

Imago Hominis

BAND II/Nr. 3 • 1995 • PREIS ATS 120

EDITORIAL 173

AUS AKTUELLEM ANLASS

N. AUNER

*Charta der im Gesundheitsdienst tätigen
Personen* 175

SCHWERPUNKT AIDS

C. KOPETZKI

Medizinrechtliche Aspekte von AIDS 177

F. KUMMER

*Umgang mit HIV-positiven Patienten in
Spital und Praxis* 191

M. RASSEM

AIDS-Infektion als öffentliches Problem 197

A. LAUN

*Anthropologische, ethische und theologische
Aspekte von AIDS* 201

FOCUS

K. APRIL, R. KÖSTNER, W. SCHREINER,

G. FANTACCI

*Wie effektiv schützen Kondome vor einer
HIV-Übertragung* 219

NACHRICHTEN 235

*Abtreibung und Feminismus • UN-Frauenkonferenz:
Papst fordert Einsatz für das Leben • Pille und Brustkrebs-
risiko • Förderung der Selbständigkeit bei älteren Patien-
ten • China: Nahrungsmittelindustrie verwertet abgetrie-
bene Föten! • Neues Transplantationsgesetz für Deutsch-
land steht bevor • III. Weltkongress der „Pro Life“-Be-
wegungen • Neues Eugenikgesetz • Natürliche Familien-
planung • Positive Kritik für Wiener Ordenspitäler*

ZEITSCHRIFTENSPIEGEL 239

BUCHBESPRECHUNGEN 241

IMPRESSUM 246



DVR: 002987(017)

IMABE

QUARTALSSCHRIFT DES INSTITUTS
FÜR MEDIZINISCHE ANTHROPOLOGIE UND BIOETHIK • WIEN ISSN
1021-9803

Das Titelbild zeigt die „Skizze zum Gesicht des Adam“ aus der sixtinischen Kapelle von Michelangelo (seitenverkehrt).

Imago Hominis

Herausgeber

Johannes BONELLI
Enrique H. PRAT DE LA RIBA

Schriftleitung

Notburga AUNER

Wissenschaftlicher Beirat

Klaus ABBREDERIS (Innere Medizin, Dornbirn)
Robert DUDCZAK (Innere Medizin, Wien)
Titus GAUDERNAK (Unfallchirurgie, Wien)
Martin GLÖCKLER (Chirurgie, Wien)
Gerhart HITZENBERGER (Klin. Pharma., Wien)
Oswald JAHN (Arbeitsmedizin, Wien)
Reinhold KNOLL (Soziologie, Wien)
Friedrich KUMMER (Innere Medizin, Wien)
Wolfgang MARKTL (Physiologie, Wien)
Theo MAYER-MALY (Bürgerl. Recht, Salzburg)
Günther PÖLTNER (Philosophie, Wien)
Hugo RAINER (Onkologie, Wien)
Mohammed RASSEM (Soziologie, Salzburg)
Gottfried ROTH (Neurologie, Wien)
Kurt SCHMOLLER (Strafrecht, Salzburg)
Dieter SCHWEIZER (Genetik, Wien)
Franz SEITELBERGER (Neuropathologie, Wien)

Das *IMABE* – Institut für medizinische Anthropologie und Bioethik hat die Aufgabe, die Medizin in Forschung und Praxis unter dem besonderen Aspekt der Würde des Menschen auf der Grundlage des christlichen Weltbildes zu betreiben bzw. zu fördern. Das *IMABE* – Institut veranstaltet Symposien, Seminare und Vorträge über Themen, die sich mit bioethischen und medizinisch-anthropologischen Fragen beschäftigen und fördert den Dialog mit Experten aus den Bereichen Medizin, Philosophie, Psychologie, Rechtswissenschaft, Demographie, Soziologie und Theologie, um so aktuelle medizinische Probleme interdisziplinär zu durchleuchten.

IMABE

QUARTALSSCHRIFT DES INSTITUTS
FÜR MEDIZINISCHE ANTHROPOLOGIE UND BIOETHIK • WIEN ISSN 1021-9803

KAUM eine andere Krankheit hat die Ärzteschaft so überrascht wie AIDS. Die Krankengeschichte ist relativ jung, etwa 15 Jahre nur, die epidemiologische Ausbreitung ist nicht in den Griff zu bekommen und rascher, als erwartet schlägt die Krankheit selbst unbarmherzig brutal zu, Heilmittel oder präventive Impfungen sind nicht in Aussicht, obwohl man, und das birgt immerhin einen Hoffnungsschimmer in sich, den wissenschaftlichen Fortschritt nicht mathematisch vorausberechnen kann.

Was ist zu tun? Die Verantwortlichen des Gesundheitswesens bleiben natürlich nicht untätig. Breite Aufklärungskampagnen werden gestartet, um möglichst alle Menschen zu warnen und in eine Vorsichtshaltung zu versetzen. Bald schon wird jedem Volksschüler geläufig sein, was AIDS ist und wie man sich vielleicht davor schützen kann. Es muß jedoch in Rechnung gezogen werden, daß die Infektion mit HI-Viren unumstößlich mit einem bestimmten Lebensstil verknüpft ist.

Es trifft einen nicht wie aus heiterem Himmel, etwa wie eine Meningitis oder ein Nierentumor. Vielmehr war es so, daß in der überwiegenden Mehrheit ein bestimmtes sexuelles Verhalten zu dieser Erkrankung geführt hat, dessen Risiko wohl jedermann bekannt sein mußte. Das heißt, diese Infektion ist allemal eine Folge des eigenen bewußt gewählten Tuns. Dieser Zusammenhang ist an sich nicht bestreitbar.

Nun, es ist auffallend, daß sich die Aufklärungskampagnen in erster Linie auf die Schutzwirkung der Präservative konzentrieren, während dem Sexualverhalten kaum Beachtung ge-

schenkt wird. Man scheint davon überzeugt zu sein, daß einzig die Kondome die Lösung der Probleme wären.

In dieser Frage liegt es offen auf der Hand, daß auch moralisch – ethische Gesichtspunkte in dieses Problem mithineinspielen. Wer sich auch in seinem Sexualverhalten an den Forderungen des natürlichen Sittengesetzes orientiert, wird kaum einem Infektionsrisiko ausgesetzt sein. Natürlich kann man niemandem vorschreiben, was er zu tun oder zu unterlassen hat. Man sollte aber bestehende Kausalitätszusammenhänge nicht negieren oder unter den Tisch fallen lassen. Der Focus dieser Nummer bringt eine Übersichtsarbeit von K.APRIL, R.KÖSTNER, W.SCHREINER und G.FANTACCI, die den tatsächlichen Präventionswert von Kondomen analysiert. Wie sich der österreichische Gesetzgeber zu HIV-Infizierten stellt, erläutert C.KOPETZKI in seinem Artikel über das AIDS-Gesetz. F.KUMMER gibt eine Stellungnahme zum Infektionsrisiko im Krankenhaus ab, Bischof LAUN beleuchtet das Thema aus theologischer, und M.RASSEM aus soziologischer Sicht. Es ist eine schwierige Problematik, die Gesellschaft muß sich stellen, die Konfrontation darf nicht gescheut werden.

Trotz allem sollte deutlich ausgesprochen werden, was mit gesundem Menschenverstand klar erkannt werden kann. Die sichere Verhinderung einer HIV-Infektion, sieht man von einigen wenigen Fällen im Krankenhausbereich ab, ist an eine sorgfältige Partnerwahl bei Partnersuchenden, an die Treue in der Ehe und an die Abstinenz bei HIV-diskordanten Paaren geknüpft.

Charta der im Gesundheitsdienst tätigen Personen vom Päpstlichen Rat für die Seelsorge im Krankendienst

Notburga AUNER

VOR einigen Monaten wurde in Rom die Charta für die im Krankenpflegedienst Tätigen herausgegeben. Das kleine Büchlein enthält, so möchte man vielleicht meinen, nichts Neues. Es handelt sich um eine systematische Zusammenstellung päpstlicher Aussagen zu verschiedenen Fragen der Krankenpflege. Der klare und präzise Aufbau und die übersichtliche Gliederung lassen vermuten, daß viel Arbeit nötig war, um dieses Schriftstück zu verfassen. Beim Durchlesen fällt schnell der rote Faden auf, der sich durch die drei Kapitel zieht: das menschliche Leben ist unermesslich wertvoll, es ist ein großes Geschenk. All jene, die den Menschen in seiner Schwachheit und Gebrechlichkeit beistehen, sind aufgefordert, ihre Berufung zum Dienen neu zu entdecken und zu vertiefen.

Dieser Dienst verlangt zunächst einmal die Grundeinstellung, die Würde und Unantastbarkeit des menschlichen Lebens anzuerkennen. Aber diese prinzipielle Haltung reicht nicht aus. Der rasche Fortschritt der Wissenschaft hat neue Möglichkeiten erschlossen. Und Machbarkeit ist nicht auch schon Erlaubtheit. Die ethische Dimension darf nie beiseite geschoben werden, wenn es sich um menschliches Leben handelt. Daher muß man sich immer wieder fragen, ob neue Techniken und Therapiemöglichkeiten jener Achtung vor der Würde der menschlichen Person gerecht werden. Eine beständige und ernsthafte Fortbildung in fachwissenschaftlichen Fragen, aber auch in ethischen Belangen muß von allen, die in der Krankenpflege tätig sind, gefordert werden.

Das Grundanliegen besteht darin, die Größe des menschlichen Lebens, gemäß der christlichen Anthropologie unverrückbar ins Bewußtsein zu bringen. Alle ethischen Fragestellungen orientieren sich primär am Menschenbild. Dieses Bild spiegelt das Abbild des lebendigen Gottes wider und hat deshalb sakralen Charakter. Nicht nur die geistige Dimension des Menschen, sondern auch seine Körperlichkeit ver-rät Sakralität. Die menschliche Person konstituiert sich in einer leib-seelischen Einheit. Daher äußert sich die Dynamik allen Lebens stets in diesen beiden untrennbaren Prinzipien gemeinsam. Der Mensch in seiner unwiederholbaren Einzigartigkeit ist nicht bloß in der Seele begründet, sondern auch im Leib, sodaß in der Leiblichkeit selbst die Person zum Ausdruck kommt. Andererseits betreffen Leiden und Krankheit nicht ausschließlich den physischen Aspekt des Menschen, sondern immer die gesamte Person. Schmerz kann auch in der Seele ursprünglich seinen Ausgang nehmen, zumindest aber findet er in ihr einen Widerhall. Die Person kann sich ja in keinem Augenblick ihrer Körperlichkeit entledigen. Daher muß jede Fürsorge, die einem Kranken gilt, die Gesamtheit seines Menschseins umfassen. Ist die Krankheit sehr schwer, sollten die Betreuer auch die Familie des Kranken mit einbeziehen. All diesen zutiefst menschlichen Zuwendungen sollte aber auch das Wissen um die Transzendenz des menschlichen Lebens zugrunde liegen.

In diesem Lichte werden Reflexionen über Präventivmaßnahmen, Krankheit an sich, Dia-

agnostik, Therapie und Rehabilitation, Analgesie – aber auch über die Durchführung und Teilnahme an wissenschaftlichen Studien oder die Organspende und -transplantation angestellt.

Mit besonderer Aufmerksamkeit werden die ob ihrer äußersten Schwachheit am stärksten bedrohten Momente des menschlichen Lebens behandelt: einerseits rund um die Fortpflanzung das beginnende und noch ungeborene Leben, andererseits das zu Ende gehende Leben und Sterben. Beiden wird ebenfalls äußerste Würde zugesprochen sowie absoluter Schutz für sie verlangt. Das ist logische Konsequenz, weil – es sei wiederholt – das Leben des Menschen ein Ge-

schenk Gottes ist. Die Herrschaft darüber kann daher nur ihm zustehen. Wer das menschliche Leben immer mit jener Ehrfurcht betrachtet und danach handelt, wird wie von selbst seine berufliche Arbeit in jenen Dienst verwandeln, der zur authentischen Nächstenliebe reift.

Dieses Buch kann für den in der Krankenpflege Tätigen eine wirksame Hilfe darstellen. Die kurzen, systematisch geordneten Stellungnahmen dienen in erster Linie der Reflexion. Dabei kann und soll immer wieder das eigene Handeln im Umgang mit den Kranken erneuert und, wenn nötig, korrigiert werden, um der Berufung, die jener Arbeit innewohnt, gerecht zu werden.

SCHWERPUNKT AIDS

Medizinrechtliche Aspekte von AIDS

Christian KOPETZKI

ZUSAMMENFASSUNG

Der österreichische Gesetzgeber hat die AIDS-Bekämpfung nicht dem Regime des geltenden Epidemierechts unterworfen. Er beschränkt sich im wesentlichen auf „zwanglose“ Vorbeugungs- und Informationsmaßnahmen. Die Schwerpunkte liegen in der Aufklärung, Information und Forschung. Explizite Verhaltensanordnungen für HIV-Positive beschränken sich auf den Sonderfall gewerblicher körperlicher Sexualkontakte. Meldepflicht für Ärzte besteht nur bei manifesten AIDS-Erkrankungen- und Todesfällen. Weiters wird ausdrücklich die Aufklärungs- und Beratungspflicht gegenüber HIV-Infizierten, Prostituierten sowie im Rahmen der Drogenberatung normiert. Die Durchführung eines HIV-Tests bedarf einer gesonderten Zustimmung der betreffenden Person, sofern die Durchführung nicht vom Behandlungsvertrag gedeckt ist.

Schlüsselwörter: AIDS-Gesetz, Aufklärung, Meldepflicht, HIV-Tests

ABSTRACT

The Austrian legislator has not subjected the fight against AIDS to the jurisdiction of the epidemic law currently in force. He restricts himself essentially to „informal“ preventative and informative measures. The focus is on explanation, information and research. Explicit regulation of behaviour of HIV positive people ist limited to the special case of commercial sexual contact. Only in the case of manifest AIDS or death are doctors compelled to notify. The policy on information and compulsory counselling for HIV positive people, prostitutes and in the case of drug-counselling, is being standardized. The carrying out of an HIV test requires explicit agreement from the affected person, insofar the execution ist not covered by the treatment contract.

keywords: AIDS law, information policy, compulsory notification, HIV-tests

1. EINLEITUNG

Es gibt kaum ein Rechtsgebiet, in dem eine HIV-Infektion oder eine AIDS-Erkrankung nicht in der einen oder anderen Weise rechtserheblich werden könnte. Eine nähere Analyse der dabei auftretenden Rechtsfragen würde den Rahmen dieses Überblicksartikels sprengen. Die folgende Untersuchung beschränkt sich daher auf ausgewählte Fragestellungen aus dem Gebiet des *Medizinrechts*¹: Im Zentrum steht die Frage, in welcher Weise der österreichische Gesetz- bzw. Verordnungsgeber bisher auf AIDS reagiert hat. Welche *speziellen* gesetzlichen Maßnahmen wurden zur AIDS-Bekämpfung gesetzt? In diesem Zusammenhang ist in erster Linie das AIDS-Gesetz vom 16. Mai 1986 (BGBl 1986/293 idF BGBl 1989/243 und BGBl 1993/345, wiederverlautbart mit BGBl 1993/728) zu skizzieren. Darüber hinaus sollen ausgewählte Einzelprobleme erörtert werden, für deren Lösung zwar das AIDS-Gesetz keine spezifischen Sonderbestimmungen enthält, die aber im Zusammenhang mit AIDS regelmäßig auftreten, wie etwa die ärztliche Behandlungs- und Hilfeleistungspflicht, die Schweigepflicht oder die Zustimmung zum AIDS-Test.

Ein Charakteristikum der österreichischen Rechtsordnung liegt zunächst darin, daß sie bei der AIDS-Bekämpfung nicht auf die traditionellen gesundheitspolizeilichen Instrumente der Seuchenbekämpfung zurückgreift, wie sie insbesondere für das Epidemierecht typisch sind. Ein Motiv für diese grundlegende Weichenstellung liegt in den epidemiologischen Besonderheiten von AIDS² (extrem lange *Inkubationszeit*; große Zahl symptomfreier Virusträger; keine *Virusübertragung* durch "übliche" soziale Kontakte; keine Möglichkeit der *Impfung, der Heilung oder einer* effektiven, den Krankheitsausbruch verhindernden vorbeugenden Behandlung des Virusträgers). Spezifisch therapeutisch orientierte Strategien wie z.B. eine *Behandlungs- oder Impfpflicht* scheiden daher – mangels wirksamer und die Übertragungsge-

fahr beseitigender Therapeutika – zur Bekämpfung der AIDS-Verbreitung aus. Doch auch andere Instrumente des Seuchenrechts wie beispielsweise Beschränkungen der *Bewegungsfreiheit*, der *Erwerbsfreiheit* oder des *Eigentums* HIV-Infizierter wären gegenüber AIDS wenig zielführend, da sich diese Maßnahmen gar nicht gegen die typischen Übertragungsgefahren richten würden. Die *totale Isolierung* der Infizierten (Absonderung, Quarantäne) würde zwar eine Weitergabe des Virus hintanhaltend; sie liefe wegen der lebenslangen Kontagiosität ohne realistische Heilungschance aber auf einen lebenslangen Freiheitsentzug hinaus, der angesichts der geringen Wahrscheinlichkeit einer Ansteckung durch soziale Kontakte mit rechtsstaatlichen Grundprinzipien (Verhältnismäßigkeitsgrundsatz) in Konflikt käme. Rechtspolitisch und verfassungsrechtlich problematisch wäre schließlich auch eine uneingeschränkte Meldepflicht HIV-Infizierter oder eine allgemeine Untersuchungspflicht (z.B. AIDS-Screening der Gesamtbevölkerung)³. Eine derartige *Untersuchungspflicht* wäre – soll sie nicht Selbstzweck bleiben – nur unter der Voraussetzung vertretbar, daß die dadurch gewonnenen Informationen als Ausgangspunkt für effiziente Maßnahmen der AIDS-Bekämpfung dienen könnten. Gerade dies scheint aber zumindest fraglich, da solche Maßnahmen vielfach gar nicht zur Verfügung stehen (z.B. Heilbehandlung) oder nur unter Inkaufnahme unverhältnismäßiger Grundrechtsbeschränkungen realisierbar wären (z.B. unbegrenzte Absonderung); Zwangsuntersuchungen der Bevölkerung gelten demnach auch aus gesundheitspolitischer Sicht als problematisch⁴, ganz abgesehen von den Schwierigkeiten ihrer Durchsetzung. Eine isolierte *Meldepflicht* HIV-Infizierter *ohne* allgemeine Untersuchungspflicht brächte überdies die Gefahr, daß durch die "Drohung" der Meldung freiwillige HIV-Tests überhaupt unterlassen und Risikogruppen in den Untergrund abgedrängt würden⁵.

So gesehen scheint es also durchaus sachlich gerechtfertigt, daß der *österreichische Gesetzgeber* die AIDS-Bekämpfung nicht dem Regime des geltenden Epidemierechts unterworfen⁶ und sich im wesentlichen auf "zwanglose" *Vorbeugungs- und Informationsmaßnahmen* beschränkt hat⁷: Das – im Parlament einstimmig beschlossene⁸ – AIDS-Gesetz kommt weitgehend ohne behördliche Zwangsmaßnahmen, Untersuchungspflichten sowie namentliche Meldepflichten aus. Eine ausdrückliche gesetzliche Untersuchungspflicht wurde lediglich für Prostituierte geschaffen. Auch von einer allgemeinen Meldepflicht bezüglich HIV-positiver Personen wurde Abstand genommen. Die Erlassung spezieller Ge- oder Verbote für Virus-träger (z.B. Verbot von Sexualkontakten etc) erübrigte sich auch schon deshalb, weil derartigen Verhaltensanordnungen bereits aufgrund anderer Rechtsnormen – insbesondere strafrechtlicher Natur – in ausreichendem Maß existieren (vgl. z.B. die Gemeingefährungsdelikte der §§ 178, 179 StGB); lediglich im Zusammenhang mit der Prostitution sowie mit der Herstellung von Arzneimitteln und Blutplasma-präparaten erwiesen sich besondere gesetzliche Schritte als notwendig. Im großen und ganzen liegt der Schwerpunkt der AIDS-Gesetzgebung demnach auf den Aspekten der *Aufklärung, Information und Forschung*. ("Modell des freiwilligen Selbstschutzes").

Im Ergebnis wird der österreichische Weg der AIDS-Bekämpfung von der Annahme getragen, daß die verhaltenssteuernde Wirkung von Rechtsnormen mitunter viel geringer ist als die Wirkung gezielter Aufklärungs- und Öffentlichkeitsarbeit. Der Erfolg des AIDS-Gesetzes wird freilich davon abhängen, inwieweit es seine bewußtseinsbildende Funktion tatsächlich zu erfüllen und die angesprochenen Personenkreise zu verantwortungsvollem Handeln zu motivieren vermag. Ob die Rechtsordnung überhaupt einen entscheidenden Beitrag zum Schutz der Menschen vor HIV-Infektionen leisten kann, wird heute unterschiedlich beurteilt. Vor allem mit

Blick auf die *strafrechtliche* Verfolgung von infektionsgeneigten Verhaltensweisen wurde kritisch vermerkt, daß das Strafrecht seine positive soziale Wirkung nahezu ausschließlich über die *Abschreckung* gewinne und es eine wenig realistische Erwartung sei, daß man jene, bei denen es sich lohnen würde, durch Strafdrohungen von infizierungsträchtigem Verhalten abschrecken könne¹⁰.

2. GESETZLICHE MAßNAHMEN GEGEN DIE WEITERVERARBEITUNG VON AIDS

2.1. Allgemeines

Österreich verfügt zwar im Gegensatz zu anderen europäischen Staaten über ein eigenes AIDS-Gesetz¹¹; dessen Regelungsgegenstand ist aber so eingeschränkt, daß sich die wenigsten Rechtsfragen aus dem AIDS-G allein beantworten lassen. Vielmehr muß das AIDS-G im Kontext des gesamten Gesundheits- und Medizinrechts gesehen werden, das durch dieses Gesetz nicht verdrängt, sondern nur ergänzt und modifiziert wird. Die meisten Rechtsprobleme, die sich bei der HIV-Infektion bzw. ihrer Bekämpfung stellen, treten auch bei anderen (Infektions-)Krankheiten auf und lassen sich weitgehend unter Anwendung traditioneller Rechtsinstitute lösen¹². Sowohl der ärztliche Behandlungsvertrag, das ärztliche Berufsrecht sowie die Grundsätze der zivil- und strafrechtlichen Haftung enthalten Maßstäbe für das Verhalten von AIDS-Patienten und Ärzten. Im folgenden soll zunächst skizziert werden, welche *speziellen* Rechtsvorschriften zur Bekämpfung von AIDS existieren.

2.2. Das AIDS-Gesetz

Das hauptsächliche Ziel des österreichischen AIDS-Gesetzes ist die Förderung einer *verantwortungsbewußten Eigenvorsorge*¹³ zur Verhinderung einer Weiterverbreitung von AIDS. Die vom Gesetzgeber hierfür vorgesehenen

Maßnahmen haben ihren Schwerpunkt im Bereich von *Beratung, Aufklärung* und *Information*¹⁴. Darüber hinausgehende *Verhaltensanordnungen* für die Bevölkerung im allgemeinen bzw. für HIV-Positive im besonderen beschränken sich auf den Sonderfall gewerblicher körperlicher Sexualkontakte. Dazu kommen noch (sachlich und personell eingeschränkte) *Meldepflichten* für Ärzte sowie Vorschriften über die *Qualitätssicherung* von HIV-Tests. Vorbeugende Zwangsmaßnahmen gegenüber HIV-Infizierten oder AIDS-Kranken sieht das AIDS-G nicht vor. Die Zurückhaltung des Gesetzgebers geht so weit, daß selbst Verstöße gegen ausdrückliche Anordnungen des AIDS-G lediglich in drei Fällen (verwaltungsbehördlich) strafbar sind (Prostitution bei positivem HIV-Nachweis bzw. nicht eindeutig negativem Untersuchungsergebnis; Prostitution ohne regelmäßige HIV-Untersuchung; Verletzungen der Meldepflicht durch Ärzte). Die Nichtbefolgung anderer Bestimmungen des AIDS-G sind – jedenfalls nach dem AIDS-G – nicht sanktioniert, sie können aber Rechtsfolgen nach anderen Gesetzen auslösen¹⁵.

Im einzelnen sind folgende Schwerpunkte hervorzuheben:

2.2.1. Anwendungsbereich

§ 1 AIDS-G enthält eine Definition von AIDS, die für die Abgrenzung des Anwendungsbereiches des AIDS-G maßgeblich ist. Demnach liegt ein erworbenes Immundefektsyndrom (AIDS) vor, wenn nach dem jeweiligen Stand der Wissenschaft (1.) ein entsprechender Nachweis für eine Infektion mit einem HIV-Virus und zusätzlich (2.) zumindest eine der in § 2 der VO BGBl 1994/35 genannten Indikatorerkrankungen vorliegen. Im Zusammenhang mit diesen Begriffsbestimmungen ist zu beachten, daß die meisten der im AIDS-G vorgesehenen Rechtsfolgen bereits an der nachgewiesenen *Infektion* anknüpfen (Prostitutionsverbot, Aufklärungs- und Beratungspflicht); lediglich die ärztliche Melde-

pflicht tritt erst beim *manifesten AIDS-Vollbild* ein.

2.2.2. Meldepflicht

Meldepflichtig ist jede *manifeste AIDS-Erkrankung* sowie jeder *Todesfall*, wenn anlässlich der Totenbeschau oder Obduktion festgestellt wurde, daß im Todeszeitpunkt eine manifeste Erkrankung an AIDS bestanden hat (§ 2 Abs 1 Z 1 und 2 AIDS-G). Die Meldepflicht bezieht sich nur auf das (klinische) AIDS-Vollbild, nicht auf die bloße HIV-Infektion und auch nicht auf bloße Verdachtsfälle¹⁶.

Zur Erstattung der Meldung verpflichtet sind der *ärztliche Leiter* einer Krankenanstalt, der *Totenbeschauer* oder der *Prosektor* sowie – seit der AIDS-G-Novelle 1993 – auch jeder *freiberuflich tätige Arzt* (§ 2 Abs 2 AIDS-G). Die Meldung ist innerhalb einer Woche nach Feststehen der Diagnose schriftlich an das BM für Gesundheit und Konsumentenschutz zu erstatten. Die Meldung hat die Initialen (Anfangsbuchstaben des Vor- und Familiennamens), das Geburtsdatum und das Geschlecht des Kranken bzw. Verstorbenen sowie (bei Kranken) die relevanten anamnestischen und klinischen Angaben zu enthalten (§ 3 AIDS-G). Einer weitergehenden Meldung (etwa unter Nennung von Namen und/oder Anschrift) steht die ärztliche Schweigepflicht entgegen. Verletzungen der Meldepflicht sind verwaltungsbehördlich strafbar (§ 9 Abs 3 AIDS-G).

2.2.3. Berufsverbot und Untersuchungspflicht für Prostituierte

Wegen der besonderen Infektionsgefahr wurde die "gewerbsmäßige Duldung sexueller Handlungen am eigenen Körper" bzw. die "Vornahme solcher Handlungen an anderen" – gemeint sind sämtliche (gewerbsmäßige) sexuelle Handlungen mit Körperkontakt¹⁷ – durch § 4 Abs 1 AIDS-G einer zusätzlichen – über die bisher geltende Rechtslage hinausgehenden – Kon-

trolle unterworfen¹⁸: Gem § 4 Abs 2 AIDS-G haben sich Personen (beiderlei Geschlechts) neben der in der Geschlechtskrankheitenverordnung wöchentlich vorgeschriebenen Untersuchung auf das Freisein von Geschlechtskrankheiten¹⁹ vor Aufnahme einer derartigen Tätigkeit sowie in regelmäßigen, mindestens dreimonatigen Abständen auch einer amtsärztlichen Untersuchung auf das Vorliegen einer HIV-Infektion zu unterziehen. Wird eine HIV-Infektion nachgewiesen, die Vornahme der Untersuchung verweigert, oder ist das Untersuchungsergebnis nicht eindeutig negativ, dann hat dies den Entzug (bzw. die Nichtausstellung) des Ausweises ("Deckel")²⁰ zur Folge (§ 4 Abs 3 AIDS-G).

Personen, bei denen eine HIV-Infektion nachgewiesen wurde oder bei denen das Ergebnis der Untersuchung nicht eindeutig negativ ist, ist es verboten, "gewerbsmäßig sexuelle Handlungen am eigenen Körper zu dulden oder solche Handlungen an anderen vorzunehmen" (§ 4 Abs 1 AIDS-G). Wer derartige Handlungen duldet bzw. vornimmt, obwohl ein positiver Infektionsnachweis oder kein eindeutig negativer Befund vorliegt, oder wer sich der vorgeschriebenen Untersuchung nicht unterzieht, macht sich verwaltungsbehördlich strafbar (§ 9 Abs 1 AIDS-G; Geldstrafe bis 100.000 öS), sofern die Tat nicht ohnehin den Tatbestand einer gerichtlich strafbaren Handlung bildet (z.B. § 178, 179 StGB). Bei wiederholten Bestrafungen kann eine primäre Freiheitsstrafe bis zu sechs Wochen verhängt werden (§ 9 Abs 2 AIDS-G idF der Novelle BGBl 1989/243).

2.2.4. Aufklärungs- und Beratungspflichten

Ausdrückliche Aufklärungs- und Beratungspflichten normiert das AIDS-G gegenüber *HIV-Infizierten*, *Prostituierten* sowie im Rahmen der *Drogenberatung*.

Neben der Aufklärungs- und Beratungspflicht des untersuchenden Arztes gegenüber einem Patienten im Falle eines positiven HIV-Befundes (§ 5 Abs 1 und 2 AIDS-G; vgl. unten

3.2.) sieht das AIDS-G noch weitere – von einem konkreten Untersuchungsergebnis unabhängige – Informations- und Belehrungspflichten gegenüber bestimmten Risikogruppen vor:

- a) Gem § 4 Abs 3 AIDS-G ist jeder *Amtsarzt* anlässlich der obligaten wiederkehrenden HIV-Untersuchung verpflichtet, Personen, die gewerbsmäßig sexuelle Handlungen am eigenen Körper dulden oder solche Handlungen an anderen vornehmen, über die Infektionsmöglichkeiten mit HIV, die Verhaltensregeln zur Vermeidung einer solchen Infektion und das Prostitutionsverbot bei positivem bzw. nicht eindeutig negativem HIV-Befund zu belehren.
- b) Gem § 5 Abs 3 AIDS-G haben die nach § 22 Suchtgiftgesetz anerkannten *Drogenberatungsstellen* jene Personen, die ihre Tätigkeit in Anspruch nehmen, über bestehende Beratungs- und Betreuungseinrichtungen im Hinblick auf AIDS (z.B. im Rahmen der österreichischen AIDS-Hilfe) zu informieren²¹.
- c) Zusätzliche Aufklärungspflichten enthält die VO BGBl 1994/772 im Zusammenhang des HIV-Tests (Aufklärung über Zweck und Folgen des HIV-Tests vor Einholung der Zustimmung gem § 5; Information über Infektionsmöglichkeiten bei Risikogruppen auch bei negativem Testergebnis gem § 8 Abs 4).

2.2.5. Sicherstellung der Diagnosesicherheit und Qualitätssicherung beim serologischen AIDS-Test

Gem § 6 Abs 1 AIDS-G dürfen Untersuchungen zum Nachweis einer HIV-Infektion nur nach den dem jeweiligen Stand der Wissenschaft entsprechenden Methoden und nur unter Einhaltung der hierfür maßgeblichen Kriterien zur Qualitätssicherung durchgeführt werden. In der HIV-Diagnostik dürfen nur solche Diagnostika verwendet werden, deren Qualität vom Bundesstaatlichen Serumprüfungsinstitut festgestellt wurde (§ 6 Abs 2 AIDS-G). Nähere Bestimmun-

gen über Qualitätskontrolle und -sicherung sowie die bei der Vornahme von HIV-Tests einzuhaltende Vorgangsweise enthält die VO BGBl 1994/772.

2.2.6. Vergabe von Forschungsaufträgen, Informationskonzept, Öffentlichkeitsarbeit, Förderung von AIDS-Beratungsstellen

Gem § 7 AIDS-G ist der Bundesminister für Gesundheit und Konsumentenschutz verpflichtet, insbesondere durch Vergabe von Forschungsaufträgen für die Durchführung von Studien über den Stand und die weitere Entwicklung der epidemiologischen Situation betreffend AIDS zu sorgen. Darüber hinaus hat er für die Ausarbeitung und Durchführung eines umfassenden Informationskonzeptes mit dem Ziel einer Aufklärung über mit AIDS zusammenhängende Fragen, insbesondere über die Arten der Übertragungsmöglichkeiten sowie über die Verhaltensregeln zur Vermeidung einer solchen Übertragung zu sorgen (§ 8 Abs 1 AIDS-G). Die Tätigkeit von Einrichtungen und Vereinigungen zur Beratung und Betreuung von Personen im Hinblick auf AIDS kann vom Bund durch Gewährung von Zuschüssen nach Maßgabe des jeweiligen Bundesfinanzgesetzes gefördert werden (§ 8 Abs 2)²².

2.3. Andere legislative Maßnahmen

Neben dem AIDS-Gesetz finden sich in der geltenden Rechtsordnung soweit ersichtlich nur noch zwei Bestimmungen, die speziell der Bekämpfung von AIDS dienen:

a) Durch eine Novelle zur Plasmaphereseverordnung, BGBl 1978/231 im Jahr 1985 (BGBl 1985/459) wurde angeordnet, daß bei *Plasmaspendern* sowohl bei der erstmaligen Untersuchung als auch vor jeder Spende eine dem jeweiligen Stand der Wissenschaft entsprechende Untersuchung auf einen bereits erfolgten LAV/HTLV III-Kontakt vorzunehmen ist (§ 23 Abs 3 Z 13; § 25 Z 7); bei po-

sitivem Nachweis sind die betreffenden Personen dauernd von der Plasmaspende auszuschließen (§ 26 Z 3). Dadurch soll sichergestellt werden, daß die Empfänger von *Blutkonserven* oder anderen Blutderivaten vor einer Infektion durch das Blut eines infizierten Spenders geschützt werden. Auch Personen, die Träger von Erregern einer auf Menschen übertragbaren Krankheit sind (demnach auch HIV-Positive), dürfen bei der Vornahme der Plasmapherese nicht tätig sein (§ 5 Abs 2 Plasmapheresegesetz, BGBl 1975/427 idF BGBl 1993/257).

- b) Gem § 1 der zum Arzneimittelgesetz ergangenen Verordnung BGBl 1989/488, betreffend Arzneimittel aus menschlichem Blut, dürfen *Arzneimittel*, die menschliches Blut enthalten oder aus menschlichem Blut hergestellt werden, nur in Verkehr gebracht oder weiterverarbeitet werden, wenn unter anderem die Identität der Einzelspender belegbar ist und bei jedem Einzelspender eine HIV-Infektion ausgeschlossen wurde.
- c) Ebenfalls im Zusammenhang mit der AIDS-Bekämpfung ist die ersatzlose *Aufhebung* der Strafbestimmung gegen die *männliche homosexuelle Prostitution* (§ 210 StGB) zu sehen (Art I BGBl 1989/243). Diese allgemeine Strafbarkeit männlicher homosexueller Prostitution galt als Hindernis für die Durchführung regelmäßiger Untersuchungen und sonstiger Vorbeugungsmaßnahmen sowie für die behördliche Registrierung aller Prostituierten, da die Bereitschaft männlicher Prostituierten, sich den im AIDS-G und in der Geschlechtskrankheiten VO vorgesehenen Untersuchungen zu unterziehen, einer Selbstanzeige wegen § 210 StGB gleichkam²³.
- d) Im Gegensatz zur Rechtslage in der BRD, wo die Anwendbarkeit weiter Bereiche des Bundesseuchengesetzes auf die Bekämpfung von AIDS zumindest grundsätzlich bejaht wird²⁴, ist AIDS vom Anwendungsbereich des österreichischen *EpidemieG* nicht umfaßt. Durchaus in Erwägung zu ziehen ist hinge-

gen eine Anwendbarkeit des *Bazillenaus-scheidergesetzes*²⁵ sowie – wengleich ohne große praktische Bedeutung – des *Ammen-gesetzes*²⁶.

2.4. Sonstige Rechtsvorschriften zum Schutz vor HIV-Infektionen

Neben den genannten Bestimmungen bestehen noch andere, wengleich sehr allgemeine Verhaltensanordnungen für Ärzte und Sanitätspersonen, aus denen sich Regeln zur Vermeidung einer HIV-Übertragung ableiten lassen. Zu erwähnen ist insb, daß grundsätzlich alle im Sanitätsbereich tätigen Personen (Ärzte, Pflegepersonal) verpflichtet sind, die nach dem jeweiligen Erkenntnisstand der Medizin gebotenen *Hygienemaßnahmen* gegen eine HIV-Übertragung zu treffen (Desinfektionsmaßnahmen, Untersuchung von Blut-, Samen- und Organspezifischen *Sorgfaltsmaßstäbe* ergibt sich bereits aus den einzelnen berufsrechtlichen Vorschriften²⁷. Darüber hinaus trifft die Verpflichtung zur Vermeidung von Infektionen nicht nur das Sanitätspersonal, sondern – als Inhalt des Behandlungsvertrages – auch den Anstaltsträger²⁸. Ein gegenüber *jedermann* wirksamer Schutz von Leben und Gesundheit (der somit auch gegen eine HIV-Übertragung gerichtet ist) folgt überdies aus dem *zivil- und strafrechtlichen* Rechtsgüterschutz (§§ 16, 1325 ABGB; §§ 75 ff, 178 f StGB).

