

# AIDS in Zeiten knapper Kassen

Mit Prof. Dr. Dieter Kleiber sprach Dipl.-Psych. Göran Hajek zu sozialwissenschaftlichen und epidemiologischen Fragen der AIDS-Forschung

*Hajek: Herr Prof. Kleiber, Sie beschäftigen sich als Psychologe seit 1986 mit sozialwissenschaftlichen und epidemiologischen Fragen in der AIDS-Forschung. Zu Ihren speziellen Forschungsfragenstellungen gehören Studien über den Zusammenhang „HIV/Needle-Sharing/Sex“, Prostitution und HIV, Sextourismus und AIDS sowie handlungsorientierte AIDS-Prävention bei Jugendlichen. Dazu kommen wir gleich noch. Zunächst möchte ich Sie zu einigen allgemeineren Themen befragen. Wenn man in der Bundesrepublik Deutschland lebt, kann man leicht den Eindruck bekommen, daß HIV und AIDS vor allem ein Thema von Männern ist und hier insbesondere von schwulen Männern. Ist es so, daß Männer die Hauptrisikogruppe sind oder täuscht dieser Eindruck?*

Kleiber: Den Begriff „Risikogruppe“ verwenden wir ja nun nicht, einfach deshalb, weil man nicht zu einer Risikogruppe gehört, sondern weil möglicherweise bestimmte Verhaltensweisen riskant sind oder zu einem höheren Risiko führen. Das sind keine Merkmale von Personen oder Gruppen. Aber richtig ist, daß man die Frage der Hauptbetroffengruppen in verschiedenen Richtungen diskutieren kann: Da sind als erstes schwule Männer zu nennen. Nach wie vor werden etwa 60–80 % der jährlichen Neuinfektionen von schwulen Männern akquiriert. Die zweite Hauptbetroffengruppe sind die IV-Drogenkonsumenten, die sich durch Nadeltausch, aber auch durch ungeschützten Geschlechtsverkehr – zum Teil im „privaten“ Zusammenhang – infizieren. IV-Drogenkonsumenten

verhalten sich wie die übrige Bevölkerung, die kein besonderes Risiko für sich selbst wahrnimmt: Im professionellen Bereich, also wenn sie als Drogenprostituierte arbeiten, verwenden sie zwar Kondome zu über 90 %, im privaten Bereich aber sehr selten, in der Größenordnung von 15–20 %. Da aber ungefähr 15 % der IV-Drogenkonsumenten HIV-positiv sind, haben sie natürlich ein höheres Risiko, sich bei privaten sexuellen Beziehungen zu infizieren. Zahlenmäßig ist es so, daß Frauen in der Tat bisher einen vergleichsweise kleinen Anteil unter den Infizierten und AIDS-Kranken ausmachen (≈ 11 %), andererseits steigt der Anteil überproportional, was statistisch gesehen natürlich leicht ist, wenn man von einem niedrigen Ausgangsniveau ausgeht. Das Thema AIDS und Frauen darf in der Prävention nach wie vor nicht vernachlässigt werden.




---

**Der Blick aufs eigene Land  
verstellt manchmal die Sicht für die  
internationale Entwicklung.**

---

Frauen sind insbesondere auch betroffen, wenn man sich die internationale Entwicklung von HIV-AIDS ansieht. International gesehen liegt in den sogenannten „pattern-II-Ländern“, also in Afrika insbesondere, zunehmend auch in Asien, der Anteil der Frauen bei mindestens 50 %. Wir haben es also in den westlichen Industrienationen mit einer Sondersituation zu tun, wo insgesamt weniger Infizierte sind, und unter den Infizierten es so scheint, als sei HIV-AIDS ein Problem von schwulen Männern und Drogenabhängigen. International ist es ebenso ein Thema für Frauen und für Kinder, d. h. der Blick aufs eigene Land verstellt manchmal die Sicht für die internationale Entwicklung.

*Vielleicht können Sie kurz skizzieren, wie sich die internationale Situation oder Entwicklung von der Situation in der Bundesrepublik Deutschland unterscheidet?*

Wir haben früher – einem Vorschlag der Weltgesundheitsorganisation folgend – zwischen drei Ausbreitungsmustern von HIV-AIDS unterschieden. Die sogenannten „pattern-I-Länder“ waren die Industrienationen, wo die Hauptbetroffenengruppen schwule Männer zunächst zu über 80 %, teilweise 90 %, waren, danach Drogenkonsumenten, danach dann andere Teilgruppen. Die „pattern-II-Länder“ sind z. B. afrikanische Länder, bei denen der Hauptinfektionsweg heterosexuelle Kontakte waren und wo ein etwa ausgeglichenes Verhältnis zwischen Männern und Frauen bei den Infizierten bestand. Das sind die Länder, mittlerweile auch in Asien, in größeren Bereichen Indien, Thailand, Philippinen etc., in denen der Anteil von Frauen zunehmend größer wird und die zweitwichtigste Population dann Drogenabhängige sind. Die sogenannten „pattern-III-Länder“ schließlich galten als Niedrigprävalenzländer. Das waren in früheren Zeiten die Ostblockländer, die DDR hat dazugehört, die aufgrund ihrer international vergleichsweise isolierten Situation geringe Probleme mit der Ausbreitung von HIV hatten. Mit dem Zusammenbruch des Ostblocks und der Öffnung der Grenzen verändert sich die Situation. Zum Glück ist sie in den neuen Bundesländern nach wie vor sehr viel günstiger als in den alten Bundesländern. Aber in Osteuropa sieht man, daß zunehmend über Prostitution, über Grenzprostitution und über IV-Drogenkonsumenten eine Ausbreitung von HIV wahrscheinlich wird. In vielen osteuropäischen Ländern sind Drogenabhängige die Gruppe mit den größten HIV-bezogenen Problemen.

