

Die Entwicklung der Präventionsstrategien muß den Umstand nutzen, daß das Virus relativ schwer zu übertragen ist und die Übertragung weitgehend in klar zu definierenden Situationen erfolgt. Die Assoziation der Übertragung mit Sexualität bzw. Sucht erschwert allerdings jede Prävention. Deshalb wird eine strategische Chance darin gesehen, daß in bestehenden Lebensweisen Verhaltensänderungen wie z. B. Benutzung von Kondomen bzw. sterilen Spritzbestecken erreicht werden. Aus diesem Grund darf sich AIDS-Prävention nicht auf Informationsvermittlung beschränken.

Das bedeutet, daß AIDS-Prävention eines gesellschaftlichen Klimas bedarf, in dem vor allem aber keineswegs nur in den traditionell randständigen Gruppen der homosexuellen Männer, der Prostituierten und i.v.-Drogenbenutzer ein öffentlich vermitteltes Lernen in Tabu-, Scham- und Illegalitätsbereichen stattfinden kann.

Eine solche Lernatmosphäre verlangt ein hohes Maß an gesellschaftlicher Integration. Sie ist mit sozialer Verelendung, Ausgrenzung, Diskriminierung und Verfolgung dieser Gruppen unverträglich. Nur wenn diese Voraussetzungen erfüllt sind, können im Rahmen einer Gesamtstrategie Maßnahmen gegen Menschen, die in unverantwortlicher Weise das Virus weiterverbreiten, ihre Wirkung haben.

Weiterhin ist erforderlich, daß ein allgemeines Wissen, und zwar in der gesamten Bevölkerung, über die tatsächlichen Risiken vorliegt. Die Vermittlung des Wissens darüber, wo tatsächlich Risiken vorliegen und wo nicht, ist eine eigenständige Aufgabe der Gesundheitspolitik im Kampf gegen AIDS.

In der konkreten Verfolgung des Präventionskonzeptes, wie es auch von der Weltgesundheitsorganisation erarbeitet wurde, sollen Strategien der Verhaltensbeeinflussung die risikotragenden Gruppen („groups at risk“) an der jeweiligen Risikosituation „aufsuchen“.

Daraus werden für die Umsetzung folgende Schlußfolgerungen gezogen:

- Sozial so nah wie möglich: Ansprechpartner, Ansprechsituation, Medien, Sprache müssen sozial vertraut sein und als vertrauenswürdig gelten, das heißt besonders Integration der Hauptbetroffenengruppen durch vertrauensbildende und -stabilisierende Maßnahmen und Gesten sowie die Möglichkeit einer absolut repressionsfreien und anonymen Beratung.
- Zeitlich so nah wie möglich: Es geht um die Organisation von immer wiederkehrenden und immer erneut Aufmerksamkeit erregenden Lernimpulsen

*) im Sinne dieses Berichts „penetrierender Geschlechtsverkehr“

sowie darum, diese Lernimpulse möglichst im zeitlichen Umkreis potentieller Risikosituationen anzusiedeln, das heißt zum Beispiel nicht nur in der Schule, sondern auch in der Diskothek oder in der Sauna.

- Sachlich so nah wie möglich: Es muß konkret gesagt werden, wie man sich schützen kann, nämlich durch Kondombenutzung und sterile Spritzbestecke, die in allen Orten, an denen es zu Risikosituationen kommt, verfügbar sein sollten.

Wegen der hohen Priorität der Zielgruppenorientierung gliedert sich der Präventionsteil des Berichts deshalb nach den wichtigsten Übertragungssituationen des Virus sowie nach den sozialen/geschlechtlichen Gruppen, die sich entsprechenden Risiken aussetzen.

5.2 AIDS-Prävention in der Bundesrepublik Deutschland

Informierte Solidarität ist die Grundvoraussetzung, um mit einem langfristig angelegten Strategieprogramm die Ausbreitung dieser Krankheit zu verhindern. Dieses Ziel ist nur zu erreichen durch immer wiederkehrende Informationen, die jeden einzelnen Bürger ansprechen. Präventionsbotschaften, die dem Bürger sagen, wie er sich schützen kann, welche Übertragungswege möglich sind, die ihn davon überzeugen, daß Solidarität für Gefährdete, Infizierte und Erkrankte nicht zu trennen ist von einer erfolgreichen Präventionspolitik.

5.2.1 Die Information der Bevölkerung

Da das Ziel der Prävention in erster Linie Verhaltensänderung in Intim- und zum Teil Tabu-Bereichen durch Aufklärung ist und diese Notwendigkeit der Verhaltensänderung die gesamte sexuell aktive Bevölkerung, soweit sie nicht streng monogam lebt, betrifft, muß AIDS-Prävention als öffentliche Gesundheitsaufgabe, wenn sie wirksam sein soll, die Schranken des Üblichen durchbrechen.

Die Aufklärung erfolgt über die Massenmedien, wie Presse, Rundfunk, Fernsehen und Kino mit dem Ziel, die Information an die breite Bevölkerung zu übermitteln und die sachliche Diskussion über AIDS anzuregen.

Diese massenmediale Aufklärung muß die Hauptrisiken und die wichtigsten Schutzmöglichkeiten benennen.

Abgestimmt auf diese Streubotschaften muß eine spezifische Ansprache der zahlreichen Zielgruppen erfolgen, das heißt, es müssen persönliche Gespräche und Beratungen in den entsprechenden Institutionen des Bildungs- und Gesundheitswesens angeboten werden, um die gegebenen Informationen aufzugreifen, zu vertiefen und auf die eigene Situation zu beziehen. Zusätzlich ist es wichtig, in Verbindung mit den Beratungsstellen Informationsmaterialien wie Faltblätter, Broschüren usw. zur weiteren Aufarbeitung des Themas anzubieten.

Eine fundamentale Voraussetzung für den Erfolg öffentlich organisierten Lernens auf breiter Basis ist ein angstfreies und auf Vertrauen basierendes Klima. Leicht handhabbare Impulse der Verhaltensbeeinflussung wie Schock, Angst oder Drohbotschaften usw. können zwar kurzfristig zum Erfolg führen, ihre Wirkung auf das langfristige Verhalten ist aber nach allen Erfahrungen sogar kontraproduktiv, da sie in Verleugnung, Verdrängung und Ausbrechen „umschlagen“ können.

Kommunikation und als deren Basis sachgerechte und differenzierte Information sind die Schlüsselbegriffe für erfolgreiche Präventionskampagnen. Information aber allein genügt nicht, sie stellt eine „Einbahnstraße“ dar, denn Information umfaßt zunächst nicht die Antwort bzw. die Auseinandersetzung mit dem Informationssender. Um in diesem Bereich Einsicht und Verhaltensänderungen zu bewirken, muß es zu einer Auseinandersetzung mit der Information kommen.

Da es unmöglich ist, von zentralen Stellen mit Millionen Bürgern das direkte Gespräch zu führen, muß die Gesamtkampagne viele Elemente, wie das AIDS-Telefon, die Beratung in den Gesundheitsämtern, die AIDS-Hilfen, Aktivitäten verschiedenster Träger vor Ort enthalten, die das persönliche Gespräch ermöglichen.

Diese Kampagnenelemente und Anspracheformen stellen die räumliche, zeitliche, situative und soziale Nähe zum Adressaten sicher, so daß es zwingend erscheint, daß die Gesamtkampagne diese regionalen und lokalen Aktivitäten anzuregen und zu unterstützen hat. Dies bedeutet personelle und finanzielle Unterstützung, aber auch einen wissenschaftlich gestützten Erfahrungsaustausch (regelmäßige Supervision).

Zusammenfassend sind hier noch einmal die in der Bundesrepublik Deutschland allgemeingültigen Ziele und Hauptbotschaften einer wirksamen AIDS-Aufklärungskampagne genannt:

1. Eindämmung der weiteren Ausbreitung der Infektion
2. Schutz und Solidarität für Gefährdete, Infizierte und Erkrankte.

Diese Ziele können in erster Linie zur Zeit erreicht werden durch

- einen hohen Informationsstand bei den Hauptbetroffenen und der breiten Bevölkerung und damit auch die Minimierung von Unsicherheiten, Falschinformationen und Widersprüchen (besonderes Gewicht ist in diesem Zusammenhang auf die Jugendlichen unter anderem in den Schulen zu legen)
- die Entwicklung und Stabilisierung verantwortungsbewußter Verhaltensweisen, die den Schutz vor eigener und fremder Ansteckung sichern
- den Abbau von Tabus, Ängsten, Verdrängung, Hysterie sowie Verzicht auf Bagatellisierung
- die Schaffung eines Klimafeldes, in dem

- * jeder sich von AIDS angesprochen fühlt, weil es ihn angeht
- * hoheitliche Maßnahmen auf zu definierende Ausnahmen beschränkt sind
- * unterstützendes Sozialverhalten gestärkt wird
- * Ausgrenzung und Stigmatisierung als negativ gelten
- * breitgefächerte vertrauensvolle Kooperation erleichtert wird
- * Selbsthilfepotentiale sich wirksam entfalten können.

Folgt man dieser Grundüberlegung, Prävention durch Aufklärung anzustreben, haben sich andere gesetzgeberische und politische Maßnahmen in den verschiedensten Bereichen daran zu orientieren.

Die Hauptbotschaften haben sich an den oben genannten Zielen Information, Schutz und informierte Solidarität auszurichten und sollen folgende Fragen beantworten:

- Wie und wo kann man sich informieren und beraten lassen?
- Was ist AIDS für eine Krankheit? Wie gefährlich ist sie? Wie kann man sich anstecken? Wer ist gefährdet?
- Was sind „HIV-Antikörpertests“ und was sagen sie aus? Wer sollte sich testen lassen?
- Wie kann man sich schützen und Gefährdungen vermeiden?
- Welches Verhalten ist ungefährlich?
- Wie begegnet man Infizierten und Kranken?
- Wie sollten sich Infizierte verhalten? Was können sie tun?

Die unterschiedlichen Zielpopulationen verlangen deshalb sehr viele, sich auch didaktisch und methodisch unterscheidende Beratungsinstitutionen.

5.2.2 Zielgruppen der Verhaltensbeeinflussung

Die Zielgruppen umfassen neben den i.v.-Drogenbenutzern, auf die gesondert im 6. Kapitel eingegangen wird, die gesamte hetero- bzw. homosexuell aktive, nicht monogam lebende Bevölkerung sowie Berufsgruppen, die aufgrund ihrer Tätigkeit mit infiziertem Blut in Berührung kommen können.

Obwohl die Präventionsbotschaft für alle Gruppen lautet „Du mußt dich und andere schützen“, müssen sich die Strategien der Verhaltensbeeinflussung an der Struktur der verschiedenen Gruppen orientieren.

Es genügt also nicht, große „Blöcke“ wie homosexuelle Männer, heterosexuelle Jugendliche usw. zu definieren und für diese Großgruppen Strategien zu entwerfen. In einer zu Ende gedachten Präventionskampagne ergibt sich vielmehr eine Fülle von Untergruppen, nicht nur nach geschlechtlicher Ausrichtung,

sondern auch nach Szenen, Altersstufen, sozialer Schicht, Erreichbarkeit usw.

5.2.2.1 Im Bereich sexueller Übertragungswege

Im Bereich der sexuellen Übertragung richtet sich die AIDS-Prävention als Verhaltensbeeinflussung zunächst an fünf unterscheidbare Hauptgruppen:

- Männer mit homosexuellem Geschlechtsverkehr (homosexuelle und bisexuelle Männer)
- heterosexuell aktive Bevölkerung
- männliche und weibliche Prostituierte und ihre Freier
- infizierte Personen
- i.v.-Drogenbenutzer (vgl. 6. Kapitel).

Jede der genannten großen Zielgruppen läßt sich in Abhängigkeit von ihrer Lebensweise und durch ihre jeweilige Nähe zum Risiko differenzieren. Es gibt monogame und nichtmonogame Homo- wie Heterosexuelle, es gibt professionelle, gesundheitsbewußte Prostituierte, es gibt die Beschaffungs- und die Gelegenheitsprostitution.

Die Mehrzahl der Männer und Frauen haben im Alter von 20 Jahren bereits mehrere sexuelle Erfahrungen. Eine Vielzahl der in festen Partnerschaften lebenden Männer und Frauen verlassen zumindest gelegentlich die Monogamie.

Das besondere Gefahrenpotential des Partnerwechsels, zumal des häufigen Partnerwechsels, bedarf deshalb besonderer Beachtung.

Hinsichtlich der sexuellen Transmission des HIV können die Botschaften zunächst einheitlich sein und eignen sich deshalb für bevölkerungsweit gestreute „Gießkannenbotschaften“.

Sie müssen deshalb lauten:

Wer mit seinem Partner ohne Ausnahme in gegenseitiger geschlechtlicher Treue lebt und nicht infiziert ist, braucht keine Schutzmaßnahmen. Beim Geschlechtsverkehr außerhalb der so definierten Monogamie müssen Kondome benutzt werden.

Globale Aussagen wie „AIDS geht alle an“ oder „Gib AIDS keine Chance“ reichen nicht aus, sondern es ist wichtig, daß konkret gesagt wird, wie das Virus übertragen wird, wie eine Ansteckung vermieden werden kann.

Die Prävention steht hier vor der schwierigen Aufgabe, bei gegebenem Stand des Wissens, bei dem auch bei einmaligem Vaginalverkehr eine Übertragung nicht ausgeschlossen werden kann, jedem beim Geschlechtsverkehr außerhalb strikter Monogamie die Kondombenutzung zu empfehlen, obwohl das Risiko bei z. B. einer Zufallsbekanntschaft im Diskothekenbereich statistisch gesehen *noch* sehr gering ist.

5.2.2.1.1 Männer mit homosexuellem Geschlechtsverkehr (homosexuelle und bisexuelle Männer)

Da offensichtlich bei dieser Hauptbetroffenengruppe gute Präventionserfolge erzielt werden können, sind Männer mit homosexuellem Geschlechtsverkehr nach wie vor eine wichtige Zielgruppe.

Um Präventionserfolge zu erreichen, ist es auch bei dieser Gruppe notwendig, stark zu differenzieren. Es gibt zahlreiche homosexuelle und bisexuelle Männer, die verheiratet sind. Gerade diese Gruppe fühlt sich von der Aufklärung, die auf rein Homosexuelle abzielt, nicht betroffen, da sie sich nicht als solche fühlt.

Präventionserfolge hängen bei dieser Hauptbetroffenengruppe jedoch vor allem davon ab, ob ihre sexuellen Lebensgewohnheiten toleriert werden. Jegliche Diskriminierung dieser Gruppe wirkt sich antipräventiv aus. Die hauptsächlich von AIDS-Gruppen, vor allem von AIDS-Hilfen und Homosexuellen-Selbsthilfegruppen getragene AIDS-Prävention hat bisher aufgrund ihres auf Vertrauen gestützten Zugangs durch aufsuchende Beratungstätigkeit Erfolge gezeigt.

Die Präventionsbotschaft, grundsätzlich Kondome zu benutzen, hatte vor allem deshalb Erfolg, weil die Homosexuellen-Subkulturen als informelle Kommunikationsstrukturen genutzt wurden. Die in diesem Milieu bestehende Kommunikationsstruktur wie Bars, Saunen, Kontaktanzeigen, Prostitution, Sex-Tourismus ermöglichte eine aufsuchende Beratung (street work) mit dem Ergebnis guter Präventionserfolge. Außerdem wird die Prävention dadurch erleichtert, daß die soziale Nähe zur Infektion bzw. zur Krankheit vorhanden ist, das heißt, daß die meisten Homosexuellen schon einen oder mehrere Betroffene persönlich kennen.

Für die weitere AIDS-Aufklärung wird es wichtig sein, daß in der Bundesrepublik Deutschland diese Strukturen nicht durch unbedachte Maßnahmen wie grundlose Kontrollen, Razzien, Auflagen zerstört oder Betroffene in den Untergrund gedrängt werden.

5.2.2.1.2 Heterosexuell aktive Bevölkerung

Die große Gruppe der heterosexuell orientierten Bevölkerung läßt sich wie folgt skizzieren:

Jugendliche und Heranwachsende, die in einem Suchprozeß ihre Sexualität entdecken; promisk lebende Menschen in den Szenen der Diskotheken, Bars, Clubs; Sexualpartnersuchende über Kontaktanzeigen; Sex am Arbeitsplatz; Prostituierte und deren Freier; Sex-Tourismus; regelmäßig monogam lebende Menschen mit gelegentlichen Seitensprünge; Bisexuelle.

Für die breite heterosexuelle Bevölkerung kann es kein Patentrezept für die Prävention geben. Zwar können für die genannten und weitere Zielgruppen spezielle Präventionskampagnen entworfen und durchgeführt werden. Auf der anderen Seite kann aber für die gelegentlichen „Seitenspringer“ keine „Entwarnung“ gegeben werden, weil es keine hand-

habbaren Kriterien gibt, das Risiko weiter einzugrenzen.

Es ist deshalb erforderlich, für jeden Geschlechtsverkehr außerhalb strikter Monogamie die Kondombenutzung zu empfehlen.

Auch in Hinsicht auf die heterosexuelle Bevölkerung ist es, um eine Verhaltensänderung zu erzielen, wichtig, daß die Botschaften nicht moralisierend sind und daß die unterschiedlichen sexuellen Lebensformen toleriert werden. Auf das besondere Problem, daß sich hierbei für Jugendliche stellt, wird unter 5.2.2.1.4 eingegangen. Die Propagierung der Treue oder Enthaltensamkeit als Infektionsschutz wird nur von einem Teil der Bevölkerung akzeptiert. Treue ist dann der beste Schutz, wenn beide Partner ausnahmslos treu sind. Bei anderen Lebensformen, die auch gelegentliche Seitensprünge miteinschließen, ist die Benutzung von Kondomen ein zuverlässiger Ansteckungsschutz, denn Untersuchungen haben gezeigt, daß Kondome bei richtigem Gebrauch und einwandfreier Qualität eine sehr hohe Sicherheit bieten.

5.2.2.1.3 Männliche und weibliche Prostituierte und ihre Freier

Registrierte Prostituierte werden zwar als Gruppe nicht zu den Hauptbetroffenen gezählt, sie sind aber insofern einem erhöhten Infektionsrisiko ausgesetzt, als – trotz multimedialer Aufklärung – viele Freier immer noch Kondome ablehnen und für ungeschützten Geschlechtsverkehr höhere Preise zahlen.

Grundsätzlich muß zwischen der berufsmäßigen Prostitution, der Beschaffungsprostitution und der Gelegenheitsprostitution unterschieden werden. Die nicht drogenabhängigen Prostituierten sind gesundheitsbewußt und würden von sich aus Kondome zur Sicherung ihrer Gesundheit und Erwerbsmöglichkeit benutzen.

Eine andere Lebensperspektive zu entwickeln und aus der Prostitution auszusteigen, ist aufgrund der gesellschaftlichen und rechtlichen Stellung der Prostituierten sowie deren Abhängigkeit gegenüber den Zuhältern ohne staatliche Hilfen nur schwer möglich.

Das Auftreten von AIDS hat die Situation der Prostituierten im allgemeinen noch verschärft. Es versteht sich von selbst, daß die männlichen und weiblichen Prostituierten einem höheren Infektionsrisiko als die allgemeine Bevölkerung ausgesetzt sind. Das führt zu der Fehleinschätzung, daß die weiblichen Prostituierten in der Bundesrepublik Deutschland undifferenziert als „hoch durchsucht“ angesehen werden. Die Folge davon ist das Ausbleiben vieler Kunden, so daß mangels Alternativen sich heute die Prostituierten häufig und vermehrt mit den Freiern, die den Gebrauch von Kondomen ablehnen, auseinandersetzen müssen. Hinzu kommt, daß durch regelmäßige Untersuchungen der Prostituierten auf HIV-Infektion bei den Freiern ein trügerisches Gefühl von Sicherheit geschaffen werden kann und sie in keiner Weise motiviert sind, selbst Schutzmaßnahmen zu ergreifen. Deshalb sollte mit einem negativen Testergebnis auf HIV-Antikörper nicht geworben werden.

Prostituierte sind häufig nicht krankenversichert und erhalten weder Arbeitslosengeld noch eine Förderung bei der Arbeitssuche. Auch passen sie nicht in das herkömmliche Sozialversicherungssystem hinein, da die Prostitution nicht als Beruf gilt. Hinzu kommt, daß ausstiegswillige Frauen nicht selten davor zurückscheuen, die Hilfe der Sozialbehörden in Anspruch zu nehmen, weil sie befürchten, daß ihre Angehörigen regreßpflichtig gemacht werden und diese somit vom bisherigen Lebenswandel der Betroffenen erfahren.

In Berlin zum Beispiel wurden hieraus bereits Konsequenzen gezogen. Auf Initiative der Berliner Prostituierten-Selbsthilfeorganisation HYDRA wurde den Bezirkssozialämtern vom Senat nahegelegt, in Zukunft von einer Benachrichtigung der Angehörigen abzusehen und den Frauen, die aus der Prostitution aussteigen wollen, unbürokratisch Unterstützung zu gewähren.

Ein besonderes Problem stellen die HIV-infizierten Prostituierten dar, die der Beschaffungsprostitution nachgehen. Die i.v.-drogenabhängigen Prostituierten werden durch ihre Sucht beherrscht, gehen deshalb auf alle Wünsche der Freier ein und sind geneigt, wenn der Entzug droht, sich im Preis herunterhandeln zu lassen. Das verstärkt auch den Wettbewerbsdruck auf die übrigen Prostituierten. Hier greift der Staat zur Zeit mit Tätigkeitsverboten nach § 34 BSeuchG ein, die bei Zuwiderhandlungen nach § 69 Abs. 1 Nr. 4 BSeuchG nur mit der Verhängung von Bußgeldern geahndet werden können. Solche Tätigkeitsverbote zeigen jedoch bei drogenabhängigen Prostituierten nur sehr selten Wirkung, da sie diese aufgrund ihrer Sucht nicht befolgen können. Als weiteres Zwangsmittel wird zur Zeit die Absonderung überlegt, deren verfassungsmäßige Zulässigkeit ebenso wie die Absonderung zum Zwecke des Drogenentzugs kontrovers diskutiert wird. Zur Zeit wird in einigen Bundesländern diskutiert, Freier bzw. Prostituierte zu verpflichten, bei Geschlechtsverkehr Kondome zu benutzen, was sich jedoch nicht kontrollieren läßt.

Bei Präventionsmaßnahmen im Bereich der Prostitution ist nicht nur zwischen Männern und Frauen zu differenzieren, sondern auch zwischen den verschiedenen Szenen, die unterschiedliche Ansprechmöglichkeiten bieten und unterschiedliche Botschaften, Botschaftsabsender und Kommunikationswege nahelegen.

5.2.2.1.4 Jugendliche und Heranwachsende

Junge Menschen zählen zwar in ihrer Gesamtheit nicht zu den Hauptbetroffenengruppen, sie sind aber eine der wichtigsten Zielgruppen der Verhaltensbeeinflussung, da im Rahmen der Partnersuche zeitlich begrenzte Beziehungen in diesem Lebensabschnitt ein Bestandteil ihrer Entwicklung sind. Obwohl Heranwachsende in ihrer jeweiligen Beziehung in der Regel monogam leben, besteht diese Monogamie in den meisten Fällen nicht auf Dauer, sondern Jugendliche wechseln von einer festen Partnerschaft in eine andere.

An diesen Erkenntnissen haben sich die Aufklärungsbotschaften zu orientieren, wenn sie erfolgreich sein

sollen. Auch hier ist das Ziel eine Verhaltensänderung, das so formuliert sein muß, daß die verkündeten Botschaften sich an der Realität orientieren und praktiziert werden können.

Schüler und Jugendliche müssen an zahlreichen Orten über die Massenmedien und persönlich angesprochen werden. Überall dort, wo sie sich aufhalten, in Schule, Kino, Diskothek, Jugendzentrum, Kirche usw. ist Information und Beratung möglich.

Die Schule hat hier eine besondere Verpflichtung. AIDS sollte dort aber nicht das neue Hauptthema im Sexualkundeunterricht sein, sondern die Infektionskrankheit einschließlich ihrer persönlichen und gesellschaftlichen Auswirkungen kann und sollte vom Biologie- über den Sexualkunde- bis zum Religionsunterricht, auch unter Hinzuziehung professioneller Berater, Gegenstand des Unterrichts sein.

Eine klare und offene, nicht moralisierende Sprache, ist jedoch wie bei allen Präventionsmaßnahmen Voraussetzung dafür, ernst genommen zu werden. Das Wissen über Infektionswege muß diese Gruppe in die Lage versetzen, Gefahren zu erkennen, um sich entsprechend verhalten zu können, das heißt, beim Geschlechtsverkehr Kondome als Schutzmaßnahme zu gebrauchen, solange sie keinen dauerhaften Partner gefunden haben.

5.2.2.1.5 Frauen und Schwangere

Eine weitere Übertragungsmöglichkeit des Virus ist die von einer infizierten Mutter auf ihr Kind vor, während oder nach der Geburt. Nach den heutigen Erkenntnissen muß man davon ausgehen, daß zwischen 30 und 65% aller HIV-positiven Schwangeren ein infiziertes Kind zur Welt bringen.

Die Zahl der infizierten oder AIDS-erkrankten Kinder wächst parallel zur Zahl der Erkrankungsfälle. Unter den HIV-infizierten Kindern gibt es heute einerseits die älteren, vornehmlich durch Blut bzw. Blutpräparate infizierten Kinder, andererseits wird die Zahl der infizierten Neugeborenen in den nächsten Jahren zunehmen, da die Frauen in der Gruppe der drogenabhängigen fast gleich stark von der Immunschwächekrankheit betroffen sind wie die Männer. Zur Zeit sind fast alle HIV-positiv Neugeborene Kinder von drogenabhängigen Müttern.

Da aber auch Frauen als Partnerinnen von bisexuellen, promisk lebenden Männern sowie promisk lebende Frauen betroffen sind, liegt hier ein entscheidendes Feld der Prävention. Die Aufklärungsbotschaft ist mit hoher Priorität an Frauen und Paare mit Kinderwunsch vor einer Schwangerschaft zu richten.

Bei Frauen, die ein Kind empfangen wollen oder erwarten, ist das Angebot auf einen HIV-Antikörpertest dann sinnvoll, wenn die Anamnese Anhaltspunkte für ein Infektionsrisiko ergibt.

5.2.2.2 I.v.-Drogenbenutzer

Im Bereich der i.v.-Drogenbenutzer, die zu den Hauptbetroffenen gezählt werden, gibt es ebenfalls unterschiedliche Szenen je nach der sozialen Herkunftsschicht, der Gruppenbildung und Kommunikationsformen.

Wegen der großen Bedeutung dieses Problems, der damit verbundenen, neu aufgekommenen Diskussion über Substitutionsprogramme und ihrer rechtlichen Problematik, wird darauf im 6. Kapitel gesondert eingegangen.

5.2.2.3 HIV-Infizierte nach dem HIV-Antikörpertest

Die Mitteilung eines HIV-positiven Testergebnisses bedeutet für die meisten Betroffenen eine große psychische Belastung und oft eine soziale Katastrophe.

Mit der Bekanntgabe des Testergebnisses entsteht für den Infizierten eine Situation, bei der dem körperlichen häufig der „soziale“ Tod lange vorausgeht. Der Infizierte wird nicht selten gemieden. Freunde und Familie ziehen sich von ihm zurück, und er verliert außerdem manchmal seinen Arbeitsplatz. Vor diesem Hintergrund wird deutlich, wie unersetzlich ein ausführliches Aufklärungs- und Konfliktgespräch ist. Die Frage, welche konkreten Maßnahmen ggf. zu treffen sind, muß grundsätzlich vor dem Test beantwortet worden sein.

Die Aufklärung muß die extreme Belastung des Betroffenen, der die Diagnose „HIV-positiv“ erfährt, berücksichtigen und etwaigen verzweifelten Reaktionen entgegenwirken. Die psychische Hilfestellung muß daher im Vordergrund stehen, was auch bedeutet, daß eine telefonische Bekanntgabe des Testergebnisses grundsätzlich abzulehnen ist. Es ist also eine ärztliche und psychosoziale Beratung sicherzustellen, die weit über den „Infektionsbezug“ hinausreicht: Testberatung, Testergebnisberatung, Lebensführungsberatung wie sexuelles Verhalten, berufliche Probleme, Ernährungsberatung, Krisenberatung, Beratung beim Umgang mit Institutionen usw., seien hier nur beispielhaft erwähnt.

Die Aufklärung muß auch beinhalten, den Infizierten in die Lage zu versetzen, seiner moralischen Verantwortung gegenüber Dritten nachzukommen, das heißt, mit ihm ist die Frage zu erörtern, wie er seinen Intimpartner über die Infektion informiert und wie er ihn durch entsprechende Maßnahmen (Safer Sex) schützen kann. Dabei muß darauf hingewirkt werden, daß die Verhaltensänderungen dauerhaft und zeitstabil sind.

Ob und inwieweit zudem eine rechtliche Verantwortung besteht, wird derzeit in der juristischen Literatur kontrovers diskutiert und bedarf der Klärung.

Besonderem sozialen Druck sind nach bisherigen Erfahrungen infizierte Kinder und deren Eltern ausgesetzt. Die Sorge vor einer Infektionsübertragung in Situationen, die von den Kindern in ihrer Bedeutung nicht eingeschätzt werden und in der Erwachsene nicht immer begleitend zur Verfügung stehen können, hat bereits in mehreren Fällen zu einer weitgehenden Isolierung und damit zur Aufgabe vertrauter Umweltbeziehungen geführt. Betroffene Eltern be-

richten, daß es für sie selbstverständlich geworden ist, die Infektion oder die Krankheit der Kinder weitgehend zu verschweigen. Zu der Belastung durch die Infektion selbst kommt dann noch eine Vereinsamung, die der Bewältigung entgegensteht.

Die Situation der HIV-Positiven und manifest Erkrankten wird abhängig sein vom allgemeinen gesellschaftlichen Klima und dem Versorgungssystem, das in bezug auf AIDS herrscht. Zu einer positiven Grundhaltung trägt u.a. ein hoher Informationsstand der Gesamtbevölkerung und eine offene und klare Sprache bei, die Sexualität positiv darstellt und Diskriminierungen entgegenwirkt. Nur wenn der Infizierte in die Lage versetzt wird, seine psychischen und sozialen Probleme zu bewältigen, kann er auch Konsequenzen aus seiner Infektion zu ziehen.

Die Problematik der Infizierten, die ihren Infektionsstatus nicht kennen, wird unter 5.2.4 (Der HIV-Antikörpertest) behandelt.

5.2.2.4 Prävention in Sozialgemeinschaften

Die Gelegenheit, Menschen über AIDS aufzuklären, muß grundsätzlich in allen Sozialgemeinschaften wahrgenommen werden.

Eine besondere Aufgabe haben hier Schulen, Berufsschulen, Universitäten, Betriebe und die Bundeswehr, aber auch die Strafanstalten.

Wegen der besonderen Bedeutung der Sozialgemeinschaften als Präventionsträger wird die Kommission nach Anhörung von Sachverständigen auf dieses Thema im Schlußbericht gesondert eingehen.

5.2.2.5 Prävention in medizinischen Bereichen

Die Infektionsgefahr in diesen Bereichen wird nach derzeitiger Kenntnis, vorbehaltlich der Beachtung der erforderlichen Schutzmaßnahmen, als sehr gering eingeschätzt. Hauptrisiko ist offenbar der Stich durch infizierte Kanülen (siehe Kapitel 3: Übertragungswege).

Dem Ersthelfer ist empfohlen worden, sich bei der Versorgung blutender Wunden zu schützen. Deshalb werden Autoverbandkästen seit kurzem mit stabilen Einmalhandschuhen ausgestattet. Der Ersthelfer soll die Atemspende als Mund-zu-Nase-Beatmung vornehmen.

Das Infektionsrisiko für Rettungssanitäter ist ebenfalls sehr niedrig, wenn sie die folgenden Schutzmaßnahmen beachten:

- Tragen von Einmalhandschuhen beim Versorgen blutender Wunden
- Schutz beim Umgang mit spitzen Gegenständen (Kanülen, Skalpellen)
- die Beatmung grundsätzlich mit Maske und Beutel vornehmen.

Die Hygienevorschriften für die Krankenanstalten sind in den vergangenen Monaten überarbeitet und unter dem Gesichtspunkt der AIDS-Prävention aktua-

liert worden. Würden die Hygieneregeln bei der Krankenpflege und die oben genannten Vorsichtsmaßnahmen der Rettungssanitäter auch vom pflegenden Personal eingehalten, so wäre die Infektionsgefahr nahezu ausgeschlossen.

5.2.3 Präventionsträger

Die Entwicklung eines Gesamtkonzepts der Prävention sowie die Formulierung und Verbreitung der Präventionsbotschaften ist eine vordringliche Aufgabe der Gesundheitspolitik.

Die AIDS-Prävention, das heißt Aufklärung und Beratung, wird in der Bundesrepublik Deutschland sowohl als staatliche Aufgabe, zum Beispiel durch die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, durch die Länder und Gesundheitsämter wie auch als private Aufgabe von den Ärzten, Psychologen und Sozialarbeitern in Krankenanstalten, den AIDS-Hilfen, ehrenamtlichen Helfern und Wohlfahrtsverbänden organisiert.

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung hat im Auftrag des Bundesministeriums für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit eine Leitfunktion übernommen und wirkt mit massenmedialer Aufklärung als zentraler Sender.

Dezentral arbeitende Institutionen haben den Vorteil, unmittelbarer und zielgruppenspezifischer arbeiten zu können sowie regionale und kommunale Besonderheiten in Inhalt und Sprache in ihre Aufklärungsarbeit einfließen zu lassen. Die hohe Akzeptanz der AIDS-Hilfen und Einrichtungen der Freien Wohlfahrtspflege, vor allem bei den Hauptbetroffenen-Gruppen, liegt zweifelsfrei darin begründet, daß sie absolute Anonymität gegenüber staatlichen Organen garantieren, als dezentraler Sender ein direkter und schnell erreichbarer Ansprechpartner für Ratsuchende sind und weitgehend frei von bürokratischen Hemmnissen arbeiten können. Ein Problem von Selbsthilfegruppen ist die mangelnde Kontinuität.

Die AIDS-Hilfen sind in den meisten Städten aus Homosexuellenorganisationen, also aus der Gruppe der Hauptbetroffenen, hervorgegangen und haben sich schnell mit gutem Erfolg organisiert. Heute gibt es in der Bundesrepublik Deutschland ca. 80 AIDS-Hilfegruppen.

Die AIDS-Hilfen finanzieren sich durch Beitragseinnahmen und Spenden sowie durch öffentliche Zuwendungen. Für das Jahr 1987 wurden zur Unterstützung der Arbeit der AIDS-Hilfen Bundesmittel in Höhe von 8.275.000 DM veranschlagt. Hieraus werden beispielsweise folgende Projekte gefördert:

- Ausbau der regionalen Gruppen und Weiterqualifizierung ihrer Mitarbeiter
- Aufklärungsarbeit im Bereich der homo- und biseksuellen Betroffenengruppe
- Aufklärungsarbeit im Bereich der Hauptbetroffenengruppe der intravenös Drogenabhängigen
- Aufklärungsarbeit im Justizvollzugsbereich
- Aufklärungsarbeit im Bereich Prostitution

– Standardmedien.

Grundsätzlich ist festzustellen, daß die Vielfalt der Träger, die Beratung und Aufklärung anbieten, sinnvoll ist. Staatliche Gesundheitsämter, niedergelassene Ärzte, AIDS-Hilfen, Seelsorger, Psychologen und Sozialarbeiter, Schoolworker, Streetworker, Youthworker und Homosexuellen-Selbsthilfegruppen sprechen verschiedene Zielgruppen an, denn nicht jede Einrichtung wird von jedem akzeptiert.

Wichtig ist, daß die staatliche Gesundheitspolitik den nichtstaatlichen und dezentralen Trägern den notwendigen Handlungsspielraum für die AIDS-Hilfe beläßt, sie organisatorisch unterstützt und die Bereitstellung der notwendigen finanziellen Ressourcen gewährleistet.

5.2.3.1 Aktivitäten des Bundes in Zusammenarbeit mit den Ländern

Der Bund nimmt neben der Aufklärung durch die Massenmedien und der Förderung der Forschung zahlreiche Koordinierungsaufgaben auf nationaler Ebene wahr. Hierzu gehören u.a.:

- die Gesundheitsministerkonferenz der Länder
- der Nationale AIDS-Beirat
- der AIDS-Koordinierungsstab beim Bundesminister für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit
- die interministerielle Arbeitsgruppe.

Weiterhin werden seitens des Bundes Modellprogramme und -projekte mit einem jährlichen Finanzvolumen von 135 Millionen DM gefördert. Zu den Maßnahmen gehören:

Modellprogramme zur Beratung, Betreuung und Versorgung von Betroffenen:

- Finanzierung einer AIDS-Fachkraft an allen 309 Gesundheitsämtern der Bundesrepublik Deutschland
- Stärkung der psychosozialen Beratungsstellen durch zusätzliche Beratungsfachkräfte
- Ausweitung des Modells zur aufsuchenden Sozialarbeit (Streetworker)
- Modell „AIDS und Kinder“ an Universitätskliniken
- Ausweitung des Modells „AIDS und Drogen“
- Zusätzliche Ausstattung von 50 Sozialstationen mit Mitteln und Fachkräften zur ambulanten Betreuung und Versorgung von AIDS-Kranken
- Förderung von zusätzlichen Stellen zur Ermöglichung einer fachübergreifenden ambulanten und stationären Behandlung von AIDS-Kranken sowie zum Aufbau einer Krankendokumentation zur Erarbeitung von Diagnostik und Behandlungsrichtlinien, für medizinisches Fachpersonal sowie Laborgeräte in insgesamt 23 Krankenhäusern.

Eine Würdigung dieser Programme, vor allem unter dem Gesichtspunkt der Prävention, bleibt dem Schlußbericht vorbehalten.

5.2.3.2 Angebote der Gesundheitsverwaltung

Die staatliche Gesundheitspolitik wird umgesetzt in den Gesundheitsämtern der Städte, Landkreise und Gemeinden. Zwischen dem Bundesminister für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit, den Gesundheitsministerien der Länder und den Leitern der Gesundheitsämter besteht weitgehend Übereinstimmung, daß die Beratung der wichtigste Bereich in der AIDS-Prävention ist. Der HIV-Antikörpertest wird in den meisten Gesundheitsämtern kostenlos und mit Beratung angeboten.

Die Arbeit durch die Gesundheitsämter wird von der Bevölkerung gut angenommen. Die Akzeptanz der Institution Gesundheitsamt hängt davon ab, daß die Ratsuchenden darauf vertrauen, daß die Beratung und ein eventueller Test anonym erfolgen.

5.2.4 Der HIV-Antikörpertest

5.2.4.1 Der Test auf HIV-Antikörper als Mittel der Prävention*)

Der HIV-Antikörpertest ist das diagnostische Hilfsmittel in der Hand des Arztes, eine HIV-Infektion durch eine serologische Untersuchung festzustellen.

Eine Schwäche liegt im Prinzip des Antikörpertests: Sowohl der Suchtest als auch der Bestätigungstest weisen die Infektion mit HIV nur indirekt nach; sie reagieren nicht auf das Virus selbst, sondern auf die vom Organismus als Reaktion auf die Infektion zum eigenen Schutz gebildeten Antikörper.

Diese Antikörper werden aber erst mit einer zeitlichen Verzögerung von 6 bis 12 Wochen nach der Infektion nachweisbar. In seltenen Einzelfällen wurden auch Intervalle von 18 Monaten und länger bis zur Serokonversion beobachtet. Die Folge ist, daß jemand das Virus in sich tragen und weitergeben kann, ohne auf den Test anzusprechen.

Der Test dient dem behandelnden Arzt zur Ausschluß- und Differentialdiagnose bei der Ermittlung der Ursachen von Beschwerden eines Patienten. Rechtsfragen, die sich im Hinblick auf die Einwilligung des Patienten ergeben, werden unter 5.2.4.2 behandelt.

Auch bei optimaler Laborhandhabung des Such- und Bestätigungstests kommt es zu falsch-positiven und falsch-negativen Testergebnissen. Die Wahrscheinlichkeit falsch-positiver Ergebnisse steigt dabei mit sinkender Wahrscheinlichkeit des Vorliegens einer Infektion. Vorläufig ist von einer bleibenden Restunsicherheit hinsichtlich falsch-negativer und falsch-positiver Testergebnisse auszugehen, über deren quantitativen Ausmaß die wissenschaftlichen Meinungen noch sehr weit auseinanderliegen. Das legt einen eher vorsichtigen, in jedem Falle aber bedachtsamen Umgang mit dem HIV-Antikörpertest nahe. Da die Test-

sicherheit sich rasch entwickeln kann, wird die Kommission dazu im Schlußbericht erneut Stellung nehmen. *)

Auch der HIV-Antikörpertest an symptomlosen Menschen bedarf in der Regel einer Einwilligung des Betroffenen, weil durch das Testen sowohl in das Recht auf körperliche Unversehrtheit wie in das Persönlichkeitsrecht, genauer in das Recht auf informationelle Selbstbestimmung, eingegriffen wird. Zur Wirksamkeit der Einwilligung ist eine umfassende Aufklärung des Betroffenen erforderlich. Inhalt der Aufklärung ist die Information über den Zweck, die Aussagekraft und die mit einem positiven oder negativen Ergebnis verbundenen Folgen eines HIV-Antikörpertests.

Wenn man den HIV-Antikörpertest innerhalb einer Präventionsstrategie nutzen möchte, also um die Weitergabe einer Infektion zu verhindern, bedürfen die damit verbundenen rechtlichen und ethischen Fragestellungen ebenso sorgfältiger Untersuchungen und Abwägungen wie die Frage der Wirksamkeit des HIV-Antikörpertests als Mittel langfristiger Verhaltensbeeinflussung.

Hier sieht die Kommission noch medizinischen, sozialwissenschaftlichen, rechtlichen und ethischen Forschungsbedarf.

Die Frage der Verwendung des HIV-Antikörpertests als ein Mittel der Prävention muß im Rahmen der Gesamtpräventionsstrategie beurteilt werden. Diese Strategie gliedert sich in drei Ebenen:

- die an die gesamte Bevölkerung gerichtete allgemeine Aufklärung über Risiken und Präventionsmöglichkeiten von AIDS
- zielgruppenspezifische Aufklärungskampagnen
- eine maximale Anzahl persönlicher Beratungen für Menschen, die Risikosituationen erlebt haben bzw. sich im Umkreis von Infektionsrisiken bewegen.

Der HIV-Antikörpertest als Mittel der Prävention kann nur in der dritten Ebene genutzt werden, also bei der Einzelbetreuung nach Risikoanamnese und individueller Präventionsberatung.

Bei der Entscheidung für einen HIV-Antikörpertest sind folgende Konsequenzen zu bedenken und dann gegeneinander abzuwägen:

- Ein HIV-Infizierter, der über seine Situation informiert und entschlossen ist, sich verantwortungsvoll gegenüber anderen Menschen zu verhalten, ist besser in der Lage, die Weitergabe der Infektion zu verhindern, als jemand, der nicht über seinen Immunstatus Bescheid weiß. Andererseits ist bei Menschen, die im Umkreis des Infektionsrisikos leben, das Wissen über diese Gefahr und die Möglichkeiten der individuellen Prävention sehr hoch und muß auch ohne Test mit den Mitteln der Aufklärung weiter erhöht werden – dies ist das zentrale Element der Präventionsstrategie.
- Das Wissen über eine HIV-Infektion bedeutet für den Betroffenen einen tiefen, ja endgültigen Einschnitt in sein Leben: Er muß von diesem Zeitpunkt an mit der Tatsache fertigwerden, an einem

*) Minderheitenvotum siehe Abschnitt D, Seite 116 ff.

*) Sondervotum siehe Abschnitt D, Seite 116

nicht oder schwer therapierbaren Leiden erkrankt zu sein, dessen Ausbruch ungewiß ist. Er muß befürchten, den Rest seines Lebens isoliert und/oder diskriminiert außerhalb der Gesellschaft zu verbringen und in materielle Not zu geraten. Zahlreiche Menschen werden mit dieser Lage nicht fertig und bedürfen zum Teil lang anhaltender psychiatrischer Betreuung durch Ärzte, Therapeuten und/oder in Selbsthilfegruppen. Auch kommt es hierbei zu Suiziden.

- Ein negatives Testergebnis kann zu einem Erlebnis der Erleichterung und damit zu der Entscheidung führen, in Zukunft Risikosituationen zu vermeiden (Bilanztest).
- Auf der anderen Seite kann ein negatives Testergebnis, also die Mitteilung, nicht infiziert zu sein, zu einem falschen Gefühl der Sicherheit und somit zu einem leichtsinnigen Umgang mit Risikosituationen führen.
- Zum anderen führt das Wissen, daß man infiziert ist, zu der Frage, wo man sich infiziert hat. Hier liegt ein Ansatz für das auf freiwilliger Basis durchzuführende contact-tracing.

Jede Testentscheidung muß also in Abwägung dieser fünf Aspekte erfolgen. Die Antwort auf die Frage, ob beim Ratsuchenden ein HIV-Antikörpertest durchgeführt werden soll oder nicht, muß für die einzelnen Gruppen innerhalb der Gesamtbevölkerung differenziert ausfallen.

Je häufiger ein Mensch sich Risikosituationen aussetzt, um so kritischer muß die Entscheidung für einen Test diskutiert werden. Hier hat die Orientierung auf selbstverständliche Einhaltung der Präventionsregeln *Safer Sex und Einwegspritzen* absolute Priorität.

Der Wunsch nach einem HIV-Antikörpertest ist ein zwingender Anlaß für eine Beratung, die je nach Lebenssituation und subjektiven Präferenzen bei den mit AIDS-Prävention befaßten Institutionen und Persönlichkeiten in Anspruch genommen werden kann (Gesundheitsämter, niedergelassene Ärzte, AIDS-Hilfen, Seelsorger, Lehrer etc.).

Die Beratung muß niederschwellig erreichbar und auf Wunsch anonym sein. Die Qualifikation der Berater muß gewährleistet sein und gegebenenfalls gefördert werden.

Die mit der dezentralen Aufklärung über AIDS befaßten Institutionen müssen die Chance zur Nachberatung auch dann nutzen, wenn das Testergebnis negativ ist. Im Mittelpunkt dieses Gesprächs sollten das persönliche Risiko des Ratsuchenden und der Lernprozeß hin zu verantwortungsvollem Handeln und zur Verhaltensänderung stehen.

Auch dort, wo der HIV-Antikörpertest zum Zwecke der Differentialdiagnostik vorgenommen wird, sind die in ihm liegenden Chancen der Prävention zu nutzen. Das bedeutet, daß die notwendige Beratung nicht dem Zeitmangel von Ärzten zum Opfer fallen darf.

Das Selbstbestimmungsrecht jedes Menschen, sich für oder gegen den Test zu entscheiden, bleibt durch die AIDS-Beratung unberührt.

Eine Beratung vor dem HIV-Antikörpertest darf freiwillig auch nicht aufgezwungen werden. Wer sich offensichtlich über die Problematik informiert hat und einen HIV-Antikörpertest vom Arzt verlangt, bei dem sollte dieser Test auch durchgeführt werden.

Die Vorgehensweisen bei der HIV-Antikörpertestung zum Zwecke der Prävention sind bei den unterschiedlichen gefährdeten Gruppen deutlich verschieden.

Menschen, die gemeinhin nicht promisk leben, sich aber in der Vergangenheit einem Risiko ausgesetzt haben, sollte bei Bestehen einer festen Partnerschaft zum HIV-Antikörpertest geraten werden (Bilanztest).

Weite Kreise nicht nur jüngerer heterosexueller Erwachsener leben in einer Folge von länger andauernden, aber wechselnden festen Freundschaften; dabei wird zumindest sehr weitgehend von beiden Seiten Treue eingehalten.

Am Anfang von derartigen Freundschaften kann ein präventiver HIV-Antikörpertest beider Partner sinnvoll sein. Praktikabel ist es hierbei, nach einer initialen Phase, in der Kondome benutzt werden, im Idealfall gleichzeitig zum HIV-Antikörpertest zu gehen.

