

BUNDESZENTRALE FÜR  
GESUNDHEITLICHE AUFKLÄRUNG



WHO-KOLLABORATIONSZENTRUM  
FÜR GESUNDHEITSERZIEHUNG

BERICHT

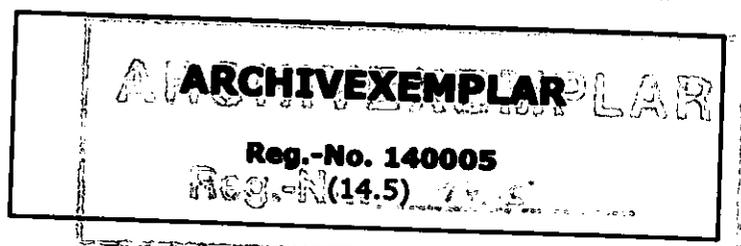
AIDS-AUFKLÄRUNG IN DEN  
NIEDERLANDEN

VON

Thomas Bliesener

(Im Auftrag und mit Mitteln der Bundeszentrale für  
gesundheitliche Aufklärung, Köln)

Januar 1987



Thomas Bliesener

AIDS

Bericht

DK-Nr.: 612.017 NC

BZgA 5000 Köln 91 (Merheim)

- DOKUMENTATION -

Dat.: 1987

BLIES

Köln, Januar 1987

## AIDS-PRÄVENTION IN DEN NIEDERLANDEN

0. Organisatorische und administrative Voraussetzungen
  1. Einschätzung der Situation
  2. Konzepte und Erfahrungen
    - 2.1. Zielgruppen
    - 2.2. Abstufung der Aktivität bei Präventionsmaßnahmen
    - 2.3. Gestaffelte Ziele
    - 2.4. Medien und Distributionswege
    - 2.5. Begrenzung unerwünschter Nebenfolgen
    - 2.6. Evaluation des Erfolgs von Maßnahmen
    - 2.7. Modifikationen der Konzepte
    - 2.8. Geplante Präventionserweiterung 1987
  3. Kooperationen
  4. Spezielle Themen
    - 4.1. Diskriminierung
    - 4.2. Test
  5. Anhang: Die wichtigsten Informanten

Zusammenfassung der essentials

1. Die niederländische Präventionspolitik ist auf höchste Effektivität, das heißt möglichst lange Verzögerung der Infektionsausbreitung, gerichtet.
2. Sie ist sehr differenziert und zielgruppen-spezifisch.
3. Ständige Eingangs- und Erfolgskontrollen stellen die Rationalität von Maßnahmen sicher.
4. Auf Kontinuität und Beständigkeit der Effekte wird größter Wert gelegt.
5. Die Maßnahmen sind frei von allgemeinpolitischen Nebenzielen.
6. Die Maßnahmen sind frei von bewertenden und moralischen Nebenzielen .

## 0. Organisatorische und administrative Voraussetzungen

Maßnahmen und Kampagnen zur AIDS-Problematik werden in den Niederlanden seit 1983 im Konsens der wichtigsten Beteiligten geplant und implementiert. Die erste Kampagne zur Sicherung von Spenderblut gegen HIV-Verseuchung wurde in Koordination zwischen Gesundheitsministerium, Blutbanken und Homosexuellenorganisationen konzipiert, durchgeführt und ausgewertet. Aus den positiven Erfahrungen mit dieser Arbeitsweise entstand die feste Institution des nationalen "Koordinationsbüros AIDS". Für den Leiter dieses Büros wurde aus Mitteln des Gesundheitsministeriums die Stelle des nationalen "AIDS-Koordinators" geschaffen (1984).