*Die Frage, die mir sich aufdrängt, ist folgende: Woher kommt eigentlich der eklatante Unterschied, daß hier in den westlichen Industriestaaten in erster Linie homosexuelle Männer betroffen sind und in diesen sogenannten „pattern-II-Ländern“ heterosexuelle Paare? Das ist ja etwas verwunderlich, wenn man das so als Fakt hört.*

Ja. In erster Linie dürfte das damit zusammenhängen, wie die Geschichte der Epidemie ist. HIV-AIDS breitet sich dort

aus, wo die initialen Infektionen sind. Das waren offensichtlich zunächst mal schwule Männer und dann Drogengebraucher, die dann aufgrund einer hohen sexuellen Aktivität und höherer Partnerzahlen eben zunächst zu einer Ausbreitung in ihrer Subgruppe beigetragen haben. In Afrika ist die Situation anders, da haben wir es mit einer längeren Geschichte des Virus zu tun, das in der heterosexuellen Bevölkerung vielleicht schlummerte, ohne daß es damals diagnostiziert und wahrgenommen worden ist, und wir haben es halt in den Ländern der Dritten Welt mit einer Situation zu tun, daß einfach die sexuelle Aktivität höher ist als in den Industrienationen. Insofern ist auch von dort wahrscheinlicher, daß dann eine Epidemie, die ein bestimmtes Basisniveau erreicht hat, explosionsartig in die Höhe geht, und eine solche Entwicklung haben wir halt nicht nur in Afrika, sondern zunehmend auch in Asien zu verzeichnen.

*Das kann böses Blut machen, weil es so bestimmte Vorurteile bedient. Das sind belegte Zahlen, daß die sexuelle Aktivität höher ist?*

Ja.

*Inwiefern kann es auch eine Rolle spielen, daß in diesen Drittweltländern die sexuellen Subkulturen nicht so ausgeprägt sind und auch bestimmte Stigmatisierungsprozesse nicht so wie in den westlichen Industriestaaten stattgefunden haben? Ich denke da an Foucault oder auch Goffman, die sich darüber geäußert haben, wie bestimmte Krankheitsbilder überhaupt erst geprägt wurden und dann, wenn man etwa den „labeling“-Ansatz verfolgt, dann eben auch zu Eingrenzungen von Verhaltensweisen (sexuellen Kontakten) führen können. Vielleicht nimmt die Infektionsausbreitung einen anderen Verlauf, weil diese Prozesse in diesen Ländern gar nicht so stattgefunden haben?*

Also am ehesten würde ich den epidemiologischen Fakten und Daten trauen. Das Verhalten in einer Population kann beliebig sein in bezug auf HIV-AIDS, solange es zu keiner Initialinfektion kommt, d. h. der Zeitpunkt der Infektion ist zunächst mal das Wichtigste und die Frage: Wieviele Infizierte sind in einer bestimmten Population? Ein zweiter

wichtiger Punkt ist: Wie groß ist die Durchmischung zwischen den Populationen? Das heißt, wenn wir uns Epidemien regionaler Art erklären wollen, Verteilungen, dann müssen wir uns das konkrete Sexualverhalten und Mobilitätsverhalten innerhalb der verschiedenen Regionen ansehen. Da weiß man zu wenig über die regionalen Epidemien in den verschiedenen Ländern. Es gibt viele Faktoren, die eine Rolle spielen, möglicherweise nicht zuletzt gehäufte Raten von Analverkehr zum Zwecke der Schwangerschaftsverhütung in Ländern der Dritten Welt und möglicherweise eine geringere Zahl von sexuellen Kontakten bzw. Partnern in den Industrienationen. Da können viele Dinge eine Rolle spielen. Vom Ergebnis her muß man festhalten, daß die Situation in den Industrienationen halt so ist, wie beschrieben, und von daher die Epidemie einen günstigeren Verlauf nimmt, also die Neuinfektionsraten nicht mehr ansteigen, während wir eine völlig andere nach wie vor explosionsartige Entwicklung in Afrika und Asien haben.

*Ist die AIDS-Kampagne in der Bundesrepublik eine Erfolgsgeschichte?*

Die AIDS-Aufklärungskampagne gehört zu den Kampagnen, die auch international modellhaft sind. Es hat sich wirklich bewährt, auf Selbstverantwortlichkeit, auf Solidarität und auf öffentliche Information zu setzen. Insofern ist das, was im AIDS-Bereich gemacht worden ist, in der Tat eine Art Modell für andere Präventionsbereiche. Auf die Zentralfrage der Prävention bezogen kann man sagen, daß die Aufklärungskampagnen, die in der Bundesrepublik Deutschland gelaufen sind, dazu geführt haben, daß weit über 90 % der Gesamtbevölkerung mittlerweile die Infektionswege kennen. Das gilt auch für Drogenkonsumenten.

---

**Es hat sich wirklich bewährt,  
auf Selbstverantwortlichkeit,  
auf Solidarität und auf öffentliche  
Information zu setzen.**

---

Wobei nicht vergessen werden darf, Aufklärung und Prävention ist eine Leistung, die auf Dauer angelegt sein muß. Nicht umsonst werden auch Werbespots für In-

dustrieprodukte in regelmäßigen Abständen wiederholt. Bei öffentlich finanzierten Präventionskampagnen vergißt man das leicht. Man meint, sich auf Präventionserfolgen ausruhen zu können, indem man sagt, wenn man einen Informationsstand von über 90 % hat, dann sei es nun gut mit den Informationskampagnen. Dabei wird vergessen, daß die nachwachsenden Generationen natürlich wiederum erst erreicht und informiert werden müssen und daß – wie in allen anderen Bereichen auch – das Vergessen und die Gewohnheit nicht unwichtig sind und deshalb die Prävention eine kontinuierliche Daueraufgabe bleiben müßte. Wenn das nicht so wahrgenommen wird, mag sich das auch in den Industrienationen mittelfristig unter Umständen drastisch rächen.