Die Bedeutung der Tatsache, daß der HIV-Antikörpertest erst sechs bis zwölf Wochen nach der Infektion anspricht, ist für den Einsatz des Tests in der Prävention nicht ausreichend erforscht. Vermutungen gehen dahin, daß es bei derartigen frühen Infektionen noch nicht zu Infektionen durch Genitalsekrete kommt. In der Frühphase sind Infektionen nur durch Bluttransfusionen bekannt.

Der HIV-Antikörpertest ist bei promisk lebenden Homosexuellen und Heterosexuellen weniger wichtig, da sich diese Kreise sowieso ausnahmslos durch Safer Sex schützen müssen. Ob das Herausfinden von Infizierten in diesen Gruppen und die präventionsorientierte Einzelintervention – auch mit wiederholten Gesprächen – einen präventiven Effekt im Sinne einer anders nicht zu bewirkenden Verhaltensänderung hat, ist nicht bekannt. Andererseits kann es auch im eigenen Interesse des Infizierten liegen, von seiner Infektion zu wissen.

Das einem HIV-Antikörpertest vorausgehende Gespräch bei i.v.-Drobenutzern muß ganz anders verlaufen als bei Gruppen mit anderen Risikofaktoren. Der Inhalt des Gesprächs muß auf die Sondersituation des Rauschgiftsüchtigen Bezug nehmen.

Nicht sinnvoll ist die ständig wiederholte HIV-Antikörpertestung von AIDS-Phobikern, die bei negativem Test und fehlendem Risiko immer wieder erneut zum Test gehen („Test-shopping“); die Krankheitsneurose dieser Patienten muß freilich in adäquater Weise behandelt werden (z. B. Überweisung zu einem Psychiater oder Psychotherapeuten).

Ebenfalls nicht zweckmäßig ist eine Testung von eindeutig positiven Personen, die aus irrationalen Gründen meinen, daß der HIV-Antikörpertest bei ihnen wieder negativ würde; hiermit ist nicht zu rechnen. Dieses Verhalten ist jedoch ebenfalls ein Hinweis für die Notwendigkeit psychotherapeutischer Hilfe.

Nicht sinnvoll ist weiterhin eine HIV-Antikörpertestung von Kindern und Jugendlichen ohne Risikofaktoren, von wirklich monogam lebenden Paaren sowie von Einzelpersonen, die sicher keine Risiken haben. Die präventive Testung von älteren Personen ist nur bei Hinweisen auf Risikofaktoren (Bluttransfusionen) zweckmäßig.

Der HIV-Antikörpertest sollte im Prostitutionsbereich nicht quasi als Sicherheitsnachweis und somit Freibrief für ungeschützten Verkehr mißbraucht werden (AIDS-TÜV). Es ist weder möglich noch Aufgabe des Staates, den Freien HIV-freie Prostituierte und Stricher zu garantieren. Überdies sind solche Zertifikate niemals zweifelsfrei. Auch ohne Infektion der Prostituierten erscheint bei ungeschütztem vaginalen Verkehr mit mehreren Partnern in kurzen Abständen eine indirekte spermatogene Übertragung auf den Freier möglich. Das Risiko der Infektion für die Prostituierte, aber auch für den Freier, besteht ebenfalls weiter.

Eine besonders große Bedeutung kommt der Aufklärung nach einem durchgeführten HIV-Antikörpertest zu. Sie muß abgestuft je nach den individuellen Risiken erfolgen. Sie ist sicher anders bei einem älteren Menschen, bei dem wegen einer vier Jahre zurückliegenden Bluttransfusion jetzt sicherheitshalber der HIV-Antikörpertest angewandt wird, als bei promisk lebenden Erwachsenen.

Das Übermitteln des negativen Testbefundes beruhigt den von der Problematik geringfügig Betroffenen. Bei Personen mit weiter bestehenden Risiken ist die Mitteilung des negativen Befundes eine günstige Gelegenheit, über die Minimierung von Risiken und die notwendigen Schutzmaßnahmen zu sprechen. Der negative Testbefund muß korrekt interpretiert werden. Es darf bei dem Patienten kein Gefühl falscher Sicherheit aufkommen.

Die wirklich schwierige ärztliche Aufgabe stellt sich bei der Übermittlung eines positiven Testergebnisses. Generell ist die Situation in der Medizin nicht ungewöhnlich, daß Ärzte ihren Patienten schlechte Nachrichten übermitteln müssen. Die Nachricht einer HIV-Infektion ist freilich besonders problematisch, da neben der Wahrscheinlichkeit der mittel- bis langfristig zum Tode führenden Erkrankung auch die mit der Infektiosität verbundene Problematik, das heißt die Gefahr für Sexualpartner und die Notwendigkeit einer Einschränkung des Sexualverhaltens (Safer Sex) in einer für den Betroffenen verständlichen und verarbeitbaren Form mitgeteilt werden muß.

Ein derartiges ärztliches Aufklärungsgespräch über einen positiven HIV-Antikörpertest benötigt erhebliche Zeit vergleichbar einem Kriseninterventionsgespräch. Dabei sollte auch auf potentiell günstige Aspekte eingegangen werden, die dem Betroffenen Hoffnung geben können. Die Unsicherheit der Prognose im Einzelfall, die häufig lange symptomfreie Zeit sowie die Möglichkeit von therapeutischen Fortschritten in den nächsten Jahren sollten dabei betont werden. Im Regelfall sind mehrere Gespräche notwendig. Neben dem Angebot eigener ärztlicher Betreuung ist die Nennung adäquater Spezialisten und Betreuungsinstitutionen besonders wichtig. Hier müs-

sen psychosoziale Hilfsangebote für Infizierte noch erheblich ausgebaut werden. Zu beachten ist eine – wie bei anderen ernsten Diagnosen – möglicherweise entstehende reaktive Depression, bei der auch die Gefahr eines Suizids besteht. Psychiater, erfahrene Psychotherapeuten, verständnisvolle Angehörige, aber auch Selbsthilfegruppen können hierbei eine wichtige Hilfe sein.

Das Aufklärungsgespräch über den positiven HIV-Antikörpertest differiert erheblich bei den unterschiedlichen Gruppen. Die Reaktion der Infizierten kann sehr unterschiedlich sein. Keinesfalls darf ein positives Ergebnis einem Patienten ohne Kommentar, zum Beispiel durch die Sprechstundenhilfe oder gar telefonisch, mitgeteilt werden.

Die besonders sensible Information des positiven HIV-Antikörpertests muß mit aller Diskretion und unter Wahrung der Persönlichkeitsrechte gehandhabt werden. Besonders wichtig ist die penible Einhaltung der ärztlichen Schweigepflicht. Durchführung und Ablauf der Beratung einschließlich des Test müssen so organisiert werden, daß die Anonymität für den/die Betroffenen(e) erfahrbar bleibt.

Ein HIV-Antikörpertest kann von den beratenden Institutionen empfohlen werden

- bei den Menschen, die bei Bestehen einer festen Partnerschaft und/oder nicht promisker Lebensweise einen Strich zwischen der Vergangenheit und der Zukunft ziehen wollen, nachdem sie in der Vergangenheit im Umkreis eines Risikos gelebt haben (Bilanztest)
- bei Frauen mit Kinderwunsch und bestehendem HIV-Risiko
- in der Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchung bei einem HIV-Risiko.

Zum Ausschluß der Infektion durch Blut und Blutprodukte, Transfusionen, Transplantationen oder Spermaspenden ist der HIV-Antikörpertest zwingend indiziert.

Sobald therapeutisch einsetzbare Substanzen zur Verfügung stehen, die die Vermehrung des Virus nach einer erfolgten Infektion hemmen und somit den Zeitpunkt der Erkrankung hinauszögern oder die Wahrscheinlichkeit des Ausbruchs von AIDS senken können, gewinnt der HIV-Antikörpertest für die Prävention einen völlig neuen Stellenwert.

5.2.4.2 Rechtslage beim HIV-Antikörpertest*)

Der HIV-Antikörpertest greift in das allgemeine Persönlichkeitsrecht (informationelles Selbstbestimmungsrecht) des Patienten, die Gewinnung des zum Test erforderlichen Blutes in das Recht auf körperliche Unversehrtheit ein.

Er bedarf daher einer ausreichenden Rechtfertigung entweder durch eine Einwilligung des Patienten oder durch eine gesetzliche Ermächtigung für den Arzt (bzw. Labor).

*) Minderheitenvotum siehe Abschnitt D, Seite 116

Die Venenpunktion als solche ohne Einwilligung des Patienten oder ohne gesetzliche Ermächtigung für den Arzt (Labor) ist rechtswidrig; sie erfüllt strafrechtlich den Tatbestand der Körperverletzung, § 223 StGB, zivilrechtlich den Tatbestand der unerlaubten Handlung, § 823 BGB, und, sofern ein Behandlungsvertrag besteht, den Tatbestand der Vertragsverletzung. Die Testung des Blutes eines Patienten ohne dessen Einwilligung bzw. ohne entsprechende gesetzliche Ermächtigung des Arztes (Labors) ist für sich genommen zivilrechtlich eine Verletzung des allgemeinen Persönlichkeitsrechts bzw. des informationellen Selbstbestimmungsrechts des Patienten, § 823 BGB, bei bestehendem Behandlungsvertrag eine Vertragsverletzung. Sie ist aber nicht eigens unter Strafe gestellt; § 201 ff. StGB, insbesondere § 202 a StGB erfassen diesen Sachverhalt nicht.

Gesetzliche Ermächtigungen des Arztes zur Durchführung des HIV-Antikörpertest sind z.B. die Eingriffsermächtigungen der StPO, des BSeuchG und des Geschlechtskrankheitengesetzes. Im übrigen ist der Arzt auf eine Einwilligung des Patienten angewiesen.

Ein Test, durch den etwa zum Schutze des Arztes und des medizinischen Personals oder zur Gewinnung wissenschaftlicher Daten der Infektionsstatus des Patienten abgeklärt werden soll, ist deshalb nach geltendem Recht rechtswidrig.

Er läßt sich auch nicht aus dem Gesichtspunkt des Notstandes, § 34 StGB, rechtfertigen. In der Regel fehlt es nämlich an einer „gegenwärtigen, nicht anders abwendbaren Gefahr“ für Leib, Leben oder andere überragende Rechtsgüter Dritter. Ärzte und medizinisches Personal können auf eine Einwilligung drängen und sich zudem anderweitig ausreichend schützen.

Für die Einwilligung des Patienten gilt:

- Sie ist zur Wahrung des Selbstbestimmungsrechts des Patienten nur wirksam, wenn dieser über die Bedeutung und Tragweite des Eingriffs hinreichend aufgeklärt wurde oder auf eine derartige Aufklärung verzichtet hat.
- Die Einwilligung muß sich sowohl auf den Eingriff in die körperliche Unversehrtheit durch die Venenpunktion, als auch auf die Gewinnung personenbezogener Daten aus dem abgenommenen Blut beziehen.
- Die Einwilligung kann ausdrücklich erklärt werden oder stillschweigend, nämlich durch schlüssiges Handeln. In Ausnahmefällen (z.B. bei Unfallpatienten) reicht eine mutmaßliche Einwilligung des Patienten, sofern der Test diagnostisch geboten ist.
- Die Einwilligung kann bereits Teil des Behandlungsvertrages sein, die Einwilligung speziell zur Testung kann Bestandteil der Einwilligung in die Venenpunktion sein. Maßgeblich ist jeweils der erkennbare Inhalt der Erklärung des Patienten. In diesem Punkt ergeben sich in der Praxis viele Streitigkeiten. Deshalb empfiehlt z.B. die Deutsche Krankenhausgesellschaft, auf eine eindeutige Er-

klärung zu drängen und diese auch zu dokumentieren.

Ob der HIV-Antikörpertest stets eine Aufklärung des Patienten vor der Venenpunktion erfordert, und zwar eine Aufklärung, die Wesen, Bedeutung und Tragweite des Tests im allgemeinen und für den einzelnen Patienten im besonderen eingehend aufzeigt, ist juristisch umstritten. Eine eindeutige gesetzliche Regelung und höchstrichterliche Rechtsprechung fehlen.

In der Literatur wird nach Fallgestaltungen unterschieden.

- Unproblematisch ist der Fall, in dem die Venenpunktion ausschließlich zum Schutz des Arztes und des medizinischen Personals bzw. zu wissenschaftlichen Zwecken durchgeführt wird. Hier ist eine umfassende, der Venenpunktion vorausgehende Aufklärung geboten, sofern der Patient nicht auf sie verzichtet.
- Problematisch sind hingegen die Fälle, in denen der Patient zwar in die Venenpunktion wirksam eingewilligt hat, eine eindeutige und wirksame Einwilligung in den HIV-Antikörpertest aber fehlt.

Dabei gibt es im wesentlichen folgende weitere Fallgestaltungen.

- Der Arzt entschließt sich erst im nachhinein zu einem HIV-Antikörpertest.
- Der Arzt verschweigt dem Patienten, daß er einen HIV-Antikörpertest beabsichtigt.
- Der Arzt hält sich im Rahmen eines Auftrages des Patienten, dessen Gesundheitszustand abzuklären, für befugt (z.B. Differentialdiagnose).

In diesen Fällen stellt sich die Frage, ob eine wirksame Einwilligung in die Venenpunktion vorliegt, da andernfalls eine ungerechtfertigte Körperverletzung gegeben wäre.

Die Frage stellt sich zumal unter zwei Gesichtspunkten. Einmal aus der Erwägung, daß der HIV-Antikörpertest ohne entsprechende vorherige und nachfolgende Beratung als für den Betroffenen besonders riskant angesehen wird. Zum anderen, weil nach geltendem Strafrecht zwar die Körperverletzung, nicht aber die Verletzung des allgemeinen Persönlichkeitsrechts bzw. des informationellen Selbstbestimmungsrechts mit Strafe bedroht sind, so daß der rechtswidrige Test als solcher straffrei bleibt.

Einigkeit besteht darüber, daß eine ärztlich begründete Venenpunktion, bei der erst im nachhinein der Entschluß zum HIV-Antikörpertest ohne entsprechende Einwilligung gefaßt wird, keine Körperverletzung, sondern nur eine Verletzung zivilrechtlicher Pflichten darstellt, die zum Schadensersatz führen kann.

Zu den anderen Fällen bestehen unterschiedliche Rechtsmeinungen.

Rechtlich strittig ist auch die Frage, ob ein Arzt die Behandlung allein deshalb ablehnen darf, weil der Patient die Einwilligung in einen HIV-Antikörpertest verweigert.

5.2.5 Untersuchungen bei Blut- und Organspenden/Blutprodukten

Da HIV auch durch infizierte Blut-, Organspenden oder Blutprodukte übertragen werden kann, sind zur Erkennung und zum Ausschluß eines HIV-positiven Spenders nach den entsprechenden Richtlinien des Bundesgesundheitsamtes seit Mitte 1985 bei jeder Blutspende Antikörpertests durchzuführen. Gleiches gilt auch bei Organspenden.

Bei einem positiven Befund wird der Spender direkt vom Blutspendedienst oder über seinen behandelnden Arzt unterrichtet.

Die Gefahr der Infektion durch eine kontaminierte Blutkonserve kann durch die Antikörpertests nicht voll ausgeschlossen werden. Ein minimales Restrisiko bleibt, da die Antikörper erst Wochen nach einer Infektion im Blut nachweisbar sind und es keine Testverfahren mit 100 % richtigen Ergebnissen gibt.

5.2.6 Hygienevorschriften

Hoheitliche Maßnahmen müssen überall dort ergriffen werden, wo ein Gefährdungspotential besteht und mittels staatlicher Maßnahmen gemindert werden kann. Das im Kapitel 3: Übertragungswege aus heutiger Sicht unter 3.9 „Mögliche Gefährdung anderer Gruppen“ genannte Übertragungsrisiko durch kontaminierte Werkzeuge der Frisöre, Maniküre, Tätowierer usw. kann bei Einhaltung entsprechender Hygienevorschriften ausgeschlossen werden. Daher haben bzw. werden die Bundesländer aufgrund von § 12a BSeuchG Hygieneverordnungen erlassen, die eine Verpflichtung zur Desinfektion von Geräten oder zum ausschließlichen Gebrauch von Einmalgeräten, die mit Blut in Berührung kommen können, enthalten.

5.3 AIDS-Prävention in bestimmten europäischen Ländern

Im Hinblick auf AIDS als ein internationales Problem sah sich die Kommission zur Einschätzung der bisher in der Bundesrepublik Deutschland eingeleiteten und durchgeführten Präventionsmaßnahmen veranlaßt, sich über die Strategien in exemplarisch ausgewählten Ländern mit unterschiedlichen Konzepten zu informieren.

5.3.1 Niederlande

Bereits im Jahre 1983 wurde auf Initiative des niederländischen Gesundheitsministerium ein AIDS-Koordinationssteam eingerichtet, das schon beim Auftreten der ersten AIDS-Fälle in Europa eine Präventionsstrategie entwickelte. Eines der Hauptziele war und ist zu verhindern, daß eine allgemeine nationale Panik entsteht.

Es wurde zuerst versucht, unter Einbeziehung der wichtigsten Repräsentanten der Hauptbetroffenen-

gruppen wie Vertretern der Blutspendedienste, der nationalen Homosexuellen- und Drogenabhängigenorganisationen sowie der Hämophilie-Patienten, diese Gruppen zu informieren und ihnen deutlich zu machen, daß sie ihr Verhalten ändern müssen.

Seit dieser Zeit ist man bemüht, die Präventionskampagne schrittweise zu erweitern und damit die Zahl der Informierten abgestuft nach Infektionsrisiko zu vergrößern. Diese Kampagne verfolgt zwei Ziele:

Bevor eine Gesundheitserziehung einsetzen kann, muß als erstes die Gesundheitsinformation erfolgen, d. h. die Bevölkerung – bzw. bestimmte Gruppen der Bevölkerung – brauchen zunächst einmal gute Informationen, um daraus später, wenn nötig, spezielle Aktivitäten im Hinblick auf Verhaltensänderungen ableiten zu können.

Die 1983 begonnene intensive Kampagne mit Blickrichtung auf Männer mit homosexuellen Kontakten hat erreicht, so das Ergebnis von Evaluationsstudien, daß ca. 85 % dieser Männer Safer Sex praktizieren.

Die Präventionskampagne mit dem Ziel der Information und der Verhaltensänderung wurde nach und nach auf Prostituierte, Schüler, junge Menschen in Verbänden, Strafgefangene, Freier der Prostituierten und Ausländer erweitert.

Seit April 1987 läuft eine große nationale Kampagne, die die Gesamtbevölkerung als Zielgruppe anspricht und in der für den Gebrauch von Kondomen geworben wird.

Die Präventionskampagnen in den Niederlanden setzen grundsätzlich auf die Eigenverantwortung der Menschen. Druck oder Zwang auszuüben, wird als präventionshindernd angesehen. Beispielhaft sei hier der HIV-Antikörpertest genannt, der zwar angeboten, aber nicht als Präventionsmaßnahme verstanden wird. In vielen Fällen wird bei Beratungen vom Test sogar abgeraten, da er unter anderem keine Änderung des Sexualverhaltens zur Folge hat, ein Gefühl trügerischer Sicherheit vermitteln kann und häufig zu psychischen Störungen führt. Diese Testentmutigungspolitik gilt besonders für Männer mit homosexuellen Kontakten, aber auch für Heterosexuelle, die promisk leben.

Eine Folge dieses Konzeptes ist, daß ca. 55% der promisk lebenden Homosexuellen nach erfolgter Beratung sich gegen einen HIV-Antikörpertest entscheiden.

Ein spezielles und schwieriges Problem sind die i.v.-Drogenabhängigen. Die Durchseuchung ist bei dieser Gruppe wie in vielen anderen Ländern ausgesprochen hoch. In den Niederlanden wird versucht, über Spritzenaustausch- und Substitutionsprogramme sowie über die kostenlose Abgabe von Präservativen die weitere Ausbreitung des Virus auch in die Allgemeinbevölkerung hinein zu verhindern. Unter ärztlicher Kontrolle wird Methadon in flüssiger Form abgegeben und mit Hilfe von Urinproben überprüft, ob während des Programms zusätzliche Drogen genommen werden.

Mit Hilfe der oben beschriebenen und seit Jahren kontinuierlich fortgeführten Präventionsmaßnahmen wurde in den Niederlanden ein gesellschaftliches Klima geschaffen, in dem es möglich ist, in sachlicher Weise der AIDS-Problematik zu begegnen. Untersuchungen haben gezeigt, daß das Informationsniveau der Bevölkerung sehr hoch ist, d. h., daß ca. 92 % der Bevölkerung wissen, was im Zusammenhang mit AIDS zu tun ist.

5.3.2 Schweden

In Schweden wurde 1985 eine nationale AIDS-Kommission unter Vorsitz der Gesundheitsministerin eingerichtet, deren Aufgabe u. a. darin besteht, die Vorbereitung und Entwicklung von AIDS-Aufklärung zu initiieren und deren Durchführung zu finanzieren.

Gleichzeitig wurde die HIV-Infektion einschließlich des entwickelten Krankheitsbildes AIDS in die Liste der sexuell übertragbaren Krankheiten des Gesetzes gegen übertragbare Krankheiten aufgenommen sowie die Strafbarkeit der Krankheitsverbreitung aus diesem Gesetz gestrichen.

Mit Hilfe der Massenaufklärungskampagnen, die zu Beginn an die gesamte Bevölkerung gerichtet waren, sollte versucht werden, das Sexualverhalten zu ändern ohne zu erschrecken bzw. Panik zu verbreiten. Es wurde die Botschaft vermittelt, daß AIDS nicht nur eine kleine Gruppe, sondern alle Menschen angeht und eine gemeinsame Sorge ist.

Die Empfänger wurden zielgruppenorientiert durch die Massenmedien in allen Lebens- und Arbeitsbereichen, aber auch über persönliche Kontakte mit Hilfe verschiedener Organisationen, Ämter und Gewerkschaften angesprochen. Auswertungen dieser Kampagne haben ergeben, daß es in Schweden niemanden gibt, der von AIDS nichts weiß.

Ein zweiter Schritt zielt auf die Hauptbetroffenen-Gruppen. Davon ausgehend, daß bereits bestehende Gruppen bei den Betroffenen einen Vertrauensvorsprung besitzen, fördert die Schwedische Regierung die Homosexuellen-Organisationen. Es wurden psychosoziale- und Telefonberatungsdienste eingerichtet. Mitglieder der Organisationen betreiben in Saunacclubs, Bars usw. Aufklärung, um Methoden von Safer Sex unter allen homosexuellen und bisexuellen Männern zu verbreiten. Ferner betreuen freiwillige Helfer aus diesen Gruppen Patienten in Krankenhäusern und sind Ansprechpartner für Seropositive.

Da Drogenabhängige neben Homosexuellen die zweite große Hauptbetroffenengruppe darstellen, durch die die HIV-Infektionen bei nicht drogenabhängigen Jugendlichen und bei Kunden von drogenabhängigen Prostituierten verbreitet werden, hat Schweden der Arbeit mit dieser Gruppe besondere Bedeutung beigemessen.

Es werden große Anstrengungen unternommen, um diese Gruppe zu erreichen. Die Regierung fördert zu diesem Zweck in besonderem Maße Organisationen, die sich in der Arbeit mit Drogenabhängigen engagieren.

Ferner wurde die Anzahl von Streetworkern, die mit Abhängigen arbeiten, vergrößert, um die Süchtigen einzeln ansprechen und informieren zu können. Darüber hinaus sollen alternative Behandlungskonzepte entwickelt werden, um möglichst vielen den Ausstieg aus der Sucht zu ermöglichen.

Da die Beratung der Drogenabhängigen über Safer Sex und die psychosoziale Beratung von Seropositiven für die Drogenorganisationen eine völlig neue Aufgabe darstellt, haben die außerstaatlichen Organisationen Mitarbeiter ausgebildet, die ihre Mitglieder und auch die Öffentlichkeit über AIDS informieren sowie auch das Personal und die Insassen von Haftanstalten besuchen.

In Schweden wird neben dem Ziel der Verhaltensänderung massiv auch der HIV-Antikörpertest als Mittel der Bekämpfung der Epidemie propagiert. Grundsätzlich ist der Test freiwillig und kostenlos und darf nur von den Ärzten durchgeführt werden, die bereit sind, die psychosoziale Betreuung und medizinische Behandlung nach dem positiven Testergebnis zu übernehmen.

Der Zweck, den Schweden mit massiven Testkampagnen in allen Medien verfolgt, wird so beschrieben: Untersuchung über die Ausbreitung innerhalb der verschiedenen Gruppen und der Bevölkerung allgemein; Verfolgung der Verbreitungswege; zur Familienplanung; Herausfinden der Infizierten, um psychosoziale Hilfe anzubieten und dadurch die Gefahr der Verbreitung zu verhindern.

Umworben werden praktisch alle Bevölkerungsgruppen, was dazu geführt hat, daß bis Ende 1987 knapp eine halbe Million Menschen auf HIV-Antikörper getestet wurden. Sämtliche bekanntgewordenen Infektionsfälle müssen anonymisiert (kodierte Meldepflicht) der zentralen Seuchenbehörde mitgeteilt werden. Der behandelnde Arzt ist bei einem positiven Testergebnis verpflichtet, den Patienten darüber zu belehren, wie er sich verhalten muß, um die Infektion nicht an andere weiterzugeben. Die seropositiven Patienten unterliegen dann der Kontrolle, aber auch der besonderen Fürsorge des Staates, der für die Betroffenen eine optimale medizinische und psychosoziale Betreuung garantiert.

Wenn der Arzt, der den Test vornimmt, Gründe für die Annahme hat, daß ein HIV-Positiver den ihm gegebenen Auflagen nicht folgt, muß er diesen nach dem Gesetz dem staatlichen Bezirksarzt namentlich melden, der den bzw. die Betreffende(n) bestellt und noch einmal eindringlich auf die vom behandelnden Arzt festgelegten Verhaltensrichtlinien hinweist. Diese Einbestellung erfolgt amtlich und hat damit erstmals im Verfahren polizeiliche Züge. Hat der Bezirksarzt Gründe für die Annahme, daß die mit polizeilichem Gewicht ausgesprochenen Auflagen noch immer nicht erfüllt werden, kann er nach Herbeiführung eines entsprechenden Gerichtsbeschlusses die Einweisung in ein Hospital verfügen. Bis zum Spätherbst 1987 waren, seitdem AIDS unter das Gesetz über ansteckende Krankheiten gestellt worden ist, auf diesem Weg drei Menschen interniert worden. Vor einigen Monaten ist hierfür der „Stanby-Hof“ auf der Schäreninsel Adelsö mit bis zu zwölf Quarantäneplätzen eingerichtet worden.

In Schweden selbst wurde dies allgemein gelassen zur Kenntnis genommen. Auch die AIDS-Hilfsorganisation Noaks Ark oder die Nationale Organisation der Homosexuellen fühlten sich nicht zu Protesten herausgefordert.

Im Gegensatz zu der zwangsweisen Unterbringung Uneinsichtiger auf der Insel Adelsö führte die codierte Meldepflicht von HIV-Positiven zu zahlreichen öffentlichen Diskussionen. Es wurde bezweifelt, ob die Anonymität durch die Codierung auch wirklich gewährleistet sei. Die landesweit operierende Medizinerorganisation „Ärzte gegen AIDS“ setzte sich daraufhin für ein Verfahren ein, daß eine Identifikation der infizierten Personen auf keinen Fall zuläßt. Die „Ärzte gegen AIDS“ kamen mit der Nationalen-AIDS-Delegation und der Reichsregierung dahin überein, daß sie auf Kosten der Regierung in ganzseitigen Zeitungsanzeigen und anderen Medien unter ausdrücklicher Zusicherung, auch im Falle eines positiven Testergebnisses die Identität nicht zu erfragen, für den Test werben dürften. Nach dem Namen des Patienten soll nicht gefragt werden, bevor sich die Krankheit klinisch manifestiert. Die Meldung für die Statistik erfolgt über einen Nummerncode, der keinerlei Rückschlüsse auf die untersuchte Person zuläßt.

Die Diskussion um den Test in Schweden und die Internierung wirklich Uneinsichtiger hat das günstige Präventionsklima, das auf einer langen Tradition der Sexuaufklärung beruht, nicht erschüttern können. Im Gegensatz zur Gesundheits- und Sexualerziehung in Deutschland entwickelte sich in Schweden bereits zu Beginn des 20. Jahrhunderts ein Denken, das von einer positiven Einstellung zur Sexualität geprägt ist, Intoleranz und Moralismus ablehnt und in dem frei über alles gesprochen werden darf. Aufgrund dieser Gegebenheiten werden in Schweden auch keine Proteste laut, wenn bei Aufklärungsmaßnahmen eine klare eindeutige Sprache verwendet wird.

5.3.3 Schweiz

Auch in der Schweiz liegt, wie in allen anderen Ländern, die hauptsächliche Zielsetzung der gesundheitlichen Vorsorge gegen die AIDS-Epidemie in der Stärkung des Präventionsgedankens. Im Vergleich zur Bundesrepublik Deutschland ist jedoch die Realitätsnähe und Offenheit der Sprache sowie die phantasievolle Umsetzung der Botschaften auffallend.

Die „Stop-AIDS-Kampagne“ in der Schweiz, deren Botschaften sich sowohl an die Allgemeinbevölkerung als auch an besonders exponierte Gruppen richten, basiert u.a. auf folgenden Grundlagen:

- Multimedia-Kampagne
- Kondompropagierung
- klare und präzise Mitteilungen
- allgemeine Erreichbarkeit der Informationen.

Die Präventionshemmnisse, mit der die Schweiz bei der Umsetzung der Kampagne zu kämpfen hat, gleichen denen in der Bundesrepublik Deutschland in vielen Punkten. Entscheidender Unterschied sind die

Konsequenzen, die man aus dem Wissen über die Hauptübertragungswege gezogen hat.

Unter Berücksichtigung der Tabus, die im Zusammenhang mit Sexualität in der Schweizer Bevölkerung vorherrschen, entschied man sich dafür, die Kondombenutzung als Schutz vor der Krankheit klar in den Vordergrund zu rücken. Das Propagieren der Treue spielt als Präventionsbotschaft nur eine untergeordnete Rolle. Dies geschieht mit Tolerierung der Kirchen, die die klare Trennung der Rollen von Staat und Kirche anerkennen.

Überall dort, wo eine Ansteckung möglich ist, wird in staatlichen und außerstaatlichen Kampagnen massen- und personalkommunikativ immer wieder zum Gebrauch von Kondomen gedrängt. Drogenabhängigen und Insassen von Haftanstalten werden beispielsweise Kondome zur Verfügung gestellt. AIDS-Aufklärungsmaterialien für Jugendliche sind Kondome mit einer genauen Anweisung zum richtigen Gebrauch beigelegt. Dies geschieht auch bei Inserenten von Kontaktanzeigen. Die gesamte Bevölkerung wurde mehrfach sowohl durch Postwurfsendungen als auch über Plakate, Zeitungen und Zeitschriften informiert. Hierbei wurde auch an Beispielen deutlich gemacht, welche Kontakte nicht ansteckend sind, wobei man bewußt geringe Restrisiken außer acht gelassen hat.

Ein ganz besonderes Augenmerk richtet die Schweiz auf die Drogensüchtigen und die Beschaffungsprostitution. In Zusammenarbeit mit der AIDS-Hilfe Schweiz und Drogenorganisationen wird unter massivem Einsatz von Streetworkern versucht, Verhaltensänderungen herbeizuführen. Hierzu dienen auch Spritzenaustausch- und Substitutionsprogramme.

Auch die Allgemeinbevölkerung wird mit der Botschaft „Es gibt keine AIDS-freien Bordells oder Straßenstriche“ nicht aus der Verantwortung entlassen.

Der HIV-Antikörpertest wird nicht als eigentliches Präventionsmittel angesehen, Testwillige können sich jedoch nach einer intensiven Beratung anonym testen lassen.

Eine Studie nach zehnmonatiger Präventionskampagne erbrachte im Dezember 1987 folgende Ergebnisse:

- Die Präventionskampagne hat durch eine gute Streuung und Unterstüzung durch die Medien ihre hauptsächlichen Zielgruppen erreicht (Allgemeinbevölkerung und exponierte Gruppen).
- Die Präventionskampagne hat nicht zu einer bedeutenden gesellschaftlichen Kontroverse, zu Widerständen oder Oppositionen geführt.
- Verschiedene Multiplikatoren (lokale Aktionen und Kampagnen, Meinungsbildner usw.) haben durch ihre Aktivitäten die Kampagnen verstärkt.
- Eine Zunahme des Verkaufs von Präservativen wurde festgestellt.
- Es lassen sich sowohl Einstellungs- als auch Verhaltensänderungen feststellen, die in Richtung

eines verbesserten Präventionsverhaltens der allgemeinen Bevölkerung, aber auch der besonders exponierten Gruppen wie Jugendlichen, Homosexuellen, Drogenabhängigen usw. tendieren.

Dies berechtigt zur Annahme, daß sich die entsprechenden Entwicklungen weiter durchzusetzen können, falls die Präventivbemühungen ohne Unterbrechung weitergeführt werden.

II. Auswertungen

5.4 Handlungsbedarf

5.4.1 Ausgangslage

Die Kommission ist sich darüber einig, daß aufgrund des Fehlens eines Impfstoffes bzw. einer bislang nur in Ansätzen vorhandenen Therapie der Prävention absolute Priorität eingeräumt werden muß. Jede wesentliche Veränderung auf dem Gebiet der Therapie oder Immunisierung kann zu Veränderungen der Bekämpfung, der Präventions- und Verhaltensstrategien führen.

5.4.1.1 Eigen- und Fremdverantwortung

Die Prävention kann aber nur erfolgreich sein, wenn über die Wissensvermittlung hinaus eine Verhaltensänderung zumindest aller „at risk“ lebenden Personen erreicht wird, die dahingehend wirkt, daß niemand sich und andere ansteckt.

Die Eigenverantwortung beim Infektionsschutz ist unbestritten. Sie muß mehr als bisher gestärkt werden und mit der Verantwortung für andere gekoppelt sein; die Infizierten tragen Verantwortung gegenüber Dritten bei Risikokontakten. Bei Unverantwortlichen ist in Einzelfällen eine Aktivierung der rechtlichen Gegebenheiten bis hin zu strafrechtlichen Mitteln des Staates nicht auszuschließen, deren gesellschaftlich unerwünschte Effekte jedoch in solchen Fällen immer mitbedacht werden müssen. Der Einzelne kann seine Eigenverantwortung nicht an den Staat delegieren, und der Staat darf nicht zulassen, daß sich der Einzelne seiner Eigenverantwortung entzieht.

Strategien, die administrative bzw. repressive Maßnahmen als Druckmittel benutzen, um Verhaltensänderungen zu erreichen, sind in der Regel antipräventiv.

Da die Kommission, wie unter 5.1 ausgeführt, sich bisher nur mit dem Teil der Prävention befaßt hat, der Aufklärung und Beratung betrifft, wird sie sich erst im Schlußbericht mit der Frage auseinandersetzen, ob in begründeten Einzelfällen über Aufklärung und Beratung hinausgehende staatliche Maßnahmen nötig und wo die Eingriffsschwellen dafür anzusiedeln sind. Sie wird gleichzeitig klären müssen, ob diese Interventionen des Staates das Ziel der Prävention, Verhaltensänderungen auf freiwilliger Basis bei möglichst allen Menschen zu erreichen, stören oder ob sie für dieses Ziel hilfreich sein können.

Diese Fragen sollen durch Anhörung von deutschen und internationalen Experten, die verschiedene Modelle des gesundheitspolitischen Umgangs mit AIDS beobachtet haben, geklärt werden.

Jede Präventionsstrategie bedarf der vorherigen Abschätzung der mit ihr verbundenen erwünschten und unerwünschten Wirkungen und damit einer plausiblen Prognose über die Gesamtheit ihrer Wirkungen. Darüber hinaus sind prozeßbegleitende und ergebnisbewertende Evaluationen in die Strategie einzubauen, deren Ergebnisse u.a. für die schrittweise Weiterentwicklung der Kampagne zu nutzen sind. Dabei fallen u.a. wichtige Erkenntnisse darüber an, ob auf den bisher beschrittenen Wegen tatsächlich jeder oder jede, vor allem der/diejenige, der/die in der Nähe eines Risikos lebt, wirkungsvoll angesprochen und in seinem/ihrem Verhalten erreicht wird.

Die Kommission geht davon aus, daß mit der von ihr vorgeschlagenen Verbesserung der Präventionskampagnen in der Bundesrepublik Deutschland auch eine Verbesserung der Evaluation verbunden sein wird. Die Kommission erwartet deshalb bereits im Schlußbericht über besseres Berichtsmaterial verfügen zu können.

5.4.1.2 Orientierungsmaßnahmen für Präventionsstrategien

Einig ist sich die Kommission, daß sich Präventionsstrategien an wissenschaftlichen Erkenntnissen, das heißt unter anderem an der Lern-, Sozial- und Werbepsychologie sowie an der Kommunikations- und Verhaltensforschung zu orientieren haben.

Wenn über AIDS gesprochen wird, sollte sorgfältig auf die verwendete Sprache geachtet werden. Sowohl in der Sprache als auch bei der Beurteilung von Maßnahmen ist Sachlichkeit das Wichtigste.

Die AIDS-Berichterstattung in den Medien weist immer noch ein Defizit an Sachlichkeit auf: Faktengerechte Aufklärung unterbleibt oder tritt gegenüber irrationalen Befürchtungen weitgehend zurück. Negativ wirken sich auch Sensationsberichte über angeblich neue Therapien aus, weil sie falsche Hoffnungen wecken.

5.4.2 AIDS-Prävention in der Bundesrepublik Deutschland

Das Bundesministerium für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit hat in den letzten Jahren eine Strategie gegen die Ausbreitung der HIV-Infektion entwickelt, die Aufklärung und Beratung in den Mittelpunkt gestellt hat. Die Kommission bejaht diese Auffassung. Bei der Bewertung der bisherigen Arbeit muß berücksichtigt werden, daß mit dem Entwurf dieses Konzeptes ein neues Feld der Politik betreten wurde und nur wenige Erfahrungen aus der Vergangenheit übertragen werden konnten.

Die letzten Umfrageergebnisse lassen darauf schließen, daß in der breiten Bevölkerung mit den anfangs genutzten Botschaften und Informationswegen Erfolge erzielt worden sind.

Es geht jetzt darum, diese Strategie weiterzuentwickeln, sie zu präzisieren und die Informationswege auszubauen. Dazu wird die Kommission in den folgenden Abschnitten Vorschläge machen.

5.4.2.1 Die Information der Bevölkerung

Davon ausgehend, daß die Hauptübertragungswege im sexuellen Bereich und in der i.v.-Drogenbenutzung (needle-sharing) liegen, müssen die Präventionskampagnen noch stärker auf diese Bereiche abzielen. Überall dort, wo Risikosituationen gegeben sein können, müssen, auf die Lebensweise der Zielgruppen abgestimmt, die Informationen über AIDS, vor allem über die Möglichkeiten, sich oder andere vor einer Infektion zu schützen, verstärkt werden.

Obwohl AIDS ein Thema in der breiten Bevölkerung ist, spricht vieles dafür, daß Präventionsstrategien außerhalb der Hauptbetroffenengruppen noch nicht angenommen und umgesetzt werden. Die augenblicklichen Präventionskampagnen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung lassen oft eine klare, offene und verständliche Sprache vermissen. Nur wenn auch staatlicherseits offen über gesellschaftliche Tabu- und Schambereiche gesprochen wird, kann sich in der breiten Bevölkerung die Bereitschaft entwickeln, frei von Verdrängung über eigenes Sexualverhalten nachzudenken, darüber in Beratungssituationen zu reden und das Verhalten gegebenenfalls zu ändern.

Die staatlichen Präventionskampagnen der Schweiz sind hierfür ein gutes Beispiel.

Die konkrete und korrekte Kenntnis von Risiken dürfte heute die wichtigste Voraussetzung für ein Verhindern bzw. Abbau von Hysterie und damit für die Effizienz von Prävention sein. Restrisiken sollen nicht verschwiegen, aber auch nur als solche bezeichnet werden.

Neben den staatlichen Präventionskampagnen, die nur „Gießkannenbotschaften“ sein können, muß die Notwendigkeit der persönlichen Beratung stärker in den Vordergrund gestellt werden. Das Ziel der Präventionsstrategie muß sein, daß möglichst viele Men-

schen, die im Umkreis eines Risikos leben, sich persönlich beraten lassen.

Um dies sicherzustellen, bedarf es einer stärkeren personellen und finanziellen Unterstützung der Beratungsstellen, aber auch eines wissenschaftlich gestützten Erfahrungsaustauschs.

Viele Menschen haben zu ihrem Arzt ein besonderes Vertrauensverhältnis, das für die Prävention genutzt werden kann. Deshalb sollten Ärzte in Zukunft besonders in den weniger dichtbesiedelten Gebieten wesentlich stärker in die Präventionsarbeit eingebunden werden. Das setzt voraus, daß durch regelmäßige Fortbildungsveranstaltungen die Sensibilität und die Qualifikation für diese gesundheitspolitisch wichtige Aufgabe erhöht werden.

Zusätzlich ist es wichtig, in Verbindung mit den Beratungsstellen Informationsmaterialien wie Faltblätter, Broschüren zur weiteren Aufarbeitung des Themas anzubieten, wobei zur Vermeidung von Widersprüchen der Abstimmungsprozeß zwischen den Verantwortlichen verstärkt und beschleunigt werden muß.

5.4.2.2 Zielgruppen der Verhaltensbeeinflussung

5.4.2.2.1 Im Bereich sexueller Übertragungswege

Bei AIDS ist das eigene Sexualverhalten von zentraler Bedeutung. Aufgrund der mannigfachen Wechselwirkungen zwischen dem Einzelnen und seiner Umgebung, die seine Handlungsentscheidungen bestimmen, sind Ziel- und Wertvorstellungen der Gesellschaft auch für das individuelle Sexualverhalten von besonderer Wichtigkeit. Gesellschaftlich vermittelte Leitbilder in Mode, Werbung und in Massenmedien spielen für die Einstellung des Einzelnen zur Sexualität eine große Rolle. Der hieraus resultierende Trend zu einer Kommerzialisierung der Sexualität ist geeignet, die notwendige sexuelle Eigenverantwortung zu schwächen. Wertvorstellungen hinsichtlich Sexualität, die allein oder überwiegend auf einen ständig wachsenden Konsum hinzielen, können für die Bekämpfung von AIDS kontraproduktiv sein.

Grundsätzlich muß ein Slogan als Streubotschaft eine deutlichere Aussage machen. Botschaften wie „AIDS geht alle an“ oder „Gib AIDS keine Chance“ reichen nicht aus, sondern es ist wichtig, daß konkret gesagt wird, wie das Virus übertragen wird und wie eine Ansteckung vermieden werden kann.

Die Botschaften müssen zum Beispiel — sinngemäß — lauten:

Wer in einer streng monogamen Partnerschaft lebt, braucht keine Schutzmaßnahmen.

Beim Geschlechtsverkehr außerhalb der Monogamie müssen Kondome benutzt werden.

Weiterhin müssen klare Aussagen über den Grad der potentiell riskanten bzw. als riskant angesehenen Situationen getroffen werden. Denn je präziser und je weniger einschränkend die mit AIDS-Prävention verbundenen Verhaltensvorschläge sind, desto eher wird das Präventionsziel erreicht.

Dabei ist es wichtig,

- daß für jede relevante Zielgruppe eine eigene Strategie entworfen und umgesetzt werden muß, die sich auf Lebensstil, Lebensweise, Kommunikationsformen und Medien der jeweiligen Zielgruppe einzustellen hat,
- daß die Strategien vorrangig die gegebene Lebensweise der Zielgruppe zu akzeptieren und zu berücksichtigen haben, das heißt, daß die Botschaften nicht an der jeweiligen Lebensweise der Zielgruppe vorbeigehen.

5.4.2.2.1.1 Männer mit homosexuellem Geschlechtsverkehr

Bei der Gruppe der Männer mit homosexuellem Geschlechtsverkehr ist es notwendig, daß die informellen Kommunikationswege noch stärker genutzt werden. Die in diesem Bereich arbeitenden Selbsthilfegruppen sollten deshalb vom Staat noch stärker in die Präventionsarbeit einbezogen werden. Hierbei ist auch die Anerkennung der Gemeinnützigkeit dieser Selbsthilfegruppen zu prüfen.

Es ist deshalb an der Zeit zu überlegen, den Tatbestand der Homosexualität aus dem Strafgesetzbuch zu streichen, das heißt konkret, ob § 175 StGB gestrichen und durch eine einheitliche Schutzvorschrift für Jugendliche (Zusammenfassung der §§ 175 und 182 StGB) ersetzt werden kann.

Ferner wird es für die weitere AIDS-Aufklärung wichtig sein, daß das Lebensumfeld der Männer mit homosexuellem Geschlechtsverkehr nicht durch unbeachtete staatliche Maßnahmen wie grundlose Kontrollen, Razzien und Auflagen gestört wird.

5.4.2.2.1.2 Heterosexuell aktive Bevölkerung

Für die AIDS-Prävention in der breiten heterosexuell orientierten Bevölkerung gibt es kein Patentrezept: Einerseits lebt gewiß nur ein kleiner Teil der Bevölkerung „at risk“, andererseits gibt es keine Kriterien, um diesen Teil näher einzugrenzen. Eine sichere Präventionsbotschaft muß deshalb für diese Bevölkerungsgruppe so angelegt sein, daß bei jedem Geschlechtsverkehr außerhalb strikter Monogamie die Kondombenutzung dringend angeraten werden muß.

Es ist auch hier zu empfehlen, für die zahlreichen Szenen, in denen promisker bzw. nicht monogamer Verkehr sich anbahnt oder vollzogen wird, spezifische Strategien mit entsprechenden Botschaftsinhalten und Übermittlungswegen zu entwerfen. Die bisherigen Strategien der Verhaltensbeeinflussung in bezug auf AIDS haben – sieht man von einigen positiven Ausnahmen ab – bei weitem noch nicht die mögliche und notwendige Intensität sowie Zielgruppenspezifität entwickelt. Bei der AIDS-Prävention bezüglich der sexuellen Übertragungswege sollte die Grundaussage lauten:

- Wer absolute Sicherheit will, muß strikt monogam leben.

- Das Benutzen von Kondomen ist ein zuverlässiger Ansteckungsschutz.

Unter Zugrundelegung dieser Aussagen muß die Erklärung der richtigen Handhabung von Kondomen Inhalt der Aufklärungsmaterialien sein. Ferner muß die Herstellungsqualität sowie die sachgerechte Lagerung von Kondomen Gegenstand öffentlicher Aufmerksamkeit sein.

Hinsichtlich der Möglichkeit der Übertragung bei intensiven Schleimhautkontakten, z. B. Zungenkuß, gibt es in der Kommission unterschiedliche Auffassungen. Ein Teil der Mitglieder hält die Übertragung für möglich, aber noch nicht nachgewiesen, ein anderer Teil schließt diese Übertragungsmöglichkeit aus.

5.4.2.2.1.3 Männliche und weibliche Prostituierte und ihre Freier

Im Bereich der Prostitution ist nicht nur zwischen Männern und Frauen zu differenzieren, sondern auch zwischen den verschiedenen Szenen, die unterschiedliche Ansprechmöglichkeiten bieten und unterschiedliche Botschaften, Botschaftsabsender und Kommunikationswege nahelegen.

Das Klima der Zusammenarbeit mit den berufsmäßigen Prostituierten im Rahmen der AIDS-Prävention kann erheblich dadurch begünstigt werden, daß Erscheinungsformen sozialer und rechtlicher Diskriminierung, Demütigung und Entwürdigung beseitigt werden, d. h. die Gesetze, die die Prostitution betreffen, sollten überprüft werden.

Hierzu gehört unter anderem:

- Förderung von Selbsthilfegruppen
- Ausweitung der Betreuung durch Streetworker
- Schaffung szenennaher Treffzentren, in denen zusätzlich Beratung, Krisenintervention und Hilfe zur Selbsthilfe angeboten werden
- Angebot von attraktiven Ausstiegshilfen (Unterstützung sowie Hilfe bei der Wohnungs-, der Arbeitssuche und bei der Schuldenregulierung)
- Prüfung wie Prostituierte sozial besser abgesichert werden können
- das Schalten von Safer Sex-Hinweisen offizieller Präventionsträger zwischen Kontaktanzeigen sollte ermöglicht werden
- deutliche Hinweise auf allen HIV-Testzeugnissen und Kontrollbescheinigungen, daß ein negatives Testergebnis keine Unbedenklichkeitsbescheinigung darstellt.