Der AIDS-Koordinator beruft durchschnittlich einmal im Monat das landesweite "AIDS-Koordinations-Team" ein, in dem die folgenden 10 Organisationen vertreten sind:

- die staatliche Aufsichtsbehörde für die Volksgesundheit
- die Niederländische Gesellschaft zur Bekämpfung von Geschlechtskrankheiten
- der Dachverband der Blutbanken
- der Dachverband der aller Drogenhilfe-Einrichtungen
- das Gesundheitsamt der Stadt Amsterdam
- das Gesundheitsaufklärungs-Büro der Stadt Amsterdam
- die Schorerstichting, Stiftung zur psychosozialen Hilfe für Homosexuelle
- der nationale Verband zur Emanzipation von Homosexuellen
- die nationale Organisation homosexueller Ärzte
- (als Beobachter) das Gesundheitsministerium

Koordinator, Koordinationsbüro und Koordinationsteam leisten für alle Maßnahmen und Kampagnen die Abstimmung untereinander, die Planung, Auswertung und Fortschreibung. Erklärte Aufgabe des Koordinationsbüros sind Integration und Konsens, zu erreichen durch:

- Versorgung aller relevanten Organisationen mit verständlichen Informationen über
  - = Epidemiologie
  - = klinische, immunologische und virologische Entwicklungen
  - = psychologische, soziale und juristische Aspekte
  - = nationale und internationale Einstellungen zu bestimmten Themen, z.B. HIV-Antikörper-Test, HIV-negativ-Bescheinigungen, Safer-Sex-Richtlinien, etc.

- Sicherstellung der wechselseitigen Informationen beteiligter Institutionen über jeweils eigene Aktivitäten
- Förderung und Regulierung von Entwicklungen in Gesundheitspolitik, Erziehung, Prävention, psychosoziale Versorgung, Recht, etc.
- Beratung der Regierung und der involvierten staatlichen Stellen
- Koordination der Medien-Inhalte

Ergebnisse dieser Organisations- und Zielstruktur sind insbesondere:

- Angst und Unsicherheit in den von AIDS berührten Berufsgruppen blieben gering. Ernsthafte Fehlreaktionen oder Zwischenfälle blieben aus.
- In der Medienöffentlichkeit blieb AIDS sensationsfrei. Die Berichterstattung blieb sachlich und verantwortungsvoll. Die breite Bevölkerungsöffentlichkeit blieb als Folge davon vernünftig und gefaßt - beste Voraussetzung für wirksame Präventionsarbeit.
- Die erfolgreiche Praxis der nationalen AIDS-Koordination gewann große Vorbildfunktion für lokale Koordination.
- Die Struktur der Maßnahmenträger schuf die Grundlage für die bemerkenswerten Besonderheiten der Maßnahmen selbst:
  - = Hohe Differenziertheit und Spezifität
  - = sorgfältige Prüfung der Eingangsbedingungen
  - = ständige Begleit- und Anschlußuntersuchungen hinsichtlich der Erfolge und der ungewollten Nebeneffekte
  - = Bedachtsamkeit in der Ausweitung des Adressatenkreises
  - = Verzicht auf kurzfristige "Knalleffekte" ,  
stattdessen Sicherung der Dauerhaftigkeit von Präventionserfolgen.

## 1. Einschätzung der Situation

Der gegenwärtige Stand der Infektionsausbreitung wird so eingeschätzt, daß nach wie vor die bekannten Risikogruppen die Virusträger- und verbreiter stellen. Speziell zu Prostituierten ist zu sagen, daß bis heute kein einziger Fall von HIV-Infektion bekannt ist, wenn nicht gleichzeitig die Betroffene iv-Drogenbenutzerin ist. Bei seropositiven Blutspendern ergaben stichprobenartige Nachforschungen, daß es sich immer um Angehörige der bekannten Risikogruppen handelte. Daher geht man davon aus, daß es in den Niederlanden keine systematische heterosexuelle HIV-Transmission gibt. Neben der laufenden nationalen epidemiologischen Untersuchung wird der internationale Vergleich als wichtigste Frühwarnmöglichkeit gesehen: New York gilt als Ort mit einer drei Jahre vorauslaufenden Entwicklungen. Da gegenwärtig nicht einmal dort wesentlich andere Befunde als in den Niederlanden gemacht werden, rechnet man mit einem zeitlichen Bonus von drei bis fünf Jahren, bevor es zu systematischen und konkreten Gefährdungen der Gesamtbevölkerung kommt. Unterstützt wird diese Prognose durch die Ergebnisse, die die Anwendung mathematischer Modelle auf die HIV-Epidemiologie erbrachte (Modelle, die in EG-weiter Kooperation beim RIVM in Bilthoven entwickelt werden).