3. DER AIDS-TEST

3.1. Zur Einwilligungsfrage

a) Nach § 5 der VO BGBl 1994/772 ist "eine gesonderte Zustimmung der betreffenden Person einzuholen", sofern die Durchführung eines HIV-Tests nicht vom Behandlungsvertrag gedeckt ist. Vor Einholung dieser Zustimmung ist der Betroffene eingehend

über den Zweck des HIV-Tests und die Tragweite eines positiven Befundes, über die Arten der Infektionsmöglichkeiten sowie die Verhaltensregeln zur Vermeidung einer Infektion zu informieren. Damit ist zunächst ausdrücklich klargelegt, daß *jeder* HIV-Test – sei es im Rahmen des Behandlungsvertrages oder aber gesondert – einer Zustimmung des Patienten bedarf. Diese Regel bezieht sich nicht nur auf den für die *Blutabnahme* nötigen körperlichen Eingriff, sondern auch und gerade auf die Phase der Testung am *abgenommenen* Blut.

Im Ergebnis schafft diese Regelung freilich keine wesentlich neue Rechtslage, sondern schreibt nur fest, was sich schon bisher aus dem straf- und zivilrechtlichen Persönlichkeitsschutz ergab. Denn eine HIV-Testung ohne Zustimmung kann – je nach Lage des Falles – als Körperverletzung (§ 83 StGB) oder/und als eigenmächtige Heilbehandlung (§ 110 StGB) gerichtlich strafbar sein. Die Mißachtung der VO BGBl 1994/772 kann überdies eine verwaltungsstrafrechtliche Verantwortung auslösen (§ 22 Abs 1 iVm § 108 ÄrzteG). Dies ist insofern von Interesse, als damit auch jene Konstellationen unzweifelhaft erfaßt werden, in denen der konsenslose HIV-Test an einer *mit* Zustimmung abgenommenen Blutabnahme vorgenommen wurde. Als Eingriff in Persönlichkeitsrechte kann der konsenslose HIV-Test überdies zivilrechtliche Folgen nach sich ziehen²⁹.

b) Im einzelnen wirft die Regelung des § 5 VO BGBl 1994/772 aber auch neue Unklarheiten auf. Die Unterscheidung zwischen HIV-Tests, die vom Behandlungsvertrag gedeckt sind, und solchen, bei denen dies nicht zutrifft, ist insofern von Bedeutung, als offenbar nur im zweiten Fall eine ausdrückliche ("gesonderte") Zustimmung erforderlich ist; ansonsten genügt die (in aller Regel) konkludente Zustimmung im Rahmen des Behandlungsvertrages. Auch die vor der Einholung der Zustimmung vorgeschriebene Aufklä-

nung über den Test kann sich im systematischen Zusammenhang des § 5 nur auf die "gesonderte Zustimmung" beziehen³⁰. Zu fragen ist also, wann die Durchführung eines HIV-Tests "vom Behandlungsvertrag gedeckt" ist. Dabei ist von der herrschenden Ansicht auszugehen, daß ein Patient, der sich in ärztliche Behandlung begibt, dadurch konkludent in alle *medizinisch indizierten Routinemaßnahmen* einwilligt³¹. Sofern der HIV-Test eine medizinisch *indizierte* Maßnahme darstellt, wird man daher eine stillschweigende Zustimmung im Rahmen des Behandlungsvertrages unterstellen dürfen³². Die Zustimmung zur Durchführung eines HIV-Tests liegt demnach immer dann vor, wenn sich ein Patient etwa zum Zwecke einer umfassenden gesundheitlichen Untersuchung ins Krankenhaus begibt. Dasselbe gilt für Patienten, die bei ungeklärten Beschwerden den Wunsch nach Therapie und damit zugleich nach Abklärung von solchen Krankheitssymptomen äußern, die im Rahmen der Differentialdiagnose auch eine Untersuchung auf AIDS gebieten³³. Zu betonen ist aber, daß sich diese stillschweigende Einwilligung in der Regel nur dann auf eine serologische HIV-Testung erstrecken wird, wenn diese Untersuchung aufgrund der bestehenden Krankheitssymptomatik *indiziert* ist³⁴. Andernfalls scheitert die Annahme einer stillschweigenden Einwilligung bereits an der fehlenden Aufklärung³⁵. Die Streitfrage, ob die Verhinderung einer *Ansteckungsgefahr des Sanitätspersonals* für sich genommen "heimliche" HIV-Tests rechtfertigen kann³⁶, hat durch die oben skizzierte Regelung der VO BGBl 1994/772 an Bedeutung verloren. Rechtlich gesehen spielt der Aspekt des Infektionsschutzes Dritter in erster Linie eine Rolle für die Frage nach der Reichweite einer konkludenten Einwilligung³⁷. Würde man – wie dies mitunter vertreten wird – die Erfassung des HIV-Status vor eingreifenden diagnostischen oder das

Immunsystem beeinflussenden Maßnahmen (z.B. Operationen) sowohl zum Schutz des Patienten als auch zum *Schutz des Personals* schlechthin als "indiziert" ansehen, dann könnte die Vornahme eines HIV-Tests in derartigen Fällen zugleich von der konkludenten Zustimmung erfaßt sein³⁸. Ob es allerdings ohne weiteres zulässig ist, Gesichtspunkte des Infektionsschutzes *Dritter* über ein extensives Verständnis des medizinischen Indikationsbegriffs zu "lösen", um auf diesem Wege eine konkludente Zustimmung zu unterstellen, erscheint zumindest noch diskussionsbedürftig.

Aus den bisherigen Ausführungen folgt, daß eine routinemäßige und im Einzelfall *nicht* medizinisch indizierte HIV-Untersuchung durch die konkludente Einwilligung des Patienten grundsätzlich nicht erfaßt ist. Sie bedarf einer gesonderten Zustimmung nach entsprechender Aufklärung. Eine "*Ausforschungsdagnostik*" im Sinne eines *HIV-Screenings* ohne medizinische Indikation ist demnach rechtswidrig, wenn und soweit sie ohne gesonderte Einwilligung des Patienten vorgenommen wird³⁹.

- c) Gewisse Probleme bereitet die unbedingt formulierte Forderung nach einer persönlichen Zustimmung⁴⁰ zum HIV-Test bei *Minderjährigen* oder *psychisch kranken* bzw. *geistig behinderten* Patienten. Nach allgemeinen zivil- und strafrechtlichen Grundsätzen liegt nämlich die Zustimmungskompetenz zu ärztlichen Eingriffen diesfalls beim gesetzlichen Vertreter (Sachwalter) bzw. Erziehungsberechtigten, sofern der Patient nicht über die für eine höchstpersönliche Einwilligung erforderliche Einsichts- und Urteilsfähigkeit verfügt. Meines Erachtens ändert daran auch die Regelung des § 5 VO BGBl 1994/772 nichts, weil sie lediglich auf den "Normalfall" des geistig Gesunden Erwachsenen abstellt, ohne die zivilrechtlichen Möglichkeiten der Einwilligungssubstitution zu modifizieren⁴¹. *Wer* die Zustimmung

erteilen muß, richtet sich daher nach den üblichen Grundsätzen.

3.2. Aufklärung über die HIV-Diagnose

Ergibt die Untersuchung des Patienten eine *Infektion* mit dem HIV-Virus, dann ist der Arzt verpflichtet, dies der betreffenden Person mitzuteilen. Rechtsgrundlage dieser Verpflichtung ist zunächst der zwischen Arzt (Krankenanstalt) und Patient abgeschlossene zivilrechtliche Behandlungsvertrag⁴². Eine ausdrückliche gesetzliche Verankerung findet sich überdies in § 5 Abs 1 und 2 AIDS-G. Danach ist der Arzt verpflichtet, jeder Person, bei der anlässlich einer Untersuchung eine HIV-Infektion nachgewiesen wurde, diesen Befund "im Rahmen einer eingehenden persönlichen Aufklärung und Beratung mitzuteilen". Dabei hat auch eine Belehrung über die Arten der Übertragungsmöglichkeiten des Virus sowie über die Verhaltensregeln zur Vermeidung einer Übertragung stattzufinden. Die Aufklärungspflicht ist aufgrund des Behandlungsvertrages – über § 5 AIDS-Gesetz hinaus – auch für *negative* Untersuchungsbefunde zu bejahen⁴³.

Die ausdrückliche Aufklärungspflicht des AIDS-G richtet sich an den Arzt; er kann davon durch einen etwaigen "Aufklärungsverzicht" des Patienten nicht entbunden werden. Nach dem Konzept des AIDS-G wird dem Patienten das positive Testergebnis (nicht zuletzt im öffentlichen Interesse der Ansteckungsvermeidung) "aufgezwungen".

4. SCHWEIGEPFLICHT, MELDEPFLICHT

4.1. Allgemeines

Alle den Patienten betreffenden Geheimnisse, die dem Arzt bzw dem Pflegepersonal in Ausübung ihres Berufes anvertraut wurden oder bekannt geworden sind, unterliegen einer umfassenden berufsrechtlichen *Verschwiegenheitspflicht*⁴⁴ (§

26 ÄrzteG; ähnlich § 59 KrPflG). Zu den zu wahrenen "Geheimnissen" werden ganz allgemein alle Umstände gezählt, die dem Arzt bzw Pflegepersonal im Zuge der Berufsausübung bekannt wurden und hinsichtlich derer ein entsprechendes Geheimhaltungsinteresse besteht⁴⁵. Zweifellos stellen daher alle diagnostischen Befunde, die einen Hinweis auf eine HIV-Infektion bzw eine manifeste AIDS-Erkrankung des Patienten enthalten (einschließlich bloßer Verdachtsfälle), in diesem Sinn ein "Geheimnis" dar und sind als solche gegen eine Offenbarung gegenüber Dritten geschützt. Davon ist erkennbar auch der Gesetzgeber des AIDS-Gesetzes ausgegangen⁴⁶. Eine im Ergebnis gleichgelagerte Geheimhaltungspflicht ergibt sich aus den § 1 und § 48 Datenschutzgesetz sowie aus § 121 StGB. Die Weitergabe von *anonymisierten* Daten, die keinen Rückschluß auf die betroffene Person zulassen (z.B. zu statistischen Zwecken) unterliegen allerdings von vornherein nicht der Verschwiegenheitspflicht; insofern fehlt es wohl schon an einem schützenswerten "Geheimnis"⁴⁷.

4.2. Durchbrechung des Geheimnisschutzes

Die skizzierte umfassende Verschwiegenheitspflicht ist allerdings durch gesetzliche *Ausnahmeregelungen* eingeschränkt:

Eine Schweigepflicht besteht nicht, soweit eine gesetzliche *Melde- oder Aussagepflicht* eingreift (unten 4.3). Ebenso wenig besteht Schweigepflicht, soweit die einzelnen Berufsvorschriften *ausdrückliche Einschränkungen* der Schweigepflicht vorsehen (z.B. § 26 Abs 2 ÄrzteG; § 9 Abs 2 KAG). Demnach besteht beispielsweise eine Schweigepflicht für *Ärzte* nicht, wenn der Patient den Arzt von der Geheimhaltung *entbunden* hat (§ 26 Abs 2 Z 1 ÄrzteG). Eine derartige Entbindung wird z.B. anzunehmen sein, wenn der Patient einer Überweisung zu einem anderen Arzt oder eine Krankenanstalt Folge leistet und damit in der Regel einer Mitteilung der vorliegenden Befunde an den weiterbehandelnden Arzt zustimmt.

delnden Arzt zustimmt, soweit die Kenntnis dieser Befunde für die weitere Behandlung notwendig ist.

Keine Schweigepflicht besteht gem § 26 Abs 2 Z 4 ÄrzteG, soweit Mitteilungen oder Befunde des Arztes über die Krankheit eines Versicherten an den *Versicherungsträger* erforderlich sind.

Eine relativ unbestimmte Ausnahmeregelung trifft § 26 Abs 2 Z 2 ÄrzteG (ähnlich § 9 Abs 2 KAG): Demnach ist eine Geheimnisoffenbarung zulässig, wenn diese "nach Art und Inhalt durch *Interessen der öffentlichen Gesundheitspflege oder der Rechtspflege* gerechtfertigt ist"⁴⁸. Die Frage, wann eine derartige Rechtfertigung gegeben ist, kann nur im Einzelfall aufgrund einer umfassenden *Interessenabwägung* zwischen den Interessen an der Wahrung des Arztgeheimnisses und den Interessen der Gesundheits- bzw Rechtspflege beantwortet werden⁴⁹. Keinesfalls begründet jede behördliche Anfrage automatisch einen Vorrang der öffentlichen Interessen⁵⁰. Noch weniger ist allein wegen des hohen Gefahrenpotentials der HIV-Infektion eine generelle Durchbrechung des Geheimnisschutzes anzunehmen⁵¹. Angesichts der schwerwiegenden Folgen, die eine Weitergabe von Informationen betreffend eine HIV-Infektion für den Betroffenen haben kann, wird eine Höherbewertung des öffentlichen Interesses nur sehr vorsichtig anzunehmen sein. Die Erläuterungen zum AIDS-Gesetz schließen eine Geheimnisoffenbarung unter Berufung auf "Interessen der öffentlichen Gesundheitspflege" offenbar überhaupt aus⁵², was in dieser Allgemeinheit allerdings unzutreffend ist.

Im Einzelfall kann eine Geheimnisoffenbarung durch *rechtfertigenden Notstand* gerechtfertigt sein (z.B. zur Abwehr einer anders nicht abwendbaren unmittelbaren Gefahr für Leben und Gesundheit Dritter).

Unbestritten ist aufgrund all dieser Ausnahmeregelungen, daß der Arzt berechtigt ist, zur Abwendung einer nicht anders zu beseitigenden unmittelbaren *Infektionsgefahr* für Dritte die Schweigepflicht zu durchbrechen⁵³. Das

durch den Geheimnisbruch geschützte Rechtsgut der Gesundheit genießt den Vorrang vor dem durch das Arztgeheimnis geschützten Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient. So kann etwa ein Arzt zur Vermeidung einer Ansteckung den *Sexualpartner* eines uneinsichtigen HIV-Infizierten über die Infektion informieren, wenn vorangehende Beratungsbemühungen offensichtlich erfolglos waren und der Arzt auf Grund der ihm bekannten Umstände den Eindruck gewinnen muß, daß sich der Patient unverantwortlich verhält⁵⁴. In diesem Rahmen ist auch eine sog "*Infektionsquellenforschung*" zulässig⁵⁵. Diese Berechtigung zur Durchbrechung der Schweigepflicht kann aber nicht in eine Informationspflicht des Arztes (z.B. gegenüber dem Sexualpartner) umgedeutet werden, weil es hierfür keine Rechtsgrundlage gibt⁵⁶.

4.3. Meldepflicht

Eine gesetzliche Verpflichtung des Arztes, über die HIV-Infektion (bzw die manifeste Erkrankung) eines Patienten in *individualisierender* Form (d.h. unter Offenlegung der Identität) wem auch immer zu berichten, besteht – von den im folgenden erörterten Ausnahmen abgesehen – nicht. In besonderen Fällen kann sich eine gesetzliche Meldepflicht des Arztes aber aus § 363 Abs 2 ASVG ergeben, wenn Verdacht auf AIDS als eine Berufskrankheit besteht. Schließlich kann ein Arzt auch *vertraglich* (z.B. Kassenvertrag) zur Meldung von Krankheitsumständen verpflichtet sein, soweit die Geheimnisoffenbarung unter eine der gesetzlichen Ausnahmen von der Schweigepflicht fällt; dies ist insb für Meldungen von Vertragsärzten an die Krankenversicherungsträger von Bedeutung (Ausnahme-tatbestand des § 26 Abs 2 Z 4 ÄrzteG).

Der wichtigste Fall einer gesetzlichen Meldepflicht betreffend AIDS ist die *beschränkte Meldepflicht* (ohne Namensnennung) nach dem *AIDS-Gesetz* (dazu näher oben 2.2.2).

5. DIE BEHANDLUNG VON AIDS-PATIENTEN

5.1. Allgemeines

Auch im Verhältnis zwischen dem AIDS-Kranken bzw. Virusträger und dem Arzt bzw. der Krankenanstalt gelten die allgemeinen Regeln des Arztrechts, die sich aus dem zivilrechtlichen Behandlungsvertrag, dem Strafrecht sowie dem Ärzte- und Krankenanstaltengesetz ergeben. Jede ärztliche Maßnahme darf nur aufgrund einer medizinischen *Indikation*, unter Beachtung der fachspezifischen *Sorgfaltsmaßstäbe* sowie mit der *Einwilligung* des hinreichend *aufgeklärten* Patienten vorgenommen werden. Eine *zwangsweise Behandlung* von AIDS-Patienten ist nach österreichischem Recht – von wenigen Ausnahmen abgesehen – unzulässig⁵⁷. Aus der Vielzahl rechtlicher Probleme, die sich im Zusammenhang mit der Heilbehandlung stellen, sei im folgenden nur die Frage herausgegriffen, inwieweit eine Pflicht zur Behandlung von AIDS-Kranken bzw. HIV-Positiven besteht.

5.2. Behandlungspflicht des Arztes

Zwischen einem freiberuflich tätigen Arzt und dem Patienten, der seine Hilfe in Anspruch nehmen will, herrscht grundsätzlich Vertragsfreiheit: Dem Arzt steht es – in noch zu erörternden Grenzen – frei, die Behandlung eines Patienten zu übernehmen⁵⁸. Dieser Grundsatz erfährt jedoch vielfältige Einschränkungen:

Gem § 21 ÄrzteG darf der Arzt die Erste Hilfe im Falle drohender Lebensgefahr nicht verweigern. Eine weitergehende Hilfeleistungspflicht ergibt sich aus § 95 StGB: Danach ist jedermann – also auch der Arzt – verpflichtet, bei einem Unglücksfall oder einer Gemeingefahr die zur Rettung eines Menschen aus der (konkreten) Gefahr des Todes oder einer beträchtlichen Körperverletzung oder Gesundheitsschädigung offensichtlich erforderliche Hilfe zu leisten. Der die Hilfe-

leistung verweigernde Arzt ist allerdings entschuldigt, wenn ihm die Hilfeleistung “nicht zumutbar” ist. Dies ist insb dann der Fall, wenn die Hilfeleistung nur unter Gefahr für Leib und Leben oder “unter Verletzung anderer ins Gewicht fallender Interessen möglich wäre” (§ 95 Abs 2 StGB). Eine drohende Ansteckungsgefahr kann daher grundsätzlich als Entschuldigungsgrund in Frage kommen⁵⁹. Für Ärzte oder sonstiges Sanitätspersonal wird eine Verweigerung der Hilfeleistung unter Berufung auf § 95 Abs 2 StGB aber dennoch nur eingeschränkt möglich sein: Denn zum einen wird darauf hingewiesen, daß Ärzte und Medizinalpersonen schon von Berufs wegen “die Gefahren, zu deren Abwehr sie bestellt sind, aushalten” müssen⁶⁰. Zum anderen kann eine berufsbedingte Infektion mit dem HIV-Virus durch relativ einfache hygienische Vorsichtsmaßnahmen (z.B. Schutzhandschuhe, Beatmungsbeutel) vermieden werden, welche dem medizinischen Personal im Dienst grundsätzlich auch zur Verfügung stehen müssen⁶¹. Eine Verweigerung der Hilfeleistung aus rein wirtschaftlichen Gründen – etwa wegen der Befürchtung, andere Patienten könnten der Praxis wegen der Behandlung eines Virusträgers fernbleiben – scheint überhaupt problematisch, weil diese “anderen” Interessen im Verhältnis zu den dem Verunglückten drohenden Gefahren angesichts des gesetzlichen Heilauftrages des Arztes wohl kaum “ins Gewicht fallen” dürften⁶².

Hat der Arzt die Behandlung eines AIDS-Kranken bzw. HIV-Infizierten einmal übernommen, dann ist er gem § 22 ÄrzteG verpflichtet, den Kranken “ohne Unterschied der Person” gewissenhaft und nach Maßgabe der ärztlichen Wissenschaft und Erfahrung zu behandeln. Der Arzt ist aber gem § 24 Abs 1 ÄrzteG berechtigt, das Behandlungsverhältnis einseitig und ohne Angabe von Gründe zu beenden, nur hat er in diesem Fall dem Kranken den Rücktritt rechtzeitig anzuzeigen, damit Vorsorge für anderweitigen ärztlichen Beistand getroffen werden kann.

Bei krankenversicherten Patienten – also der überwiegenden Mehrzahl – wird die Rechtsla-

ge dadurch erheblich modifiziert, daß der Patient gegenüber dem Krankenversicherungsträger einen Rechtsanspruch auf Krankenbehandlung hat, die sich ua auf eine ausreichende, notwendige und zweckmäßige ärztliche Hilfe erstreckt⁶³.

5.3. Aufnahmepflicht in Krankenanstalten

Für die Aufnahme eines AIDS-Kranken in stationäre Anstaltspflege gelten keine besonderen Regeln. Nach herrschender Auffassung erfolgt die Aufnahme aufgrund eines (zivilrechtlichen) Behandlungsvertrages, zu deren Abschluß der Anstaltsträger grundsätzlich nicht gesetzlich verpflichtet ist. Die unbedingt notwendige erste ärztliche Hilfe darf allerdings niemandem verweigert werden⁶⁴. Für öffentliche Krankenanstalten besteht darüber hinaus eine weitergehende Aufnahmepflicht: Kranke, deren geistiger oder körperlicher Zustand wegen Lebensgefahr oder wegen der Gefahr einer sonst nicht vermeidbaren schweren Gesundheitsschädigung sofortiger Anstaltspflege erfordert, müssen jedenfalls aufgenommen werden⁶⁵. Ebenfalls zwingend aufzunehmen sind (versicherte) Kranke, die von einem Sozialversicherungsträger in eine öffentliche Krankenanstalt eingewiesen werden⁶⁶. Abgesehen von diesen Fällen gesetzlich geregelten Aufnahmewanges sind die einzelnen Bundesländer ganz allgemein dazu verpflichtet, Anstaltspflege für alle Patienten sicherzustellen, deren Zustand die Aufnahme in Anstaltspflege erfordert, auch wenn es sich nicht um "unabweisbare Kranke" handelt⁶⁷. Den Ländern obliegt daher die Pflicht, ausreichende Einrichtungen für die stationäre Pflege auch von AIDS-Kranken zur Verfügung zu stellen.

6. HIV-ANSTECKUNG UND STRAFRECHT

Im Mittelpunkt der strafrechtlichen Überlegungen stehen die Tatbestände der *vorsätzlichen oder fahrlässigen Gefährdung von Menschen*

durch übertragbare Krankheiten (§ 178, 179 StGB). Beide Delikte unterscheiden sich nur in der erforderlichen Schuldform. Tatbildmäßig ist jede Handlung, die geeignet ist, die Gefahr der Verbreitung einer übertragbaren Krankheit unter Menschen herbeizuführen; eine zusätzliche, objektive Bedingung der Strafbarkeit ist, daß die Krankheit ihrer Art nach zu den, wenn auch nur beschränkt anzeige- oder meldepflichtigen Krankheiten gehört. Diese Bedingung ist im vorliegenden Fall zweifellos erfüllt.

Als Tathandlung kommen in erster Linie der ungeschützte Geschlechtsverkehr eines HIV-Positiven oder die Weitergabe von infektiösen Gegenständen (Injektionsnadel; Blutkonserven, Blutspenden etc) in Betracht. Da es sich um ein abstraktes Gefährdungsdelikt handelt, bedarf es für die Erfüllung des Tatbestandes *weder einer tatsächlichen Infizierung noch einer konkreten Ansteckungsgefahr*. Es genügt die abstrakte *Eignung* des Verhaltens, eine Infektion herbeizuführen. Erfasst sind demnach vor allem alle Verhaltensweisen, bei denen es zu einem Blut oder Spermakontakt kommen kann. Weiß der Täter, daß er bzw der von ihm weitergegebene Gegenstand HIV-infiziert ist, und ist er sich der dadurch gegebenen Übertragungsgefahr bewußt, dann handelt es sich wohl durchwegs um eine vorsätzliche Gefährdung iSd § 178 StGB⁶⁸; eine einschlägige österreichische Gerichtsentscheidung liegt bereits vor⁶⁹. Die Einwilligung des Gefährdeten (z.B. Sexualpartner) in seine Gefährdung berührt die Strafbarkeit des Täters nach hA nicht⁷⁰. Auch fahrlässige Gefährdungen sind strafbar (§ 179 StGB), z.B. wenn der Täter zwar von seiner Infektion weiß, er aber die Gefährdungshandlung nicht vorsätzlich setzt (z.B. Liegenlassen einer infektiösen Injektionsnadel im Suchtgiftmilieu), oder aber, wenn der Täter nicht weiß, daß er HIV-positiv ist, er aber gesetzlich zu einem HIV-Test verpflichtet wäre (Prostituierte). Nicht zuletzt kommt eine Strafbarkeit nach § 179 StGB auch für Sanitätspersonen in Betracht (z.B. Verwendung nicht getesteten Blutes)⁷¹.

Neben den Gefährdungstatbeständen der §§ 178 f StGB kann auch eine Strafbarkeit nach den *Körperverletzungs- und Tötungsdelikten* in Frage kommen. Diesem Aspekt kommt in Österreich gerade wegen der Existenz einschlägiger Gefährdungsdelikte aber nicht jene vorrangige Bedeutung zu wie etwa in Deutschland. Vollzieht z.B. ein HIV-Infizierter, der von seiner Infektiosität weiß, ungeschützten Geschlechtsverkehr, und kommt es in der Folge tatsächlich zu einer HIV-Infektion des Partners, so kann dies zur Strafbarkeit nach § 88 Abs 1 und 4 StGB (*fahrlässige schwere Körperverletzung*⁷²) führen; stirbt der Infizierte in der Folge, dann kommt *fahrlässige Tötung* (§ 80 StGB) in Betracht⁷³. Auch eine Strafbarkeit wegen *vorsätzlicher schwerer Körperverletzung* (§ 84 StGB) wird grundsätzlich bejaht⁷⁴; dies setzt zumindest voraus, daß der Täter die Infektion ernstlich für möglich hält und sich damit abfindet (bedingter Vorsatz). In der Praxis dürfte eine Bestrafung wegen fahrlässiger oder vorsätzlicher (vollendeter) Körperverletzung freilich schon deshalb nicht realistisch sein, da die Kausalität zwischen der jeweiligen Tathandlung und der HIV-Infektion kaum je nachweisbar sein wird.

Referenzen

1. Gegenstand der Untersuchung ist das geltende österreichische Recht. Für eine rechtspolitische Kritik vgl. MERL, MedR 1988, 217, und SCHÖNE, ÖJZ 1989, 685. Einen rechtsvergleichenden Überblick über gesetzliche Maßnahmen gegen AIDS in anderen Rechtsordnungen bietet JAYASURIYA, AIDS. Public Health and Legal dimensions (1988) 124 ff, sowie HORN, Die Behandlung von AIDS in ausgewählten Mitgliedsstaaten des Europarates – ein rechtsvergleichender Überblick, in: GALLWAS/RIEDEL/SCHENKE (Hsg.), AIDS und Recht (1992) 197.
2. Dazu den Bericht des Ausschusses für Gesundheit und Umweltschutz 952 BlgNR 16. GP 1.
3. Dafür SCHÖNE, ÖJZ 1989, 688 f.
4. MÖSE, ÖÄZ 1987/9, 19.
5. Vgl. etwa SIMITIS, AIFO 1986/4, 210 (212); BRUNS, MDR 1987, 353; SCHENKE, Die Bekämpfung von AIDS als verfassungsrechtliches und polizeirechtliches Problem, in: SCHÜNEMANN/PFEIFFER (Hsg.), Die Rechtsprobleme von AIDS (1988) 105 (141 ff). Vgl. in diese Richtung auch die Argumentation im Nationalrat, StProtNR 16. GP 12458 ff.
6. Sowohl das EpidemieG als auch das GeschlechtskrankheitenG und das TuberkuloseG gelten nur für bestimmte Krankheiten, zu denen AIDS nicht gehört.
7. Vgl. StProtNR 16. GP 12456 ff.
8. StProtNR 16. GP 12463.
9. Vgl. GERHARDT, in: SCHÜNEMANN/PFEIFFER, Rechtsprobleme 77 ff.
10. MWN BITTMANN, ÖJZ 1987, 487.
11. Rechtsvergleichend HORN, in GALLWAS/RIEDEL/SCHENKE, Aids und Recht 208.
12. Vgl. LAUFS/LAUPS, NJW 1987, 2257 (2261).
13. Vgl. AB 928 BlgNR 17. GP 2 zur AIDS-G-Novelle 1989.
14. AB 952 BlgNR 16. GP 1.
15. ZB Strafbarkeit nach den Gemeingefährdungsdelikten des StGB, zivilrechtliche Haftung, Zuwiderhandlungen gegen das AIDS-G und seine VO durch Ärzte sind überdies durch die Strafbestimmung des § 108 Abs 2 iVm § 22 Abs 1 ÄrzteG erfasst, da letzterer ganz allgemein auf die "Einhaltung der bestehenden Vorschriften" abstellt.
16. Ausdrücklich AB 952 BlgNR 16. GP 2.
17. 967 BlgNR 18. GP 5.
18. Dazu auch MERL, MedR 1988, 221 f, die die Regelungen des AIDS-G in Bezug auf Prostituierte als unzureichend kritisiert.
19. § 1 der VO BGBl 1974/314.
20. Vgl. § 2 VO BGBl 1974/314.
21. Näher MERL, MedR 1988, 222 ff.
22. Näher vgl. § 8 Abs 3 und 4 AIDS-G.
23. Vgl. AB 928 BlgNR 17. GP 1.
24. Vgl. z.B. SCHENKE, AIDS aus verwaltungsrechtlicher Perspektive, in GALLWAS/RIEDEL/SCHENKE, Aids und Recht 36 ff.
25. StGBI 1946/153 idF BGBl 1964/131. Nähere Bestimmungen zum Anwendungsbereich enthält die VO BGBl 1946/128 idF BGBl 1969/358.
26. BGBl 1926/71.
27. Vgl. insb § 22 Abs 1 ÄrzteG.
28. Zur zivilrechtlichen Haftung bei einer Ansteckung von Patienten DEUTSCH, in: SCHÜNEMANN/PFEIFFER, Rechtsprobleme 273 f.
29. Vgl. für die BRD LG Köln NJW 1995, 1621: Schmerzensgeld wegen HIV-Test ohne Einwilligung.
30. Arg § 5 VOBGBl 1994/772: "vor Einholung dieser Zustimmung".
31. KIENAPPEL, Grundriß des österreichischen Strafrechts¹ BT I (1990) § 110 Rz 13.
32. BITTMANN, ÖJZ 1987, 491; LAUFS/LAUPS, NJW 1987, 2263; EBERBACH, NJW 1987, 1470.
33. LAUFS/LAUPS, NJW 1987, 2263.
34. BITTMANN, ÖJZ 1987, 491; BURGSTALLER, AIDS und Strafrecht – Zur Situation in Österreich, (Referat auf dem Kolloquium "AIDS und Strafrecht" in Barcelona 1989 = SIDA y derecho penal – la situación en

- Austria, in: SANTIAGO MIR PUIG [Hsg.], Problemas juridico penales del SIDA [1993] 157 ff; hier zitiert nach dem unveröffentlichten dt Manuskript) 11 ff; LAUFS/LAUF, NJW 1987, 2263.
35. Vgl. BRUNS, MDR 1987, 355.
 36. Verneinend z.B.: EBERBACH, NJW 1987, 1472; DERS, MedR 1987, 267 (271 f); LAUFS/NARR, MedR 1987, 282.
 37. Vgl. BURGSTALLER, AIDS und Strafrecht 12 f.
 38. Vorsichtig bejahend BURGSTALLER, AIDS und Strafrecht 12 f.
 39. BITTMANN, ÖJZ 1987, 491 f; SPEISER, ÖJZ 1988, 748; LAUFS/LAUF, NJW 1987, 2263; BRUNS, MDR 1987, 355; LAUFS, NJW 1988, 1499 (1503); EBERBACH, MedR 1987, 271; LAUFS/NARR, MedR 1987, 282.
 40. § 5 VO BGBl 1994/772 spricht von der "Zustimmung der betreffenden Person".
 41. Dafür spricht auch eine gesetzeskonforme Interpretation, da die Regelung ansonsten gesetzwidrig wäre.
 42. LAUFS/LAUF, NJW 1987, 2264; EBERBACH, AIFO 1987/5, 285.
 43. LAUFS/LAUF, NJW 1987, 2264. Nach § 8 Abs 4 VO BGBl 1994/772 sind Personen, bei denen ein Risikoverhalten vermutet wird, auch bei Vorliegen eines negativen Testergebnisses über die Infektionsmöglichkeiten und die Verhaltensregeln zur Vermeidung einer HIV-Infektion zu informieren.
 44. Dazu KLAUS, Ärztliche Schweigepflicht (1991).
 45. Vgl. AIGNER/LIST, Ärztegesetz 1984 (1985) § 26 Anm 2.
 46. AB 952 BlgNR 16.GP 2.
 47. So wohl auch BITTMANN, ÖJZ 1987, 491.
 48. Weitergehend der strafrechtliche Rechtfertigungsgrund des § 121 Abs 5 StGB, wonach die Geheimnisoffenbarung durch ein öffentliches oder berechtigtes *privates* Interesse gerechtfertigt ist.
 49. VwGH JBl 1987, 337; NEUDORFER/WALLNER, ÖÄZ 1989/17, 49 f.
 50. VwGH JBl 1987, 337.
 51. BURGSTALLER, AIDS und Strafrecht 14.
 52. AB 952 BlgNR 16. GP 2.
 53. ARNOLD in RUPPE, Geheimnisschutz im Wirtschaftsleben (1980) 277 in und bei FN 191; STEINER, RZ 1987/5, 123.
 54. NEUDORFER/WALLNER, ÖÄZ 1989/18, 56; KUX, ÖÄZ 1989/19, 36; KLAUS, Schweigepflicht 136 ff; AICHORN, RZ 1992, 202; dies, JRP 1994, 195; SCHLUND in LAUFS/UHLENBRUCK, Handbuch des Arztrechts (1992) 391. Eine Offenbarung der HIV-Infektion wird mitunter auch zum Schutz des behandelnden *medizinischen Personals* für zulässig erachtet (BURGSTALLER, AIDS und Strafrecht 15; RADNER/HASLINGER/REINBERG, Krankenanstaltenrecht Anm C zu § 9 öö KAG).
 55. Vgl. den Erlaß des BKA, Mitteilungen der österreichischen Sanitätsverwaltung 1988/2, 54; KUX, ÖÄZ 1989/19, 35 ff.
 56. NEUDORFER/WALLNER, ÖÄZ 1989/17, 48 f; mwN AICHORN, RZ 1992, 202; dagegen KUX, ÖÄZ 1989/19, 36; KLAUS, Schweigepflicht 182.
 57. Eine ausnahmsweise Zulässigkeit von Zwangsbehandlungen besteht z.B. bei Strafgefangenen gem § 69 StVG.
 58. AIGNER/LIST, Ärztegesetz § 24 Anm 1.
 59. Sogar die Gefahr einer leichten Körperverletzung iSd § 83 StGB kann entschuldigend wirken: KIENAPPEL, Strafrecht BT I § 95 Rz 46. Umso mehr daher die Gefahr einer HIV-Infektion.
 60. KIENAPPEL, Strafrecht BT I § 95 Rz 48. Dies allerdings nur bis zu einer (in abstracto undefinierbaren) "Opfergrenze" (ibid).
 61. Vgl. BKA Erlaß 2.5.1988, ÖÄZ 1988/11, 8. Ob HIV-positive Patienten verpflichtet sind, den Arzt über ihre Infektion aufzuklären, wird unterschiedlich beurteilt: verneinend BRUNS, MDR 1987, 355; PILNACEK/TIEGS, RdM 1995, 32; bejahend SCHLUND, AIFO 1986/10, 564; DEUTSCH in: SCHÖNEMANN/PFEIFFER, Rechtsprobleme 274.
 62. Vgl. KIENAPPEL, Strafrecht BT I § 95 Rz 49.
 63. Vgl. nur §§ 133 Abs 1 und 2 ASVG.
 64. § 23 Abs 1 iVm § 40 Abs 1 lit c KAG.
 65. Sog. "unabweisbare Kranke": § 22 Abs 2 iVm Abs 4 KAG.
 66. Z.B.: § 47 Abs 1 wr KAG, § 145 ASVG.
 67. § 18 Abs 1 KAG; § 30 Abs 1 wr KAG,
 68. BITTMANN, ÖJZ 1987, 488; BURGSTALLER, AIDS und Strafrecht 5.
 69. OLG Linz RZ 1989/48 Anm. KIENAPPEL: Ein HIV-Infizierter macht sich gem § 178 StGB strafbar, wenn er mit einem anderen ohne Verwendung eines Schutzmittels (Präservativs) im Bewußtsein der sich daraus ergebenden Übertragungsfahrer geschlechtlich verkehrt.
 70. BURGSTALLER, AIDS und Strafrecht 5.
 71. Vgl. BURGSTALLER, AIDS und Strafrecht 7.
 72. Daß bereits die *HIV-Infektion* eine (schwere) Körperverletzung bzw Gesundheitschädigung darstellt, dürfte unbestritten sein.
 73. BITTMANN, ÖJZ 1987, 489.
 74. BITTMANN, ÖJZ 1987, 490; KIENAPPEL, RZ 1989/5, 123.