Grundsätzlich darf in der Öffentlichkeit nicht der Eindruck entstehen, als könnte der Staat AIDS-freie Prostituierte und Bordelle garantieren.

Besondere Aufmerksamkeit muß in diesem Zusammenhang bei Präventionskampagnen vor allem der Beschaffungsprostitution i. v. -Drogenabhängiger geschenkt werden (siehe Kapitel 6: AIDS-Prävention bei i. v. -Drogenabhängigen).

5.4.2.2.1.4 Jugendliche und Heranwachsende

Ein großes Informationsdefizit hinsichtlich der HIV-Infektion und der Möglichkeiten, sich davor zu schützen, besteht bei der großen Gruppe der Jugendlichen und Heranwachsenden. Die bisher angebotenen Informationsmaterialien der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung orientieren sich nur in Ansätzen an den Realitäten, denn Botschaften wie dauerhafte Treue oder Enthaltbarkeit gehen an verbreiteten Lebenssituationen in dieser Gruppe vorbei. Präventionsaussagen müssen neben der Wissensvermittlung über Infektionswege in einer klaren, offenen und nicht-moralisierenden Sprache auch Verhaltensregeln benennen, das heißt, daß als Schutzmaßnahme bis zu einer dauerhaften Partnerschaft beim Geschlechtsverkehr Kondome benutzt werden müssen. Die Erklärung der richtigen Anwendung von Kondomen ist hier besonders wichtig.

Ferner muß die personalkommunikative Aufklärung in Jugendtreffs, Diskotheken usw. verstärkt werden.

Ein großes Defizit auf dem Gebiet der Aufklärungsarbeit ist im Bereich der Schulen einschließlich der berufsbildenden Schulen festzustellen. Es ist nicht zuletzt Sache des Sexualkundeunterrichts, junge Menschen darauf hinzuweisen, daß hier wie auch in vielen anderen Situationen Gelegenheiten zu eigenständigem, kritischem Wahlverhalten zwischen verschiedenen Alternativen gegeben sind.

Die AIDS-Aufklärung und -Beratung Jugendlicher sollte nicht isoliert geschehen, sondern im Kontext mit einem fundierten Sexualkundeunterricht, der nicht lediglich auf biologische Fakten und Zusammenhänge eingeht, sondern auch die Bedeutung von Vertrauen, Zärtlichkeit und Zuverlässigkeit anspricht. Die vorhandenen Defizite machen die obligatorische Einrichtung des Faches Sexualkundeunterricht sowie die damit verbundene AIDS-Aufklärung Jugendlicher in allen Bundesländern zu einer dringenden Forderung. Im Rahmen des Sexualkundeunterrichts sollte auch fundiertes Wissen über Gesundheitserziehung vermittelt werden. Außerdem sind die Eltern in die schulische Aufklärung einzubeziehen, denn nur eine vertrauensvolle Zusammenarbeit zwischen Schule und Eltern vermag den gestellten Anforderungen gerecht zu werden.

Die Infektionskrankheit einschließlich ihrer persönlichen und gesellschaftlichen Auswirkungen sollte fächerübergreifend vom Biologie- über den Sexualkunde- bis zum Religionsunterricht, auch unter Hinzuziehung professioneller Berater, Gegenstand des Unterrichts sein. Um einen qualitativ guten Aufklärungsunterricht sicherzustellen, muß die Schulung der Lehrer ein vordringliches Ziel staatlicher Aktivitäten sein.

Außerdem müssen, um geeignete und hierfür besonders ausgebildete Lehrer zu gewinnen, entsprechende finanzielle Mittel bereitgestellt werden.

5.4.2.2.1.5 Frauen und Schwangere

Für Schwangere wird der HIV-Antikörpertest im Rahmen der Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchung angeboten. Die Prävention setzt im Fall eines positiven Testergebnisses hier jedoch zu spät an. Es muß für verbesserte Verbreitung von geeigneten Aufklärungsmaterialien gesorgt werden, die sich gezielt und mit Nachdruck an Frauen und Paare mit Kinderwunsch vor einer Schwangerschaft richten. Hierbei müssen Frauen als Partnerinnen von bisexuellen und promisk lebenden Männern sowie promisk lebende Frauen besonders angesprochen werden.

5.4.2.2.2 HIV-Infizierte nach dem Antikörpertest

Einer Diskriminierung, die zwar hinreichend bekannt ist, sich aber von der Natur der Sache her schwer dokumentieren läßt, ist in breiter Form entgegenzuwirken. Beachtet werden muß jedoch auch, daß nicht jede unterschiedliche Behandlung einer Diskriminierung gleichkommt. Ferner ist nicht jede Diskriminierung von Infizierten allein auf AIDS zurückzuführen. Auch eine Unterscheidung zwischen „schuldigen“ und „unschuldigen“ Infizierten stellt eine Diskriminierung dar.

Diskriminierung vergrößert Berührungsängste; gegenseitiges Verständnis, Respekt zwischen Gesunden und Betroffenen sowie Achtung der Rechte anderer verringern sie.

Die verschiedenen abgestuften Strategien im Umgang mit Nichtinfizierten und Infizierten und die notwendige Diskussion darüber dürfen Mißtrauen, Ängste und Ablehnung nicht schüren. Niemand darf nur wegen einer HIV-Infektion von einem Arzt/Zahnarzt von der Behandlung ausgeschlossen werden.

In der Öffentlichkeit wird gegenwärtig ein AIDS-Antidiskriminierungsgesetz diskutiert. Die Kommission ist der Meinung, daß bekannt gewordene Diskriminierungsfälle, teilweise mit schwerwiegenden Folgen, nicht ein Ausmaß angenommen haben, daß sie die Einführung eines solchen Gesetzes derzeit für geboten hält. Sie wird diese Frage im Schlußbericht noch einmal aufgreifen.

Das Vollbild AIDS und seine Vorerkrankungen verlaufen bei den einzelnen Patienten sehr unterschiedlich. Zeiten, in denen intensive medizinische und pflegerische Betreuung notwendig ist, können mit solchen wechseln, in denen Patienten symptomfrei sind und zum Beispiel auch weiter ihren Beruf ausüben.

Da in den nächsten Jahren mit einer Zunahme der HIV-Infizierten und der AIDS-Erkrankten zu rechnen ist, müssen sowohl das staatliche Gesundheitssystem als auch private oder karitative Hilfsorganisationen sich auf diese Situation einstellen. Folgende Maßnahmen erscheinen deshalb zwingend notwendig:

- eine intensive Aufklärungsarbeit, um auf allen Ebenen (z. B. Beruf, Arbeitsstelle, Schule, Krankenhaus) Diskriminierungen HIV-Infizierter oder AIDS-Erkrankter zu verhindern

- Verstärkung der psychosozialen Beratung und Betreuung
- aufsuchende Hilfe für Patienten, die noch in ihren eigenen Wohnungen leben
- Schaffung von Wohngemeinschaften für Patienten, die nicht mehr allein leben können
- Verstärkung der ärztlichen ambulanten Versorgung
- Planung entsprechender stationärer Behandlungs- und Versorgungseinrichtungen.

5.4.2.2.3 Prävention in medizinischen Bereichen

Obwohl einfache Schutzmaßnahmen die Infektionsgefahr für diese Personengruppe hinsichtlich der Übertragung Blut – offene Wunden nahezu ausschließen, ist gerade hier die Furcht vor einer Infektion groß. Die zielgruppenspezifische Aufklärung muß deshalb die geringe Gefährdung benennen, vor allem im Hinblick auf Ersthelfer am Unfallort, um unverantwortlichem Handeln vorzubeugen.

5.4.2.3 Präventionsträger

Neben der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, die in Abstimmung mit dem Bundesministerium für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit eine Leitfunktion bei der Koordinierung von Präventionsmaßnahmen übernommen hat, sowie den zuständigen Länderministerien und den öffentlichen Gesundheitsämtern sind beispielsweise die AIDS-Hilfen, die AIDS-Stiftungen, die Freien Wohlfahrtsverbände, Ärzte, Apotheken und Kirchen in der AIDS-Prävention tätig. Entscheidend ist, daß nur in einer engen Zusammenarbeit und Koordination eine wirksame Prävention stattfinden kann. Gerade auf diesem Gebiet ist jedoch noch ein entscheidendes Defizit festzustellen.

Da ohne die Unterstützung der außerstaatlichen Organisationen eine wirksame AIDS-Prävention in der Bundesrepublik Deutschland nicht geleistet werden kann, die Eigenmittel vieler Organisationen jedoch sehr gering sind, ist für eine effektive Weiterarbeit vieler Organisationen eine sehr viel stärkere finanzielle Unterstützung des Staates notwendig.

5.4.2.3.1 Aktivitäten des Bundes in Zusammenarbeit mit den Ländern

Die bisherigen Präventionsmaßnahmen des Bundes und der Länder zeigen zwar die staatliche Anstrengung, mit Hilfe der Prävention die Infektion einzudämmen bzw. Neuinfektionen zu verhindern, sie reichen aber bei weitem nicht aus.

Neben weiteren Präventionskampagnen, die professioneller erarbeitet und umgesetzt werden müßten, ist die Schulung der im staatlichen Verantwortungsbereich Tätigen eine noch nicht genutzte Möglichkeit der Prävention. Eine Chance liegt hier nicht nur in der Fort- und Weiterbildung beispielsweise der medizini-

schen, pädagogischen und psychologischen Fachkräfte, sondern die Präventionsbotschaften könnten nach entsprechender Multiplikatorenschulung alle Beschäftigten des Öffentlichen Dienstes am Arbeitsplatz erreichen.

5.4.2.4 Der HIV-Antikörpertest

5.4.2.4.1 Der Test auf HIV-Antikörper als Mittel der Prävention

Hinsichtlich des HIV-Antikörpertests als Mittel der Prävention gibt es unterschiedliche Auffassungen. Übereinstimmung herrscht jedoch darin, daß ein HIV-Antikörpertest nur freiwillig und nicht ohne *vor- und nachherige* Beratung durchgeführt werden darf. Die Beratung muß auf die Infektionsgefahren und die Möglichkeit, sich zu schützen sowie auf die lebensverändernde Tragweite eines positiven Testergebnisses hinweisen. Sie muß abklären, ob die Patienten einem möglichen positiven Testergebnis gewachsen sind und ob sie Angehörige, Freunde oder Gruppen haben, die ihnen helfen und sie unterstützen können. Reihentests scheiden deshalb als Präventionsmaßnahme aus.

Menschen, die häufiger Risikosituationen durchleben und die es auch weiterhin tun werden, sollte nicht zum HIV-Antikörpertest geraten werden. Sie sind in der Beratung nachdrücklich auf die Notwendigkeit der Einhaltung der Präventionsregeln (Safer Sex bzw. sterile Spritzenbestecke) hinzuweisen. Grundsätzlich gilt hier wie für alle Beratungen vor der Durchführung eines HIV-Antikörpertests, daß die endgültige Entscheidung über die Vornahme des Tests vom Ratsuchenden ohne drängende Einflußnahme der beratenden Institutionen bzw. deren Vertretern getroffen werden muß.

Unter präventiven Gesichtspunkten ist es auch weiterhin zwingend notwendig, daß die Testdurchführung anonym angeboten wird.

Bei der augenblicklichen Durchseuchung und dem anonymen Charakter sehr vieler Übertragungssituationen fällt die Methode der individuellen Rückverfolgung von Infektionsketten (contact-tracing) gegenüber Methoden der Verhaltensbeeinflussung suchenstrategisch kaum ins Gewicht.

Gleichwohl ist es nach einem positivem Antikörpertest im Rahmen der Beratung und Betreuung der Betroffenen geboten, mit ihnen die Frage zur erörtern, welche anderen potentiell Betroffenen von diesem Befund unterrichtet werden sollten, und es ist ihnen gleichzeitig dafür professionelle Unterstützung anzubieten.

Die generelle Vornahme von HIV-Antikörpertests in bestimmten Sozialgemeinschaften kann unter Präventionsgesichtspunkten generell nicht befürwortet werden, zumal die notwendige vor- und nachgehende personale Beratung in den meisten Fällen nicht gewährleistet ist. Nur wenn die Beratung im Mittelpunkt steht und die Freiwilligkeit garantiert ist, kann ein solches Angebot Teil einer Präventionsmaßnahme sein.

Unter folgenden Gesichtspunkten sollte ein HIV-Antikörpertest von den beratenden Institutionen empfohlen werden:

- als Bilanztest bei Menschen, die bei Bestehen einer festen Partnerschaft und/oder nicht promisker Lebensweise einen Strich zwischen der Vergangenheit und der Zukunft ziehen wollen, nachdem sie in der Vergangenheit im Umkreis eines Risikos gelebt haben
- bei Frauen mit Kinderwunsch und bestehendem HIV-Risiko
- in der Schwangerschaftsvorsorgeuntersorgung bei einem HIV-Risiko.

Zum Ausschluß der Infektion durch Blut und Blutprodukte, Transfusionen, Transplantationen oder Sperm Spenden ist ein Test auf HIV-Antikörper zwingend indiziert.

Auch dort, wo der Test zum Zwecke der Differentialdiagnostik vorgenommen wird, sind die in ihm liegenden Chancen der Prävention zu nutzen. Das bedeutet, daß eine notwendige Beratung nicht dem Zeitmangel von Ärzten zum Opfer fallen darf.

Sollten therapeutisch einsetzbare Substanzen zur Verfügung stehen, die die Vermehrung des Virus nach einer erfolgten Infektion verzögern oder sogar verhindern und somit den Zeitpunkt der Erkrankung am Vollbild von AIDS hinauszögern können, muß die Frage des Tests als Mittel der Prävention neu überdacht werden.

5.4.2.4.2 Rechtslage beim HIV-Antikörpertest *)

Die Kommission kommt zu folgender Bewertung:

- Blut als Informationsträger unterliegt dem Selbstbestimmungsrecht des Patienten, solange es patientenbezogen ist
- deshalb bedarf die Blutentnahme der Einwilligung des Patienten, der auch darüber zu bestimmen hat, welche Untersuchung der Arzt mit dem Blut vornehmen darf
- ein ohne Einwilligung des Patienten oder spezielle gesetzliche Erlaubnis durchgeführter HIV-Antikörpertest ist ein rechtswidriger Eingriff in das informationelle Selbstbestimmungsrecht
- zum gebotenen Umfang der Einwilligung bestehen vor allem im Hinblick auf den Grad der Substantiierung unterschiedliche Rechtsmeinungen
- zu den Rechtspflichten der Ärzte gehört es, einen medizinisch indizierten HIV-Antikörpertest dem Patienten anzubieten
- bei einer Verweigerung des angebotenen HIV-Antikörpertests besteht, abgesehen von Notfällen, keine Verpflichtung zur Behandlung, soweit die Durchführung des HIV-Antikörpertests zur Differentialdiagnose und Behandlung medizinisch zwingend geboten ist

- die Vermeidung eines Infektionsrisikos beim medizinischen Personal bildet keinen strafrechtlichen oder zivilrechtlichen Rechtfertigungsgrund für den HIV-Antikörpertest.

5.4.3 AIDS-Prävention in bestimmten europäischen Ländern

5.4.3.1 Niederlande

Besonders bemerkenswert bei den Präventionsmaßnahmen der Niederlande ist die Testentmutigungspolitik, die besonders für Männer mit homosexuellen Kontakten, aber auch für Heterosexuelle, die promisk leben, gilt. Diesen Personengruppen wird vom Test abgeraten, so daß sich zum Beispiel ca. 55% der promisk lebenden Homosexuellen nach erfolgter Beratung gegen einen HIV-Antikörpertest entscheiden.

5.4.3.2 Schweden

Bei der Betrachtung der Präventionspolitik in Schweden ist auffallend, daß die HIV-Infektion einschließlich des entwickelten Krankheitsbildes AIDS zwar in die Liste der sexuell übertragbaren Krankheiten des Gesetzes gegen übertragbare Krankheiten aufgenommen wurde, die Strafbarkeit der Krankheitsverbreitung jedoch aus diesem Gesetz gestrichen wurde.

Nach kontrovers geführter Diskussion hinsichtlich der codierten Meldepflicht, die gegebenenfalls eine Identifikation erlaubt hätte, wird mittlerweile der HIV-Antikörpertest, der in Schweden als Präventionsmaßnahme sehr stark propagiert wird, völlig anonym durchgeführt.

5.4.3.3 Schweiz

Bei den Präventionsmaßnahmen der Schweiz fällt besonders die Realitätsnähe und Offenheit der Sprache sowie die phantasievolle Umsetzung der Botschaften auf. Die Propagierung der Kondombenutzung ist die Hauptbotschaft sowohl an die Allgemeinbevölkerung als auch an besonders exponierte Gruppen. Treue wird auch als sichere Prävention explizit angesprochen, spielt aber gegenüber der Kondomkampagne eine sekundäre Rolle.

5.5 Forschungsbedarf

Die Kommission hat eingehend die Frage geprüft, ob außer dem von der Bundesregierung bereits eingeleiteten Forschungsvorhaben über das Sexualverhalten der Bevölkerung noch weitere ähnliche Forschungsprojekte wünschenswert sind. Sie hat die Frage verneint, zumal starke Zweifel bestehen, daß bei entsprechenden Befragungen brauchbare Fakten ermittelt werden können. Im Hinblick auf vorhandene Defizite wird stattdessen vorgeschlagen, zielgruppenspezifische Untersuchungen zum Sexualverhalten (zum Beispiel von Jugendlichen, von Gefährdeten- und Haupt-

*) Minderheitenvotum siehe Abschnitt D, Seite 116

betroffenengruppen) zu unterstützen bzw. zu veranlassen.

Notwendig erscheint der Kommission eine verbesserte Evaluation der bisher durchgeführten Präventionskampagnen.

Die Evaluation sollte folgende Ziele haben:

- Messung des Informationserfolges der bisher durchgeführten Kampagnen
- Überwachung der laufenden Kampagnen, um gegebenenfalls neue Gegebenheiten wie Schwierigkeiten bei der Aufnahme von Informationen und Ausweitungsmöglichkeiten hinsichtlich der Präventionsaussage oder bestimmter Zielgruppen in die Kampagnen einbauen zu können.

Die Studien sollten verschiedene Teilaspekte des Präventionsprogramms wie Art der Kampagnen, Streuweite, Multiplikationen sowie Ergebnisse wie Einstellungs- und Verhaltensänderungen und die Benutzung von Kondomen untersuchen.

Hinsichtlich des Einsatzes des HIV-Antikörpertests als Mittel der Prävention an symptomlosen Menschen sind zentrale Fragen der Wirkung auf das Verhalten der Getesteten sowie auch der rechtlichen und ethischen Zulässigkeit noch zu klären.

Ferner sollte die Forschung auf dem Gebiet der Übertragungswege intensiviert werden, um die Übertragungssituationen noch stärker präzisieren und eingrenzen zu können.

Da die Immunschwächekrankheit AIDS ein internationales Problem darstellt, muß gerade im Hinblick auf die Prävention der internationale Erfahrungstransfer noch verstärkt werden.

Besonders aufschlußreich wären auch Studien, die die Übertragbarkeit der bisherigen Erfahrungen der prä-

ventiven Gesundheitspolitik, wie zum Beispiel Gurtpflicht, Schluckimpfung gegen Kinderlähmung, Antiraucherkampagnen usw. auf die AIDS-Prävention untersuchen.

Um den Abbau von Diskriminierungen gegenüber Betroffenen zu ermöglichen, ist es wichtig, die Ursachen für die Entstehung von Vorurteilen gegen die verschiedenen diskriminierten Gruppen zu erforschen.

Wie die Bestandsaufnahme ergibt, können etwa traditionelle Randständigkeit von Hauptbetroffenengruppen (Homosexuelle, Prostituierte) die Eignung der betreffenden Menschen als stigmatisierte Vorurteilsoffer signalisieren, ferner soziale Distanz allgemein, Schuldzuweisungen, die ihrerseits zum Aufbau von Feindbildern führen, außerdem fehlende oder falsche Information über das Risiko einer Infektion beim Alltagskontakt mit Betroffenen.

Nach dem ersten Schritt der Ursachenerforschung der mit AIDS verbundenen Vorurteile muß der zweite folgen, der Untersuchungen umfaßt, wie die spezifischen Vorurteile abgebaut werden können: zum Beispiel durch Anbieten sachgerechteren Wissens und der Entwicklung spezifischer Antidiskriminierungsstrategien. Gerade auf dem Gebiet des Vorurteilsabbaus bestehen noch deutliche Forschungsdefizite.

Die Kommission hat festgestellt, daß ein erheblicher Bedarf an belastbaren Daten für langfristige Prognosen über die Auswirkungen von AIDS in volkswirtschaftlicher, sozialpolitischer, demographischer und versicherungswirtschaftlicher Hinsicht besteht, der mit Hilfe differenzierter Forschungsvorhaben gesamtgesellschaftlicher Art verringert werden kann.

III. Empfehlungen

5.6 Handlungsbedarf

Die Kommission empfiehlt dem Deutschen Bundestag, die Bundesregierung zu ersuchen und entsprechende Anregungen an die Länder weiterzuleiten:

5.6.1

In den politischen Verlautbarungen und in der gesamten Aufklärung sollte die Bedeutung der Selbstverantwortung des einzelnen Menschen beim Schutz vor AIDS herausgestellt, und deutlich gemacht werden, daß diese Eigenverantwortung gestärkt werden muß und nicht an den Staat, an Verbände oder Organisationen delegiert werden kann. Das Ziel der Aufklärung muß die Befähigung zum realitätsgerechten Erkennen von Infektionsrisiken und zu autonomer Selbststeuerung in Risikosituationen sein.

Darüber hinaus ist es wichtig, das in der Allgemeinbevölkerung verbreitete Gefühl der persönlichen „Nicht-Betroffenheit“ anzusprechen und im Hinblick auf die bekannten Risikosituationen als irrig darzustellen. Der Eindruck eigener Nicht-Betroffenheit, z.B. weil man nicht zu einer definierten Hauptbetroffenengruppe gehört, läßt falsche Sicherheit entstehen.

5.6.2

Präventionsstrategien sollten unter Aufnahme wesentlicher Erkenntnisse aus der Lern-, Sozial- und Werbepsychologie sowie der Kommunikations- und Verhaltensforschung entworfen, durchgeführt und evaluiert werden.

5.6.3

Die Präventionskampagnen sollten mit dem Ziel verstärkt werden, über die Möglichkeiten aufzuklären, sich und/oder andere vor einer Infektion zu schützen, wobei sie sich noch mehr an den Hauptübertragungswegen im sexuellen sowie im Bereich der i.v.-Drogenbenutzer zu orientieren haben.

Die Aufklärung sollte dabei hinsichtlich der Formulierung der Botschaft sowie der Orte und Medien der Ansprache an den unterschiedlichen Lebensweisen der Zielgruppen ansetzen.

5.6.4

In den Präventionskampagnen sollte, noch mehr als bisher geschehen, Wert auf eine klare, offene und verständliche Sprache gelegt werden, so zum Beispiel bei der Handhabung von Kondomen.

5.6.5

Neben der allgemeinen Aufklärung und den zielgruppenspezifischen Kampagnen bildet die persönliche Beratung möglichst vieler Menschen die dritte und vielleicht entscheidende Ebene der AIDS-Prävention.

Die Beratungsstellen der verschiedenen Träger sollten dazu personell und finanziell noch besser ausgestattet werden. Auf die persönliche und fachliche Qualifikation der Berater/innen ist zu achten.

5.6.6

Es ist zu prüfen, ob die Anerkennung der Gemeinnützigkeit der Selbsthilfegruppen bundesweit ermöglicht werden kann.

5.6.7

Die Situation der berufsmäßigen Prostituierten sollte durch Beseitigung sozialer und rechtlicher Diskriminierungen verbessert werden wie durch:

- Förderung von Selbsthilfegruppen
- Ausweitung der Beratung durch Streetworker
- Schaffung szenenaher Treffzentren, in denen zusätzlich Beratung, Kriseninterventionen und Hilfe zur Selbsthilfe angeboten werden
- Angebot von attraktiven Ausstiegshilfen (Unterstützung sowie Hilfe bei der Wohnungs-, der Arbeitssuche und bei der Schuldenregulierung)
- Prüfung, wie Prostituierte sozial besser abgesichert werden können
- Schalten von Safer-Sex-Hinweisen offizieller Präventionsträger zwischen Kontaktanzeigen

- deutliche Hinweise auf allen HIV-Testzeugnissen und Kontrollbescheinigungen, daß ein negatives Testergebnis keine Unbedenklichkeitsbescheinigung darstellt.

5.6.8

In allen Schulen, einschließlich der berufsbildenden Schulen, sollte Sexualkundeunterricht erteilt werden und in diesem Rahmen eine fächerübergreifende faktengetreue AIDS-Aufklärung erfolgen. Es ist nicht zuletzt Zielsetzung des Sexualkundeunterrichts, jungen Menschen zu zeigen, daß hier, wie in vielen anderen Situationen, Gelegenheit zu eigenständigem kritischem Wahlverhalten zwischen verschiedenen Verhaltensalternativen gegeben ist. Gleichzeitig mit der AIDS-Aufklärung im Sexualkundeunterricht sollte unter Hinzuziehung professioneller Berater auch fundiertes Wissen über Gesundheitserziehung und die gesellschaftlichen Auswirkungen einschließlich des Umgangs mit Minderheiten vermittelt werden. Die schulische Aufklärung ist dabei im Zusammenwirken mit Eltern zu organisieren und zu gestalten.

5.6.9

Es sollte für die verbesserte Verbreitung von geeigneten Aufklärungsmaterialien gesorgt werden, die sich gezielt und mit Nachdruck an Frauen und Paare mit Kinderwunsch vor einer Schwangerschaft richten. Hierbei müßten Frauen als Partnerinnen von bisexuellen und promisk lebenden Männern sowie promisk lebende Frauen besonders angesprochen werden.

5.6.10

Auf die Landesorganisationen der Ärzte sollte dahingehend eingewirkt werden, Fortbildungsveranstaltungen mit dem Ziel anzubieten, in der Praxis sachgerechte Informationen über die Risiken einer HIV-Infektion zu geben.

5.6.11

Für die außerstaatlichen Organisationen im Bereich der AIDS-Prävention sollten für eine effektive Arbeit weitere und umfangreichere finanzielle Mittel bereitgestellt werden.

5.6.12

Die Weiter- und Fortbildung beispielsweise der medizinischen, pädagogischen und psychologischen Fachkräfte sollte auch daraufhin ausgerichtet sein, als Multiplikatoren Präventionsbotschaften an die Beschäftigten im Öffentlichen Dienst zu vermitteln.

5.6.13

Die Beratungsinstitutionen sollten unter folgenden Gesichtspunkten einen HIV-Antikörpertest empfehlen:

- als Bilanztest bei Bestehen einer festen Partnerschaft sowie bei nicht promiskuer Lebensweise
- bei Frauen mit Kinderwunsch und bestehendem HIV-Risiko
- in der Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchung bei einem HIV-Risiko.

5.6.14

Zum Ausschluß der Infektion durch Blut und Blutprodukte, Transfusionen, Transplantationen oder Spermaspenden ist ein Test auf HIV-Antikörper, soweit noch nicht erfolgt, zwingend vorzuschreiben.

5.6.15

Es ist zu prüfen, ob angesichts der Rechtsunsicherheiten bezüglich der Entnahme und Untersuchung von Blut sowie der Verwendung der so gewonnenen Daten gesetzliche Regelungen wegen der Beeinträchtigung des informationellen Selbstbestimmungsrechts geboten erscheinen;

5.6.16

Des Weiteren ist eine Novellierung des Strafgesetzbuches mit dem Ziel der Streichung der Sondervorschrift des § 175 Strafgesetzbuch und der Einführung einer einheitlichen Schutzvorschrift für männliche und weibliche Jugendliche zu prüfen.

5.7 Forschungsbedarf

Die Kommission empfiehlt dem Deutschen Bundestag, die Bundesregierung zu ersuchen,

5.7.1

hinsichtlich der Auswirkungen von AIDS auf das Sexualverhalten zielgruppenspezifische Untersuchungen zum Sexualverhalten u.a. von Jugendlichen, Gefährdeten- und Hauptbetroffenengruppen durchzuführen;

5.7.2

hinsichtlich der gesellschaftlichen Auswirkungen von AIDS Vorhaben über die Erforschung der Ursachen für die Entstehung von Vorurteilen sowie über die Bedingungen und Strategien zum Abbau von Vorurteilen einzuleiten;

5.7.3

hinsichtlich der bisher durchgeführten Präventionskampagnen eine Evaluation mit dem Ziel durchzuführen:

- Messung des Informationserfolges der bisher durchgeführten Kampagnen
- Überwachung der laufenden Kampagnen, um gegebenenfalls neue Gegebenheiten, wie Schwierigkeiten bei der Aufnahme von Informationen und Ausweitungsmöglichkeiten hinsichtlich der Präventionsaussage oder hinsichtlich bestimmter Zielgruppen, in die Kampagnen einbauen zu können;

5.7.4

hinsichtlich des HIV-Antikörpertests Untersuchungen über das Ausmaß sowie die Möglichkeiten der Minimierung falsch-positiver und falsch-negativer Testergebnisse zu veranlassen;

5.7.5

hinsichtlich des Einsatzes des HIV-Antikörpertests als Mittel der Prävention bei symptomlos Infizierten Studien über die ethischen, sozialen, rechtlichen und medizinischen Probleme sowie über die Frage der erwünschten und unerwünschten Wirkungen zu veranlassen. Dabei sind der Bezug und der Vergleich mit anderen, zum Beispiel auf dem Gebiet der Gentechnologie, rasch zunehmenden, ähnlich potenten und ähnlich problematischen Diagnosemöglichkeiten herzustellen;

5.7.6

hinsichtlich der Übertragbarkeit die bisherigen Erfahrungen der präventiven Gesundheitspolitik, wie zum Beispiel Gurtpflicht, Schluckimpfung gegen Kinderlähmung, Antiraucherkampagnen u.ä. auf die AIDS-Prävention zu untersuchen;

5.7.7

bezüglich der gesamtgesellschaftlichen Daten im Zusammenhang mit AIDS Studien über die Auswirkungen von AIDS in volkswirtschaftlicher, sozialpolitischer und versicherungswirtschaftlicher Hinsicht in Auftrag zu geben.

6. Kapitel: AIDS-Prävention bei intravenös Drogenabhängigen

Inhalt	Seite
I. Bestandsaufnahme	100
Vorbemerkung	100
6.1 Die bisherige Drogenpolitik in der Bundesrepublik Deutschland	101
6.2 Gesundheitspolitische Aspekte der bisherigen Drogenpolitik in der Bundesrepublik Deutschland	101
6.3 Die Behandlung von Drogenabhängigen mit Methadon	102
6.3.1 Der Stand der Diskussion	102
6.3.2 Methadon – Wirkung und Nebenwirkungen	102
6.3.3 Zielsetzungen der Methadonbehandlung	103
6.3.4 Besonderheiten einzelner Substitutions-Programme	103
6.3.5 Die Rechtslage	103
6.4 Das wissenschaftliche Erprobungsvorhaben zur medikamenten- gestützten Rehabilitation bei i.v.-Opiatabhängigen des Landes Nordrhein Westfalen	104
6.4.1 Rahmenbedingungen	104
6.4.2 Zulassungsbedingungen	104
6.4.3 Durchführung des Erprobungsvorhabens	105
II. Auswertungen	105
III. Empfehlungen	110
6.5 Zur allgemeinen Gesundheitspolitik	110
6.6 Zur Substitution von HIV-infizierten und AIDS-kranken Drogen- abhängigen sowie von solchen HIV-gefährdeten Drogenabhän- gigen, denen mit herkömmlicher Therapie nicht geholfen werden kann	111

I. Bestandsaufnahme

Vorbemerkung

In den letzten Jahren sind vielfältige Anstrengungen unternommen worden, um junge Menschen vor der Drogenabhängigkeit zu bewahren und um Drogenabhängige von ihrer Sucht zu heilen. Diese Bemühungen hatten aber kaum Erfolg. Trotz Ausbaus der Beratungs- und Betreuungsdienste, der Langzeit- und ambulanten Therapien sowie der Hilfen für spezielle Zielgruppen (Ausländer, Schwangere, süchtige Familien) einerseits und trotz Intensivierung der Strafverfolgung andererseits ist es nicht gelungen, den Drogenmißbrauch wesentlich abzubauen.

Die Lösung dieses Problems ist durch die Krankheit AIDS noch dringender geworden. Denn die i.v.-Dro-

genabhängigen sind durch die gemeinsame Benutzung von Spritzen (needle-sharing) stark AIDS-gefährdet. Je häufiger und je länger Drogenabhängige gemeinsam Spritzen benutzen, desto wahrscheinlicher wird ihre HIV-Infektion. Durch die Zunahme der HIV-Infektionen unter den Drogenabhängigen wächst außerdem die Gefahr, sich bei sexuellen Kontakten mit anderen Drogenabhängigen zu infizieren. Ein zusätzliches AIDS-Risiko entsteht ferner dadurch, daß Drogenabhängige mit zunehmender psychischer und sozialer Verelendung immer bindungsloser und gegenüber ihrer Gesundheit immer gleichgültiger werden.

Die Zunahme der HIV-Infektion unter den Drogenabhängigen stellt zugleich eine Gefahr für die Allge-

meinheit dar, weil Drogenabhängige nicht selten der besonders schwer zu kontrollierenden Beschaffungsprostitution nachgehen und auf diese Weise die Krankheit weiter verbreiten können. Werden HIV-infizierte drogenabhängige Frauen schwanger, muß befürchtet werden, daß sie die Infektion an ihre Kinder weitergeben.

Dies hat zu verstärkten Diskussionen um die Effektivität der bisherigen Drogenarbeit und um mögliche Neuorientierungen der Drogenpolitik geführt. Der Streit geht insbesondere um die Frage, ob bei uns, wie in anderen Ländern, die Substitution von Abhängigen mit Ersatzdrogen zugelassen werden soll. Damit verbunden ist die weitere Streitfrage, ob man die Substitution den niedergelassenen Ärzten allein überlassen kann oder ob sie in staatliche Programme eingebunden werden sollte.

Die Kommission hat sich zunächst nur mit den Fragen befaßt, wie das mit dem i.v.-Drogengebrauch verbundene Risiko der Weiterverbreitung von HIV vermindert werden kann. Die Frage, wie die sexuelle Prävention unter Drogenabhängigen und ehemaligen Drogenabhängigen organisiert werden muß, bedarf noch der Vertiefung. Schon heute kann jedoch gesagt werden, daß die bestehenden Infrastrukturen der Beratung und Betreuung im Drogenbereich den wichtigsten Zugang zu den Drogenbenutzern darstellen. Es ist deshalb eine neue und eigenständige Aufgabe für diese Einrichtungen des Staates und freier Träger, in ihrer Beratungsarbeit sexualitätsbezogene AIDS-Prävention (Ansteckungsgefahren und wirksame Möglichkeiten der Verhütung) mit aufzunehmen.

6.1 Die bisherige Drogenpolitik in der Bundesrepublik Deutschland

Die bisherige Drogenpolitik konnte das Ansteigen der Zahlen der i.v.-Drogenabhängigen, insbesondere die Zahl der jährlich an Drogenmißbrauch Versterbenden, lediglich in Grenzen halten. Die Zahl der jugendlichen Erstkonsumenten ist für Haschisch eindeutig, für die härteren Drogen wahrscheinlich rückläufig. Die Polizei geht davon aus, daß zur Zeit in der Bundesrepublik Deutschland 50.000 bis 60.000 Menschen i.v.-drogenabhängig sind. Andere Schätzungen kommen zu höheren oder niedrigeren Zahlen.

Über den Prozentsatz der HIV-Infizierten unter den i.v.-Drogenabhängigen gibt es keine zuverlässigen Zahlen. Die vorliegenden Studien erfassen unterschiedlich ausgewählte Stichproben und kommen deshalb auch zu unterschiedlichen Ergebnissen. Viele Anzeichen deuten darauf hin, daß die Zahl der Neuinfizierten in dieser Gruppe weiter ansteigt. Allerdings liegt der Anteil der HIV-Infizierten, die in Hessen eine Therapie antreten, seit April 1985 konstant bei 30%.

Mit den bisherigen Beratungs- und Therapieangeboten (ambulante und stationäre Einrichtungen) werden – bezogen auf ein beliebiges Stichjahr – mit großen Varianzen 20% der Drogenabhängigen erreicht. Von den so Erreichten treten nach Auskunft der von der Kommission gehörten Sachverständigen pro Jahr

etwa 15% eine Langzeittherapie an. Nur etwa ein Drittel hält die Langzeittherapie durch, also auf die Gesamtheit bezogen nur ca. 5%. Das Bundesministerium für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit weist darauf hin, daß die Zahl 5% irreführend sei, da nahezu jeder Abhängige, zumindest einmal im Verlauf seiner Drogenkarriere, von einem Beratungs- oder Therapieangebot Gebrauch macht. Wie viele von diesen nach den Langzeittherapien wieder rückfällig werden, läßt sich nur vermuten. Kohortenstudien zeigen, daß trotz der Erweiterung der Beratungs- und Behandlungsangebote seit Ende der siebziger Jahre nach 10 Jahren die Hälfte der Überlebenden noch immer abhängig war. Andererseits kommt es mit zunehmendem Alter bei 20 bis 40% der Fälle zu Spontanheilungen.

Eine erfolgversprechende langzeitbezogene Drogenpolitik muß deshalb auch darauf ausgerichtet sein, die Drogenabhängigen die Zeit der Abhängigkeit gesund überleben zu lassen. Es ist allerdings wenig darüber bekannt, ob bzw. zu welchem Prozentsatz diese Drogenfreiheit nach überlebter Abhängigkeit in der Tat ohne Schaden erreicht wird.

6.2 Gesundheitspolitische Aspekte der bisherigen Drogenpolitik in der Bundesrepublik Deutschland

Die Ziele der Drogenhilfe in der Bundesrepublik Deutschland lauten derzeit:

- Freiheit von Drogen
- soziale Integration
- berufliche Rehabilitation.

Diese Ziele werden auch in der genannten Reihenfolge angegangen:

Der Entzug des Opiats steht am Anfang. Die therapeutischen Bemühungen um Integration und Rehabilitation folgen.

In der Praxis beginnt sich jedoch immer mehr die Erkenntnis durchzusetzen, daß sich dauerhafte Drogenfreiheit einerseits sowie soziale Integration und berufliche Rehabilitation andererseits gegenseitig bedingen. Die sogenannte nachgehende akzeptierende Drogenarbeit vor Ort bemüht sich deshalb immer mehr um konkrete Hilfen auch für solche Drogenabhängige, die zu einer Entwöhnungsbehandlung nicht bereit oder nicht in der Lage sind. Diesen Bemühungen sind allerdings schon deshalb Grenzen gesetzt, weil die betäubungsmittelrechtliche Strafandrohung für den Drogengebrauch und der damit zusammenhängende hohe Preis der Suchtmittel zwangsläufig zur Folge haben, daß die Abhängigen verelenden und straffällig werden. Hinzu kommen erhebliche Gesundheitsschäden durch gefährliche Beimengungen und durch unsaubere Spritzen einerseits sowie durch die drogenbedingt asoziale Lebensweise andererseits. Außerdem führen die Schwierigkeiten der Beschaffung und die Stoffverknappung in immer mehr Fällen zur noch schwerer heilbaren Polytoxikomanie (Vielfachabhängigkeit).

Dies wird von der bisherigen Drogenpolitik hingenommen, weil die Überzeugung besteht, daß die Abhängigen nur durch einen ausreichenden Leidensdruck zur Therapie motiviert werden können. Während man sich bei der großen Mehrheit der Erkrankungen notgedrungen damit zufrieden geben muß, daß die Medizin Krankheiten nur lindern, nicht aber heilen kann, verlangt die Drogenpolitik die Heilung praktisch unter Ausschluß der Linderung. Die Bekämpfung der Drogenabhängigkeit unter dem Aspekt einer erfolgversprechenden AIDS-Prävention wird dadurch erschwert, daß mit fortschreitender psychischer und sozialer Verelendung das Gesundheitsbewußtsein schwindet und die HIV-Infektion um so wahrscheinlicher wird.

Heute gelangt im übrigen die Mehrheit der Patienten in Langzeittherapien auf unfreiwillige Weise dorthin, nämlich durch Therapieauflagen im Rahmen des Strafvollzugs.

6.3 Die Behandlung von Drogenabhängigen mit Methadon

6.3.1 Der Stand der Diskussion

Bei der Diskussion der Methadon-Programme gehen die Meinungen im Streit für und wider die Methadon-Medikation von Drogenabhängigen weit auseinander.

Während die eine Seite in der Einführung von Methadon-Programmen eine staatliche Anerkennung der Sucht sieht und Zweifel am Erfolg solcher Programme äußert, allenfalls die Anwendung in Einzelfällen nur unter strenger ärztlicher Aufsicht zulassen will, ist man auf der anderen Seite bereit, zum Zwecke der Stabilisierung eine kontrollierte Abhängigkeit auf Zeit hinzunehmen, um auf diese Weise der unkontrollierten Folgekriminalität vorzubeugen. Hinzu kommt, daß hierdurch auch der Ausbreitung der HIV-Infektion entgegengewirkt werden könnte. Eine Substitution mit Methadon setzt zunächst auf die soziale Integration.

Die Bedeutung einer sozialen und beruflichen Eingliederung für eine erfolgversprechende Drogen-therapie wird unterstrichen durch die im September 1985 veröffentlichten Untersuchungsergebnisse von Raschke und Schliehe über den Therapieerfolg im Rahmen des „Hammer Modells“.

Die für das Gesundheitswesen zuständigen Minister und Senatoren der Länder (GMK) haben in ihrer Entschließung vom 27. März 1987 die Auffassung vertreten, daß in ärztlich begründeten Einzelfällen bei Drogenabhängigen die Gabe von Betäubungsmitteln unter strenger Kontrolle notwendig sein kann. Solche Fälle sind nach der Stellungnahme des gemeinsamen Arbeitskreises des Wissenschaftlichen Beirates und des Ausschusses „Psychiatrie, Psychotherapie und Psychohygiene“ der Bundesärztekammer (Deutsches Ärzteblatt 85, Heft 5 vom 4. Februar 1988):

- Drogenabhängige mit lebensbedrohlichen Zuständen im Entzug
- Drogenentzug bei schweren konsumierenden Erkrankungen
- Drogenentzug bei opiatpflichtigen Schmerzzuständen
- Drogenabhängige am Ende der Schwangerschaft bzw. unter der Geburt
- drogenabhängige AIDS-Kranke mit fortgeschrittener manifester Erkrankung.

Weitergehende Substitutionsbehandlungen hat der Arbeitskreis abgelehnt. Er hat zugleich die Auffassung vertreten: „Kontrollierte Substitutionsversuche sollten nur zugelassen werden, wenn hohe fachliche Qualifikation der Durchführenden, empirisch wissenschaftliche Qualität der Versuchsplanung und Strenge der Durchführung gesichert sind.“

Der Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen hat demgegenüber in seinem Jahresgutachten 1988 die Meinung geäußert:

„Um wichtige (AIDS-)Infektionswege zu schließen, ist — unter Abwägung der Vor- und Nachteile — für die Risikogruppe der i.v.-Drogenabhängigen auch unvoreingenommen an die Bereitstellung einer Ersatzdrogenbehandlung (Methadon) zu denken. Regional definierte Pilotprojekte, die mit spezifisch auf die jeweilige Klientel zugeschnittenen, durchdachten und begleitenden Programmen arbeiten, haben einen wichtigen Platz (z.B. Modellversuch in Nordrhein-Westfalen zum Einsatz einer Methadon-Therapie für Drogenabhängige...)“.

6.3.2 Methadon — Wirkung und Nebenwirkungen

Methadon ist ein synthetisches Produkt mit morphinähnlicher Wirkung, das während des Zweiten Weltkrieges zur Schmerzstillung entwickelt wurde.

Methadon ist nach der Anlage II zu § 1 Abs. 1 BtMG zwar verkehrsfähig, aber nicht verschreibungsfähig. Anders verhält es sich mit Levomethadon, einem gereinigten und doppelt so stark wirksamen Methadon, das unter dem Handelsnamen L-Polamidon vertrieben wird. Es ist nach der Anlage III zu § 1 Abs. 1 BtMG sowohl verkehrs- als auch verschreibungsfähig.

Methadon bewirkt eine opiatähnliche Abhängigkeit. Seine Eignung als Heroinersatz beruht vor allem darauf, daß eine ausreichende Dosis Methadon das Entstehen des Heroinentzugssyndroms, den Heroinhunger, verhindert. Da die Wirkung des Methadons ca. 24-36 Stunden andauert, genügt — anders als bei Heroin — eine Dosis pro Tag. Diese kann oral eingenommen werden, so daß das gefährliche Injizieren entfällt. Bei Langzeitanwendung mit ausreichender Toleranzbildung wirkt Methadon verhältnismäßig wenig euphorisierend oder sonst bewußtseinsverändernd.

Bei ausreichender Dosierung ist eine Euphorie auch durch zusätzliche Injektionen von Heroin von anderen Substanzen nicht erreichbar. In exakt kontrolliert durchgeführten Methadon-Programmen sind nach

Ansicht der Befürworter die Abhängigen sowohl von ihrer psychischen wie auch ihrer körperlichen Befindlichkeit her in sozialer und beruflicher Hinsicht nicht eingeschränkt.

Nebenwirkungen der Substitutionsbehandlung treten in 30 bis 40% der Fälle auf. Es handelt sich dabei um verhältnismäßig harmlose Erscheinungen wie Schwitzen, Verstopfung, Abnahme der sexuellen Libido und ähnliches, die in aller Regel durch Dosisanpassungen behoben werden können. Vitale Gefährdungen sind selten. Die bekannt gewordenen Todesfälle stammen anscheinend aus nicht ordentlich durchgeführten und nicht kontrollierten Programmen.

Der wesentlichste Nachteil der Substitutionsbehandlung ist der im Vergleich zu Heroin schwierigere Entzug von Methadon.

6.3.3 Zielsetzungen der Methadonbehandlung

Grundgedanke und Zielsetzung der Behandlung von Drogenabhängigen mit Methadon sind darin zu sehen, durch die kontinuierliche Gabe einer entsprechenden Dosis von Methadon eine dauernde Blockade der Opiatrezeptoren zu erreichen und den Hunger nach Heroin zu unterbrechen. Auf diese Weise sollen die typischen Verhaltensweisen der Abhängigen durchbrochen sowie eine Rehabilitation und soziale Wiedereingliederung ermöglicht bzw. erleichtert werden. Dabei wird davon ausgegangen, daß der Einsatz von Methadon über eine bestimmte Phase das Bedürfnis nach der illegalen Droge einschränken kann und schließlich, nachdem soziale Veränderungen erreicht sind, zum völligen Verzicht auf die Droge einschließlich der verordneten Medikamente führt.

Nach dem Krieg wurde Levomethadon in der Bundesrepublik Deutschland zu einem stark verbreiteten Suchtmittel, was nicht zuletzt auf den nicht so scharf kontrollierten Verbrauch während des Zweiten Weltkrieges zurückzuführen war. Der Deutsche Ärztetag 1955 sah sich daher veranlaßt, die ambulante Behandlung von Morphinisten als gegen ärztliche Berufspflichten verstoßend anzusehen. In den folgenden Jahren setzte sich dann die Auffassung durch, daß die Anwendung morphinähnlich wirkender Stoffe zur Behandlung von Drogenabhängigen ärztlich nicht zu begründen sei.

In den USA führt die Enttäuschung über die geringen Erfolgsquoten der Entwöhnungstherapien ab Mitte der 60er Jahre zum zusätzlichen Einsatz von Methadon.

Etwa ab Beginn der 70er Jahre wurde die Methadon-Substitution in der westlichen Welt allmählich zur verbreitetsten Methode. Methadon-Programme gibt es inzwischen in allen westeuropäischen Ländern mit Ausnahme von Norwegen und der Bundesrepublik Deutschland. Auch Österreich hat seinen Widerstand gegen die Methadon-Behandlung inzwischen aufgegeben und sie im Herbst 1987 zugelassen.