Auf Grund dieser Einschätzung ist es Konsens, daß Aufklärungskampagnen bereits zum gegenwärtigen Zeitpunkt einsetzen und ausgebaut werden müssen, jedoch ohne daß Übereilung nötig wäre. Der bestehende Zeitvorsprung soll mit differenzierten, sorgfältig vor- und nachbereiteten, auf Beständigkeit und Dauerhaftigkeit angelegten Maßnahmen genutzt werden.

Die psychosozialen Begleit- und Folgeprobleme umfassen dasselbe Spektrum wie überall: Wohnen, Arbeit, Finanzen, Familie, Freunde, Isolation, Angst, etc. Das Ausmaß dieser Probleme ist jedoch geringer als im internationalen Vergleich. Zwei Hauptgründe sind dafür verantwortlich: Zum einen ist das niederländische Sozialsystem sehr hoch entwickelt, so daß für die meisten Problemlagen Lösungsantworten bereitstehen. Zum andern sind die Probleme öffentlicher Panik und Hysterie dank der Medien gering geblieben: Nüchternheit und Zurückhaltung zeichnen die Berichterstattung aus. Sensationsberichte wie in "Bild" oder "Spiegel" gibt es nicht. Ausgeprägt verantwortungsvoller Journalismus ist Konsens.

## 2. Konzepte und Erfahrungen

Das erklärte oberste Ziel aller Maßnahmen im Präventionsbereich ist es, die Ausbreitung der Infektion so viel und so weit wie möglich zu verzögern. Dieses Ziel kann nicht durch ordnungspolitische Maßnahmen erreicht werden, sondern nur durch den eigenverantwortlichen Beitrag aller Bürger in ihrem persönlichen Verhalten. Aufgabe der Maßnahmenträger ist es deswegen, die Bürger durch Aufklärung und Gesundheitserziehung zu solchem Verhalten anzuregen und sie dabei zu unterstützen. Unbedingt erforderliche Randbedingung dafür ist aber die Freiheit von Angst.

Deswegen ist das zweite, untergeordnete Ziel aller Maßnahmen die Beseitigung und die vorsorgliche Vermeidung von Angst.

Dies ist in wenigen Sätzen die Philosophie der niederländischen Präventionsarbeit. Die Einzelheiten der verschiedenen Maßnahmen sind eine konsequente Umsetzung dieser Grundüberzeugung in die Praxis.

Eines der herausragendsten Merkmale der niederländischen Maßnahmen ist ihre hohe Differenziertheit und Spezifität. Dies betrifft die Unterscheidung einer Reihe von Zielgruppen, die Wege und die Sprache zur Erreichung der verschiedenen Zielgruppen sowie die Abstufung des Aktivitätsgrades, mit dem Inhalte angeboten werden. Erst mit dem Jahreswechsel 1986-1987 wurde eine undifferenzierte Massenkampagne zur Erreichung der allgemeinen Öffentlichkeit zusätzlich geplant; die besonderen Gründe dafür und Bedenken dagegen werden weiter unter ausführlich dargestellt.

### 2.1. Zielgruppen

Es werden im großen drei Zielgruppen voneinander unterschieden, wobei die dritte Gruppe ihrerseits weiter spezifiziert wird:

- a. die Allgemeinbevölkerung
- b. Berufsgruppen mit besonderer Nähe zur AIDS-Problematik
- c. die Hochgefährdetengruppen
  - Männer mit unterschiedlichen homosexuellen Kontakten
  - Menschen mit intravenöser Drogenbenutzung
  - Sexualpartner der beiden genannten Gruppierungen
  - Kinder, die von Ihren Müttern prä- oder perinatal infiziert wurden

## 2.2. Abstufung der Aktivität bei Präventionsmaßnahmen

Je nach Zielgruppe werden die Präventionsmaßnahmen mit unterschiedlicher Aktivität der Maßnahmenträger an die Adressaten herangetragen. Es werden unterschieden die Stufen "aktiv-passiv", "aktiv auf Abruf" und "aktiv" mit folgender Zuordnung:

- a. Die Aufklärung der Allgemeinbevölkerung erfolgt hauptsächlich auf die Einzelinitiative der Bürger hin: Informationsmaterial wird zwar systematisch an alle wichtigen und zugänglichen Stellen ausgegeben (z.B. Beratungsstellen, Apotheken, Büchereien, Ämter, Schulen etc.). Die Mitnahme der Materialien wird jedoch dem Antrieb des einzelnen überlassen: Wer sich informieren möchte, kann dies jederzeit, überall und ohne großen Aufwand. Information wird bereitgestellt, aber nicht aufgedrängt. Diese Stufe heißt "aktiv-passiv".
- b. Die gefährdeten und interessierten Berufsgruppen (Ärzte, paramedizinisches Personal, soziale Hilfsdienste etc.) werden durch Initiative der Maßnahmenträger angesprochen und informiert, sobald es Zeichen dringenden Interesses oder gar der Alarmiertheit gibt: "aktiv auf Abruf".
- c. Die Hochgefährdetengruppen werden systematisch und umfassend mit einer breiten Palette von Angeboten adressiert: diese Stufe ist die "aktive" Prävention.

Die Planung für 1987 sieht vor, daß in wohlumgrenzten Bereichen auch für die Allgemeinbevölkerung eine aktive Aufklärung betrieben werden soll; siehe Punkt 2.7.

## 2.3. Gestaffelte Ziele

Die Maßnahmen zielen beim Adressaten unterschiedlich weit:

- auf Wissen
- auf Einstellungen und Normen
- auf praktisches Verhalten: Safer-Sex und Spritzenaustausch

Dabei ist Wissen zwar unerläßliche Voraussetzung für Einstellungs- und Verhaltensänderungen, reicht aber nicht allein aus. Die meisten bisherigen Maßnahmen (Faltblätter, Broschüren, Artikel, Beilagen, etc.) haben das nötige Wissen über Infektionsgefahren und -wege verbreitet, auch das Wissen über Schutzmöglichkeiten. Was noch nicht zulänglich erreicht wurde, ist die Attraktivität der Schutzmöglichkeiten, so daß von ihnen noch häufiger tatsächlich

Gebrauch gemacht wird. Die Einstellungen zum safer-sex, speziell zum Kondom, und die Einstellung zur sterilen Nadel, sollen positiv besetzt werden. Erklärtes Ziel ist jetzt die Positiv-Werbung: Safer sex erlaubt Vergnügen ohne Reue.

In der Hauptgefährdetengruppe der Homosexuellen hat diese Positiv-Werbung dazu geführt, daß sich eine neue Gruppennorm etabliert hat: "Unsafer sex ist asozial, safer sex eine selbstverständliche Verantwortlichkeit". Durch diesen Normenwandel hat sich auch das Verhalten tatsächlich geändert (siehe Punkt 2.6.).

Für die Gefährdetengruppe der i.v.-Drogenbenutzer gilt ein funktionierendes System für Spritzenaustausch als bester Garant dafür, daß stets sterile Nadeln benutzt werden. Als wirksamste flankierende Maßnahme gelten die persönlichen Gespräche bei Drogenberatern und in Junkiegruppen.

Für die Allgemeinbevölkerung gilt beim bisherigen geringen Ansteckungsrisiko daß korrekte und kontinuierliche Information gewährleistet sein müssen. Erst für 1987 ist eine Kondom-Kampagne geplant, die diese Schutzmöglichkeit positiv darstellt. An eine gezielte Etablierung der allgemeinen Norm beim jedem, unsafe sei asozial, safe sei verantwortlich, ist noch nicht gedacht.

#### 2.4. Medien und Distributionswege

In den Niederlanden werden beide Möglichkeiten, das geschriebene wie das gesprochene Wort, zur Prävention genutzt.