Umgang mit HIV-positiven Patienten in Spital und Praxis

Friedrich KUMMER

ZUSAMMENFASSUNG

Der Umgang mit HIV-positiven Mitmenschen ist häufig durch Angst vor Ansteckung geprägt, die auf Informationsmangel beruht. Tatsächlich ist die Kontagiosität des HIV wenn man von sehr seltenen Fällen absieht, auf Sexual- und Blut-Blut-Kontakte beschränkt. Die derzeit vielerorts praktizierte HIV-Testung aller Patienten bei Krankenhausaufnahme ist vielleicht von einigem epidemiologischen Wert, dies aber auch nur bei einer Prävalenz der HIV-Positivität in der Bevölkerung von über 1% (Österreich 0,2%, Wien 0,4%). Es werden internationale Studien bezüglich des Infektionsrisikos von Betreuern von infizierten Patienten, aber auch von Patienten durch infiziertes Gesundheitspersonal (Ärzte, Sozialarbeiter, etc) besprochen. Basierend auf gediegener Information muß es möglich sein, daß den HIV-positiven Mitmenschen (infizierten und bereits an AIDS erkrankten) mit demselben Maß an Respekt, Takt und Nächstenliebe begegnet werden kann, wie dies bei allen anderen Mitmenschen selbstverständlich ist. Eine christlich-caritative Grundhaltung ist dabei sicherlich hilfreich, wenn es um die Wahrung der Menschenwürde geht.

Schlüsselwörter: HIV, Angst, Infektionsrisiko, Arzt-Patienten-Beziehung, Gesundheitspolitik, Menschenwürde

ABSTRACT

Social contact with HIV-positive persons ist often hindered by fear of infection, based on a lack of information. In fact, the contagiosity is restricted to sexual and blood-blood transmission. The widely practised routine of unselected HIV testing in hospital admissions is senseless in areas of less than 1% of seroprevalence (Austria 0,2%, Vienna 0,4%), because the marginal benefit in terms of protection of the personell does not outweigh the costs of the testing itself. International studies are discussed concerning the risk of infection from patients to the personell, but also from infected personell to patients. Based on sound information, it should be possible to quarantee a relationship of respect and „normality“ between uninfected and HIV-positive people. The broad preservation of human dignity by every one is a prerequisite for mutual acceptance. A caritative christian attitude is doubtlessly helpfull though for the realization of what is called charity.

keywords: HIV, fear, risk of infection, doctor-patient-relation, healthinstitutions, human dignity

MENSCHEN, die mit dem „human immunodeficiency virus“ (HIV) infiziert sind, leiden nicht (noch nicht!) unter dem akquirierten Immundefizienz-Syndrom (AIDS). Diese Unterscheidung zwischen Infektion und eigentlicher Krankheit ist keineswegs Allgemeingut, und dies ist zugleich ein besonderes Hindernis im Umgang mit den HIV-positiven Menschen in unserer Gesellschaft.

Die Angst vor HIV-positivem Blut

Da man einem HIV-Positiven diesen Befund nicht ansieht, wurde teils durch mediale Halbwahrheiten, teils durch bewußte Dramatisierung das Image der überall lauernenden Seuche geprägt. Zwar war den Verantwortlichen immer schon klar, daß es sich prinzipiell um eine durch Sexualkontakt, in zweiter Linie durch direkte Übertragung von Blutbestandteilen übertragbare Krankheit handle (infizierte Konserven und Anti-Hämophilie-Faktor, bis hin zu den herumgereichten Injektionsnadeln der Drogenabhängigen).

Mit zunehmender Ausbreitung, besonders in bestimmten Ballungszentren, entflammte immer heftiger die Diskussion um die verlässliche Erfassung der HIV-Positivität, einmal um eine epidemiologische Sichtung der Seuche zu erreichen, und weiters, um eine präventive (den Ausbruch der Erkrankung hinauschiebende) Therapie möglichst frühzeitig einleiten zu können, und schließlich, um die Mitmenschen durch Warnung vor Infizierten schützen zu können (Schutz des Pflegepersonals vor Infizierten, Schutz der Patienten vor infiziertem Pflegepersonal!).

Während die beiden erstgenannten Gründe zur HIV-Testung weithin – wenn auch nicht einmütig – gutgeheißen werden, ist die Sinnhaftigkeit einer Testung des Einzelnen (Patient bei Spitalsaufnahme, insbesondere vor Operationen, periodische Testung des Personals, bis hin zur Einstellungsuntersuchung bei Banken!) nach wie vor nicht belegt, insbesondere in Gegenden mit geringer Prävalenz.

Tatsächlich ist es mehr als problematisch, eine ungezielte, mit hohen Kosten verbundene Testung wegen einer latenten Krankheitsgefahr durchzuführen, um dann im selten positiven Fall die Bewältigung des sich ergebenden Problems (Partnerinformation, Konsequenzen für die eigene Lebensführung etc.) den Betroffenen zu überlassen oder ihn an verschiedene Hilfsorganisationen weiter zu verweisen. Da, wie eingangs erwähnt, „HIV-positiv“ nicht krank, aber potentiell infektiös bedeutet, droht der Betroffene zwischen den Kategorien des etablierten medizinischen, krankheitsorientierten Systems verloren zu gehen. Er oder sie werden von der nicht informierten, daher vorurteilsbehafteten Gesellschaft ausgegrenzt, weil sich eine „Bedrohung“ der Integrität der Mitmenschen einzustellen scheint. Dies ist besonders bei HIV-positiven Kindern der Fall, die vertikal (durch die positive Mutter) infiziert worden waren und nun in völliger Isolation von Gleichaltrigen (kein Kindergartenplatz, fraglicher Schulplatz) aufwachsen müssen. Unsere Gesellschaft urteilt prinzipiell dann vorschnell und ungerecht, wenn die Angst größer ist als die Bereitschaft zur Information.

Tatsache ist aber, daß die HIV-Übertragung im üblichen Sozialmilieu (Mitbewohnerschaft, ohne Sexualkontakt oder Drogenabhängigkeit) außerordentlich unwahrscheinlich ist. Die Ansteckungen, die tatsächlich erfolgt sind, betreffen Angehörige, die langjährigem und intensivem Kontakt mit Blut, Stuhl und Hautsekreten von manifest an AIDS erkrankten Patienten im Rahmen der Hauskrankenpflege ausgesetzt waren (Gattinnen von HIV-positiven Hämophilen, Kleinkinder von HIV-positiven Müttern, Mütter und Geschwister von zu Hause gepflegten Kindern, etc.)¹ Diesen Einzelfällen ist gemeinsam, daß die empfohlenen Richtlinien, z. B. des Tragens von Gummihandschuhen bei der direkten Körperpflege nicht eingehalten worden waren, obwohl durch massive Hautläsionen, Magenblutungen und Durchfälle die Ansteckungsgefahr als hoch zu bewerten war.

Auch das Ausmaß der Gefahr einer Ansteckung von Patienten durch infiziertes Personal

der Gesundheitsdienste ist mindestens strittig. Zwar wurde über einen HIV-positiven Zahnarzt in Florida berichtet, der angeblich 5 Patienten angesteckt hatte, doch blieb die Art und Weise der Übertragung ungeklärt (Up date: MMWR, 1991). Die unabhängige, anderweitige Selbstinfektion der betroffenen Zahnarztpatienten wurde nicht ausgeschlossen.

Bestens dokumentiert ist hingegen der Fall eines HIV-positiven Allgemeinpraktikers in Minnesota, der mit einer blutenden Hautinfektion an den Händen (*Mykobakterium marinum*) 336 Patienten behandelt hatte (inklusive Schleimhaut- und Blutkontakt), wobei in einer genauen Nachuntersuchung bei 325 erfaßbaren Patienten keine einzige Infektion festgestellt werden konnte.²

In einer amerikanischen 20-Spitäler-Studie mit einer großen Streuung der Seroprävalenz zwischen 0.2 und 14.2% (im Vergleich dazu Österreich: 0.2%, Wien : 0.4%) war bemerkenswert, daß nur 1/3 der 225.000 HIV-Positiven mit AIDS oder AIDS-bezogenen Erkrankungen aufgenommen worden waren, während 2/3 wegen gänzlich anderer, landläufiger Diagnosen zur Aufnahme kamen.³

Bei einer verhältnismäßig niedrigen Prävalenz von HIV-Infizierten kommt im Jahreschnitt weniger als ein positiver Befund auf 1.000 Spitalsentlassungen. Damit würde die Routineuntersuchung aller Aufnahmen nicht zu rechtfertigen sein. Bei höherer Prävalenz in der Bevölkerung können aber bei Testung der 15 bis 45-Jährigen so viele Neuinfizierte erfaßt werden, daß der Aufwand sich durch die frühzeitig einsetzbare Therapie (Zivudine, INH Prophylaxe) zu lohnen scheint.

Eine weitere, prospektive Studie in einer chirurgischen Klinik in San Francisco (Seroprävalenz etwa 25%) untersuchte das Infektionsrisiko durch eine kutane oder parenterale Blutexposition (Nadelstiche, Blutspritzer) und kommt zu dem Schluß, daß alle 8 Jahre eine Infektion beim Personal auftreten müßte (bisher keine registriert). Bei geringerer Prävalenz (3%

oder weniger) wäre eine Infektion alle 80 Jahre zu erwarten.⁴ Es konnte dabei auch erhoben werden, daß sich das Personal prinzipiell zu Doppelhandschuhen, Gesichtsmasken und wasserdichten Schürzen bekannte, in seinem Verhalten aber keinen Unterschied zwischen HIV-Positiven bzw. AIDS-Kranken und anderen Personen machte. Dies bedeutet, daß das HIV-Risiko bezüglich der Nadelstiche und anderen Kontaminationen keine Berücksichtigung erfuhr, also die präoperative Testung der Patienten als nicht wesentlich erfunden wurde. Schließlich gab es schon vor der AIDS-Epidemie die Hepatitis B und C, vor denen man sich gut mit den gleichen Methoden schützen konnte.

Es bleibt also für die routinemäßige Testung in Regionen mit geringer Prävalenz (unter 1%) eine ganz schmale Indikation, basierend lediglich auf der Frage, ob die Beobachtung der epidemiologischen Entwicklung so wichtig sei, sodaß die hohen Kosten zu rechtfertigen wären.

Zur Frage der AIDS-Spitäler (Single-Disease-Hospitals)

In Ländern und Gegenden mit hoher AIDS-Prävalenz wurde die Frage untersucht, inwieweit die Betroffenen, die Ärzte und andere Träger des Gesundheitssystems die Konzentration der AIDS-Betreuung auf spezielle Institutionen bzw. Arztordinationen akzeptieren würden. Die Ergebnisse von Umfragen⁵ erbrachten sehr differenzierte Standpunkte: AIDS-Patienten wünschen sich zwar eine Betreuung durch ein hochspezialisiertes Team, haben aber Vorbehalte gegen die Stigmatisierung, die durch ein ganzes Spital oder Sanatorium entstände, das ausschließlich auf AIDS-Behandlung ausgerichtet ist. Die bevorzugte (und letztlich auch empfohlene) Konstruktion ist *eine AIDS-Station innerhalb eines Großspitals* bzw. *eine spezialisierte Arztpraxis zur Auswahl unter anderen*. HIV-Positive (also noch nicht an AIDS-Erkrankte!) wollen und dürfen ganz „normal“ behandelt werden

und scheuen den Kontakt zu Institutionen, in denen manifeste AIDS-Patienten betreut werden.

Die Befürworter von AIDS-Spitälern in den USA ziehen den Vergleich zu den sich bestens bewährten, multidisziplinären Onkologien heran. Dagegen wird aber die gänzlich verschiedene soziale Struktur von Krebs- und AIDS-Patienten in den USA ins Treffen geführt, die im letzteren Falle zu einer Konzentration von überwiegend Hispano-, Afroamerikanern und Drogenabhängigen, also sozialen Randschichten führen würde, die die Führung eines solchen Spitals (z.B. in New York) mit vielen Problemen belasten würde.

Verantwortlichkeit des Dienstgebers im Gesundheitssystem

Weitgehend unklar ist weltweit die rechtliche Frage nach der Haftung bzw. Kompensation oder Versicherung im Falle der Infektion im Gesundheitsberuf. Tatsache ist, daß bisher nur sehr wenige solcher Fälle anhängig gemacht worden sind (meist Sozialarbeiter im Drogenmilieu), die als Einzelfälle verhandelt und entschieden wurden. Um die Kausalität der beruflichen Infektion zu sichern, müßten alle im Sozial- und Gesundheitsdienst Tätigen regelmäßig ihre Seronegativität belegen können. Dies ist vielleicht in Regionen mit besonders hoher Gefährdung (hoher Prävalenz von Seropositiven) gerechtfertigt, kann aber unmöglich zur Routine in einem größeren staatlichen Rahmen werden. Es ist aber unbenommen, daß sich eine Gesellschaft (Kostenträger, Politiker, Standesvertretungen) darauf einigt, diesen oder jenen Grad der Vorsorge, aber auch der Kompensation im Falle der HIV-Infektion zu finanzieren.

Voraussetzung ist in jedem Fall die Definition des Risikos und der sinnvollen Schutzmaßnahmen, die weder mit der Lebensqualität der sich Schützenden, noch mit der Freiheit und Würde der HIV-Positiven oder AIDS-kranken Mitmenschen interferiert.

Notwendigkeit der sachlichen Information

Die Information des Betreuungspersonals (Schwestern, Ärzte, Sozialarbeiter etc.) ist der erste Weg, um die unter Laien grassierende Voreingenommenheit abzubauen, die besonders die Infektionsgefährdung, aber auch die „Andersartigkeit“ (Drogenabhängigkeit, homo- und heterosexuelle Promiskuität) betrifft.

Aus den schon erwähnten Berichten und Studien geht hervor:

- 1) Die Wahrscheinlichkeit auf HIV-Positive zu treffen, ist im Krankenhaus nicht größer als außerhalb.³
- 2) In Gebieten (Ländern, Staaten, Regionen, Städten, Stadtteilen) mit geringer Prävalenz (< 1%) ist eine Routinetestung der Patienten bei Aufnahme ins Krankenhaus medizinisch und finanziell kaum zu vertreten, es sei denn, um epidemiologische Entwicklungen zu studieren.
- 3) Die Kenntnis des HIV-Status eines Patienten beeinflusst das Verhalten des Personals nicht,⁴ wenn gewisse grundlegende, allgemein gültige Schutzmaßnahmen beobachtet werden, die auch gegen andere Virusinfektionen (Hepatitis B und C, Recomm., 1991) und gegen TBC wirksam sind. Sie bestehen im Tragen von Gummihandschuhen (doppelt bei Blutkontakt und invasiven Prozeduren), wasserdichter Arbeitskleidung und Gesichtsmaske bei längerer Operation oder bei Ganzkörperpflege.
- 4) Die bisher erfolgten Serokonversionen bei Pflegepersonal und Sozialarbeitern sind nur in Hochprävalenzgebieten (> 20%) erfolgt und zahlenmäßig gering (z.B. 6 unter 2.000, d.h. 0.3%) und nicht gänzlich gesichert).⁶ Bis 1993 wurden in den USA ganze 30 Infektionen bei Angehörigen des Pflegepersonals registriert.⁷
- 5) Der jahrelange Kontakt mit HIV-Positiven oder manifest AIDS-Kranken führt bei Partner und Familienangehörigen praktisch nur

bei Weiterbestehen von „ungeschütztem“ Sexualkontakt zur Infektion,⁸ während bei der Hauskrankenpflege nur in Einzelfällen, und da nur bei grober Verletzung aller Grundregeln der Hygiene, eine Serokonversion beobachtet wurde (MMWR, 1994).

- 6) Bei einer Analyse von ca 1.300 großen chirurgischen Eingriffen in San Francisco (hohe Seroprävalenz von 23,6%) und 117 dabei erfolgten Kontakten mit Blut und Körperflüssigkeiten der Patienten errechnete sich das Risiko einer Infektion alle 8 Jahre. In anderen Regionen mit geringer Seroprävalenz wie etwa in Österreich (0,2%, Wien 0,4%) würde ein Fall in 800 Jahren zu erwarten sein. Dabei wird eine Infektionsrate nach einem Stich mit einer infizierten Hohnadel mit 0.004 (0,4%) angegeben.⁴
- 7) Schlußfolgerung: Die Infektiosität von HIV-Positiven und AIDS Patienten ist äußerst gering, wenn nicht massive, oftmalige Kontakte von Blut und Körperflüssigkeiten (nässende Ekzeme) über Stich und Aerosol erfolgen. Das Risiko ist aber auch nicht zu vernachlässigen, weswegen einfache, aber wirksame Schutzmaßnahmen eingehalten werden sollen, die auch gleichermaßen zum Schutz vor anderen viralen Infektionen (Hepatitis B und C) und vor Tuberkulose dienlich sind.

Die Menschenwürde im Umgang mit HIV-Positiven und AIDS-Patienten

Vorausbedingung für jeglichen zwischenmenschlichen Umgang sind die *Achtung und der Respekt vor unseren Mitmenschen*. Sie umfassen die Begriffe wie Takt, Empathie, Gerechtigkeitsempfinden, Achtung der personalen Integrität bis hin zur selbstlosen Handlungsbereitschaft und vorurteilsfreien Zuwendung.

Nur wenigen Menschen ist es gegeben, gleich auch das *Gefühl* (Mit-leiden = „Sympathie“) für die Schutzbefohlenen miteinzubringen, doch ist diese emotionelle Haltung erlernbar, wenn

auch meist durch unterstützende Gespräche, Literatur und Reflexion.

Für alle Menschen, die unter sog. nicht alltäglichen Bedingungen arbeiten, ist aber die *Klugheit* eine unabdingbare Basis, die wieder von einer laufenden *Information* gespeist wird. All dies gilt in besonderer Weise für den Umgang mit HIV-Positiven und Patienten mit diesbezüglichen Folgekrankheiten.

Die Klugheit wurde hier als erste der sog. Kardinaltugenden genannt, weil sie die wichtigste unter diesen ist (Josef Pieper). Ihr folgt die *Gerechtigkeit*, ohne die der menschenwürdige Umgang auch im Gesundheitswesen nicht denkbar ist. Doch haben beide, Betreuer und Patient, ihre Rechte und Pflichten zu wahren, wenngleich aufgrund der Ausnahmesituation der AIDS-Kranken die *Toleranz* (Barmherzigkeit) mehr der Betreuerseite abverlangt wird.

Die *Tapferkeit* im Umgang mit dem Schicksal anderer kann wieder nur durch die Klugheit gespeist werden: Ein Hautkontakt (Händedruck, Streicheln, Kämmen etc.) ohne Gummihandschuhe ist durchaus vertretbar und wird von den Kranken als Wohltat und Segen empfunden. Die Klugheit gebietet aber, daß Hautverletzungen und -erkrankungen nicht miteinander in Berührung kommen.

Bei der *Liebe* zu den unheilbar Kranken spielen Gefühl, Vernunft und Wille eine große Rolle und sind kaum zu trennen.

Die christliche Nächstenliebe mit ihrer jüdischen Wurzel („...und deinen Nächsten wie dich selbst „) wird auch dieser Situation am besten gerecht. Nur sie kann vor den Auswüchsen einer falschen, moralisierenden Haltung schützen, die auch unter sog. „Christen“ manchmal anzutreffen ist und in Schuldzuweisung („ du bist selbst schuld“), Selbstgerechtigkeit, Geringschätzung bis hin zum Haß besteht.

Demgegenüber führt die bedingungslose Annahme des Nächsten zur Praktizierung einer einfachen Humanität (auch religionsfrei gesehen), darüberhinaus aber zum besseren Verständnis

der Lehren des Evangeliums. Auch hier ist es immer wieder der Umgang Christi mit den von der Gesellschaft Ausgegrenzten, mit ekelerregenden und ansteckenden Krankheiten Behafteten, die von ihm in keiner Weise jemals als „von Gott Bestrafte“ hingestellt werden. Christus leiht ihnen nicht nur sein Ohr und Herz, er nimmt oft die Gelegenheit zum Anlaß (Gelähmter, Sünderin, Ehebrecherin), um demonstrativ die Sünden zu vergeben.

Schlußfolgerung

Wenn wir also den HIV-Positiven, die AIDS-Kranken oder an einer AIDS-bezogenen Erkrankung Leidenden richtig begegnen wollen, bedarf es, neben der gründlichen Information und Ausbildung, der Nächstenliebe.

Diese darf sich nicht in einer liebenswerten, aber gefährlichen Emotion oder Neigung erschöpfen, sondern muß mit ständiger Bereitschaft zur Annahme von Enttäuschung, Erfahrung, Gespräch mit Referenzpersonen und Reflexionen verwickelt sein.

Referenzen

1. MMWR, JAMA, 1994
2. DANILE et al., 1991
3. JANSSEN et al., NEJM, 1992
4. Gerberding et al., 1990
5. z.B. ROTHMAN und TYNAN in New York, 1990
6. BEEKMANN et al., 1990
7. mündliche Information, Dr.C.ARMBRUSTER
8. 4,8 auf 100 Personenjahre; DE VINCENZI et al., 1994

AIDS-Infektion als öffentliches Problem

Mohammed RASSEM

ZUSAMMENFASSUNG

Aidsinfizierte, die noch nicht erkrankten, stellen ein gesundheitspolizeiliches und moralisch-politisches Problem dar. Die infizierte Person ist für andere gefährlich, wenn sie sexuell aktiv wird. Die rasche Ausbreitung von AIDS ist von mehreren Faktoren begleitet: Migrationsbewegungen, wahl- und bedenkenloser Geschlechtsverkehr, Ausbreitung und Entkriminalisierung der Homosexualität, Verwendung anonymer Blutkonserven, zunehmender Drogenkonsum. Da allgemeine Promiskuität wie Drogenkonsum undiskutiert vorausgesetzt werden, laufen die Empfehlungen der politisch Verantwortlichen in Richtung Präservative und Einwegspritzen. Unbequeme Ratschläge werden leicht in den Wind geschlagen, es herrscht der Glaube, die Medizin werde bald ein Heilmittel gefunden haben. Die Zukunft wird zeigen, ob es gelingt, das Sozialverhalten vieler Menschen zu ändern.

Schlüsselwörter: Aidsinfizierte, Epidemie, Begleitursachen, Sozialverhalten

ABSTRACT

Asymptomatic HIV infected people pose public health and moral-political problems. The infected person is dangerous for others if they are sexually active. The rapid spread of AIDS is accompanied by numerous factors. Migration, indiscriminate and unconsidered sexual intercourse, spread and decriminalization of homosexuality, the use of anonymous blood products and an increasing rate of drug abuse. Promiscuity and abuse of drugs are, without discussion, taken for granted and those who are politically accountable recommend barrier contraception and single-use syringes. Discomforting advice is disregarded. It is maintained that a medical cure will be found shortly. The future will show whether changing social behaviour is successful.

keywords: People with AIDS, epidemic, associated factors, social behaviour

AIDSINFIZIERTE, die noch nicht erkrankten, sind ein gesundheitspolizeiliches und damit moralisch-politisches Problem, das mit hergebrachten Kategorien nicht ganz zu erfassen ist. Zeitweilige Isolierung, wie man sie von der „Quarantäne“ kennt, oder gar dauernde Isolierung (Ghettoisierung) erscheint nicht erfolgversprechend, selbst wenn man sie erzwingen wollte und könnte. Da die Aidsinfektion einer Person nicht an sichtbaren Symbolen/Symptomen festgestellt werden kann, ist schon die Deklaration des gegebenen Falles ein soziales Problem. Andererseits ist diese infizierte Person in der Tat gefährlich für andere – freilich nur, wenn sie sexuell aktiv wird oder andere intensive Kontakte hat, die zu Blutübertragung oder dergleichen führen. Möglicherweise begeht sie durch diese Aktivitäten eine Straftat. Jedenfalls nimmt ihr scheinbar privates sexuelles Handeln durch den Status der Infektion eine andere Qualität an. Wer von einer Endemie oder Epidemie befallen ist, hat (wie schon diese Worte, die mit „demos“ zusammenhängen, sagen) mit dem ganzen Volk zu tun. Im Falle von Aids wird die Epidemie nicht von unkontrollierbaren Massenerscheinungen (Luft, Wasser, Kleintiere, Nahrungsketten) ausgebreitet, sondern vor allem durch einzelne sexuelle Akte. Die Konsequenz ist, daß „der Demos“ über diese Akte mehr diskutiert als ihm sonst zusteht – er kann es schwerlich ignorieren, wenn in diesem letztlich nicht nur mikro- sondern auch makrosoziologisch bedeutsamen Bereich tödliche Krankheiten drohen. (Dies Bedrohtheitsgefühl wird oft „hysterisch“ genannt, hat aber guten Grund, wenn man an Ostafrika denkt, für das aus dem heutigen Aids-Befall nicht nur Dezimierung, sondern Ausrottung ganzer Populationen hochzurechnen ist.)

Die Angst vor einer massenhaften Infektion durch Aids-Viren beeinflusst heute die sexuelle Praxis, ohne sie radikal zu ändern. Das erinnert sehr an die Gefährdung der Vorkriegsgesellschaft durch die Syphilis, die freilich seit Jahrhunderten als solche bekannt war. Da man nach der Entdeckung des Syphiliserregers (1905) diese

Krankheit zunehmend eindämmen konnte, was allerdings nicht ohne rigorose Gesundheitspolizei und nicht ohne Strafandrohungen abging, waren die Geschlechtskrankheiten zuletzt kein moralisches und öffentlich-administratives Zentralthema mehr. Die schnelle Ausbreitung von Aids (vor 20 Jahren nur einigen Afrikaärzten bekannt) gehört zu den überraschenden Renormalisierungen, die die optimistische und erfolgreiche Zivilisation, in der wir leben, nicht gerne wahrhaben will: Man will weder an die ewige Wiederkehr der Übel glauben, noch will man mit der eigenen Ideologie der Evolution ganz ernstmachen, die ja eigentlich die Mutation der Viren, also auch das Auftreten neuer Krankheiten einschließt. Man tritt Aids ähnlich ineffektiv entgegen wie den moralischen Pestilenzen, die den zivilisatorischen Fortschritt begleiten: der Drogenmißbrauch, die Kinderkriminalität, die perversen Unsitten/Verbrechen, der pseudopolitische Terrorismus.

Begleitursachen

Begleitursachen der Ausbreitung von Aids, die noch vor 40 Jahren so nicht gegeben waren: Erstens die schnelle und unkontrollierbare menschliche Migration, einschließlich 'tours' und Geschäftsreisen, über den gesamten Globus hinweg (möglicherweise kam Aids aus Zentralafrika direkt nach Westeuropa, sicher schon vorher über Haiti nach Kalifornien, und letztlich in alle Kontinente). – Zweitens die Wahl- und Bedenkenlosigkeit des Geschlechtsverkehrs in der „hedonistischen“ Ausprägung, die heute neben die Prostitution und neben das romantische Abenteuer getreten ist.¹ Sie wurde durch die bekannten pharmazeutischen Verhütungsmittel ermöglicht und sie beruhte auf der trügerischen Sicherheit, Penicillin würde jede Ansteckung ausheilen. – Drittens die Ausbreitung und Entkriminalisierung der Homosexualität.² In Ausmaß und Akzeptanz vergleichbar ist wohl nur die Päderastie der vorchristlichen Antike (Dorer, Etrusker, Römer)

und dann des Vorderen Orients. – Viertens die alltäglich gewordene Verwendung von anonymen Blutkonserven, durch die ein neuer elementarer Kreislauf entsteht (er degradiert alle Blut-Mythen der Vergangenheit zu metaphorischen Reden), der aber Gefahren hat, die durch die verspätete Entdeckung aidskranker „Blutspender“ erstmals jedermann deutlich wurden – eine schlimme kasuistische Bestätigung sektiererischer Vorbehalte gegen klinische Transfusionen.³ – Fünftens muß man hinzufügen, daß der moderne Drogenkonsum „Beschaffungsprostitution“ erzeugt und daß er täglich zahllose unprofessionelle „invasive“ medizinische Akte impliziert: „Die Spritze“ ist das gemeinsame Utensil, auch der „Stoff“ ist pseudopharmazeutisch. Der Einbruch von Seuchen gerade über diese demoralisierte und physisch bereits geschwächte Subkultur war zu erwarten.

Späte Legitimierung eines barocken Präservativs

Die genannten Begleitursachen sind wohlge-merkt nicht die engste „Ätiologie“ der Aids-krankheit. Aber bei Epidemien muß man die Verknüpfung der Krankheit mit den Umständen ihrer Verbreitung zur Kenntnis nehmen, gleichgültig wie zufällig (kontingent) diese sein könnten. Politisch und ethisch unangebracht ist die Empörung, daß die statistische Definition entsprechender „Risikogruppen“ ein Angriff auf „Minderheiten“ und deren Sitten sei (die Beobachtung von Tatbeständen soll etwas wie ein fanatischer Akt der „Stigmatisierung“ von Aussenseitern sein). Im übrigen ist es mit dieser Stigmatisierung nicht allzu ernst: Die Politiker, die mit der Aufklärung über Aids befaßt sind, können mangels praktischer und moralischer Verfügungsgewalt nichts an den im zeitgeschichtlichen Kontext gegebenen Begleitursachen ändern. Also akzeptieren sie öffentlich jede Art von Sexualität, raten aber, Kondome zu benutzen, die beiden Partnern einen gewissen (nicht absoluten) Schutz bieten.

Als ob man nur auf die Gelegenheit gewartet hätte, moralischen Indifferentismus unter Beweis zu stellen, gewöhnte man sich schnell an, dies (englische) Wort in ermahnenden Ansprachen überdeutlich ins Mikrophon zu rufen. Werbefirmen schalten sich ein, auch Jugendlichen wird die Verwendung des altbekannten Schutzes angepriesen. Er scheint eine europäische Erfindung des 17./18. Jahrhunderts zu sein (bestand damals aus dem Blinddarm eines Hammels), gehört historisch jedenfalls in die Frühzeit der Empfängnisverhütung und der Vorsorge gegen Syphilis, hat also im Zeitalter der massiven pharmazeutischen Ovulationshemmer (euphemistisch „die Pille“) eher überraschend neuen Stellenwert erhalten. Aus dem Bereich der versteckten Usancen und der Pornosemantik ist er in den Bereich legitimer, ja empfohlener Gebrauchsgegenstände getreten.

Dabei hat sich die psychische Bedeutung des Kondoms sehr verstärkt, wie GLUCKSMANN in seinem Aids-Buch⁴ mit Recht betont hat. Er wird zur Verhütung der Fortpflanzung kaum benötigt, vielmehr dient er der Sicherung des persönlichen Überlebens, der Sicherung der gefährdeten „Immunität“ – seit Louis Pasteur schier die Hauptsorge Europas. Man empfiehlt ein generelles Mißtrauen, oder genauer gesagt: Man setzt allgemeine Promiskuität voraus, sodaß jedem Akt beiderseits schon andere vorausgegangen sein können, mit unüberschaubaren Implikationen. Die politischen Verantwortlichen verhalten sich hier in der Tat urpolitisch: Sie warnen dramatisch vor der Gefahr, zugleich aber versichern sie dem Publikum, daß es seine Verhaltensweisen nur ein klein wenig ändern müsse, durch Präservative, durch Einwegspritzen, wenn man nun einmal an Hero-in gewohnt sei.

Konfrontation mit dem Expertenwissen

Aids ist eine Infektion, die man zunächst nur mit Hilfe der Labormedizin diagnostizieren kann. Die Betroffenen oder Gefährdeten, wie auch die sozial Verantwortlichen, sind hier

also ganz in der Hand der Schulmediziner. Offensichtlich glauben sie ihnen, auch was die Wege dieser Infektion betrifft, und was die Prognose des weiteren Verlaufs betrifft. Am wenigsten können sie das Eingeständnis der Medizin bezweifeln, daß es keine durchgreifende Therapie gibt. Allerdings meint man, fordern zu können, daß ein Heilmittel gefunden werde, so wie im Falle der Syphilis das Salvarsan und später das Penicillin. Die volkstümlich gewordene anti-abergläubische Redensart der Mediziner: „Gegen den Tod ist kein Kräutlein gewachsen“ verschlägt nicht mehr. Man hat gegen jedes Übel „im Wettlauf mit der Zeit“ ein Heilserum zu finden, so wie Filmhelden im faustischen Labor das oftmals vorgemacht haben. Im Laufe eines Jahrhunderts sind aus den Heroen der „Mikrobenjagd“, der Immunisierung, der Chemotherapie – PASTEUR, KOCH, EHRLICH – Instanzen geworden, Drachentöter, die nicht versagen dürfen. Bis zur Stunde ihrer Siegesmeldung hört man auf ihre Warnrufe.

Oder auch nicht. Es liegt im Wesen der Menschen, unbequeme Warnungen in den Wind zu schlagen. Im übrigen kommen differenzierte Warnungen recht vergrößert beim Adressaten an. Viele Befragte meinen, man könne sich in Alltagssituationen mit Aids infizieren, so wie man eine Grippe einfängt.⁵ Das ordnet sich in andere Ängste ein, die durch die Rezeption von Expertenwarnungen entstanden sind: Radioaktive Strahlungen, Ozonbelastun-

gen, Lebensmittelvergiftungen, Verschmutzungen aller Art. Es mag sein, daß sich dadurch das Sozialverhalten vieler Menschen ändert, daß die über-offene Gesellschaft durch gewisse Rückzüge oder Ein-Nischungen verändert wird, durch einen Stil der Kontakt-Vermeidungen, wie er uns in gewisser Weise aus anderen Zonen der Kulturgeschichte ganz gut bekannt ist. Dies ist die Vermutung der Trierer Forschergruppe um Alois HAHN. Die Zukunft wird lehren, wie sich die Dialektik zwischen Leichtfertigkeit und Verängstigung entwickelt.

Referenzen

1. Die Unterscheidung von H.W.AHLMAYER zwischen matrimonialen, romantischen, hedonistischen, prostitutiven „Intimsystemen“ in: Ergebnisse sozialwissenschaftlicher Aids-Forschung Bd 10, Hsg.. Cornelia LANGE, Edition Sigma 1993, und ähnlich in Bd. 12, Hsg.. HECKMANN/KOCH, 1994.
2. Der italienische Skandalpublizist Suckert alias C. MALAPARTE, Die Haut, Karlsruhe 1950, Kap. 4 etc. ortete ein Vorwalten von Homosexuellen schon in europäischen Vorkriegsmilieus, dann in den Befreiungsbewegungen resp. unter dem alliierten Besatzungsregime.
3. Als Begründung dient gelegentlich das biblische Verbot „Blut zu essen“, 3.Mos.17, so in einem Brief ans dt. Bundesgesundheitsamt, zit. W.KIEFL, Sozialwiss. AIDS-Forschung, Regensburg. 1991, 73f.
4. André GLUCKSMANN, La felure du monde, 1994, deutsch: Der Stachel der Liebe, Zürich 1995, Artemis & Winkler.
5. EIRMBTER/HAHN/JACOB, Aids und die gesellschaftlichen Folgen, Frkf. 1993 (Campus Forschung Bd 704), 78-88.

Anthropologische, ethische und theologische Aspekte von AIDS

Andreas Laun

ZUSAMMENFASSUNG

Die vornehmlichen Übertragungswege von AIDS sind Sexualkontakte und Drogenkonsum. Die Frage, ob AIDS eine Strafe Gottes ist, löst meist Empörung aus! Eine Begriffsklärung von Strafe und Rache muß vorerst erfolgen. Gott straft nicht aus Rachsucht, sondern um den Verirrten heimzuführen. Strafe setzt auch Gründe voraus. AIDS-Kranke können, wie andere Kranke, deren Leiden in einer Beziehung zu ihrem eigenen vorangegangenen Verhalten steht, die Krankheit als Sühne annehmen und in einer Perspektive mit dem Kreuz Christi deuten. Das christliche Verhalten gegenüber AIDS läßt sich so zusammenfassen: Informationen und Vorschläge, um sich selbst nicht anzustecken. Dabei sind Enthaltensamkeit und eheliche Treue die wichtigsten Mittel gegen AIDS. Außerdem sind die Kranken aber mit besonderer Zuwendung und Liebe zu behandeln. In der unsagbaren vielschichtigen Not von AIDS entstehen so neue, ungeahnte Kräfte der Liebe.

Schlüsselwörter: AIDS, Strafe, Annahme des Leidens, Verhalten des AIDS-Kranken, christliches Verhalten gegenüber Kranken

ABSTRACT

The main routes of HIV infection are sexual contact and drug abuse. The question of whether AIDS is a punishment from God mostly arouses indignation. Firstly, a definition of punishment and revenge must be made. God punishes not out of a desire for revenge, rather to lead the lost back home. The concept of punishment assumes some reason for it. People with AIDS, and other ill people whose suffering has a relationship to their previous behaviour, can see their illness as an atonement and interpret it in the light of Christ's Cross. The Christian behaviour towards AIDS can be summarized as giving information and suggestions to prevent infection. Abstinence and marital fidelity are the most important ways to combat AIDS. Beside people with AIDS should be treated with particular care and love. In the indescribable and complicated AIDS crisis, a new and unexpected power of love comes into being.

keywords: AIDS, punishment, suffering, behaviour of the HIV infected, christian attitudes towards the sick

I. Die Fragestellung

Noch nie wurde ein Theologe gebeten, über Blinddarmentzündungen oder Schnupfen zu reden und sie „theologisch“ zu beleuchten! Daß eine Krankheit zum Thema der Theologie geworden ist,¹ hat zwei Gründe:

1. Ansteckung durch Homosexualität und Drogen

Im Unterschied zu fast allen anderen Krankheiten verbreitete sich diese Krankheit am Anfang in den meisten Fällen nicht „einfach so“, mehr oder weniger zufällig, sondern, wie manche sagten, „man holt sie sich“ und zwar vor allem durch ein bestimmtes, nämlich homo-sexuelles Verhalten, das von der katholischen Kirche als Sünde bezeichnet wird.² Für die Ansteckung genügt ein einziger sexueller Kontakt!³

Inzwischen hört man allenthalben, daß AIDS mehr und mehr auch durch hetero-sexuelle Kontakte verbreitet wird. Im Vordergrund des Bewußtseins aber steht immer noch die kausale Verknüpfung von homosexuellem Verhalten und der tödlichen Krankheit.