6.3.4 Besonderheiten einzelner Substitutions-Programme

Es gibt verschiedene Formen der Substitutionsbehandlung mit Methadon:

- Die Erhaltungsprogramme (maintenance-treatment-programs) begnügen sich mit der dauerhaften Umstellung der Abhängigen auf Methadon.
- Die langfristig auf Heilung der Rauschgiftsucht angelegten Programme (maintenance-to-abstinence-programs) zielen darauf ab, die Drogenabhängigen mit Hilfe von Methadon so zu stabilisieren, daß sie sich aus der Drogenszene lösen, neue soziale Beziehungen aufbauen und sich beruflich rehabilitieren können. Auf diese Weise sollen die Drogenabhängigen besser befähigt werden, sich endgültig aus der Drogensucht zu lösen.
- Die Entgiftungsprogramme (detoxification-programs) setzen Methadon kurzfristig zur Erleichterung des körperlichen Entzugs ein (weicher Entzug).

Für die auf Heilung der Rauschgiftsucht angelegten Substitutions-Programme ist die begleitende psychosoziale Betreuung der Abhängigen unabdingbar. Je nach der individuell unterschiedlichen sozialen Ausgangs- und Entwicklungslage kommt es im wesentlichen darauf an, daß der Patient umfassende Unterstützung zur Selbsthilfe erhält. Das setzt ein hohes Maß an breit angelegter Hilfe und die Vermittlung einer festen Bezugsperson voraus. Eine solche umfassende Hilfe macht eine intensive Zusammenarbeit zwischen den Ärzten und den Drogenhilfen wünschenswert. Die Behandlung darf nicht auf eine bloße Umstellung der Abhängigen auf Methadon hinauslaufen.

Bleibt bei einem Programm die Substitutionsbehandlung auf solche Drogenabhängige beschränkt, die in den herkömmlichen Abstinenztherapien gescheitert sind, so erreicht eine derartige nachrangige medikamentengestützte Rehabilitation nach internationalen Erfahrungen etwa 12 bis 15% der Opiatabhängigen. Davon sind nach fünf Jahren bis zu 40%, also bezogen auf die Gesamtzahl 5 bis 6%, sozial integriert, beruflich rehabilitiert und gänzlich drogenfrei. Weitere 35%, also auf die Gesamtzahl bezogen weitere 4 bis 5%, bessern sich in ihrem sozialen und gesundheitlichen Status deutlich, bleiben aber zum Teil langfristig auf eine Methadonversorgung angewiesen.

6.3.5 Die Rechtslage

Nach § 29 Abs. 1 Nr. 6 BtMG wird mit Freiheitsstrafe bis zu vier Jahren oder mit Geldstrafe bestraft, wer entgegen § 13 Abs. 1 BtMG Betäubungsmittel verschreibt, verabreicht oder zum unmittelbaren Verbrauch überläßt. § 13 Abs. 1 BtMG bestimmt, daß die in der Anlage III bezeichneten Betäubungsmittel, also auch Levomethadon, im Rahmen einer ärztlichen Behandlung nur verschrieben, verabreicht und zum unmittelbaren Verbrauch überlassen werden dürfen, wenn ihre Anwendung (ärztlich) begründet ist und der beabsichtigte Zweck nicht auf andere Weise er-

reicht werden kann. Eine Substitutionsbehandlung mit Levomethadon ist daher nur zulässig, wenn sie den allgemeinen oder überwiegend anerkannten Regeln der ärztlichen Wissenschaft entspricht. Die Praxis orientiert sich deshalb bei der Beurteilung der Zulässigkeit von Substitutionsbehandlungen an den Stellungnahmen der Landesorganisationen, der berufspolitischen Gremien der Ärzteschaft, insbesondere der Ärztekammern, und an Gutachten von Sachverständigen. Die deutschen Standards „ärztlicher Begründetheit“ weichen in dieser Frage von der internationalen Praxis ab.

In der Rechtsprechung ist die Frage der Zulässigkeit von Substitutionsbehandlungen noch nicht abschließend geklärt. Außer einigen Urteilen von Instanzgerichten liegt zu diesem Fragenbereich nur ein Urteil des Bundesgerichtshofs vor (BGHSt 29, 6 = NJW 1979, S. 1943). Der Bundesgerichtshof hat sich in dieser Entscheidung aber nur mit der Frage befaßt, unter welchen Bedingungen ein Arzt ein Betäubungsmittel zur Heilung einer Rauschgiftsucht verschreiben darf. Mit der Frage, ob und unter welchen Voraussetzungen ein Arzt einem Süchtigen ein Betäubungsmittel zur Linderung seiner physischen und psychischen Verelendung verschreiben darf, hat sich der Bundesgerichtshof in seiner Entscheidung nicht befaßt.

Nach Auffassung des Bundesgerichtshofs darf der Arzt zur Heilung einer Rauschgiftsucht kein Betäubungsmittel verschreiben, wenn der Heilzweck auch auf andere, den Patienten weniger gefährdende Weise erreicht werden kann. Außerdem muß der Arzt in jedem Fall durch geeignete Kontrollmaßnahmen Mißbräuchen der Verschreibung entgegenwirken.

Diese Entscheidung wird des öfteren dahin ausgelegt, daß eine Substitution mit L-Methadon grundsätzlich unzulässig sei, weil das Ziel der Heilung der Rauschgiftsucht auch durch das den Patienten weniger gefährdende Mittel der Entwöhnungsbehandlung erreicht werden könne. Dem wird entgegengehalten, daß dies nur für einen Teil der Rauschgiftsuchtigen zutrefte. Für viele von ihnen sei das Postulat der Suchtfreiheit aber zu hoch angesetzt. Das werde durch die geringen Erfolgsquoten der Entwöhnungstherapien bewiesen. Diese therapieunfähigen Abhängigen müßten zunächst durch eine Substitutionsbehandlung stabilisiert und dann soweit als möglich für eine Entwöhnungsbehandlung motiviert werden. Das sei auch unter dem Gesichtspunkt der Linderung ihrer physischen und psychischen Leiden ärztlich vertretbar. Es müsse nur sichergestellt bleiben, daß die Entwöhnungsbehandlung insgesamt das vorrangige Ziel bleibe und daß Mißbräuchen mit allen Mitteln entgegengewirkt werde.

Durch AIDS scheint sich ein Meinungswandel anzubahnen. Während die Bundesärztekammer die Substitution nach wie vor auf AIDS-Kranke im Endstadium beschränken will, nehmen in der täglichen Praxis die Fälle zu, in denen bei AIDS-Kranken in den Anfangsstadien und sogar bei symptomlos HIV-Infizierten substituiert wird. Diese Entwicklung scheint unaufhaltsam. Denn immer mehr Ärzte berufen sich darauf, daß zu ihren Aufgaben nicht nur die Heilung, sondern auch die Linderung von Leiden gehöre. Sie praktizieren die Substitution mit L-Methadon oder mit Codein. Eine ständig zunehmende, nicht durch aus-

reichende psychotherapeutische Begleitangebote und soziale Hilfen abgestützte graue Substitution wird jedoch als Übel angesehen. Vor allem wird geltend gemacht, daß vielen Ärzten die notwendige Erfahrung im Umgang mit Abhängigen fehle.

Auch die Frage, ob HIV-infizierte Drogenabhängige, die der Beschaffungsprostitution nachgehen, substituiert werden dürfen, um ihnen den Ausstieg aus der Prostitution zu erleichtern, ist strittig. Eine pauschale Umstellung auf Methadon erscheint selbst unter dem Gesichtspunkt des rechtfertigenden Notstands (§ 34 StGB) nicht angezeigt. Jede pauschale Umstellung auf Methadon, ohne begleitende ärztliche und psychosoziale Betreuung und umfassende Hilfe zur Selbsthilfe liefe nämlich auf eine Billigsubstitution hinaus, die weder ärztlich vertretbar noch rechtlich zulässig wäre.

6.4 Das wissenschaftliche Erprobungsvorhaben zur medikamentengestützten Rehabilitation bei i.v.-Drogenabhängigen des Landes Nordrhein-Westfalen

Der Zweck des seit dem 21. März 1988 laufenden Erprobungsvorhabens ist es, Erfahrungen mit der Substitution von Opiatabhängigen unter den Bedingungen der Bundesrepublik Deutschland zu gewinnen. Das Erprobungsvorhaben soll keine Wende in der Drogenpolitik, sondern eine Erweiterung des Angebots darstellen.

Die Ziele dieses zusätzlichen Angebots sind:

- die soziale Integration
- die gesundheitliche Stabilisierung
- die berufliche Rehabilitation und auch
- die Opiatfreiheit der Abhängigen.

6.4.1 Rahmenbedingungen

Für das Erprobungsverfahren gelten folgende Rahmenbedingungen:

- Aufnahme von Patienten aufgrund qualifizierter ärztlicher Indikation
- Bewilligung der Aufnahme durch eine Landeskommision unter Mitwirkung der örtlichen Gesundheitsämter
- zentrale Registrierung der teilnehmenden Patienten
- tägliche orale Verabreichung des Levomethadons unter ärztlicher Kontrolle
- regelmäßige, therapeutisch begründete Urinanalysen
- Angebot eines psychosozialen Betreuungsprogramms
- wissenschaftliche Begleitung.

6.4.2 Zulassungsbedingungen

Für *nichtinfizierte* Drogenabhängige gelten folgende Zulassungsbedingungen:

- zwei gescheiterte, mehrmonatige Abstinenztherapien

- mehrjährige Opiatabhängigkeit, keine bestehende Mehrfachabhängigkeit
- Mindestalter 22 Jahre
- keine bestehende unbehandelte Alkoholabhängigkeit
- Teilnahme am Betreuungsprogramm mit dem Ziel der Rehabilitation.

Sind die Drogenabhängigen *HIV-infiziert*, ermäßigt sich das Mindestalter auf 18 Jahre. Außerdem genügen bei ihnen eine gescheiterte mehrmonatige Abstinenztherapie oder mehrere gescheiterte Entzugsverfahren. Bei infizierten drogenabhängigen Prostituierten

wird zusätzlich der Ausstieg aus der Prostitution verlangt.

6.4.3 Durchführung des Erprobungsvorhabens

Das Erprobungsvorhaben wird zunächst in den Städten Bochum, Düsseldorf und Essen durchgeführt. Es ist auf fünf Jahre angelegt. Die Einbeziehung weiterer Städte ist abhängig von ersten Ergebnissen. In jeder Stadt werden bis zu 25 Patienten betreut. Man rechnet damit, daß davon etwa 15 Personen wieder aus dem Programm ausscheiden werden, so daß sich durch Neuaufnahmen pro Stadt eine Gesamtpatientenzahl von etwa 40 Personen ergibt.

II. Auswertungen

1. Neuinfektionen mit dem AIDS-Virus könnten weitgehend verhindert werden, wenn die Abhängigen dazu gebracht würden, nur noch sterile Spritzen zu verwenden und beim Geschlechtsverkehr außerhalb strikter beiderseitiger Treue Kondome zu benutzen. Deshalb muß die Aufklärung der Abhängigen über die Risiken der gemeinsamen Benutzung von Spritzen und des ungeschützten Geschlechtsverkehrs außerhalb von gefestigten monogamen Beziehungen im Vordergrund aller Präventionsbemühungen stehen. Die dazu erforderlichen personellen und materiellen Voraussetzungen müssen bei den Einrichtungen der Drogenhilfe geschaffen bzw. ausgebaut werden.
2. Zur Unterstützung dieser Aufklärungsbemühungen erscheint die Durchführung von Spritzenaustauschprogrammen ein denkbarer Weg. Dabei sollte auch Vorsorge für den Fall getroffen werden, daß Abhängige in der Situation, in der sie dringend die nächste Dosis „brauchen“, nicht mehr über das notwendige Geld für eine sterile Spritze verfügen. Hier müßte die Möglichkeit eröffnet werden, sich kostenlos eine sterile Spritze zu verschaffen.

Eine entsprechende Empfehlung führt zu einem Zielkonflikt mit der bisherigen staatlichen Drogenpolitik.

Die Mehrheit der Kommission ist der Ansicht, daß die mit Spritzenaustauschprogrammen verbundenen Wirkungen und Mißverständnisse in Kauf genommen werden können, um weitere HIV-Infektionen zu vermeiden. Sie hält Spritzenaustauschprogramme für dringend geboten.

Eine Minderheit der Kommission kann sich dieser Empfehlung nicht anschließen. Sie verspricht sich von Spritzenaustauschprogrammen nicht die erwartete Wirkung und räumt demgegenüber dem

zu erwartenden Mißverständnis, der Staat billige den Drogengebrauch, den Vorrang ein. *)

3. Soweit im Strafvollzug der illegale Drogengebrauch nicht völlig unterbunden werden kann und man es auch nicht für vertretbar hält, den Gefangenen sterile Spritzen zu überlassen, wäre es für die Verhütung von Neuinfektionen mit HIV von Vorteil, wenn man den Gefangenen in geeigneter Weise Desinfektionsmittel zugänglich machen würde. **)
4. Die Verwendung von kontaminierten Spritzbestecken könnte weiter vermindert werden, wenn der Besitz von Spritzbestecken entkriminalisiert würde. Abhängige, die bei Überprüfung mit einer Spritze angetroffen werden, müssen mit Durchsuchungen, Vernehmungen und mit einstweiligen Festnahmen rechnen. Deshalb legen sie sich keinen Spritzenvorrat zu, sie sind möglichst nie mit einer Spritze unterwegs und werfen die eigene Spritze nach der Benutzung alsbald weg.

Die Mehrheit der Kommission spricht sich deshalb dafür aus, in das BtMG einen klarstellenden Hinweis aufzunehmen, daß der Besitz von Spritzen und die Abgabe von Spritzen an Betäubungsmittelabhängige nicht rechtswidrig und daher nicht strafbar sind. Sie hält außerdem ein Beweisverwertungsverbot für dringend geboten. Dieses könnte etwa dahinlauten, daß in Ermittlungs- und Strafverfahren nach dem BtMG einem Beschuldigten der Besitz von Spritzen nicht vorgehalten und nicht zu seinem Nachteil verwertet werden darf.

Eine Minderheit der Kommission ist der Ansicht, daß eine dahingehende Änderung des BtMG

*) Minderheitenvotum siehe Abschnitt D, Seite 134

**) Minderheitenvotum siehe Abschnitt D, Seite 134

letztlich auf eine Ausweitung des Drogenmißbrauchs hinausliefe. *)

5. Nach § 29 Abs. 5 BtMG können die Strafverfolgungsbehörden davon absehen, den Erwerb, die Einfuhr und den Besitz geringer Drogenmengen zum Eigenverbrauch zu bestrafen. Als gering in diesem Sinne gelten zwei bis drei Konsumeinheiten. Von den Sachverständigen wurde vorgetragen, daß die Strafverfolgungsbehörden von dieser Befugnis aber nur wenig Gebrauch machten.

Da eine solche Strafverfolgungspraxis die soziale Verelendung der Drogenabhängigen beschleunigen kann und damit die Ansteckungsgefährdung erhöht, empfiehlt die Kommission eine großzügigere Anwendung von § 29 Abs. 5 BtMG. Sollte von diesem Ermessensspielraum auch unter AIDS-präventiven Gesichtspunkten nicht ausreichend Gebrauch gemacht werden, sind weitergehende Überlegungen im Hinblick auf eine Änderung des § 29 Abs. 5 BtMG anzustellen.

6. Um möglichst viele Drogenabhängige vor den sozialen, psychischen und gesundheitlichen Folgen zu bewahren, müssen die Akzeptanz und die Haltekraft der Beratungs- und Behandlungsangebote für i.v.-Drogenabhängige verbessert werden. Zu diesem Zweck muß versucht werden, die Reichweite der Angebote mit dem Ziel zu erweitern, die Betäubungsmittelabhängigen möglichst früh anzusprechen, ihre gesundheitliche Betreuung zu intensivieren, ihre Therapiebereitschaft zu erhöhen und ihnen nach Therapien sowie nach Therapieabbrüchen und Rückfällen beizustehen und sie aufzufangen.

Dazu sollte versucht werden, die Beratungs- und Behandlungsangebote auch im ländlichen Bereich zu verbessern, die Streetworker-Arbeit zu intensivieren sowie in den Szenenbereichen „Drogenstationen“ mit „offenen“ Räumen (Kontaktläden) und vielfältigen Beratungs- und Hilfsangeboten zu schaffen. In ihnen muß den Drogenabhängigen außer der herkömmlichen Beratung auch gesundheitliche Betreuung und Versorgung (von Abszessen usw.) sowie die Möglichkeit geboten werden, dort in Krisensituationen essen, sich waschen und schlafen zu können und in allen Schwierigkeiten Rat und Hilfe zu finden.

Mit dem Ausbau und der entsprechenden Auslegung dieser Einrichtungen könnte zugleich die AIDS-Prävention unter den Drogenbenutzern hinsichtlich der sexuellen Übertragung des Virus wesentlich effektiviert werden.

Ein solch umfassendes Angebot scheitert bisher vor allem an der Finanzierung. Die Drogenarbeit wird bei uns fast ausschließlich über Therapie und Tagessätze finanziert. Eine angemessene Fehlbedarfsfinanzierung ist die Ausnahme. Drogenarbeit einschließlich der Nachsorge nach Therapien, die keine Beratung und Therapie im klassischen Sinn ist, kann deshalb weitgehend nur über Spenden und gelegentliche Zuwendungen finanziert werden. Auf dieser Basis ist eine umfassende

Betreuung nicht möglich. Es muß deshalb ein Weg gefunden werden, für die suchtbegleitende Drogenarbeit eine ausreichende finanzielle Basis zu schaffen. Bis dahin sollte in den Schwerpunkten des Drogengeschehens neben der Streetworker-Arbeit auch der Ausbau von Drogenstationen durch Modellprojekte gefördert werden.

7. Kliniken und Entzugseinrichtungen machen die Aufnahme von Drogenabhängigen zum körperlichen Entzug nicht selten davon abhängig, daß diese in eine Langzeittherapie einwilligen.

Gegen diese Praxis spricht, daß schon der körperliche Entzug als solcher vorteilhaft sein kann. Er bewirkt eine „Herunterdosierung“ und eine gesundheitliche Stabilisierung der Abhängigen. Deshalb sollte zunächst darauf hingewirkt werden, daß für die Entzugswilligen geeignete Plätze in ausreichender Anzahl zur Verfügung stehen.

Ein körperlicher Entzug wird heute nicht mehr in jedem Fall von der vorherigen Einwilligung in eine Langzeittherapie abhängig gemacht. Die Entscheidung über einen Entzug ohne Einwilligung in eine Langzeittherapie sollte nach ärztlicher Beratung pragmatisch und unter dem Gesichtspunkt des Nutzens einer auch nur kurzfristigen Entgiftung für die Motivierung zur AIDS-Prävention getroffen werden.

8. An den allgemeinen Kliniken begegnet man den Drogenabhängigen nicht selten mit Vorbehalten und neigt deshalb eher dazu, die Aufnahme abzulehnen. Auch erfahren die Abhängigen dort nicht selten nur medizinische Betreuung. Viel bedeutsamer ist aber ihre psychische Unterstützung, denn dadurch können dramatische Entwicklungen am besten vermieden werden. Für den körperlichen Entzug sollten deshalb in ausreichendem Maß Spezialeinrichtungen geschaffen werden, in denen die Patienten medizinisch und psychisch betreut werden. Um die Akzeptanz der Entzugsbehandlung zu erhöhen, sollte auch die Möglichkeit eines medikamentengestützten Entzugs (sogenannter weicher Entzug) im Einzelfall genutzt werden.
9. Besonders problematisch ist die Wartezeit nach dem körperlichen Entzug bis zum Beginn der Langzeittherapie. Es ist bisher nicht durchweg gewährleistet, daß alle therapiebereiten Drogenabhängigen während dieser Zeit wenigstens in einem geschützten drogenfreien Raum aufgefangen und betreut werden. Es wäre am sinnvollsten, die zentralen Entzugsstationen so auszubauen, daß die therapiebereiten Drogenabhängigen dort während der Wartezeit betreut werden können.
10. Sehr wichtig wäre es außerdem, die Wartezeit vor Beginn einer Therapie abzukürzen. Zwar bestimmen § 43 Abs. 1 SGB I und § 6 Abs. 2 RehaAnglG, daß beim Zuständigkeitsstreit zwischen Kranken-, Unfall-, Rentenversicherung, Versorgungsverwaltung und Bundesanstalt für Arbeit in Fällen medizinischer Maßnahmen zur Rehabilitation der Träger der Rentenversicherung und in Fällen berufsfördernder Maßnahmen die Bundesanstalt für Arbeit längstens nach Ablauf einer Frist von vier

*) Minderheitenvotum siehe Abschnitt D, Seite 134

bzw. sechs Wochen vorläufige Leistungen zu erbringen haben. Dasselbe bestimmt § 44 BSHG für den Träger der Sozialhilfe. Hat aber der Hilfesuchende einen durchsetzbaren Anspruch auf vorläufige Hilfe gegen einen Träger gemäß §§ 6 Abs. 2 RehaAnglG, 43 Abs. 1 SGB I, darf der Sozialhilfeträger den Hilfesuchenden darauf verweisen. Dieses Instrumentarium ist an sich ausreichend, aber relativ kompliziert und wird deshalb in der Praxis nicht voll genutzt. Das führt dazu, daß vorläufige Hilfeleistungen für therapiebereite Drogenabhängige nur schleppend erbracht werden. Um diesem Mißstand abzuhelpfen, haben die verschiedenen Reha-Träger zum Teil Vereinbarungen über die vorläufige Zuständigkeit getroffen (z.B. Vereinbarung Vorleistung/Drogen, Suchtvereinbarung). Aber auch diese Vereinbarungen greifen zuweilen deshalb nicht, weil einzelne Rehabilitationsträger, so vor allem die Bundesversicherungsanstalt für Angestellte, nur Therapien in ihren eigenen Rehabilitationseinrichtungen finanzieren. Deshalb muß in vielen Fällen zunächst noch geklärt werden, welcher Rehabilitationsträger letztlich zuständig ist. Das hat oft lange Wartezeiten zur Folge. Außerdem führt diese Praxis dazu, daß Drogenabhängige nicht in die Therapieeinrichtung vermittelt werden können, die nach dem Urteil ihrer Berater und nach ihren persönlichen Verhältnissen (räumliche Nähe zur Familie, zu Angehörigen usw.) für sie am geeignetsten wäre. Das wirkt sich natürlich nachteilig auf die Akzeptanz der Therapieangebote aus.

Um dies abzustellen, sollten die zitierten Gesetze so geändert werden, daß die vorläufige Finanzierung von Drogentherapien einem einzigen Kostenträger übertragen wird und daß dieser in allen Fällen sofort leisten muß, ohne Rücksicht darauf, welcher Kostenträger im Endergebnis zuständig ist. Außerdem sollten die Kostenträger gesetzlich verpflichtet werden, Drogentherapien auch außerhalb ihrer eigenen Einrichtungen zu finanzieren, wenn diese staatlich anerkannt sind. Diese Regelung hätte den weiteren Vorteil, daß sie den Drogenberatern die mühsame Suche nach einem Kostenträger abnehmen würde.

11. Nachteilig kann sich auch die Tatsache auswirken, daß einige Rehabilitationsträger, darunter vor allem die Bundesversicherungsanstalt für Angestellte, von allen Drogenabhängigen schon im Bewilligungsverfahren, also noch vor Antritt der Therapie, einen HIV-Antikörpertest verlangen, auch wenn der Test für die Bewilligungsentscheidung als solche noch keine Rolle spielt, weil die Abhängigen noch symptomfrei sind. Die Mitteilung eines positiven Testergebnisses in dieser ungeschützten Situation vor Antritt der Therapie kann dazu führen, daß die Drogenabhängigen völlig demotiviert werden und zu einer Therapie nicht mehr bereit sind. Es wäre deshalb sehr zu begrüßen, wenn die Praxis dahin geändert würde, daß in Bewilligungsverfahren, sofern nicht besondere Gründe vorliegen, kein HIV-Antikörpertest verlangt wird.
12. Ob und gegebenenfalls unter welchen Voraussetzungen die Rehabilitationseinrichtungen von i. v. -

drogensüchtigen Rehabilitanten einen HIV-Antikörpertest verlangen können, ist rechtlich umstritten.

Jedenfalls können Drogenabhängige, die nach Antritt oder während einer Therapie getestet werden, ein positives Testergebnis mit Hilfe ihrer Therapeuten besser verkraften. Das positive Testergebnis kann dann sogar die Therapiemotivation verstärken. Die Bereitschaft, sich während einer Therapie „freiwillig“ testen zu lassen, ist im übrigen ähnlich hoch wie in den Justizvollzugsanstalten.

13. Nach § 1236 RVO brauchen Reha-Träger Leistungen zur Rehabilitation nur zu erbringen, wenn dadurch die Erwerbsfähigkeit der Versicherten wesentlich gebessert oder wieder hergestellt werden kann. Diese Voraussetzung ist nach Auffassung der Reha-Träger bei Versicherten mit manifester AIDS-Erkrankung nicht mehr gegeben. Dasselbe gilt nach ihrer Auffassung bei Versicherten mit den Vorstadien Lymphadenopathie-Syndrom (LAS) und AIDS-related complex (ARC), wenn wegen der Begleit- und Folgesymptome mit der Wiederherstellung ihrer Erwerbstätigkeit nicht mehr gerechnet werden kann. Die Reha-Träger gewähren deshalb solchen nach ihrer Auffassung nicht mehr rehabilitationsfähigen Versicherten auch keine Entwöhnungsbehandlung mehr. Da aber die Drogenarbeit bei uns fast ausschließlich über Therapie- und Tagessätze finanziert wird, können die manifest an AIDS erkrankten Drogensüchtigen auch von den Drogenhilfen nicht mehr therapeutisch betreut werden. Die kranken Drogensüchtigen bleiben deshalb mit ihrer Sucht sich selbst überlassen. Müssen sie beim Fortschreiten der Krankheit das Krankenhaus aufsuchen, werden sie dort – zum Teil großzügig – substituiert, wenn es ihr Zustand erfordert. Die Substitution wird aber durchweg wieder abgebrochen, sobald die Kranken nach dem Abklingen einer opportunistischen Infektion entlassen werden.

Tritt die AIDS-Erkrankung während einer Langzeittherapie auf, wird die Therapie, die durchweg immer nur auf ein Jahr bewilligt wird, nicht mehr verlängert. Die Drogenabhängigen müssen dann entlassen werden und stehen oft hilflos auf der Straße. Den Drogenhilfen fehlen aber die notwendigen Mittel für die sachgemäße Betreuung dieser Fälle. Dieselbe Situation ergibt sich, wenn erkrankte Drogenabhängige während der Therapie im Krankenhaus stationär behandelt werden müssen. In diesen Fällen wird die Therapie mit der Verlegung ins Krankenhaus sofort beendet. Deshalb können die Abhängigen nach der Behandlung nicht wieder in die Therapie zurückkehren. Diese „Betreuungslücke“ sollte schnellstens geschlossen werden. Manifest an AIDS erkrankte Drogensüchtige müssen weiter betreut und für obdachlose AIDS-krankte Drogensüchtige müssen Unterkünfte bereitgestellt werden. Die Betreuung der manifest an AIDS erkrankten Drogensüchtigen wird in manchen Fällen die Substitution mit Ersatzstoffen umfassen müssen. Das Postulat der Suchtfreiheit hat bei totkranken Menschen keinen Sinn mehr. Bei ihnen muß der Gedanke im

Vordergrund stehen, ihnen die letzte Lebensspanne möglichst zu erleichtern.

14. Dieselben Probleme treten bei Drogensüchtigen auf, die während der Haft manifest an AIDS erkranken. Für sie kommt eine Therapie nicht mehr in Betracht, weil sie als nicht mehr rehabilitationsfähig gelten. Da aber andererseits ihr Suchtproblem ungelöst ist, lehnen einzelne Strafvollstreckungsbehörden eine Unterbrechung der Vollstreckung selbst bei desolatem psychischen und körperlichen Zustand der erkrankten Häftlinge unter Berufung auf § 455 Abs. 4 Satz 2 StPO ab. Diese Fälle könnten angemessener gelöst werden, wenn die Strafvollstreckungsbehörden nicht befürchten müßten, daß sich nach der Strafunterbrechung niemand um die an AIDS erkrankten drogensüchtigen Häftlinge kümmert. Auch aus diesem Grund ist die Schaffung entsprechender Betreuungsstrukturen dringend geboten.
15. Eine weitere Problemgruppe sind die drogenabhängigen Schwangeren. Sie werden nicht selten während der Schwangerschaft ohne zusätzliche psychotherapeutische Begleitung substituiert. Nach der Entbindung wird die Substitution dann – wiederum ohne psychotherapeutische Stützung – sofort abgebrochen. Das führt zwangsläufig dazu, daß die Frauen in ihr Suchtverhalten zurückfallen und dann ihre Kinder nicht mehr ausreichend versorgen können. Das ist der falsche Weg. Den drogenabhängigen Frauen darf die Substitution nicht einfach „übergestülpt“ werden, sondern ihnen muß zunächst eine intensive Betreuung angeboten werden. Das ist auch deshalb wichtig, weil die Schwangerschaft bei den Frauen nicht selten den Wunsch verstärkt, sich aus der Drogensucht zu lösen und mit dem Kind ein „neues Leben“ zu beginnen. Erst wenn sich trotz intensiver Betreuung ergibt, daß die Schwangere ohne Substitution nicht auskommt, ist die Substitution mit Ersatzmitteln angezeigt. Diese darf dann aber nach der Entbindung nicht abrupt abgebrochen, sondern muß weiter fortgesetzt werden, solange befürchtet werden muß, daß die Frauen ohne diese Hilfe ihre Kinder nicht versorgen können.
16. Schwierig ist auch der Umgang mit drogensüchtigen HIV-infizierten Prostituierten und Strichern, die der Beschaffungsprostitution nachgehen. Die sich in diesem Zusammenhang ergebenden Rechtsfragen sind weitgehend ungeklärt und werden kontrovers diskutiert.

Eine Stellungnahme der Kommission bleibt dem Schlußbericht vorbehalten.

Selbstverständlich gehört zu einer erfolgversprechenden AIDS-Prävention im Prostituierten- und Stricherbereich in erster Linie eine nachhaltige Aufklärung. Hinzukommen muß ein entsprechendes Angebot an Ausstiegshilfen und eine umfassende beratende und suchtbegleitende Betreuung. Hierbei kommt auch eine Substitution mit Ersatzstoffen unter den unten (18) dargelegten Voraussetzungen in Betracht. Die Verhütung der HIV-Infektion im Bereich der Prostitution muß

auch nachhaltige Aufklärung der Freier zum Inhalt haben, daß die Gesundheitsbehörden nicht für AIDS-freie Prostituierte und Stricher garantieren können.

17. Im Zusammenhang mit § 203 StGB und § 53 StPO stellt sich die Frage, inwieweit (ehrenamtliche) Drogen- und AIDS-Berater der Schweigepflicht unterworfen sein bzw. ein Zeugnisverweigerungsrecht haben sollen. Die hier anstehenden Fragen sind klärungsbedürftig. Eine Stellungnahme bleibt dem Schlußbericht der Kommission vorbehalten.
18. Es war bisher schon notwendig und üblich, schwer kranke Drogenabhängige und Schwangere zu substituieren. Durch AIDS sind neue Gruppen hinzugekommen, bei denen sich in vielen Fällen eine Substitution nicht umgehen läßt, nämlich die nicht mehr rehabilitationsfähigen manifest an AIDS erkrankten Drogenabhängigen (vgl. oben 13 und 14) und die HIV-infizierten drogenabhängigen Prostituierten und Stricher (vgl. oben 16).

Das wird den Druck der an AIDS erkrankten und mit HIV-infizierten Drogenabhängigen auf die Ärzte verstärken, ihnen durch Substitution mit Ersatzmitteln zu helfen. Es ist deshalb unvermeidlich, daß die „graue“ Substitution zunehmen wird. Der einzelne Arzt ist aber nicht selten mit der Substitution von Drogenabhängigen überfordert, ganz abgesehen davon, daß vielen Ärzten dafür die notwendige Erfahrung im Umgang mit Abhängigen fehlt. Deshalb sollte man für die erwähnten Fälle und für solche AIDS-gefährdeten Drogenabhängigen, denen mit den herkömmlichen Therapien nicht geholfen werden kann, ein strukturiertes und ärztlicherseits streng kontrolliertes Substitutionsangebot schaffen, das organisch in die übrige Drogenarbeit eingefügt sein muß.

Dafür eignen sich die oben (vgl. oben 6) vorgeschlagenen Drogenstationen am besten. Sie sollten möglichst in Zusammenarbeit mit Institutionen und Ärzten aufgebaut werden, die schon jetzt Erfahrungen in der Drogenarbeit haben. Außerdem muß durch Fortbildungsmaßnahmen dafür gesorgt werden, daß die Mitarbeiter der Drogenstationen und die mit ihnen zusammenarbeitenden Ärzte in die besonderen Probleme der Substitutionsbehandlung von Drogenabhängigen eingewiesen werden. Ein so geschultes Team kann unter fachlicher Anleitung und Aufsicht eines sachkundigen Arztes am besten darüber entscheiden, welche Therapie für den einzelnen Drogenabhängigen am geeignetsten ist: eine stationäre oder ambulante Entwöhnungstherapie oder zunächst eine Substitutionsbehandlung. Können die Drogenabhängigen nicht sofort für eine Entwöhnungstherapie motiviert werden, müssen die Substitutionsbehandlungen ärztlicherseits streng kontrolliert und etwaige Rückfälle therapeutisch aufgearbeitet werden. Gleichzeitig muß den Drogenabhängigen durch entsprechende Hilfen und durch intensive therapeutische Begleitung bei ihrer gesundheitlichen, psychischen und sozialen Konsolidierung geholfen werden. Dabei darf das

Ziel nicht aus dem Auge verloren werden, die Abhängigen nach ihrer Konsolidierung für eine Entwöhnungstherapie zu motivieren.

Wenn die Substitutionsbehandlung auf diese Weise in die Gesamtarbeit der Drogenstationen eingebunden wird, ist sie keine echte Konkurrenz für die Entwöhnungstherapien, sondern ein zusätzliches Angebot für solche Drogenabhängigen, die mit dem Postulat der absoluten Suchtfreiheit – zunächst – überfordert sind und die ohne das zusätzliche Substitutionsangebot völlig verelenden würden und dadurch besonders AIDS-gefährdet sind.

Die unmittelbaren Vorteile einer derartigen Substitutionsbehandlung sind:

- Eine auffallende Verbesserung des Gesundheitsbewußtseins und des allgemeinen Gesundheits- und Ernährungszustandes der Drogenabhängigen. Wenn es zu Rückfällen kommt, sind die substituierten Drogenabhängigen in der Lage, im Bewußtsein des Risikos zu spritzen und ein Infektionsrisiko zu vermeiden.
- Der durch den „Drehtüreffekt“ von Strafbarkeit/Freiheitsentzug/Langzeittherapie/Rückfall verursachten progressiven Verelendung wird entgegengewirkt. Der Zwang zur Beschaffungskriminalität und zur Beschaffungsprostitution wird gemildert. Manchem Abhängigen wird ein Weg eröffnet, sich aus der Drogenszene zu lösen und sich sozial zu stabilisieren.

Die Argumente gegen die Substitution beziehen sich zum Teil auf Substitutionsangebote ohne ausreichende Kontrolle und psychotherapeutische Begleitung.

Die Gegner der Substitution verweisen vor allem darauf, daß die Prävalenz von AIDS unter den i.v.-Drogenabhängigen in Ländern mit Substitutionen keinesfalls geringer und zum Teil sogar höher ist als bei uns. Zum Teil handelt es sich aber um Länder mit Billigsubstitutionen ohne ausreichende Kontrolle und psychotherapeutische Begleitung. In anderen Ländern ist die Substitution bisher durchweg nur als letztes Mittel bei solchen Drogenabhängigen eingesetzt worden, die sich als therapieunfähig erwiesen hatten. Das ist für die AIDS-Prävention zu spät.

Ein gewichtiges Argument gegen die Substitution ist die gesicherte Erkenntnis, daß die Ersatzdroge Methadon schwieriger zu entziehen ist als Heroin. Dieser Nachteil kann jedoch zur Vermeidung von HIV-Infektionen hingenommen werden, solange die Substitution auf einer ärztlichen Entscheidung im Einzelfall beruht und ärztlicherseits streng kontrolliert wird.

Gegen die Substitution wird auch eingewandt, daß mit Methadon nicht alle Betäubungsmittel substituiert werden können und daß polytoxikomane Abhängige für eine Substitution nicht

in Betracht kommen. Außerdem wird darauf verwiesen, daß es trotz der Substitution zu Rückfällen kommt, weil die Ersatzmittel nur den Opiathunger, nicht aber auch den „Rauschhunger“ stillen. Die mit diesen Einwänden angesprochenen Fragen der Diagnose und des Umgangs mit Rückfällen stellen sich aber bei jeder Therapie.

Das vorgeschlagene Modell, die Substitution in „Drogenstationen“ zu verankern, ist dafür die beste Lösung. Um bei Substitutionsbehandlungen Komplikationen durch Rückfälle zu vermeiden, sind regelmäßige Urinkontrollen notwendig. Im übrigen müssen Rückfälle wie auch sonst therapeutisch aufgefangen und bearbeitet werden. Für die AIDS-Prävention fällt vor allem ins Gewicht, daß bei substituierten Drogenabhängigen die Frequenz des i.v.-Drogenmißbrauchs auf jeden Fall erheblich abnimmt, und daß die Abhängigen, wie schon erwähnt, infolge der Substitution bei etwaigen Rückfällen „risikobewußter“ spritzen können. Solche Einrichtungen können bei entsprechender Ausstattung und Auslegung auch einen wichtigen Beitrag zur Effektivierung der AIDS-Prävention hinsichtlich der sexuellen Übertragung leisten.

Der immer wieder beschworenen Gefahr, daß durch die Substitutionsbehandlung ein Methadon-Schwarzmarkt entstehen könnte, kann man dadurch begegnen, daß das Ersatzmittel konsequent rationiert und nur in Trinksäften aufgelöst abgegeben und die Einnahme kontrolliert wird. Außerdem muß durch ein Kontrollsystem sichergestellt werden, daß sich Abhängige nicht gleichzeitig von mehreren Stellen substituieren lassen.

Die Gefahr, daß therapiefähige Drogensüchtige durch Substitutionsprogramme davon abgehalten werden können, sich einer Entwöhnungstherapie zu unterziehen, ist nicht von der Hand zu weisen. Eine ähnliche Situation besteht aber schon jetzt aufgrund der Konkurrenz zwischen den stationären und den ambulanten Therapieangeboten. Manche Drogensüchtige versuchen es zunächst mit einer ambulanten Therapie, obwohl diese für sie ungeeignet ist. Das Problem kann am besten durch eine sachgemäße Beratung und Betreuung der Abhängigen gelöst werden. Diese ist bei dem vorgeschlagenen Modell am ehesten gewährleistet.

Da die Zeit drängt, sollte das vorgeschlagene Substitutionsmodell möglichst bald verwirklicht werden. Eine Beschränkung des Modells auf einige wenige Versuchsprojekte erscheint nicht empfehlenswert, weil das einen erheblichen Zulauf auslösen würde, der eine sachgemäße Umsetzung des Programms verhindern würde. Sehr wichtig wäre es auch, die Auswirkungen des Programms von Anfang an durch ein wissenschaftliches Begleitprogramm auszuwerten.

III. Empfehlungen

Die Kommission empfiehlt dem Deutschen Bundestag, die Bundesregierung zu ersuchen und entsprechende Anregungen an die Länder weiterzuleiten:

6.5 Zur allgemeinen Gesundheitspolitik

6.5.1

In den Informationsmaterialien ist eindringlich darauf hinzuweisen, daß die gemeinsame Benutzung von Spritzen und Spritzbestecken das Hauptübertragungsrisiko bei Opiatabhängigen darstellt.

6.5.2

Zur Unterstützung dieser Aufklärungsbemühungen sollten Spritzenaustauschprogramme mit der Möglichkeit von kostenlosen Spritzenabgaben durchgeführt werden.

6.5.3

Staatliche und nichtstaatliche Institutionen der Drogenhilfe sollten so ausgestattet und ausgelegt werden, daß sie die für sie neuen Aufgaben in der AIDS-Prävention hinsichtlich der sexuellen Übertragung bei den von ihnen Beratenen wirksam erfüllen können.

6.5.4

Im Strafvollzug sollten zur Verhütung von Neuinfektionen den Gefangenen in geeigneter Weise Desinfektionsmittel zur Verfügung gestellt werden.

6.5.5

In das BtMG sollte ein klarstellender Hinweis aufgenommen werden, daß der Besitz von Spritzen und die Vergabe von Spritzen an Betäubungsmittelabhängige nicht rechtswidrig und daher nicht strafbar sind. Außerdem sollte von einem Beweisverwertungsverbot ausgegangen werden.

6.5.6

Die Strafverfolgungsbehörden sollten § 29 Abs. 5 BtMG großzügiger anwenden.

6.5.7

Die Akzeptanz und Haltekraft der Beratungs- und Behandlungsangebote sollten auch im ländlichen Bereich verbessert werden, die Streetworker-Arbeit und andere niederschwellige Angebote intensiviert sowie in den Szenenbereichen „Drogenstationen“ mit „offenen“ Räumen (Kontaktläden) und vielfältigen Beratungs- und Hilfsangeboten geschaffen werden, wobei in den Schwerpunkten des Drogengeschehens neben der Streetworker-Arbeit auch der Ausbau von Drogenstationen durch Modellprojekte gefördert werden soll. Zur Absicherung dieser suchtbegleitenden Drogenarbeit ist eine ausreichende ergänzende Fehlbedarfsfinanzierung erforderlich. Um Verzögerungen zu vermeiden, sollte sofort, zumindest in den Brennpunkten des Drogengeschehens, neben der Streetworker-Arbeit auch der Ausbau von Drogenstationen durch Modellprojekte gefördert werden.

6.5.8

Für den körperlichen Entzug sollten in ausreichendem Maß Spezialeinrichtungen geschaffen werden, in denen die Patienten medizinisch und psychisch betreut sowie auch die Möglichkeiten eines medikamenten-gestützten Entzugs (sogenannter weicher Entzug) im Einzelfall genutzt werden, um die Akzeptanz der Entzugsbehandlung zu erhöhen.

6.5.9

Die zentralen Entzugsstationen sollten so ausgebaut werden, daß die Drogenabhängigen dort während der Wartezeit nach dem körperlichen Entzug bis zum Beginn der Therapie aufgefangen und betreut werden können.

6.5.10

Die entsprechenden Gesetzesvorschriften sollten dahingehend geändert werden, daß die vorläufige Finanzierung von Drogentherapien einem einzigen Kostenträger übertragen wird und dieser in allen Fällen sofort leisten muß, ohne Rücksicht darauf, welcher Kostenträger im Endergebnis zuständig ist. Außerdem sollten die Kostenträger verpflichtet werden, Drogentherapien auch außerhalb ihrer eigenen Einrichtungen zu finanzieren, wenn diese staatlich anerkannt sind.

6.5.11

Die bisherige Praxis sollte dahingehend geändert werden, daß im Bewilligungsverfahren, sofern nicht besondere Gründe vorliegen, kein HIV-Antikörpertest verlangt wird.

6.5.12

Den Drogenhilfen muß es durch eine entsprechende Fehlbedarfsfinanzierung ermöglicht werden, HIV-infizierte und an AIDS-erkrankte Drogenabhängige, die als nicht mehr rehabilitationsfähig gelten, weiter zu betreuen und für sie, wenn sie obdachlos sind, Unterkünfte bereitzustellen.

6.5.13

Bei substituierten drogenabhängigen Frauen soll nach der Entbindung – wenn eine Motivation zum Entzug nicht gegeben ist die Möglichkeit zur Fortsetzung der Substitution eröffnet werden.

6.5.14

Hinsichtlich einer erfolgversprechenden AIDS-Prävention im Prostituierten- und Stricherbereich sollte in den Informationsmaterialien nachhaltige Aufklärung betrieben und Ausstiegshilfen sowie beratende und suchtbegleitende Betreuung angeboten werden.

6.6 Zur Substitution von HIV-infizierten und AIDS-kranken Drogenabhängigen sowie von solchen HIV-gefährdeten Drogenabhängigen, denen mit herkömmlicher Therapie nicht geholfen werden kann

Die auch aus rechtlichen Gründen bestehenden Bedenken gegen Methadon-Substitutionsprogramme schließen nicht aus, daß im begründeten Einzelfall die Abgabe von Levomethadon an Drogenabhängige medizinisch indiziert ist. Voraussetzung dafür ist die Einhaltung folgender Regeln:

6.6.1

Die Substitution darf nur auf Grund einer begründeten Indikation im Einzelfall und nur unter Aufsicht eines in der Drogentherapie erfahrenen Arztes durchgeführt werden.

6.6.2

Durch gründliche Voruntersuchung muß sichergestellt sein, daß tatsächlich eine schwere Opiatabhängigkeit vorliegt. Nichtabhängige und Patienten mit gelegentlichem Opiatmißbrauch sind durch die Voruntersuchung auszuschließen.

6.6.3

Voraussetzung der Substitutionsbehandlung ist die ärztliche Feststellung im Einzelfall, daß weitere Versuche einer Abstinenzbehandlung aussichtslos sind.

6.6.4

Es müssen regelmäßig Urinkontrollen auf Suchtstoffe in der Untersuchungsphase und während der Behandlung vorgenommen werden.

6.6.5

Während der Behandlung muß die tägliche Verabreichung einer nicht injizierbaren Trinklösung von Levomethadon unter Aufsicht sichergestellt sein.

6.6.6

Im Rahmen der Substitution muß eine adäquate Begleitbehandlung in Form von Sozialberatung und Betreuung, beruflichen Eingliederungshilfen und Psychotherapie stattfinden.

6.6.7

Es müssen Krankengeschichten geführt werden, die Basis einer medizinischen und psychosozialen Betreuung sein können sowie Doppelbehandlungen verhindern, wobei die Schweigepflicht zu berücksichtigen ist.

6.6.8

Wiederholter zusätzlicher Gebrauch anderer Suchtstoffe während der Substitution hat den Abbruch der Levomethadonbehandlung zur Folge. Zuvor ist die Beratung zu intensivieren.

6.6.9

Für HIV-infizierte und an AIDS erkrankte Drogenabhängige sowie für solche HIV-gefährdete Drogenabhängige, denen mit herkömmlichen Therapien nicht geholfen werden kann, sollte ein strukturiertes und ärztlicherseits streng kontrolliertes Substitutionsangebot geschaffen werden, das organisch in die übrige Drogenarbeit eingefügt sein muß.

6.6.10

Die Auswirkungen solcher Angebote sollten von Anfang an durch ein wissenschaftliches Begleitprogramm ausgewertet werden.

6.6.11

Substitutionsangebote sollten in ausreichender Zahl vorhanden und gut erreichbar sein.

ABSCHNITT D

Minderheitenvoten zum 1. Kapitel „AIDS und Gesellschaft“

Die Fraktion DIE GRÜNEN zu I.1.2, Seite 27

Formulierungen, die Worte wie „Seuche“, „Durchseuchung“ oder „Epidemie“ enthalten, werden von der Fraktion DIE GRÜNEN grundsätzlich abgelehnt, weil sie geeignet sind, in unangemessener Weise eine übergroße Gefährdung der Bevölkerung durch AIDS zu unterstellen und die Krankheit zu dämonisieren und damit als Legitimation für staatliche Zwangsmaßnahmen zu dienen.

Die Fraktion DIE GRÜNEN zu I.1.2.4, Seite 29

Die Fraktion DIE GRÜNEN stellt fest, daß die Bereitschaft zu sinnvollem präventiven Verhalten unabhängig von der Durchführung und dem Ergebnis eines HIV-Antikörpertests ist, sondern von dem Grad des bewußten Umganges mit Risikosituationen abhängt.

Das Wissen um die Übertragungswege und die Schutzmöglichkeiten und das eventuelle Ziehen von Konsequenzen für das eigene Verhalten werden zum großen Teil durch die Qualität der Information und der einfühlsamen Beratung mitbestimmt. Ob und welche präventiven Maßnahmen der einzelne Mensch ergreift, liegt in dessen persönlicher Verantwortung.