*Welche Erkenntnisse gibt es über gewandelte sexuelle Einstellungen und auch Verhaltensweisen seit Ausbruch der Epidemie bzw. seit Bekanntwerden des HIV-Infektionsrisikos?*

In der heterosexuellen Bevölkerung hat sich leider Gottes außer dem Wissen noch gar nicht so wahnsinnig viel verändert. Das Sexualverhalten unterliegt hier keinen drastischen Änderungen. Es gibt erfreulicherweise einen deutlich höheren Anteil von Jugendlichen, die Kondome benutzen bei ersten Sexualbeziehungen. Allerdings ist hier kritisch anzumerken, daß mit der Zunahme des Vertrauens zu Partnerinnen und Partnern die Bereitschaft zur Kondombenutzung sinkt. Hier ist weitere Arbeit notwendig. Man kann es vielleicht so sagen: Entsprechend der subjektiven Risikowahrnehmung hat sich das Sexualverhalten und haben sich entsprechende Einstellungen geändert. Insofern haben die erfreulichsten Einstellungs- und Verhaltensänderungen in der Gay community und bei Drogenabhängigen, aber auch bei Prostituierten stattgefunden.

*Jetzt hatten wir gerade die gewandelten sexuellen Verhaltensweisen bei zumindest einigen Betroffenengruppen. Welche Wandlungen gab es in der Einstellung der Öffentlichkeit gegenüber dem AIDS-Thema? Wir hatten schon das Stichwort Sprachgebrauch: Man spricht nicht mehr von Risikogruppen, sondern von Betroffenengruppen. Gibt es andere, vielleicht weniger formelle Aspekte bei der Wandlung des öffentlichen Bildes?*

---

### **Die Diskussion um HIV-AIDS könnte man auch als eine Diskussion nehmen, in der die Problemlösung delegiert worden ist an eine Betroffenenengruppe.**

---

Mein Eindruck ist, daß es hier Positives und Negatives zu berichten gibt. Positiv ist sicherlich, daß die Aufklärungsmaßnahmen in der Bundesrepublik zunächst mit großem Aufwand durch öffentliche Mittel finanziert wurden – deutlich über 100 Millionen DM jährlich. Dies hat zu einer Wissensvermehrung, Einstellungsveränderung und Sensibilisierung beigetragen. Die Möglichkeit dazu hat sich vielleicht auch dadurch ergeben, weil die Hoffnung bestand, daß AIDS, wovon sich viele bedroht gefühlt hatten, sozusagen stellvertretend über die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung und über die Aktivitäten der deutschen AIDS-Hilfe, die sich als Selbsthilfeorganisation gegründet hat, delegiert werden könnte an eine Teilgruppe.

*Mit Teilgruppe meinen Sie eine Betroffenenengruppe?*

Die Diskussion um HIV-AIDS könnte man auch als eine Diskussion nehmen, in der die Problemlösung delegiert worden ist an eine Betroffenenengruppe. Das haben wir sonst nicht. Sonst haben wir es bei der Bewältigung oder Bewältigungsversuchen von Erkrankungen meist damit zu tun, daß expertenorientiert und expertendefiniert an Problemlösungen gearbeitet wird. Hier war der Modellfall der, daß die Problemlösung sozusagen „von unten“, durch Selbstaktivitäten, durch Selbsthilfe, durch politisches Engagement und Empowermentprozesse der Betroffenen angestrebt wurde. Man könnte vermuten, daß dies auch eine Entlastungsfunktion für die Gesellschaft gehabt hat. In dem Maße, in dem die negativen Szenarien aus der öffentlichen Diskussion verschwunden sind, und in der Tat eine deutlich glücklichere Entwicklung in den Industrienationen und auch in der Bundesrepublik in bezug auf die Epidemie zu verzeichnen ist, ist allerdings so etwas wie Gleichgültigkeit eingetreten, eine Gleichgültigkeit, die teilweise nicht mehr gut zu verstehen ist, die auch zu neuen Verklärungen führt, etwa derart, daß man nun alle

Hoffnung setzt auf die erfreulichen Entwicklungen im Bereich der Medikamentenvergabe. Wir sehen das daran, daß der Mitteleinsatz für Aufklärung drastisch runtergegangen ist und nun auch die Mittel für die Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung (BZgA) und Deutsche AIDS-Hilfe (DAH) wieder drastisch gekürzt worden sind von 18 auf 12 Millionen in diesem Jahr, eine Einbuße, die die Substanz der Arbeit in manchen Bereichen gefährdet.

*Man könnte sagen, weite Teile der öffentlichen Meinung haben Entwarnung gegeben und fühlen sich vordergründig erst mal nicht mehr so bedroht von AIDS?*

---

### **Es gibt eine gewisse Präventionsmüdigkeit, die die öffentliche Thematisierung und Skandalisierung des Problems im Moment nicht erlaubt.**

---

Dem ist weitgehend zuzustimmen. AIDS ist aus der öffentlichen Diskussion verschwunden und der Slogan „AIDS geht alle an“, ist sicherlich kein Slogan mehr, der jeden unmittelbar überzeugt und anspricht. Es gibt eine gewisse Präventionsmüdigkeit, die die öffentliche Thematisierung und Skandalisierung des Problems im Moment nicht erlaubt.

*Dann hängt diese Ernüchterung vielleicht auch damit zusammen, daß anfangs relativ unseriös mit Inzidenzraten umgegangen wurde. Es wurden bei AIDS – eigentlich meines Erachtens die einzige Krankheit, wo das so gemacht wurde – in der öffentlichen Diskussion keine jährlichen Inzidenzraten präsentiert, sondern es wurde die Gesamtzahl aller bisher an AIDS Verstorbenen oder Infizierten hochgerechnet, und die wird zwangsläufig immer höher. Wie ist Ihre Einschätzung dazu?*

Das ist sicherlich richtig, so wie Sie das ansprechen. Ich warne generell davor zu meinen, daß man einem Thema einen guten Dienst erweist, wenn man es ideologisch überhöht. Die Situation tritt dann zwangsläufig ein, daß nach einer kurzen öffentlichen Wahrnehmung und Reaktion auch

eine Verschlechterung der Situation als ein relativer Fortschritt wahrgenommen wird. Und mit etwas Ähnlichem haben wir es in bezug auf AIDS zu tun. Die Tatsache, daß die negativen Prognosen von 1985 bis 1987 nicht eingetreten sind, wird dann als Beruhigung wahrgenommen. Dabei bleibt unberücksichtigt, daß sich 1998 hierzulande immer noch 2000–3000 Menschen neu mit HIV infizieren werden. Wie sich der wachsende Behandlungsoptimismus auf das Risikoverhalten und die Ausbreitung von HIV-AIDS auswirkt, ist ebenfalls ungeklärt. Insofern ist die Reaktion der Bevölkerung immer nur aus dieser Anfangsperspektive heraus erklärbar. Die Überhöhung eines Problems führt zwangsläufig zu einer Gegenreaktion, die nur sozialpsychologisch zu verstehen ist.