Ob homo- oder hetero-sexuell, die Krankheit betrifft vor allem jene gesellschaftlichen Gruppen, deren sexuelle Tätigkeit am deutlichsten die Grundsätze der sexuellen Revolution verkörpert, und stellt damit deren „Errungenschaft“ in Frage.⁴ Zwar versuchen manche Gruppen nachzuweisen, daß AIDS „alle angeht“ und jeden treffen kann, dabei handelt es sich aber um ideologisch diktiertes Wunschdenken. Sowohl die Ansteckungs-Mechanismen als auch die statistischen Unterlagen der WHO beweisen: Die Mehrheit der AIDS-Kranken kommt aus den klassischen Risiko-Gruppen.⁵

In Zukunft wird AIDS, meint KÜBLER-ROSS, die größte Sorge der Jugendlichen sein, und sie fährt fort: „Vielleicht müssen sie sich sogar buchstäblich zu einem zölibatären Leben entschließen, wenn sie vor AIDS sicher sein wollen. Der ganze sexuelle Lebensstil hat sich in den Vereinigten Staaten und in anderen Län-

dern bereits verändert und wird sich noch drastischer ändern...“.⁶ Das scheint nicht übertrieben, wenn man bedenkt: In manchen Ländern ist AIDS bei Männern zwischen 25 und 44 Jahren nach dem Unfalltod die häufigste Todesursache und steht auch bei den Frauen nach Krebs und Suizid an dritter Stelle.⁷

2. Theologische Fragen zu AIDS

a. AIDS – Strafe Gottes?

Aus all dem ergibt sich in besonders drängender Weise die uralte, immer wiederkehrende, dem menschlichen Denken sosehr entsprechende, aber im Kontext der Sexualmoral besonders bohrende und pikante Frage:

Ist AIDS eine Strafe Gottes? Könnte man nicht sogar die Heilige Schrift zitieren, die diesen Gedanken durch ein allgemeines Prinzip zu untermauern scheint: „Zur Strafe für ihre frevlerische Torheit, in die sie sich verirrt hatten, als sie vernunftloses Gewürm und armseliges Ungeziefer verehrten, sandtest du ihnen eine Menge vernunftloser Tiere: Sie sollten erkennen: Man wird mit dem gestraft, womit man sündigt“.⁸

b. Straft Gott, und wenn ja, wie?

Darin sind bereits einige andere, wirklich theologische Fragen enthalten:

Kann man überhaupt sagen, daß Gott straft, und wenn ja, in welcher Form? Läßt sich irgendein Unglück als „Strafe Gottes“ erkennen, vielleicht sogar so, daß wir berechtigt wären, es als solche Strafe zu verkünden? Gibt es ein Kriterium der Unterscheidung zwischen dem, was man gleichsam ein „normales Unglück“ nennen könnte, und einer „Strafe Gottes“?

c. Die kirchliche Sexualmoral als Nährboden der Diskriminierung?

Wieder eine andere Frage in diesem Zusammenhang lautet:

Ist die Qualifizierung von homosexuellem Verhalten, Promiskuität und Drogenkonsum als Sünde bereits der erste Schritt in Richtung einer Diskriminierung des AIDS-Kranken bzw. der Qualifizierung seiner Krankheit als „Strafe“? Denn, das läßt sich nicht leugnen, wenn homosexuelles Verhalten keine Sünde ist, dann stellt sich die Frage, ob AIDS Strafe sein könnte, nicht mehr in der gleichen Art und Weise, höchstens in dem allgemeinen Sinn, in dem man bei jeder Krankheit, jedem Unglück, jedem Todesfall so fragen kann.

d. Die Tödlichkeit der Erkrankung als Ursprung der Frage nach dem Warum. Wiederum: Ist AIDS eine Strafe Gottes?

Eine weitere Frage hängt nicht mit der Art der Übertragung von AIDS, sondern mit der Gefährlichkeit der Erkrankung zusammen: Denn immer, wenn Menschen unausweichlich vom Tode bedroht sind, stellen sie die Frage nach ihrer Endlichkeit, nach dem Sinn ihres Lebens, nach dem Warum. Das war früher so, als die Menschen machtlos der Pest ausgeliefert waren, und heute ereignet sich dasselbe mit AIDS, aber natürlich auch bei anderen Krankheiten mit tödlichem Verlauf. Auf der Ebene des Sinns, also jenseits der rein medizinischen Kausalitäten, denkt man unwillkürlich an die Geschichte mit dem Blindgeborenen im Johannes-Evangelium: „Wer hat gesündigt – er oder seine Eltern?“, fragen die Leute Jesus und bekommen darauf die rätselhafte, aber, was unsere Frage betrifft, klare und wegweisende Antwort: „Weder er noch seine Eltern haben gesündigt, sondern das Wirken Gottes soll an ihm offenbar werden“.¹⁰

e. Notwendigkeit der theologisch-pastoralen Klarstellung

Solange die damit gestellten Fragen nicht beantwortet sind, fehlt dem Dienst der Kirche an den AIDS-Kranken ein wesentliches Element. Was also ist die Botschaft des Evangeliums in Bezug auf AIDS (und jede andere schwere Erkran-

kung)? Was kann die Kirche den so Erkrankten sagen? Hat sie überhaupt etwas zu sagen – etwas, das einerseits entscheidend wichtig ist und andererseits weder vom Psychologen noch vom Therapeuten noch sonst jemandem gesagt werden kann?

II. Kurze medizinisch-empirische Beschreibung von AIDS

Bei AIDS handelt es sich um eine vor ca 15 Jahren erstmals beschriebene Krankheit, durch die das Immun-System des menschlichen Körpers zerstört wird. 1994 wurden rund 4,5 Mio AIDS-Fälle gemeldet. Weltweit sind etwa 19 Millionen Menschen mit HI-Virus infiziert.¹¹ Kommt die Krankheit zum Ausbruch, führt sie unweigerlich zum Tode. Übertragen wird AIDS durch die Körpersäfte (Blut, Urin, Sperma, Scheidensekret, Muttermilch) eines Erkrankten und zwar dadurch, daß diese in den Blutkreis eines anderen Menschen gelangen. Dies geschieht z.B. beim Geschlechtsverkehr in Verbindung mit einer auch nur geringfügigen Verletzung. Da die Verletzungsgefahr beim Analverkehr unvergleichlich höher ist als bei anderen sexuellen Verhaltensweisen, stellen die Homosexuellen ebenso eine besondere Risikogruppe dar, wie jene Drogenabhängigen, die unvorsichtigerweise die von einem Erkrankten bereits benützte Injektionsnadel verwenden und sich dadurch infizieren. Die Ansteckung mit AIDS kann allerdings auch durch eine infizierte Blutkonserve, durch die Muttermilch oder von der Mutter auf den Embryo im Laufe der Schwangerschaft übertragen werden: 30 – 50% der von AIDS-kranken Müttern geborenen Neugeborenen sind ebenfalls krank.

Auch wenn man AIDS mit anderen, schweren und unheilbaren Krankheiten vergleicht, nimmt es eine Sonderstellung ein: In ihrem äußeren Erscheinungsbild manifestiert sich diese Krankheit in anderen Krankheiten, nach wie vor führt sie unweigerlich zum Tode, durch den möglichen Zusammenhang mit Sexualität

im allgemeinen und mit Homosexualität im besonderen scheint sie den Betroffenen zu stigmatisieren und nicht zuletzt stellt sie höchste Anforderungen an die Umgebung, der die Sorge für den Kranken zufällt.¹²

III. Das theologische Problem: Ist AIDS eine Strafe Gottes?

1. Gedanken zur Empörung der Öffentlichkeit bei dem Gedanken, AIDS könnte Strafe Gottes sein.

Es ist durchaus der Mühe wert darüber nachzudenken, warum die Aussage, AIDS könnte eine „Strafe Gottes“ sein, solche Empörung auslöst, während doch die meisten Aussagen der Theologie von der Öffentlichkeit ganz und gar unbeachtet bleiben.

Neben durchaus legitimen und edlen Motiven, die aus der Nächstenliebe hervorgehen und von denen noch zu sprechen sein wird, gibt es für die übergroße Empfindlichkeit wohl zwei Gründe:

a. Rache oder „Strafe“?

Strafe wird sehr oft mit Rache verwechselt. Rache aber ist ihrem Wesen nach auf die bloß subjektive Befriedigung des Rächers bezogen und zwar unabhängig von der Gerechtigkeit. Darum ist es unmöglich, sich einen – im strengen Sinn des Wortes! – „rächenden Gott“ vorzustellen. Wer diesem Mißverständnis erliegt, wehrt sich berechtigtermaßen gegen den Gedanken, AIDS könnte eine „Strafe“, das heißt in seinen Augen eine „Rache“ Gottes sein.

Aber „Strafe“ im christlichen Sinn ist etwas ganz anderes: Sie zielt letztlich auf die Rückkehr in die Gemeinschaft ab und zwar auf Grund des als Sühne angenommenen Leidens. Ohne diese Annahme durch den Bestraften ist sie allerdings ihres tiefsten Sinnes beraubt. Worauf es hier aber ankommt, ist zu erkennen.

Die innerweltliche Strafe Gottes – hier ist nicht von der Höllen-Strafe die Rede, die noch einmal

etwas anderes ist! – ist ihrem Wesen nach immer „ein Übel und dennoch ein Gut“.¹³ In ihrer innersten Struktur gleicht sie der Vertreibung aus dem Paradies, die mit der Ankündigung des Heiles verbunden ist. Darum hat der Salzburger Erzbischof G. EDER recht, wenn er erklärend schreibt: „Wenn Gott straft, so tut er es nicht aus Haß und Rachsucht, sondern um die Verirrten heimzuführen, wenn nicht anders möglich, auch durch eine Geißel. Wie es ein heilbringendes Leiden (Christi) gibt, so gibt es auch heilende, heilsame Strafe“.¹⁴

Anders formuliert: Jemandem zu sagen, er sei AIDS-krank, und dies sei einfach so im Sinn eines grund- und sinnlosen Faktums, als Folge einer Kausalkette, angesichts derer man nur die Achsel zucken und „Pech!“ sagen kann, erfüllt den Betroffenen mit einer dumpfen Trostlosigkeit, die schlimmer gar nicht gedacht werden kann.

Wenn er aber seiner Krankheit irgendeinen Sinn zuordnen könnte – z.B.: indem er sie als „Strafe“ verstehen dürfte –, wäre dies zwar einerseits schmerzlich, andererseits aber auch tröstlich. Denn in der christlich verstandenen Strafe begegnet der Mensch Gott, der ihm zwar wehtut, gleichzeitig aber ihn zurückführen und heilen will.

Strafe unterscheidet sich damit einerseits von Rache, andererseits auch von einer sinnlosen, bloß negativ zu wertenden Folge einer Tat.

b. Strafe setzt Sünde voraus

Es gibt aber einen zweiten, tieferen Grund, warum sich der heutige Mensch so vehement wehrt gegen den Gedanken, AIDS könnte eine Strafe sein. Denn wer von „Strafe“ redet, hat natürlich an Sünde gedacht und damit an ein Tabu der Zeit gerührt! Prophetisch hat ja schon PIUS XII. gesagt, „daß die Sünde des Jahrhunderts der Verlust des Bewußtseins von Sünde ist“.¹⁵ Da aber weite Schichten unserer Gesellschaft den Gedanken, in ihrem Leben gebe es Sünde, kategorisch von sich weisen und darum auch dem Gedanken, Christus könnte sie von ihren Sünden erlöst haben, verständnislos gegenüberstehen, rührt die Rede von der Strafe an einen besonders empfindlichen Nerv.

In dem Begriff der Strafe steckt logisch die Behauptung von der Sündigkeit des Menschen, ein Stück Anklage also – und wer läßt sich das schon ohne weiteres gefallen!

c. *Autonomie-Anspruch des Menschen*

Jemandem zu sagen, es gebe einen Gott, der ihn und sein Tun richte, steht in einem krassen Widerspruch zur Ideologie von der Autonomie des Menschen, der nur das tut, was er für gut und richtig hält, der sich von niemandem und nichts dreinreden läßt und in diesem Sinn eine „Gewissensfreiheit“ proklamiert, die alles andere denn christlich ist. Folgerichtig wurde diese angebliche „Gewissensfreiheit“ von GREGOR XVI. als nicht katholisch zurückgewiesen.¹⁶ Diese nach wie vor gültige Lehrentscheidung hat das 2. Vatikanische Konzil durch die Proklamation der Gewissensfreiheit im Gegensatz zu Zwang in Fragen des Gewissens ergänzt und nicht, wie vielfach behauptet wird, widerrufen.¹⁷

Nun war aber die sogenannte sexuelle Revolution von eben dieser Ideologie getragen. Ihr galt: „What feels good, is good“, was zählt, ist das subjektiv Befriedigende. Alle sexuellen Verhaltensweisen sind damit in das Belieben des Menschen gestellt, solange sie nicht krank machen oder den anderen verletzen. Aber eine normierende Schöpfungsordnung, in der Natur des Menschen begründet, gibt es natürlich nicht.

AIDS stellt nun die Grundlagen dieser Revolution in Frage.

2. *Strafen Gottes in der Heiligen Schrift*

Nur ein richtiges Straf-Verständnis öffnet auch den Zugang zu dem strafenden Handeln Gottes im Alten und Neuen Testament.

Fest steht: An vielen, vielen Stellen der Bibel werden bestimmte, schmerzliche Ereignisse als Strafe gedeutet, die Gott über das störrische, sündige Volk verhängt hat. Man denke an den Sündenfall und die anschließende Vertreibung aus dem Paradies, die Strafdrohung, mit der Kain ge-

schützt wird, die Geschichte von der Sintflut, dem Turmbau von Babel, dem Untergang von Sodom und Gomorrha oder an die Ereignisse auf der Wanderung des Volkes durch die Wüste – um nur einige zu nennen. Auf Schritt und Tritt begegnet im Alten Testament der Gedanke des ebenso strafenden wie heilenden Gottes.¹⁸

Das Neue Testament bestätigt dieses Bild: Jesus hat Gott als liebenden, barmherzigen Vater gezeigt, aber er hat auch von einem Gott gesprochen, der die Sünde haßt, der den Guten belohnt und den Sünder bestraft. Immer wieder heißt es: Säumige, ihre Aufgabe nicht erfüllende Knechte, wird Gott strafen¹⁹ ebenso wie jene, die nicht bereit sind, wenn der Herr kommt²⁰ oder die seine Einladung überhaupt ignorieren.²¹ Viele andere Stellen, an denen vom Gericht und damit auch von der Strafe die Rede ist, lassen sich nennen.²²

Damit kein einseitiges Bild entsteht, sind drei Aspekte des Themas „Strafe“ ins Auge zu fassen, die im Alten Testament bereits erkennbar sind, im Neuen Testament aber noch deutlicher in den Blick kommen:

- Der strafende Gott ist noch mehr der Gott, der sich erbarmt und den das Böse, das er angedroht hat, „reut“. Das letzte Wort Gottes ist nicht Strafe, sondern Gnade.
- Der strafende Gott droht zwar mit der Strafe, aber er will, daß er die Strafe nicht einsetzen muß. Darin erweist sich einmal mehr, daß seine Gedanken nicht unsere Gedanken sind; oder diejenigen des Propheten Jona, der beleidigt reagiert, weil Gott die durch den Propheten angekündigte Strafe nicht ausführt, sondern glücklich ist, sich der Menschen und Tiere erbarmen zu können.
- Der strafende Gott straft und erbarmt sich nicht immer im Sinne der strikten Bezogenheit auf die guten und bösen Werke des einzelnen.²³ Gegenstand seines Handelns ist manchmal das Volk als ganzes. Sowohl die Strafe als auch das Erbarmen werden auf diese Weise Guten und Bösen zuteil, für den einzelnen oft unverdient! So etwa in dem Ringen Abrahams um die Schonung des Volkes um der 10 Gerechten willen!²⁴

Daraus folgt: An vielen Stellen kann man von „Strafe“ nur im uneigentlichen Sinn sprechen, d. h. nicht in dem heute üblichen Sinn des Begriffes.

3. Ist AIDS eine Strafe Gottes?

Den erläuterten, christlichen Sinn von Strafe vorausgesetzt, ist die Frage nochmals zu stellen: Ist AIDS, das in der Mehrzahl der Fälle durch homosexuellen Geschlechtsverkehr und Drogengebrauch übertragen wird, eine Strafe Gottes? Um Mißverständnisse zu meiden, könnte man hinzufügen: ... wenigstens in den Fällen, in denen die Krankheit in dem sündhaften Verhalten begründet ist? Wenn ja, müßte dies natürlich für *jede* schuldhaft erworbene Erkrankung gelten. Man denke an Syphilis, an Lebererkrankungen in Folge von Alkoholmißbrauch, an schwerwiegende gesundheitliche Folgen von Unfällen, die z.B. durch Leichtsinnszustände gekommen sind, und andere Leiden dieser Art.

Die Frage könnte man paradox so beantworten: Jede Krankheit (darum auch AIDS) und keine Krankheit (darum auch AIDS nicht) ist „Strafe Gottes“! Dies gilt es näher zu erläutern:

a. Jede Krankheit ist „Strafe Gottes“

Jedes Leid und jede Krankheit haben etwas mit der Sünde zu tun. So fern der Gedanke dem modernen Menschen liegen mag: Im Lichte des Glaubens ist das Leid, der Tod – so wie ihn der Mensch erlebt – und natürlich auch jede Erkrankung eine Folge der Sünde und damit auch Strafe für die Sünde²⁵. Auch Jesus erinnert an ein schweres Unglück mit mehreren Todesopfern und stellt einen Zusammenhang mit den Sünden der Menschen und ihrer ausstehenden Bekehrung her: „Ihr alle werdet genauso umkommen, wenn ihr euch nicht bekehrt“.²⁶ Paulus mißbilligt den unwürdigen Empfang der Eucharistie in der Gemeinde von Korinth und fährt fort: „Deswegen sind unter euch viele schwach und krank, und nicht wenige sind schon entschlafen.“ Gerade an dieser Stelle zeigt sich auch, was – christ-

lich gesehen – „Strafe“ Gottes ist: „Doch wenn wir jetzt vom Herrn gerichtet werden, dann ist es eine Zurechtweisung, damit wir nicht zusammen mit der Welt verdammt werden“.²⁷ Das deutsche Wort „Zurechtweisung“ trifft exakt ein wesentliches Element dessen, was christlich gesehen mit Strafe gemeint ist!

b. Keine Krankheit ist „Strafe Gottes“

Falsch wäre es aber – und hier berühren wir die eigentlich gemeinte, zentrale Frage –, wollte jemand aus der genannten Glaubenswahrheit eine direkte Entsprechung im Sinn einer „gerechten“ und angemessenen Strafe ableiten. Die eben dargelegte religiöse Sicht der Krankheit hat nämlich nichts mit der verführerischen Annahme zu tun, im Leben des einzelnen Menschen gäbe es eine direkte Entsprechung von Sünde und Krankheit, so daß man von der Schwere der Krankheit auf die Größe der Sündigkeit eines bestimmten Menschen schließen könnte. Bildhaft gesprochen: Jemand, der Schnupfen hat, wäre dann ein kleiner Sünder, was aber mag wohl der Nachbar getan haben, so daß er ins Spital gebracht werden mußte? Der von E. RINGEL zitierte Satz eines französischen Priesters „Die Gerechten brauchen sich nicht zu fürchten, aber die Bösen haben Ursache zu zittern“ ist aus mehreren Gründen problematisch!

Gegen die Annahme eines direkten Bezuges spricht

- erstens die Autorität Jesu selbst: Jesus weist diese Deutung der Krankheit im Gespräch über die Ursache der Blindheit eines „Blindgeborenen“ zurück.²⁸ Er stellt sich gegen den scheinbar so frommen Wunsch seiner Jünger, Gott möge die Sünder doch bestrafen, womöglich unmittelbar und vor ihren Augen: „Herr, sollen wir befehlen, daß Feuer vom Himmel fällt und sie vernichtet?“ fragen sie angesichts eines Dorfes, das Jesus und die Seinen nicht aufnehmen will. Jesus aber wies sie zurecht, heißt es bei Lukas.²⁹
- zweitens die Erfahrung: Gerade auch die AIDS-Problematik (aber nicht nur sie!) be-

weist schlagend, wie ungerecht diese Gleichung wäre: In Rumänien wurden viele Kinder angesteckt, weil die kommunistischen Machthaber die Gefahren vertuschten. Man denke etwa auch an die unzähligen und unglückseligen „Straßenkindern“ in den Ländern von Nord- und Südamerika, die sich weithin durch Prostitution am Leben erhalten: arme, unglückliche, mißhandelte und mißbrauchte Menschen – wieviele werden zu allem Überfluß angesteckt (auch mit AIDS natürlich), wieviele geraten ins Drogenmilieu! Wer möchte behaupten, diese Menschen werden von Gott bestraft und zwar mit dem besonders grausamen AIDS-Tod? Oder wie sollte man sich theologisch vorstellen können, daß der gütige und gerechte Gott den armen kleinen Strichjungen, der sich prostituiert, um zu überleben, so streng und unerbittlich verfolgt, den Waffenschieber, den Drogen-Dealer, den Mafioso, den korrupten Politiker, den Macho- oder Pascha-Ehemann hingegen ungeschoren läßt – wenigstens auf dieser Erde?

Man kann es nicht deutlich genug sagen: Eine solche Gleichung: „Größe des Leidens gleich Größe der Schuld“ ist einfach absurd,³⁰ auch ohne die Erinnerung an kerngesunde Verbrecher auf der einen Seite, schwerkranke Heilige und qualvoll leidende Kinder auf der anderen Seite! Schon der Psalmist³¹ beklagte das Mißverhältnis von Leid und Schuld und findet die Lösung dieser richtigen Frage nur durch den Blick auf das endgültige Schicksal der Bösen³². Dazu ist allerdings zu sagen: Auch diese Antwort ist eine Antwort des Glaubens, weil es für den menschlichen Verstand ein undurchdringliches Geheimnis ist, wie Gott etwa die Leiden eines gefolterten Kindes im Himmel wieder gutmachen kann – eine unbeantwortbare, ewige Frage aller, die an einen gerechten Gott glauben. DOSTOJEWSKI hat sie besonders eindringlich in seinen Brüdern Karamasov gestellt.

Der Mensch steht angesichts des nicht als Strafe zu erklärenden Leidens vor einem besonders dunklen Rätsel. Es wäre für ihn so befriedigend,

wenn die Gleichung aufginge. Dies beweist z.B. auf ihre Weise auch die Reinkarnationslehre, die wohl auch deswegen so viele Menschen anzieht: Sie macht das offenkundig unerklärbare Leid der Unschuldigen verständlich, indem sie es einer per definitionem nicht nachweisbaren Schuld in einem früheren Leben zuordnet und damit eine Scheinerklärung dieses Mysteriums an die Hand gibt.

c. Spirituelle Deutung der eigenen Lebensgeschichte

In deutlicher Abgrenzung von der eben zurückgewiesenen Fehldeutung mit ihrer oberflächlichen Gleichung „Krankheit gleich Sünde“ bleibt dennoch die spirituelle, persönliche Auslegung einer Erkrankung als „Strafe Gottes“ möglich:³³ Wenn einer, der sich auf Grund persönlicher Sünde eine bestimmte Krankheit (etwa: ein betrunkenen Autofahrer, der verunglückt und infolgedessen im Rollstuhl sitzt; ein Alkoholiker, dessen Leber kaputt ist; eine Frau, deren maßloses Bemühen um ihre Schönheit die Gesundheit ruiniert hat usw.) zugezogen hat, diese als „Strafe“ Gottes versteht und annimmt, ist diese Deutung legitim, solange er nur die Gleichung „Das Maß der Erkrankung und der Leiden ist Maßstab meiner Sünde“ vermeidet. Daß er selbst „schuld daran“ ist, mag die Türe sein, führt ihn aber zu einer tieferen Haltung der Christusbefolgung.

d. Die Annahme jedes Leidens, darum auch der AIDS-Erkrankung, als Sühne und damit als ein Teil der Christusbefolgung

Jeder Mensch sollte seine Krankheiten und die Übel, von denen er betroffen ist, in dieser Perspektive aus dem Glauben deuten lernen: als ein Leid, das in Verbindung mit dem Kreuz Christi in der Solidaritätsgemeinschaft der Kirche eine erlösende, die eigenen und fremden (!) Sünden wiedergutmachende Kraft hat. Dann gilt wirklich: „Auf dem Krankenbett wird der Herr ihn stärken, seine Krankheit verwandelst du in Kraft“³⁴.

Um diesen Satz nicht fehlzudeuten, ist zu beachten:

- Die sühnende Wiedergutmachung der Sünden durch einen Menschen ist immer nur in einem analogen Sinn möglich. Christus ist es, der die Sünden der Menschen wiedergutmacht, nicht unsere Leiden. Diese tragen zum Heil der Welt nur in Unterordnung und Abhängigkeit vom Kreuz Christi her bei: Um zu ergänzen, was am Leiden Christi noch fehlt, wie Paulus sagt, aber keineswegs um es zu ersetzen oder gar überflüssig zu machen: Sonst wäre ja Christus umsonst gestorben, hält Paulus einer solchen Pseudotheologie der Gerechtigkeit durch Werke entgegen.³⁵
- Diese Art des gläubig-spirituellen Umgehens mit Krankheit und Tod gilt selbstverständlich nicht nur für AIDS, sondern für *jedwede* Krankheit und *jedes* Unglück, das einen Menschen treffen mag.
- Die Deutung und Annahme des Leidens als „Sühne für die Sünden“ bezieht sich dabei immer auf *alle* Sünden, die jemand begangen hat. Konkret gesagt: Wenn der AIDS-Kranke sein Leiden in dem genannten Sinn annimmt, dann hat er an all seine Verfehlungen zu denken: an seinen Unglauben, an seine Herzenshärte, an seine Selbstgerechtigkeit und nur unter all diesen anderen, zum Teil viel schwereren Sünden auch an sein homosexuelles Fehlverhalten.
- Dieses Sühneleiden ist nur im Sinn der Teilhabe am Leiden Jesu zu verstehen. Darum bezieht es sich zwar auch, aber eben nicht nur auf die eigenen Sünden, sondern die Sünden der Welt. Zwar muß der Mensch zuerst an seine eigenen Sünden denken und erst dann an die der anderen. Aber weil er keine „Gewichte“ hat, seine Sünden gegen das Leiden abzuwägen, kann und soll er die „Anrechnung“ seines Kreuzweges für sich oder andere getrost in die Hand Gottes legen.
- Ob die eine oder andere Sünde das Leiden verursacht hat, ist bei dieser christlichen Antwort auf das Leiden zweitrangig. Es hat höchstens eine psychologisch-pädagogische Wirkung, indem es den Betroffenen zum Nachdenken

zwingt: Etwa wie den zur Rechten Jesu Ge-
kreuzigten, der in seiner selbst-verschuldeten
Qual an seine Sünden denkt, sein Leiden von
daher nicht als ungerecht empfindet und es
annehmen kann.

Aus all dem Gesagten ergibt sich aber auch:

- Wer von der „Strafe Gottes“ im Zusammen-
hang mit AIDS spricht, muß sich – wie bei
anderen heiklen Themen des Glaubens³⁶ –
der großen Gefahr des Mißverständnisses
bewußt sein, er muß seine Worte sorgfältig
abwägen und wissen, zu wem er spricht.³⁷
- Hält man sich aber den christlichen Begriff
der „Strafe Gottes“ in dem ausgeführten Sinn
wirklich vor Augen, sieht man sofort, daß die
Bezeichnung ‘Gottesstrafe’ für AIDS jegliche
Verachtung und Diskriminierung der Er-
krankten ausschließt. Durch die Rede von der
Strafe eröffnen sich vielmehr unerwartete
Perspektiven, „um das Leiden im Hinblick
auf eine Hoffnung zu leben, die über den Tod
hinausgeht.“ Mehr noch: Da die „Strafe“ sich
wie das Kreuz Christi auf die Sünden aller
bezieht, löst sie bei den anderen, deren Sün-
den mitgemeint sind, eine Haltung der beson-
deren Solidarität aus – einer Hilfe und Liebe
für denjenigen, der auch für „unsere“ Sünden,
die der Gesunden leidet!³⁸

IV. Homosexualität als Sünde und die Dis- kriminierung von AIDS-Kranken

Es wurde schon gesagt: Wenn es keine Sünde
gibt, dann auch keine Strafe. So gesehen ist die
Kirche mit ihrer Überzeugung, homosexuelles
Verhalten sei objektiv eine Sünde, tatsächlich
mit-„schuld“ an der Idee, es könnte eine „Strafe“
sein. Darum richtet man an die Kirchen die
Aufforderung: Hört auf, homosexuelles Ver-
halten als Sünde zu bezeichnen, denn dadurch
diskriminiert ihr diese Menschen und verstärkt
die soziale Ausgrenzung und Abstempelung
der AIDS-Kranken.

1. Moralische Bewertung von homosexuellem Verhalten und AIDS:

Daß AIDS besonders häufig durch homosexuelle Kontakte übertragen wird, hat mit der moralischen Qualität dieser Verhaltensweise nichts zu tun. Das sittliche Urteil über homosexuellen Verkehr als solchen ist unabhängig davon, ob dieser eine wie auch immer krankmachende Wirkung hat oder nicht. Dasselbe gilt naturgemäß für jede Form der Drogeneinnahme.

Diesem Gedanken könnte man hinzufügen: Es gibt viele, unvergleichlich schlimmere Sünden, die die Gesundheit keineswegs beeinträchtigen.

Außerdem: Homosexuelle Personen sind Menschen, die – wie andere Sünder auch! – neben und trotz ihres sexuellen Fehlverhaltens oft viele, großartige Haltungen an den Tag legen.³⁹

Man könnte höchstens sagen: Eine Sünde, die über ihre Sündigkeit hinaus andere oder auch den Sünder selbst in Gefahr bringt, wiegt, wenn dieses Risiko mutwillig in Kauf genommen wird, ceteris paribus schwerer als eine Sünde, bei der dies nicht der Fall ist.

2. Mißverständnis: Benennung der Sünde als Sünde – Form der Diskriminierung?

Bei dieser Argumentation spielt ein zeitgenössischer Irrtum eine große Rolle: Man macht gerne glauben, daß jedes Bewerten einer bestimmten Verhaltensweise als „Sünde“, als unvereinbar mit den Geboten Gottes ipso facto eine „Verurteilung“ bzw. eine „Diskriminierung“, jedenfalls ein Unrecht an jenem sei, der so handelt und dabei doch ein gutes Gewissen hat (wie in den meisten Fällen wohl vorschnell angenommen wird). Die Kirche, so meint z.B. auch K. KOCH, trage durch ihre „kirchenlehramtliche Sexualmoral“ – vielleicht ungewollt und unbewußt, aber eben doch – zur Ausgrenzung und damit zur Promiskuität der Homosexuellen bei.⁴⁰

Daraus folgert man: Die Kirche möge aufhören, Homosexuelle zu „verurteilen“ und zu „diskriminieren“.

Wer so redet, erliegt einem Mißverständnis. Dies läßt sich leicht zeigen, wenn man die glei-

chen Redewendungen auf andere Fehlverhalten anwendet: Soll die Kirche auch Apartheid, Rassismus, Macho-Mentalität, Ausbeutung nicht „verurteilen“ – nicht Sünde nennen? Soll sie endlich aufhören, die alten, unverbesserlichen Nazis zu diskriminieren, indem sie Antisemitismus nicht als das benennt, was er ist: eine schwere, himmelschreiende Sünde?

Die Kirche soll nicht zwischen „guten Sünden“, die sie nicht verurteilt, und „bösen Sünden“, die sie anprangert, unterscheiden, sondern sie kann und will überhaupt niemanden „verurteilen“, weder den, der homosexuell lebt, noch den Rassisten. Verurteilen soll sie homosexuelle Sünden und den Rassismus, in der gebührenden Abstufung natürlich! Allen will und muß sie, gelegen oder ungelegen, das Gebot Gottes verkünden. Barmherzig soll sie sein mit dem, der ausschweifend lebt, und auch mit dem Rassisten, nicht aber mit Ausschweifung und Rassismus.

3. Wider die Diskriminierung – die horizontale Aufgabe des Seelsorgers

Es empfiehlt sich, über den Begriff der Diskriminierung weiter nachzudenken:

Im Begriff „Diskriminierung“ ist das lateinische „crimen“ enthalten. Schon diese Herkunft weist auf die Bedeutung von „Diskriminierung“ hin. Eine solche liegt nämlich immer dann vor, wenn ein anderer Mensch mehr oder weniger wie ein Verbrecher behandelt wird, ohne daß es dafür einen legitimen Grund gäbe.

Zwei Formen der Diskriminierung sind zu unterscheiden:

- Im ersten, besonders grotesken Sinn wird jemand „diskriminiert“ aufgrund seiner Hautfarbe, seiner Herkunft, seiner Rasse oder sonst einer Eigenschaft, die entweder außerhalb seiner freien Entscheidung liegt oder sittlich gesehen absolut neutral ist. Diese Form der Diskriminierung ist wegen ihrer Widersinnigkeit besonders verwerflich.
- Zweitens liegt „Diskriminierung“ aber auch dann vor, wenn zwar irgendeine Schuld vorliegt, der Betroffene aber von Leuten schlecht behan-

delt wird, denen einerseits diese Pseudo-„Rechtsprechung“ und Verurteilung nicht zusteht und die andererseits unangemessene und aus illegitimen Motiven gespeiste „Maßnahmen“ gegen den Betroffenen setzen. Der Gedanke an die „Schuld“ des Betroffenen scheint im Bewußtsein der Diskriminierenden (die möglicherweise ihr gerütteltes Maß an Mitschuld haben!) alles zu legitimieren, was sie dem „Schuldigen“ antun – ohne zu merken, daß sie auf diese Weise ihre eigene Rücksichtslosigkeit und ihre Selbstgerechtigkeit bemänteln oder verdrängen. Solche Diskriminierung betrifft besonders leicht z. B. Haftentlassene, ledige Mütter, Rauschgiftsüchtige, Dirnen oder eben auch AIDS-Kranke, sofern man ihnen die Schuld an ihrer Krankheit, zu Recht oder zu Unrecht, zuschiebt.

Wie vielschichtig die Motive, die hinter einer bestimmten Diskriminierung stehen, sein können, zeigen anschaulich die Beispiele und Erlebnisse, die KÜBLER-ROSS gerade bezüglich AIDS-Kranker berichtet.⁴¹

Wenn solche Diskriminierungen innerhalb einer christlichen Gemeinschaft geschehen, nehmen sie möglicherweise in Anspruch, ihre Wurzel in einer besonderen Treue zur Bibel bzw. zu den Geboten Gottes zu haben, was ihre Entlarvung als Sünde besonders schwierig macht. Gegen sie aufzutreten, wo immer sie sich breitmachen und unter welchem Deckmantel sie sich auch verbergen, gehört zu den selbstverständlichen Aufgaben einer wahrhaft christlichen Kirche.

V. Das Verhalten des AIDS-Kranken: Rücksichtnahme

a. Schutz anderer Menschen

Der AIDS-Kranke hat natürlich die Pflicht, alles zu tun, um nicht andere Menschen anzustekken. Dies kann, so leidvoll dies für ihn auch sein mag, in einer konkreten Situation auch be-

deuten, daß er andere Menschen (und nicht nur den Arzt) von seiner Krankheit in Kenntnis setzt. Sullivan hat gezeigt, wie gerade diese selbstverständliche Forderung ideologisch unterlaufen wird, was nochmals zeigt, wie notwendig ein Umdenken bezüglich AIDS nötig wäre.⁴²

b. AIDS und Kondom-Verkehr

Rein technisch betrachtet stellen Kondome einen gewissen Schutz gegen AIDS dar. Hart und unmißverständlich ausgedrückt: Bei AIDS-Gefahr ist auch in der Sicht der christlichen Ethik ein kondom-geschützter Verkehr ein kleineres Übel als ein ungeschützter Verkehr⁴³, und das gilt selbstverständlich vor allem für den homosexuellen Analverkehr.

Von daher könnte man annehmen, es sei richtig, Kondome als den „einzig sicheren Schutz gegen AIDS“ zum Beispiel an Jugendliche gratis zu verteilen, wie dies in Österreich und anderen Ländern tatsächlich vorgeschlagen wurde.⁴⁴

So begrüßenswert es auch ist, wenn sich Politiker über die Bedrohung durch AIDS Gedanken machen, die vorgeschlagene Maßnahme und die entsprechende Propaganda ist abzulehnen, und zwar aus mehreren Gründen:

- Kondome sind kein sicherer Schutz gegen AIDS

Ob Kondome ein wirksamer Schutz gegen AIDS sind oder nicht, ist nicht eine Frage der Weltanschauung, sondern der empirisch-medizinischen Forschung. Die Schweizer Medizinische Wochenschrift⁴⁵ ist dem Thema in der internationalen Fachliteratur nachgegangen und zu folgendem Ergebnis gelangt: Die Annahme, Kondome seien ein sicherer Schutz gegen sexuell übertragbare Krankheiten entbehrt der wissenschaftlichen Grundlage. Zwar wurde eine Risiko-Minderung festgestellt, doch wird das Restrisiko von 13% bis 27% beziffert, wobei die Zahl 27 vor allem die jüngeren Anwender betrifft.⁴⁶ Gerade jungen Leuten zu sagen, Kon-

dom-Verkehr sei „sicherer Sex“, halten die Verfasser der Studie daher für besonders unverantwortlich, ein Münchner Gynäkologe spricht von „russischem Roulette“. Empfehlen könne man Kondome nur jenen Gruppen, die ihr Verhalten auf keinen Fall ändern – etwa Männern, die Prostituierte aufsuchen.