Die Fraktion DIE GRÜNEN zu I.1.3.3.2, Seite 30

Die Fraktion DIE GRÜNEN geht davon aus, daß umfassende unterstützende Hilfeleistungen für von HIV und/oder AIDS Betroffene jede Form staatlicher Eingriffsmaßnahmen überflüssig machen. Die Anwendung staatlicher Maßnahmen kann grundsätzlich keinen positiven Einfluß auf das selbstverantwortliche Verhalten der Menschen, die „at risk“ leben, haben.

Minderheitenvoten zum 2. Kapitel „Das Krankheitsbild von AIDS“

Frau Becker, Bruns, Abg. Frau Conrad (SPD), Riehl, Rosenbrock, Abg. Frau Schmidt (SPD), Abg. Frau Wilms-Kegel (DIE GRÜNEN) zu I.2.1.3, Seite 43:

Die Ergebnisse der beschreibenden Epidemiologie deuten jedoch nicht darauf hin, daß dies ein relevanter Übertragungsweg ist.

Die Fraktion DIE GRÜNEN zu II.2.6.2, Seite 51:

Anstelle des jetzigen Textes soll es wie folgt heißen:

Die optimale medizinische Versorgung von LAS/ARC- und AIDS-Kranken erfordert spezielle Kenntnisse und Erfahrungen. Deshalb fordern DIE GRÜNEN eine ausreichende Zahl von Spezialambulanzen in Anlehnung an bestehende Krankenhäuser. Diese Ambulanzen müssen neben den schon bestehenden Universitätsklinik-Ambulanzen verstärkt dezentral an gemeindenahen und Kreiskrankenhäusern eingerichtet und gefördert werden. Sie sollen auch als Referenzzentren dienen können.

Diese Ambulanzen dürfen nicht als „Datensammelstelle“ zur systematischen Erfassung und Registrierung Seropositiver, LAS/ARC- und AIDS-Kranker und zu epidemiologischen Zwecken mißbraucht werden. Eine besondere Aufgabe der geschilderten Ambulanzen ist die antivirale Behandlung der HIV-Infektion (zum Beispiel mit Azidothymidin).

Die ambulante Erprobung neuer eingreifender Therapien gehört in die Hand von Forschungseinrichtungen mit adäquatem Hintergrund an apparativen Möglichkeiten und wissenschaftlicher Erfahrung. Die Behandlung und Betreuung von AIDS-Kranken stellt besondere Anforderungen an die Helfenden, weshalb neue Wege einer sich anpassenden Mischform zwischen ambulanter und stationärer Versorgung zu finden sind. Die vorhandene Kooperation von medizinischer, pflegerischer und betreuender Kompetenz bedarf des weiteren Ausbaus. Hierbei sind neben dem medizinischen und dem nicht-medizinischen Personal auch Sozialarbeiter, Psychologen und freiwillige Helfer, wie zum Beispiel die AIDS-Hilfen, mit einzubeziehen.

Die Fraktion DIE GRÜNEN zu II.2.6.6, Seite 52:

Streichen ab „Notwendig ...“ bis „... Forschung.“, dafür:

Die Fraktion DIE GRÜNEN lehnt jegliche Erforschung oder Analyse der Kosten ab, die ein HIV-Infizierter oder AIDS-Kranker im ambulanten oder stationären medizinischen Bereich, im Betreuungsbereich, im Versicherungsbereich und im betrieblichen Bereich verursacht.

Eine derartige Analyse oder Erforschung kann für die Betroffenen nicht hilfreich sein. Finanzielle Erwägungen dürfen kein Argument für Sonderregelungen

oder gegen eine angemessene Versorgung von HIV-Positiven und AIDS-Kranken sein.

Die Fraktion DIE GRÜNEN zu II.2.7, Seite 52:

Sämtliche Forschungsvorhaben dürfen nur mit umfassend informierten Freiwilligen durchgeführt werden.

Frau Becker, Rosenbrock, Abg. Frau Wilms-Kegel (DIE GRÜNEN) zu II.2.7.1, Seite 53:

Zusatz wie folgt:

Selbstverständlich dürfen diese Untersuchungen nur in streng definierten Kollektiven von Freiwilligen durchgeführt werden.

Frau Becker und die Fraktion DIE GRÜNEN zu II.2.7.13, Seite 54:

Als zusätzlicher Unterpunkt soll folgendes aufgeführt werden:

2.7.13

Derzeit ist nicht bekannt, ob naturheilkundliche Arzneimittel als unterstützende Therapie bei ARC, LAS und AIDS geeignet sind. Die Erforschung dieses Gebietes wurde bisher völlig vernachlässigt.

Die Fraktion DIE GRÜNEN zu III.2.8.3, Seite 54:

Die Fraktion DIE GRÜNEN hält die Einrichtung von Spezialambulanzen zur optimalen medizinischen Versorgung LAS/ARC- und AIDS-Kranker für erforderlich. Diese Ambulanzen müssen verstärkt dezentral an gemeindenahen und Kreiskrankenhäusern, nicht aber in Anlehnung an Praxisgemeinschaften eingerichtet und gefördert werden. Diese Ambulanzen dürfen nicht als „Datensammelstelle“ zur systematischen Erfassung und Registrierung Seropositiver, LAS/ARC- und AIDS-Kranker und zu epidemiologischen Zwecken mißbraucht werden.

Die Fraktion DIE GRÜNEN zu III.2.8.6, Seite 54:

Neue Mischformen ambulanter und stationärer Versorgung von LAS/ARC- und AIDS-Kranken sind zu erarbeiten, wobei die Entwicklung insbesondere in Zusammenarbeit mit Betroffenen und deren Betreuerinnen und Betreuern zu erfolgen hat.

Die Fraktion DIE GRÜNEN zu II.2.8.9, Seite 55:

Die Fraktion DIE GRÜNEN lehnt jegliche Erforschung oder Analyse der Kosten ab, die ein HIV-Infizierter oder AIDS-Kranker im ambulanten oder stationären medizinischen Bereich, im Betreuungsbereich, im Versicherungsbereich und im betrieblichen Bereich verursacht. Eine derartige Analyse oder Erforschung kann für die Betroffenen nicht hilfreich sein. Finanzielle Erwägungen dürfen kein Argument für Sonderregelungen oder gegen eine angemessene Versorgung von HIV-positiven AIDS-Kranken sein.

Die Fraktion DIE GRÜNEN zu III.2.9, Seite 55:

Nach dem Satz, der mit „...anzuregen:“ endet, sollen folgende zwei Sätze zusätzlich aufgeführt werden:

Selbstverständlich sind Forschungen, die am Menschen durchgeführt werden müssen, unter Berücksichtigung aller ethischen und rechtlichen Bedingungen vorzunehmen.

Sämtliche Forschungsvorhaben dürfen nur mit umfassend informierten Freiwilligen durchgeführt werden.

Frau Becker und die Fraktion DIE GRÜNEN zu III.2.9.13, Seite 56:

Als zusätzlicher Unterpunkt soll folgendes aufgeführt werden:

2.9.13

Erforschung der unterstützenden Therapien, insbesondere durch die Naturheilkunde. Auch in diesem Fall muß die absolute Freiwilligkeit gewährleistet sein.

Minderheitenvoten zum 3. Kapitel „Übertragungswege aus heutiger Sicht“

Die Fraktion DIE GRÜNEN zu I., Seite 58:

Ersatz für die Absätze „Epidemiologisch gesichert...“ bis „...Kleidungsstücke“:

Die Möglichkeit einer HIV-Übertragung durch Speichel, Tränenflüssigkeit, Schweiß, Urin, Darminhalt, Stiche blutsaugender Insekten, alltägliche soziale Kontakte im Haushalt, bei der Arbeit, in der Schule, bei gesellschaftlichen Zusammenkünften, durch Nahrungsmittel, Trinkwasser, gemeinsame Benutzung von Toiletten, Schwimmbädern, Eß- und Trinkgeschirr sowie anderen Gegenständen des täglichen Gebrauchs wie Telefon oder Kleidungsstücke ist, wie die bisherigen Ergebnisse der beschreibenden Epidemiologie zeigen, ausgeschlossen.

Frau Becker, Bruns, Abg. Frau Conrad (SPD), Abg. Großmann (SPD), Riehl, Rosenbrock, Abg. Frau Schmidt (SPD), Abg. Frau Wilms-Kegel (DIE GRÜNEN) zu I.3.1, Seite 58:

Streichen des letzten Satzes des vierten Absatzes und dafür:

Die Kommissionsmitglieder Frau Conrad, Frau Becker, Bruns, Großmann, Riehl, Rosenbrock, Frau Schmidt und Frau Wilms-Kegel sind aufgrund einer Auswertung aller dazu bekannt gewordenen Studien der Meinung, daß das Ansteckungsrisiko als „verschwindend gering“ eingestuft werden kann. Nach ihrer Einschätzung liegt die Gefahr, sich oder andere bei Techniken von oralem Sex zu infizieren, bei Null oder doch zumindest unterhalb solcher Gefahren, die im allgemeinen als „normale Lebensrisiken“ hingenommen werden. Sie ziehen daraus den Schluß, daß nicht mehr allgemein vor genital-oralem Verkehr gewarnt werden sollte, sondern lediglich davor, vaginal-orale Verkehr während der Menstruation zu betreiben, beziehungsweise beim penis-orale Verkehr in den Mundraum zu ejakulieren. So wird in anderen Ländern, zum Beispiel der Schweiz und den Niederlanden verfahren.

Abg. Eimer (FDP) zu I.3.1, Seite 58:

Zusatz zum fünften Absatz:

Abg. Eimer (FDP) bezweifelt, daß aus der Tatsache, daß eine Infektion trotz Anwendung von Kondomen nicht nachgewiesen sei, der Umkehrschluß gezogen werden kann, nach dem Ansteckungsgefahr nur „nicht ausgeschlossen“ werden kann. Die Tatsache von Materialfehlern, Anwendungsfehlern und medizinisch denkbaren Übertragungswegen über intensive Schleimhautkontakte – ebenso wie die relativ hohe Zahl von Schwangerschaften trotz Kondombenutzung – relativiert die Sicherheit von Kondomen.

Frau Becker, Bruns, Abg. Frau Conrad (SPD), Abg. Großmann (SPD), Riehl, Rosenbrock, Abg. Frau Schmidt (SPD) und Abg. Frau Wilms-Kegel (DIE GRÜNEN) zu I.3.6, Seite 60:

Einfügen des folgenden Satzes nach dem ersten Absatz:

Die Kommissionsmitglieder Frau Conrad, Frau Becker, Bruns, Großmann, Riehl, Rosenbrock, Frau Schmidt und Frau Wilms-Kegel weisen darauf hin, daß in allen bekannt gewordenen Fällen von Blutkontakten mit nachfolgender Infektion dem medizinischen Personal bekannt war, daß die Patienten infiziert waren.

Die Fraktion DIE GRÜNEN zu II.3.11.3, Seite 61:

Formulierungen, die Worte wie „Seuche“, „Durchseuchung“ oder „Epidemie“ enthalten, werden von der Fraktion DIE GRÜNEN grundsätzlich abgelehnt, weil sie geeignet sind, in unangemessener Weise eine übergroße Gefährdung der Bevölkerung durch AIDS zu unterstellen und die Krankheit zu dämonisieren und damit als Legitimation für staatliche Zwangsmaßnahmen zu dienen.

Die Fraktion DIE GRÜNEN zu II.3.11.9, Seite 62:

Die Fraktion DIE GRÜNEN lehnt jegliche systematische Erforschung spezieller Praktiken des Sexualverhaltens als unzulässigen Eingriff in die Privatsphäre der Menschen entschieden ab. Neben der Frage, wem zusätzliches Wissen über die Ausübung von Sexualpraktiken nutzt, muß bezweifelt werden, daß durch intime Kenntnisse adäquatere und praktikablere Präventionsempfehlungen zu entwickeln sind, als sie heute schon bestehen.

Forschungsergebnisse aus dieser Zielsetzung heraus führen zu verstärkter Manipulation und Bevormundung der sexuell aktiven Menschen.

Die Fraktion DIE GRÜNEN zu III.3.13.11 und III.3.13.12, Seite 63:

Die Fraktion DIE GRÜNEN lehnt jegliche systematische Erforschung spezieller Praktiken des Sexualverhaltens auch im Hinblick auf den Gefährdungsgrad unterschiedlicher Sexualpraktiken und die Material-sicherheit von Kondomen als unzulässigen Eingriff in die Privatsphäre der Menschen entschieden ab.

Neben der Frage, wem zusätzliches Wissen über die Ausübung von Sexualpraktiken nutzt, muß bezweifelt werden, daß durch intime Kenntnisse adäquatere und praktikablere Präventionsempfehlungen zu entwickeln sind, als sie heute schon bestehen.

Forschungsergebnisse aus dieser Zielsetzung heraus führen zu verstärkter Manipulation und Bevormundung der sexuell aktiven Menschen.

Minderheitenvoten zum 4. Kapitel „Epidemiologie“

Die Fraktion DIE GRÜNEN zu I.4.2, Seite 65:

Formulierungen, die Worte wie „Seuche“, „Durchseuchung“ oder „Epidemie“ enthalten, werden von der Fraktion DIE GRÜNEN grundsätzlich abgelehnt, weil sie geeignet sind, in unangemessener Weise eine übergroße Gefährdung der Bevölkerung durch AIDS zu unterstellen und die Krankheit zu dämonisieren und damit als Legitimation für staatliche Zwangsmaßnahmen zu dienen.

Die Fraktion DIE GRÜNEN zu I.4.2, Seite 66:

Nach dem Abschnitt, der mit „...verlässlicher Daten.“ endet, sollen folgende Sätze zusätzlich aufgeführt werden:

Die systematische Erarbeitung verlässlicher Daten im Zusammenhang mit der Epidemiologie der HIV-Infektion kann geradezu als Aufforderung zu Kontrolle und Überwachung HIV-Infizierter oder gar mutmaßlicher Seropositiver und ihrer Lebensweise verstanden werden. Darüberhinaus kann sie als Legitimation für das illegale und unberechtigte Anlegen zahlreicher Datensammlungen mißbraucht oder mißverstanden werden.

Die Fraktion DIE GRÜNEN zu I.4.4, Seite 66:

Anstelle des letzten Satzes, der mit „Die Zahl...“ beginnt, soll folgender Satz aufgeführt werden:

Die Dunkelziffer läßt sich nicht abschätzen.

Die Fraktion DIE GRÜNEN zu II. und III., Seite 70 ff und Seite 74:

Die Fraktion DIE GRÜNEN stellt das grundgesetzlich verbrieftete Recht des Einzelnen auf informationelle Selbstbestimmung grundsätzlich über das Sammeln von Daten zur bloßen Wissensvermehrung. In jedem Fall muß der Wert von Datensammlungen einer sehr kritischen Überprüfung unterzogen werden, wobei die tatsächlichen oder auch nur denkbaren Folgen, die auf die Betroffenen zukommen können, in die Überprüfung mit einbezogen werden müssen. Insbesondere in bezug auf die HIV-Infektion, die mit gesellschaftlich sensiblen Bereichen verknüpft ist, ist Einfühlbarkeit in die besonders belastende Lage der Seropositiven und AIDS-Kranken zu verlangen, und Forschungsprojekte müssen höchsten moralischen Anforderungen genügen.

Aber auch grundsätzlich erteilen DIE GRÜNEN der Ideologie der absoluten Transparenz des Menschen

als Forschungsobjekt eine strikte Absage. Unreflektiertes Vertrauen, daß die wissenschaftliche Forschung umgehend alles möglich machen könne, steht in bezug auf AIDS in krassem Gegensatz zu unserer relativen Hilflosigkeit dieser neuen Krankheit gegenüber.

Diese Diskrepanz kann die epidemiologische Forschung nur scheinbar überbrücken, weil Anlage, Durchführung und Ergebnis der Untersuchungen von den Forschungsinteressen abhängig sind. Die resultierenden Zahlen stellen keine objektiven Tatbestände dar, sondern bedürfen der Interpretation.

Nach Ansicht der GRÜNEN führt die Förderung der Epidemiologie dazu, daß Menschen zu einer Entscheidung für den HIV-Antikörpertest gedrängt werden, und es zu Tests ohne Einwilligung kommt. Aber gerade Menschen in persönlich äußerst stark belastenden Situationen, wie vor einer Testentscheidung, HIV-Infizierte und AIDS-Kranke dürfen nicht zu Objekten der Wissenschaft werden. DIE GRÜNEN halten anonyme Fallstatistiken HIV-positiver Ergebnisse und AIDS-Erkrankungen zur Abschätzung der Verbreitung der HIV-Infektion und der AIDS-Krankheit und zur Abschätzung der Wirksamkeit präventiver Maßnahmen für sinnvoll. Die anonymisierte Registrierung einschließlich des jetzigen vertraulichen AIDS-Fallberichts Bogens muß wegen der Möglichkeit der Re-Anonymisierung jedoch strikt abgelehnt werden.

Die in den Teilen II. und III. des Kapitels Epidemiologie beschriebenen und geforderten epidemiologischen Methoden können von den GRÜNEN nicht unterstützt werden.

Stille, Abg. Geis (CDU/CSU) zu II.4.9.3, Seite 73:

Ergänzung:

Epidemiologen gehen davon aus, daß die Notwendigkeit der Einwilligung zu einer Selektion führt, die die Aussagefähigkeit bis zur Unbrauchbarkeit einschränkt.

Stille, Abg. Geis (CDU/CSU) zu II.4.9.4, Seite 73:

Ergänzung:

Auch hierbei gibt es eine erhebliche Selektion, die die Aussagefähigkeit einschränkt. Die Angabe von Alter und Geschlecht erhöht die Aussagekraft.

Frau Becker, Bruns, Abg. Frau Conrad (SPD), Abg. Großmann (SPD), Riehl, Rosenbrock, Abg. Frau Schmidt (SPD) zu II.4.9.8, Seite 73:

Die namentliche Meldepflicht wird aus grundsätzlichen Überlegungen abgelehnt.

- Die internationalen Erkenntnisse der Seuchenbekämpfung sowie die Erfahrungen mit der Meldepflicht nach Bundesseuchen- und Geschlechtskrankengesetz bestätigen die Unbrauchbarkeit der namentlichen Meldepflicht für medizinische und gesundheitspolitische Strategien zur Verhinderung der Ausbreitung von Infektionskrankheiten.
- Die namentliche Meldepflicht ist in ihrer Wirkung antipräventiv. Sie zerstört die notwendigen Bedingungen für Aufklärung und Beratung – der einzig wirksamen Strategie zur Verhinderung der Ausbreitung einer bis dato nicht durch Impfungen vorzubeugenden und nicht heilbaren Infektionskrankheit. Die Bereitschaft, Aufklärung und Information anzunehmen, ist an ein gesellschaftliches Klima geknüpft, das frei ist von Mißtrauen und Angst der Betroffenen vor Erfassung und staatlichen (Zwangs-) Maßnahmen. Eine auf autonomer Selbststeuerung in Risikosituationen basierende Präventionsstrategie braucht das Angebot anonymer Beratung und die Gewährleistung dieser An-

onymität, auch und gerade wenn der/die Beratene infiziert ist.

- Die namentliche Meldepflicht nach dem BSeuchG eröffnet Möglichkeiten und Pflichten der Überwachung und Kontrolle für die Gesundheitsbehörden bis hin zu Zwangsvorfürungen und Isolierungsmaßnahmen, die
 - a) nicht nur nicht notwendig sind, aber
 - b) vor allem die oben beschriebenen negativen Effekte der Meldepflicht noch verstärken. Hauptbetroffene und Gefährdete sind für Aufklärung und persönliche Beratung nicht mehr erreichbar: Die Erfahrungen aus Bayern, wo die namentliche Meldepflicht diskutiert wird, und das mit einem Maßnahmenkatalog nach dem BSeuchG operiert, wie auch die Erfahrungen aus Schweden, das eine halbanonyme Meldepflicht kennt, machen heute schon deutlich, daß Betroffene aus Angst vor Erfassung von der individuellen Beratung auf die anonymere Telefonberatung ausweichen, sich ganz zurückziehen und/oder gesellschaftlich abtauchen.
- Die gesellschaftlichen Folgen einer namentlichen Meldepflicht – wie zunehmende Entsolidarisierung, Mißtrauen bis zur gegenseitigen Bespitzelung, Schuldzuweisung, Diskriminierung – wären erschreckend. Dies alles ohne Not!

Minderheiten-/Sondervoten zum 5. Kapitel „Primärprävention (Verhütung der HIV-Infektion)“

Frau Becker, Bruns, Abg. Frau Conrad (SPD), Abg. Großmann (SPD), Riehl, Rosenbrock, Abg. Frau Schmidt (SPD) zu Punkt I.5.2.4.1, Seite 84 ff:

Solange es keine kontrollierte geprüft wirksame und sichere medizinische Intervention in der Phase der Symptomlosigkeit gibt, mit der der Ausbruch der Krankheit im Einzelfall unwahrscheinlicher oder der Zeitpunkt hinausgeschoben wird, gibt es auch keine allgemeingültige individualmedizinische Indikation für den HIV-Antikörpertest im Sinne einer Früherkennung zur Frühbehandlung (medizinische Sekundärprävention).

Auch für ein Screening gibt es in bezug auf diesen Zweck keine medizinische Indikation. Das Schicksal, ein potentes Diagnoseinstrument zu sein, dessen erfolgreichem Einsatz keine entsprechenden Therapiemöglichkeiten gegenüberstehen, teilt der HIV-Antikörpertest mit zahlreichen und vermehrt auch im Umkreis der Gentechnologie entwickelten diagnostischen Techniken. Die oben genannten Kommissionsmitglieder sehen in dieser sich öffnenden Schere zwischen Diagnosemöglichkeiten und Therapiefähigkeiten der Medizin ein wichtiges gesundheits- und medizinpolitisches Problemfeld, das vermehrter politischer und wissenschaftlicher Aufmerksamkeit bedarf.

Abg. Eimer (FDP) zu I.5.2.4.2, Seite 86 f und II.5.4.2.4.2, Seite 96:

Abg. Eimer stimmt der Darstellung der gegenwärtigen Rechtslage beim HIV-Antikörpertest nicht zu. Sie entspricht nach seiner Meinung nicht der gängigen Rechtspraxis und erweckt beim juristisch nicht vorgebildeten Leser einen falschen Eindruck, weil die auch nach gültigem Recht vorhandenen Möglichkeiten des Testens in bestimmten Fällen und unter bestimmten Bedingungen im vorliegenden Text nicht erwähnt sind.

Stille zu I.5.2.4.1, Seite 84 ff:

Der Test auf HIV-Antikörper als Mittel der Primärprävention

Die unterschiedlichen Methoden der Aufklärung und der HIV-Test stellen keine Gegensätze dar, sondern ergänzen sich als sinnvolle Mittel der Prävention.

Über die Rolle des HIV-Tests bei der Prävention bestanden initiale Mißverständnisse. Sie waren in erster Linie bedingt durch Fehlinterpretationen der Aussagemöglichkeiten des HIV-Testes, durch Qualitätsmängel der HIV-Tests der 1. Generation sowie durch eine aus den USA stammende kurzsichtige Gegen-

kampagne gegen den Test („The best test is no test“). Die geringe Frequenz von falsch-positiven und falsch-negativen Tests beeinträchtigt den Wert des HIV-Testes als Präventionsmittel nur geringfügig. (Dabei muß das positive Ergebnis eines ELISA-Suchtests immer durch Bestätigungsmethoden, etwa Western Blot, ergänzt werden.)

Argumente für HIV-Tests im Rahmen der Prävention sind:

- Unterbrechung von Ansteckungsketten
- Schutz für den oder die Partner
- bewußteres Verhalten
- Kenntnis des eigenen Infektionsstatus
- verhaltenstherapeutischer Impuls
- bei negativem Test Erleichterung, jedoch Anlaß, in Zukunft besonders vorsichtig zu sein
- bei positivem Test Anlaß zu einer Änderung des Lebensstils.

Negative Aspekte des HIV-Tests sind:

- die Person kann sich in falscher Sicherheit fühlen
- der Test wird im Prostitutionsmilieu quasi als Sicherheitsattest mißbraucht
- das Auffinden einer Infektion erschwert das Leben des Infizierten erheblich.

Bei Abwägung der Argumente für oder gegen den HIV-Test muß man feststellen, daß das Risiko der Weitergabe einer tödlichen Infektion das wesentlich stärkere Argument ist, als der Anspruch auf ein weiterhin unbeschwertes Leben. Die erheblichen psychosozialen Probleme der Betroffenen müssen dabei jedoch extra betont werden. Eine Forderung nach breitgestreuten HIV-Tests muß gleichzeitig erfolgen mit großzügigen Angeboten für die Lebensqualität der Betroffenen. Testung im Rahmen der Prävention kann wie jede Testung nur nach Aufklärung und mit dem Einverständnis des Betroffenen erfolgen. Bei der Aufklärung wird ein eingehendes Beratungsgespräch vor dem Test angeboten werden. Die Forderung nach ausführlicher Beratung führt sich selbst ad absurdum, wenn es sich um Wiederholungstests handelt. Eine Beratung vor dem Test darf freilich jedoch auch nicht aufgezungen werden. Wenn eine Person kommt, die sich offensichtlich über die Problematik informiert hat und einen Test vom Arzt verlangt, sollte dieser Test auch durchgeführt werden.

Die Vorgehensweisen bei der präventiven HIV-Testung sind bei unterschiedlich gefährdeten Gruppen deutlich verschieden. Der Test ist bei Homosexuellen und Heterosexuellen mit extremer Promiskuität weniger wichtig, da sich diese Kreise sowieso ausnahmslos durch Safer Sex schützen sollten. Das Herausfinden der Infizierten in diesen Gruppen und das besonders eindringliche, wiederholte Gespräch mit Infizierten

hat freilich ebenfalls einen nicht zu unterschätzenden präventiven Effekt. Hinzu kommt, daß es auch für den Patienten im eigenen Interesse wichtig ist, von seiner Infektion zu wissen.

Das einem Test vorausgehende Gespräch bei Rauschgiftsüchtigen muß ganz anders verlaufen als bei Gruppen mit anderen Risikofaktoren. Der Inhalt des Gesprächs muß auf die Sondersituation des Rauschgiftsüchtigen Bezug nehmen.

Weite Kreise jüngerer heterosexueller Erwachsener leben in einem „System“ von länger andauernden, aber wechselnden festen Freundschaften; dabei wird zumindest sehr weitgehend von beiden Seiten Treue eingehalten. Am Anfang von derartigen Partnerschaften ist ein präventiver HIV-Test beider Partner ausgesprochen sinnvoll. Praktikabel ist es hierbei, nach einer initialen Phase, in der Kondome benutzt werden, im Idealfall gleichzeitig zum HIV-Test zu gehen. Es erscheint sinnvoll, den HIV-Test in den Ablauf von heterosexuellen Partnerschaftsritualen einzubeziehen.

Das Argument eines initialen serologischen Fensters, das heißt das Positivwerden des HIV-Tests erst 6-20 Wochen nach der Infektion, ist für das Konzept des präventiven HIV-Tests nicht limitierend; offenbar kommt es bei derartigen frühen Infektionen noch nicht zu Infektionen durch Genitalsekrete. In der Frühphase sind nur Infektionen durch Bluttransfusionen bekannt. Eine genitale Übertragung setzt offensichtlich einen erheblich längeren Verlauf der Infektion voraus.

Nicht sinnvoll ist die ständig wiederholte Testung von AIDS-Phobikern, die bei negativem Test und fehlendem Risiko immer wieder erneut zum Test gehen („Test-shopping“); die Krankheitsneurose dieser Patienten muß freilich in adäquater Weise behandelt werden (zum Beispiel Überweisung zu einem Psychiater oder Psychotherapeuten). Ebenfalls nicht zweckmäßig ist eine Testung von eindeutig positiven Personen, die aus irrationalen Gründen meinen, daß der Test bei ihnen wieder negativ würde; hiermit ist nicht zu rechnen. Dieses Verhalten ist jedoch ebenfalls ein Hinweis für die Notwendigkeit psychotherapeutischer Hilfe.

Nicht sinnvoll ist weiterhin eine Testung von Kindern ohne Risikofaktoren, von Halbwüchsigen, von sicher monogam lebenden Paaren sowie von Einzelpersonen, die sicher keine Risiken haben. Die präventive Testung von älteren Personen ist nur bei Hinweisen auf Risikofaktoren (Bluttransfusion) zweckmäßig.

Der präventive HIV-Test sollte im Prostitutionsbereich nicht quasi als Sicherheitsnachweis und somit Freibrief für ungeschützten Verkehr mißbraucht werden (AIDS-TÜV). Auch ohne Infektion erscheint hierbei eine indirekte spermatogene Übertragung möglich. Das Risiko der Infektion für die Prostituierte besteht ebenfalls weiter. Eine besonders große Bedeutung kommt der Aufklärung nach einem durchgeführten Test zu. Sie muß abgestuft je nach den individuellen Risiken erfolgen. Sie ist sicher anders bei einem älteren Menschen, bei dem wegen einer 4 Jahre zurückliegenden Bluttransfusion jetzt sicherheitshalber der HIV-Test kontrolliert wird, als bei promiskuitiv leben-

den jungen Erwachsenen. Das Übermitteln des negativen Testbefundes beruhigt den von der Problematik nur geringfügig Betroffenen. Bei Personen mit weiter bestehenden Risiken ist die Übermittlung des negativen Tests eine sehr günstige Gelegenheit, über die Minimierung von Risiken und die notwendigen Schutzmaßnahmen zu sprechen. Der negative Test muß korrekt interpretiert werden. Es darf bei dem Patienten kein Gefühl falscher Sicherheit aufkommen.

Die wirklich schwierige ärztliche Aufgabe stellt sich bei der Übermittlung eines positiven Testes. Generell ist die Situation in der Medizin nicht ungewöhnlich, da alle Ärzte immer wieder ihren Patienten schlechte Nachrichten übermitteln müssen. Die Nachricht einer HIV-Infektion ist freilich besonders problematisch, da neben der mittel- bis langfristig zum Tode führenden Erkrankung auch die Mitteilung der Infektiosität, der Gefahr für Sexualpartner und der Notwendigkeit einer Einschränkung des Sexualverhaltens (Safer Sex) erfolgen muß. Ein derartiges ärztliches Aufklärungsgespräch über einen positiven HIV-Test benötigt erhebliche Zeit, vergleichbar einem Kriseninterventionsgespräch. Dabei sollte auch auf potentiell günstige Aspekte eingegangen werden, die dem Betroffenen Hoffnung geben können: der häufig lange Verlauf sowie die Möglichkeiten von therapeutischen Fortschritten in den nächsten Jahren sollten dabei betont werden. Im Regelfall sind mehrere Gespräche notwendig. Neben dem Angebot eigener ärztlicher Betreuung ist die Nennung adäquater Spezialisten und Betreuungsinstitutionen besonders wichtig. Dabei müssen die psychosozialen Hilfsangebote für Infizierte noch erheblich ausgebaut werden. Zu beachten ist eine – wie bei anderen ersten Diagnosen – möglicherweise entstehende reaktive Depression, bei der auch die Gefahr eines Suizids besteht. Psychiater, erfahrene Psychotherapeuten, verständnisvolle Angehörige, aber auch Selbsthilfegruppen können hierbei eine wichtige Hilfe sein. Die Frequenz des sofortigen Suizids nach Bekanntgabe des positiven Testergebnisses wird freilich überschätzt. Erfahrungsgemäß gibt es mehr Suizide aus diffuser AIDS-Angst vor dem HIV-Test oder im Rahmen persönlicher Not bei langlaufender HIV-Infektion oder als „Bilanzsuizid“ bei weit fortgeschrittener Erkrankung.

Das Aufklärungsgespräch über den positiven HIV-Test differiert erheblich bei den unterschiedlichen Gruppen. Die Reaktion der Infizierten kann sehr unterschiedlich sein. Keinesfalls darf ein positives Resultat einem Patienten ohne Kommentar, z. B. durch die Sprechstundenhilfe oder gar telefonisch mitgeteilt werden. Die besonders sensible Information des positiven HIV-Testes muß mit aller Diskretion und unter Wahrung der Persönlichkeitsrechte gehandhabt werden. Besonders wichtig ist insbesondere die penible Einhaltung der ärztlichen Schweigepflicht.

Die großzügige Durchführung des HIV-Testes bei gefährdeten Gruppen ist eine gleichberechtigte wichtige präventive Maßnahme neben der Aufklärung, der Verwendung von Kondomen, der Veränderung des Sexualverhaltens sowie den Sondermaßnahmen für Heroinsüchtige.

Die Fraktion DIE GRÜNEN zum 5. Kapitel

Primärprävention (Verhütung der HIV-Infektion)

Seite 75 ff:

Die übertragbare Immunschwächekrankheit AIDS nimmt derzeit in der Todesursachenstatistik der Bundesrepublik Deutschland eine unbedeutende Stellung ein. Die spezifische Bedrohlichkeit von AIDS liegt in der potentiellen Dynamik der Verbreitung des sie hervorruhenden HI-Virus und der Annahme, daß die überwiegende Mehrheit der seropositiven Menschen auch an AIDS erkranken werden. Eine Krankheit mit 100%iger Letalität hat es bisher noch nicht gegeben, und AIDS wird auch nicht der Präzedenzfall sein. Andererseits sollte nicht erwartet werden, daß durch wissenschaftliche Fortschritte eines Tages niemand mehr an AIDS erkranken wird. Das Beispiel der völligen Ausrottung der Pocken wird wohl einmalig bleiben. Auch ist in absehbarer Zeit, wenn überhaupt, nicht damit zu rechnen, daß ein Impfstoff gegen die Krankheit oder ein Medikament zur Eliminierung des HIV entwickelt werden können.

Sind wir deshalb AIDS und seinem Erreger völlig hilflos ausgeliefert? Nein, denn erstens hat die Behandlung der durch die Immunschwäche ausgelösten opportunistischen Infektionen bereits Fortschritte zur Linderung der Beschwerden gemacht und weitere, auch weniger aggressive Therapien sind zu erwarten. Zweitens ist durch die weitgehende Klärung der Übertragungssituationen und die Realisierbarkeit der Verhütung die Verhinderung der HIV-Infektion in den allermeisten Fällen möglich. Deshalb kann und muß die Gesundheitspolitik bei AIDS das Ziel verfolgen, die Zunahme der Neuinfektion zukünftig in möglichst engen Grenzen zu halten. Durch eine entschiedene, aber auch behutsame Informations- und Motivationspolitik können wir mit AIDS leben lernen.

A – Ansatzpunkte der Prävention

1. Grundsätzliches
2. Blut-zu-Blut-Übertragung
 - 2.1 Übertragung durch Blut, Blutprodukte, Organe und Gewebe
 - 2.2 Übertragung durch kontaminierte Fixerbestecke
3. Sexuelle Übertragung
4. Sonstige

B – Präventionsinhalte

1. Grundsätzliches
2. Menschen, die penetrierenden Geschlechtsverkehr ausüben
3. Menschen, die gemeinsam Spritzbestecke benutzen
4. Andere

C – Präventionsunterstützende und -hemmende Werthaltungen und Maßnahmen

D – Notwendige Veränderungen zur Effektivierung der Prävention

A – Ansatzpunkte der Prävention

1. Grundsätzliches

Das Virus wird durch die Körperflüssigkeiten übertragen, bei denen eine für die Infektion ausreichend hohe Viruskonzentration nachgewiesen wurde. Diese sind Blut, Sperma und Scheidensekret.

Eine bestimmte Menge davon, man schätzt sie auf ca. 1 Mikroliter, muß vom Körper eines infizierten Menschen in den Organismus eines nicht-infizierten Menschen übertragen werden, um zu einer wirksamen Ansteckung zu führen. In anderen Körperflüssigkeiten ist das HIV zwar nachgewiesen worden, aber eine Übertragung durch Speichel, Schweiß, Urin, Kot, Tränenflüssigkeit und ähnliches ist weltweit ebenso in keinem einzigen Fall dokumentiert wie eine Übertragung durch das Stechen blutsaugender Insekten. Daher läßt sich sagen, daß HIV im Vergleich zu anderen Krankheitserregern besonders schwer zu übertragen und der Infektionsschutz besonders leicht und sicher zu vollziehen ist.

Weit über 90% aller Übertragungen geschehen bei eindringendem Geschlechtsverkehr und beim gemeinsamen Gebrauch von Fixerbestecken.

2. Blut-zu-Blut-Übertragung

2.1 Übertragung durch Blut, Blutprodukte, Organe und Gewebe

Durch die Verwendung von Blut, Organen und Geweben seropositiver Spender/innen sind Empfänger/innen infiziert worden. Bluter, die auf die Einnahme von Gerinnungsfaktorpräparaten angewiesen waren, wurden durch diese angesteckt, weil zu ihrer Produktion kontaminiertes Spenderblut benutzt wurde. Heute werden die Faktorpräparate hitzebehandelt und damit eventuell vorhandene Viren vollständig abgetötet, so daß eine Ansteckung auf diesem Wege nicht mehr möglich ist.

Spenden, die wegen ihres Verwendungszweckes nicht auf diese Weise keimfrei gemacht werden können, müssen seit 1985 auf HIV getestet und gegebenenfalls verworfen werden. Diese Praxis muß von staatlichen Stellen überprüft werden. Aufgrund eines zwar geringen, aber möglichen Nichterkennens durch den HIV-Antikörpertest besteht ein Restrisiko, daß auf höchstens 1 : 700 000 beziffert wird.

2.2 Übertragung durch kontaminierte Fixerbestecke

Menschen, die Drogen auf intravenöse Weise zu sich nehmen, sind dann gefährdet, wenn sie dies mit einem Injektionsbesteck tun, das direkt zuvor von einem infizierten Menschen bereits benutzt wurde, weil sie sich dadurch eine gewisse Menge des Fremdblutes injizieren.

Die HIV-Übertragung auf diesem Weg weist derzeit bei den Fallzahlen die höchste Steigerungsrate auf. Trotzdem betrug der Anteil der Fixer/innen an den für 1987 gemeldeten AIDS-Fällen nicht einmal 10%.

3. Sexuelle Übertragung

Der sexuelle Übertragungsweg ist der mit Abstand häufigste. Bei eindringendem Anal- oder Vaginalverkehr wird HIV durch den Samenabgang im Körper des Partners oder der Partnerin übertragen, wenn der „aktive“ Sexualpartner seropositiv ist.

Durch kleine Verletzungen am Penis und der Schleimhaut oder auch der Epidermis der Harnröhre kann wahrscheinlich auch der nichtinfizierte penetrierende Partner angesteckt werden. Übertragungen durch ausschließlichen Oral-Vaginal- oder Oral-Penis- oder Oral-Anal-Verkehr sind nicht bekannt, aber auch nicht auszuschließen.

Das Infektionsrisiko einzelner Sexualpraktiken läßt sich nicht beziffern, aber eindeutig ist, daß ungeschützter, penetrierender Anal- oder Vaginalverkehr die riskantesten sind.

Ungeklärt ist die anfänglich aufgestellte Annahme, daß die Übertragung vom Mann auf die Frau wahrscheinlicher sei als umgekehrt.

4. Sonstige

1. Durch Samenflüssigkeit HIV-Infizierter ist eine Übertragung bei in-vitro-Befruchtung möglich. Die Testung der Samenspenden verringert das Risiko auf ein mögliches Maß.

2. Die Übertragung von der Schwangeren auf das Kind kann vor, während und nach der Geburt erfolgen.

Wegen der derzeit geringen Zahl infizierter Kinder und der Fähigkeit der HIV-Antikörper einer seropositiven Mutter, über die Plazenta in den Organismus des Kindes zu gelangen, kann die Wahrscheinlichkeit der vertikalen Übertragung nicht quantifiziert werden.

3. Das Risiko einer berufsbedingten HIV-Infektion bei medizinischem Personal, Rettungssanitätern und allen, die mit dem Blut seropositiver Menschen umgehen, wird dann als sehr gering eingeschätzt, wenn die geltenden Infektionsverhütungsvorschriften eingehalten werden.

Weltweit sind nur einige wenige Fälle beschrieben worden, von denen die meisten auch noch eine unklare Sachlage aufweisen.

4. Andere Übertragungswege des HIV sind nicht bekannt.

B – Präventionsinhalte

1. Grundsätzliches

Nicht alle Menschen sind von einer HIV-Infektion bedroht und diejenigen, die mit einem Risiko leben, sind nicht alle gleichermaßen gefährdet. Wer die Gefahr einer HIV-Übertragung für sich ausgemacht hat, kann sich bei entsprechender Informiertheit davor weitgehend schützen. Einen 100%igen Schutz kann es jedoch nicht geben. Die Möglichkeiten der Verhütung sind bei HIV aber wesentlich besser als bei den meisten Risiken unseres Lebens, wenn den betroffenen Menschen die notwendigen Informationen und Hilfen zugänglich sind. Ziel aller Maßnahmen ist die zukünftige möglichst umfassende Verminderung von Neuinfektionen unter Wahrung beziehungsweise Stärkung selbstbestimmten und eigenverantwortlichen Handelns durch Unterstützung des Selbstschutzes und damit des Schutzes der Mitmenschen. Eine solche unterstützende Informations- und Motivationspolitik muß so früh wie wissenschaftlich begründet und praktisch möglich einsetzen. Dabei darf es nicht zum Aufstellen neuer (oder alter ?) Normen und Manipulationen durch Werbung mit ständiger Suggestion kommen, sondern zu mehr Selbstbewußtsein und verantwortungsvoller Selbststeuerung.

Die Verhütung der HIV-Infektion ist daher keine primär medizinische Aufgabe, sondern fordert viele wissenschaftliche Gebiete heraus, ihren Beitrag zu leisten.

2. Menschen, die penetrierenden Geschlechtsverkehr ausüben

Wer in einer Partnerschaft lebt, in der beide sich ausnahmslos sexuell treu sind, braucht, wenn ansonsten kein HIV-Infektionsrisiko besteht, keine Schutzmaßnahmen beim Geschlechtsverkehr vorzunehmen.

Für den Teil, der nicht ausnahmslos sexuell auf eine/n Partner/in festgelegt ist und diejenigen, die sonst ein Infektionsrisiko tragen, besteht die Möglichkeit, durch Verzicht auf eindringende Sexualpraktiken oder die Verwendung von Kondomen, gegebenenfalls in Verbindung mit wasserlöslichen Gleitmitteln, die HIV-Infektionsgefahr drastisch zu reduzieren. Bei strikter Einhaltung der „Safer Sex“-Empfehlungen kann es mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit nicht zu einer Übertragung des HIV kommen. Menschen, denen „Safer Sex“ anzuraten wäre, sind alle sexuell Aktiven mit wechselnden Partnern, die nicht ständig monogam leben. Das heißt, alle Menschen, die nicht völlig sicher sein können, nicht infiziert zu sein, können durch Selbststeuerung ihres Verhaltens sich und ihre Partner und Partnerinnen schützen.

Abhängig vom Verhalten des einzelnen Menschen ist die Wahrscheinlichkeit, sich bereits infiziert zu haben oder anzustecken, nicht gleich verteilt. So müssen die einzelnen Zielgruppen bei der Aufklärung über die HIV-Infektion je spezifisch und auf adäquate Weise angesprochen und motiviert werden. Es ist offensichtlich, daß zum Beispiel ein homosexuell liebender Mann, der ab und zu „fremdgeht“, und eine Frau, die einem „sexuellen Abenteuer“ mit einem Mann nicht abgeneigt ist, einer unterschiedlichen Ansprache bedürfen, wenn die Botschaft gehört und verstanden werden soll. Aber auch für beide angeführten Beispiele gelten die Empfehlungen für „Safer Sex“.

Die bereits vorhandenen Erfahrungen und Forschungsergebnisse auf dem Gebiet der Motivierung zu gesundheitsförderlichem Verhalten müssen ausgebaut und verstärkt in die Ausgestaltung der HIV-Präventionsmaßnahmen und ihrer Evaluierung Eingang finden, um eine Optimierung anzustreben. Die internationale Zusammenarbeit ist auch hierbei von größter Bedeutung. Jedoch garantieren vermehrtes Wissen um die Infektionsgefahren und neue Einstellungen zur Sexualität noch keine Verhaltensänderung, weil diese insbesondere in Tabu- und Intimbereichen nicht problemlos und spontan durchzuführen sind, und die Gefahr der Leugnung und Verdrängung von Infektionsrisiken weiterhin besteht.

Erste Erfolge der Prävention sind vor allem bei der am stärksten betroffenen Gruppe der homosexuellen Männer zu verzeichnen.

Eine eigene Herausforderung für die HIV-Prävention stellen Jugendliche, die ihre ersten sexuellen Erfahrungen machen, dar, weil auf deren Bedürfnisse besonders sensibel und einfühlsam einzugehen ist, weil sie sozusagen unter einer „doppelten Belastung“, der Angst vor Sexualität und damit verbunden vor AIDS stehen. Die Schule hat hier eine zusätzliche Verpflichtung, der sie sich nicht entziehen kann. Ein fächerübergreifender Sexualkundeunterricht muß obligatorisch sein, wobei der Ausgangspunkt nicht die HIV-Prävention darstellen darf. Ziel der Sexualpädagogik muß die Unterstützung der Kinder und Jugendlichen sein, mit ihrer Sexualität angstfrei und bewußt umzugehen. In diesem Rahmen sollte die Aufklärung über die HIV-Infektion unter Mithilfe von professionellen und ehrenamtlichen AIDS-Beraterinnen und -Beratern und -Betreuerinnen und -Betreuern erfolgen. Die Präventionsaufklärung darf jedoch nicht über Gebühr überzogen sein, um unnötige Angst zu vermeiden.

3. Menschen, die gemeinsam Spritzbestecke benutzen

I.v.-drogenbenutzende Menschen brauchen nicht nur die Droge selbst, sondern auch die Spritzbestecke, um den „Stoff“ in die Vene zu injizieren; beides ist aber nicht ohne weiteres frei verfügbar, so daß Bestecke häufig von mehreren Menschen benutzt werden. Falls einer von ihnen seropositiv ist, können die anderen auf diesem Wege angesteckt werden. Deshalb sollte zur Vermeidung von Infektionen jede Fixerin und jeder Fixer eigenes und steriles Spritzbesteck verwenden.

den. Beim Geschlechtsverkehr gilt für sie dasselbe, wie für alle sexuell aktiven Menschen.

Vorrangiges Ziel der HIV-Prävention bei Fixern/innen muß die ungehinderte Verfügbarkeit steriler Bestecke gegebenenfalls durch Spritzenaustauschprogramme oder kostenlose Verteilung sein.

Die Kriminalisierung des i.v.-Drogengebrauchs verleiht diesem Bereich der Prävention besondere Brisanz. Niedrigschwellige Angebote, Beratungs- und Unterstützungsangebote für Fixer müssen breit angelegt sein und dürfen nicht von dem Entschluß zum Drogenentzug abhängig gemacht werden. Zur wirksamen HIV-Prävention ist die Sucht als Gegebenheit hinzunehmen und darf nicht als Mittel zum Zweck der Entwöhnung mißbraucht werden. Möglichkeiten zur Substitution sind zugänglich zu machen.

4. Andere

Medizinisches und nicht-medizinisches Personal, sowie Rettungssanitäter und andere Helfer/innen, die mit blutenden Wunden, benutzten Spritzen und ähnlichem umgehen, können sich vor einer HIV-Infektion durch strikte Einhaltung der geltenden Hygienevorschriften schützen. Wenn diese Vorsichtsmaßnahmen eingehalten werden, ist eine Übertragung extrem unwahrscheinlich und liegt höchstens im Bereich der allgemeinen Unwägbarkeiten des täglichen Lebens. Ähnlich verhält es sich bei Friseuren/Friseusen und nicht-ärztlichen Akupunkteuren. Die Einhaltung von Hygieneregeln, die leicht durchzuführen sind, machen eine Übertragung für Tätige und Klienten ausgeschlossen. Wissenschaftliche Langzeituntersuchungen von Gruppen, in denen Infizierte und Seronegative auf engstem Raum zusammenleben, haben eindeutig ergeben, daß alle alltäglichen sozialen Kontakte wie Umarmen, Händeschütteln, Begrüßungsküsse, gemeinsames Benutzen von Handtüchern, Geschirr und Besteck usw. eine HIV-Übertragung nicht möglich machen. Das Zusammenleben und Zusammenarbeiten ist absolut risikolos.