---

**Ich warne generell davor zu meinen, daß man einem Thema einen guten Dienst erweist, wenn man es ideologisch überhöht.**

---

*Mir persönlich ist aufgefallen, daß es auch von seiten der Ärzteschaft Wandlungen gibt im Umgang mit dem Thema HIV-Infektion. Es kommt inzwischen wieder öfter vor, daß Patienten z. B. bei Krankenhausaufenthalten ohne ihre ausdrückliche Einwilligung, sogar ohne ihr Wissen, auf HIV getestet werden. Ursprünglich war ja die Möglichkeit, sich anonym testen zu lassen, ein wesentliches Element der erfolgreichen Präventionsstrategie. Würden Sie darin ein Symptom eines gewandelten Umgangs der Ärzteschaft mit AIDS sehen, oder ist es einfach ein Effekt der Gewöhnung an das Thema?*

Es mag etwas mit Gewöhnung zu tun haben, es mag damit zu tun haben, daß eine Art Rückfall in alte Routinen stattfindet, es mag damit zu tun haben, daß die erfolgreiche Arbeit von manchen AIDS-Schwerpunktpraxen eben auch Entlastung für andere Praxen mit sich gebracht hat, die dann meinen, das Problem delegieren zu können. Man darf aber nicht vergessen, daß eine Reihe von Studien zeigt, daß auch in der vergleichsweise sensibilisiertesten Zeit der Diskussion im HIV-AIDS etwa 40 % der Menschen vor und nach einer

Testung häufig auch nicht gut beraten worden sind. Hier hätte man in der Bundesrepublik sehr viel mehr machen können und möglicherweise auch machen müssen.

*Bei dem Stichwort Gewöhnung, ja sogar Entwarnung im öffentlichen Meinungsbild drängt sich die Frage auf, wie es um die Prävention bei Jugendlichen steht, die gerade erst ihre ersten sexuellen Erfahrungen machen und zu Beginn der AIDS-Epidemie noch im Vorschulalter waren. Sie haben hierzu eine Studie durchgeführt?*

Ja, es ist eine qualitative Studie über handlungsorientierte AIDS-Prävention



bei Jugendlichen. Wenn man die Widerstände, Kondome zu benutzen, analysieren möchte, dann ist es sinnvoll, Interviews zu machen. Das läßt sich mit Fragebögen nicht so machen. Jugendliche sind insofern eine wichtige Zielgruppe für die AIDS-Prävention, als im Jugendalter sexuelle Verhaltensweisen eben nicht umgelernt werden müssen, sondern erst erworben werden und daher die Hoffnung besteht, daß präventives Verhalten frühzeitig eingeübt werden kann. Diese Studie hat uns darauf aufmerksam gemacht, daß es wichtig ist, auch das Setting der intimen Kommunikation bei sexuellen Kontakten genauer anzuschauen. Es hat sich gezeigt, daß eine Reihe von Barrieren, die mit

der Kondombenutzung zusammenhängen oder die die Kondombenutzung schwierig machen, für die Jugendlichen damit zu tun haben, daß Liebe offenbar etwas ist, was überwiegend noch als unvereinbar mit Kondomen wahrgenommen wird. Deshalb ist es wichtig, in der Aufklärung darauf hinzuweisen, daß man offener über Sexualität redet. Wir haben zwar die Annahme, daß das mittlerweile in der Gesellschaft leichter möglich sei, dem ist aber offenbar nicht so. Und die Situation selbst scheint insbesondere bei Jugendlichen häufig angehtan zu sein, keine Kondome zu verwenden, weil Aufregung eine Rolle spielt, weil Angst vor Erektionsverlust eine Rolle spielt und – was nicht zu unterschätzen ist – weil Angst besteht, daß der Partner oder die Partnerin möglicherweise keine Kondome will. Da man denen ja gefallen möchte, wird das Thema häufig erst gar nicht angesprochen.

---

**Jugendliche sind insofern eine wichtige Zielgruppe für die AIDS-Prävention, als im Jugendalter sexuelle Verhaltensweisen nicht umgelernt werden müssen, sondern erst erworben werden und daher die Hoffnung besteht, daß präventives Verhalten frühzeitig stabil eingeübt werden kann.**

---

*Also bei der Kontraindikation Liebe und Kondome frage ich noch mal nach: Hat das die Implikation, daß, wenn man ein Kondom benutzt, man theoretisch ja auch mit verschiedenen Partnern schlafen könnte bzw. daß sofort diese Assoziation da ist?*

Von Jugendlichen wird in der Tat genau das berichtet. Wir dürfen nicht vergessen, daß im Pillenzeitalter Kondome sozusagen als Verhütungsmittel der Wahl nur im Prostitutionsbereich übriggeblieben sind. Dieses Image, das Kondome dadurch bekommen haben, gilt es zu verändern, und deshalb hat die Schweiz beispielsweise auch eine Kampagne gemacht „Kondome aus Liebe“.