In die gleiche Richtung weist ein amerikanische Studie, bei der Paare untersucht wurden, bei denen einer der Partner infiziert war. Eine Gruppe hatte Sexualkontakt nur mit Kondomen, aber nach 15 Monaten erwiesen sich bereits 10% der zuvor gesunden Personen als angesteckt, sodaß man das Experiment schleunigst abbrechen genötigt war.⁴⁷

Daß Kondome keineswegs absolute Sicherheit bieten können, ergibt sich auch aus dem Vergleich mit dem Kondom als Verhütungsmittel: Die AIDS-Viren sind viel kleiner sowohl als die Poren des Kondoms als auch als die Spermazellen. Zur Schwangerschaft ist außerdem eine biologische Bereitschaft der Frau erforderlich, die viel seltener gegeben ist als die zur AIDS-Ansteckung nötige Kleinst-Verletzung der Schleimhaut. Daher wird trotz Kondom die AIDS-Infektion häufiger stattfinden als es zur einer Schwangerschaft kommt. Kondome als Verhütungsmittel haben aber einen Pearl-Index von 3, das heißt wenn 100 Paare mit Kondom verkehren, werden 3 davon innerhalb eines Jahres schwanger.⁴⁸ Daraus ergibt sich die bange Frage: Wie hoch wird wohl der „Pearl-Index“ bezüglich AIDS sein? Höher wohl auf jeden Fall!

Daraus folgt: Auch ein kondomgeschützter Verkehr ist höchst gefährlich und kann unmöglich als Akt der Liebe bezeichnet werden. Der Verzicht auf Geschlechtsverkehr ist in diesem Fall „eine Folge der Achtung vor dem Leben und der Rücksicht auf den Partner“.⁴⁹

-Kondom-Propaganda ist unverantwortlich

Propaganda für Kondom-Gebrauch (etwa: „Schutz aus Liebe“; „Safer-Sex“) ist unverant-

worlich, weil sie die Betroffenen in Sicherheit wiegt und zu einem sorglos-liberalen Sexualverhalten geradezu einlädt. Eine indirekte Steigerung der Ansteckungsquote ist die Folge. Wie kann man unter diesen Voraussetzungen von „gutem Schutz“ sprechen, wie es z. B. auch die Broschüre „AIDS geht alle an“ des österreichischen „Bundesministeriums für Gesundheit und Umweltschutz“ tut?⁵⁰ Denn es muß doch bezweifelt werden, daß der junge Leser die Einschränkung – guter Schutz nur bei einwandfreier Qualität des Kondoms und sachgemäßer Anwendung – wirklich mitliest. Vor allem: Warum nicht gleich das Endurteil: Angesichts dieser, oft und oft nicht erfüllter Bedingungen ist der Kondom kein guter Schutz?

- Verantwortung statt technischer Lösung

Über die genannten Fragen hinaus darf die eigentlich menschlich-moralische Dimension des AIDS-Problems nicht verschwiegen werden. Denn durch die Kondom-Verteilung und Kondom-Propaganda werden die Menschen zum Geschlechtsverkehr ermuntert. Das wiegt umso schwerer, wenn die Schulbehörden, also die öffentliche Autorität die Aktion deckt und trägt. Damit kapituliert die Pädagogik, und der Staat zeigt, wie schlecht er von den jungen Menschen denkt: Da ihr unfähig seid, mit euren sexuellen Wünschen verantwortlich umzugehen und ihr ohnehin mehr oder weniger promisk lebt, geben wir euch Präservative.

Die Erfinder dieser Pseudo-Lösung wollen offenkundig nicht zugeben, daß Triebverzicht zur selbstverständlichen Kulturleistung jedes Menschen gehört und natürlich in der Jugend grundgelegt werden muß. Sexuelle Antriebe zurückstellen zu können, gehört zur Liebe und damit zum Menschsein. Noch drastischer als andere Geschlechtskrankheiten zeigt AIDS: Triebverzicht ist nicht nur ein Element der Liebe, sondern ist auch zur Erhaltung der Gesundheit notwendig.

Nur von medizinisch-technischen Lösungen und nicht über die Veränderung des Verhaltens

zu sprechen, ist der falsche Weg. Damit wird die Chance vertan, auf Grund der Folgen einer bestimmten sexuellen Verhaltensweise die Frage nach ihrer Richtigkeit zu stellen. Das richtige oder falsche sexuelle Verhalten des Menschen ist aber nicht eine technische Frage, die man mit Gummis aus der Welt schaffen kann, sondern gehört in den Bereich der unersetzbaren, persönlichen Verantwortung und Entscheidung jedes einzelnen Menschen.⁵¹

Hinter der Propaganda für den Kondomschutz steht ohne Zweifel bei vielen ein ideologisches Interesse: Die Errungenschaften der „sexuellen Revolution“ dürfen nicht in Frage gestellt werden – koste es, was es wolle. Die Ideologie verbietet es, medizinisch rational vorzugehen, ja an manchen Orten weigerte man sich sogar, Informationen sammeln zu lassen, und wehrte sich gegen Tests bei Risikogruppen, wie dies bei anderen Krankheiten üblich ist.⁵²

Aber Krankheiten richten sich natürlich nicht nach dem behaupteten „Recht auf sexuelle Freiheit“, und es ist „sentimentaler Unsinn“, wie L. SULLIVAN richtig feststellt, zu sagen, es sei grausam, von einem armen Afrikaner auch noch den Verzicht auf sexuelle Promiskuität zu verlangen.⁵³

Angesichts von AIDS müßten auch die ewig Gestrigen des Jahres 1968 bereit sein, ihre heilige Kuh, nämlich die verabsolutierte Freiheit des Sex aufzugeben. Sie führt nicht nur in eine Sackgasse, sondern buchstäblich in den Tod.

Um Sackgassen zu entkommen, gibt es nur einen Ausweg, und das ist die Umkehr. Was wir brauchen, sind nicht Kondome, sondern die Besinnung auf Liebe, Treue und auch Enthaltensamkeit. Wir müssen endlich aussprechen, was alle wissen: AIDS wird man nicht durch Gummis und auch nicht nur durch medizinischen Fortschritt besiegen können. In erster Linie bedarf es eines Umdenken und einer Änderung des Verhaltens. Der Mensch darf nicht nur als Objekt behandelt werden, sondern er muß als Subjekt gesehen und in die Verantwortung gerufen werden.

Eine staatliche Kondom-Verteilung an die Jugend wäre überdies eine absolut unzulässige

Machterweiterung der Behörden auf Kosten der Eltern und der Steuerzahler. Sie würde es dem Jugendlichen noch schwerer machen, die Notwendigkeit von Triebverzicht einzusehen und entsprechend zu leben. Außerdem geht sie ganz sicher an der Realität vorbei: Anzunehmen, eine Gratis-Abgabe von Kondomen – als ob unsere Jugend zu wenig Taschengeld hätte und hierin das Problem bestünde! – würde zu einer wirklich spürbaren Reduktion der AIDS-Erkrankungen führen, ist weltfremd. Sie gaukelt vielmehr eine Sicherheit vor, die es so nicht gibt, und bewirkt, was sie vermeiden möchte, nämlich die Ansteckung. Damit kostet die Kondom-Propaganda und Verteilung aber nicht nur Geld, sondern Menschenleben. So billig ist die Lösung wirklich nicht zu haben. Gefragt ist nicht die Gummi-Industrie, sondern der Mensch, der sein Verhalten überdenken muß. Was wir brauchen, ist der Mut, die jungen Menschen darauf wieder neu anzusprechen – um des Menschen und um seiner Liebe willen.

VI. Der Dienst des Seelsorgers

Im Beitrag eines deutschen Krankenhaus-Seelsorgers, der sich mit den Phantasien und Ängsten der AIDS-Kranken konfrontiert sieht, heißt es: „Antworten als Seelsorger habe ich keine. Ich versuche nur, den Patienten in seiner Not nicht alleine zu lassen und darauf hinzuarbeiten, daß er Versöhnung mit sich selbst finden kann“.⁵⁴

Natürlich ahnt man, was der zitierte Priester meint und worin er auch ein Stück recht hat. Dennoch ist der Satz, wirklich beim Wort genommen, falsch und unchristlich: Von Gott ist keine Rede – weder als demjenigen, mit dem sich der Kranke (wie jeder andere Sterbende) versöhnen sollte, noch als realer Grund der Hoffnung!

Die Vertreter der Kirche sollen von Sozialarbeit, von Psychologie, von allen möglichen Wissenschaften, die dem Menschen helfen, eine Ahnung haben und lernen, soviel nur mög-

lich ist. Aber sie haben einen eigenen, unersetzbaren Beitrag zu leisten: Nicht mit dem Gold der Wissenschaft oder dem Silber der Sozialarbeit, so kostbar sie sein mögen, sondern vor allem anderen mit dem Wort Gottes und den Sakramenten Jesu Christi sollen sie helfen und sich dieser einzigartigen Aufgabe auch bewußt sein!⁵⁵ Wenn sie nur mit ihrem eigenen Menschsein beim Sterbenden bleiben, haben sie ihn in einer gewissen Weise eben doch in seiner Not „allein“ gelassen – sie, die Priester, die ihn zur Gemeinschaft mit Christus führen sollten! Dabei ist das Evangelium, das sie zu verkünden haben, nicht bloß „ihre Meinung“, neben der viele andere existieren, sondern es ist das einzige, wirklich erlösende Wort, das es gibt. Und außerdem: Im Sakrament der Buße wird der Mensch nicht „mit sich selbst“ veröhnt, sondern mit Gott!

Wie jeder schwer erkrankte Mensch soll sich der AIDS-Kranke seiner Situation stellen. Er muß lernen, seine bittere Lage im Licht des Glaubens als Kreuz zu sehen, das Gott ihm auferlegt und das es jetzt zu tragen gilt. Nur dadurch wird es ihm gelingen, nicht zu verbittern, sondern zu innerer Ruhe und Frieden zu gelangen. Auf Grund des unausweichlich letalen Ausgangs seiner Erkrankung ist er besonders verpflichtet, an den Tod zu denken – aber nicht, um dann in Depression zu verfallen, sondern immer nur in Verbindung mit dem Gedanken an die Auferstehung, an die Barmherzigkeit Gottes und an die erlösende Kraft jenes Sterbens, das aus der Hand Gottes angenommen wird.

VII. Das christliche Verhalten gegenüber AIDS und AIDS-Kranken:

1. Angst und Vorsorge

Naturgemäß hat die Umwelt eines AIDS-Kranken Angst. Selbstverständlich darf und soll sich jeder Mensch informieren, wie die Mechanismen

der Ansteckung funktionieren, um für sich und seine Angehörigen entsprechende Vorsichtsmaßnahmen ergreifen zu können. Diese legitime Sorge darf allerdings nicht in AIDS-Hysterie ausarten, auf Grund derer AIDS-Kranke ausgesperrt, in Spitälern nicht behandelt oder sonst der normalen Rechte eines kranken Menschen beraubt werden. Treffend hat R. SÜSSMUTH die Sache auf den Punkt gebracht mit ihrem vielzitierten Satz: „Wir müssen mit allen Mitteln die Krankheit bekämpfen, jedoch nicht die von AIDS betroffenen Menschen“.⁵⁶

Abzuwehren ist also einerseits ein gewisser, angeblich angstfreier Enthusiasmus, von dem manche Leute behaupten, er sei Folge, ja sogar eine Art Pflicht des christlichen Glaubens, wie andererseits jene Angst der Egozentrik, für die es nur ein Motiv, nämlich die eigene Sicherheit gibt, und zwar sogar unabhängig von den Auskünften der Wissenschaft. Auch hier gilt: Christen fürchten sich und sorgen sich – aber nicht so, wie die Heiden, die keinen Glauben und vor allem keine Liebe haben. Wer freilich in concreto „Christ“ und wer in diesem Sinne „Heide“ ist, läßt sich oft und oft nicht sagen! Gerade AIDS scheint in vielen Fällen ungeahnte Quellen der Kraft und der Liebe freizulegen, wie der Bericht von KÜBLER-ROSS in erschütternder Weise zeigt, und zwar gerade auch bei Menschen, denen die Umgebung gerade diese Liebesfähigkeit nicht zugetraut hätte!

Innerhalb dieses Rahmens von vernünftiger Sorge und liebender Zuwendung kann man dann auch das erschütternde US-Plakat zitieren, auf dem ein kleines Kind mit weit ausgestreckten Armen abgebildet ist und auf dem geschrieben steht: „Hab keine Angst, ich habe AIDS, ich tue dir nichts, komm und umarme mich“.⁵⁷

2. Enthaltensamkeit und Treue als wichtigstes Mittel gegen AIDS:

AIDS kann man zwar auch durch unglückliche Umstände oder irgendeine Schlamperei (infizierte Blutkonserven, versehentliches Benützen eines frisch infizierten Gegenstandes) bekommen, aber

immer noch stellen die Randgruppen der Homo- oder Bisexuellen und der Fixer bis zu 90% der AIDS-Kranken.

Das aber heißt umgekehrt: Wer nach den Geboten Gottes lebt und daher enthaltsam lebt oder nur ehelichen Geschlechtsverkehr pflegt, ist in Verbindung mit einer vernünftigen Sorgfalt praktisch sicher, nicht an AIDS zu erkranken: „Der sicherste Weg, eine Ansteckung zu verhindern, ist nicht der des Safer-sex, sondern sexuelle Enthaltensamkeit und Treue“.⁵⁸ Mehr noch: Treue ist nicht nur der sicherste Schutz vor AIDS, sondern zugleich auch der menschlichste, eben nicht von der bloßen Angst diktierte Weg, um eine Ansteckung zu verhindern. Unwiderlegbar ist also die Tugend das wirksamste Mittel gegen AIDS – ein Argument, das man schon früher in Hinblick auf die Geschlechtskrankheiten formuliert hat,⁵⁹ aber weder damals noch heute im großen Maßstab geholfen hat bzw. zu helfen scheint.

Wer diese Tatsache benennt, kann keineswegs beschuldigt werden, er wolle mit der Todesdrohung kirchliche Moral durchsetzen und aufzwingen.⁶⁰ Richtig daran ist nur: Man darf nicht darangehen, mit der AIDS-Angst zu irgendeiner Form der „Sexualverdrängung und -verdrängung zurückzukehren“.⁶¹ Aber dabei handelt es sich ohnehin um eine tautologische, sich selbst beweisende Aussage!

Hinter diesem Vorwurf steckt wohl nicht selten ein radikal falsches Verständnis der Gebote Gottes: Diese sind ja nicht irgendeine Meinung, die man wirklich nicht haben müßte, sondern sprechen Gesetze des Lebens aus. Wer daher auf die manchmal offenkundig katastrophalen Folgen der Sünde hinweist, hat nicht manipuliert, sondern etwas getan, das dem Menschen, um den es doch geht, zugute kommt.

Angst vor AIDS ist zwar keine moralisch hinreichende Motivation und sie begründet keine Ethik. Die vor-moralische Angst kann aber einerseits zu wirklich sittlichen Einsichten hinführen, andererseits bewirkt sie in nicht wenigen Fällen ein objektiv moralisches Verhalten,

das möglicherweise eines Tages auch von innen her nachvollzogen wird.

Aus der neuen Situation aber, die durch AIDS herbeigeführt wurde, ergibt sich die Aufgabe der Theologie, dem heutigen Menschen den inneren, menschlichen und religiösen Wert der vor- und außerehelichen Enthaltensamkeit – die die Ansteckungsgefahr mehr und mehr erzwingt! – zu erschließen.⁶² Wirklich überzeugen und motivieren wird den Menschen auf Dauer nur eine Ethik, in der sich alle „Du sollst“ und „Du sollst nicht“ als Konkretisierungen der Liebe ausweisen.

Wahr bleibt überdies: Wodurch immer es motiviert sein mag, das moralisch richtige Verhalten würde die Situation in kürzester Zeit tiefgreifend ändern können!

3. Zuwendung und Hilfe

Der AIDS-Kranke ist nicht anders zu behandeln als jeder andere Mensch, der an einer ansteckenden und gefährlichen Krankheit leidet. Angesichts der Ausnahmestellung von AIDS unter den Krankheiten bedarf der AIDS-Patient einer besonderen Zuwendung und begleitenden Liebe, die nicht nur den leiblichen, sondern vor allem auch den seelischen Leiden des Kranken gilt.

Sollte sich der Betroffene AIDS tatsächlich durch ein unmoralisches Verhalten zugezogen haben, ist es wie bei jeder anderen Sünde vor allem seiner freien Entscheidung anheimgestellt, ob er sich dem Seelsorger öffnet und gegebenenfalls sich bekehrt und beichtet. Umgekehrt ist es – wiederum: wie bei jeder anderen Sünde! – eine Frage der pastoralen Klugheit und des religiösen Taktgefühls, ob, wie und wann der Seelsorger oder ein anderer Mensch, der sich dazu in der Lage sieht, den Kranken auf diesen Aspekt seines Leben ansprechen kann.

Konfrontiert mit dem konkreten AIDS-Kranken gilt: „Wie jeder andere kranke Mensch hat auch der AIDS-Kranke ein Recht darauf, angenommen und betreut zu werden. Integrierender

Bestandteil einer solchen Hilfe ist eine liebevolle Gemeinschaft, die dem Kranken hilft, den Sinn seines Schicksals zu erarbeiten und den Kreuzweg seiner Krankheit zu Ende zu gehen.⁶⁴ Dabei darf derjenige, der sich – vor allem auch als Christ – um den AIDS-Kranken bemüht, damit rechnen, daß Gottes Gnade in den leidenden und sterbenden Menschen geheimnisvoll, aber besonders wirksam gegenwärtig ist.⁶⁴ Daher wird sein verbales oder non-verbales Wort von der Liebe Gottes und der Hoffnung öfters als bei den vielen gesunden Menschen auf fruchtbaren Boden fallen!

Zu allen Zeiten der Kirchengeschichte haben besondere Nöte auch besondere Antworten hervorgerufen. Vor allem wenn sich AIDS noch weiter ausbreiten sollte (was nach dem Stand der derzeitigen Erkenntnisse wahrscheinlich ist), sind die Christen besonders aufgerufen, auf dieses düstere Zeichen der Zeit die Antwort des Evangeliums, das heißt der Zuwendung und des Erbarmens zu geben. Die Schwestern der MUTTER TERESA (und andere Institutionen) haben Häuser für AIDS-Kranke eröffnet, und der Papst hat auf seinen Pastoralreisen solche Einrichtungen für AIDS-Kranke aufgesucht, sein „Rat für die Pastoral im Krankendienst“ hat eine große, interdisziplinäre Konferenz abgehalten. Zeichen sind gesetzt, erste Schritte getan. Aufgabe der Kirche und aller Menschen guten Willens wird es sein, in dieser Richtung weiterzugehen, um durch AIDS, wie KÜBLER-ROSS hofft, „die Lektion der bedingungslosen Liebe“ zu lernen.⁶⁵

Damit kommt nochmals eine paradoxe, letztlich über innerweltliche Perspektiven hinausführende Wahrheit in den Blick, die noch wichtiger ist als die theologisch legitime Frage nach AIDS als „Strafe Gottes“.

Wenn durch die unsagbare, vielschichtige Not von AIDS neue, ungeahnte Kräfte der Liebe in die Welt kommen, die schreckliche Krankheit also eine Bekehrung vieler Menschen am zentralsten Punkt ihres Lebens bewirkt, dann kann AIDS zum Segen für einzelne und für die ganze Menschheit werden: zu einer typischen „Strafe Gottes“, zu einer „Heimsuchung“ durch Gott also, die

dem Menschen wehtut, aber seinem Heile dient.⁶⁶ Dieser Gedanke verweist natürlich wieder auf das Kreuz, damit aber auch auf die Auferstehung.

Literatur

- I. APRIL K. und W. SCHREINER, Zur Frage der Schutzwirkung des Kondoms gegen HIV-Infektionen. In: Schweizerische Medizinische Wochenschrift Nr. 26, 1990, 972 – 977.
- II. APRIL K., Liebe ohne Angst vor AIDS. Ohne Ortsangabe 1991.
- III. APRIL K. u. a. in Medizinische Klinik „Sonderdruck“ Mai 1993.
- IV. BUTTIGLIONE, R., Ist AIDS eine Strafe Gottes? In: Dolentium hominum. Akten der vierten internationalen Konferenz. Leben: Warum? AIDS. 5. Jg. Nr. 13. Vatikan 1990, 159 – 164.
- V. DENZINGER H. – Schönmetz A., Enchiridion Symbolorum. 35. Aufl. Freiburg 1973.
- VI. DÖRING G. K., Empfängnisverhütung. 11. Aufl. Stuttgart 1988.
- VII. FUCHS O., Konsequenzen für den Dienst der Kirche. In: Materialdienst 26 des Seelsorge-Referats Rottenburg-Stuttgart: AIDS – eine Herausforderung an die Pastoral, März 1989, 23 – 48.
- VIII. JOHANNES PAUL II., Reconciliatio et Paenitentia. Rom 1984.
- IX. KOCH, K., Aids. Eine traurige Chance? Freiburg/Schweiz 1987.
- X. KÜBLER-ROSS, Elisabeth, AIDS. Herausforderung zur Menschlichkeit. Stuttgart 1988.
- XI. LAUN A., Fragen der Moralthologie heute. Wien 1992.
- XII. LIEBESWAR G., AIDS geht alle an. Hsg. vom Bundesministerium für Gesundheit und Umweltschutz. Wien 1986.
- XIII. MEVES Ch., Seuchenskandal. In: Medizin und Ideologie. 3/1995, 24 – 26.
- XIV. NIEDERMEYER A., Handbuch der Pastoralmedizin Bd. 1 – 6. Wien 1950 – 1953.
- XV. PIEPER J., Tod und Unsterblichkeit. München 1968.
- XVI. REITER, J., Aids – das Virus und die Moral. In: Stimmen der Zeit. 1987, 435 – 453.
- XVII. RINGEL E., Psychologische Gedanken zu AIDS. Hsg. von der Österreichischen AIDS-Hilfe. Wien, o. J.
- XVIII. SCHORBERGER, Erfahrungen aus der seelsorglichen Begleitung AIDS-Kranker. Materialdienst 26, März 1989, 49 – 58.
- XIX. SCHWIND J. (Hsg.), Betrifft: Aids. München 1988.
- XX. SULLIVAN L., Das Fiasko der AIDS-Erziehung. In: Medizin und Ideologie. 3/1995, 26 – 28.

Referenzen

1. Historisch gesehen ist die Fragestellung übrigens nicht ganz so neu, wie es scheinen mag: Bei Syphilis war eine ähnliche Situation gegeben, und es gab durchaus Stimmen, die die Entdeckung des Penicillins geradezu bedauerten, insofern damit diese „Strafe Gottes“ abgewandt werden konnte. In einer weniger beachteten, weil nicht von sexuellen Sünden verursachten Form stellt sich das Problem übrigens auch bei Leberkrankheiten als Folge von Alkoholexzessen – und vielen anderen Leiden, die sich der Mensch mehr oder weniger mutwillig-sündhaft zuzieht.
2. Dabei ist der Unterschied zwischen der „ungeordneten Neigung“ und dem sündhaften, homosexuellen Tun sorgfältig zu beachten. Vgl. das Schreiben der Glaubenskongregation vom 30. 10. 1986 Nr. 3.
3. Vgl. z.B. den erschütternden, von Kübler-Ross (Aids 39f) berichteten Fall!
4. Darauf hat BUTTIGLIONE (AIDS 160) besonders nachdrücklich hingewiesen.
5. Kathpress Info-Dienst 15. 1. 1995, 5.
6. KÜBLER-ROSS, AIDS 39.
7. Vgl. NZZ 5. 12. 1994.
8. Weish. 11, 17.
9. Pest, Lepra und andere Seuchen wurden von den Predigern immer auch als „Geißeln Gottes“ gedeutet. Ihre „Theologie des strafenden Gottes“ wäre jeweils näher zu erheben, und es ist zu vermuten, daß nicht alle Formulierungen einer kritisch-theologischen Prüfung standhalten können. Allerdings, das so entstehende Bild wäre nur dann vollständig und gerecht, wenn zugleich nach dem Verhalten der Kirche gegenüber den Pestkranken und Aussätzigen gefragt würde.
10. J 9, 1ff.
11. Vgl. WHO AIDS-Dokumentation vom 31.12.1994 Wkly Epidemiol Rec 1995; 70:5-8
12. Manche Männerorden in den USA verlangen bereits einen AIDS-Test und nehmen gegebenenfalls den Bewerber nicht auf und zwar u.a. auch wegen der zu erwartenden Kosten der Pflege! (Vgl. Ordensnachrichten 27. Jg. H 5 1988, 90).
13. Pieper, Tod, 78ff. Für das Fegefeuer allerdings gilt diese Beschreibung trotz aller geheimnisvollen Unterschiedenheit von innerweltlichen Leiden sehr wohl.
14. Brief vom 9. 1. 1990.
15. Vgl. JOHANNES PAUL II. Reconciliatio et Paenitentia 18.
16. Vgl. DENZINGER-SCHÖNMEITZ, Enchiridion Nr. 2730.
17. Vgl. dazu LAUN, Fragen 167.
18. So auch Josef WEBER (Professor für Spiritualität in Benediktbeuern) in seinem (unveröffentlichten) Vortrag, den er am 30. 1. 1990 in der Wiener Katholischen Akademie gehalten hat.
19. Lk. 12, 41ff.
20. Lk 13, 22ff.
21. Lk. 14, 15.
22. Vgl. Lexikon für Theologie und Kirche Bd. 10, Freiburg 1965, 699. – Angesichts der vielen biblischen Zeugnisse über den strafenden Gott sollte man sich von entstellten Jesus-Bildern hüten, die auch innerhalb der Kirche kursieren und nicht selten von Theologen, Katecheten und Predigern weitergereicht werden. Jesus hat einiges gesagt und getan, was die Menschen aller Zeiten in Verlegenheit bringt – wenn man seine Botschaft nicht partiell verdrängt!
23. Dies natürlich auch – etwa in der Saul-David-Geschichte.- Vgl. auch Ez. 18, 3 und Lexikon für Theologie und Kirche Bd. 10. Freiburg 1965, 698.
24. Gen 18, 22ff.
25. Röm 5, 12.
26. Lk 13, 5.
27. 1 Kor 11, 30ff.
28. Vgl. Jo 9, 1ff. Vgl. BILLERBECK II, 529: „Wer den Beischlaf vollzieht beim Licht einer Leuchte, bekommt epileptische Kinder.“ Oder: Beischlaf zur Zeit der Menstruation führt zum Aussatz der Kinder. Oder: „Eltern, die einen widerspenstigen Sohn vor den Ältesten verklagen, sollen zu den Gelehrten der Stadt sagen: Wir haben das Gebot Jahwes übertreten, deshalb ist uns dieser Sohn geworden, der aufsässig und widerspenstig ist, unserem Wort nicht gehorchend, ein Schlemmer im Fleisch und ein Weinsäufer.“
29. Lk. 9, 55.
30. Auf die „Abstrusitäten“, die sich aus dieser Sicht ergeben würden, hat auch Koch (Aids 44) hingewiesen. Von Aids als Strafe zu sprechen, sei, so führt er richtig aus, eine „mißverständliche und äußerst gefährvolle“ Sache, trotzdem aber „unabdingbar“, wenn es richtig, d. h. biblisch verstanden wird.
31. Ps. 39. Die gleiche Erfahrung kommt im Buch Kohelet 8, 14 zum Ausdruck.
32. Z. B. Ps. 37.
33. Wohl in diesem Sinn ist auch die Stelle zu begreifen, an der Jesus dem Geheilten sagt: „Jetzt bist du gesund; sündige nicht mehr, damit dir nicht noch Schlimmeres zustößt“ (J 5, 14). – Vgl. auch Fuchs, Konsequenzen 39: „Nach den Erfahrungen von Helfern und Seelsorger/innen sind AIDS-Kranke für religiöse Fragen wie auch darin für die Frage nach der Schuld oft übersensibel, was ihre Akzeptanzbereitschaft insbesondere für Denkfiguren des Verhältnisses von Tod und Sünde, von Krankheit und Schuld beträchtlich sein läßt.“ Allerdings ist die Rede von „Denkfiguren“ in diesem Kontext abwegig: Es geht um letzte, metaphysische Wahrheiten und nicht um „Denkfiguren“, die letztlich bedeutungslos wären!
34. Ps. 41, 4.
35. Gal 2, 21.

36. Man denke etwa an die Lehre vom Teufel, von der Hölle oder diejenige von der Prädestination oder, um ein Beispiel aus der Moral zu nennen, an die oft mißbrauchte Lehre vom „gerechten“ Krieg.
37. Man vergleiche etwa den Bericht von KÜBLER-ROSS (AIDS 36), wie dies dann in der Praxis danebengehen kann: „Sie konnte nicht zum Pfarrer oder in die Kirche ihrer Gemeinde gehen, weil man ihr sagte, daß AIDS eine Strafe Gottes sei und daß 'Leute wie sie' des Teufels seien und ihr Schicksal verdienten.
38. BUTTIGLIONE, AIDS 164.
39. Vgl. KÜBLER-ROSS, AIDS 20.
40. Vgl. KOCH, Aids 47.
41. Vgl. KÜBLER-ROSS, AIDS 16ff.
42. SULLIVAN, Fiasko 26 beruft sich auf eine Studie, die besagt: 1/3 von HIV-positiven Personen verheimlichte die Krankheit ihren Sexualpartnern. Sie vermutet, dieser Gewissensverlust sei die Folge einer falschen AIDS-Erziehung.
43. Ich denke hier an außer-ehelichen Verkehr mit Partnerwechsel und nicht an die schwerwiegende Frage, wie sich ein Ehepaar verhalten soll, bei dem einer der Partner HIV-positiv ist. Der italienische Moraltheologe L. CICCONE meint, die eheliche Liebe könne sogar in diesem Fall einen Verkehr trotz des hohen Risikos legitimieren. Auf diese Frage kann ich hier nicht eingehen.
44. Vgl. Presse 30. Juli 1992.
45. Vgl. APRIL, Frage 972.
46. Auch die Broschüre der Schweizer AIDS-Aufklärung (APRIL, Liebe 15) spricht von einem Restrisiko von ungefähr 10%, verursacht von defekten Kondomen, unsachgemäßer Anwendung, von oralem Verkehr und Zungenküssen! Wieso im Titel der Broschüre dennoch von „Liebe ohne Angst“ gesprochen wird, bleibt rätselhaft!
47. Vgl. Ch. MEVES, Seuchenskandal. Vgl. auch K. April „Sonderdruck“.
48. DÖRING, Empfängnisverhütung 56.
49. Bischof Klaus KÜNG lt. Kathpress 1.12.1989, 7. Wie hoch muß der Risiko-Faktor in diesem Fall sein, daß man sagen muß: Er ist zu hoch? Angesichts der Tödlichkeit von AIDS ist es unverantwortlich, wenn Ringel auf dieses Problem mit keinem Wort eingeht! – Gäbe es ein absolut sicheres Kondom, wäre zu prüfen, ob man es innerhalb der Ehe als therapeutisches Mittel im Sinn der Doppelwirkung einer Handlung und damit in Übereinstimmung mit der Lehre von „Humanae Vitae“ einsetzen könnte falls man nicht sagen muß, daß dadurch die eheliche Hingabe als solche auf der körperlichen Ebene nicht mehr ist, was sie sein sollte: Gabe an den Partner.
50. LIEBESWAR, AIDS 22.
51. Vgl. JOHANNES PAUL II. am 5. 9. 1991 an die Bischöfe Burundis: „Informieren, erziehen, aber nicht akzeptieren, daß das Problem ohne Rücksicht auf die Ethik behandelt wird, denn dann würde man den Ursprung dieses Übels weder verstanden noch bekämpft haben.“
52. SULLIVAN, Fiasko 28.
53. SULLIVAN, Fiasko 27.
54. SCHORBERGER, Erfahrungen 49.
55. Ob es eigene, spezialisierte AIDS-Seelsorger geben soll oder nicht, kann hier nicht diskutiert werden. Vgl. Kathpress 13. 2. 90 8a.
56. SCHORBERGER, Erfahrungen 58.
57. SCHORBERGER, Erfahrungen 50.
58. Reiter, AIDS 435 – 453. So auch E. RINGEL.
59. NIEDERMEYER, Handbuch Bd. 1., 342f.
60. Vgl. etwa FUCHS, Konsequenzen 44 und 47, wo er Piegsa angreift.
61. So E. RINGEL.
62. Vgl. u. a. SCHWIND, Betrifft: Aids 50.
63. BUTTIGLIONE, AIDS 163.
64. KÜBLER-ROSS (AIDS 20): „In diesen letzten Wochen oder Tagen hatten viele von ihnen Visionen und wurden einer Hilfe aus dem Jenseits gewahr. Und einige von ihnen schrieben unerhört tief sinnige Briefe, die uns angesichts einer solch echten Spiritualität beschämen sollten.“
65. KÜBLER-ROSS, AIDS 21. Vielleicht ist es nicht übertrieben zu sagen: Das Buch von Kübler-Ross ist gerade wegen dieser Botschaft, die sie an Hand erschütternder Beispiele belegt, der wichtigste Beitrag, der bisher zu diesem düsteren Thema erschienen ist.
66. Vgl. die großartige, bewegende Rede des Kardinal J. J. O'CONNORS (Dolentium hominum 25).

FOCUS

WIE EFFEKTIV SCHÜTZEN KONDOME VOR EINER HIV-ÜBERTRAGUNG?

Kurt APRIL, Rolf KÖSTER, Werner SCHREINER, Giovanni FANTACCI

ZUSAMMENFASSUNG

In vielen Aufklärungskampagnen wird das Kondom als das Hauptverhütungsmittel angepriesen. Die Autoren haben die Literatur bezüglich der tatsächlichen Effizienz von Kondomen, eine HIV-Übertragung zu verhindern, durchforscht. Studien über den Schutz von Kondomen gegen eine HIV-Übertragung sind mit methodischen Mängeln behaftet und die aussagekräftigsten Studien (Langzeitstudien mit monogamen, heterosexuellen HIV-diskordanten Paaren) werden präsentiert. Der Durchschnittswert des Kondom-Schutzfaktors aller Studien beträgt 5. Die Annahme, daß Kondome eine HIV-Übertragung effektiv verhindern, ist wissenschaftlich nicht erwiesen. Sicherere Präventionsmaßnahmen sollten an erster Stelle angeraten werden, wie: Monogame Beziehungen nicht-infizierter Partner; HIV-Tests und Beratung; vorsichtige Partnerwahl (die Vermeidung von Sexualkontakten mit HIV-infizierten Personen).

Schlüsselwörter: HIV-Übertragung, Kondome, Schutzfaktor, Prävention

ABSTRACT

In many prevention campaigns the condom is regarded as the central means of prevention. The authors reviewed the literature regarding the factual effectivity of the condom to prevent HIV transmissions. Studies on the protective effect of condoms against HIV transmissions are full of methodological insufficiencies and then the most expressive studies (longitudinal studies with monogamous heterosexual HIV-discordant couples) are presented. The median value of the protective factors of all studies was 5. The presupposition that condoms may effectively prevent HIV transmissions is not scientifically proven. Safer prevention means have to be recommended in the first place: monogamous relationships between partners who are not HIV infected; HIV-testing and counselling; and the careful selection of partners (i.e. to avoid sexual contacts with HIV-infected Persons).

keywords: HIV-transmission, condoms, protective factors, prevention

I. Einleitung

In einigen Ländern der Welt wird die Propagierung des Kondoms als der praktikabelste Weg einer Kampagne zur Primärprävention gegen Infektionen mit dem Human Immunodeficiency-Virus (HIV) betrachtet.^{19, 13, 66} Viele Ärzte und Laien fragen sich allerdings, ob das Kondom ein genügend sicherer Schutz vor einer HIV-Infektion ist, da es in der Fachliteratur nur als zweit- bis drittklassiges Verhütungsmittel gegen Schwangerschaft gilt.^{11, 56, 70} Auch vor der Übertragung der klassischen Geschlechtskrankheiten (STD, engl.: sexually transmitted diseases) schützt das Kondom nur unzureichend: Bei der Durchsicht der Literatur bezüglich der Schutzwirkung des Kondoms gegen STD zeigt sich, daß Kondome die Infektionsrate bakterieller STD etwa um den Faktor 2-10 herabsetzen.^{57, 67, 68, 76} Diese Schutzwirkung ist für virale STD nicht eindeutig nachgewiesen. (s. Tab. 1) Das Kondom ist also nur ein relativer Schutz vor STD. Aus diesem Grund wird zum Schutz des nichtinfizierten Partners während der infektiösen Phase der STD folgerichtig nicht das Kondom, sondern die sexuelle Abstinenz empfohlen.⁶⁷

Außerdem lassen sich die ungewollte Schwangerschaft oder die klassischen Geschlechtskrankheiten nicht ohne weiteres mit einer HIV-Infektion vergleichen: Die Präventionsmethoden zur Vermeidung von HIV-Infektionen müssen mit ihren Restrisiken vor dem Hintergrund einer Krankheit mit außergewöhnlich hoher Letalität und einer sehr langen infektiösen Phase beurteilt werden.⁷⁷ An Schutzmaßnahmen gegen HIV-Übertragungen müßten höhere Sicherheitsanforderungen gestellt werden als an Antikonzeptiva oder an Schutzmaßnahmen gegen andere STD.

Nach aktuellen Schätzungen der WHO⁷⁵ sind schon heute weltweit über 75% der HIV-Infektionen auf heterosexuellem Wege erfolgt. Es muß angenommen werden, daß auch in den westlichen Industrieländern dieser Übertragungsweg in Zukunft weiter an Bedeutung gewinnen wird.³⁷ Nach einer CDC-Studie haben sich von den HIV-

infizierten Patienten der STD-Kliniken in Miami/Florida 1990 bereits 55% auf heterosexuellem Wege angesteckt⁴⁸. Diese Zahlen zeigen, daß auch in der HIV-Prävention dem heterosexuellen Übertragungsweg eine zunehmende Bedeutung eingeräumt werden muß.