C – Präventionsunterstützende und -hemmende Werthaltungen und Maßnahmen

Als hilfreich kann alles angesehen werden, was der Unterstützung potentiell Gefährdeter und Betroffener dient und ihnen die Selbststeuerung erleichtert. Die Chancen für eine wirksame Aufklärung sind im Fall der HIV-Infektion gut, weil sowohl die Übertragungswege, als auch die Schutzmöglichkeiten wissenschaftlich hinreichend geklärt und praktikabel sind.

Von ausschlaggebender Bedeutung für die Wirksamkeit der Prävention wird sich die Einbettung der Aufklärung in das atmosphärische Klima und die Werthaltungen der Gesellschaft erweisen. Das gesellschaftliche Klima wird auch durch zum Teil althergebrachte Vorurteile bestimmten Menschen und Gruppen gegenüber mitbestimmt. Derart irrational begründete Werthaltungen zeigen sich unter anderem in der verbreiteten Ansicht, daß es „schuldige“ und

„unschuldige“ Opfer der HIV-Infektion gibt. Eine solche Unterscheidung kann für niemanden hilfreich sein und muß überwunden werden.

Die Erforschung der Ursachen von Vorurteilen und der Möglichkeiten ihres Abbaus kann und muß zur Verhinderung von Stigmatisierung, Diskriminierung, Schuldzuweisung und Feindbildern Betroffenen gegenüber beitragen.

Nur Offenheit gegenüber den Lebensstilen einzelner Bevölkerungsgruppen, die in eine akzeptierende Haltung mündet, macht es Betroffenen optimal möglich, sich der Bedrohung entsprechend zu verhalten. Dabei kann ein gewisses Maß an Furcht die Funktion eines Auslösers für den Selbstschutz sein, diese darf aber nicht durch die Aufklärung vermittelt werden, sondern ergibt sich aus dem Bewußtsein einer real vorhandenen potentiellen Gefährdung. Aufklärung muß wirkungsvoll sein, was sie nur durch ehrliche und offene Vermittlung der Tatsachen, eine zielgruppenspezifische Ansprache ohne moralisch abwertende Untertöne und mit einfühlsamer Behutsamkeit kann, nachdem sie eine breite Aufmerksamkeit in der Bevölkerung für das Thema hergestellt hat. Prominente Bürgerinnen und Bürger und öffentlich auftretende Infizierte und AIDS-Kranke, um nur einige zu nennen, können dabei als Träger der Botschaft fungieren.

Aufgrund des zuvor Ausgeführten ist offensichtlich, daß der Staat für eine wirksame Prävention nicht die dominierende Rolle übernehmen kann und darf. Die Grenzen der staatlichen Einflußnahme auf die HIV-Prävention sind eng zu ziehen. So muß zum Beispiel klar sein, daß der Staat nicht ein Verschwinden von AIDS ermöglichen kann oder dies gar garantieren darf. Auch darf der Staat an seine Bürgerinnen und Bürger nicht die Forderung richten, sich nicht mit HIV zu infizieren. Lediglich die Bereitstellung und Förderung der Bedingungen für wirksame Prävention darf staatliche Aufgabe sein. So kann und muß er unabdingbare Voraussetzungen für HIV-Prävention schaffen, indem er zum Beispiel finanziell ausreichend Mittel für die Forschung, Aufklärung, die Unterstützung gefährdeter Menschen und denen ihnen helfenden Organisationen bereitstellt.

Ein Schritt in die richtige Richtung stellt zum Beispiel die Mittelvergabe an die AIDS-Hilfen dar, wobei den Hilfsorganisationen eine weit größere Autonomie zugestanden werden muß, als dies derzeit der Fall ist. Die gesetzgebende Gewalt des Staates darf nicht gegen Gefährdete eingesetzt werden, sondern muß zum Ziel haben, Ausgrenzungen und Verfolgungen einzelner Menschen oder gar ganzer Gruppen zu verhindern, indem zum Beispiel der Besitz von Spritzen und der Konsum von Drogen entkriminalisiert, die Prostitution mit allen damit verbundenen Rechten als Beruf anerkannt wird und Kondome auf Krankenschein, sowie über Organisationen wie Pro Familia zu erhalten sind und als Mehrbedarf bei der Sozialhilfe anerkannt werden. Auch die Kontrolle über die Qualität von Kondomen, ihre Herstellung und Lagerung muß staatliche Aufgabe sein.

Weit mehr als eine unterstützende Rolle bei der HIV-Prävention hat der Staat in der Vergangenheit gezeigt, wie er mittels seiner Macht positive Ansätze zer-

schlagen kann. Auf diesem Gebiet hat der Freistaat Bayern es zu weltweitem Ruf gebracht, der für unsere Zivilisation peinlich, eines sich Rechtsstaat nennenden Gemeinwesens unwürdig und von Menschenverachtung geprägt ist. Da werden Tabus und Verbote und überholte Moralvorstellungen, anstatt sie abzubauen, revitalisiert, um die diktatorischen Mittel der Verfolgung ganzer, unter dem Gesichtspunkt der leichtesten Ausgrenzbarkeit herausgegriffener Bevölkerungsgruppen moralisch zu untermauern, während sie gleichzeitig pseudo-rational begründet werden.

Der entsetzte Blick auf Bayern verstellt aber nur zu leicht, daß ähnliche Tendenzen an vielen Orten und in vielen Köpfen in der Bundesrepublik Deutschland vorhanden sind und bereits Wirkung gezeigt haben. Aber jedes Mehr an Repression bedeutet ein Weniger an Prävention und damit viel vermeidbares Leid und Elend nicht nur bei den direkt von den Unterdrückungen Betroffenen. Das gesamte gesellschaftliche Klima nimmt großen Schaden, wenn aus einem Gesundheitsproblem ein Polizeiproblem gemacht wird. Zweifelsohne ist die Krankheit AIDS nicht mit polizeistaatlichen Mitteln zu kurieren, weil die Übertragungssituationen in Bereichen angesiedelt sind, die dem Zugriff und der Kontrolle des Staates entzogen sind. Die meisten Menschen können nicht von anderen vor einer HIV-Infektion geschützt werden — sie müssen es selber tun!

In der Hand der Ärztin und des Arztes ist der HIV-Antikörpertest ein Mittel der Differential- und Ausschlußdiagnose bei der Behandlung einer Patientin oder eines Patienten mit Beschwerden, die typisch auf das Vorliegen einer HIV-Infektion, LAS/ARC oder AIDS hindeuten. Der Test darf auch bei den Hauptbetroffenengruppen nicht als Möglichkeit der Früherkennung gebraucht oder propagiert werden, solange es keine gesicherte Möglichkeit gibt, den Zeitpunkt des Ausbruchs der Erkrankung wesentlich hinauszuzögern oder den Ausbruch der Krankheit zu verhindern. Nach heutigen Kenntnissen kann durch frühzeitiges Wissen des Serostatus der Ausbruch der Krankheit nicht verzögert oder verhindert werden. Ein verantwortungsvoller und selbstbestimmter Umgang miteinander im sexuellen Bereich muß unabhängig vom Wissen um den Serostatus stattfinden.

Da Blut als Informationsträger dem Selbstbestimmungsrecht der Patientin und des Patienten unterliegt, bedarf jede Blutentnahme der Einwilligung der Patientin oder des Patienten, die oder der auch darüber zu bestimmen hat, welche Untersuchungen an dem Blut vorgenommen werden dürfen.

Ein ohne Einwilligung der Patientin oder des Patienten durchgeführter HIV-Antikörpertest ist ein rechtswidriger Eingriff in das informationelle Selbstbestimmungsrecht. Die Entscheidung eines Menschen gegen einen Test muß respektiert werden. Keinesfalls darf ein Mensch durch die Androhung oder Ausmalung von Pressionen oder Nachteilen (Isolierung, Nichtgewähren von Therapie, Schutzmaßnahmen des medizinischen Personals) zu einem Einverständnis für einen Test gedrängt werden. Die Gewährung ärztlicher Hilfeleistung darf nicht vom Vorliegen oder Ergebnis eines HIV-Antikörpertests abhängig gemacht werden. Die Vermeidung eines Infektionsrisikos beim

medizinischen Personal, die angeblich nur möglich ist bei Wissen um den Serostatus einer Patientin oder eines Patienten, stellt keinerlei Rechtfertigungsgrund dafür dar, einen HIV-Antikörpertest ohne Einwilligung der Patientin oder des Patienten durchzuführen oder Druck auf die Patientin oder den Patienten auszuüben, die Einwilligung zum Test zu geben.

Falls ein Mensch den Wunsch nach Durchführung eines HIV-Antikörpertests äußert, müssen in jedem Fall zuvor alle relevanten Aspekte eines Testergebnisses ausführlich erörtert werden. Dabei darf niemals zum Test gedrängt werden; die Entscheidung für oder gegen einen Test liegt ausschließlich beim einzelnen Menschen und darf nur mit dessen nachweislich ausdrücklicher Einwilligung durchgeführt werden. Die Mitteilung des Testergebnisses hat, wie immer es auch ausfällt, innerhalb eines persönlichen Beratungsgesprächs zu erfolgen, wobei auch gegebenenfalls auf bestehende psychosoziale Hilfsangebote hinzuweisen ist.

Die Beratung muß niederschwellig angeboten, von qualifizierten Beraterinnen und Beratern durchgeführt werden, und auf Wunsch des ratsuchenden Menschen muß er anonym bleiben können.

Für alle ärztlichen und nicht-ärztlichen Beraterinnen und Berater und Betreuerinnen und Betreuer muß die Schweigepflicht ausgedehnt werden beziehungsweise uneingeschränkten Bestand haben.

Zusätzliche Erschwernisse bei der HIV-Prävention sind Verharmlosungen ebenso wie Angst- und Hysterieschüren durch Darstellen von Horrorvisionen in der Sensationspresse, die geradezu dazu aufrufen, neue (oder alte) Sündenböcke für eine neue Krankheit zu suchen, die zur Rettung aller rechtschaffenen denkenden Menschen „in die Wüste“ geschickt werden. Gerade die Menschen, die seit jeher wegen ihres Lebensstiles verfolgt wurden, wie zum Beispiel die homosexuellen Männer unter anderem mittels des § 175 StGB, aber auch Drogenabhängige und Prostituierte, werden nun erneut von Opfern zu Tätern deklariert und ausgegrenzt. Abgesehen von dem Leid, das die Gesellschaft den Verfolgten zufügt, führt diese Haltung in bezug auf die Gefährdung durch HIV allzu leicht zur Verdrängung des Risikos und verringert nicht die ohnehin schon häufig vorhandene Diskrepanz zwischen dem Wissen um das adäquate Verhalten und dem tatsächlichen Tun. Durch das hier aufgezeigte Denken und Handeln, und Weiteres könnte angeführt werden, gehen keine positiven Impulse für die HIV-Prävention aus. Im Gegenteil: Die Probleme um die HIV-Infektion und die Krankheit AIDS werden zusätzlich verschlimmert und um weitere ergänzt.

D — Notwendige Veränderungen zur Effektivierung der Prävention

Im Verantwortungsbereich staatlicher Stellen auf Bundes-, Länder- und Gemeindeebene können bei entsprechendem politischen Willen in kürzester Zeit Veränderungen vorgenommen werden, die der HIV-Prävention dienlich wären. Diese laufen grundsätzlich darauf hinaus, keine Einzelpersonen oder Gruppen zu

verfolgen und auszugrenzen, sondern jeden Menschen mit seinem individuellen Lebensstil als berechtigenden Teil unserer demokratischen Kultur anzusehen.

Beispielhaft können genannt werden:

Homosexuelle Männer

- Förderung von Selbsthilfegruppen und Schwulenzentren statt Razzien und Überwachung
- Vernichtung von sog. „Rosa Listen“, Streichung des § 175 StGB
- Unterstützung der Selbsthilfe bei Präventions- und Betreuungsmodellen von Selbsthilfegruppen Homosexueller
- Finanzierung der Vergabe von Kondomen an finanziell Schlechtergestellte durch Selbsthilfegruppen Homosexueller.

Fixerinnen und Fixer

- Entkriminalisierung von Spritzen- und Drogenbesitz und Drogenkonsum
- niederschwellige Hilfsangebote und Substitutionsmöglichkeiten in ausreichender Zahl und guter Erreichbarkeit
- kostenlose Abgabe von Spritzbestecken
- Finanzierung der Vergabe von Kondomen durch streetworker und Beratungsstellen.

Männliche und weibliche Prostituierte

- Anerkennung als Beruf mit Zugang zu den staatlichen Systemen sozialer Sicherung (zum Beispiel Renten-, Krankenversicherung)
- attraktive Hilfen bei Ausstiegswunsch (zum Beispiel Hilfe bei Arbeits- und Wohnungssuche, Schuldenregulierung und Umschulung)
- Zulassung von „Safer Sex“-Hinweisen zwischen Kontaktanzeigen
- Förderung von Prostituierten- Selbsthilfegruppen
- Unterstützung der Bemühungen von Prostituierten-Selbsthilfegruppen zur Freier-Aufklärung
- Schaffung szenennaher Zentren, in denen unter anderem Beratung, Krisenintervention und Hilfe zur Selbsthilfe angeboten werden
- Aufhebung von Sperrbezirken.

Strafvollzug

- zur Kenntnis nehmen, daß es im Knast Drogengebrauch und Sex gibt
- Vergabe von sterilen Spritzen und Kondomen
- Schaffung des Rechtes Erkrankter auf Entlassung.

Strafrechtliche Verfolgungen bei der Übertragung des HIV darf es nicht geben, auch nicht über die Aufnahme von AIDS in die Krankheitenliste des Bundesseuchengesetzes oder dessen Anwendung. Es dürfen keine Zwangstests oder heimliche Tests durchgeführt werden. Der HIV-Antikörpertest ist als diagnostisches Instrument nur im begründeten Einzelfall und mit schriftlichem Einverständnis der Patientin oder des Patienten und nach vorheriger, umfassender Beratung einzusetzen, weil der Test ein hohes soziales Risiko darstellt. Die Schweigepflicht gilt auch bei der HIV-Infektion uneingeschränkt.

Das grundgesetzlich verbrieftete Recht des Bürgers auf informationelle Selbstbestimmung muß gegenüber epidemiologisch begründeter Datensammelleidenenschaft weiterhin unbeschränkten Bestand haben. Deshalb muß das Strafgesetzbuch dahingehend erweitert werden, daß die Verletzung des informationellen Selbstbestimmungsrechtes unter Strafe gestellt wird.

Mit Hilfe der Verwirklichung der zuvor angeführten Forderungen kann die Aufklärung der Bevölkerung wirksam greifen. Aber auch die Qualität der einzelnen Präventionsmaßnahmen muß verbessert werden. Die Aufklärung muß zielgruppengerichtet, offen, tabufrei und behutsam sein und schon in der Schule beginnen. Die Aufklärungsmaßnahmen müssen zentral von staatlichen Stellen finanziert, aber dezentral überwiegend von Betroffenengruppen konzipiert und durchgeführt werden. Die Organisationen und die spezifischen Kommunikationsformen dieser Gruppen dürfen keinesfalls behindert, sondern müssen unterstützt und ihre Infrastruktur breit gefördert werden. Als Beispiel seien hier nur die erleichterte Anerkennung der Gemeinnützigkeit von Betroffenenorganisationen, nicht nur in bezug auf deren Engagement bei der HIV-Prävention, genannt. Aber auch bei dieser Arbeit sollten sie breite Unterstützung zum Beispiel von Krankenkassen, Ärztinnen und Ärzten oder Persönlichkeiten des öffentlichen Lebens erhalten.

Präventionsmaßnahmen müssen wirksam sein, was durch begleitende Evaluation zu prüfen ist. Wenn wissenschaftlich erwiesen ist, daß die Vorkehrungen oder ihre Nebenwirkungen das gesteckte Ziel zu verfehlen drohen, müssen die Maßnahmen sofort revidiert werden. Die Akzeptanz der selbstbestimmten Lebensführung jedes einzelnen Menschen, die die bewußte Inkaufnahme eines Infektionsrisikos einschließt, darf durch die Präventionsmaßnahmen nicht beeinträchtigt werden.

Nur in einem gesellschaftlichen Klima der gegenseitigen Toleranz und Akzeptanz unterschiedlichster Lebensstile können Positive, Kranke und Nicht-Infizierte menschenwürdig miteinander leben und lieben.

Uneingeschränkte Solidarität innerhalb unserer staatlichen Grenzen macht die dringend notwendige internationale Solidarität bei uns und anderen erst möglich.

Dann hätte AIDS wirklich keine Chance mehr.

Trotz AIDS – ja zu Lust und grenzenloser Liebe!

Gallwas, Spann, Zöllner zum 5. Kapitel

Primärprävention (Verhütung der HIV-Infektion)

Seite 75 ff.,

denen sich Abg. Geis (CDU/CSU) angeschlossen hat:

Verhütung der HIV-Infektion (Prävention)

Vorbemerkung

Anlaß für das Sondervotum sind die vielen Einseitigkeiten des Votums der Mehrheit sowohl bei der Auswahl wie bei der Bewertung der verschiedenen Elemente eines Präventionskonzeptes.

Das Sondervotum weicht von dem Aufbauschema der anderen Teile des Zwischenberichts ab. Sein Schwergewicht liegt in der Feststellung von Defiziten und in der Auswertung bisheriger Präventionsmaßnahmen in der Bundesrepublik Deutschland. Es handelt sich also genaugenommen um eine Kombination des 5. Kapitels, I. Bestandsaufnahme und II. Auswertungen, die hier und da auf Teil III. Empfehlungen übergreift.

Das findet seinen Grund darin, daß sich ein eigenständiger Teil I entweder auf die Darstellung der derzeit bei uns eingesetzten Präventionsmaßnahmen beschränken müßte – was den Blick zu sehr verengte, oder sich auf alle ernstlich in Betracht zu ziehenden Maßnahmen zu erstrecken hätte – was zu einer verwirrenden Breite führte.

Das Votum verzichtet auf einen kompletten Teil III. Empfehlungen; dies vor allem, weil das hier vorgestellte Präventionskonzept zu einem großen Teil von abschließenden Aussagen in anderen Teilen der einstimmig vereinbarten Arbeitsstruktur abhängt, unter anderem von der Bearbeitung des Gesundheits- und des Arztrechts.

Freilich gibt der Vorschlag schon in der vorgelegten Form Empfehlungen zur kurz- und mittelfristigen Orientierung staatlichen Handelns. Sie werden hier in einem Teil II zusammengefaßt.

Teil I

Feststellung von Defiziten sowie Auswertung bisheriger Präventionsmaßnahmen in der Bundesrepublik Deutschland

1. Definition der Prävention

In allen bedeutenden Sprachen Mittel- und Westeuropas bedeutet das aus dem lateinischen abgeleitete Wort Prävention das gleiche, nämlich Verhütung, wenn es im Zusammenhang mit Krankheiten und deren Ausbreitung gebraucht wird. Der Begriff Prävention wird nicht nur im Zusammenhang mit übertragbaren Krankheiten verwendet, er spielt auch in anderen Bereichen der Medizin eine wichtige Rolle, zum Beispiel bei ernährungsbedingten oder genetisch bedingten Krankheiten. Bei einigen Krankheiten unterscheidet man zwischen Primärprävention und Sekun-

därprävention, wobei die Primärprävention sich auf das erste Auftreten der Krankheit bezieht, die Sekundärprävention auf die Verhütung von Rückfällen: bei Infektionskrankheiten sind Primärprävention und Prävention identisch.

Prävention hat immer zwei Zielsetzungen, nämlich zum Schutz des Individuums die Verhinderung jeder neuen Ansteckung, zum Schutz der Allgemeinheit die Verringerung der Ansteckung in dem Maße, das nötig ist, um die Krankheit einzudämmen. Diese beiden Aspekte sind weitgehend, aber nicht vollkommen identisch. Zum Schutze jedes Individuums müssen alle Infektionsmöglichkeiten jeweils individuell ausgeschaltet werden, zur Eindämmung der Krankheit kann es genügen, die Infektionswege zu minimieren. Selbstverständlich ist die Ausschaltung tunlichst aller Infektionen das auch von der Rechtsordnung gebotene Ziel der Prävention. Das Bundesverfassungsgericht hat zu der aus Art.2 Abs.2 Satz 1 Grundgesetz folgenden Schutzpflicht für Leben und körperliche Unversehrtheit ausgeführt: Der von der Verfassung geforderte Rechtsschutz für das konkrete einzelne Menschenleben dürfe nicht zugunsten eines bestimmten gesellschaftspolitisch erwünschten Zieles zurückgestellt werden; „der Effizienz einer Regelung im ganzen darf der Grundrechtsschutz im einzelnen nicht geopfert werden“ (Bundesverfassungsgericht Band 39, 1 (59)).

Vom Grundsatz her sind die Möglichkeiten von Aufklärung und Beratung einerseits, von staatlichen Interventionen z.B. sozialmedizinischen Hilfen und rechtlichen Maßnahmen andererseits, gleichwertig. Inwieweit jede einzelne dieser Maßnahmen geboten ist, hängt von der jeweiligen Situation ab.

2. Voraussetzungen der Prävention

Die wichtigste Voraussetzung jeder Prävention ist eine weitreichende Kenntnis der Krankheit und aller ihrer Übertragungswege bzw. Ursachen.

AIDS ist eine übertragbare Krankheit. Besonderheiten für die Prävention ergeben sich aus der Länge der Latenzzeit, aus dem Fehlen einer wirksamen Behandlung und in gewisser Beziehung auch aus der Art und Vielfalt der Übertragungswege.

Als Übertragungswege kommen in erster Linie der Kontakt mit Sperma oder Vaginalsekret eines Infizierten während des Geschlechtsverkehrs, die Übertragung von Blut oder Blutprodukten im Rahmen einer ärztlichen Behandlung, bei gemeinsamer Verwendung von Nadeln und Spritzen und bei Verletzungen in Frage sowie die Übertragung von der Mutter auf das Kind vor, während oder nach der Geburt. Grundsätzlich sind jedoch auch Übertragungen mit anderen virushaltigen Körperflüssigkeiten wie Tränen oder Speichel denkbar, falls diese mit den Schleimhäuten oder offenen Wunden in Berührung kommen. Ungeklärt ist die Frage, ob eine Übertragung durch Anhusten vorkommen kann. Die bei vielen Viruskrankheiten häufige Tröpfcheninfektion dürfte bei HIV keine Rolle spielen. Eine Aufnahme des Virus durch die unverletzte Haut erfolgt nicht.

Im Rahmen der Prävention ist eine Förderung der AIDS-Forschung notwendig

- damit Infektionsquellen früher erkannt werden können
- eine kausale (antivirale) Therapie diese Quellen schließt
- und durch vorbeugende Behandlung die Aufnahme des Virus verhindert werden kann.

3. Präventive Strategien

Die Voraussetzung jeder Prävention ist eine möglichst weitreichende Kenntnis der Krankheit und aller ihrer Übertragungswege bzw. Ursachen.

Weitere Infektionen ließen sich vermeiden, wenn folgende Einzelziele erreicht werden könnten:

- verhindern, daß neue Infektionsquellen entstehen
- bestehende Infektionsquellen aufdecken
- verhindern, daß neue Infektionsketten entstehen
- bestehende Infektionsketten aufspüren und unterbrechen.

Nur eine umfassende Berücksichtigung aller dieser vier Einzelziele ermöglicht eine möglichst vollständige Prävention.

Weil – wie zur Zeit – weder eine Impfung, noch eine kausale Therapie in Sicht ist, ist die Prävention das einzige Mittel, die Gesamtheit der Bevölkerung und jeden Einzelnen zu schützen. Sie hat sich deshalb aller ihrer Möglichkeiten zu bedienen. Dabei kann einmal die eine, einmal die andere Möglichkeit die am meisten erfolgversprechende und deshalb die gebotene sein; Kombinationen verschiedener Möglichkeiten müssen in Erwägung gezogen werden.

Das Hauptziel des Präventionskonzepts muß freilich sein, die Entstehung neuer Infektionsquellen zu verhindern. Denn in dem Maße, wie dieses Ziel erreicht wird, erledigen sich die anderen Ziele. Da jedoch derzeit keine präventive Strategie zur Verfügung steht, die hinreichend verlässlich, rasch und umfassend zu diesem Hauptziel führt, dürfen Einzelstrategien nicht vernachlässigt werden.

Alles hängt davon ab, Infizierte wie Nichtinfizierte zu einer Änderung ihres Verhaltens zu veranlassen, damit es nicht zur Übertragung des Virus kommt.

Hierüber besteht Einigkeit, nicht aber über die Wege, auf denen dies geschehen soll. Dies hat seinen Grund darin, daß viele der vorgeschlagenen bzw. heute bereits üblichen Präventionsmittel (Strategien) auch Auswirkungen auf das allgemeine Verhalten haben bzw. haben dürften, Auswirkungen, die von den unterschiedlichen Gruppen unserer Bürger unterschiedlich beurteilt werden. So setzen die einen beispielsweise auf Aufklärung und Kondomwerbung, andere auf Erziehung zu mehr Menschlichkeit, andere in erster Linie auf gesundheitsrechtliche Interventionen. Tatsächlich geht es jedoch nicht um ein „Entweder Oder“, sondern um ein „Sowohl als Auch“, und ange-

sichts der bedrohlichen Ausbreitung der Krankheit müssen alle Mittel der Prävention sobald und so effektiv wie möglich angewendet werden.

Bei der Auswahl und Ausgestaltung der einzusetzenden Mittel ist auf das Hauptziel Bedacht zu nehmen. Keinesfalls darf die Wahl einzelner Strategien dazu führen, daß man von der Aufdeckung von Infektionsquellen oder der Unterbrechung von Infektionsketten absieht, zum Beispiel aus der Erwägung, das Klima für Verhaltensänderungen nicht zu irritieren.

4. Die AIDS-Prävention in der Bundesrepublik Deutschland vor dem Hintergrund internationaler Erfahrung

In der Bundesrepublik Deutschland sind 74% der bekannten AIDS-Fälle bei Homosexuellen aufgetreten, 10% bei Fixern und 8% bei Personen, denen ärztlich indiziert Blut oder Blutderivate übertragen wurden. Diese an AIDS-Patienten gewonnenen Zahlen dürfen nicht als Maß für die Durchseuchung angesehen werden, weil sie nichts aussagen über die Zahl der noch symptomlos HIV-Infizierten. Sie geben jedoch einen wichtigen Hinweis auf die Infektionsquellen, zumindest wie sie vor fünf bis zehn Jahren bestanden haben.

In Zentralafrika mit der längsten Geschichte von AIDS handelt es sich bei der Krankheit um eine Infektion der heterosexuellen Bevölkerung.

Ob dies in unserem Lande in absehbarer Zeit ebenfalls so sein wird, bleibt abzuwarten, weil keine ausreichenden epidemiologischen Daten vorliegen. Im Interesse einer umfassenden Verhütungskampagne sollte man jedoch davon ausgehen, daß AIDS bereits in die heterosexuelle Bevölkerung übergetreten ist und daß alle Präventionsmittel (Strategien) auch gegenüber der heterosexuellen Bevölkerung angewendet werden müssen.

Wichtig im Zusammenhang mit der AIDS-Prävention in der Bundesrepublik Deutschland ist die Berücksichtigung jener Minderheiten, die am Import von AIDS in die Bundesrepublik Deutschland maßgeblich beteiligt waren.

Gerade wegen des sozialpsychologischen Sonderproblems, welches sich unabweislich ergibt, sind alle Mittel der Prävention so einzusetzen, daß es nicht zu Diskriminierungen kommt.

5. Die zentrale Bedeutung von Verhaltensänderungen und Verhaltensstabilisierung

Wegen der Eigenart der Übertragungswege des HIV lassen sich die Ziele der Prävention letztlich nur dadurch erreichen, daß man riskant lebende Personen dazu bringt, weniger riskant, bestenfalls ohne Risiko zu leben, und daß man risikoarm oder risikofrei lebende Personen in ihrer Lebensweise bestärkt.

Riskantes Verhalten auf andere Weise, z.B. durch Überwachung oder Absonderung verhindern zu wollen, stieße auf rechtliche, teils sogar auf verfassungs-

rechtliche Widerstände, vor allem aber auf erhebliche praktische Schwierigkeiten. Solche Wege kommen deshalb allenfalls in Ausnahmefällen und in der Regel mit einer engen Zeitbegrenzung in Betracht, wobei die Maßnahmen überdies so angelegt sein müßten, daß sie den Betroffenen zu weniger riskantem Verhalten hinführen.

Verhaltensänderung besteht jedoch nicht nur in der Einübung risikoärmeren Verhaltens. Wer riskant lebt, trägt auch höhere Verantwortung. Er muß sich deshalb entsprechend informieren und beraten lassen; im Falle einer Infektion muß er sich zu der Solidarität entschließen, den gegenwärtigen, ebenso wie die früheren Partner zu informieren.

Einseitige Ausrichtung auf die Empfehlung weniger riskanter Sexualpraktiken sowie der Vermeidung des needle-sharing ist zu vermeiden, weil dies zu der Annahme verleiten kann, mehr an verantwortlichem Verhalten sei zu Zwecken der Prävention nicht geboten.

Weil AIDS-Prävention auf Kooperation mit den riskant Lebenden oder den Infizierten angewiesen ist, muß für ein Klima gesorgt werden, das die Kooperationswilligkeit der Betroffenen fördert.

Für die Ziele der Prävention kommt es daher wesentlich auf das Verhalten aller gegenüber riskant Lebenden und gegenüber Infizierten an. Erforderlich ist die Bewahrung oder Herstellung „informierter Solidarität“. Jedermann muß sich der verhängnisvollen Wirkung diskriminierenden Verhaltens bewußt sein.

6. Die Wege zur Verhaltensänderung und zur Verhaltensstabilisierung

Die wichtigsten Wege sind Aufklärung, Beratung, Teistung, Begründung von rechtlichen Verhaltenspflichten im allgemeinen und im Einzelfall.

6a Aufklärung

Verantwortliches Verhalten setzt entsprechendes Wissen voraus. Deshalb muß jeder über die Gefahr einer Infektion, die wichtigsten Übertragungswege und die Möglichkeiten, sich zu schützen, aufgeklärt werden.

Obwohl die Informationen über AIDS in den Intim- und Tabubereich hineingehen, ist eine eindeutige Sprache geboten. Die grundlegende Aufklärung muß sich an die breite Bevölkerung richten. Als Medien eignen sich Rundfunk und Fernsehen, Presse und Kinos.

Die Informationen der Öffentlichkeit über die Übertragung von HIV ist eine unerläßliche Voraussetzung der Prävention von AIDS. Die Mehrheit der Informierten kann ihre Partner und sich selber schützen. Information erfolgt durch objektive Darstellung von Sachverhalten, ohne für den Empfänger hieraus einen Rat abzuleiten, sie kann aber auch versuchen, in engerem Zusammenhang mit der Mitteilung der Sachverhalte zu beraten. Ohne eine solche Beratung wird Informa-

tion wohl nur von einem kleineren Teil der Bürger in entsprechendes Verhalten umgesetzt werden können; bei Information mit Beratung entsteht dagegen das Risiko einer nicht mehr ganz objektiven Information, die Meinung des Beratenden fließt mit ein. Darüber hinaus ist Beratung nahezu unvermeidlich von der Weltanschauung des Beratenden beeinflusst.

Information muß richtig sein. Die Einhaltung dieses Satzes bedingt, daß in vielen Punkten Nichtwissen zugegeben werden muß, und daß Schätzungen und Extrapolierungen als solche kenntlich zu machen sind. Dies wurde beim Auftreten der Krankheit nicht berücksichtigt, so daß die auf den Schätzungen von „Experten“ beruhenden ersten Verlautbarungen der Bundesregierung als falsch bezeichnet werden müssen. Hier hat sich manches gebessert, auch gibt es bereits Broschüren, welche dem Bundesbürger deutlich machen, was wir wissen, was wir zur Zeit (noch) nicht wissen und welche Hypothesen zulässig sind und aus welchen Gründen.

Umfangreich sind die Informationsaktionen, welche versuchen, Informationen mit Beratung zu verbinden. Bedauerlicherweise beruht die Mehrheit dieser Versuche auf einer unvollständigen oder gar schönfärbischen Darstellung der gesicherten Tatbestände; dies geschieht wohl um die „Beratungsbotschaft“ plausibel und griffig zu machen. Häufig wird in den Beratungsbotschaften auch von den gefährlichen Nebenwirkungen, welche eine allzu griffige Botschaft hervorrufen kann, abgesehen.

Als Grundsatz muß gelten, daß die Aufklärung nicht versuchen darf, wegen des Risikos von AIDS die sittliche Einstellung abzubauen: Eine Kondomwerbung kann bereits bei Schülern den Eindruck erwecken, daß promiskes Sexualverhalten das normale sei; sie kann sogar den Ernst der Situation verschleiern. Dieser Effekt ist großen Teilen der deutschen Bürger nicht recht. Andererseits kann eine Überbetonung ethischer Gesichtspunkte als Bigotterie abgetan werden und das Gegenteil des Beabsichtigten hervorrufen.

Die Wirkung jeder Information hat ihre Grenzen, die nicht allein durch die Bereitwilligkeit der Informierten, den Inhalt der Information anzunehmen, gesetzt sind. Grenzen der Information sind vielmehr oft auch intellektueller Art, sei es, daß dem fachlich kompetenten Verfasser die Voraussetzungen für die Formulierung seines Wissens als Information fehlen, sei es, daß der Empfänger der Information nicht in der Lage ist, deren Inhalt zu begreifen, sei es auch, daß der Empfänger der Information deren Inhalt wohl begreift, nicht aber in der Lage ist, diesen Inhalt in Handlung umzusetzen. All diese ganz offensichtlichen Grenzen der Information zeigen, daß Information und Aufklärung allein für die Prävention von AIDS kein ausreichendes Mittel sind.

Der präventive Nutzen der Information und Aufklärung bedarf der Validierung. Hierüber liegen bisher keine verlässlichen Zahlen vor, die als Evidenz gewertet werden können. Dies beruht nicht nur auf der Schwierigkeit der Materie, sondern in besonderem Maße auf der Unmöglichkeit, unter den derzeitigen gesetzlichen Bestimmungen möglichst rasch Meßgrößen zu gewinnen. Ob die heute praktizierte Aufklä-

rung Erfolg hat, wird man deshalb erst in zehn Jahren beurteilen können, wenn die Erkrankungsziffern an manifestem AIDS Rückschlüsse auf Verhaltensänderungen von heute erlauben.

Aufklärung darf weder Panik machen noch gebotene Einsicht abwiegeln. Gefordert ist situationsgemäße sachliche Information. Dabei ist stets zu berücksichtigen, daß angesichts der noch unzureichenden Kenntnisse über die HIV-Infektion die meisten Aussagen unter dem Vorbehalt neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse stehen. Vor allem will bedacht sein, daß man aus negativen Feststellungen keine positiven Schlüsse ziehen darf. Ein Kontakt, bei dem nach allem, was man heute weiß, ein Risiko nicht ausgeschlossen werden kann, wird nicht dadurch risikofrei, daß bisher kein Fall einer Übertragung dokumentiert ist. Die Formel „kein Fall nachgewiesen“ schafft eine womöglich verhängnisvoll trügerische Sicherheit.

Aufklärung muß Irritationen vermeiden. So zweckmäßig es ist, bestimmte Zielgruppen, z.B. habituell promisk lebenden Personen ausschließlich die risikomindernde Wirkung des richtigen Kondomgebrauchs einzuschärfen, so mißverständlich ist eine solche Belehrung für die breite Bevölkerung. Es darf nicht der Eindruck erweckt werden, als wäre AIDS kein Problem, wenn man nur Kondome beziehungsweise sterile Spritzen benutzen würde.

Die Aufklärungsbotschaft sollte tunlichst immer so strukturiert sein, daß sicheres, risikominderndes und hochriskantes Verhalten nebeneinander angesprochen werden.

Zur Anlehnung an den Slogan „Gib AIDS keine Chance“ könnte die Aufklärungsbotschaft z.B. lauten:

1. AIDS hat keine Chance bei treuer Partnerschaft.
2. AIDS hat eine umso geringere Chance, je nachhaltiger man sich daran gewöhnt, die inzwischen bekannten Risiken zu vermeiden, indem man sich entsprechend schützt.
3. AIDS hat eine bedrohliche Chance, wenn man sich oder seinen Partner ungeschützt einem Risiko aussetzt.

Neben der Aufklärung für die breite Bevölkerung muß eine zielgruppenspezifische Aufklärung treten, die über die besonderen Risiken bestimmter Gruppen (Homosexuelle, i.v.-Drogenabhängige, Freier, Sex-touristen etc.) informiert, die risikomindernde Verhaltensweisen möglichst exakt beschreibt und zudem auf noch detailliertere Informationsangebote hinweist.

Als Zielgruppen sind derzeit auszumachen:

- Homosexuelle
- homosexuelle Prostituierte und ihre Kunden
- Heterosexuelle
- heterosexuelle Prostituierte und ihre Kunden; Beschaffungsprostitution
- Jugendliche
- Schwangere

- Infizierte
- Helfer
- Fixer

6b Beratung

Um zu bewirken, daß Information nicht nur Wissen schafft, sondern auch in Verhalten umgesetzt wird, bedarf Aufklärung der Ergänzung durch Beratung. Das Beratungsangebot muß so aufgebaut sein, daß man das individuelle Risiko erkennt, daß man sich der Widerstände gegen die gebotene Verhaltensänderung bewußt wird und mit ihnen umzugehen lernt.

Eine Schwachstelle des Beratungskonzepts liegt darin, daß das Beratungsangebot nicht jeden erreicht, der der Beratung bedarf. Es müssen daher Wege gefunden werden, um eine Beratungsmotivation zu schaffen und zu stabilisieren. Ob dies durch Aufklärung allein gelingen kann, ist zweifelhaft. In Betracht kommen wohl eher eine zielgruppenorientierte Verstärkung der Anziehungskraft von Beratungsstellen und entsprechende Werbung. Gegebenenfalls ist auch an eine rechtliche Verpflichtung, sich beraten zu lassen, zu denken.

Eine andere Schwachstelle bildet der Zeitfaktor. Unter dem Aspekt der Prävention ergibt sich ein Zielkonflikt zwischen der Notwendigkeit einer möglichst ungestörten Beratungssituation bis zum Eintritt des erwünschten Erfolges, nämlich stabilem, risikoarmem Verhalten und dem Gebot, auch in der Zwischenzeit Infektionen tunlichst zu vermeiden. Der Zielkonflikt wird am deutlichsten, wenn sich ein Infizierter beratungswidrig verhält. Hier ist nach Möglichkeiten zu suchen, wie man spätestens im Falle der Wiederholung infektionsträchtigen Verhaltens angemessen reagieren kann, um weiterem Fehlverhalten vorzubeugen. Zu denken wäre dabei an einen Übergang von einer freiwilligen Beratung zu einer Beratungspflicht, etwa mit dem Ziel der Verringerung der Beratungsintervalle. Zudem muß in solchen Fällen auch eine Abklärung des Infektionsstatus ins Auge gefaßt werden.

Schließlich ist auf den beträchtlichen Aufwand hinzuweisen, den ein sachgerechtes Beratungsangebot erfordert. Schon der Mangel an finanziellen und personellen Mitteln zwingt zu einem möglichst effektiven Einsatz.

6c Testempfehlung zu präventiven Zwecken

Im HIV-Test liegt ein Präventionspotential. Es besteht einmal darin, daß derjenige, der weiß, daß er eine Gefahrenquelle bildet, sich anders verhält als derjenige, der nur weiß, daß er eine Gefahrenquelle bilden könnte. Zum anderen führt das Wissen, daß man infiziert ist, naheliegenderweise zu der Frage, wo man sich infiziert haben könnte. Hierin liegt ein wichtiger Ansatz für das contact-tracing.

Die Nutzung dieses Potentials stößt freilich auf eine Reihe von Einwänden. Der wohl wichtigste zielt auf

die psychische Situation dessen, der mit seiner Infektion konfrontiert wird. Die Kenntnis, daß man infiziert sei, schneidet tief in das Leben ein. Man muß sich mit der Tatsache auseinandersetzen, daß ein zur Zeit nicht therapierbares, schweres Leiden auf einen zukommt, daß Isolation und häufig materielle Not drohen. Dazu kommt der Gesichtspunkt, daß man auch bei der Nutzung dieses Präventionspotentials auf die Mitwirkung des Infizierten angewiesen ist, der aber auch aus vielen Gründen daran interessiert sein mag, sich so einzulassen, daß sich der Weg zur Infektionsquelle nicht öffnet. Schließlich wird vorgebracht, jedes negative Testergebnis führe zu einer falschen Sicherheit bis hin zu der Fehleinschätzung, man sei gegen HIV immun.

Das Präventionspotential, das durch den HIV-Test erschlossen wird, muß dennoch genutzt werden. Hält man das Für und Wider gegeneinander, so überwiegen die für den Test sprechenden Gesichtspunkte, vor allem wenn man der Maxime folgt, daß jede weitere Infektion eine zu viel sei. Dem Anliegen derer, die sich gegen den Test aussprechen, kann durch entsprechende Aufklärung und Beratung des Getesteten entsprochen werden, während es zur Vermeidung weiterer Infektionen im Einzelfall keine gleichwertige Alternative gibt.

Nach geltendem Recht besteht derzeit keine allgemeine Pflicht, sich zu präventiven Zwecken testen zu lassen. Die seuchenrechtliche Befugnis, einen Test in einem Einzelfall anzuordnen, hat eine verschwindend punktuelle Bedeutung, da die zuständige Behörde allenfalls per Zufall von einem Sachverhalt erfährt, der einen Test nahelegen könnte. Deshalb bedarf es, weil durch das Testen sowohl in das Recht auf körperliche Unversehrtheit wie in das Persönlichkeitsrecht, genauer in das Recht auf informationelle Selbstbestimmung, eingegriffen wird, in der Regel einer Einwilligung des Betroffenen. Zur Wirksamkeit der Einwilligung ist eine hinreichende Aufklärung des Betroffenen erforderlich. Inhalt der Aufklärung ist die Information über den präventiven Zweck des Tests, über seine Aussagekraft und über die mit einem positiven Ergebnis verbundenen Folgen. Letztlich hat es also der Betroffene in der Hand, ob er der Empfehlung folgt oder nicht.

Der Test zu präventiven Zwecken erfordert eine tragfähige Beratungssituation. Der Betroffene darf weder vor noch nach der Mitteilung des Testergebnisses allein gelassen werden.

Zu prüfen ist, ob in genau zu umschreibenden Fällen die Einwilligung des Betroffenen in den Test durch eine gesetzliche Testermächtigung des Arztes ergänzt werden muß. Einer solchen Ermächtigung bedürfte es etwa zum Schutze von Ärzten und medizinischem Personal in Situationen, in denen sie sich in anderer Weise nicht hinreichend schützen können (z.B. bei bestimmten diagnostischen oder operativen Eingriffen).

Der Test zu präventiven Zwecken und der Test zu diagnostischen Zwecken (Differentialdiagnose) sind scharf voneinander zu trennen. Für den Test zu diagnostischen Zwecken stellen sich andere Rechtsfra-

gen (vgl. im übrigen die Ausarbeitung zum HIV-Antikörpertest von Stille).*)

6d Begründung von normativen Rechtspflichten

Für riskant lebende oder infizierte Personen besteht die allgemeine zivilrechtliche und strafrechtliche Pflicht, niemandes Gesundheit zu verletzen. Darüber hinaus erscheint die Ergänzung des Bundesseuchengesetzes oder der Erlass eines eigenen AIDS-Gesetzes unumgänglich.

Die Kommission hat sich mit den hier anstehenden Fragen bisher nur am Rande beschäftigt. Dabei zeichnet sich bereits ab, daß man sich von zivilrechtlicher Haftung, vor allem aber von einer Verurteilung wegen versuchter Körperverletzung, keine nennenswerte präventive Wirkung verspricht. Weder das Zivilrecht noch das Strafrecht können in der Prävention das Mittel der Wahl sein, jedoch dürfen die maßstabbildende Kraft, aber auch abschreckende Wirkung des Strafrechts nicht unterschätzt werden.

Zu prüfen ist unter anderem, ob man nicht wenigstens kraft Gesetzes Verhaltensmaßstäbe schaffen sollte, etwa für Freier und Infizierte die Pflicht, Kondome zu benutzen, für Infizierte die Pflicht, bei Risikokontakten den Partner zu informieren.

Voraussetzung wäre freilich, daß man die Sanktion von Pflichtverstößen eindeutig am Präventionszweck orientiert. Als Rechtsfolgen von Pflichtwidrigkeiten käme danach nur in Betracht, die Pflicht, sich in eine Beratungssituation zu begeben, die Beratung zu intensivieren und gegebenenfalls die Pflicht, sich testen zu lassen. Die klassische strafrechtliche Sanktion für Körperverletzungstatbestände würden durch derartige Ergänzungen nicht berührt.

6e Begründung von Rechtspflichten im Einzelfall

AIDS ist keine Geschlechtskrankheit im Sinne des Gesetzes zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, wohl aber eine Seuche im Sinne des Bundesseuchengesetzes.

Das Bundesseuchengesetz verpflichtet die Gesundheitsämter, wenn ein Ansteckungsverdacht besteht, die erforderlichen Ermittlungen, insbesondere über Art, Ursache, Ansteckungsquelle und Ausbreitung der Krankheit anzustellen. Ansteckungsverdächtige Personen sind verpflichtet, die erforderlichen Untersuchungen durch die Beauftragten des Gesundheitsamtes zu dulden und Vorladungen des Gesundheitsamtes Folge zu leisten sowie das erforderliche Untersuchungsmaterial entnehmen zu lassen. Solange es zur Verhinderung der Verbreitung einer Krankheit erforderlich ist, können Schutzmaßnahmen wie Beobachtung, Berufsverbot, Absonderung getroffen werden (vgl. dazu die Entscheidung des Bayerischen Verwaltungsgerichtshof vom 19. Mai 1988 Nr. 25 CS 88.00312). Es wird insoweit auf die Kommissionsarbeitsunterlage Nr. 220 verwiesen.

*) Minderheitenvotum Seite 116 ff.

Die unbestimmten Rechtsbegriffe des Bundesseuchengesetzes sowie die vielfältigen behördlichen Ermessensspielräume werfen verschiedene Rechts- und Zweckmäßigkeitsfragen im Hinblick auf den Einsatz seuchenrechtlicher Handhaben gegen die HIV-Infektion auf. Die für das Gesundheitswesen zuständigen Landesminister bzw. Senatoren, mit Ausnahme des Innenministers des Freistaates Bayern, haben sich deshalb dazu entschieden, weitgehend von Zwangsmaßnahmen abzusehen. Nur das Bayerische Staatsministerium des Innern hat durch Vollzugshinweise die Anwendung des Bundesseuchengesetzes vorgeschrieben und im einzelnen geregelt.

Es besteht Einigkeit darüber, daß in bestimmten Situationen auf staatliche Interventionen nicht verzichtet werden kann. Das Interesse muß sich auf die Definition entsprechender Situationen und auf die Bemessung der dann einzusetzenden Maßnahmen richten. Die Palette solcher interventionistischer Maßnahmen reicht von der verpflichtenden Aufforderung, den Infektionsstatus aufklären zu lassen bis hin zur Absonderung.

Es ist vor allem zu bedenken, wie man die behördliche Wahrnehmung der Fälle, in denen Interventionen geboten sind, organisiert. Hier wird man auf eine Meldepflicht, unter Umständen auch auf eine namentliche Meldepflicht, nicht verzichten können.

7. Spezielle Aufklärung und Beratung bei verschiedenen Zielgruppen

Die allgemeine Information und Aufklärung muß ergänzt werden durch weitere Aufklärungsmaßnahmen, die durch die besondere Situation einzelner Bevölkerungsgruppen bedingt sind, und zwar sowohl was den Inhalt der Aufklärung betrifft als auch was die Wege, auf denen diese Aufklärung an die Zielgruppen herangebracht wird betrifft. Hier bestehen, abgesehen von den Erfahrungen an amerikanischen Homosexuellen, zwar Vorstellungen, jedoch ist es dringend notwendig, die Aufklärungsdefizite zu beschreiben und die Wege, auf denen die Aufklärungsinhalte an die Adressaten gebracht werden sollten, zu begründen. Bei der Abstimmung solcher Maßnahmen ist vor Reizworten wie Panikmache, Abwiegeln, Tabuisierung, Drohbotschaften dringend zu warnen; nur eine nüchterne Analyse jeweiliger Vorhaben ist geeignet, zur Prävention beizutragen. Dabei muß sich die Dringlichkeit der speziellen Aufklärungsmaßnahmen bei verschiedenen Zielgruppen nach der Bedeutung dieser Zielgruppen für die Ausbreitung der Krankheit richten. Besser wäre es, wenn sie sich an der Ausbreitung der HIV-Infektion orientieren könnte, für die jedoch in der Bundesrepublik Deutschland keine ausreichenden Zahlen vorliegen.