*Kommen wir vielleicht zu den Hauptbetroffenengruppen in der Bundesrepublik. Welche Veränderungen zeichnen sich hier ab?*

Als ich 1986 anfang, mich mit der sozialwissenschaftlichen AIDS-Forschung zu beschäftigen, war ja gerade die Stimmung besonders hochgekocht, und es wurde in der Tat von schwindelerregenden Zahlen geredet. Wir haben in einigen Bereichen versucht, konkrete Untersuchungen zu machen. Eine dieser Untersuchungen beschäftigte sich mit dem Thema „HIV/Needle-Sharing/Sex“. Es handelte sich dabei um eine sozialepidemiologische Studie, die wir bei intravenösen Drogen Konsumierenden durchgeführt haben. Hier ging es darum herauszufinden, wie hoch der Anteil von HIV-Positiven in der Population der intravenösen Drogenkonsumierenden ist. Die Öffentlichkeit sprach damals von der Größenordnung von 60–80% HIV-Infizierten unter Drogenkonsumenten. Glücklicherweise hat unsere Studie, die wir mit mehr als 2000 Drogenabhängigen durchgeführt haben, gezeigt, daß die Prävalenzraten hier sehr viel niedriger liegen. Sie lagen 1989/90 in der Größenordnung von 20% und sind bis 1993 glücklicherweise sogar auf etwa 15% zurückgegangen.

*Glauben Sie, daß die AIDS-Aufklärungskampagnen einen Einfluß haben, daß die Prävalenzraten zurückgegangen sind?*

Ich möchte hierzu zweierlei Dinge sagen: Das eine ist der schon angesprochene beispielhafte Charakter der AIDS-Kampagne. Andererseits wäre es verfehlt und falsch, wenn man die Entwicklung in bezug auf die HIV-Prävalenz bei intravenösen Drogenkonsumierenden als Erfolg der Prävention verkaufen würde. Dieses aus zwei Gründen: Wenn wir uns die Zahl der Erkrankten am AIDS-Vollbild anschauen, dann spiegelt das die Infektionslage von vor zehn Jahren wider. Insofern ist der Zeitraum für die Wirksamkeit von Präventionskampagnen anhand von Prävalenzdaten in vielen Bereichen noch zu kurz. Ein zweites: Wir haben versucht, aus den gut 2000 Drogenkonsumenten Inzidenzzahlen herauszurechnen, d. h. wir haben versucht herauszufinden, wie groß die Zahl der Neuinfektionen ist, die innerhalb des letzten Untersuchungszeitraumes aufgetreten sind, und zwar bei denjenigen, die sich vorher nicht hatten testen lassen. Und da zeigt sich unglücklicherweise, daß die Neuinfektionsraten nicht zurückgegangen sind, sondern daß sie eher sogar ansteigen oder mindestens

konstant geblieben sind. Das ist nun kein Indiz dafür, daß die Prävention hier besondere Wirkung gehabt hätte. Unter den Drogenkonsumenten gibt es eine relevante Gruppe von etwa 20–25%, die vielleicht als Präventionsverweigerer gekennzeichnet werden müßte oder die zumindest durch Aufklärungskampagnen bisher nicht erreicht worden ist.

*Die rückläufigen Prävalenzraten haben ja vielleicht auch etwas zu tun mit der Entwicklung der Zahl der Drogenabhängigen überhaupt?*

Das ist ein wichtiger Punkt. Die Frage, wie man sich sinkende Prävalenzraten erklären kann, ist theoretisch über meh-



rere Wege zu beantworten. Zu niedrigeren Prävalenzraten kommt man beispielsweise, wenn es eine große Anzahl von Neueinsteigern gibt, die noch nicht HIV-positiv sind, damit wird die Population größer, der Anteil von HIV-Positiven entsprechend kleiner (Verdünnungseffekt), so daß man dann im Zeitverzug erst mit größeren Raten und neuen Infektionszahlen rechnen müßte. Es gibt noch eine Reihe von anderen Erklärungsmodellen. Die Prävalenzraten hängen auch von den Sterblichkeitsraten ab, d. h. wenn viele Menschen sterben und nicht viele Neuinfektionen hinzukommen, dann sinkt ebenfalls die Prävalenzrate. Und so gibt es eine Reihe von Alternativerklärungen.

---

**Das Leben ist nicht so,  
daß es nahtlos vom Wissen  
zur Einstellung und von der  
Einstellung zum Verhalten geht.**

---

*Nochmal zurück zu den schwulen Männern, die ja die Hauptbetroffenengruppe durch HIV sind. Was hält schwule Männer davon ab, sich angemessen gegen das Risiko zu schützen?*

Zum Teil dieselben Faktoren, die nichtschwule Männer auch abhalten, persönliche Beziehungen zum Beispiel. Mittlerweile wird mehr auch etwa die Frage diskutiert, wie ein persönliches Risikomanagement aussehen kann. Jugendliche beispielsweise suchen entwicklungstypisch Risiken. Es kann sein, daß manche Risiken bewußt eingegangen werden. Es kann sein, daß im Angesicht einer HIV-Infektion eines Partners die Motivation für den Selbstschutz sinkt. Eine Reihe von Faktoren, die in den intimen Konstellationen, in den bisherigen Sozialisierungen der Betroffenen liegen, können hierfür eine Rolle spielen. Das Leben ist nicht so, daß es nahtlos vom Wissen zur Einstellung und von der Einstellung zum Verhalten geht. Die konkreten Faktoren, die zur Verhaltensbildung beitragen, sind so viele, daß es eine Überforderung wäre, wenn man von hundertprozentigem Schutzverhalten als Ziel ausgehen würde. Wichtig scheint zu sein, daß man auf der Basis einer guten Information Mut macht zur individuellen Risikoabschätzung und daß dann ein offener Umgang mit der eigenen Sexualität auch zu konkreten Verhaltensänderungen führt.

*Das heißt also, bei schwulen Männern könnte auch die Stigmatisierung als schwuler Mann oder sagen wir ein „angeknackstes“ Selbstwertgefühl eine Rolle spielen, was zu bestimmten krisenhaften Verhaltensweisen führen könnte?* Ja, ganz sicher ist es so, daß schwule Männer in der Phase des Coming-out, also einer nicht gesicherten schwulen Identität, mehr Schwierigkeiten haben mit der Kondomverwendung. Es werden diejenigen mehr Schwierigkeiten haben, die nicht offen zu ihrer Homosexualität stehen können, weil sie ein ambivalen-

tes Verhältnis zu ihrer eigenen Sexualität und damit eine geringere Sicherheit im eigenen sexuellen Verhalten haben. Ansonsten spielt auch hier natürlich der Faktor Liebe/Nähe eine Rolle, und so lassen sich Faktoren oder Gründe bestimmen, die den einen oder anderen zu riskantem Verhalten bringt. Wobei insgesamt nicht vergessen werden darf: Schwule Männer sind in den Industrienationen und in der Bundesrepublik Deutschland nach wie vor sozusagen die Vorbildgruppe, was die Fähigkeit umzulernen anbelangt.