Anhand einer Literaturübersicht soll der heutige Wissensstand zur Effektivität des Kondoms als Schutz vor einer HIV-Übertragung referiert werden. Nach der Erörterung der methodischen Probleme stellen wir die Ergebnisse der aussagekräftigsten Untersuchungen, Studien mit monogamen heterosexuellen HIV-diskordanten Paaren, vor. In der Diskussion werden der Stellenwert des Kondoms in der HIV-Prävention und entsprechende individuelle Empfehlungen zur HIV-Prävention erläutert.

II. Methodische Überlegungen

Schon die Untersuchungen zur Wirksamkeit des Kondoms als Antikonzeptivum und zur Verhütung der „klassischen“ Geschlechtskrankheiten zeigen eine erhebliche Spannweite der Ergebnisse (s. Tab. 1). Darin offenbaren sich bereits grundsätzliche methodische Probleme, die bis heute nicht gelöst werden konnten. Diese und noch weitere methodische Schwierigkeiten treten auch bei der Untersuchung der Schutzwirkung des Kondoms zur Verhinderung einer HIV-Übertragung auf:

1. In vitro-Studien geben lediglich Aufschluß über die Material- und Produktionsqualität und darüber, inwieweit intakte Kondommembranen virusdurchlässig sind.
2. Angaben zur Häufigkeit der Kondomanwendung sowie zu Anwendungsfehlern beruhen nur auf anamnestischen Erhebungen und sind damit nicht objektivierbar. Zudem liegen meist keine Angaben zur Art des Kondomversagens vor (Beschädigungen durch falsches oder zu langes Lagern, Beschädigungen beim Auspacken oder Anlegen, Abrutschen des Kondoms, Zerreißen, fehlerhafte oder

Studiendesign Autor/Jahr	Probanden und Ort	untersuchte STD	Relatives Risiko (95% CI) durch Kondomgebrauch
MÄNNER			
Querschnittsstudien			
PEMBERTON 1972	Pat. STD-Klinik, Belfast	Gonorrhoe	0,51(0,33-0,80)
		nicht-gonorrholsche Urethritis	1,20 (0,90-1,59)
McCORMACK 1973	Collegestudenten, USA	urethrale T-Mykoplasmen-Besiedlung	0,33 (0,16-0,68)
BARLOW 1977	Pat. STD-Klinik, London	Gonorrhoe	0,2(0,11-0,59)
		nicht-gonorrholsche Urethritis	0,85 (0,69-1,07)
Kohortenstudien			
HART 1974	Australische Soldaten, Vietnam	Anamnestische Angabe v. STD	0,00
HOOPER 1978	Navy-Soldaten, Philippinen	Gonorrhoe	0,00
DARROW 1989	Pat. STD-Klinik, Kalfornien	Gonorrhoe	0,34 (0,10-1,13)
FRAUEN			
Querschnittsstudien			
OBERLE 1989	Nachkontrollen Fallkontrollstudie Cervix-Ca, Costa Rica	Herpes 2-Virus AK	0,60(0,40-0,80)
Fallkontrollstudien			
AUSTIN 1984	Pat. STD-Klinik, Alabama	Gonorrhoe	0,87 (0,64-1,19)
SYRJANEN 1984	Pat. Frauenklinik, Finnland	Zervikale HPV-Infektion	1,35 (0,72-2,78)
ROSENBERG 1992	Pat. STD-Klinik, Colorado	Zervikale Gonorrhoe	0,66(0,52-0,84)
		Vaginale Trichomoniasis	0,70(0,55-0,89)
		Zervikale Chlamydieninfektion	0,97(0,60-1,57)
		Bakterielle Vaginose	1,11 (0,86-1,45)
KELAGHAN 1982	Klinikpat., USA	Adnexitis	0,6 (0,4-0,9)
CRAMER 1987	Pat. Fertilitätssprechstunden, USA	Tubeninfertilität	0,70 (0,50-1,10)
Kohortenstudien			
CAMERON 1991	Prostituierte, Pat. STD-Klinik, Kenia	Genitalulzera (bezgl. HIV-Infektionen korrigiert)	0,18(0,10-0,88)

Tabelle 1: Wirksamkeit der Kondome zur Prävention von STD. (Nach Cates und Stone 1992 [76], Lit. s. dort) Das relative Risiko wurde als Quotient aus der Infektionsrate der Kondombenutzer und der Infektionsrate der ungeschützt Verkehrenden errechnet. (CI = Vertrauensintervall, STD = Geschlechtskrankheiten, HPV = Human papilloma virus)

- „vergessene“ Anwendung bei sexueller Erregung und insbesondere unter Alkohol- bzw. Drogeneinfluß).
3. Da die Letalität der HIV-Infektion sehr hoch ist, verbieten sich aus ethischen Gründen gewisse Untersuchungen, z.B. eine prospektive Vergleichsstudie mit Probanden, die mit und ohne Kondome sexuelle Beziehungen mit

- HIV-Infizierten unterhalten. Schon in Gebieten mit sehr hoher HIV-Prävalenz erscheinen solche Studien ethisch problematisch.⁵⁰
4. Um die Schutzwirkung von Kondomen genau bestimmen zu können, müßten potentielle Nebenübertragungswege – etwa durch Zungenküsse^{32, 53, 53a, 58, 61} oder Cunnilingus^{20, 45, 54} – ausgeschlossen werden.

5. Zur Diagnose einer HIV-Infektion verfügen wir über Antikörpertests mit hoher Sensitivität und Spezifität. Allerdings besteht eine gewisse Unsicherheit bei der Diagnosestellung wegen der Möglichkeit serologisch stummer Infektionen zu Beginn der HIV-Infektion. Unklarheit herrscht über die Länge der Serokonversionszeiten. Einige der Berichte über z.T. jahrelange Serokonversionslatenzen – vor allem aufgrund von Untersuchungen mittels der Polymerase chain reaction (PCR)^{1, 28, 33, 52, 74} – wurden später wieder relativiert.^{34, 63} Gerade bei der Inokulation kleiner Virusmengen – wie z.B. bei sexueller Übertragung – kann vermutet werden, daß die Bildung von Antikörpern länger dauert.^{28, 29, 31, 42}
6. Verlässliche Studien zur Frage der Schutzwirkung des Kondoms vor HIV-Infektionen müßten sich über viele Jahre erstrecken (vgl. Punkt 5. und 8.) und mit dem Zeitpunkt des ersten sexuellen Kontaktes mit einem HIV-Infizierten beginnen.
7. Häufig werden Populationen mit Risikoverhalten untersucht, wie z.B. Prostituierte oder andere Menschen mit hoher Promiskuität. In der Regel weiß man aber nicht, ob und mit wie-

vielen HIV-Infizierten sie sexuellen Kontakt hatten. Ein negativer HIV-Test der Indexperson kann also allein darauf zurückzuführen sein, daß gar kein Kontakt mit Infizierten stattgefunden hat. Dem Kondom würde dann fälschlicherweise eine Schutzwirkung attestiert. Diese Einschränkung gilt vor allem in Gebieten mit niedriger HIV-Prävalenz.

8. Die Infektiosität eines HIV-Infizierten ist schwer zu bestimmen und ändert sich im Verlauf der Infektion. Es ist bis heute noch ungeklärt, warum es Menschen gibt, die sich durch einen einzigen Sexualkontakt ansteckten^{7, 51, 65} und andere, bei denen nach 8 Jahren regelmäßigem sexuellen Kontakt mit einem HIV-Infizierten noch keine Ansteckung stattgefunden hat.²⁸ Eine Rolle spielt wahrscheinlich, daß es unzählige Varianten des HIV gibt, die sich auch in ihrer Infektiosität unterscheiden. Eine Hypothese, für deren Richtigkeit viele Hinweise vorliegen, besagt, daß sich das HIV intra-individuell laufend verändert und im Laufe der Zeit Mutanten mit höherer Infektiosität entstehen. Außerdem scheint die Infektiosität vom Ausmaß der Virämie abzuhängen,³⁹ so daß wahrscheinlich in den meisten Fällen eine

Autor/Jahr	Probanden	Art des Sexualkontakts	Zahl der Kontakte	Ergebnisse
RICHTERS 1988 [55]	4 Prostituierte w 30 Prostituierte m	Vaginalverkehr	605	0,8% gerissen
		Analverkehr	664	0,5% gerissen
GØTZSCHE 1988 [24]	25 Prostituierte w 15 Personen vom Pflegepersonal m/w	Vaginalverkehr	250	5% gerissen
		Vaginalverkehr	135	
GOLOMBOK 1989 [22]	42 Homosexuelle m 44 Homosexuelle m	Analverkehr	818	3,7% gerissen
		Analverkehr	ca. 800	3,8% abgerutscht
TINDALL 1989 [71]	ca. 350 Homosexuelle m	Analverkehr	?	5-7% gerissen
DE VINCENZI 1991 [10]	Heterosexuelle m/w Prostituierte w Homosexuelle m Heterosexuelle m/w	Vaginalverkehr	3401	1,8% gerissen
		Vaginalverkehr	4768	0,8% gerissen
		Analverkehr	1617	5,1% gerissen
		Analverkehr	246	7,3% gerissen

Tabelle 2: In vivo-Studien zur Häufigkeit des Zerreißens oder Abrutschens von Kondomen.
(m = männlich, w = weiblich)

initial hohe Infektiosität (Virämie ohne Antikörper) nach der Bildung von Antikörpern von einer Phase niedriger Infektiosität abgelöst wird, um im weiteren Verlauf mit zunehmender Virämie und sinkender CD4⁺-Zellzahl wieder anzusteigen.^{25, 29, 30, 41, 44, 60, 73}

Aus diesen Überlegungen läßt sich schlußfolgern, das die methodisch zuververlässigsten Studien zur Schutzwirkung des Kondoms vor HIV-Übertragungen Verlaufsuntersuchungen mit monogamen heterosexuellen HIV-diskordanten Paaren sind, weil

- der Serostatus des Sexualpartners bekannt ist,
- bekannt ist, daß jeweils nur ein Sexualpartner vorhanden ist,
- die Angaben des einen Partners durch die anamnestischen Angaben des anderen Partners erhärtet werden,
- die anamnestischen Angaben bezüglich des Sexualverhaltens und der Kondombenutzung zuverlässiger sind als bei Menschen mit hoher Promiskuität und
- das Stadium der HIV-Infektion des Sexualpartners häufig bekannt ist, wodurch indirekte Hinweise auf die Infektiosität vorlägen.

III. Kondome als Schutz vor einer HIV-Übertragung

Die Schutzwirkung des Kondoms muß auf zwei Ebenen untersucht werden: 1. Wie hoch ist die Kondomqualität *a. in vitro*, d.h. unter Laborbedingungen und *b. in vivo*, d.h. in der praktischen Anwendung? 2. Wie gut schützt die regelmäßige Kondomanwendung vor HIV-Übertragungen?

1. Studien zur Qualität des Kondoms

In vitro-Studien liefern Informationen zur Materialqualität. In vivo-Studien ermöglichen zusätzlich Aussagen zur Häufigkeit von Anwendungsfehlern und über die Kondomgüte bei der praktischen Anwendung.

a. In vitro

Einige in vitro-Studien zeigen, daß Latex-Kondome für HIV und andere STD-Erreger undurchlässig sind.^{5,8} Diese Resultate wurden u. a. auf der V. Internationalen Aids-Konferenz im Juni 1989 in Montreal wieder in Frage gestellt, nachdem nachgewiesen worden war, daß selbst Markenkondome unter physiologischen Bedingungen (6 von 69 Kondomen) für Partikel (Microspheres) von der vielfachen Größe des HIV durchlässig sein können.²⁷ GORDON²³ kommt zum Schluß, daß die bisherigen Kondomprüfmethoden nicht ausreichen, um die Durchlässigkeit für Viren auszuschließen.

Kondome werden routinemäßig elektronisch auf Löcher und mit Berstversuchen auf ihre Reißfestigkeit geprüft. In den USA und der Schweiz, wo vergleichsweise sehr strenge Anforderungen an die Qualität der Kondome gestellt werden, werden Kondome zugelassen, bei deren Prüfung maximal eines von 250 platzt.⁵ Somit können schon die Material- und Produktionsfehler im Bereich von einigen Promille liegen.

b. In vivo

Die Versagerquote des Kondoms in der praktischen Anwendung setzt sich aus Anwendungsfehlern und Materialfehlern zusammen. Eine Unterscheidung zwischen diesen Faktoren in der Praxis ist nicht möglich. Bei ungeübten Kondombenutzern spielt die falsche Anwendung eine erhebliche Rolle. In Tab. 2 werden Studien angeführt, die die Versagerquoten bei geübten Kondombenutzern untersucht haben. Eine breit angelegte amerikanische Untersuchung zur Effektivität von verschiedenen Kontrazeptiva zeigte folgendes: Die Versagerrate (ungeplante Schwangerschaft) bei Jugendlichen im ersten Jahr der Kondomanwendung betrug 15%, während bei geübten Kondombenutzern die Versagerrate bei 2% lag.⁵⁶ Die Versagerquote scheint auch bei Menschen, die we-

gen hoher Promiskuität und häufiger Sexualkontakte überdurchschnittliche Übung in der Kondombenutzung haben, nicht wesentlich unter 1% gesenkt werden zu können.

2. Der effektive Schutz vor HIV-Übertragungen durch Kondomanwendung

Die verlässlichsten Studien zur Bestimmung der Schutzwirkung des Kondoms gegen HIV-Übertragungen sind Untersuchungen mit monogamen HIV-diskordanten Paaren. In Tab. 3 sind die Studien angeführt, die diesem „idealen“ Studiendesign am nächsten kommen. In vier der vierzehn Untersuchungen (FISCHL 1987, FISCHL 1988, MOORE 1991, SARACCO 1993) werden jeweils drei Gruppen HIV-diskordanter monogamer Paare miteinander verglichen: Sexuell abstinenten Paare, regelmäßige Kondombenutzer und Paare mit ungeschütztem Geschlechtsverkehr. In neun Untersuchungen werden nur Kondombenutzer mit Nichtkondombenutzern verglichen. Eine Studie (KAMENGA et al.) gibt lediglich die Serokonversionsrate aller Studienteilnehmer ohne weitere Aufschlüsselung an.

a. Sexuell abstinente Paare

Bei sexuell abstinenten HIV-diskordanten Paaren lassen sich in allen Studien, die hierzu Angaben machen, keine Serokonversionen beobachten. Der Anteil der Paare, die sich nach Mitteilung der Diagnose einer HIV-Infektion dauerhaft zur sexuellen Abstinenz entschlossen, lag bei 11-25%. Diese Zahlen stimmen kulturübergreifend für die Studiengruppen in den USA, Europa und Afrika überein.^{17, 18, 46, 47a, 35}

b. Kondomanwender

Bei den regelmäßigen Kondombenutzern finden sich Serokonversionsraten zwischen 0% und 22% bei Beobachtungszeiträumen zwi-

schen 6 Monaten und 3 Jahren. Ein direkter Zusammenhang zwischen der Dauer des Beobachtungszeitraumes und der Serokonversionsrate läßt sich nicht herstellen.

c. Paare mit ungeschütztem Geschlechtsverkehr

Die Serokonversionsrate der Paare mit ungeschütztem Geschlechtsverkehr liegt zwischen 0% und 86%. Auch bei diesen zeigt sich kein Zusammenhang zwischen Beobachtungsdauer und Serokonversionsrate.

d. Der Schutzfaktor

Zur Berechnung eines Schutzfaktors durch Kondomanwendung muß die Serokonversionsrate der Paare mit ungeschütztem Geschlechtsverkehr durch diejenige der Kondomanwender dividiert werden. Bei zwei der vorliegenden Untersuchungen^{41,47a} liegen Angaben zur Zahl der Sexualkontakte und zur Infektiosität der Partner vor. Eine Berechnung der Schutzfaktoren kann nur mit Vorbehalten erfolgen. Tabelle 3 zeigt, daß die regelmäßige Verwendung von Kondomen beim Geschlechtsverkehr bei HIV-diskordanten Paaren in 10 von 14 Studien zu einer Verminderung des HIV-Übertragungsrisikos führt. Der Schutzfaktor der hier zitierten Studien liegt im Bereich zwischen 1 (kein Unterschied der Serokonversionsrate zwischen Kondomanwendern und Nicht-Kondomanwendern) und > 10 (für die Studien, in denen bei Kondomanwendern im Gegensatz zu den Nicht-Kondomanwendern keine Serokonversionen auftraten). Der Medianwert dieser Schutzfaktoren für alle Studien ist 5.

e. Akzeptanz der Kondome

Bei 8 der 14 Studien läßt sich der Prozentsatz der Paare errechnen, die häufig oder immer (> 50%) Kondome verwendet haben. Bei den drei Multi-center-Studien mit hoher Probandenzahl^{9, 41, 47a} verwendeten 12%, 15%, bzw. 50% der Paare bei

Autor Jahr	Untersuchungen	Kondom- gebrauch	Infektionen der Partner	%	SF
FISCHL 1987 [17]	HIV-AK-Serokonversionen bei 32 Partnern von HIV-Infizierten in 15 Monaten	abstinert mit ohne	0/8 1/10 12/14	0% 10% 86%	9
FISCHL 1988 [18]	HIV-AK-Serokonversionen bei 58 Partnern von HIV-Infizierten	abstinert mit ohne	0/13 3/23 14/22	0% 13% 64%	5
LAURIAN** 1988 [39]	HIV-AK-Serokonversionen bei 31 Partnerinnen von HIV- infizierten Hämophilen (1985-87)	mit ohne	0/14 3/17	0% 17%	>10
SMILEY 1988 [64]	HIV-Antigen-Test oder Virus- anzüchtung bei 18 Partnerinnen von HIV-infizierten Hämophilen	mit ohne	1/9* 2/9	11% 22%	2
LAWRENCE 1989 [40]	HIV-AK-Serokonversionen bei 38 Partnerinnen von HIV- infizierten Hämophilen (1984-87)	immer selten ohne	1/7 1/6 3/25	14% 17% 12%	1
FELDBLUM 1990 [15]	HIV-AK-Serokonversionen bei 85 Partnern von HIV- Infizierten in 1/2 Jahr		halbjährliche Serokonversionsrate: 9,4% (bei 73% Kondomgebrauch) 10,5% ohne Kondombenutzung		?
HEWLETT** 1990 [28]	PCR-Resultate bei 26 Partnerinnen von HIV- infizierten Hämophilen (1985-89)	mit ohne	2/9 14/17	22% 82%	4
FELDBLUM 1991 [16]	HIV-AK-Serokonversionen bei 98 Partnern von HIV- Infizierten in 13 Monaten		Serokonversionsrate: 3,5 pro 100 Paarjahre (immer Kondom) 10,1 pro 100 Paarj. (unregelm. Kondom)		3
KAMENGA 1991 [35]	HIV-AK-Serokonversionen bei 149 Partnern von HIV- Infizierten in 15 Monaten		Serokonversionsrate: 3,1 pro 100 Paarjahre (bei 70,7% regelmässigem Kondomgebrauch)		?
LAZZARIN 1991 [41]	HIV-AK-Serokonversionen bei 368 Partnerinnen von HIV- infizierten Männern (retrosp.)	oft oder immer manchmal nie	5/54 10/53 84/261	9% 19% 32%	5***
MOORE 1991 [46]	HIV-AK-Serokonversionen bei 161 diskordanten Paaren Follow-up 1 Jahr (Median)	abstinert mit unregelm./ohne	0/40 0/? 0/?	0% 0% 0%	?
PAPETTI 1991 [49]	HIV-AK-Serokonversionen bei 88 diskordanten Paaren retrospektiv		Risikoerhöhung um den Faktor 2,5 durch Nichtbenutzung des Kondoms 2,5 (Multivarianzanalyse, p=0,0018)		
DE VINCENZI 1992 [9]	HIV-AK-Serokonversionen bei 563 diskordanten Paaren (retro-/prospektiv)	immer >50% <50%	0/24 6/44 95/495	0% 14% 19%	>10
SARACCO 1993 [47a]	HIV-AK-Serokonversionen bei 343 Partnerinnen von HIV- Infizierten in 24 Monaten (prosp.)	abstinert immer nicht immer nie	0/38 3/71 8/55 8/79	0% 2% 15% 10%	5

Tabelle 3: Verlaufsstudien zur HIV-Übertragung bei HIV-diskordanten Paaren im Hinblick auf den Kondomgebrauch. (k. A. = keine Angaben, PCR = Polymerase chain reaction, SF = Schutzfaktor [Serokonvers.rate ohne Kondom / Serokonvers.rate mit Kondom]). * Unsicherheit bei Übertragungsweg, weil gleichzeitig Nadelstichverletzungen. ** Ein Grossteil der Seren der Probanden der Studie von Laurian et al. 1988 wurden 1990 von Hewlett et al. mittels PCR nachuntersucht. *** Odds ratio 0,2 (95%-Vertrauensintervall 0,1-0,5), ein Teil dieser Probanden ist in Saraccos Studie [47a] einbezogen worden.

über 50% der Sexualkontakte Kondome. In den Studien mit kleinerer Probandenzahl^{17, 18, 28, 39, 40, 64} lag diese Zahl zwischen 18% und 51%. De VINCENZI et al.⁹ berichten über 24 Paare (4% der Studienpopulation), die regelmäßig seit dem ersten Sexualkontakt Kondome verwendeten.

IV. Diskussion

1. Methodische Probleme

Die Beantwortung unserer Fragestellung wird vor allem durch komplexe methodische Probleme erschwert, so daß die Aussagekraft der bisher vorliegenden Studien zur Frage der Schutzwirkung von Kondomen vor einer HIV-Übertragung mehr oder weniger begrenzt ist. In vielen Studien wird die Schutzwirkung des Kondoms vor HIV-Übertragungen nur am Rande behandelt, und exakte Angaben fehlen. Aber auch wenn die Fragestellung der Kondomwirksamkeit im Zentrum steht oder wenn sehr große Fallzahlen vorliegen, sind unter Umständen nur unzureichende Aussagen zur Kondomwirksamkeit möglich, wie an zwei Beispielen verdeutlicht werden kann:

Viele Studien erlauben nicht, zwischen verschiedenen Einflußfaktoren zu differenzieren. TULIZA et al. hatten z.B. bei 434 Prostituierten in Kinshasa/Zaire regelmäßig Kondome abgegeben und gleichzeitig die häufig aufgetretenen STD behandelt. Während der zweijährigen Beobachtungszeit konnten sie einen Rückgang der jährlichen HIV-Serokonversionsrate von 18% auf 3% verzeichnen. Da STD einen wichtigen Risikofaktor für HIV-Übertragungen darstellen, ist unklar, welcher Anteil des beobachteten positiven Effektes auf den Kondomgebrauch bzw. auf die STD-Behandlung zurückzuführen ist, oder ob noch andere Faktoren einen Einfluß ausübten.⁷²

Auch bei hohen Fallzahlen können die methodischen Probleme sehr groß sein, wie eine

Studie mit über 18.000 Patienten zeigt: McCRAY und ONORATO von den Centers for Disease Control in den USA beschrieben die HIV-Infektionsrate in Abhängigkeit vom Kondomgebrauch und von der Partnerzahl.⁴³ Von 18.616 Patienten aus 39 STD-Kliniken wiesen 13.744 anamnestisch kein spezielles HIV-Infektionsrisiko auf, sondern hatten lediglich heterosexuelle Kontakte gehabt. Die HIV-Infektionsrate dieser Patienten betrug 0,8% und war nicht – wie man hätte erwarten können – von der Partnerzahl oder vom Kondomgebrauch abhängig. Bei den Patienten, die neben einer festen Partnerschaft noch wechselnde Sexualkontakte angaben, war die HIV-Prävalenz der regelmäßigen Kondombenutzer paradoxerweise sogar höher (0,9%) als die der seltenen Kondombenutzer (0,7%). Angesichts der methodischen Unzulänglichkeiten – es fehlen z.B. Angaben zur Kohabitationsfrequenz – erscheint es unmöglich, aus diesen Zahlen eine Aussage zur Schutzwirkung des Kondoms abzuleiten.

2. Studien mit monogamen HIV-diskordanten Paaren

In der vorliegenden Übersicht wurden lediglich Verlaufsstudien mit monogamen HIV-diskordanten heterosexuellen Paaren berücksichtigt (Tab. 3), da bei diesen wesentliche methodische Probleme verkleinert (z.B. Unsicherheiten anamnestischer Angaben) oder ausgeschlossen (z.B. unbekannter HIV-Status des Sexualpartners) werden konnten. Gleichwohl weisen auch diese noch erhebliche methodische Unsicherheiten auf:

1. Der genaue Zeitpunkt der Infektion der HIV-positiven Indexpersonen als auch der infizierten Partner lassen sich in der Regel nicht eruieren. Insbesondere wird in keiner Untersuchung bei allen Probanden der Infektionszeitpunkt und der Zeitpunkt des Beginns der Kondomverwendung angegeben. Wir wissen also nicht, ob, wie häufig und über welchen Zeitraum ungeschützter Ge-

schlechtsverkehr bei schon bestehender HIV-Infektion eines Partners stattfand. Lediglich DE VINCENZI et al.⁹ berichten über 24 diskordante Paare, die seit dem ersten Sexualkontakt immer Kondome verwendeten. Bei keinem Paar ließ sich eine HIV-Übertragung nachweisen. Angaben zur Länge der sexuellen Beziehung und zur Häufigkeit der Sexualkontakte fehlen (Einschlußkriterium der Studie war ein mindestens zweimaliger Sexualkontakt im letzten Jahr).

2. Nur wenige Studien liefern indirekte Hinweise zur Infektiosität (Stadium der Erkrankung, Virusanzüchtbarkeit).
3. Die von uns angeführten Studien sind recht unterschiedlich angelegt, so daß sie untereinander schlecht vergleichbar sind. Sei es, daß im Gegensatz zu den älteren Studien die meisten Patienten der neueren Untersuchungen mit AZT behandelt wurden, sei es daß die Follow-up-Zeiträume sehr unterschiedlich sind oder daß die Studienergebnisse nur unvollständig dokumentiert werden und z.B. keine absoluten Zahlenangaben vorliegen.
4. In den Studien wurden verschiedene diagnostische Testmethoden unterschiedlicher Sensitivität verwendet (HIV-Antikörpertest, PCR, HIV-Antigentest, Virusanzüchtung). HEWLETT et al.²⁸ untersuchten ihre Seren sowohl mittels HIV-Tests als auch mittels PCR-Tests. Unter den 21 HIV-Antikörper-negativen Partnerinnen der HIV-infizierten Hä-mophilen diagnostizierten sie in 11 Fällen (52%) mit dem PCR-Test eine HIV-Infektion. Bei den Kondombenutzern konnten bei den 2 PCR-positiven Frauen keine HIV-Antikörper nachgewiesen werden. Berücksichtigt man nur die Ergebnisse der HIV-Antikörpertests, so hätte das Kondom eine gute Schutzwirkung (0% Serokonversionen). Berücksichtigt man die PCR-Ergebnisse, so zeigt sich nur eine mäßige Schutzwirkung des Kondoms (22% Serokonversionen).

3. Die Schutzwirkung des Kondoms vor HIV-Übertragungen

a. Anwendungsfehler

Eine viel diskutierte Frage bei der Schutzwirkung des Kondoms vor einer HIV-Übertragung sind Anwendungsfehler. Einige Autoren glauben mit dem Ausschluß von Anwendungsfehlern die Versagerquote auf ein akzeptables Restrisiko minimieren zu können. Verschiedene Studien, in denen die Anwendungsfehler bei Prostituierten und Homosexuellen untersucht wurden, weisen auf eine Häufigkeit von Anwendungsfehlern in der Größenordnung von ca. 1% (0,5-6%) hin. Da diese Studiengruppen eine hohe Frequenz von Sexualkontakten und Partnerwechsel haben und zugleich gut aufgeklärt sind, dürfte diese Zahl kaum noch weiter zu reduzieren sein. Wenn man bedenkt, daß die Anwendung von Kondomen mit großer emotionaler Belastung einhergehen kann, wird deutlich, daß sog. Anwendungsfehler immer auftreten können. Auch aus diesem Grund ist es ethisch fragwürdig, die HIV-Prävention – besonders bei Jugendlichen – auf die Ermutigung zum Üben des Kondomgebrauches zu beschränken. Es ist damit zu rechnen, daß sich mancher junge Mensch bereits mit HIV infiziert hat, bevor er eine gewisse Erfahrung in der Kondomanwendung erwerben konnte.⁵⁶ Dazu kommt, daß auch Produktionsfehler nicht zu vermeiden sind. Selbst nach den strengsten Zulassungsbedingungen müssen aus herstellungstechnischen Gründen Kondome zugelassen werden, von denen jedes 250ste beim Berstungstest platzt.

b. Risikoreduktion bei HIV-diskordanten Paaren

Die effektivste Methode zur HIV-Prävention bei diskordanten Paaren ist zweifellos die sexuelle Abstinenz. Bei sexuell abstinenten Paaren wurde keine Übertragung beobachtet. Dies deckt sich mit der Erkenntnis, daß im alltäglichen Zusammenleben mit HIV-Infizierten bei familiä-

ren Sozialkontakten eine HIV-Übertragungen unwahrscheinlich ist.¹⁷ Nach den kürzlich bekannt gewordenen HIV-Übertragung, bei denen Haushaltskontakte (Blutkontakte) als Übertragungsweg angenommen wird, empfiehlt sich die Einhaltung der normalen Hygieneregeln, dazu gehören auch keine gemeinsame Benutzung von Rasierapparaten und Zahnbürsten.^{78,79} Etwa ein Fünftel der HIV-diskordanten Paare entscheiden sich spontan zur sexuellen Abstinenz.

Vergleicht man dazu diskordante Paare, die Kondome verwenden, kann zunächst eindeutig festgehalten werden, daß bei diesen HIV-Übertragungen vorkommen. Um wieviel größer das Risiko ist, kann aus vorliegenden Studien nicht allgemeingültig abgeleitet werden. Es läßt sich allenfalls sagen, daß die HIV-Übertragungsraten bei regelmäßigen Kondombenutzern grob geschätzt etwa fünfmal geringer ist als bei Paaren, die ungeschützt miteinander verkehren. Im Vergleich zu anderen sexuell übertragbaren Krankheiten liegt damit die Schutzwirkung des Kondoms vor HIV-Übertragungen ungefähr in der gleichen Größenordnung.

Um sich eine Vorstellung von der Größe des Infektionsrisikos zu machen, geben einige Autoren

in Analogie zum Pearl-Index die HIV-Übertragungshäufigkeit pro 100 Paarjahre an. Methodisch ist zu beachten, daß hierbei die Häufigkeit der Sexualkontakte nicht berücksichtigt wird. FELDBLUM¹⁶ veröffentlichte eine Zusammenstellung afrikanischer und italienischer Studien (Tabelle 4). Allerdings gibt er nur in der eigenen Studie die Infektionsraten für regelmäßige (3,5 pro 100 Paarjahre) bzw. unregelmäßige Kondomverwender (10,1 pro 100 Paarjahre) an. Bei HIV-diskordanten Paaren liegt also nach den vorliegenden Daten einiger Studien die Wahrscheinlichkeit einer Virusübertragung auch bei Kondomgebrauch in der gleichen Größenordnung wie die Wahrscheinlichkeit einer Konzeption bei Kondomgebrauch. Der Pearl-Index des Kondomgebrauchs zur Antikonzeption wird etwa zwischen 2 und 15, im Mittel zwischen 3 und 4 angegeben.¹¹

3. *Schlussfolgerungen*

Die methodisch zuverlässigsten Studien zeigen anhand von Serokonversionsraten regelmäßiger Kondomanwender im Vergleich zu Nicht-Kondomanwendern, daß der Schutzfaktor des Kon-

Autor/Jahr	Beobachtungszeitraum (Mon.)	Serokonversionen	% (95% CI)	Infektionsrate/100 Paarjahre
CHIRIANNI 1989 [6]	14	2/28	7 (2-23)	6
TICE 1990 [69]	10	3/46	7 (2-18)	7,5
SARACCO 1990 [62]	8	6/158	4 (2-8)	5,6
KAMENGA 1991 [35]	15	6/149	4 (2-9)	3,1
FELDBLUM 1991 [16]	13	9/89	9 (5-17)	8,3 (Mittelwert) 3,5 (regelm. Kondome) 10,1 (unregelm. Kondome)
SARACCO 1993 [47a]	24	19/305 3/171 8/55 8/79 0/38	6 2 15 10 0	3,9 (Mittelwert) 1,1 (immer Kondom) 9,7 (nicht immer Kondom) 5,7 (nie Kondom) 0 (sexuell abstinert)]

Tabelle 4: Studien zu HIV-Übertragungen bei diskordanten Paaren, angegeben als Infektionen pro 100 Paarjahre. (1-5 nach Feldblum 1992 [16]) Die Infektionsraten sind außer bei Feldblum (16) und Saracco 1993 (47a) nicht nach Kondomverwendern und Nicht-Kondomverwendern unterschieden. (CI = Vertrauensintervall)

doms vor HIV-Übertragungen bei etwa 5 liegen dürfte. Damit wird bestätigt, daß Kondome das Risiko einer HIV-Übertragung zu reduzieren vermögen. Angesichts einer sexuell übertragbaren Krankheit mit derart hoher Letalität muß die Schutzwirkung des Kondoms aber als unzureichend angesehen werden, besonders wenn es als alleiniges oder wichtigstes Präventionsmittel empfohlen wird. Unsere Durchsicht der Literatur bestätigt die Feststellung früherer Übersichtsarbeiten,^{3,5,14,20,81} daß die weitverbreitete Annahme, Kondome seien eine effektive Präventionsmaßnahme gegen eine HIV-Infektion, wissenschaftlich nicht belegt ist.

Obwohl die hier angeführten aussagekräftigsten Studien mit HIV-diskordanten Paaren noch mit erheblichen methodischen Mängeln behaftet sind, lassen sie ausreichend sichere Schlußfolgerungen hinsichtlich der Empfehlungen für die HIV-Prävention zu. Die prinzipiellen methodischen und ethischen Probleme, die den Untersuchungen zur Schutzwirkung des Kondoms gegen HIV-Übertragungen anhaften, könnten auch durch aufwendige Verbesserungen des Studiendesigns nicht wesentlich verkleinert oder gar beseitigt werden. Weitere Studien zur Schutzwirkung des Kondoms gegen HIV-Übertragungen haben unserer Ansicht nach keine praktische Relevanz. Die US-Regierung hat schon 1988 die Finanzierung einer Studie der University of California in Los Angeles über die Wirksamkeit von Kondomen zur Verhütung der Ausbreitung von Aids eingestellt. Maßgeblich dafür war die Sorge, daß Kondome angesichts der hohen HIV-Infektionsrate unter Homosexuellen keinen zuverlässigen Schutz für die Studienteilnehmer bieten könnten.⁵⁰

HIV-Prävention

Das Ausmaß der Bedrohung durch die HIV-Pandemie hat weltweit derart zugenommen (die WHO schätzt 40 Millionen Infizierte für das Jahr 2000 [75]), daß alle Möglichkeiten zur Eindämmung und Prävention eingesetzt werden müßten:

- Epidemiologische Maßnahmen (Inzidenz- und Prävalenzstudien, Meldepflicht, Partnerbenachrichtigung, Krankenhaushygiene etc.)
- Entwicklung von Schutzimpfungen und Heilmitteln
- Individuelle Prävention (Information über die HIV-Infektion und -Prävention), HIV-Tests mit Beratung, Treue, sorgfältige Partnerwahl (Vermeiden von Sexualkontakten mit HIV-Infizierten), Kondome, Minderung der Promiskuität und riskanter Sexualpraktiken etc.

Alle diese Bereiche müßten gleichzeitig gefördert werden. Ein „absolutistischer“ oder „perfektionistischer“ Ansatz, der sich die Lösung des Problems von einer einzigen Methode verspricht, sei es Kondomanwendung, HIV-Test, Partnerbenachrichtigung, namentliche Meldepflicht oder Methadonsubstitution Drogenabhängiger, wird dem Anspruch einer effektiven HIV-Prävention nicht gerecht.⁴ Die Empfehlung des Kondomgebrauchs stellt eine Präventionsmaßnahme dar, die neben vielen anderen eingesetzt werden kann.

Zum Stellenwert des Kondoms in der individuellen HIV-Prävention schließen wir uns der differenzierten Formulierung der amerikanischen Gesundheitsbehörden CDC von 1988 an (aus: „Condoms for prevention of sexually transmitted diseases“ [5]):

„Abstinenz und Sexualverkehr mit einem nicht infizierten Partner in einer gegenseitig treuen Beziehung sind die einzigen wirklich effektiven Präventionsstrategien. Richtiger Kondomgebrauch bei jedem Geschlechtsverkehr kann das Übertragungsrisiko einer Geschlechtskrankheit verringern, aber nicht ausschließen. Menschen, die sich wahrscheinlich mit HIV anstecken werden oder bereits infiziert sind, sollten sich bewusst sein, daß der Kondomgebrauch bei jedem Geschlechtsverkehr das Risiko einer Übertragung nicht völlig ausschließen kann.“

Die CDC hat 1993 ein Update veröffentlicht (80), in dem sie schreibt „obwohl das Vermeiden von Geschlechtsverkehr mit einem HIV-positiv-

ven Partner die effizienteste Strategie zur HIV-Prävention bleibt, hat das Gesundheitsamt Kondome als einen Teil ihrer Strategie empfohlen.“ Obwohl wir uns dieser Formulierung anschließen können, halten wir den Kommentar der CDC im gleichen Artikel, daß Kondome sehr effektiv („highly effective“) für die HIV-Prävention seien, nicht für richtig. Ein Präventionsmittel mit einem Schutzfaktor von der Größenordnung 5 kann unseres Erachtens angesichts einer sicher tödlichen Infektionskrankheit nicht als sehr effektiv bezeichnet werden.