7a Präventionsbedürfnisse

Für die Ausgestaltung präventiver Strategien bieten sich folgende Gruppierungen an:

- Personen ohne Risiko (Personen in treuer Partnerschaft); für sie kommt in erster Linie Aufklärung in Form von Streubotschaften in Betracht.
- Personen, die allenfalls gelegentlich aktiv oder passiv riskant leben (z.B. Freier, Jugendliche); für sie kommt neben der Aufklärung in Form von Streubotschaften Aufklärung in Form zielgruppenorientierter Informationen in Betracht; zu denken ist aber auch an allgemeine normative Rechtspflichten, z.B. sich beraten zu lassen.
- Personen, die zumal habituell aktiv oder passiv mit erhöhtem Risiko leben (z.B. Homosexuelle, Fixer, Prostituierte); bei ihnen muß das Schwergewicht auf individueller Beratung mit dem Ziel der Risikominderung liegen. Zur Herstellung einer erfolgversprechenden Beratungssituation ist gegebenenfalls auf interventionistische Maßnahmen zurückzugreifen.
- Personen, die infiziert sind; sie sind in besonderem Maße beratungsbedürftig; bei ihnen kann je nach den Umständen auf interventionistische Maßnahmen nicht verzichtet werden.

Präventive Strategien sind so anzulegen, daß Adressaten nicht dazu verleitet werden, in eine Gruppe mit höherem Risiko zu wechseln. Dies steht jedoch zu befürchten, wenn eine Präventionsstrategie im wesentlichen auf die Empfehlung, bei Geschlechtsverkehr Kondome zu benutzen und beim Drogengebrauch das needle-sharing zu meiden, hinausliefere bzw. von den Adressaten so verstanden würde.

Im übrigen ist bei der Wahl und dem Einsatz der Präventionsstrategien jeweils zu berücksichtigen, ob bei der einzelnen Gruppe ein erhöhtes Präventionsbedürfnis besteht oder sich zu entwickeln beginnt. Gegebenenfalls ist die Strategie entsprechend zu intensivieren.

Homosexuelle

Der Erfolg der Aufklärung bei Homosexuellen dürfte in erster Linie davon abhängen, daß man sich in besonderem Maße um Objektivität bemüht; Objektivität ist die beste Voraussetzung für Toleranz bzw. Nichtdiskriminierung. Weil Diskriminierung möglicherweise dazu führt, daß Informationen nicht angenommen werden, ist es empfehlenswert, die Aufklärung von Mitgliedern der betroffenen Gruppen durchführen zu lassen, z.B. von Homosexuellen Selbsthilfegruppen. Auch Homosexuelle, die aufgrund ihres Lebensstils von AIDS nicht wesentlich mehr bedroht sind als die heterosexuelle Bevölkerung fürchten, durch öffentliche Aufklärung in den Bereich der Diskriminierung zu gelangen. Ein besonderes Maß an Aufklärungsbereitschaft beruht darauf, daß die Prävalenz von AIDS in der Gruppe der Homosexuellen hoch ist und infolge dessen viele Homosexuelle einen oder mehrere Kranke bzw. Infizierte kennen.

Homosexuelle Prostituierte und ihre Kunden

Über diese Gruppe liegen sehr wenig Informationen vor, da die rechtlichen Voraussetzungen für die Gewinnung solcher Informationen nicht gegeben sind. Man muß jedoch davon ausgehen, daß die Prävalenz der HIV-Infektion bzw. die Prävalenz von AIDS bei den Prostituierten wesentlich höher ist als bei den Nichtprostituierten, und daß infolgedessen die Prävalenz bei den homosexuellen Prostituierten heute bereits extrem hoch ist. Dies wiederum macht diese Gruppe von Männern und ihre Kunden zum wichtigsten Aufklärungsziel überhaupt. Weil diese Gruppe andererseits auf üblichem öffentlichen Weg kaum zu erreichen ist, bedarf es hier in besonderem Maße der aufsuchenden Beratung, z.B. in einschlägigen Bars, Saunen. Im Bereich der homosexuellen Prostitution besteht eine problematische Konkurrenz zwischen der Bedeutung von Aufklärung und der Bedeutung von gesundheitsrechtlichen Maßnahmen, welche der Aufmerksamkeit bedarf.

Heterosexuelle

Die Heterosexuellen stellen bislang nur einen geringen Teil der AIDS-Kranken, während man über die Zahl der in dieser Gruppe bereits mit HIV-Infizierten keine zuverlässigen Unterlagen hat. Aufgrund der bisher begrenzten Erfahrungen wird man nicht fehlgehen mit der Annahme, daß Heterosexuelle dann besonders gefährdet sind, wenn sie in naher Beziehung zu den Hauptbetroffenengruppen stehen, z.B. zu Bisexuellen, Homosexuellen, zur Drogenszene oder zur Beschaffungsprostitution. Substantiierte Einzelbeobachtungen lassen darüber hinaus vermuten, daß es infektionsgefährdende Treffpunkte gibt, wie Diskotheken und im Tourismus, und zwar nicht nur im Sextourismus. Bei dieser Gruppe, die mehr als 90% der Bevölkerung ausmacht, kommt es in besonderer Weise darauf an, über den Hinweis auf Kondome hinaus auf die Notwendigkeit eines verantwortungsbewußten Umgangs mit der eigenen Sexualität hinzuweisen und das Kondom wegen möglicher Qualitäts- und Anwendungsfehler nicht als einen absoluten Schutz oder gar als Freibrief anzupreisen.

Heterosexuelle Prostituierte und ihre Kunden; Beschaffungsprostitution

Der Prozentsatz Prostituerter, die mit HIV infiziert sind, ist in Mitteleuropa gering und liegt in den meisten Untersuchungen unter 5%. Dieser Personenkreis achtet bereits von jeher aus ureigenstem Interesse auf die Benutzung von Kondomen, doch entstehen Probleme durch Kunden, die den Gebrauch von Kondomen ablehnen. Offensichtlich muß sich in diesem Bereich die Aufklärung in erster Linie auf die Freier richten, derartige Einstellungen zu korrigieren.

Die Beschaffungsprostitution von Rauschgiftsüchtigen erfordert andere Aufklärungsmaßnahmen. Einerseits ist nach allen Untersuchungen die Prävalenz von HIV-Infektionen bei Frauen dieser Variante der Prostitution wesentlich höher, andererseits sind diese

Frauen wegen des damit verbundenen finanziellen Gewinnes am leichtesten geneigt, dem Wunsch auf ungeschützten Geschlechtsverkehr nachzugeben.

Jugendliche

Heranwachsende und Jugendliche scheinen, wenn man die Altersverteilung der AIDS-Krankheit betrachtet, vor zehn Jahren noch nicht gefährdet gewesen zu sein. Wie dies heute ist, ist unbekannt. Jugendliche haben von jeher ihre Partner in verhältnismäßig kurzen Abständen gewechselt, und insofern wird die Gruppe der Jugendlichen beim derzeitigen Verhalten zu einer Hauptrisikogruppe werden, sollte die HIV-Infektion in ihren Bereich einbrechen können. Bei den Jugendlichen ist die Diskussion, ob es in erster Linie auf die Empfehlung von Kondomen oder in erster Linie auf Hinweise zum verantwortungsbewußten Verhalten ankommt, besonders ausgeprägt. Hier kommt es aber auch in besonderem Maße darauf an, sowohl ein verantwortungsbewußtes Verhalten (Verantwortung sich selber und dem andern gegenüber) als ebenso wichtig wie den aktuellen Schutz durch das Kondom darzustellen. Jugendliche sind auch in besonderem Maße in der Lage, aus objektiver Information ohne gezielte Beratung korrekte Schlußfolgerungen zu ziehen.

Schwangere

Die Frau mit Kinderwunsch oder die schwangere Frau hat eine doppelte Verantwortung, nicht nur dem Partner, sondern auch dem Nachwuchs gegenüber. Hieraus ergeben sich besondere Beratungsinhalte, vor allem die Notwendigkeit, bei bestehendem Kinderwunsch rechtzeitig einen HIV-Test durchzuführen.

Es ist nicht angebracht, bei Frauen, die vermutlich nicht mit HIV-Infizierten in Berührung gekommen sind, auf entsprechende Testung zu verzichten, weil das Maß der HIV-Durchseuchung in unserer Bevölkerung unbekannt ist.

Infizierte

Das Beratungsgespräch bei der Mitteilung eines positiven Testergebnisses gehört nicht in den Rahmen der Aufklärung, handelt es sich dabei doch grundsätzlich um eine persönliche Aussprache zwischen Arzt und Patient. Die Aufklärung Infizierter muß sich vielmehr in zwei weiteren Richtungen erstrecken, nämlich einerseits muß sie den Infizierten in die Lage versetzen, ein menschenwürdiges Dasein zu führen, muß ihn also über alle Möglichkeiten unterrichten, sich in der Gesellschaft ohne Diskriminierung und ohne Verlust des bisherigen Lebensstandards zu bewegen, andererseits muß sie ihn über die Einschränkungen, welchen sich sein Sexualleben von nun an zu unterwerfen hat, voll aufklären. Hierzu gehört in erster Linie die Verpflichtung zu einem offenen Gespräch mit gegenwärtigen und zukünftigen Sexualpartnern, aber auch eine Aufklärung über die, wenngleich begrenzten Risiken des Geschlechtsverkehrs mit Kondomen.

Ärzte, Krankenschwestern, Pfleger, Rettungsdienste, Krankentransporte

Alle Aufklärungsmaßnahmen in diesem Personenkreis müssen wissenschaftlich besonders zuverlässig sein, alle Empfehlungen müssen auf der sicheren Seite liegen und auch auf denkbare Risiken hinweisen. Es ist davon auszugehen, daß nicht nur das Blut Infizierter sondern auch ihre eingangs genannten Sekrete (Seite 125) infektiös sind und nur die unverletzte Haut Schutz gegen die Infektion bietet, verletzte Haut sowie Schleimhäute dagegen vor dem Kontakt mit infektiösem Material geschützt werden müssen.

Andererseits ist mit gleicher Deutlichkeit darauf hinzuweisen, daß bislang Infektionen im Bereich der Krankenversorgung und der Rettungsdienste selten sind, wobei allerdings zu berücksichtigen ist, daß der gleichen Zahl von Personen in Krankenversorgung und Rettungsdiensten eine zunehmende Zahl von AIDS-Kranken und HIV-Infizierten gegenüber stehen wird.

Die für die einzelnen Gruppen notwendigen Präventions- und Schutzmaßnahmen müssen sorgfältig geschildert werden; auch ist darauf zu dringen, daß in einschlägigen Bereichen die Entsorgung eventuell infektiösen Materials besonders sorgfältig geschieht. Den Hygienevorschriften ist besonderes Gewicht beizumessen, wengleich ebenfalls deutlich zum Ausdruck zu bringen ist, daß die meisten der bekannt gewordenen Infektionen durch vermeidbare, aber auch durch unvermeidbare Unfälle geschehen sind, daß also auch die genaue Einhaltung der Hygienevorschriften nicht ausreicht, Infektionen auszuschließen, und daß es darüber hinaus besonders wichtig ist, sich so zu verhalten, daß alle häufigeren Unfälle (in erster Linie Nadelstiche) vermieden werden.

Fixer (i.v.-Drogenabhängige)

Das Risiko der Übertragung kann theoretisch durch Entzug der Droge auf Null reduziert werden. Da jedoch der Entzug in den meisten Fällen nicht oder nicht rasch gelingt, sind zusätzliche präventive Maßnahmen geboten. Das Wissen darüber, daß das Risiko von der Benutzung von Injektionsbestecken, welche vom Vorbenutzer her Virus enthalten sowie von der Beschaffungsprostitution ausgeht, ist in den Kreisen der Betroffenen weit verbreitet. Hier geht es in erster Linie um fortwährende Motivierung und soziale Hilfen.

8. Notwendigkeit flankierender Maßnahmen

Ein Präventionskonzept, in dessen Mittelpunkt die Beratung riskant lebender Personen steht, muß das Beratungsangebot so organisieren, daß möglichst viele Betroffene eine ihrer Lebensart entsprechende Beratungsstelle finden. Dies erfordert einen hohen Grad an Dezentralisation.

Das Beratungspersonal muß in der Lage sein, die besondere Situation des Ratsuchenden zu erkennen und die Beratungssituation dementsprechend flexibel zu

gestalten. Dies macht eine entsprechende Aus- und Weiterbildung des Personals erforderlich.

Ein wesentliches Element persönlicher Beratung sind der Geheimnisschutz und der Datenschutz. Nur in Ausnahmefällen, vor allem zur Abwehr einer sonst nicht beherrschbaren Ansteckungsgefahr, dürfen sie weitergegeben werden.

Zum Präventionskonzept gehören schließlich Informationen, die ein risikominderndes Verhalten begünstigen. Dazu zählen u.a. Informationen, wo einwandfreie Kondome erhältlich sind, wie man Kondome richtig anwendet, wie man sterile Spritzen bekommt bzw. wie man Spritzen sterilisiert; hinzu kommen Austiegshilfen für Prostituierte.

Sofern es bei derartigen Angeboten zu dem Mißverständnis kommen kann, der Staat fördere riskantes Verhalten oder gebe eine allgemeine Zielsetzung (z.B. die Bekämpfung des Drogenmißbrauchs) auf, so ist dem in geeigneter Weise entgegenzuwirken, z.B. dadurch, daß man das Angebot ausdrücklich als Mittel zur Minderung des Risikos bezeichnet. Jede präventive Strategie muß im übrigen sorgfältig auf ihre Wirksamkeit untersucht werden. Deshalb sind entsprechende begleitende Verfahren zu entwickeln, anzuwenden und, soweit bereits vorhanden, auszuwerten. Der Weg zu den jeweils erforderlichen Daten ist zu eröffnen.

Das Präventionskonzept muß auch verhindern, daß es zu Diskriminierungen kommt. Dazu ist es zunächst erforderlich, daß darüber informiert wird, welche Kontakte ungefährlich sind. Desgleichen ist immer wieder auf die besondere Situation von Infizierten hinzuweisen, die sich nicht im Stich gelassen fühlen dürfen. Fälle eindeutiger Diskriminierung müssen nötfalls zum Gegenstands von Antidiskriminierungskampagnen in den öffentlichen Medien gemacht werden.

9. Prinzipien für die Bemessung der Prävention

Die strategischen Präventionskonzepte sind im allgemeinen an folgenden Prinzipien zu messen:

- Jede weitere Infektion ist eine Infektion zu viel.
- Im Zweifel ist der Weg zu wählen, der auf die sichere Seite führt.
- Der Zielkonflikt zwischen dem Schutz von Leben und Gesundheit einerseits und dem Schutz der Person und ihrer Freiheit andererseits ist so zu lösen, daß von beiden Zielsetzungen so viel wie irgend möglich verwirklicht wird bzw. verwirklicht werden kann. Je nach dem Maß des Risikos, das jemand für einen anderen begründet, können die Lösungen unterschiedlich ausfallen. Wer mit hohem Risiko lebt, trägt entsprechend größere Verantwortung.
- Wenn irgend möglich, ist jede Maßnahme begleitend auf ihre Wirksamkeit zu untersuchen.
- Der Staat sollte selbst so wenig wie möglich, aber soviel wie nötig präventiv tätig werden. Deshalb besteht eine Rangfolge

- zwischen Information und individueller Empfehlung
- Beratung und individueller Empfehlung auf Freiwilligkeitsbasis
- Beratung und individueller Empfehlung auf gesetzlicher Grundlage
- Zwangstest, Berufsverbot, Absonderung und ähnlichen Zwangsmaßnahmen.

10. Präventionsträger

Die Erarbeitung und Verwirklichung eines Präventionskonzepts ist Aufgabe der staatlichen Gesundheitspolitik. Bund und Länder haben hierzu Stabsstellen und wissenschaftliche Beiräte eingerichtet. Auf Bundesebene werden die Aufklärung bzw. Beratung durch die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, auf Landesebene durch die zuständigen Ministerien, von den Gesundheitsämtern und den öffentlichen Krankenhäusern sowie von Schulen angeboten. Bei Gesundheitsämtern kann man in den meisten Bundesländern kostenlos den Test durchführen lassen. Hinzu kommen private Angebote, vor allem der freiwilligen AIDS-Hilfen und anderer Selbsthilfeorganisationen sowie der Kirchen und Wohlfahrtsverbände, der Ärzte und Apotheker.

Die AIDS-Hilfen sind in den meisten Städten aus Organisationen Homosexueller hervorgegangen. Ihr Vorteil ist die persönliche Nähe zu einer der Betroffenen. Sie setzen im wesentlichen ehrenamtliche Mitarbeiter ein, die in der Regel eine psychosoziale Ausbildung abgeschlossen haben.

AIDS-Hilfen finanzieren sich durch Beitragseinnahmen, Spenden und Zuwendungen aus öffentlichen Mitteln (z.B. Bundesmittel im Jahr 1987: 8.275.000 DM).

Die Kommission hat sich bisher noch nicht eigens mit der zur Erarbeitung und Verwirklichung von Präventionskonzepten angemessenen Organisationen beschäftigt. Es zeichnet sich jedoch bereits ab, daß das Aufklärungsangebot nach Möglichkeit zentral zu entwerfen ist. Beratung muß demgegenüber möglichst dezentral angeboten werden, um auf diese Weise die Anziehungskraft der Beratungsstellen zu erhöhen.

Es erscheint schließlich zweckmäßig, unverzüglich eine Stelle auf Bundesebene zu schaffen, die mit der Erarbeitung eines möglichst umfassenden Strategie-Präventionskonzepts betraut wird.

Teil II

Empfehlung zur kurz- und mittelfristigen Orientierung staatlichen Handelns

1. Weil Aufklärung nicht alle erreicht, vor allem aber weil Aufklärung nicht ohne weiteres zur Verhaltensänderung führt und nicht zuletzt, weil die gebotene Verhaltensänderung womöglich erst am Ende eines langwierigen Beratungsprozesses

steht, kann staatliche Gesundheitspolitik nicht auf interventionistische Maßnahmen verzichten.

Ein Schwerpunkt der Überlegungen über die Prävention liegt deshalb bei den Fragen nach dem Interventionsinstrumentarium und nach den Interventionsschwellen.

Es ist verfehlt, bei einer derart bedrohlichen Seuche wie AIDS auf das seuchenrechtliche Interventionsinstrumentarium so weitgehend zu verzichten, wie dies derzeit in der Bundesrepublik Deutschland geschieht. Vor allem ist es angesichts der verfassungsrechtlichen Schutzpflicht des Staates für jeden einzelnen nicht zu verantworten, den Einsatz des seuchenrechtlichen Instrumentariums einerseits auf den Fall besonderen Fehlverhaltens eines Infizierten zu beschränken und andererseits diesen Fall nicht zu definieren. Eine solche Strategie läuft letztlich auf einen Verzicht, das präventive Potential des Seuchenrechts zu nutzen, hinaus.

Geboten ist vielmehr eine auf die besonderen Situationen der HIV-Infektion zugeschnittene Festlegung der Interventionsmaßnahmen und eine Bezeichnung der jeweils entsprechenden Interventionsschwellen für die Anwendung der Paragraphen 31 ff. Bundesseuchengesetz, zum Beispiel in Form von Verwaltungsvorschriften nach Artikel 84 Abs. 2 Grundgesetz. Weiterhin ist zu prüfen, ob das geltende Seuchenrecht angesichts der Besonderheiten der HIV-Infektion ausreicht; gegebenenfalls sind die erforderlichen normativen Ergänzungen vorzunehmen.

2. Alle interventionistischen Maßnahmen müssen sich an dem Zielkonflikt orientieren, das höchstmögliche Maß an Prävention bei höchstmöglicher Freiheit des Betroffenen zu erreichen.

Sie sind so zuzuschneiden, daß sie nur dort greifen, wo eigenverantwortliches Verhalten fehlt, daß sie zu eigenverantwortlichen Verhalten hinführen, und daß sie, sobald und soweit sich eigenverantwortliches Verhalten einstellt, in den Hintergrund treten. Deshalb müssen individuelle Information und individuelle Beratung, wo immer möglich, dem Einsatz interventionistischer Mittel im Einzelfall vorausgehen und ihn stets begleiten.

3. Wer mit höherem Risiko lebt, lebt mit einer größeren Wahrscheinlichkeit, andere zu infizieren. Damit muß er eine größere Verantwortung übernehmen und zusätzlich Pflichten gegenüber den vom Risiko Bedrohten. Die zur Minderung des Übertragungsrisikos gebotenen Pflichten sind deshalb allgemein oder im Einzelfall festzuliegen. Hierfür sind die rechtlich erforderlichen Voraussetzungen, so sie im Bundesseuchengesetz noch nicht vorhanden sind, zu schaffen.

Personen, die aufgrund risikoreicher Kontakte Anlaß dafür bieten, daß sie für andere ein konkretes Infektionsrisiko bilden, sind demgemäß zu verpflichten:

- ihren Infektionsstatus abklären zu lassen

- tunlichst alles zu vermeiden, was zu einer Übertragung der Infektion führen kann
- bei Risikokontakten den Partner entsprechend zu informieren.

Sie sind des weiteren, notfalls durch interventio-nistische Maßnahmen, dazu zu verpflichten, so-wweit möglich über die in Betracht kommende Quelle ihrer Infektion Auskunft zu geben sowie zu dulden, daß, sofern dies zu Vermeidung weiterer Infektionen angezeigt erscheint, ihre Infektions-daten weitergegeben werden.

4. Da für die HIV-Infektion nach geltendem Recht keine Meldepflicht besteht, sind die Gesundheits-verwaltungen derzeit auf Zufallsbefunde ange-wiesen. Dies macht ein systematisches contact-tracing unmöglich. Um das präventive Potential, das im contact-tracing liegt, zu nutzen, sollte eine namentliche Meldepflicht für alle Fälle einer HIV-Infektion eingeführt werden; § 3 Bundesseuchen-gesetz ist insoweit zu ergänzen. Damit wäre zu-gleich eines der Probleme bei der Gewinnung epi-demiologisch erforderlicher Daten gelöst.

Freilich muß bei diesen hochsensiblen personen-bezogenen Daten für einen zureichenden Daten-schutz gesorgt werden. Auch in dieser Hinsicht bedarf das Bundesseuchengesetz einer Ergän-zung.

5. Aufklärung und Beratung müssen die besonderen Pflichten des riskant Lebenden oder des Infizier-ten hervorheben.

Vermeidung des Risikos hat einen höheren prä-ventiven Rang als Minderung des Risikos. Des-halb können Ziff. 6 bzw. die Verwendung sauber-er Nadeln nicht die zentrale Präventionsbot-schaft für alle sein. Vielmehr müssen die nur ge-legentlich riskant Lebenden in erster Linie zum Verzicht auf das Risiko motiviert werden. Risiko-mindernde Praktiken zu propagieren, ist Aufgabe zielgruppenorientierter Aufklärung und Bera-tung; doch ist auch hier die Vermeidung des Risi-ko als Hauptziel der Prävention darzustellen.

6. Um den besonderen Risiken der Prostituierten und der i.v.-Drogenabhängigen entgegenzuwir-

ken, ist der Ausstieg aus der „Szene“ anzustre-ben. Hilfen, die zugleich die Prostitution bzw. die Drogenabhängigkeit fördern, sind allenfalls zu-lässig, wenn und soweit sie für die Förderung des Ausstiegs unerlässlich sind.

7. Da sich für Ärzte und für medizinisches Hilfsper-sonal die Risiken einer Infektion auch bei Anwen-dung äußerster hygienischer Sorgfalt nicht hinrei-chend ausschließen lassen, müssen alle Vorkeh-rungen getroffen werden, dieses Risiko so gering wie möglich zu halten.

Dazu ist einmal zureichende Kenntnis des Risikos im Einzelfall, also auch die Kenntnis, daß ein Pa-tient infiziert ist, erforderlich; geboten sind auch zusätzliche Fürsorgemaßnahmen zugunsten des Personals (besondere Betreuung, besonderer Ver-sicherungsschutz).

8. Alle kurz- bzw. mittelfristigen Präventionsstrate-gien setzen die ausreichende Qualifikation der mit der Prävention befaßten Personenkreise (Ärzte, Pflegepersonal, soziale Hilfsdienste, aber auch AIDS-Hilfen etc.) voraus. Hierfür sind um-fangreiche Fortbildungsprogramme zu entwik-keln. Die Qualität der entsprechenden Kurse und des dort vermittelten Wissens sollte durch öffent-liche Einrichtungen (z.B. Universitäten, Ärztekammern) überwacht werden.

9. Unverzüglich müssen epidemiologische Modelle entwickelt werden, welche Erfolg- bzw. Mißerfolg präventiver Maßnahmen erkennen und möglichst exakt beurteilen lassen. Die womöglich erforder-lichen gesetzlichen Grundlagen für solche Mo-delle sind zu schaffen.

10. Wirksame Prävention hängt ab von

- rascher Diagnose der Infektion
- frühzeitig wirksamer Therapie
- und Prophylaxe, z.B. durch Schutzimpfung.

Die Forschung in diesen drei Richtungen muß im In-teresse der Prävention dringend gefördert werden.

Minderheitenvoten zum 6. Kapitel „AIDS-Prävention bei intravenös Drogenabhängigen“

Zu II.2, Seite 105

Abg. Becker (CDU/CSU), Gallwas, Abg. Geis (CDU/CSU), Spann und Zöllner versprechen sich von Spritzenaustauschprogrammen nicht die erwartete Wirkung und räumen demgegenüber dem zu erwartenden Mißverständnis, der Staat billige den Drogengebrauch, den Vorrang ein.

Zu II.3, Seite 105

Abg. Blank (CDU/CSU), Gallwas, Abg. Geis (CDU/CSU), Spann, Abg. Voigt (Northeim) (CDU/CSU) und Zöllner sind der Meinung, daß es von Vorteil wäre, wenn im Strafvollzug den Gefangenen *ärztlicherseits* Desinfektionsmittel zugänglich gemacht würden.

Zu Punkt II.4, Seite 106

Abg. Blank (CDU/CSU), Abg. Eimer (FDP), Gallwas, Abg. Geis (CDU/CSU), Spann, Abg. Voigt (Northeim) (CDU/CSU) und Zöllner sind der Ansicht, daß die Aufnahme eines Hinweises im BtMG, daß der Besitz von Spritzen und die Abgabe von Spritzen an Betäubungsmittelabhängige nicht rechtswidrig und nicht strafbar sind sowie ein Beweisverwertungsverbot für den Besitz von Spritzen im Ermittlungsverfahren letztlich auf eine Ausweitung des Drogenmißbrauchs hinauslaufen.

Anhang

1. Glossar

Vorbemerkung

Zu den Problemen, die mit der Immunschwäche AIDS verbunden sind, gehören auch solche terminologischer Art. Im Sinne einer besseren Lesbarkeit des Berichts und damit des besseren Verständnisses einer breiten Öffentlichkeit wurde daher die Aufschlüsselung einiger sich wiederholender Begriffe für notwendig gehalten.

Der Begriff *AIDS* selbst wurde zur Erfassung und Überwachung für epidemiologische Zwecke geprägt. Er enthält jedoch nicht das gesamte Spektrum von Zuständen, die mit der HIV-Infektion zusammenhängen.

In Diskussionen und Veröffentlichungen ist der Begriff AIDS-Epidemie allgemein üblich. Es sollte jedoch klargestellt werden, daß die Epidemie in ihrem vollen Ausmaß nicht nur Menschen mit AIDS, sondern auch andere Infizierte einschließt, die weniger schwerwiegende Manifestationen der Krankheit aufweisen oder asymptomatisch sind.

Des weiteren werden bestimmte Bevölkerungsgruppen, so zum Beispiel homosexuelle Männer und Drogensüchtige, als Gruppen mit hohem Ansteckungsrisiko bezeichnet. Die Begriffe „risikotragende Gruppe“ oder „Risikogruppe“ sind nicht ganz zutreffend. Denn nicht alle Mitglieder dieser Gruppe sind einem hohen Risiko ausgesetzt, sich mit HIV zu infizieren. Abgesehen davon kann der Gebrauch des Begriffs „Risikogruppen“ dazu führen, daß Personen, die diesen Gruppen nicht angehören, dann der Meinung sein könnten, sie seien dem Risiko einer HIV-Infektion nicht ausgesetzt, auch nicht bei riskanten Verhaltensweisen. Einige könnten auch dazu verleitet werden, bewußt oder unbewußt zu leugnen, daß sie gefährdet sind.

So könnte zum Beispiel ein Mann, der nur sporadische homosexuelle Kontakte hatte, sich vorwiegend als heterosexuell und deshalb als nicht infektionsgefährdet ansehen. Mißverständnissen über notwendige Verhütungsmaßnahmen oder über die Möglichkeit einer bereits stattgefundenen Infektion wäre dann ein breiter Raum eröffnet.

Mißverständlich ist auch die Behauptung, daß das Infektionsrisiko mit bestimmten „riskanten Verhaltensweisen“ verbunden sei. Das gilt insbesondere für die sexuelle Übertragung, bei der der Verkehr mit häufig wechselnden Sexualpartnern – homosexuellen oder heterosexuellen – mit einem hohen Infektionsrisiko gleichgesetzt wird. Dies könnte dahingehend interpretiert werden, als bedürfe es für eine Infektion lediglich vieler Partner. Tatsächlich handelt es sich darum, daß sich mit zunehmender Zahl von Partnern die Gefahr, auf einen Infizierten zu treffen, vergrößert.

Die Kommission hat sich aus diesen Gründen darauf verständigt, anstelle des Begriffs „Risikogruppen“ den Begriff „Hauptbetroffenengruppen“ zu verwenden. Hierzu sieht sie sich auch durch den ihr unter anderem vom Deutschen Bundestag erteilten Auftrag veranlaßt, dafür Sorge zu tragen, daß Diskriminierungen und Ausgrenzungen von Menschen vermieden werden. Daher würde sie es begrüßen, wenn künftig auch die Öffentlichkeit diesen Begriff verwenden würde.

AIDS (acquired immune deficiency syndrome): erworbene Immunschwäche; Folge der Infektion mit dem human immune deficiency virus (HIV); Abschwächung oder Verlust der körpereigenen Fähigkeit, auf eindringende Erreger zu reagieren; manifest dekompensierter Immundefekt mit opportunistischen Infektionen und/oder Tumoren;

Antigen: artfremder Stoffe (zum Beispiel Teile der Hülle von HIV), die im Körper die Bildung von Antikörpern bewirken;

Antikonceptivum: Mittel zur Empfängnisverhütung, zum Beispiel die „Pille“;

Antikörper: im Serum im Zuge der Reaktion auf das Eindringen von Antigenen in die Blutbahn auftretender humoraler Abwehrstoff (ein Eiweiß) mit spezifischer, gegen das auslösende Antigen gerichteter Wirkung;

Antikörpertiter: grobes Maß für die in einer Blutprobe vorhandene Menge eines Antikörpers;

AIDS-related complex (ARC): Vorstadium des Vollbildes von AIDS nach der CDC-Klassifikation; wichtigste Symptome siehe „Krankheitsbild“;

Autoimmunreaktion: durch Stoffe des eigenen Körpers ausgelöste Reaktion, die zur Bildung von Antikörpern gegen Zellen des eigenen Körpers führt;

Azidothymidin (AZT): Nukleosid, das in der Natur nicht vorkommt; falscher Nucleotid- bzw. Polynucleotidbaustein; Handelsname Retrovir (R); internationaler Freiname Zidovudin;

Befruchtung, extracorporale oder in-vitro-Fertilisation: Vereinigung von Ei- und Samenzelle im Reagenzglas oder anderen Laborgefäßen;

Blut-Hirn-Schranke (korrekt: Blut-Liquor-Schranke): Zellsystem, das den unregelmäßigen Stoffaustausch zwischen Blut und Zentralnervensystem verhindert und dem Austausch bestimmter Stoffe dient;

CDC-Klassifikation: Einteilung der HIV-Infektion in vier Stadien durch die Centers for Disease Control (CDC), die sich an sichtbaren Krankheitserscheinungen orientiert; dient vor allem epidemiologischen Zwecken;

CD4-Rezeptor: spezifische Stelle an der Oberfläche von Makrophagen und T-Helferzellen, vielleicht auch von anderen Zellen der Infektionsabwehr, an der sich passende Antigene verankern können;

Chromosom: in jedem Zellkern in artspezifischer Anzahl und Gestalt vorhandene, für die Vererbung bedeutungsvolle Strukturen, die während der Zellteilung charakteristische differenzierte Formen annehmen; faden- oder schleifenförmiger Bestandteil des Zellkerns, der die genetische Information enthält;

Codein: Morphinderivat; in therapeutischer Dosierung Wirkung zum Beispiel auf den Hustenreflex; kann von Abhängigen als Drogensatz eingenommen und von Ärzten als Drogensatz verschrieben werden (Substitution);

Cofaktoren: Bedingungen, die eine Infektion, ihre Latenzzeit, den Zeitpunkt der Manifestation und den Verlauf beeinflussen; Beispiele sind: genetische Prädisposition, Virusdosis, Übertragungsmodus, zusätzliche Virusinfektionen, psychische und psychosoziale Bedingungen oder die Zeit;

Computertomographie (CT): Röntgenuntersuchungstechnik zur lagegetreuen Darstellung von Strukturen im Körper;

contact-tracing: Ermittlung von Infektionsquellen und -ketten auf der Basis einer Befragung des Infizierten;

Demenz: krankheitsbedingter Verlust intellektueller Fähigkeiten;

Desoxyribonukleinsäure (DNS, DNA): fadenförmiges Molekül als Doppelspirale; Träger der genetischen Information;

Desperadoverhalten im Zusammenhang mit AIDS: absichtliche Weitergabe der HIV-Infektion;

Diskriminierung: Herabsetzung; Herabwürdigung; mit negativen sozialen Folgen verbundene, herabsetzende Ausgrenzung von Menschen beziehungsweise Gruppen; in der Rechtswissenschaft wird dieser Begriff nur verwandt, wenn für die diskriminierende Behandlung kein rechtfertigender Grund besteht;

Droge(n): ursprünglich Heilmittel pflanzlicher Herkunft; heute auch übliche Bezeichnung für Rauschgifte;

– illegale Drogen: Rauschmittel, deren Besitz, Handel und Gebrauch entgegen gesetzlichen Vorschriften erfolgt, wie zum Beispiel Heroin, LSD und Kokain;

Drogenabhängige, i.v.-: Personen, die Rauschmittel intravenös (in die Vene) injizieren und den dauernden Konsum des Suchtmittels brauchen;

Drogenhilfe: Beratungsstellen für Drogenabhängige;

ELISA-Test: enzyme-linked immunosorbent assay; Suchtest für HIV-Antikörper; allein nicht ausreichend beziehungsweise relativ unspezifisch;

Endemie: Ausbreitung einer Seuche, akut oder auf Dauer, in einem geographisch begrenzten Gebiet;

Endoskopie: Untersuchung des Körperinneren, wie zum Beispiel des Magens oder des Darms, mit Hilfe optischer Geräte (Sonden);

Entgiftung (Jargon): Aufhebung beziehungsweise Neutralisation der schädlichen Wirkung von Toxinen; Ausscheidung von Giften aus dem Körper; auch Synonym für Entzug; gelegentlich verwendet für den stationären Aufenthalt zur ärztlichen Überwachung der Umstellung des Körpers nach dem Absetzen von Drogen;

Entwöhnung: Form der Suchttherapie; ambulante oder stationäre Behandlung mit dem Ziel, die Abhängigen zu befähigen, ohne Drogen leben zu können;

Entzugssymptome, Entzugerscheinungen: körperliche Erscheinungen nach dem Absetzen von Drogen, zum Beispiel Blutdruckanstieg, beschleunigte und tiefe Atmung, Schlaflosigkeit und starkes Schwitzen, die zum erneuten Drogengebrauch zwingen können;

Enzephalopathie: organische Schädigung des Gehirns;

Epidemie: gehäuftes Auftreten einer Krankheit; früher nur bei Infektionskrankheiten verwendet; bei örtlicher Begrenzung *Endemie*, bei weltweiter Ausbreitung *Pandemie*;

Fetus (eingedeutscht: Fötus, Föten): Leibesfrucht nach dem 4. Schwangerschaftsmonat;

Genom: einfacher (nicht-verdoppelter) Chromosomensatz; in erweitertem Sinne auch die Gesamtheit der Gene eines Individuums;

Gerinnungsfaktoren (I-XIII): im Blut vorkommende Stoffe, die am Ablauf der Blutgerinnung teilnehmen; die Gabe von Faktor VIII-Präparaten war an der Übertragung von HIV beteiligt;

Geschlechtsverkehr: Beischlaf;

- analer – : der Penis befindet sich im Analkanal;
- Oral-Vaginal- (Cunnilingus): Reizen der äußeren Genitale der Frau mit der Zunge;
- penetrierender – : Eindringen mit dem Penis in Körperöffnungen der Partnerin oder des Partners;
- Penis-Oral- (Fellatio): Einführen des Penis in den Mund der Partnerin oder des Partners;
- vaginaler – : der Penis befindet sich in der Vagina;

Gliazellen: Stützsubstanz des Zentralnervensystems;

Glykoproteine (gp): Oberflächenstruktur von HIV aus Mukopolysacchariden und Proteinen (siehe auch *Rezeptor*);

Gruppen, risikotragende: Gruppen von Menschen, die vermehrt der Gefahr einer HIV-Infektion ausgesetzt sind, wie Homosexuelle und i.v.-Drogenbenutzer sowie deren Sexualpartner; (siehe auch *Vorbemerkung* zum Glossar und unter *Hauptbetroffengruppe*);

Hämophilie (Bluterkrankheit): rezessiv erbliche, nur bei männlichen Nachkommen manifeste Erkrankung, die durch stark eingeschränkte Gerinnungsfähigkeit des Blutes charakterisiert ist;

- Hämophilie A: Fehlen beziehungsweise Mangel des Gerinnungsfaktors VIII;
- Hämophilie B: Fehlen beziehungsweise Mangel des Gerinnungsfaktors IX (selten);

Hauptbetroffenengruppe: die Kommission hat sich mehrheitlich darauf verständigt, anstelle der international üblichen Begriffe „Risikogruppe“, „risk group“, „groups at risk“ den Begriff „Hauptbetroffenengruppe“ zu verwenden, um Mißverständnisse und Diskriminierungen zu vermeiden;

Heroin: Rauschgift mit hoher Suchtgefahr; gleiche Wirkungsqualität wie Morphin, jedoch sechsmal stärker;

HIV-Infekt (fälschlich HIV-Infektion): Erkrankung nach der Ansteckung mit HIV;

HIV-2-Infekt: Krankheitsbild ähnlich der Infektion mit HIV-1, in Europa bisher wenige Fälle bekannt; das verantwortliche Virus ist mit HIV-1 verwandt, aber nicht identisch;

HIV-Test (genauer: HIV-Antikörpertest): Laboruntersuchung zum Nachweis einer HIV-Infektion (siehe zum Beispiel *ELISA-Test* und *Western Blot*);

Immundefekt: angeborene oder erworbene Abwehrschwäche; Verlust der Fähigkeit, auf ein Antigen mit einer ausreichenden Immunantwort zu reagieren;

Immunsuppression: Unterdrückung der Immunantwort mit Medikamenten oder Bestrahlung zum Beispiel bei Organtransplantationen;

Immunsystem: Zusammenspiel von Knochenmark und lymphatischem System zur Abwehr nichtkörpereigener Stoffe;

Immuntoleranz: Ausbleiben einer Immunantwort (Antigen-Antikörper-Reaktion) im Organismus;

Infektion, Primär- und Sekundär-: im Zusammenhang mit AIDS ist die Primärinfektion die Ansteckung mit HIV, die Sekundärinfektion die Infektion mit einem weiteren, anderen Erreger;

- Sekundärinfektion: Synonym für opportunistische Infektion;

Infektiosität: Fähigkeit eines Menschen, andere anzustecken; nimmt im Verlauf der HIV-Infektion offenbar zu;

Inkubationszeit: Zeit zwischen dem Eindringen des Krankheitserregers in den Organismus und ersten, vorübergehenden Krankheitserscheinungen beziehungsweise dem ersten Auftreten von Antikörpern im Blut;

Inokulation, akzidentelle: unbeabsichtigte, zum Beispiel unfallbedingte Übertragung von Krankheitserregern im medizinischen Bereich, die nicht in jedem Fall zu einer Infektion führt;

Insemination: künstliche Besamung;

– homologe –: künstliche Besamung mit dem Sperma des Ehemannes;

– heterologe –: künstliche Besamung mit dem Sperma eines anderen Mannes;

Interferon α -, β -, γ -: (hypothetischer) Hemmstoff der Virussynthese, der sich nach dem Eintritt eines Virus in eine Zelle aufgrund der Wechselwirkung zwischen beiden bildet; kann heute großtechnisch hergestellt werden; der Einsatz in einer Kombinationstherapie bei AIDS scheint möglich;

Inzidenz von AIDS: Zahl der Neuerkrankungen (AIDS-Vollbildfälle) pro Zeiteinheit (meist ein Jahr); Maß für die Geschwindigkeit der Ausbreitung einer Erkrankung;

Inzidenz der HIV-Infektion: Zahl der Neuinfektionen pro Zeiteinheit;

Kohortenstudie: Untersuchung einer bestimmten Gruppe im zeitlichen Ablauf über die Entwicklung oder Veränderung von Merkmalen;

Kontamination: Verunreinigung (durch Krankheitserreger);

Langerhans-Zelle: differenzierte Form des Monozyten (Makrophagen) unter der äußersten Schicht der Haut;

Latenzzeit: Zeit zwischen der Serokonversion und dem Auftreten erster AIDS-typischer, krankhafter Veränderungen (ARC, LAS);

Leitsymptom: einzelne oder in Kombination auftretende Krankheitserscheinungen, die auf eine bestimmte Diagnose hindeuten;

Lentivirus: sich besonders langsam vermehrendes Virus; Untergruppe der Retroviren;

Lymphozyten: Teil der weißen Blutkörperchen; kommen in verschiedenen Ausprägungen vor (B-, T4- und T8-Lymphozyten); gehören zum zellulären Immunsystem;

Lymphadenopathie-Syndrom (LAS): Vorstadium des Vollbildes von AIDS mit generalisierter Lymphknotenschwellung nach der CDC-Klassifikation;

Makrophagen: Zellen des Immunsystems, die in verschiedenen Formen im gesamten Organismus vorkommen; haben die Fähigkeit, fremdes Material zu erkennen und in sich aufzunehmen; sogenannte Freßzellen;

Manifestationsrate: Prozentsatz der Infizierten, die in einer bestimmten Zeit am Vollbild AIDS erkranken;

Meningoenzephalitis: Entzündung der Hirnhäute unter Mitbeteiligung der Gehirnschicht;

Methadon: synthetisches Schmerzmittel mit morphinähnlicher Wirkung; die optisch linksdrehende Form hat den Namen L-Polamidon (Levopolamidon, Levomethadon) und ist fast doppelt so stark wirksam wie Methadon sowie vierfach stärker und länger wirksam als Morphin;

Methadon-Substitution: Behandlungsversuche, mit Hilfe von Methadon vom illegalen Drogenkonsum wegzukommen;

Mikroläsionen: Verletzungen der Haut oder Schleimhaut, die mit dem bloßen Auge nicht sichtbar sind;

Mikrozensus: gesetzlicher Sonderfall der repräsentativen Stichprobe, bei der etwa 1 % der Bevölkerung einer Befragung unterzogen wird;

Monozyten: Teil der weißen Blutkörperchen; Vorstufe des aktiven Makrophagen;

needle-sharing: gemeinsamer Gebrauch von Drogenspritzbestecken;

Nukleotidsequenz: im genetischen Code festgelegte Reihenfolge der Nukleotide;

oral: Zufuhr über den Mund; den Mund betreffend;

pathogen: krankheitserregend;

Polytoxikomanie: Abhängigkeit von mehreren suchterzeugenden Drogen gleichzeitig;

Prävalenz: Häufigkeit einer Erkrankung oder eines Infektes in einer untersuchten Bevölkerungsgruppe;

Prävention: Verhütung der Ausbreitung einer Krankheit; vorbeugende Maßnahmen zur Verhütung oder Früherkennung von Krankheiten durch Ausschalten schädlicher Faktoren oder durch möglichst frühzeitige Behandlung einer Erkrankung;

- Primärprävention: generelle Vermeidung auslösender oder vorhandener Ursachen/Teilursachen (Risikofaktoren) für eine Erkrankung ihrer individuellen Erkennung, Beeinflussung, gegebenenfalls auch Behandlung im Einzelfall;
- sekundäre Prävention: Entdeckung eines eindeutigen Frühstadiums einer Krankheit und deren erfolgreiche Frühtherapie;
- tertiäre Prävention: wirksame Behandlung einer symptomatisch gewordenen Erkrankung mit dem Ziel, ihre Verschlimmerung zu verhüten;

(Definition der Konzentrierten Aktion im Gesundheitswesen)

Präventivmaßnahme: zur Vorbeugung gegen eine Erkrankung angewandte Maßnahme;

Promiskuität: Geschlechtsverkehr mit wechselnden Partnern;

Protozoon-Protozoen: einzellige Organismen (darunter bei AIDS häufige Krankheitserreger);

Reaktivierung: Wiederherstellung einer vorübergehend ruhiggestellten Funktion; bei AIDS Aufflackern einer chronischen Infektion, zum Beispiel Tuberkulose;

Rehabilitation: Gesamtheit der Beratungs-, Fürsorge- und Betreuungsmaßnahmen zur Wiedereingliederung in das berufliche und gesellschaftliche Leben;

Replikation: der sich ständig wiederholende Vorgang der Virusvermehrung;

Retrovirus: große, bei Tieren weitverbreitete Virusfamilie, die unter anderem ein Enzym, die reverse Transkriptase, mit sich führt, um RNS in DNS umzuschreiben, die dann in das Wirtsgenom integriert werden kann;

Rezeptor: reaktionsfähige Stellen einer Körperzelle, an denen sich wirksame Substanzen, aber auch Antigene (zum Beispiel HIV) verankern können;

Rezidivprophylaxe: Maßnahmen, die verhindern sollen, daß eine Krankheit in einem Menschen erneut auftritt;

Ribonukleinsäure (RNS, RNA): fadenförmiges Molekül als einfache Spirale; in Ausnahmefällen Träger der genetischen Information (zum Beispiel RNS-Viren);

Risikogruppe: siehe unter *Gruppe, risikotragende, Hauptbetroffenengruppe* und *Vorbemerkung* zum Glossar;

Safer Sex: Sexualpraktiken, die kein oder nur ein sehr geringes Risiko für eine Infektion mit HIV in sich bergen, zum Beispiel Verkehr mit Kondomen;

Schutzimpfung: vorbeugende Immunisierung gegen epidemisch auftretende Infektionskrankheiten;

Selbstbestimmungsrecht, informationelles: Ausprägung des allgemeinen Persönlichkeitsrechts des Artikel 2 GG; wurde vom Bundesverfassungsgericht im Rahmen des sogenannten Volkszählungsurteils entwickelt und betrifft die Grenzen der Verfügung des Staates über personenbezogene Daten (BVerfGE 65,1);

Serokonversionszeit: Zeit zwischen Ansteckung und dem Auftreten von HIV-Antikörpern im Blut;

Sexualität: Gesamtheit der geschlechtlichen Lebensäußerungen;

- bisexuell: sexuelles Interesse sowohl an Männern als auch an Frauen;
- heterosexuell: sexuelles Interesse an Personen des anderen Geschlechts;
- homosexuell: sexuelles Interesse an Personen des eigenen Geschlechts (bei Frauen auch „lesbisch“ genannt);
- lesbisch: siehe homosexuell;

Spätkonvertierer, Nonresponder: kleiner Teil der HIV-Infizierten, die im HIV-Antikörpertest negativ sind, obgleich HIV aus dem Blut isoliert werden kann;

Sperma: Samenflüssigkeit, bestehend aus Samenfäden und Sekreten;

Stammzellen: Vorstufen der Blutzellen im Knochenmark;

Stichprobe, repräsentative: Untersuchung definierter Charakteristika in einer Gruppe, die ausreichend groß ist, um eine Hochrechnung auf die Gesamtbevölkerung zuzulassen;

Subkultur, Homosexuellen-: Gesamtheit der ungeschriebenen Regeln, Sitten sowie der Kommunikationsformen und Einrichtungen innerhalb der Gemeinschaft der Homosexuellen;

Substitution: hier: Ersatz von Heroin durch Methadon oder Codein;

- graue Substitution: nicht offiziell gebilligte und nicht kontrollierte Substitution;

T-Helferzellen, T-Suppressorzellen: T-Lymphozyten mit besonderen Aufgaben bei der Abwehr von Krankheitserregern;

Transfusion: Übertragung von Blut;

Transkriptase, reverse: Enzym zur Herstellung einer DNS aus der gegenläufigen RNS des Virus; die reverse Transkription ist Voraussetzung für den Einbau des Virusgenoms in das Genom der Zelle;

Translation: Übersetzung der genetischen Information in die Aminosäuresequenz der zu bildenden Proteine;

Übertragung, horizontale: Übertragung von HIV innerhalb einer Population;

Übertragung, vertikale: Übertragung von einer Generation auf die nächste; Übertragung von der Mutter auf das ungeborene Kind;

Übertragungsmechanismus: Vorgang der Infektion im mikroskopischen Bereich; Eindringen des Erregers

in den Körper und dessen Ausbreitung innerhalb des Organismus;

Übertragungsweg: Ansteckung von einem Organismus auf einen anderen;

unlinked-testing: Methode, bei der ein Rest des zu anderen Zwecken entnommenen Blutes nach Anonymisierung auf Vorliegen epidemiologisch relevanter Merkmale, zum Beispiel von HIV-Antikörpern, untersucht wird;

Vaginalsekret: Flüssigkeit, die von den Drüsen der Scheide und ihrer Anhangsgebilde abgesondert wird;

Western Blot: Untersuchung zum Nachweis HIV-spezifischer Proteine; Bestätigungstest für den ELISA-Test;

Zentralnervensystem (ZNS): aus Gehirn und Rückenmark bestehender Teil des Nervensystems.