##### a. Printmedien

Es gibt eine erstaunliche Vielfalt von Broschüren und Faltblättern zu AIDS, die von verschiedenen Initiativen entwickelt und von der Regierung finanziert wurden. Für viele verschiedene Zielgruppen sind die Faltblätter in vielen verschiedenen Stilen aufgemacht. Sie sprechen jeweils die Sprache des Adressaten. Dabei sind die Orte, an denen sie dem Endverbraucher zugänglich gemacht werden, originell gewählt. Drei Beispiele:

- monatlich erscheint das AIDS-Info doppelseitig auf DIN A2-Zeitungspapier. Es wird verteilt als Beilage in der größten Homosexuellenzeitschrift gay krank und in mehreren weiteren Szeneblättern, außerdem als Einzelblatt kostenlos in Lokalen und Cafés.
- Eine Broschüre mit besonderem Bezug auf AIDS und andere sexuell übertragbare Krankheiten wurde eingehftet in das SOA-Bulletin, ein Periodikum, das sechsmal jährlich alle Fachleute kostenlos erreicht, die mit STD beruflich zu tun haben, vom Urologen und Gynäkologen bis zur Gemeindeschwester.
- Eine Broschüre, die sich speziell an Sextouristen richtet, wird in den Flugzeugen

mit entsprechender Destination in den Passagiersitzen eingesteckt.

#### b. Verbale Medien

Mit dem gesprochenen Wort werden Adressaten über folgende Medien erreicht:

- Radio- und Fernsehprogramme
- AIDS-Info-lijn (=zentrale niederländische Telefonberatung)
- Gruppensituationen

Besonders der Ausbau des telefonischen Beratungsangebots verdient Beachtung: Hier werden 6 hauptamtliche Kräfte an mehreren Telefonapparaten in einer nationalen AIDS-Beratung Tag und Nacht individuelle Gespräche führen. Flankierende Werbemaßnahmen werden diesen Dienst flächendeckend bekanntmachen.

Was die Gruppen angeht, so sind besonders zwei Veranstaltungen zu erwähnen. Zum einen wird seit einem Jahr ein Kurs mit mehreren Abenden angeboten, in dem homosexuelle Männer das Umsteigen auf safer-sex besprechen und ihre Schwellen und Widerstände erkennenlernen können. Zum anderen wird ein Gesprächskreis entwickelt, der sich an heterosexuelle Freier richtet und sie zum Praktizieren von Infektionsschutz ermutigen will. Den organisatorischen Hintergrund für die Lehr-und-Lern-Gruppen bilden die Büros für Gesundheitserziehung (GVO).

#### 2.5. Begrenzung unerwünschter Nebenfolgen

Aufklärung über einen im Prinzip gefährlichen Sachverhalt steht ständig in der Gefahr, den Ausbruch unkontrollierter und kontraproduktiver Ängste zu fördern. Um solche unerwünschten Nebeneffekte auszuschließen, wird in den Niederlanden großer Wert darauf gelegt, daß die Thematik von vornherein so angstfrei wie möglich dargeboten wird und daß überdies ständige Begleit- und Anschlußmessungen ein Entgleisen der Kampagne sofort erkennen lassen.

Um vorsorglich die Angstausslösung möglich klein zu halten, wird die AIDS-Thematik relativ neutralisiert. AIDS wird eingereiht in die anderen sexuell übertragbaren Krankheiten und in diesem vergrößerten Rahmen mitangesprochen. Dadurch verliert es von seiner Einzigartigkeit und alles sprengenden Bedrohlichkeit. Die Aufklärung über Geschlechtskrankheiten allgemein löst relativ bekannte Vorstellungen aus. Die Phantasien über die Übertragungswege werden von vornherein kanalisiert und in die richtige Richtung gelenkt. Ein Teil der

geplanten Massenkampagne wird entsprechend konzipiert.

Um nachträglich feststellen zu können, ob und wieviel trotz aller Vorkehrungen die unspezifischen Ängste in der Bevölkerung angestiegen sind, wird eine Begleituntersuchung durchgeführt. Anhand eines kleinen, handhabbaren Item-Sets werden Verschiebungen in der Ängstlichkeit der Bevölkerung registriert. So enthält der Fragebogen beispielsweise ein Item, in dem nach Lösungsvorschlägen für die AIDS-Problematik gefragt wird. Kommt es hierin zu einem Abfall bei den informativen und präventiven Lösungen und zu einem Anstieg bei den law-and-order-Lösungen, so warnt diese Verschiebung vor einer Fortsetzung der Kampagne. Offenbar war nämlich dann der Nebeneffekt der Verängstigung größer als der erhoffte Haupteffekt der Aufklärung.