*Gibt es da Zahlen, wieviel Prozent ungefähr ihr Verhalten geändert haben aufgrund der Aufklärungskampagne?*

Die neuesten sind von Michael Bochow für die deutsche AIDS-Hilfe bereitgestellt worden. Danach sind 1996 nur noch etwa 25 % infektionsrelevante Risikosituationen eingegangen.

---

**Wichtig scheint zu sein, daß man auf der Basis einer guten Information Mut macht zur individuellen Risikoabschätzung und daß dann ein offener Umgang mit der eigenen Sexualität auch zu konkreten Verhaltensänderungen führt.**

---

*Wieso breitet sich HIV-AIDS unter den ostdeutschen Schwulen nicht so aus, wie man es nach den Erfahrungen in der alten Bundesrepublik und auch nach Wahrscheinlichkeitstheoretischen Erwägungen erwarten könnte?*

Für die ehemalige DDR muß man sicherlich sagen, daß eine insofern günstigere Situation bestand, als die Aufklärungsmaßnahmen und die öffentliche Diskussion über AIDS zu einem Zeitpunkt stattfanden, als praktisch noch keine Infektionen da waren. Das Infektionsgeschehen und die Entwicklung der Epidemie hängt in ganz zentralem Maße vom jeweiligen Niveau der Epidemie ab. Zudem sind die Ostdeutschen in der günstigen Situation, frühzeitig von den Aufklärungskampagnen profitiert haben zu können. Und schließlich scheinen die schwulen Netzwerke und die soziale Vernetzung von Ost- und Westdeutschen noch nicht eng miteinander verbunden zu sein.

*Eine provokante These: So gesehen befindet sich ja die ostdeutsche Bevölkerung in einer ähnlichen Situation wie die Teenager, die jetzt gerade ihre ersten sexuellen Erfahrungen machen. Also: Die schwulen Männer in Ostdeutschland hatten ja noch nicht eine solche Subkultur, wie sie beispielsweise in Westberlin existiert und sich nun nach Ostberlin und in die neuen Bundesländer hin ausbreitet. Sie hatten aber schon die Informationen über die Risiken, die an bestimmten Formen des sexuellen Kontakts hängen. Das ist ja eine vergleichbare Situation wie bei Pubertierenden.* Dieser Vergleich ist mir so noch nie gekommen! Eine schöne Idee. Man müßte Studien genauer anschauen, die zum Sexualverhalten durchgeführt worden sind. Die entscheidende Frage ist natürlich dabei, wie sieht es mit der Promiskuität und wie sieht es mit der sexuellen Aktivität aus.

*Sie haben auch zum Thema HIV und Prostitution geforscht?*

Dabei ging es um die Abschätzung der Risiken, die sich für die Ausbreitung von HIV durch Prostitutionskontakte ergeben. Eine Studie, die vom Bundesministerium für Gesundheit gefördert wurde, beschäftigte sich mit Prostitutionskunden. Man hatte früher vermutet, daß Prostitution das Einfallstor für die Ausbreitung von HIV in die heterosexuelle „Normalbevölkerung“ sein könnte. Wir haben 600 Kunden von weiblichen Prostituierten in der Bundesrepublik befragt und interessanterweise gefunden, daß man für das Prostitutionssegment weitgehend Entwarnung geben kann. Prostituierte schützen sich zu einem sehr erfreulich hohen Anteil, da die Gesundheit, der Körper, ihr wichtigstes Gut ist. So konnten wir feststellen, daß deutlich über 90 % Kondome verwenden. Das gilt interessanterweise wider Erwarten auch für Drogenprostituierte, so daß wir von hier kein besonderes Risiko in der Bundesrepublik zu erwarten haben.

*Anders sieht es in einem anderen Bereich aus, den Sie ausführlich untersucht haben: „AIDS und Sextourismus“?*

Hier haben wir – ebenfalls mit Mitteln des Bundesministeriums für Gesundheit – „Sextouristen“ in Thailand, auf den Philippinen, in der Dominikanischen

Republik, in Kenia und in Brasilien befragt. Dabei war leider festzustellen, daß die Reisenden sich sehr viel weniger schützen, obwohl sie die Risiken, sich zu infizieren, relativ hoch einschätzen, teilweise sogar überschätzen. Die Kondombenutzungsraten sind auch hier zwar deutlich gestiegen, insbesondere in Thailand, wo in den letzten Jahren viel in Richtung Prävention unternommen worden ist, aber auch heute noch schützt sich nur jeder zweite, der als Sextourist unterwegs ist. Bedenkt man, daß etwa 200 000 – 300 000 deutsche Männer jährlich in solche Zielländer fahren, die dort dann etwa 20 Kontakte haben, dann stellt man fest, daß das Ausbreitungsrisiko durch den internationalen Sextourismus doch beträchtlich ist. Wir haben geschätzt, daß mindestens 5 % der Neuinfektionen mit HIV in der Bundesrepublik durch Reisende zustandekommen. So war es richtig, daß die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung im letzten Jahr Reisen zum Schwerpunktthema der Aufklärung gemacht hat. Ähnlich ist es in anderen Ländern passiert wie zum Beispiel der Schweiz.