HIV-Präventionsberatung in der Arztpraxis

Eine gründliche Anamneseerhebung und das Einfühlungsvermögen des Arztes sind unentbehrliche Bestandteile einer erfolgreichen HIV-Präventionsberatung. Außerdem gehört zu einem Beratungsgespräch die umfassende Information des Patienten über die verschiedenen Präventionsmöglichkeiten (HIV-Test, Treue, sorgfältige Partnerwahl (Vermeiden von Sexualkontakten mit HIV-Infizierten), Kondomgebrauch). Im Gespräch mit dem Patienten kommt es darauf an, für den individuellen Fall den sichersten, aber auch gangbarsten Weg zu finden. Gerade unter dem Gesichtspunkt des „primum nil nocere“ ist es kontraindiziert, Ratschläge zu erteilen, die vielleicht nicht befolgt werden (z.B. den Kondomgebrauch), und dabei andere Ratschläge gar nicht erst in Betracht zu ziehen, die präventionswirksamer sind oder möglicherweise vom Patienten leichter akzeptiert werden (z.B. die sorgfältige Partnerwahl, d.h. die Auswahl eines nicht HIV-infizierten Partners im Hinblick auf eine treue Partnerschaft).^{2, 21, 26, 38} Repräsentative Studien in Deutschland zeigen, daß die Kondomakzeptanz mit 4-6% der Bevölkerung relativ gering ist.^{12, 59} Selbst in den hier vorgestellten Studien diskordanter Paare, also in einer Konstellation hohen Infektionsrisikos, verwendeten bestenfalls 51% der nicht-abstinenten Paare regelmäßig Kondome, in den beiden großen Multicenterstudien 12-15%.^{9, 41} In der größten Studie wurden nur 24 von

563 (4%) diskordanten Paaren beschrieben, die regelmäßig seit dem ersten Sexualkontakt Kondome verwendeten.⁹ Bei HIV-diskordanten Paaren wäre der sicherste Rat die sexuelle Abstinenz.^{26, 36} In den von uns zitierten Studien entschlossen sich 15-25% der diskordanten Paare spontan zu diesem Vorgehen.

Die Ermutigung zum Kondomgebrauch kann ein trügerisches Gefühl der Sicherheit in einer Risikosituation vermitteln.²⁴ Das Kondom als Mittel zur Reduktion des Übertragungsrisikos hat seinen Stellenwert für Menschen, die sichereren Präventionsmaßnahmen ablehnend gegenüberstehen.

Anhang: HIV-Übertragung bei heterosexuellen Paaren

In einer prospektiven Multicenter-Studie der Europäischen Studiengruppe zur heterosexuellen HIV-Übertragung⁸² wurden an 10 Kliniken in 8 Ländern der Europäischen Gemeinschaft 304 HIV-diskordante heterosexuelle Paare (Indexperson = HIV-positiv, Partner = HIV-negativ) über einen Zeitraum von durchschnittlich 20 Monaten beobachtet. Bei den initial HIV-negativen Partnern wurden alle 6 Monate HIV-Tests, standardisierte Interviews und (nicht-standardisierte) Beratungen durchgeführt.

48 von den 304 Paaren beendeten ihre Sexualbeziehung innerhalb von 3 Monaten nach Studienbeginn und wurden nicht in die Auswertung einbezogen, 82 Paare beendeten ihre Sexualbeziehung im weiteren Studienverlauf. 256 Paare hatten mindestens drei Monate nach Beginn der Studie noch Geschlechtsverkehr (Beobachtungszeit 22 Monate (Median)). Bei diesen 256 Paaren waren 163 Indexpersonen männlich, 93 weiblich. 245 machten Angaben zum Kondomgebrauch. Von diesen hatten sich 167 durch intravenösen Drogenmißbrauch, 29 durch heterosexuellen Kontakt, 27 durch bisexuellen Kontakt, 10 durch Transfusionen infiziert, bei 12 Indexpersonen ist der Infektionsmodus unbekannt. Von den 245 Paaren gaben nur 124 (48,4%) an, bei

jedem Geschlechtsverkehr Kondome zu benutzen. In dieser Gruppe fanden keine Serokonversionen statt (95% Vertrauensintervall (CI): 9 bis 1,5 pro 100 Personenjahren). 121 Paare gaben an, nicht immer Kondome zu benutzen, 61 bei mindestens jedem zweiten Verkehr und 60 selten oder nie. In dieser Gruppe kam es zu 12 Serokonversionen (4,8 pro 100 Personenjahren, 95%-CI: 2,5 bis 8,4). Die 11 Paare, die die Auskunft über den Kondomgebrauch verweigerten, zeigten keine Serokonversion.

Diejenigen, die immer Kondome benutzten, gaben eine niedrigere Frequenz der Sexualkontakte an, wenige Oral- und Analverkehr und weniger Geschlechtsverkehr während der Menstruation als die Paare, die nicht immer Kondome gebrauchten. Allerdings war die Fallzahl zu niedrig, um eine Multivarianzanalyse durchzuführen.

Beim Vergleich der Serokonvertierer mit den Nichtkonvertierern in der Gruppe inkonsistenter Kondombenutzer unterschied sich die HIV-Übertragung auf Frauen nicht signifikant von derjenigen auf Männer. Das Übertragungsrisiko stieg signifikant mit dem Fortschreiten des Stadiums der HIV-Infektion und bei Genitalinfektionen des HIV-negativen Partners. Geschlechtsverkehr ohne intravaginale Ejakulation verminderte das Übertragungsrisiko signifikant.

Kommentar

Mit dieser Studie liegt eine der ersten prospektiven Untersuchungen zur HIV-Übertragung bei HIV-diskordanten heterosexuellen Paaren vor. So konnte in diesem vergleichsweise sehr guten Studiendesign die positive bzw. negative Beeinflussung des Übertragungsrisikos für folgende Faktoren signifikant nachgewiesen werden: Kondomgebrauch, HIV-Infektionsstadium, Genitalinfektionen und Geschlechtsverkehr ohne intravaginale Ejakulation.

Diese Studie ist gelegentlich als Beweis für eine sehr gute Schutzwirkung von Kondomen gegen HIV-Übertragungen angeführt worden.

Dabei ist ihre Aussagekraft aber sicher überschätzt worden. Zu diesem ungerechtfertigten Optimismus mag beigetragen haben, daß die Autoren selbst in der Konklusion des Abstrakts in die Richtung verallgemeinern, daß der konsistente Kondomgebrauch beim heterosexuellen Geschlechtsverkehr schütze hochwirksam vor HIV-Übertragungen. Andererseits weisen sie in der Diskussion und in einer Leserbriefepublik⁸³ darauf hin, daß die Studie eine niedrige „power“ (statistische Mächtigkeit) habe, und daß man die Ergebnisse nicht für heterosexuelle HIV-diskordante Paare verallgemeinern könne. Auch im Editorial⁸⁴ sowie in der Leser-Diskussion⁸⁵ wurde u.a. auf folgende weitere methodische Unzulänglichkeiten verwiesen, die sich teilweise nicht vermeiden lassen, aber doch die Aussagekraft der Studie einschränken: Die anamnestischen Daten beruhen auf Angaben der Probanden, sind also nicht objektiviert. Auch die Monogamie der Paare ist nicht gewährleistet, fand sich doch ein Fall einer neu akquirierten Syphilisinfektion. Die Zahl der Sexualkontakte wurde nicht berücksichtigt: Die Nichtkondombenutzer verkehrten doppelt so häufig wie die Kondombenutzer. Wäre dies als Faktor berücksichtigt worden, wäre der Unterschied in der HIV-Übertragungshäufigkeit schon nicht mehr signifikant.

Eine Frage von so weitreichender Bedeutung für die Volksgesundheit sollte nicht nur anhand einer einzigen Studie beurteilt werden. Aktuelle Literaturübersichten zeigen, daß Kondome das HIV-Übertragungsrisiko um etwa 70%⁸⁶ bzw. um den Faktor fünf⁸⁷ reduzieren. Zur Beurteilung einer Präventionsmethode kann nicht nur die Qualität, sondern muß auch deren Akzeptanz berücksichtigt werden. Immerhin benutzte in dieser Hochrisikokonstellation (bekannte HIV-Infektion eines Partner) nur die Hälfte der Probanden regelmäßig Kondome.

Es stellt sich die Frage, ob angesichts der schlechten Akzeptanz und der Schutzwirkung des Kondomgebrauchs nicht sicherere Präventionsmaßnahmen empfohlen werden sollten:

„sorgfältige Partnerwahl“ bei Partnersuchenden. „Treue“ bei beidseits HIV-negativen Paaren. „Abstinenz“ bei HIV-diskordanten Paaren.

Referenzen

1. AMEISEN, J.C., GUY, B., CHAMARET, S., MONTAGNIER, L., LOCHE, M., MACH, B., TATTAR, A., MOUTON, Y., CAPRON, A.: Persistent antibody response to the HIV-1-nef in HIV-1-infected seronegative persons. *N. Engl. J. Med.* 1989;320:251.
2. APRIL, K., J. BARBEN, Arbeitskreis Aids-Aufklärung VPM: *AIDS – Lähmung der Abwehr in Individuum und Gesellschaft.* AIDS-Aufklärung Schweiz, Zürich 1992.
3. APRIL, K., W. SCHREINER: Zur Frage der Schutzwirkung des Kondoms gegen HIV-Infektionen. *Schweiz. med. Wschr.* 1990; 120: 972-978.
4. CATES, Jr.W., HINMAN, A.R.: Aids and absolutism – the demand for perfection in prevention. *N. Engl. J. Med.* 1992;327:492-4.
5. Centers for Disease Control: Condoms for prevention of sexually transmitted diseases. *MMWR* 1988;37:133-37.
6. CHIRIANNI, A., D'ABBRACCIO, M., TULLIO CATALDO, P., NOCE, S., PICCIOTTO, L., Piazza, M.: Transmission of HIV infection in heterosexual partners of HIV-infected drug abusers. V. Intern. Conf. on AIDS 1989; Abstract T.A.P.115.
7. CLUMECK, N., TELMAN, H., HERMANS, P., PIOT, P., SCHOUmacher, M., De Wit, S.: A cluster of HIV infection among heterosexual people without apparent risk factors. *N. Eng. J. Med.* 1989;321:1460.
8. CONANT, M., HARDY, D., SPICER, D., LEVY, J.A.: Condoms prevent transmission of AIDS-associated virus (letter). *JAMA* 1986;255:1706.
9. DE VINCENZI, I. (European Study Group on Heterosexual Transmission of HIV): Comparison of female to male and male to female transmission of HIV in 563 stable couples. *Br. Med. J.* 1992;304:809-13.
10. DE VINCENZI, I., DELMAS, M. C., BRUNET, J.-B.: Prospective tests of nine brands of condoms by 319 volunteers. VII. Internat. Conf. on Aids 1991, Abstr. und Poster M.C. 3036.
11. DÖRING, G.K.: Empfängnisverhütung. 9. Aufl. Stuttgart, New York, 1983, S.28f., 126.
12. DÖRING, G., BAUR, S., FRANK, P., FREUNDL, G. SOTTONG, U.: Ergebnisse einer repräsentativen Umfrage zum Familienplanungsverhalten in der Bundesrepublik Deutschland 1985. *Geburtshilfe und Frauenheilkunde* 1986;12:857-920.
13. DUBOIS, F., GUTZWILLER, G.: Evaluation der AIDS-Präventionskampagne. *Schweiz. Aerztezeit.* 1988;69:972.
14. FELDBLUM, P.J., FORTNEY, J.A.: Condoms, spermicides, and the transmission of HIV: a review of literature. *Am. J. Public Health* 1988;260:1404-05.
15. FELDBLUM, P.J., HIRA, S.K., MUKOLO, P., KAMANGA, J., MUKELABAI, G., GODWIN, S., FORTNEY, J.: Anti-HIV efficacy of barrier contraceptives in HIV-discordant couples. VI. Internat. Conf. on AIDS 1990; Abstract Th.C.580.
16. FELDBLUM, P.J.: Results from prospective studies from HIV-discordant couples. *AIDS* 1991;5:1265-6.
17. FISCHL, M.A., DICKINSON, M., SCOTT, G., KLIMAS, N., FLETCHER, M., Parks, W.: Evaluation of heterosexual partners, children and household contacts of adults with AIDS. *JAMA* 1987;257:640-44.
18. FISCHL, M.A.: *Preventing the heterosexual spread of AIDS. AIDS – etiology, diagnosis, treatment and prevention.* Philadelphia 1988.
19. FRÖSNER, G.: AIDS-Bekämpfung: Die unterschiedliche Seuchenbekämpfung in verschiedenen Ländern. *AIDS Forschung (AIFO)* 1989;11:597.
20. FRÖSNER, G.: How efficient is „safer sex“ in preventing HIV infection? *Infection* 1989;1:3-5.
21. GOEDERT, J.J.: What is safe sex? *N. Engl. J. Med.* 1987;136:1339-42.
22. GOLOMBOK, S., SKETCHLEY, J., RUST, J.: Condom failure among homosexual men. *J. Acqu. Imm. Def. Syndr.* 1989;2:404-9.
23. GORDON, R.: A critical review of the physics and statistics of condoms and their role in individual versus societal survival of the AIDS epidemic. *J. Sex Mar. Ther.* 1989;15:5-30.
24. GÖTZSCHE, P.C., HØRDRING, M.: Condoms to prevent HIV transmission do not imply truly safe sex. *Scand. J. Infect. Dis.* 1988;20:233-4.
25. HASELTINE, W.A.: Silent HIV infections. *N. Engl. J. Med.* 1989;320:1487-89.
26. HEARST, N., HULLEY, S.B.: Preventing the heterosexual spread of AIDS. Are we giving our patients the best advice? *JAMA* 1987;257:2428-32.
27. HERMANN, B.A., RETTA, S.M., RINALDI, I.E.: A simulated physiologic test of latex condoms. V. Internat. Conf. on AIDS 1989; Abstract WAP 101.
28. HEWLETT, I.K., LAURIAN, Y., EPSTEIN, J., HAWTHORNE, C.A., RUTA, M., ALLAIN, J.P.: Assessment by gene amplification and serological markers of transmission of HIV-1 from hemophiliacs to their partners and secondarily to their children. *J. Acqu. Imm. Def. Syndr.* 1990;3:714-20.
29. Ho, D.D., MOUDGIL, T., ALAM, M.: Quantitation of HIV-1 in the blood of infected persons. *N. Engl. J. Med.* 1989;321:1621.
30. HOLMBERG, S.D., HORSBURGH, C.R.jr., Ward, J.W., JAFFE, H.W.: Biologic factors in the sexual transmission of the HIV. *J. Inf. Dis.* 1989;160:116.
31. HORSBURGH, C.R.jr., JASON, J., LONGINI, I.M.jr., MAYER, K.H., SCHOCHTEMAN, G. et al.: Duration of human

- immunodeficiency virus infection before detection of antibody. *Lancet* 1989;ii:637-40.
32. ILLA, R.V.: Possible salivary transmission of Aids. First Symposium on Oral-Aids. Quebec 1989; Abstract:3.6.
 33. IMAGAWA, D.T., Lee, M., WOLINSKY, S.M., SANO, K., MORALES, F., KWOK, S., SNISKY, J., NISHANIAN, P., GIORGI, J., FAHEY, J., DUDLEY, J., VISSCHER, B., DETELS, R.: HIV-1 infection in homosexual men who remain seronegative for prolonged periods. *N. Engl. J. Med.* 1989;320:1458-62.
 34. IMAGAWA, D.T., DETELS, R.: HIV-1 in seronegative homosexual men. (Letter) *N. Engl. J. Med.* 1991;325:1250-51.
 35. KAMENGA, M., RYDER, R.W., JINGU, M., MBUYI, N., MBU, L., BEHETS, F., BROWN, C., HEYWARD, W.L.: Evidence of marked sexual behavior change associated with low HIV-1 seroconversion in 149 married couples with discordant HIV-1 serostatus: experience at an HIV counselling center in Zaire. *AIDS* 1991;5:61-7.
 36. KAPLAN, H.S.: The real truth about women and AIDS. New York 1987, S. 110ff.
 37. KOCH, M.G.: *Die HIV/AIDS-Epidemie - ihre Relevanz für Heterosexuelle*. AIDS-Aufklärung Schweiz, Zürich 1991.
 38. KOOP, C.E.: Physician leadership in preventing AIDS. *JAMA* 1987;258:2111.
 39. LAURIAN, Y., PEYNET, J., VERRONST, F.: HIV infection in sexual partners of HIV seropositive patients with hemophilia. *N. Engl. J. Med.* 1989;320:183.
 40. LAWRENCE, D., JASON, J., HOLMAN, R., HEINE, P., EVATT, B., the Hemophilia Study Group: Sex practice correlates of human immunodeficiency virus transmission and acquired immunodeficiency syndrome incidence in heterosexual partners and offspring of U.S. hemophiliac men. *Am. J. Hematol.* 1989;30:68-76.
 41. LAZZARIN, A., SARACCO, A., MUSICCO, M., NICOLOSI, A.: Man-to-woman sexual transmission of the human immunodeficiency virus. *Arch. Intern. med.* 1991;151:2411-16.
 42. LEVY, J.A.: Human immunodeficiency viruses and the pathogenesis of AIDS. *JAMA* 1989;261:2997-3006.
 43. MCCRAY, E., ONORATO, I.: Condom use and HIV infection in heterosexual clients attending sexually transmitted disease clinics, United States 1989-90. VII. Internat. Conf. on Aids 1991; Poster W.C.3127.
 44. MOE, C.E., GONZALEZ, J.J., DAVIDSON, P., KOCH, M.G.: Sensitivity of the spread of HIV-infection to the latency period of contagiousness and continuously increasing infectivity of HIV carriers. *AIFO* 1990;11:588.
 45. MONZON, T.O., CAPELLAN, J.M.B.: Female-to female transmission of HIV. *Lancet* 1987;ii:41.
 46. MOORE, L., PADIAN, N., SHIBOSKI, S., O'BRIEN, T.R.: Behavior change in a cohort of heterosexual couples with one HIV-infected partner. VII. Internat. Conf. on Aids 1991; Oral presentation W.C.103.
 - 47.a. SARACCO, A., MUSICCO, M., NICOLOSI, A., ANGARANO, G., ARICI, C., GAVAZZENI, G., COSTIGLIOLA, P., GAPA, S., GERVASONI, C., LUZZATI, R., PICCININO, F., PUPPO, F., SALASSA, B., SINICCO, A., STELLINI, R., TIRELLI, U., TURBESSI, G., VIGEVANI, G.M., VISCO, G., ZERBONI, R., LAZZARIN, A.: Man-to-woman sexual transmission of HIV: Longitudinal study of 343 steady partners of infected men. *J. Acq. Imm. Def. Syndr.* 1993;6:497-502.
 48. OTTEN, M., PETERMAN, T., ZAIDI, A., RANSOM, R., RICHERT, C., WROTEN, J., WITTE, J.: High HIV seroconversion rates for Miami STD clinic patients. VIII. Internat. Conf. on AIDS 1992; Abstract und Poster PoC 4304.
 49. PAPPETTI, C., MEZZARONA, I., D'OFFIZI, G.P., CAMPITELLI, G., GUERRA, E., VALDARCHI, C., LUZI, G., Pandolfi, F., AIUTI, F.: Risk factors for heterosexual transmission of HIV-1 in stable couples. VII. Internat. Conf. on Aids 1991; Poster W.C.3108.
 50. PARACHINI, A.: AIDS-Condom Study Grant Cut Off by U.S.. *Los Angeles Times*, 10.8.1988, S. 25.
 51. PETERMAN, T.A., STONEBUMER, R.L., ALLEN, J.R., JAFFE, H.W., CURRAN, J.W.: Risk of HIV transmission from heterosexual adults with transfusion-associated infections. *JAMA* 1988;259:55-58.
 52. PEZZELLA, M., MANNELLA, E., MIROLO, M., VONESCH, N., MACCHI, B., ROSCI, M.A., MICELI, M., MORACE, G., RAPICETTA, M., ANGELONI, P., SORICE, F.: HIV genome in peripheral blood mononuclear cells of seronegative regular sexual partners of HIV-infected subjects. *J. Med. Virol.* 1989;28:209.
 53. PIAZZA, M., CHIARIANI, A., PICCIOTTO, L., GUADAGNINO, V., ORLANDO, R., CATALDO, P.T.: Passionate kissing and microlesions of the oral mucosa: possible role in AIDS transmission. *JAMA* 1989;261:245.
 - 53.a. PIAZZA, M., CHIARIANI, A., PICCIOTTO, L., CATALDO, P.T., BORGIA G., ORLANDO, R.: Blood in saliva of patients with Acquired Immunodeficiency syndrome: Possible implication in sexual transmission of the disease. *Journal of Medical Virology*. 1994; 42: 38-41.
 54. RIBBLE, D., MARTE, C., KELLY, J.: HIV-infections in lesbians. V. International Conference on AIDS. Montreal 1989; Abstract:W.A.P.10.
 55. RIGHTERS, J., DONOVAN, B., GEROFI, J., WATSON, L.: Low condom breakage rate in commercial sex. *Lancet* 1988;i:1487-1488.
 56. JONES, E.F., FORREST, J.D.: Contraceptive failure rates based on the 1988 NSFG. *Family Planning Perspectives*. 1992; 24: 12-19.
 57. ROSENBERG, M.J., DAVIDSON, A.J., CHEN, J.H., JUDSON, F.N., DOUGLAS, J.M.: Barrier contraceptives and sexually transmitted diseases in women: a comparison

- of female-dependent methods and condoms. *Am. J. Public Health* 1992;82(5),669-674.
58. ROZENBAUM, W., GHARAKHANIAN, S., CORDON, B., DUVAL E., COULAUD, J.: HIV transmission by oral sex. *Lancet* 1988;I:1395.
 59. RUNKEL G.: Sexualverhalten und Meinungen zu AIDS in der Bundesrepublik Deutschland. *AIDS-Forschung (AIFO)* 1990;7:359-375.
 60. Ryder, R.W., Nsa, W., HASIG, S.A. et al.: Perinatal transmission of the HIV-1 to infants of seropositive women in Zaire. *N. Engl. J. Med.* 1989;320:1637.
 61. SALAHUDDIN, S.Z., GROOPMAN, J.E., MARKHAM, P.D., SARNGADHARAN, M.G., REDFIELD, R.R., McLANE, M.F., ESSEX, M., SLISKI, A., GALLO, R.C.: HTLV-III in symptom-free seronegative persons. *Lancet* 1984;II:1418-1420.
 62. SARACCO, A. (Italian Partners Study): Incidence of seroconversion in women who are study partners of HIV infected men. VI. Intern. Conf. on AIDS 1990; Abstract Th.C.586.
 63. SHEPPARD, H.W., DONDERO, D., ARNON, J., WINKELSTEIN Jr., W.: An evaluation of the polymerase chain reaction in HIV-1 seronegative men. *J. Acqu. Imm. Def. Syndr.* 1991;4:819-23.
 64. SMILEY, M.L., WHITE II, G.C., BECHERER, P., MACIK, G., MATTHEWS, T., Weinhold, K., McMILLAN, C., Bolognesi, D.: Transmission of human immunodeficiency virus to sexual partners of hemophiliacs. *Am. J. Hematol.* 1988;28:27-32.
 65. STASZEWSKI, S., SCHIECK, E., REHMET, S., HELM, E.B., STILLE, W.: HIV transmission from male after only two sexual contacts. *Lancet* 1987;iii:628.
 66. HEUSSER, R., BAUER, G., TSCHOPP, A., LÜTHY, R., SOMAINI, B., GUTZWILLER, F.: Wie sicher schützen Kondome vor einer HIV-Infektion? *Schweiz. Med. Wochenschr.* 1993; 123: 987-996.
 67. STONE, K.M., GRIMES, D.A., MAGDER, L.S.: Personal protection against sexually transmitted diseases. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 1986;155:180.
 68. STONE, K.M., GRIMES, D.A., MAGDER, L.S.: Primary prevention of sexually transmitted diseases. *JAMA* 1986;13:255.
 69. TICE, J., ALLEN, S., SERUFLIRA, A., VANDEPERRE, P., ZIEGLER, J., HULLEY, S.: Impact of HIV testing on condom/spermicide use among HIV discordant couples in Africa. VI. Intern. Conf. on AIDS 1990; Abstract S.C.694.
 70. TIETZE, C.: *Advances in Sex Research*. New York, 1963.
 71. TINDALL, B., SWASON, C., DONOVAN, B., COOPER, D.: Sexual practices and condom usage in a cohort of homosexual men in relation to human immunodeficiency virus status. *Med. J. Aust.* 1989;151:318-322.
 72. TULIZA, M., MANOKA, A.T., NZILA, N., WAY WAY, ST. LOUIS, M., PIOT, P., LAGA, M.: The impact of STD control and condom promotion on the incidence of HIV in Kinshasa prostitutes. VII. Internat. Conf. on Aids 1991; Oral presentation/Abstract M.C.2.
 73. WARD, J.W., BUSH, T.J., PERKINS, H.A. et al.: The natural history of transfusion associated infection with HIV: factors influencing the rate of progression to disease. *N. Engl. J. Med.* 1989;321:947.
 74. WOLINSKY, S.M., RINALDO, C., KWOK, S., SNISKY, J., GUPTA, P., GUPTA, P., IMAGAWA, D., FARZADEGAN, H., JACOBSEN, L., GROVIT, K., LEE, M., CHMIEL, I., GINZBURG, H., KASLOW, R., PHAIR, J., Human Immunodeficiency Virus type 1 (HIV-1) infection a median of 18 months before a diagnostic Western blot. *Ann. Int. Med.* 1989;111:961-72.
 75. World Health Organization: Global Programme on Aids. Current and future dimensions of the HIV/Aids pandemic. A capsule summary. Genf, Januar 1992.
 76. CATES, W., STONE, K.M.: Family planning, sexually transmitted diseases, and contraceptive choice: a literature update. *Family Planning Perspectives.* 1992; 24: 75-84.
 77. LEMP, G.F., PAYNE, S.F., RUTHERFORD, G.W., HESSOL, N.A., WINKELSTEIN, W., WILEY, S.A., MOSS, R.A., CHAIRSON, R.E., CHEN, R.T., FEIGAL D.W., THOMAS, P.A., WERDEGAR, D.: Projections of AIDS morbidity and mortality in San Francisco. *J. Am. Med. Ass.* 1990; 263: 1497-1501.
 78. FITZGIBBON, J.E., GAUR, S., FRANKEL, L.D., LARAQUE, F., EDLIN, B., DUBIN, D.T.: Transmission from one child to another of human immunodeficiency virus type 1 with a zidovudine resistance mutation. *N. Engl. J. Med.* 1993; 329: 2835-41.
 79. SIMONS, R.J., ROGERS M.F.: HIV prevention: bringing the message home. *N. Engl. J. Med.* 1993; 329: 1883-5.
 80. Centers for Disease Control: Update: Barrier protection against HIV infection and other sexually transmitted diseases. *Morbid. Mortal. Weekly R.* 1993; 42: 589-591.
 81. WELLER, S.C.: A meta-analysis of condom effectiveness in reducing sexually transmitted HIV. *Soc.Sci.Med.* 1993; 36: 1635-1644.
 82. DE VINCENTI I et al: A longitudinal study of human immunodeficiency virus transmission by heterosexual partners. *N Engl J Med* 1994; 331: 341-346.
 83. DE VINCENTI I: *N Engl J Med* 1994, 331, 1718-1719.
 84. JOHNSON. AM: Condoms and HIV transmission. *N Engl J Med* 1994; 331: 391-392.
 85. Correspondence: *N Engl J Med* 1994, 331, 1717-1718.
 86. WELLER SC. A meta-analysis of condom effectiveness in reducing sexually transmitted HIV. *Soc Sci Med* 1993; 36: 1635-1644.
 87. APRIL K, KÖSTER R, SCHREINER W: Wie effektiv schützen Kondome vor einer HIV-Übertragung? *Med Klinik* 1993; 5: 304-311.

„Wie effektiv schützen Kondome vor einer HIV-Übertragung“ wurde in italienischer Sprache in „*Medicina e Morale*“ 1994; 44, 903-925 erstmals publiziert.
Der Anhang entspricht einem Leserbrief aus *Hyg Med*, Volume 20, 1995, Nummer 4.

Abtreibung und Feminismus

Die feministische Bewegung greift zunehmend in die Abtreibungsdebatte ein. In einem Interview vertritt Celeste DIXON, Präsidentin der „Feministinnen für das Leben“, Central Texas, folgende Positionen:

Feministinnen glauben, daß die Unterdrückung irgendeines Teils der Gesellschaft die Unterdrückung anderer begünstigt. Abtreibung, so Dixon, fördere die Diskriminierung der Frau und umgekehrt. Schon in seinem Anfang opponierte der Feminismus gegen Abtreibung, da immer das Leben von zwei Menschen, Mutter und Kind, auf dem Spiel steht.

Feministinnen weisen darauf hin, daß heute mit ähnlichen Argumenten gegen Ungeborene gearbeitet wird, wie sie auch gegen Frauen verwendet werden.

Die Meinung, daß ein ungeborenes Kind kein Mensch sei, weist Parallelen zur Ansicht auf, daß eine Frau weniger wert als ein Mann sei. Oder das „Recht“ der Frau, ihren und damit den Körper ihres Kindes zu kontrollieren, kann verglichen werden mit der Anmaßung des Mannes, seine Frau zu kontrollieren.

Abtreibung, so die Position der Feministinnen, raubt der Gesellschaft den Willen, durchgreifende strukturelle Veränderungen anzustreben – wie z.B. flexible Arbeitszeiten, Kinderbetreuung am Arbeitsplatz. Generell ist man der Ansicht, daß die Entscheidung einer Frau, eine Abtreibung durchführen zu lassen, als ein Akt der Verzweiflung und eine Reaktion auf von außen ausgeübten Druck zu bewerten ist und daß alles getan werden muß, um Bedingungen zu schaffen, die dies verhindern.

Life Communications, Volume 5, Nr.6, B 1995

UN-Frauenkonferenz: Papst fordert Einsatz für das Leben

Der Vatikan hat sich bei der vierten UN-Frauenkonferenz in Peking für die „unveräußerliche Würde“ der Frau, ihre Menschenrechte und gleiche Aufstiegschancen in Politik, Wirtschaft und Gesellschaft eingesetzt. JOHANNES PAUL II. hatte dies bei einer Audienz für Gertrude MONGELLA, der Generalsekretärin der vom 4.-15. September aberaumten Tagung, angekündigt. Es werde jedoch niemals Gleichheit und Gerechtigkeit und Frieden für Frauen und Männer geben, wenn nicht ein unermüdlicher Einsatz für Respekt, Liebe und Leben erbracht werde.

Er warnte zugleich auch vor Entstellungen, die die Mutterrolle der Frau unterdrücken. Nach seinen Worten hat die Frau eine einzigartige Rolle bei der Erziehung der Gesellschaft zu mehr Solidarität und Frieden. Unbedingt müssen Diskriminierungen von Frauen in den Bereichen Erziehung, Gesundheitsvorsorge und Arbeitsbeschaffung beseitigt werden.

Der Heilige Stuhl hatte aktiv an den Vorbereitungen der Konferenz teilgenommen, wobei die Vatikandelegation überwiegend aus Frauen bestanden hatte. Mehrmals wurde darauf hingewiesen, daß unter den Armen der Welt 70 Prozent Frauen seien. Die Drittwelt-Staaten mußten daher ihre Schwerpunkte anders legen, als einige EU-Positionen. So wurde das Erziehungs- wie das Armutproblem in den Mittelpunkt gerückt.

JOHANNES PAUL II. unterstrich, daß im Schlußdokument positive Grundlinien, aber auch fragwürdige Aspekte auftauchten. Er rief die Öffentlichkeit zur Wachsamkeit und Unterscheidungsfähigkeit auf.

Zufrieden zeigte sich die Vatikandelegation über die Vertändigung auf Aspekte wie Religion, Elternrechte oder Familie. Es wurde unterstrichen, daß die Konferenz kein Mandat hatte, das Thema der Menschenrechte neu zu diskutieren.

Kathpress Nr. 123, 30.5.1995
Nr. 211, 13.9.1995

Pille und Brustkrebsrisiko

Seit der Einführung oraler Kontrazeptiva (OC) vor 30 Jahren wurden zahlreiche Studien durchgeführt, die einen möglichen Zusammenhang zwischen OCs und Brustkrebs nachforschten. Die Ergebnisse, die man erhielt, brachten jedoch keine wirklich konsistente Aussage. An der Abteilung für Epidemiologie des Netherlands Cancer Institutes in Amsterdam wurde nun abermals eine, diesmal sehr breit angelegte Studie durchgeführt.

Bisher durchgeführte Studien deuten darauf hin, daß OCs im allgemeinen keinen Brustkrebs verursachen, dennoch scheint es Subgruppen zu geben, für die die Einnahme von OCs offenbar nicht harmlos ist. Ergebnis der neuesten Untersuchung, die an 918 Brustkrebspatientinnen, die zum Zeitpunkt der Diagnose zwischen 25 und 54 Jahre waren, und gleichvielen Kontrollfrauen durchgeführt wurde, ist nun, daß mit der Einnahme von OCs ein erhöhtes Brustkrebsrisiko verbunden ist. Betroffen davon sind Langzeitanwenderinnen der jüngeren Altersgruppe (bis zu 36 Jahren) und die Altersgruppe zwischen 46 und 54 Jahren. In der zweiten genannten Gruppe verdoppelte sich das Brustkrebsrisiko.

Die Autoren der Studie schließen daraus, daß möglicherweise Frauen zwischen 36 und 45 Jahren nicht in die Risikogruppe fallen. Es ist dies die erste Studie, die den Effekt von OC-Langzeitanwendung auf Frauen verschiedener Altersgruppen erfaßte.

The Lancet, Sept. 24, 1994

Förderung der Selbständigkeit bei älteren Patienten

Cleveland. Es ist nur zu bekannt, daß ältere Leute, die aufgrund einer akuten Erkrankung einen Aufenthalt im Spital auf sich nehmen müssen, oftmals ihre Selbständigkeit und Unabhängigkeit verlieren und nach ihrer Entlassung in Pflegeheime übersiedeln. An der Universitätsklinik von Cleveland entschloß man sich, diesem Umstand durch Bereitstellung eines umfangreichen Pflegeprogramms vorzubeugen. Gleichzeitig führte man zwischen November 1990 und März 1992 eine Studie durch, die den Effekt solcher Pflegeprogramme beleuchtete. Es wurden 651 Patienten entweder einer Normalpflege oder einem „Akutprogramm für Ältere“ zugeführt. Die Zustimmung der Patienten wurde mündlich entweder von ihnen selbst, oder einem Familienmitglied eingeholt.

In beiden Patientengruppen wurde jedem Patienten eine Krankenschwester, zwei Ärzte und ein Konsulararzt zugeteilt. Beide Gruppen nahmen die gleichen Serviceleistungen der Uni-Kliniken wie Sozialarbeit, Essen und physikalische Therapie in Anspruch. Den Patienten der Interventionsgruppe wurden zusätzlich noch Dienstleistungen von Sozialarbeitern, Diätassistenten, Beschäftigungstherapeuten und von Krankenschwestern angeboten. Die Gesamtstundenanzahl dieser besonderen Leistungen entsprach weniger als einer zusätzlich beschäftigten Fachkraft pro Jahr.

Bei ihrer Aufnahme und auch bei

ihrer Entlassung bzw. drei Monate danach wurden Interviews mit den Patienten bzw. mit den Angehörigen durchgeführt, die sozialdemographische Charakteristika, die Fähigkeit, Tätigkeiten des täglichen Lebens zu bewältigen und den allgemeinen Gesundheitsstatus inklusive einer Bewertung anhand einer 21-teiligen geriatrischen Depressionsskala eruieren sollten.

Als fünf Basisaktivitäten des Alltags wählte man Baden, Anziehen, Toilettenbenutzung, sich vom Bett in einen Sessel setzen und Essen aus. Weiters erhob man die Fähigkeit einkaufen zu gehen, zu kochen, Haushalt zu führen, Verkehrsmittel zu benützen, mit Geld umzugehen, sachgemäß mit Medikamenten umzugehen und zu telefonieren. Die Interviews wurden von Forschungsbeauftragten, die nicht in die Pflege involviert waren, durchgeführt.

Wie sahen nun die Resultate der Untersuchung aus?

Bei den Aufnahmen unterschieden sich die nach dem Zufallsprinzip ausgewählten Patienten beider Gruppen praktisch nicht. Im Lauf des Studienzeitraumes starben in jeder der beiden Gruppen 24 Patienten. Zum Zeitpunkt ihrer Entlassung zeigten 65 der 303 überlebenden Patienten der Interventionsgruppe eine VIEL BESSERE Fähigkeit, die Basis-Tätigkeiten des Alltags durchzuführen.

In der Normalgruppe hingegen waren es nur 40. 39 Personen der Interventionsgruppe wurden als BESSER eingestuft – zum Vergleich: in der Normalgruppe waren es 33.

150 der ersten Gruppe blieben unverändert, 22 wurden als schlechter eingestuft und 26 als viel schlechter. Demgegenüber die Normalgruppe: 163 unverändert, 39 schlechter und 25 viel schlechter.

Der allgemeine Gesundheitszustand der Patienten der Interventionsgruppe war besser als bei der Normalgruppe.