## 2.6. Evaluation des Erfolgs von Maßnahmen

Der Erfolg aller Präventionsanstrengungen kann an drei verschiedenen Indikatoren abgelesen werden: Der Rate an Erkrankungen mit analer Gonorrhöe, der Serokonversions-Rate und den Ergebnissen aus repräsentativen Umfragen. Für den ersten Indikator ist ein steiler Abfall zu verzeichnen, ähnlich wie in anderen großen Städten, beispielsweise San Francisco. Beim zweiten Indikator ist im letzten Jahr ein Absinken von 7-8% auf 3-4% zu registrieren, d.h. die Rate von Neuinfektionen hat sich halbiert. Beides weist eindeutig darauf hin, daß der praktizierte Sex safer geworden ist.

Die dritte Möglichkeit zur Erfolgsfeststellung von Maßnahmen sind breit angelegte Umfragen über Kenntnisse, Einstellungen, Normen, Absichten. Mit dieser Art von Evaluation liegen die Niederlande im internationalen Vergleich vorn. In Zusammenarbeit mit sozialwissenschaftlichen Forschungsgruppen an den Universitäten Nimwegen, Utrecht und Maastricht wurden Fragebögen entwickelt, die sowohl eine Zustandserfassung vor Einsetzen von Maßnahmen erlauben (Prä-Evaluation) als auch eine Zustandserfassung danach (Evaluation im engeren Sinne). Insbesondere mit Blick auf die geplante Kondom-Kampagne ist ein Befragungsinstrument in Arbeit, mit dem gegenwärtig vorhandene Widerstände gegen die Kondombenutzung systematisch ermittelt werden können. Wird das Instrument nach der Kampagne wieder angewendet, kann man den Erfolg damit evaluieren.

## 2.7. Modifikationen der Konzepte

In den letzten drei Jahren wurden nur wenige entscheidende Veränderungen in der eingeschlagenen Richtung der Präventionsarbeit vorgenommen. Die beiden ersten Modifikationen betrafen dabei Aussageninhalte, die dritte und bisher letzte Modifikation betraf die Zielgruppenansprache:

- a. Die anfänglich verbreitete Aussage, Promiskuität stelle ein Ansteckungsrisiko dar, wurde sehr bald zurückgenommen. Inzwischen gilt: Nicht die Häufigkeit von Kontakten und nicht die Anzahl der Partner sind für eine Infektionsausbreitung von Bedeutung, sondern einzig die Frage des konsequent safen Sex.
- b. Die zeitweilig ausgegebene Warnung vor Oralverkehr wurde, nachdem neue wissenschaftliche Untersuchungsergebnisse vorlagen, abgeschwächt: Einzig die orale Aufnahme von Sperma wird jetzt als mögliches Infektionsrisiko genannt.
- c. Die bisherige Beschränkung der aktiven Aufklärungsarbeit bei den Hochgefährdetengruppen wurde Ende 1986 aufgegeben: Jetzt gilt jedermann und jede Frau als prinzipiell gefährdet, folglich wird künftig eine aktive Prävention für die Gesamtbevölkerung aufgebaut. Die Bedingungen dafür sind im nächsten Abschnitt dargestellt.

## 2.8. Geplante Präventionserweiterung 1987

Vor allem zwei Erkenntnisse haben zu einer Reformulierung der bisherigen Aktivitäten geführt:

- a. Der Anteil HIV-positiver, die krank werden, ist höher als früher angenommen: **Mindestens 25% von ihnen entwickeln AIDS, weitere 25% entwickeln andere Syndrome. In Termini von Kosten-Nutzen-Analysen liegt der Nutzen wirksamer Prävention also höher als geschätzt.**
- b. Die alarmierenden Zahlen aus Afrika und der Karibik und die Zunahme heterosexuell übertragener Infektionen verlangen mehr Aufmerksamkeit auf die Verbreitung des HIV in breiteren Bevölkerungskreisen (auch wenn dies nur langsam und kaum sichtbar vor sich geht).