*Bei den verschiedenen Studien, die Sie angeführt haben, ist mir aufgefallen, daß Sie sehr viele Menschen sozusagen im Feld befragen. Wie kommen Sie an die Leute ran?*

Interessanterweise haben wir lauter Studien gemacht, von denen Fachleute zunächst gemeint haben, die seien praktisch gar nicht durchführbar, weil es sich um sogenannte „hidden populations“ handelt, die schwer erreichbar sind. Wir haben im Widerspruch dazu die Erfahrung gemacht, daß es, wenn man eine Vertrauensbasis schafft, wenn man Anonymität zusichert, wenn man zusichert, daß keine persönlichen Informationen weitergegeben werden, wir eine relativ hohe Compliance erreichen konnten. In der Sextourismusstudie beispielsweise hat jeder zweite Mann spontan zu einem Interview eingewilligt. Das mag damit zusammenhängen, daß das AIDS-Thema als bedeutsames Thema wahrgenommen worden ist. Es hat aber sicherlich noch mehr damit zu tun, daß in dieser Urlaubssituation, umgeben von vielen anderen Sextouristen, so eine Art Normalität der Abweichung existiert, in der das Schuldbewußtsein, das manche

Männer hierzulande beim Thema Sex-tourismus befällt, dort nicht hat auf-kommen lassen.

*Entschuldigung, das kann ja auch sogar eine Entlastungsfunktion haben, wenn die Männer mit schlechtem Gewissen da hinreisen, daß sie in einem Interview wenigstens ihre quälenden Gewissensbisse beichten können.*

Wäre theoretisch denkbar. Wir haben nun, um möglichst wenig Verzerrungen zu haben, das AIDS-Thema nicht als Einsteiger für die Interviews verwendet, sondern gesagt, wir wollen eine Studie machen über männliche Sexualität im Urlaub, weil wir dachten, daß ein neutrales Setting gebraucht wird. Das hat gereicht, das funktionierte eigentlich dann ganz gut. Ähnlich positive Resonanz hatten wir bei der Studie über Prostitutionskunden in der Bundesrepublik Deutschland, aber auch Drogenabhängige ließen sich zu einem sehr großen Teil – ohne Geld übrigens – zu einem Interview bewegen. Hier wurde allerdings das Thema AIDS und die Chance, für die Drogenpopulation insgesamt etwas politisch bewirken zu können, als Anreiz wahrgenommen.

---

**Es zeichnet sich ab, daß eines der zentralen Themen, das uns in den nächsten Jahren beschäftigen wird, das Thema „Compliance“ ist.**

---

*Beim leidigen Thema Geld stellt sich natürlich die Frage: Wie steht es um die finanzielle Ausstattung der sozialwissenschaftlichen AIDS-Forschung?*

Wir haben auch in der Zeit, in der sozialwissenschaftlichen Fragen im Bereich der AIDS-Prävention stärker nachgegangen worden ist, es mit einer Situation zu tun gehabt, in der etwa 90 % der Forschungsmittel für biomedizinische Studien und nur max. 10 % für sozialwissenschaftliche Studien ausgegeben worden sind. Mittlerweile ist das Verhältnis noch ungünstiger geworden. Durch die ersten Erfolge der Pharmatherapien ist die Situation noch stärker focussiert auf eine medizinische Lösung des Problems. In anderen Ländern ist die Situation anders. So wurden in der Schweiz immer-

hin ein Viertel aller Aids-Forschungsgelder für sozialwissenschaftliche Aids-Forschung ausgegeben. In den Niederlanden betrug das Verhältnis zwischen biomedizinischer und sozialwissenschaftlicher Forschung sogar 2 : 1.

*Welche Begrenzungen haben die medikamentösen Behandlungsversuche?*

Durch die Drei-Kombinationstherapien ist in der Tat das Überleben für viele nun wahrscheinlicher geworden, mindestens das für einige Jahre. Allerdings muß man sehen, daß auch zum heutigen Zeitpunkt nur etwa ein Drittel der infizierten schwulen Männer von diesen Kombinationstherapien profitieren. Bisher weiß niemand, wie lange oder welche Resistenzen sich entwickeln werden. Unter den Drogenabhängigen sind es realistisch gesehen nur fünf Prozent, die die nötige Compliance aufbringen. Und für die Länder der Dritten Welt ist an so teure Therapien angesichts der ökonomischen Situation der Länder überhaupt nicht zu denken. Insofern ist nicht verständlich, warum man jetzt ganz auf eine medizinische Lösung und Hoffnung setzt und die Prävention in den letzten Jahren in dem Maße vernachlässigt, wie das geschehen ist. Es zeichnet sich ab, daß eines der zentralen Themen, das uns in den nächsten Jahren beschäftigen wird, in der Kooperation zwischen Ärzten und Sozialwissenschaftlern/Psychologen liegt: Es ist das Thema „Compliance“. Die Frage hat sich ergeben: Wie gelingt es, Menschen zu motivieren zu einer doch sehr viel Regelmäßigkeit und Regelmäßigkeit erfordernden Behandlung? Wie ist Compliance möglich, wenn möglicherweise das Wohlbefinden der Betroffenen nicht drastisch verbessert wird? Lebensverlängerung ist ja eines der Ziele, aber nicht das einzige Ziel. Es zeichnet sich immer mehr ab, daß Fragen der Lebensqualität und des Wohlbefindens wichtigere Fragen für die Compliance sind als die Hoffnung auf eine Lebensverlängerung angesichts einer HIV-Infektion.

*Da gibt es ja das Beispiel, daß durch bestimmte biomedizinische Behandlungsmethoden, also z. B. mit ACT, Lebensqualität auch drastisch verschlechtert wird und der Behandlungserfolg zu nächst vage ist.*

Das ist sicherlich richtig.