Drei Monate nach ihrer Entlassung jedoch konnten keine signifi-

kanten Unterschiede mehr zwischen beiden Gruppen festgestellt werden. Die Autoren weisen darauf hin, daß es nicht Ziel der Studie war, Langzeiteffekte solcher Therapiemodelle zu untersuchen, sondern vielmehr die grundsätzliche Effektivität solcher „Akutprogramme für Ältere“.

New England Journal of Medicine, May 18, 1995

China: Nahrungsmittelindustrie verwertet abgetriebene Föten!

Wer nun glaubt, sich verlesen zu haben, irrt. In den Krankenhäusern von Shenzhen werden pro Jahr etwa 7000 Abtreibungen durchgeführt. Doch damit nicht genug. Private Kliniken verkaufen die abgetriebenen Föten zum Preis von \$ 1,60 und \$ 2,- an die Nahrungsmittelindustrie. Die Körper der Föten werden als Suppe gegessen, gemeinsam mit Schweinefleisch. Ein Reporter recherchierte im Shenzhen Health Centre für Frauen und Kinder. Auf Anfrage überreichte ihm eines morgens eine Ärztin eine mit daumengroßen Föten gefüllte Flasche mit der Bemerkung: „Hier sind 10 Föten, alle heute morgen abgetrieben. Sie können sie mitnehmen. NORMALERWEISE nehmen wir Ärzte sie mit nach Hause, kostenlos natürlich, um sie zu essen! Aber – nachdem sie etwas geschwächt dreinschauen, können Sie sie haben“.

ZOU QIN, eine Ärztin der Luo Hu Clinic in Shenzhen meinte, daß die Föten sehr nahrhaft seien und behauptete, in den letzten sechs Monaten hundert gegessen zu haben. „Wir treiben natürlich nicht ab, um die Föten zu essen“, betont die Ärztin, man wolle nur die abgetriebenen Föten nicht vergeuden, indem man sie in den Müll wirft.

Laut HongKong Eastern Express kam die Geschichte erstmals

auf, als Journalisten von der Schwester-Zeitung Eastweek von Hongkong aus über die Grenze gingen, um nachzuforschen, ob Handel mit Föten getrieben wird.

Der Bericht erschien dann in der Ausgabe vom 12. April des „Eastern Express“ und am 13. April im London Daily Telegraph, auch UPI, das Japanese Economic Newshire und die Agence France Press berichteten darüber. Eigenartigerweise wurde der Bericht von den US-Medien praktisch ignoriert.

Diese moderne Form von Kannibalismus ist wohl eines der makabersten Resultate einer utilitaristischen Gesinnung, wie sie so oft anzutreffen ist. Daß es soweit kommt, hätte sich mancher von uns in seinen schlimmsten Phantasien nicht träumen lassen.

Pro Life News V5, Nr. 6, 1995

Neues Transplantationsgesetz für Deutschland steht bevor

Aller Voraussicht nach wird es in Deutschland Ende 1995 ein Transplantationsgesetz geben. Gesundheitsminister Horst SEEHOFER und der sozialdemokratische Gesundheitssprecher Rudolf DRESSLER kündigten an, daß die christlich-demokratische/liberale Koalition und die Opposition gemeinsam ein Transplantationsgesetz vorstellen werden, welches durch die Länder unterstützt wird.

Das Gesetz enthält folgende Punkte: Organe dürfen dann aus dem Körper eines Verstorbenen entnommen werden, wenn er selbst in die Organspende eingewilligt hat, bzw. sollte er sich nicht dazu geäußert haben, wenn seine nahen Verwandten die Einwilligung dazu geben. Können weder Spenderkarte noch Verwandte gefunden werden, darf kein Organ entnommen werden.

Das neue Gesetz geht auch auf

den Organhandel ein.

Bevor über das Gesetz abgestimmt wird, wird noch intensiv über Gehirntod und die Rolle der Anverwandten diskutiert werden. Eine Gruppe von deutschen, protestantischen Theologen und einige Ärzte äußerten nämlich die Meinung, daß der Hirntote kein Toter, sondern vielmehr ein Sterbender sei. Sie vertreten die Ansicht, daß von diesen Personen nur dann Organe entnommen werden dürfen, wenn sie selbst den Wunsch dazu äußern.

Dem gegenüber gibt es eine Erklärung der Deutschen Gesellschaft für Anästhesie, Physiologie, Neurologie und Neurochirurgie, in der festgehalten wird, daß der Hirntod als Tod der ganzen Person zu werten sei.

The Lancet, Vol. 345, May 13, 1995

III. Weltkongress der „Pro Life“-Bewegungen

Der Päpstliche Familienrat organisierte Anfang Oktober 1995 in Rom einen dreitägigen Weltkongress, in dessen Mittelpunkt die Enzyklika „Evangelium Vitae“ stand.

Die Teilnehmer suchten gemeinsam nach den Konsequenzen und Verpflichtungen, die sich daraus für die „Pro Life“-Bewegungen ergeben.

In einer Ansprache fordert der Papst nun auch die Verteidigung des genetischen menschlichen Erbes gegen Verfremdung und Selektion. Der medizinische Fortschritt führe zu immer neuen ethischen Herausforderungen.

Außerdem müssen die Einrichtungen des Gesundheitswesens für alle Menschen gleich zugänglich sein. Der Papst betont, daß der Lebensschutz eine soziale und politische Frage ist, besonders aber ist es Aufgabe der ganzen christlichen Gemeinschaft.

Kathpress, Nr 229, 4.10.95

Neues Eugenikgesetz in China

Über ein Fünftel aller Menschen lebt in China. Mit der Einkind-Familienpolitik der letzten Jahre sollte das Bevölkerungswachstum reduziert werden. Ein neues Gesetz will nun auch den Anteil der behinderten Menschen herabsetzen, damit der Staat nicht unnötig finanziell belastet wird. Alle Paare werden verpflichtet, zu einer vorehelichen medizinischen Untersuchung zu kommen. Es soll überprüft werden, ob ernste genetische Erkrankungen, bestimmte Infektionskrankheiten oder „relevante Geistesstörungen“ vorliegen. In ersten Fällen wird eine Langzeitkontrazeption oder eine Tubenligatur vorgeschrieben, um die Unfähigkeit, Nachwuchs zu bekommen, zu garantieren. Nur bei Einhaltung dieser Maßnahmen ist dann auch eine Heirat erlaubt. Weitere obligatorische Untersuchungen erfolgen während der Schwangerschaft. Bei ersten genetischen oder somatischen Erkrankungen muß der Fetus abgetrieben werden. Unklar ist jedoch noch, welche Untersuchungen durchgeführt werden sollen, welche Krankheiten im Sinne des Gesetzes als „ernst“ zu bezeichnen sind und welche Ergebnisse bei unterschiedlichen medizinischen Meinungen gelten werden.

Lancet Vol. 346 Juli 1995

Natürliche Familienplanung

Frauen, die Veränderungen ihrer Cervix-Schleimhaut beobachten, sind in der Lage, die Kinderzahl mittels natürlicher Familienplanung (NFP) zu regulieren. Einige Studien, die in den letzten 20 Jahren durchgeführt wurden, zeigten, daß 95% aller fruchtbaren Frauen, unabhängig von Kultur, Bildung und wirtschaftlicher Situation zu dieser Selbstbeobachtung fähig sind. Haben sie es einmal verstanden und

erlernt, wollen sie auch bei dieser Art der Empfängnisregelung bleiben. Diese Studien bekräftigen neuerlich, daß die nach der NFP-Methode als unfruchtbar geltenden Tage auch tatsächlich unfruchtbar sind, gleichfalls wie für die 6 - 8 fruchtbaren Tage des Zyklus. Somit können einerseits mit sehr hoher Sicherheit Schwangerschaften vermieden werden, andererseits kommt es bei Paaren mit Kinderwunsch mit höherer Wahrscheinlichkeit zu einer Empfängnis. Die NFP ist einfach, in der Sicherheit

mit künstlichen Kontrazeptiva durchaus vergleichbar, vom wirtschaftlichen Standpunkt her gesehen äußerst billig und bezieht außerdem beide Partner in die Familienplanung mit ein.

Lancet, Vol. 364 Juli 1995

Positive Kritik für Wiener Ordensspitäler

Die Wiener Bevölkerung schätzt die acht Ordensspitäler in der Stadt.

Jeder fünfte Wiener wurde in den vergangenen zwei Jahren in einem Ordensspital behandelt. Diese Spitäler haben bei einer im Sommer 1995 durchgeführten Umfrage sehr gute Noten erhalten. 95% der Befragten bejahten den Satz: „Der Patient steht im Mittelpunkt.“ Eigenschaften wie „menschliche Betreuung, Humanität und ganzheitliche Medizin“ dominieren bei der Einschätzung dieser Krankenhäuser.

Kathpress, Nr 248, 27.10.95

THE JOURNAL OF MEDICINE AND PHILOSOPHY. A Forum for Bioethics and Philosophy of Medicine. Dordrecht / Boston / London. Bimestrale Zeitschrift in Englisch. Vol.20 No.3 June 1995:

Robert M.Veatch: Bioethics and Philosophy of Science; Ernan McMullin: Underdetermination; Robert M.Veatch and William E.Stempsey, S.J.: Incommensurability: Its Implications for the Patient/Physician Relation; Carol Bayley: Our World View (a) (May be) Incommensurable: Now What?; Grant Gillet: Virtue and Truth in Clinical Science; Henrik R.Wulff: The Inherent Paternalism in Clinical Practice; Lisa S.Parker: Breast Cancer Genetic Screening and Critical Bioethics' Gaze.

REVISTA CUADERNOS DE BIOÉTICA. Santiago de Compostela, Spanien.

Quartalsschrift in Spanisch. Vol.V No.22, 2a 1995

Tema de Estudio: Etica en la investigacion y tratamiento medicos Alejandro Serani Merlo: Perplejidades en la neurociencia contemporanea. El caso de los pacientes en estado vegetativo persistente. Javier Cabanyes: La esterilización de los enfermos mentales. E.Pásaro Méndez, R.M. Fernández García: Terapia génica y bioética. J.M.Marigorta, J.A. Mínguez: El anencéfalo como donante de órganos. Antonio Pardo: Aspectos médicos de la homosexualidad. Aspectos prácticos. A.Rodríguez, Núñez y J.M. Martínón: El consentimiento informado en pediatría. Colaboraciones: José Ma. Barrio Maestre: La ética de la decisión o la vuelta de Prometeo. Notas para una reflexión bioética. Farmacia: Ma. del Carmen Vidal Casero: El farmacéutico y el secreto profesional.

Derecho: Angeles López Moreno: Bioética para juristas. Petro J. Montano: Sida: algunas consideraciones de política criminal.

ETHICS & MEDICINE. An International Christian Perspective on Bioethics. Bannockburn, IL, USA, London GB.

Quartalsschrift in Englisch. 11:1, Spring 1995:

Nigel M.de S.Cameron: Bioethics and the Challenge of the Post-Consensus Society; David B.Fletcher: Response to Nigel M.de S.Cameron's Bioethics and the Challenge of the Post-Consensus Society; Barbara Parfitt: Models of Nursing and Theories of Humanity: A Christian Perspective; The Rev.Stanley L.Jaki: Consistent Bioethics and Christian Consistency; Major Conclusions and Recommendations from the Final Report of the NIH Human Embryo Research Panel.

ACTA PHILOSOPHICA. Rom, Italien.

Quartalsschrift in Italienisch.

Vol.4 (1995), Fasc.1 Gennaio/Giugno:

Studi: Juan Manuel Burgos: Cinco claves para comprender a Jacques Maritain; Pierpaolo Donati: Sociologia e teologia di fronte al futuro: un approccio relazionale; David M.Gallagher: Person and Ethics in Thomas Aquinas; Alejandro Llano: „Being as True“ according to Aquinas; Note e commenti: Alfred Driessen: The question of the existence of God in the book of Stephen Hawking „A Brief History of Time“; Miguel Pérez de Laborda: El „unum argumentum“ de San Anselmo: un intento de demostrar lo que la fe ensena sobre Dios; Francesco Russo: Contemplazione e interpretazione. L'estetica kantiana

nell'analisi di Luigi Pareyson; Victor Sanz: Historia de la filosofía e historia. Notas para un debate; Cronache di filosofia: Scienza e umanità (R.Martínez); Natura: riflessioni in riferimento a Tommaso d'Aquino (D. Gamarra); Convegno; Riviste; Società filosofiche; Rassegne editoriali;

Recensioni: J.Cruz Cruz: Libertad en el tiempo, Ideas para una teoría de la historia (D. Gamarra); U.Galeazzi: Ermeneutica e storia in Vico (M.T.Russo); M.Introvigne: Indagine sul satanismo (J. Villanueva); A.Kenny: Aquinas on Mind (S.L.Brock); D.Lorenz (a cura di): Studi 1994 (M.J.Castelbranco); M.Olivetti: Analogia del soggetto (A.Gentile); L.Pareyson: Prospettive di filosofia contemporanea (F.Russo)

Schede bibliografiche: K.Berzano-M.Introvigne: La sfida infinita (J.Villanueva); J.A.García Cuadrado: Hacia una semántica realista (R.Jíménez Catano); D.Innerarity: Hegel y el romanticismo (D.Gamarra); A.Marchetti: Riscoprire Vico. Attualità di una metafisica della storia (D.Gamarra); O.Paz: La duplice fiamma (R.Jíménez Catano); L.Polo: Presente y futuro del hombre (J.I.Murillo); A.Trendelenburg: La dottrina delle categorie in Aristotele (M.Pérez de Laborda).

ANTHROPOTES. Rivista ufficiale del Pontificio Istituto Giovanni Paolo II per Studi su Matrimonio e Famiglia. Città del Vaticano, Italien Halbjährliche Zeitschrift in Italienisch.

Anno XI, n. 1 - Giugno 1995

Sommario: Henri Cruzel: Le remariage après divorce selon les Pères de l'Eglise. Leo Scheffczyk: Rückbesinnung auf die Sakramentalität der Ehe als Weg aus der Krise. Livio Melina: Il ruolo della cosci-

enza nell'accesso alla comunione eucaristica dei divorziati risposati.

In rilievo: Jacques Nourissat: Oui, cette pastorale est possible

Nota critica: Mario Francesco Pompedda: Problematiche canonistiche.

Vita dell'Istituto: A. Situazione statistica degli studenti, B. Situazione dei titoli di studio, C. Attività scientifiche.

ETHIK IN DER MEDIZIN. Berlin, BRD.

Bimestrale Zeitschrift in Deutsch. August 1995

Eckhard Nagel: Streit oder Diskussion? Hans Jürgen Avenarius: Erklärung, Verständnis, Einverständnis - Überlegungen zum Gespräch der Onkologie. Johann Friedrich Spittler: Der Hirntod - Tod des Menschen. Grundlagen und medizinische Gesichtspunkte.

Aktuelles: Gisela Bockenheimer-Lucius: Die „Bioethik-Konvention“ - Entwicklung und gegenwärtiger Stand der Kontroverse.

HASTINGS CENTER REPORT. New York, USA.

Bimestrale Zeitschrift in Englisch. Volume 25 Number 5 September-October 1995

Mark J. Hanson: The Seductive Sirens of Medical Progress: The Case of Xenotransplantation. James Dwyer and Elizabeth Vig: Rethinking Transplantation between Siblings. Henk A.M.J. ten Have: Medical Technology Assessment and Ethics: Ambivalent Relations. Mary Midgley: Visions, Secular and Sacred. Jeffrey R. Botkin: Fetal Privacy and Confidentiality. George J. Annas: Sex, Money, and Bioethics: Watching ER and Chicago Hope.

Features: Joseph Palca: Capital Report - Animal Organs für Human Patients? Stephen G. Post and Leonard Fleck: Case Study- My Conscience, Your Money. Alexander Morgan Capron: At Law - Horton Hatches the Egg. Larry

R.Churchill: Review - Reviving Duty Discourse

In Brief: Euthanasia in Australia; So Now We Are Asking the World; Top Ten Reasons Not To Marry a Bioethicist; In the Courts.

MEDICINA E MORALE

Bimestrale Zeitschrift in Italienisch. 1995/3

Editoriale: Il dialogo e la coerenza O.Pennel, L.Pacilli: Il nuovo sistema di finanziamento degli ospedali pubblici e privati. Alcune riflessioni sul tema. M.L. Di Pietro, M.B. Fisso: Donna e lavoro: considerazioni etico-giuridiche sulla prevenzione del rischio riproduttivo. V.De Filipis, G.Miranda: Aspetti etici emergenti nella tossicodipendenza: la „riduzione del danno“. G.Stirati, A.Pierucci, E.Boccia, C.Mazzoni, R.Colonnelli, A.R. Rocca, A.Pachi, A.G. Spagnolo: Bioetica clinica. Nefropatie croniche e gravidanza: rischio renale materno. Implicazioni per il c.d. aborto „terapeutico“.

Documentazione: Dal Magistero del Santo Padre

I. Il Papa: Il medico è contraddistinto dall'„humanitas“ verso i sofferenti

II. Giovanni Paolo II: 'E necessario determinare le condizioni etiche della ricerca

Dalla Santa Sede:

Pontificio Consiglio per l'Interpretazione dei Testi Legislativi: I diritti del nascituro secondo la legislazione canonica e il Magistero della Chiesa.

Dal magistero Episcopale: Commissione degli Episcopati della Comunità Europea: Dichiarazione a conclusione dell'Anno della Famiglia Dai Comitati di Etica:

I. Italia. Comitato Nazionale per la Bioetica: „Bioetica con l'Infanzia“ (II)

II. Italia. Comitato etico per la sperimentazione clinica della Facoltà medica della Università Cattolica: Statuto e Regolamento

Notiziario: Seminario di studio su „Metodologia di ricerca e di studio in Bioetica“. Seminario di studio su „La questione femminile a cinquant'anni dalla nascita dell'ONU“. Convengo su „L'espressione canonica della famiglia fondata sul matrimonio dinanzi al terzo millennio“

Recensioni: Pavesi E., (a cura di), Salute e salvezza. Prospettive interdisciplinari, (L.Cantoni). Norwood R.: Donne che amano troppo (I.Guidantoni)

Dalla Letteratura Internazionale: Quale razionalità nel suicidio assistito del paziente con AIDS; Dall'autonomia alla responsabilità di fronte all'infezione da HIV; Razionamento delle risorse al letto deo paziente; Necessità di una giustificazione ultima in ogni decisione medica.

ANUARIO FILOSOFICO

Zeitschrift der Universität Navarra in Spanisch

Volumen XXVIII/2-1995

La filosofia de lo mental de Wittgenstein

Jorge V.Arregui: Presentación; Stephen Mills: Los pensamientos en el Tractatus; Jorge V.Arregui: 'Etica, lógica y filosofía de la psicología en el Tractatus; Angel d'Ors, Maria Cerezo: Tractatus 5.54-5.5423. Sobre los „enunciados de creencia“; Vicente Sanfélix: Reductio ad vacuum; José Luis Gil de Pareja: La consideración wittgensteniana de la psicología como ciencia; Pascual Martínez Freire: Wittgenstein y Fodor sobre el lenguaje privado; Jim Edwards: El quietismo de Wittgenstein y seguir una regla como disposiciones; Carlos Rodríguez Lluema: Seguir una regla y conocimiento práctico; Jaime Nubiola: W.James y L.Wittgenstein: por qué Wittgenstein no se consideró pragmatista?; Javier Vidal: La cuestión de los „qualia“; Lluís Alvarez: Arte como supermecanismo; Stefaan E.Cuyper: La filosofía analítica de lo mental.

BUCHBESPRECHUNG

LEBENSSTIL UND LEBENSQUALITÄT – Gesundheitliche Chancen aus ärztlicher Sicht

Hersg.: Univ. Prof. Dr. Max-Joseph HALHUBER
Tyrolia – Verlag, Innsbruck
ISBN 3-7022-1698-7

Das Buch der von Prof. Dr. HALHUBER zusammengestellten tiroler Autorengruppe beschäftigt sich mit Fragen des Lebensstils im Zusammenhang mit der medizinischen Gesundheitsvorsorge. Obwohl fast sämtliche Autoren Mediziner sind, wendet sich dieses Buch nicht an Ärzte oder qualifiziertes medizinisches Personal im Sinn einer fachlichen Weiterbildung. Zielgruppe ist vielmehr der medizinische Laie, der durch eine bewußte Veränderung seiner Lebengewohnheiten seine Lebensqualität verbessern und seine Risikofaktoren vermindern möchte. Diesem Leser werden medizinische Zusammenhänge und klinische Studien in sehr anschaulicher und leicht verständlicher Form präsentiert. Viele praktische Tips und der motivierende Stil des Buches verleiten geradezu zum Beherzigen der Ratschläge. Das Buch ist sicherlich sehr gut geeignet, um an gefährdete oder auch nur besonders interessierte Patienten weiterempfohlen zu werden.

Ausgangspunkt sind die Gesundheitsdefinitionen von Gerhard SCHÄFFER und RÖSLER: "Gesundheit ist die Fähigkeit eines Biosystems, Störungen zu beseitigen oder auszugleichen" bzw. "Gesund ist, wer auch mit Störungen leben kann". Auf dieser Philosophie aufbauend beschäftigen sich die einzelnen Beiträge mit der Bedeutung des Lebensstils als Risikofaktor für Herz-Kreislaufkrankungen,

Zu Beginn erörtert Doz. Dr. RHOMBERG an Hand seiner im Rahmen der WHO gewonnen Er-

fahrungen und mit Hilfe verschiedener internationaler Studien sehr anschaulich die Relevanz der Risikofaktoren. Er berichtet auch über verschiedene Studien, bei denen versucht wurde, die Lebengewohnheiten größerer Bevölkerungsgruppen zu verändern. Für im medizinischen Bereich Tätige ist hier besonders die Bedeutung der regelmäßigen Motivierung der Patienten für die Erzielung langfristiger Erfolge hervorzuheben.

HALHUBER verdeutlicht in seinem Beitrag "Der Herzinfarkt beginnt im Kindesalter", daß die Arteriosklerose heute auch schon als kinderärztliches Problem bezeichnet werden muß. So überschreitet jedes 2. Kind zwischen 8 und 10 Jahren den für dieses Alter international angesehenen Grenzwert von 160 mg/dl Gesamt-Cholesterin, wobei bereits jedes 4. Kind Werte von mehr als 200 mg/dl aufweist. Eine Schlüsselposition für die Gesundheitserziehung räumt Halhuber den Kindergärtnerinnen ein, da diese relativ viel Zeit mit den Kindern verbringen und die Kinder in diesem Alter auch bereit sind, ihre Lebengewohnheiten zu verändern. Dafür ist auch eine gute Zusammenarbeit mit den Eltern förderlich. Weiters wünscht er sich eine verstärkte Gesundheitserziehung im Rahmen der Schule und gibt rauchenden Eltern Ratschläge, wie sie ihre Kinder zu Nichtraucher erziehen können.

In seinem zweiten Beitrag stellt HALHUBER Nichtmedizinern wesentliche Forschungsergebnisse der modernen Verhaltensmedizin aus der Sicht eines Präventivkardiologen und Rehabilitationskliniklers verständlich dar und setzt sie mit besonderen Verhaltensempfehlungen in Beziehung. So ist der Herzinfarkt heute keine "Managerkrankheit" mehr, sondern be-

trifft vor allem die "unteren" Schichten. Psychosoziale Stressoren, wie zum Beispiel ein ungutes Verhältnis von hoher Arbeitsbelastung und gleichzeitiger Unsicherheit des Arbeitsplatzes, fördern koronergefährdende Verhaltensmuster und sind daher häufig der gemeinsame Nenner für die Standardrisikofaktoren. HALHUBER stellt die Behauptung auf, daß die Lebensphilosophie des Alpinismus einen Schutz gegen den Herzinfarkt geben kann, indem sie den Risikofaktoren vorbeugt. Die alpinistische Lebenseinstellung wird durch ihre natur- und kulturnahe Wertordnung geprägt, durch ihre spielerisch-sportliche Grundhaltung, die Ausdauertraining und nicht Höchstleistungen sucht und schließlich auch durch den menschlichen Rückhalt in der Gemeinschaft der Alpinisten. Im Rahmen des "therapeutischen Reisens" können z.B. auch chronisch Erkrankte, nach guter Vorbereitung und ausreichender Betreuung vor Ort, die Vorteile des alpinistischen Lebensstils nützen und genießen.

Prof. Dr. RAAS geht in seinem Beitrag über die Bedeutung des Sportes für die Gesundheit und Krankheitsvorbeugung neben allgemeinen Informationen besonders auf die Möglichkeiten und Gefahren des alpinen Skisportes ein. Im Kapitel "Urlaub im Gebirge – der Gesundheit wegen" erfahren wir noch weitere Vorteile, die ein Aufenthalt in den Bergen mit sich bringt. Wir werden aber auch auf die besonderen Gefahren, wie die körperliche Überschätzung bei Wanderungen in den doch ungewohnten Höhenlagen des Gebirges hingewiesen.

Und weil in einem Buch über gesunden Lebensstil die Ernährung eine wesentliche Rolle spielt, bereichert die Ernährungsberaterin

Mathilde ENZINGER ihren sehr ausführlichen Beitrag über die lebensnotwendigen Nähr- und Wirkstoffe mit sehr vielen praktischen Ernährungsempfehlungen. Nach dem Studium ihres Kapitels steht der praktischen Umsetzung des Vorsatzes, alte Gewohnheiten abzulegen, nichts mehr im Wege!

Prof. Dr. GÜNTHER beantwortet in seinem Beitrag über Rheumatismus viele Fragen, die Nichtmediziner zu diesem großen Themenkreis haben. Abschließend erläutern der Gynäkologe Doz. Dr. HITTMAYER und der Arzt für Psychotherapie Prof. Dr. WESLACK jeweils themenbezogene Aspekte ihrer Fachgebiete.

E. Tanzer

DIE NEUEN GOTTESBEWEISE

Reinhard LÖW

Pattloch Verlag, Augsburg 1994

ISBN 3-629-00651-5

207 Seiten

Vieles hat die moderne Naturwissenschaft zu beweisen versucht: Unsere stammesgeschichtliche Herkunft, die Entstehung des Lebens und der Erde bis hin zur Erklärung des Seins aus physikalischen Vorgängen zu Beginn der Entstehung unseres Kosmos. Aber dessen nicht genug, versuchten in den letzten Jahren verschiedene Naturwissenschaftler auch über unsere Welt hinauszugehen und „übernatürliche Phänomene“ zu beweisen. Heute gibt es nicht wenige Physiker, die aufgrund Ihrer Daten aus der Kosmo- und Atomphysik behaupten, Gott beweisen zu können. Doch was ist dran an der forschen These der Allesergründer? Ist es der modernen Physik tatsächlich gelungen, Gott zu messen oder den Himmel auf Erden zu orten?

Dieser Frage geht Reinhard Löw in seinem neuesten Buch über „Die neuen Gottesbeweise“ nach. Ähn-

lich wie bei seiner Analyse der Teleologie in dem gemeinsam mit Robert SPAEMANN verfaßten Buches „Die Frage Wozu?“ beginnt Löw sein Buch mit einer systematisch-technischen Abhandlung der wissenschaftstheoretischen Grundlagen von Beweisen an sich. Dem folgt ein historischer Abriss der Philosophiegeschichte der Gottesbeweise, beginnend bei den fünf Wegen des Heiligen Thomas v. AQUIN bis hin zu tatsächlich als Beweise aufgefaßte Versuche verschiedener Philosophen der Neuzeit.

Anhand des erlangten Handwerkszeuges führt Löw den Leser sodann durch drei moderne Varianten von Gottesbeweisen, die in ihrem rein empirischen Zugang zu dieser Fragestellung einen völlig neuen Wegang zu der Thematik suchen: Die vorgefaßte Prämisse lautet in verschiedenen Formulierungen: Wie kann man das Phänomen Gottes und der Religion in unserer Gesellschaft naturwissenschaftlich erklären. Im Grunde soll also Gott erklärt werden, um anhand seiner eigenen Erklärung wieder wegbeweisen werden zu können. Oder wie es Löw formuliert: „Von der Wahrscheinlichkeit zur Unmöglichkeit von Gottes Existenz – und retour.“

Im Konkreten griff sich Löw drei Bücher dieser naturwissenschaftlichen Denkrichtung heraus, anhand deren er die Unredlichkeit und sogar Widersprüchlichkeit der vorgegebenen Argumentation herausarbeitet. Die Autoren dieser Bücher sind der vor allem im deutschsprachigen Raum bekannte Wissenschaftsjournalist Hoimar v. DITFURTH („Wir sind nicht von dieser Welt.“), der Amerikaner Richard DAWKINS, der mit seinem Buch „Das egoistische Gen.“ vor allem die Denkweise in vielen biologischen und medizinischen Labors beeinflusst hat und schließlich Frank J. TIPLER, der gerade in sei-

nem Buch „Die Physik der Unsterblichkeit.“ behauptet, Gott beweisen zu können, aber zugleich sich selbst als Atheist brüstet.

Entgegen den Erwartungen, die der Titel des Buches vielleicht erzeugen könnte, handelt es viel weniger von neuen Erkenntnissen oder Argumentationen, die in theologischen oder religiösen Diskussionen Verwendung finden könnten, sondern der Autor will in erster Linie die Unzulässigkeit des naturwissenschaftlichen Ansatzes in dieser Frage herausarbeiten und somit zugleich die Begrenzung der naturwissenschaftlichen Möglichkeiten in philosophischen Themen aufzeigen. Denn gerade die große Krise in der Physik seit Beginn dieses Jahrhunderts hat sehr deutlich gezeigt, wie sich aus einem Erklärungsdefizit in den Bereichen der Astro- und Atomphysik viele Naturwissenschaftler in ontologische und metaphysische Erklärungen flüchteten, ohne jedoch das philosophische Handwerkzeug zu besitzen, um sattelfest in dieser Ebene argumentieren zu können. Und gerade in diesem Grenzbereich versucht Löw mit seinem Buch erneut Grundgegebenheiten klar zu definieren und Mißverständnisse auseinanderzuidividieren.

Und eben diese Grundintention des Buches, das in relativ einfachen Worten, will sagen in naturwissenschaftlich verständlicher Diktion geschrieben ist, macht es besonders für den tätigen Arzt und Naturwissenschaftler besonders interessant. Denn neben der grundsätzlichen Klärung verschiedener philosophisch wie wissenschaftlich gebrauchter Grundbegriffe, skizziert Löw auch die wesentlichen argumentativen Irrtümer einiger gängiger naturwissenschaftlicher Thesen wie der Soziobiologie, dem Fulguratismus, dem Evolutionismus und dem Präformationismus.

M. Schwarz

HINWEISE FÜR AUTOREN

1. Allgemeine Erläuterungen

Mit der Annahme eines Beitrages überträgt der Autor dem IMABE-Institut das ausschließliche, räumlich und zeitlich uneingeschränkte Recht zur Vervielfältigung durch Druck, Nachdruck und beliebige sonstige Verfahren und das Recht zur Übersetzung für alle Sprachen und Länder.

Bei der Abfassung von Manuskripten sind die nachfolgenden Angaben zu berücksichtigen.

Die Beiträge werden von den Autoren im PC-Schreibsatzverfahren auf Laserprinter gedruckt erbeten. Die Manuskripte sollen in dreifacher Ausfertigung eingereicht werden. Übersichten und Originalien sollten den Umfang von 10 Druckseiten (einschließlich Literatur) nicht überschreiten. Zusätzlich soll eine Diskette MS-Dos geliefert werden.

Nach Abschluß des Begutachtungsverfahrens erhalten die Autoren die Manuskriptvordrucke und spezielle Anleitungen von der Redaktion mit einem Sonderdruckbestellzettel.

2. Gestaltung der Manuskripte

Die erste Seite soll enthalten:

1. kurzen, klaren Titel der Arbeit
2. Namen aller Autoren
3. Eine Zusammenfassung des Beitrages auf Deutsch (ca. 8 – 10 Zeilen)
3 bis 5 Schlüsselwörter
4. Englische Übersetzung der Zusammenfassung

Die Manuskriptblätter sind einschließlich Literaturverzeichnis durchzunummerieren.

Danksagungen sind an das Ende der Arbeit vor die Literatur zu stellen.

Fußnoten sind durchzunummerieren. Sie werden immer an das Ende des Beitrages gestellt.

Tabellen und Abbildungen sind bereits vom Autor an den dafür vorgesehenen Stellen im Text einzufügen. Zusätzlich werden von den Autoren für Strichabbildungen gute scharfe Fotoabzüge in der gewünschten Endgröße mit klar lesbarer Beschriftung (2 mm Schrifthöhe) erbeten.

Da der sonst übliche Korrekturabzug zur Überprüfung entfällt, unterliegt die sprachlich einwandfreie Gestaltung der Arbeit der Verantwortung des Autors.

3. Literatur

Zeitschriftenbeiträge werden zitiert nach:

1. sämtlichen Autorennamen mit nachstehenden Initialen der Vornamen in Großbuchstaben
2. Beitragstitel unter Anführungszeichen
3. nach den internationalen Regeln (Index Medicus) abgekürzter Titel der Zeitschrift
4. Jahreszahl in runden Klammern
5. Bandnummer mit Doppelpunkt
6. Anfangs- und Endseitenzahl der Arbeit.

Beispiel: Thomas H., „Sind Handeln und Unterlassen unterschiedlich legitimiert?“, Ethik in der Medizin (1993), Bd. 4: S. 70 – 82

Bei Monographien und Büchern sind anzugeben:

1. Sämtliche Autorennamen mit nachgestellten Initialen der Vornamen
2. Buchtitel
3. Verlagsname
4. Verlagsorte
5. Jahreszahl in runden Klammern
6. Seitenzahl(en)

Beispiel: Löw, R., „Philosophie des Lebendigen“, Suhrkamp, Frankfurt a. Main (1980), S. 25 – 28



HINWEISE

PUBLIKATIONEN DES IMABE INSTITUTS (können über das Institut bezogen werden)

BÜCHER

Der Status des Embryos. Eine interdisziplinäre Auseinandersetzung mit dem Beginn des menschlichen Lebens (1989), Fassbaender Verlag, Wien, ISBN: 3-900538-17-4

Aus der Reihe Medizin und Ethik:

Der Mensch als Mitte und Maßstab der Medizin (1992) Hsg. J. Bonelli, Springer Verlag, Wien-New York, ISBN: 3-211-82410-3

Der Status des Hirntoten. Eine interdisziplinäre Analyse der Grenzen des Lebens.(1995) Hsg. M. Schwarz, J. Bonelli, Springer Verlag, Wien-New York. ISBN:3-211-82688-2

STUDIENREIHE

Nr. 1: W. RELLA (1994) *Die Wirkungsweise oraler Kontrazeptiva und die Bedeutung ihres nidationshemmenden Effekts.* ISBN: 3-900528-48-4

Nr. 2: C. SCHWARZ (1994) *Transplantationschirurgie.* ISBN: 3-85297-000-8

Nr. 3: M. RHONHEIMER (1995) *Sexualität und Verantwortung.* ISBN: 3-85297-001-6

Nr. 4: S. RIEDL / A. SCHWARZ (in Vorbereitung) *Pränatale Diagnose.*

Nr. 5: M. RHONHEIMER (in Vorbereitung) *Absolute Herrschaft der Geborenen? Anatomie und Kritik der Argumentation von Norbert HOERSTER s„Abtreibung im säkularen Staat“.*

VORSCHAU

Imago Hominis BAND 4/95

SCHWERPUNKT

GENTECHNIK

IMPRESSUM

Herausgeber: Prim. Univ. Prof.
Dr. Johannes BONELLI,
Dr. Enrique H. PRAT DE LA RIBA

Medieninhaber und Verleger:
IMABE - Institut für medizinische
Anthropologie
und Bioethik,
Landstraßer Hauptstraße 4/13,
A-1030 Wien

Telephon: +43 1 715 35 92

Telefax: +43 1 715 35 93

DVR-Nr.: 0029874(017)

ISSN: 1021-9803

Schriftleitung:

Dr. Notburga AUNER

Redaktion/Nachrichten:

Bernhard KUMMER, Rita LENK

Anschrift der Redaktion:

zugleich Anschrift des Herausgebers.

Grundlegende Richtung:

Imago Hominis ist eine ethisch-
medizinische, wissenschaftliche

Zeitschrift, in der die aktuellen
ethisch-relevanten Themen der
medizinischen Forschung und
Praxis behandelt werden.

Layout, Satz, Graphik und
Produktion: Gerhard WAGNER

Herstellung:

Druckerei ATLAS,

Wienerstraße 35,

A-2203 Großebersdorf

Anzeigenkontakt:

Anneliese STEINMETZ

Einzelpreis:

Inland ATS 120.-,

Ausland ATS 150.-

Jahresabonnement:

Inland ATS 400.-,

Ausland ATS 500.-

Studentenabo ATS 250.-

Fördererabo ATS 1.000.-

Abo-Service:

Anneliese STEINMETZ

Bankverbindung:

CA-BV, Kto.Nr. 0955-39888/00

Erscheinungsweise: vierteljährlich

Erscheinungsort: Wien

Verlagspostamt: 1033 Wien

Postgebühr bar bezahlt.

Leserbriefe senden Sie bitte an den

Herausgeber.

Einladung und Hinweise für Autoren:

Das IMABE lädt zur Einsendung von

Artikeln, die Themen der medizinischen

Anthropologie und Bioethik

behandeln, ein. Bitte senden Sie Ihre

Manuskripte an den Herausgeber. Die

einlangenden Beiträge werden dann

von den Mitgliedern des wissenschaftlichen

Beirates referiert.

Kürzungen der Leserbriefe und

Manuskripte behalten wir uns vor.

Das IMABE-Institut gehört dem

begünstigten Empfängerkreis gem. §4

(4) Z 5 lit e EStG 1988 an.

Zuwendungen sind daher steuerlich
absetzbar.

IMABE