2. Abkürzungen

Abg.	Abgeordnete/r
Abs.	Absatz
AIDS	acquired immune deficiency syndrome
ARC	AIDS-related complex
ARV	AIDS assoziiertes Retrovirus (früherer Name für HIV)
AZT	Azidothymidin
BGA	Bundesgesundheitsamt Berlin
BGBI	Bundesgesetzblatt
BGHSt	Entscheidungssammlung des Bundesgerichtshofes in Strafsachen
BMFT	Bundesministerium für Forschung und Technologie
BSeuchG	Bundeseseuchengesetz
BSHG	Bundessozialhilfegesetz
BtMG	Betäubungsmittelgesetz
BT-Drs.	Bundestagsdrucksache
CDC	Centers for Disease Control, Atlanta Georgia, USA
CMV	Cytomegalievirus
DKG	Deutsche Krankenhausgesellschaft
DNS, DNA	Desoxyribonukleinsäure
EG	Europäische Gemeinschaft
ELISA	enzyme-linked immunosorbent assay
GG	Grundgesetz
GMK	Gesundheitsministerkonferenz der Bundesländer
GRID	gay-related immunodeficiency
HIV	human immunodeficiency virus
HIV-1, HIV-2	Varianten von HIV Typ 1 und 2
HSV	Herpes simplex-Virus
HTLV III	Human T-lymphotropic Virus Typ III (früherer Name für HIV)
i.v.	intravenös
LAS	Lymphadenopathie-Syndrom
LAV	Lymphadenopathie assoziiertes Virus (früherer Name für HIV)
MAI	Mykobakterium avium intracellulare
NJW	Neue Juristische Wochenschrift
RehaAnglG	Rehabilitationsangleichungsgesetz
RNS, RNA	Ribonukleinsäure
RVO	Reichsversicherungsordnung
Tbc	Tuberkulose
SGB	Sozialgesetzbuch
StGB	Strafgesetzbuch
StPO	Strafprozeßordnung
WHO	World Health Organization, Weltgesundheitsorganisation, Genf
ZNS	Zentralnervensystem

3. Kommissions-Drucksachen

Nr.	Titel	Verfasser/Hrsg./Quelle
1	AIDS – zusehen oder handeln?	FUTURA, Memorandum der Ltd. Ärzte Universitätsklinikum Essen, März 1987
2	Fakten zur AIDS-Forschung	BMFT 22/87
3	Bayerischer Maßnahmenkatalog	Ministerialamtsblatt der Bayerischen Inneren Verwaltung, 25.5.1987
4	Thesen über den Umgang mit der Krankheit AIDS	Bruns, Manfred Karlsruhe, 9.6.1987
5	AIDS-Test im öffentlichen Dienst	Bayerisches Innenministerium 2.6.1987
6	Soziale u.a. Voraussetzungen der Prävention und Bekämpfung von AIDS	Rosenbrock, Rolf Wissenschaftszentrum Berlin 3/87
7	Memorandum: Leben mit AIDS	Deutsche AIDS-Hilfe e.V. Berlin, 1987
8	Memorandum: Management der AIDS-Problematik	Stille, Wolfgang; Helm, Eilke Brigitte Zentrum der Inneren Medizin Frankfurt, Juni 1987
9	Maßnahmen zur AIDS-Früherkennung und Behandlung in JVA'n	Justizminister NRW 24.11.1986
10	Thesen über die Arbeit der EK-AIDS	Zöllner, Nepomuk Universität München, 24.6.1987
11	Stellungnahme vor der EK-AIDS	Spann, Wolfgang Universität München, 6/87
12	Thesen zur Strukturierung der Arbeit in der EK-AIDS	Gallwas, Hans-Ullrich Universität München, 22.6.1987
13	Arbeitsfragen für EK-AIDS	Rosenbrock, Rolf Wissenschaftszentrum Berlin, 19.6.1987
14	Memorandum: Ausbreitung der HIV-Infektion unter i.v.-Drogenabhängigen	Pohle, Hans, u.a. Universität Berlin, 10.4.1987
15	Stellungnahme vor der EK-AIDS	Becker, Sophinette Universität Heidelberg 6/87
16	AIDS und die klinische Infektiologie in der Bundesrepublik	Pohle, Hans Eichenlaub, Dieter Universität Berlin, Juli 1987
17	Methadonbericht (Schweiz)	Bundesamt für Gesundheitswesen, Schweiz, 24.5.1987
18	AIDS-Dossier	Europäisches Zentrum Kirchberg, 6/87
19	Medikamentengestützte Rehabilitation bei Drogenabhängigen	Minister für Arbeit, NRW Mai 1987
20	Empfehlungen zur klinischen Erforschung in den Hochschulen	Wissenschaftsrat Köln 1/1986
21	Mitteilung der Kommission über die Bekämpfung v. AIDS	Kommission der EG Kom (87) 63 endg., 11.2.1987

Nr.	Titel	Verfasser/Hrsg./Quelle
22	ASSP Teilnahmeangebot	Koch, Michael, u.a. ASSP, 31.3.1987
23	Politik mit und gegen AIDS	Rosenbrock, Rolf Blätter für deutsche und internationale Politik, 9/87
24	AIDS-mögliche Notmaßnahmen im Rahmen der entwicklungspoliti- schen Zusammenarbeit	Ausschuß f. wirtschaftl. Zusammenarbeit, Kurzproto- koll der 5. Sitzung am 24.6.1987 (Auszug)
25	AIDS als Problem in der kassenärztlichen Versorgung	Flatten, Günter Allhoff, Peter-G. Deutscher Ärzte-Verlag Köln 1987
26	AIDS im öffentlichen Bewußt- sein der Bundesrepublik – Repräsentativbefragung –	FORSA im Auftrag der Bundeszentrale für gesund- heitliche Aufklärung, Dortmund, 15.6.1987
27	Struktur und Bedeutung der AIDS-Hilfsorganisationen in der BR Deutschland	Deutsche AIDS-Hilfe e.V. Berlin, 8/87
28	Schwerpunkt: AIDS – Mythen und Mächte AIDS als soziale Herausforderung	Schuller, Alexander Runkel, Gunter MMG 12 (1987) Ferdinand Enke Verlag Stuttgart
29	Die AIDS-Strategie	Schuller, Alexander Enke Verlag, Band 12, Heft 3, September 87 (III), MMG
30	AIDS: Dokumentation eines Expertenhearings der CSU-Fraktion im Bayerischen Landtag	Schriftenreihe der CSU-Fraktion Verlag R.S. Schulz
31	Auswirkungen des Bayerischen Maßnahmenkatalogs auf die Beratungs- und Behandlungsar- beit Bayerischer Einrichtungen (Pilot-Befragung)	Behr, Ursula Görgens, Klaus, PBA-Programm, Juli 1987
32	Bericht der Bundesregierung über die Maßnahmen zur Be- kämpfung der Immunschwäche- krankheit AIDS	BMJFFG, November 1987
33	PBA-Programm Programm des BMJFFG „Psychosoziale Beratungs- maßnahmen in den Ländern im Zusammenhang mit AIDS“	Kloock, Ute Perschke, Christiane M.A. Görgens, Klaus Stand: Juli 1987
34	Überlegungen zu einem Kranken- pflege-Curriculum zum Thema AIDS	Müller, Ruth Kuratorium AIDS der Paul-Ehrlich-Gesellschaft, Dezember 1987
35	Gesamtproblematik AIDS aus medizinisch-natur- wissenschaftlicher Sicht	Hehlmann, R u.a. Studie, Februar 1988
36	AIDS in Schweden	Rosenbrock, Rolf Januar 1988

Nr.	Titel	Verfasser/Hrsg./Quelle
37	Auftrag und Durchführung der Kommissionsarbeit	Kapitel für Zwischenbericht, Mai 1988
38	Übertragungswege aus heutiger Sicht, Teil A	Kapitel für Zwischenbericht, Mai 1988
39	Übertragungswege aus heutiger Sicht, Teil B	Kapitel für Zwischenbericht, Mai 1988
40	Übertragungswege aus heutiger Sicht, Teil C	Kapitel für Zwischenbericht, Mai 1988
41	Das Krankheitsbild von AIDS, Teil A	Kapitel für Zwischenbericht, Mai 1988
42	Das Krankheitsbild von AIDS, Teil B	Kapitel für Zwischenbericht, Mai 1988
43	Das Krankheitsbild von AIDS, Teil C	Kapitel für Zwischenbericht, Mai 1988
44	Epidemiologie, Teil A	Kapitel für Zwischenbericht, Mai 1988
45	Epidemiologie, Teil B	Kapitel für Zwischenbericht, Mai 1988
46	Epidemiologie, Teil C	Kapitel für Zwischenbericht, Mai 1988
47	Die Gesellschaftlichen Auswirkungen der Krankheit AIDS, Teil A	Kapitel für Zwischenbericht, Mai 1988
48	Die Gesellschaftlichen Auswirkungen der Krankheit AIDS, Teil B	Kapitel für Zwischenbericht, Mai 1988
49	Die Gesellschaftlichen Auswirkungen der Krankheit AIDS, Teil C	Kapitel für Zwischenbericht, Mai 1988
50	Primärprävention, Teil A	Kapitel für Zwischenbericht, Mai 1988
51	AIDS-Prävention bei i.v.-Drogenabhängigen, Teil A	Kapitel für Zwischenbericht, Mai 1988
52	AIDS-Prävention bei i.v.-Drogenabhängigen, Teil B	Kapitel für Zwischenbericht, Mai 1988
53	AIDS-Prävention bei i.v.-Drogenabhängigen, Teil C	Kapitel für Zwischenbericht, Mai 1988
54	Primärprävention, Teil B	Kapitel für Zwischenbericht, Mai 1988
55	Primärprävention, Teil C	Kapitel für Zwischenbericht, Juni 1988

4. Kommissions-Arbeitsunterlagen

Nr.	Titel	Verfasser/Hrsg./Quelle
1	Terminplanung 1987/1988 der EK-AIDS	Kommissionssekretariat Bonn, 29.6.1987
2	Maßnahmen gegen die Verbreitung des erworbenen Immundefektes	Österreichisches AIDS-Gesetz 16.5.1986
3	Bericht der BReg zu Maßnahmen gegen AIDS-Erkrankte	Ausschuß für JFFG, 3. Sitzung 20.5.1987
4	Entwurf einer Arbeitsstruktur für die EK-AIDS	Kommissionssekretariat Bonn, 9.7.1987

Nr.	Titel	Verfasser/Hrsg./Quelle
5	AIDS, diagnosis a. control	WHO-Konferenz München, März 1987
6	Arbeitsstruktur für die EK-AIDS	Kommission Bonn, 14.7.1987
7	Vorschlag für eine Arbeits- struktur	Rosenbrock, Rolf WZ Berlin, 14.7.1987
8	EntschlieÙung zu AIDS Auszug aus Ergebnismieder- schrift	GMK-Sondersitzung Bonn, 27.3.1987
9	EntschlieÙung: AIDS und der MaÙnahmenkatalog der Bayeri- schen Staatsregierung	Bundesverband der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdien- stes Erlangen, 20.5.1987
10	Stellungnahme zur Verhinderung der weiteren Ausbreitung der HIV-Infektion	Deutsche Gesellschaft zur Be- kämpfung der Geschlechts- krankheiten e.V. Heidelberg 7/87
11	Schlußfolgerungen zu AIDS	Der Rat der EG und der im Rat vereinigten Vertreter der Mitgliedsstaaten Brüssel, 15.5.1987
12	Erklärung zu AIDS	Weltwirtschaftsgipfel Venedig, 10.6.1987
13	AIDS-Einführung einer Labor- berichtspflicht	Der BMJFFG (Schnellbrief) Bonn, 10.7.1987
14	Aufklärungsmaterial	Bundeszentrale für gesund- heitliche Aufklärung, Köln
15	Ratschläge an Ärzte zu AIDS	Bundesgesundheitsamt Berlin Merkblatt Nr. 43, 10/85
16	AIDS-Fallbericht Arztbericht (Formblatt)	Bundesgesundheitsamt Berlin
17	AIDS-Kohortenstudie des BGA (Formblatt)	Bundesgesundheitsamt Berlin Robert-Koch-Institut
18	Erhebungsbogen für Virus- erkrankungen (Formblatt)	Habermehl, Karl-Otto Deutsche Vereinigung zur Be- kämpfung der Viruskrankheiten e.V., Berlin, April 1987
19	Bekämpfung von AIDS – MaÙ- nahmen gegen AIDS	Protokoll Nr. 76 des Ausschus- ses für JFFG vom 19.5.1987
20	AIDS – Eine Handreichung für Eltern, Lehrer und Schüler	Zentralstelle Bildung der Deutschen Bischofskonferenz Bonn, 7/87
21	Therapie und Rehabilitation bei Drogenkonsumenten	Arbeitsminister NRW 9/85
22	AIDS surveillance in Europe	WHO Collaborating Center on Report Nr. 13, 31.3.1987
23	AIDS – Orientierungsrahmen für das Bistum Trier	Arbeitsgruppe AIDS des Bistums Trier, Trier 1987
24	AIDS-Med. Grundinformationen in Stichworten	Deutscher Bundestag Wissenschaftliche Dienste 7/87
25	AIDS in klinischer Sicht	Pohle, Hans D., Rudolf-Virchow Krankenhaus Berlin, 14.8.1987

Nr.	Titel	Verfasser/Hrsg./Quelle
26	AIDS- Eine Herausforderung an die Wissenschaft	BMFT, Juli 1987
27	Die Epidemiologie von AIDS	Koch, Michael u.a. Spektrum der Wissenschaft 8/87
28	Auswahlbibliographie 1985 – 1987	Wissenschaftliche Dienste Deutscher Bundestag Nr. 61 Juli 1987
29	Abstract AIDS-Epidemie	Koch, Michael Karlsborg, Schweden, 23.8.1987
30	AIDS-Aufklärung in England, Frankreich, Norwegen und Schweden	Michel, Sigrid Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Bonn, 2/87
31	AIDS-Aufklärung in Österreich	Kronenberg, Friedrich-Wilhelm Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Bonn 1/87
32	AIDS-Aufklärung in der Schweiz und in den Niederlanden	Kronenberg, Friedrich-Wilhelm Bliesner, Thomas Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Bonn, 1/87
33	AIDS-Information and Education in the USA	Haeberle, Erwin J., Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Bonn, April 1987
34	AIDS und Strafrecht	Herzog, Felix, Nestler-Tremel, Cornelius Strafverteidiger 8/1987
35	Überlegungen zur Aids- prophylaxe Stellungnahme	– Human Life Foundation Bad Oeynhausen, 1987 – Conrad, Margit, 8.7.1987
36	AIDS-Computerstudie	EIR, Nachrichtenagentur GmbH, Wiesbaden 2/87
37	Parallelen von AIDS zu Hepatitis B	Leidel, Jan, Köln, 14.9.1987
38	Statement zur Epidemiologie von AIDS	Deinhardt, Friedrich Max-von Pettenkofer-Institut München, 16.9.1987
39	Materialien zur Anhörung Epidemiologie von AIDS	Bundesgesundheitsamt, Arbeitsgruppe AIDS, 9/87
40	Verhaltensbeeinflussung im Bereich i.v. Drogenbenutzung	Bruns, Manfred, 30.8.1987
41	Transiente Phänomene – ein Exkurs über Aufmerksamkeits- fallen	Koch, Michael, u.a. AIFO 1987
42	Modellrechnung zu AIDS	Rosenbrock, Rolf, 9/87
43	Statement zu gesellschaftlichen Auswirkungen von AIDS	Evangelische Kirche in Deutschland, 15.9.1987

Nr.	Titel	Verfasser/Hrsg./Quelle
44	AIDS-Vom Molekül zur Pandemie	Koch, Michael, Spektrum der Wissenschaft 7/87
45	Statement zu gesellschaftlichen Auswirkungen von AIDS	Richter, Horst-Eberhard Universität Gießen, 9/87
46	Statement zu gesellschaftlichen Auswirkungen von AIDS	Pacharzina, Klaus, u. Grossmann, Thomas Medizinische Hochschule Hannover, 9/87
47	Statement zu gesellschaftlichen Auswirkungen von AIDS	Bocklet, Paul (Prälat) Katholische Kirche, 24.9.1987
48	AIDS und Strafvollzug	Bruns, Manfred Karlsruhe 9/87
49	AIDS im Betrieb und im Arbeitsleben	Bruns, Manfred Karlsruhe 9/87
50	Statement zu gesellschaftlichen Auswirkungen von AIDS	Clement, Ulrich Heidelberg, 9/87
51	Verordnung über die Meldung übertragbarer Krankheiten des Menschen (Schweiz)	Verordnung des Schweizer Bundesrates – Epidemien-gesetz 1987
52	AIDS in den Niederlanden 1986	Wijngaarden, Jan, Amsterdam Fischer-Taschenbuch-Verlag
53	Jahresbericht 1986	AIDS-Hilfe Schweiz, 4/87
54	Empirische „klinische Forschung“ im ambulanten Bereich zur Entwicklung einer diätetischen „HIV-Positiven-Betreuung“	Franke, Manfred, Bonn Therapie-Woche, Sonderausgabe AIDS, 1987
55	Behavioral Consequences of AIDS Antibody Testing Among Gay Men	Coates, Thomas J., u.a. JAMA, 10/87
56	Drogenabhängigkeit und AIDS Ist der Einsatz von Ersatzdrogen gerechtfertigt?	Stark, Klaus, u.a. Landesinstitut für Tropenmedizin, Berlin 1987
57	Resolution zum AIDS-Problem	Flaesheimer Kreis Bielefeld, 9/87
58	Preventive Programmes for Exposed Groups	Moerkerk, Jan, Health Education Centre of Amsterdam, 10/87
59	Gefahren, die von HIV-infizierten Prostituierten ausgehen	Fischer, Gesundheitsamt Stuttgart, BMJFFG, 9/87
60	Sicherstellung des flächendeckenden Zugangs zum HIV-Test	Schaefer, O.P., Kassenärztliche Vereinigung Hessen, Frankfurt, 9.10.1987
61	AIDS-Beratung in der Praxis des niedergelassenen Arztes	Kreuzer, Margit Frankfurt, 26.8.1987
62	Beratungstagung über AIDS bei Drogenabhängigen Kurzbericht	WHO-Regionalbüro für Europa 20.10.1986

Nr.	Titel	Verfasser/Hrsg./Quelle
63	Feministische Aspekte der AIDS-Diskussion	Baustädter, Verena Arzberger, Christine in „WERKBLATT“, 1987
64	AIDS und andere HIV-assoziierte Krankheiten-eine aktualisierte Übersicht	Bundesamt für Gesundheitswesen Arbeitsunterlage für alle Ärzte und Krankenhäuser in der Schweiz (Stand März 1987)
65	AIDS-Situationsbericht zur aktuellen Lage (Schweiz)	Bundesamt für Gesundheitswesen, Bern, 1/87
66	Statement: AIDS-Prävention bei i.v.-Drogenabhängigen	Raida, Johannes Darmstadt, 1.11.1987
67	Feststellungen und Schlußfolgerungen zur Epidemiologie und zum Krankheitsbild von AIDS	Bruns, Manfred, 1.11.1987
68	Effect of fear of AIDS on sharing of injection equipment among drug abusers	British Medical Journal Volume 295, September 19, 1987
69	Stellungnahme des Vorstandes der Ärztekammer Berlin vom 7.9.1987 zur Methadon-Problematik	DBÄ 10/87
70	AIDS-Prävention bei intravenös Drogenabhängigen -Verhaltensbeeinflussung und Substitution (durch Methadon etc.)	Kindermann, Walter, Frankfurt/Main 11/87
71	Bemerkungen zur Anhörung der Enquete-Kommission AIDS am 17.9.1987 „Epidemiologie“	Gallwas, Hans-Ullrich 10/87
72	AIDS-Kompodium Hoechst 1987	Aktuelles Wissen Hoechst Literatur Service Schäublin, Clemens Vorwort: W. Stille
73	Vermerk zur Anhörung „Beratung, Betreuung und Versorgung von symptomlos HIV-Infizierten unter dem Aspekt der Vermeidung weiterer Infektionen“.	Diözesan-Caritasverband für Erzbistum Köln e.V. 13.11.1987
74	Thesen zur Beratung und Betreuung von HIV-Infizierten	Marcus, Ulrich Bundesgesundheitsamt Berlin, 16.11.1987
75	Stellungnahme zur Anhörung „Epidemiologie“ am 17.9.1987	Becker, Karl, 4.11.1987
76	Stellungnahme der SPD-Mitglieder der EK-AIDS zur Sachverständigenanhörung am 17.9.1987, „Epidemiologie“	Conrad, Margit Großmann, Achim Schmidt, Renate, 16.11.1987

Nr.	Titel	Verfasser/Hrsg./Quelle
77	Erste Stellungnahme der SPD-Mitgl. der EK-AIDS zur Anhörung am 18.9.1987 „Medizinisches Krankheitsbild von AIDS“	Conrad, Margit Großmann, Achim Schmidt, Renate, 17.11.1987
78	Forschungsinformation aus dem Sozialpsychiatrischen Dienst Zürich	Zimmer-Höfler, Dagmar Uchtenhagen, Ambros Fuchs, Werner Serie A, Nr. 8, Mai 1987
79	AIDS und die klinische Infektiologie in der Bundesrepublik Deutschland	Pohle, Hans Eichenlaub, Dieter Bundesgesundheitsbl. Nr. 30 Oktober 1987
80	Bemerkungen zur Anhörung vom 18.9.1987 „Medizinisches Krankheitsbild von AIDS“	Gallwas, Hans-Ullrich 11/87
81	Bemerkungen zum Protokoll vom 29.9.1987, „Gesellschaftliche Auswirkungen von AIDS“	Gallwas, Hans-Ullrich 11/87
82	Auswertung der Anhörung von Sachverständigen am 17.9.1987 „Epidemiologie von AIDS“	Rosenbrock, Rolf WZB-Arbeitspolitik, 2.12.1987
83	Der HIV-Antikörper-Test Medizinische und gesundheitspolitische Probleme	Rosenbrock, Rolf aus: Volkmar Sigusch, „AIDS als Risiko — über den gesellschaftlichen Umgang mit einer Krankheit, 1987“
84	Kommissionssitzung am 14.12.1987 Strukturierung der Aussprache	Enquete-Kommission „AIDS“ — Sekretariat —, Dezember 1987
85	Struktur des Zwischenberichts (Entwurf)	Enquete-Kommission „AIDS“ — Sekretariat —, Dezember 1987
86	Zusammenstellung der Beiträge der Kommissionsmitglieder zum Krankheitsbild und der Epidemiologie von AIDS	Enquete-Kommission „AIDS“ — Sekretariat —, Dezember 1987
87	Die Behandlung von HIV-Infizierten und AIDS Erkrankten durch Heilpraktiker	Enquete-Kommission „AIDS“ — Sekretariat —, Dezember 1987
88	Epidemiologie — Stellungnahme zur öffentlichen Anhörung	Blank, Joseph-Theodor 11/87
89	Medizinisches Krankheitsbild von AIDS — Stellungnahme zur öffentlichen Anhörung	Blank, Joseph-Theodor 11/87
90	Stellungnahme zur Epidemiologie von AIDS	Stille, Wolfgang 11.12.1987
91	Stellungnahme zur Klinik von AIDS	Stille, Wolfgang 11.12.1987
92	Stellungnahme zur Stellungnahme der SPD-Mitglieder der EK-AIDS vom 17.11.1987 zum „Medizinischen Krankheitsbild“	Stille, Wolfgang 1.12.1987

Nr.	Titel	Verfasser/Hrsg./Quelle
93	Fragenkatalog zur AIDS-Thematik	Deutsche Krankenhaus Gesellschaft 2.9.1987
94	Hygienische Maßnahmen zur Verhütung der Übertragung von HIV im Krankenhaus	Bundesgesundheitsamt, 1987 Entwurf einer Anlage zu der Richtlinie „Erkennung, Verhütung und Bekämpfung von Krankenhausinfektionen“
95	Stellungnahme der DKG zum Entwurf einer Anlage über „Hygienische Maßnahmen zur Verhütung der Übertragung von HIV im Krankenhaus“	Deutsche Krankenhaus Gesellschaft 14.9.1987
96	Unterlagen zum Statement zum Themenbereich „Makrophagen“ am 15.12.1987	Eder, Max, München 15.12.1987
97	In VITRO INFECTION OF HUMAN EPIDERMAL LANGERHANS CELLS WITH HIV	Braathen, L.R. 12/87
98	HIV-INFECTIONS IN THE USA A Report to the Domestic Policy Council	Centers for Disease Control, Atlanta November 30, 1987
99	Struktur des Zwischenberichts (Entwurf)	Enquete-Kommission „AIDS“ – Sekretariat – 12/87
100	Anmerkungen und Kommentare zur Anhörung „Medizinisches Krankheitsbild von AIDS“	Rosenbrock, Rolf 9.12.1987
101	AIDS und Erste-Hilfe-Maßnahmen (eine Studie aus der Sicht des Deutschen Roten Kreuzes)	Koch, B., Kuschinsky, B., Zöllner, S. DRK, Bonn 1987
102	– Umsatzentwicklung Kondomverkauf seit 1980 – Oxford Studie (Sicherheit der Kondombenutzung)	– Deutsche Latex Forschung 3.11.1987 und 3.12.1987 – The Lancet, No 8276 April 10, 1982
103	Gesellschaftliche Auswirkungen der Krankheit AIDS-Stellungnahme zur öffentlichen Anhörung	Blank, Joseph-Theodor 12/1987
104	AIDS-Prävention bei i.v. – Drogenabhängigen, Verhaltensbeeinflussung und Substitution (durch Methadon)	Blank, Joseph-Theodor 12/1987
105	Speicherung personenbezogener AIDS-Daten in polizeilichen Informationssystemen	Beschluß der Konferenz der Datenschutzbeauftragten des Bundes und der Länder vom 7.12.1987
106	HIV-Infektion kein Grund gegen eine bedingte Entlassung von Strafgefangenen	Bayr. Staatsministerium der Justiz vom 11.12.1987
107	COPING WITH AIDS The Special Problems of New York City	Weinberg, David S. Murray, Henry W. The New England Journal of Medical, Dec. 3, 1987

Nr.	Titel	Verfasser/Hrsg./Quelle
108	Stellungnahme zum Thema psychosoziale Auswirkungen von AIDS	Stille, Wolfgang 11.12.1987
109	AIDS — Die epidemiologische Situation in Deutschland	L'age-Stehr, Johanna Dt. Ärzteblatt 84, Heft 45 5.11.1987
110	JOINT ADVISORY NOTICE Protection Against Occupational Exposure TO HBV and HIV	Department of Labor/ Department of Health and Human Services October 19, 1987
111	AIDS und präventive Gesundheitspolitik	Rosenbrock, Rolf Wissenschaftszentrum, Berlin, November 1986
112	Sicherheit von Kondomen — Warentest —	Stiftung Warentest test 7/87
113	Feststellungen und Schluß- folgerungen zur öffentl. Anhörung, 29.9.1987 „Gesellschaftliche Auswir- kungen der Krankheit AIDS“	Becker, Sophinette Bruns, Manfred Riehl, Dieter Rosenbrock, Rolf 17.12.1987
114	Entschließung der Gesund- heitsminister und Senatoren der Länder — Erworbenes Immundefekt- syndrom — AIDS —	57. Köhferenz am 19./20.11.1987 in Osnabrück
115	Stellungnahme zur Stellungnahme der SPD-Mitglieder zur Anhörung vom 17.9.1987	Geis, Norbert 28.12.1987
116	Stellungnahme zum Thema „Das Krankheitsbild von von AIDS“	Geis, Norbert 28.12.1987
117	Stellungnahme zum Thema „Gesellschaftliche Auswir- kungen von AIDS“	Geis, Norbert 28.12.1987
118	Hygiene-Verordnung	Landesregierung Baden Württemberg vom 19.10.1987
119	Stellungnahme zur Anhörung „Gesellschaftliche Auswir- kungen der Krankheit AIDS“	Enquete-Kommission AIDS — Sekretariat —, Januar 1988
120	Hinweise u. Empfehlungen zur HIV-Infektion	Deutsche Krankenhausgesell- schaft, 21.12.1987
121	Entwurf des (Teil-) Zwi- schenberichts	Enquete-Kommission AIDS — Sekretariat —, Stand: 11.1.1988
122	Feststellungen u. Schluß- folgerungen zur öffentli- chen Anhörung „Primärprävention“	Becker, Sophinette, Bruns, Riehl, Rosenbrock vom 1.1.1988
123	Schlußfolgerungen zur öffentlichen Anhörung „Gesellschaftliche Aus- wirkungen von AIDS“	Schmidt, Renate vom 5.1.1988
124	Presse-Mitteilungen usw. zur „Makrophagen-Anhörung“	Geis, Norbert u.a. Dezember 1987

Nr.	Titel	Verfasser/Hrsg./Quelle
125	Bericht der Arbeitsgemeinschaft der Leitenden Medizinälbeamten der Länder über die eingeleiteten und geplanten Maßnahmen zur Bekämpfung der Immunschwächekrankheit AIDS	AGLMB der Länder November 1987
126	Chronic HIV-Encephalitis — I. Cerebrospinal Fluid Diagnosis II. Clinical Aspects	Felgenhauer, K. u.a. Klinische Wochenschrift (1988) 66: 21 — 31
127	1. Lesung: Gesellschaftliche Auswirkungen (Teil B)	Enquete-Kommission AIDS — Sekretariat —, Januar 1988
128	Auftrag und Durchführung der Kommissionsarbeit	Enquete-Kommission AIDS — Sekretariat —, Januar 1988
129	Voten des Nationalen AIDS-Beirates	Nationaler AIDS-Beirat vom 16. Dez. 1987
130	Maßnahmen betreffend AIDS in den Justizvollzugsanstalten Saarland, NRW	Erlasse — Minister der Justiz des Saarlandes vom 11.1.1988 — Justizminister des Landes Nordrhein-Westfalen vom 13.1.1988
131	Compulsory Premarital Screening for the Human Immunodeficiency Virus	Cleary, Paul D. et al. JAMA, Vol. 258, October 1987
	Would Screening Prevent the International Spread of AIDS?	Zuckerman, Arie J. The Lancet, November 22, 1986
	Testung und Meldepflicht bei HIV-Infektionen aus ärztlicher Sicht	Pohle, Hans-Dieter DIE BERLINER ÄRZTEKAMMER, DBÄ 12/1987
132	Inserate zur AIDS-Prävention in der Schweiz	Bundesamt für Gesundheitswesen Bern, Nov./Dez. 1987
133	Tätigkeitsbericht des Bundesbeauftragten für den Datenschutz	Bundestags-Drucksache Nr. 11/1693 v. 20.1.1988
134	Gerichtsurteil	Bay. Verwaltungsgericht München vom 21.12.1987 (Az. M 9 S 87, 5839)
135	Teil A des Kapitels Epidemiologie/ Übertragungswege	Enquete-Kommission AIDS — Sekretariat —, Februar 1988 Vorschlag der Berichterstatter
136	Teil B des Kapitels Übertragungswege	Enquete-Kommission AIDS — Sekretariat —, Februar 1988 Vorschlag der Berichterstatter
137	Teil B des Kapitels Epidemiologie	Enquete-Kommission AIDS — Sekretariat —, Februar 1988 Vorschlag der Berichterstatter
138	Anmerkung zu den Gesellschaftliche Auswirkungen	Geis, Norbert vom 3.2.1988
139	Teil A des Kapitels Krankheitsbild	Enquete-Kommission AIDS — Sekretariat —, Februar 1988 Vorschlag der Berichterstatter

Nr.	Titel	Verfasser/Hrsg./Quelle
140	Teil B des Kapitels Krankheitsbild	Enquete-Kommission AIDS – Sekretariat –, Februar 1988 Vorschlag der Berichterstatter
141	Ein Mehrgruppenmodell zur Stimulation der epidemischen Dynamik von AIDS	Weyer, Jürgen u.a. Voraussexemplar für AIFO 1988
142	Strafrechtliche Probleme bei der Einführung von Substitutionsprogrammen für i.v.-Drogenabhängige	Süsterhenn, Deutscher Bun- destag, WF VII G, 18.1.1988
143	Seronegativ trotz massiver Exposition	aus Fortschritte der Medizin 105. Jg (1987), Nr. 34
144	AIDS – Neue Bausteine im Mosaik	aus Münch. Med. Wschr. 130 (1988) Nr. 3
145	Psychosoziale HIV/AIDS- Betreuung	Ermann, M. u.a. Münch. Med. Wschr. 130 (1988) Nr. 3
146	AIDS: Die Verfassungs- mäßigkeit und Gesetzes- mäßigkeit der Vollzugs- hinweise des Bayerischen Staatsministeriums d. Innern – Rechtsgutachten –	Frankenberg, Günter München 1987
147	Orale Substitutionsbehand- lung von i.v.-Drogenabhän- gigen	Republik Österreich Bundeskanzleramt 25.9.1987
148	Feststellungen und Schluß- folgerungen zum Themen- bereich: AIDS-Prävention bei intravenös Drogenab- hängigen am 2.11.1987	Becker, Sophinette Bruns, Manfred Riehl, Dieter Rosenbrock, Rolf Stille, Wolfgang, vom 10.2.1988
149	Gerichtsurteil	Landgericht Hechingen vom 22.12.1987, (Gesch-Nr. Kls 9/87)
150	Wissenschaftliches Erpro- bungsvorhaben zur medika- mentengestützten Rehabili- tation bei i.v. Opiatab- hängigen	Der Minister für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes NRW, vom 16.11.1987
151	AIDS und das Sexualverhal- ten der Bürger der Bundesrepublik Deutschland	Runkel, Gunter – Angewandte Sozialforschung, Jg. 14, 2/3 1986/87 – MMG 12(1987) 171 – 182
152	Verordnung anderer Betäu- bungsmittel bei i.v. Opiat- abhängigen; hier: Rechtslage bei der NRW-Vorgehensweise	Der Minister für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes NRW vom 18.2.1988
153	Auszug aus dem Jahresgut- achten 1988 des Sachver- ständigenrates	Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen 31.1.1988

Nr.	Titel	Verfasser/Hrsg./Quelle
154	Evaluation of the San Francisco AIDS Antibody Alternative Test Site	Moulton, Jeffrey M., Havassy, Barbara E. Department of Psychiatry July 1987 (Revised October 1987)
155	Fortentwicklung des Landes-AIDS-Programms von NRW	Minister f. Arbeit, Gesundheit u. Soziales d. Landes NRW Februar 1988
156	Zur Frage der Anwendung von Methadon in Deutschland	Newmann, Robert G. Vortrag auf einem Kongress in Frankfurt 14.11.1987
157	Anerkennung der Selbsthilfegruppen der Homosexuellen als gemeinnützig	Bruns, Manfred 1.3.1988
158	Schlußfolgerungen aus der Anhörung zur Prävention 15./16.10.1988	Schmidt, Renate Conrad, Margit Großmann, Achim, 3.3.1988
159	AIDS-Prävention bei i.v.-Drogenabhängigen Teil A: Wesentliche Befunde	Enquete-Kommission AIDS – Sekretariat –, März 1988 Vorschlag Berichterstatter Bruns, Manfred
160	AIDS-Prävention bei i.v.-Drogenabhängigen Teil B	Enquete-Kommission AIDS – Sekretariat –, März 1988
161	AIDS: Was kann, was soll getan werden?	Allensbacher Berichte 8/87 Umfrage vom Februar 1987
162	The Brain in AIDS: Central Nervous System HIV-I Infection and AIDS Dementia Complex	Price, Richard W., u.a. Science, Vol. 239 February 5, 1988
163	Gemeinsame Hinweise und Empfehlungen der BÄK und der DKG zur HIV-Infektion	DKG, Tersteegenstr. 9 4000 Düsseldorf 30 Januar 1988
164	Zum Risiko einer berufsbedingten Übertragung der HIV-Infektion bei Gesundheitsberufen	Ippen, Michael, Literaturstudie im Auftrag der Gesundheitsbehörde Hamburg, Januar 1988
165	Gesunde schützen Erkrankte nicht ausgrenzen Arbeitsrechtliche Aspekte von AIDS	Hinrichs, Werner Sonderdruck aus Heft 1/88 Arbeitsrecht im Betrieb
166	Die Gesellschaftlichen Auswirkungen der Krankheit AIDS Teil A: Wesentliche Befunde	Enquete-Kommission AIDS – Sekretariat –, März 1988 Berichterstatter: Becker, Sophinette Geis, Norbert
167	Die Gesellschaftlichen Auswirkungen der Krankheit AIDS Teil B: Auswertungen-Defizite-Auswirkungen	Enquete-Kommission AIDS – Sekretariat –, März 1988 Berichterstatter: Becker, Sophinette Geis, Norbert
168	Vorschläge für Empfehlungen der Kommission zum HIV-Test bei Patienten	Enquete-Kommission AIDS – Sekretariat –, März 1988

Nr.	Titel	Verfasser/Hrsg./Quelle
169	Gerichtsurteil	Landgericht Nürnberg-Fürth 13 KLS 345 Js 31316/87 November 1987
170	Gemeinsame Stellungnahme der ÄK Berlin u. d. BKG zu den gemeinsamen Hinweisen und Empfehlungen der BÄK u. d. DKG zur HIV-Infektion	Berliner-Krankenhaus-Gesell- schaft, Ärztekammer Berlin, Februar 1988
171	Verhütung vor der Krankheit (Primärprävention) Teil B: Auswertungen-Defizite- Auswirkungen	Enquete-Kommission AIDS – Sekretariat –, März 1988
172	Verhütung vor der Krankheit (Primärprävention) Teil B: Auswertungen-Defizite- Auswirkungen	Enquete-Kommission AIDS – Sekretariat –, März 1988 Berichtersteller: Rosenbrock, Rolf Eimer, Norbert
173	Das Krankheitsbild von AIDS Teil B: Auswertungen-Defizite- Auswirkungen	Zöllner, Nepomuk vom 8.3.1988
174	AIDS-Prävention bei i.v.- Drogenabhängigen	Enquete-Kommission AIDS – Sekretariat –, März 1988 Vorschlag Berichtersteller Spann, Wolfgang
175	Auszug aus dem Evaluations- bericht über die AIDS-Prä- vention in der Schweiz	Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Uni- versität Lausanne Dezember 1987
176	Empfehlung zur Durchführung der Atemspende bei Reanima- tionen	AIDS-Kommission der Deutschen interdisziplinären Vereini- gung für Intensivmedizin vom 12.2.1988
177	AIDS-Prävention bei i.v.- Drogenabhängigen Teil A: Wesentliche Befunde	Berichtersteller: Bruns, Manfred Spann, Wolfgang, März 1988
178	Soziale, medizinische und sozialwissenschaftliche Voraussetzungen der Prävention und Bekämpfung von AIDS	Rosenbrock, Rolf AIDS-Forschung (AIFO) März 1988, Heft 3
179	„Rechtliche Aspekte der HIV- Infektion und der AIDS-Er- krankung“	Bericht der Kommissison des Landes Nordrhein-Westfalen (gebilligt vom Kabinett am 15.3.1988)
180	Gerichtsurteil	Arbeitsgericht Düsseldorf Nr. 2 La 6267/87 vom 11.2.1988
181	Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin zu AIDS	Mitteilungen des Berufsver- bandes Deutscher Internisten Sonderdruck aus „Der Internist“, Jahrgang 29 4.4.1988

Nr.	Titel	Verfasser/Hrsg./Quelle
182	Stellungnahme zum Vorschlag der Berichterstatte „AIDS-Prävention bei i.v.-Drogenabhängigen“, Teil A (KAU 177)	Schmidt, Renate Großmann, Achim Conrad, Margit 19.3.1988
183	Verhütung vor der Krankheit (Primärprävention)	Enquete-Kommission AIDS, Sekretariat Berichterstatte: Rosenbrock, Rolf Eimer, Norbert, April 1988
184	Berufsgenossenschaftlicher Grundsatz G 42 (Infektionskrankheiten)	Bundesverband der Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand vom 14.3.1988
185	AIDS-Aufklärung bei Homosexuellen wirksam	Deutsche AIDS-Hilfe e.V., Presse, 13.4.1988
186	Untersuchung von Soldaten der Bundeswehr auf HIV-Antikörper	Der Bundesminister der Verteidigung, Februar 1988
187	Bericht zu Fragen der Benachteiligung HIV-infizierter und an AIDS erkrankter Menschen	DEUTSCHE AIDS-STIFTUNG „Positiv leben“, 6.4.1988
188	HIV-Übertragung per os	Rosenbrock, Rolf vom 29.4.1988
189	HIV-Antikörpertest und Prävention	Rosenbrock, Rolf vom 3.5.1988
190	Vorschlag zur K Drs. Nr. 50 Primärprävention (Verhütung der HIV-Infektion) Teil A: Wesentliche Befunde	Gallwas, Hans-Ullrich Mai 1988
191	Der Test auf HIV-Antikörper als Mittel der Primärprävention	Stille, Wolfgang Mai 1988
192	Primärprävention K Drs. Nr. 50 Teil A: Wesentliche Befunde	Bruns, Manfred Mai 1988 Formulierungsvorschlag für Abschnitt 2.4.2 (S. 28-30)
193	Rechtslage beim HIV-Test	Enquete-Kommission AIDS – Sekretariat –, Mai 1988
194	AIDS-Prävention bei i.v.-Drogenabhängigen Teil C: Empfehlungen K Drs. Nr. 53	Bruns, Manfred Mai 1988
195	Das Krankheitsbild von AIDS (K Drs. Nr. 43)	Zöllner, Nepomuk Mai 1988 Vorschlag zu Teil C:
196	Primärprävention (allg.) Teil C, K Drs. Nr. 54, S. 13f	Enquete-Kommission AIDS – Sekretariat –, Mai 1988
197	AIDS 1988 – Rückblick und Ausblick	Zöllner, Nepomuk Goebel, F.-D., Fießl, H. S., Fortschritte der Medizin Nr. 10, 5.4.1988

Nr.	Titel	Verfasser/Hrsg./Quelle
198	Ergebnisse der Repräsentativbefragung zur Wirksamkeit der AIDS-Aufklärung des Bundesministeriums für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit	Institut für Demoskopie Allensbach, Februar 1988 im Auftrag des Bundesministers für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit
199	Verhütung der HIV-Infektion (Prävention)	Vorschlag: Zöllner, Nepomuk Gallwas, Hans-Ullrich 19.5.1988
200	Sondervotum zum Kapitel Primärprävention des Zwischenberichtes der Enquete-Kommission AIDS (K Drs. Nr. 50)	Fraktion DIE GRÜNEN Mai 1988
201	Der Test auf HIV-Antikörper als Mittel der Prävention	Voigt, Hans-Peter Mai 1988
202	Änderungsvorschlag zu: Epidemiologie Teil B (K Drs. Nr. 45)	Rosenbrock, Rolf 19.5.1988
203	Dokumentation 1 STOP AIDS	AIDS-Hilfe Schweiz in Zusammenarbeit mit dem Bundesamt für Gesundheitswesen, April 1988
204	Auszug aus dem Jahresbericht 1987	AIDS-Hilfe Schweiz
205	Sondervotum: Übertragungswege aus heutiger Sicht K Drs. Nr. 38 Teil A, Einleitung 3. Zeile	Fraktion DIE GRÜNEN Wilms-Kegel, Heike Juni 1988
206	Sondervotum: Das Krankheitsbild von AIDS K Drs. Nr. 42, Teil B Punkt 1.3	Fraktion DIE GRÜNEN Wilms-Kegel, Heike Juni 1988
207	Sondervotum: Das Krankheitsbild von AIDS K Drs. Nr. 42, Teil B Punkt 2.1, Seite 5, Zeile 7	Fraktion DIE GRÜNEN Wilms-Kegel, Heike Juni 1988
208	Sondervotum: Das Krankheitsbild von AIDS K Drs. Nr. 42, Teil B	Fraktion DIE GRÜNEN Wilms-Kegel, Heike Juni 1988
209	Sondervotum: Das Krankheitsbild von AIDS K Drs. Nr. 43, Teil C, Seite 6	Fraktion DIE GRÜNEN Wilms-Kegel, Heike Juni 1988

Nr.	Titel	Verfasser/Hrsg./Quelle
210	Sondervotum: Epidemiologie K Drs. Nr. 44, Teil A, Seite 5	Fraktion DIE GRÜNEN Wilms-Kegel, Heike Juni 1988
211	Sondervotum: Epidemiologie K Drs. Nr. 44, Teil A, Punkt 4 Seite 7	Fraktion DIE GRÜNEN Wilms-Kegel, Heike Juni 1988
212	Sondervotum: Epidemiologie K Drs. Nr. 45 u. 46	Fraktion DIE GRÜNEN Wilms-Kegel, Heike Juni 1988
213	Sondervotum Primärprävention des Zwischenberichtes der Enquete- Kommission – AIDS – K Drs. Nr. 50	Fraktion DIE GRÜNEN Neufassung der KAU 200 Juni 1988
214	Contact tracing for HIV infection	Adler, Michael W Johnson, Anne M. British Medical Journal Volume 296, May 21, 1988
215	AIDS: a bill of rights for the surgical team?	British Medical Journal Volume 296, May 21, 1988
216	Gerichtsurteil	Landgericht München I vom 20.4.1988 (Nr. 17 Kls 123 Js 4230/87)
217	Primärprävention Teil B (Verhütung der HIV-In- fektion)	Eimer, Norbert Rosenbrock, Rolf Stand: 7.6.1988
218	Gesundheitsökonomische Aspekte zum erworbenen Immundefektsyndrom (AIDS)	Studie des Instituts für Gesundheits-System-Forschung Kiel, Mai 1988
219	Sondervotum Verhütung der HIV-Infektion (Prävention)	Zöllner, Nepomuk Gallwas, Hans-Ullrich 9.6.1988 (Neufassung der KAU 199)
220	Gerichtsurteil	Bayerischer Verwaltungsge- richtshof vom 19.5.1988 (Nr. 25 CS 88.00312)