---

**Den „natürlichen“ Krankheitsverlauf haben wir auch von medizinischer Seite noch zu wenig verstanden.**

---

*Sie haben es gerade angesprochen, die Forschungsgelder werden in erster Linie für die biomedizinische Forschung bereitgestellt. Gibt es dennoch Erkenntnisse aus sozialwissenschaftlicher Sicht, welche Faktoren die Überlebenschancen bei einer HIV-Infektion erhöhen, sei es in der Länge oder daß die AIDS-Erkrankung gar nicht erst ausbricht? Es gibt das Phänomen der „Longtime-Surviver“, es existieren sogar Menschen, die HIV-positiv getestet worden waren und bei denen sich Jahre später dieser Test nicht verifizieren ließ, sie also auf einmal nicht mehr HIV-infiziert waren. Gibt es Erkenntnisse aus sozialwissenschaftlicher Sicht, welche psychosozialen Faktoren vielleicht einen derart günstigen Verlauf beeinflussen?*

Wir haben vor zwei Jahren beim von Hans Jäger organisierten Deutschen AIDS-Kongreß in München über das Phänomen der Longtime-Surviver ausführlich diskutiert. Weltweit gibt es hier fünf größere Studien, die der Frage nachgehen. Die Hoffnung war immer, daß diejenigen, die trotz einer seit langen Jahren nachgewiesenen HIV-Infektion noch keine Symptome einer AIDS-Erkrankung haben, daß diese Personen möglicherweise der Schlüssel sind für Erkenntnisse zur Bewältigung einer HIV-Infektion – dies sowohl im medizinischen als auch im psychosozialen Bereich. Unglücklicherweise haben die Studien, was die psychosozialen Faktoren anbelangt, hier nicht sehr viel Hoffnung gemacht. Es zeigt sich jedoch, daß diejenigen zumindest ein höheres Wohlbefinden und einen besseren Umgang mit einer HIV-Infektion haben, die offen zu ihrer Homosexualität stehen können, die ihre Krankheit akzeptieren, die eine höhere Bereitschaft haben, offen über ihre Infektion zu sprechen, von daher günstigere Voraussetzungen für Hilfesuchverhalten haben. Es scheint wichtiger zu sein, gerade auch in der Diskussion um Wohlbefinden und Lebensqualitätsfragen nach psychosozialen Einflußfaktoren auf Wohlbefinden zu suchen, als möglicherweise nach psychosozialen

Ursachen für längere Überlebensraten. Der „natürliche“ Krankheitsverlauf ist auch von medizinischer Seite noch zu wenig verstanden. Ganz sicher wird man sagen können, daß Faktoren wie soziale Unterstützung, „Hardiness“, soziale Netzwerke, in die man eingebunden ist, die Bereitschaft, über die eigene Erkrankung zu sprechen und offensiv mit der eigenen Situation als HIV-Infizierter und Homosexueller umzugehen, die Chancen vergrößern, bei einem guten Wohlbefinden mit der Infektion umzugehen.

*Es gibt ja Erkenntnisse über psychoimmunologische Zusammenhänge, daß etwa bestimmte Streßzustände, bestimmte ungesunde Lebensarrangements (nachts bis um drei ausgehen und morgens um acht trotzdem auf der Arbeit sein), zusätzlich noch bestimmte Stimulanzien, zu einem geschwächten Immunstatus führen können und ganz allgemein Infektionsrisiken steigern. Warum sollte das nicht auch bei HIV so sein? Gibt es da aber genauere Erkenntnisse, oder kann man da nur so ganz im allgemeinen darüber sprechen?*

Leider Gottes gibt es hier vergleichsweise weniger Erkenntnisse. Es gibt eine interessante Arbeit von Karen Weilandt, die psychoimmunologische Fragen zusammenfassend darstellt (vgl. Beitrag in diesem Heft). Vom Grundsatz her und der theoretischen Überlegung her wird man das so vermuten müssen. Allerdings lassen sich bisher nur wenige wissenschaftliche Belege finden. Nie-

mand weiß bis heute genau, warum eigentlich Drogenkonsumenten möglicherweise sogar eine längere Latenzzeit, also einen längeren Zeitraum aufweisen von der HIV-Infektion bis zum AIDS-Vollbild. Die Mechanismen im einzelnen sind wirklich noch unbekannt. Das Thema Psycho-Neuroimmunologie und die Frage des Zusammenhangs von immunologischen Parametern und psychosozialen Variablen zählt zu den spannenden und verhaltensmedizinisch interessanten und wichtigen. Allerdings muß man sagen, der Durchbruch wegweisender Erkenntnisse ist hier bisher nicht gelungen, was nicht zuletzt auch an methodischen Schwierigkeiten hängt. So haben wir es gerade im AIDS-Bereich natürlich häufig mit einer Situation zu tun, wo wir den Infektionszeitpunkt gar nicht genau bestimmen können. Wir können bestimmen, wann jemand als positiv getestet worden ist, die Infektion kann aber schon relativ lange zurückliegen. Wenn wir immunologische Fragen untersuchen wollen, dann müssen wir den Infektionszeitpunkt wissen. Sonst schwimmt die Datenlage und werden Effekte nicht mehr sichtbar. Dieses und andere Probleme führen dazu, daß man hier noch weitgehend im Nebel stochert. Von der Grundidee wird man aber sagen müssen, daß die psychoimmunologischen Zusammenhänge, wie sie in anderen Zusammenhängen in Experimenten gezeigt worden sind, natürlich auch übertragen werden können auf das immunologische Geschehen im Zusammen-

hang mit HIV-AIDS, aber harte Ergebnisse ist die Wissenschaft hier noch schuldig geblieben.

*Letzte Frage: Welche Änderungen würden Sie sich aus Ihrer Sicht wünschen für den Umgang mit dem Thema AIDS und HIV?*

Wir brauchen ganz sicher ein größeres internationales Bewußtsein für das, was auch hierzulande die Diskussionen bestimmen sollte: die Frage Solidarität, die Frage eines akzeptierenden Umgangs mit Andersartigkeit und das auf der Basis einer gut informierten, gut aufgeklärten Gesellschaft.

*Danke schön.*

#### **Zur Person:**

Prof. Dr. Dieter Kleiber ist Professor für Psychologie in der psychosozialen Versorgung an der FU Berlin. Seine Interessen-, Arbeits- und Forschungsschwerpunkte sind Sozialepidemiologie, Gemeinde- und Gesundheitspsychologie, psychosoziale Versorgungsfragen, Klinische Psychologie und Psychotherapie, sozialwissenschaftliche Aids-Forschung.

Dipl.-Psych. Göran Hajek ist Wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für Soziale Medizin und Medizinische Psychologie des Universitätsklinikums „Benjamin Franklin“ der Freien Universität Berlin.