Diese beiden Umstände haben in Nachbarländern größere Massenkampagnen ausgelöst (BRD, Großbritannien, Skandinavien), die auch in den Niederlanden wahrgenommen und beachtet werden. Dadurch gerieten die Niederlande in einen gewissen Zugzwang, schon jetzt größere Kampagnen selbst einzuleiten.

Die Bedenken gegen eine einfache Nachahmung der Nachbarländer sind jedoch die folgenden:

- a. Undifferenzierte Informationen (Merkblätter, Postwurfsendungen, Rundfunk- oder Fernsehspots) erreichen immer nur einen kleinen Teil der differenzierten Adressaten.
- b. Massenkampagnen können leicht ein hohes Angstpotential freisetzen, das weniger in das Lernen von Schutzmöglichkeiten mündet als vielmehr zu Kurzschlußreaktionen der Repression führt.
- c. Massenkampagnen sind so teuer, daß sie nur selten durchgeführt werden können. Ihr Effekte können wie ein Strohfeuer vergehen.
- d. Wenn noch vor einer ernststen und systematischen Infektionsgefährdung der Allgemeinbevölkerung zu umfassende Maßnahmen getroffen werden, haben sie bei späterem größeren Bedarf ihre Kraft verloren. Die Prävention hätte vorzeitig ihr "Pulver verschossen".
- e. Die zahllosen Berichte in den Medien reichen für neueste Informationen aus.

Die Abwägung zwischen Erfordernissen und Einschränkungen führte zu folgenden Entschlüssen:

- a. Information und Prävention behalten Vorrang bei allen Maßnahmen.
- b. Aktive Präventionsanstrengungen bei Hochgefährdeten und betroffenen Berufsgruppen werden fortgesetzt.
- c. Gegenüber der Allgemeinbevölkerung werden zusätzliche Kampagnen eingeführt:
  1. **Ausweitung der nationalen Telefonberatung und breite Werbung für sie.**
  2. **Kontrollierte Experimente mit aktiver und expliziter Informierung für breite Bevölkerungskreise. Testgebiet: Amsterdam.**
  3. **Kondom-Propagierung mit multiplem Medieneinsatz: Plakatierung, Faltblätter, Zeitschriftenanzeigen, ein Fernsehspot und ergänzendes Material für den Schulgebrauch sind in Arbeit. Träger der Maßnahme wird SOA, die follow-up-Untersuchung liegt bei Fachkräften der Gesundheitserziehung (Maastricht).**

Als Nebenvorteil dieser verbreiterten Kampagne werden bisher schwer erreichbare Bisexuelle, unorganisierte Homosexuelle und Freier mitangesprochen.

### 3. Kooperationen

Eine ausgeprägte Besonderheit der niederländischen Sozialversorgung ist die Kooperation staatlicher Behörden mit vielen kleinen Vereinen und Initiativen. Der Staat stellt die finanziellen Mittel zur Verfügung, die Initiativen und freien Träger sind für Konzept und Durchführung der Aktivitäten zuständig. Dieses bewährte Prinzip wurde auch in der AIDS-Politik angewendet. So ist es selbstverständlich, daß nationale und lokale Homosexuellenorganisationen (Emanzipations- und Kommunikationseinrichtungen, psychosoziale Hilfseinrichtungen, Berufsgruppen), die relativ kleine Gesellschaft zur Bekämpfung von Geschlechtskrankheiten und eine Reihe von Drogenhilfe-Organisationen alle mit Mitteln zur Arbeit an der AIDS-Thematik versehen werden.

Die in Abschnitt (0.) beschriebene Struktur eines Koordinationsbüros außerhalb des Gesundheitsministeriums, jedoch von ihm finanziert, ist eine konsequente Fortsetzung dieser Tradition. Ebenso sind die vielfältigen Kooperationen mit Schulen, Jugendzentren, Bildungsstätten, Universitäten usw. ein Produkt dieser liberalen Tradition.

Bemerkenswert ist die akzeptierende Haltung der Kirchen gegenüber der nationalen AIDS-Politik. Die exponierte Äußerung des Moraltheologen Diepenhorst, daß gesundheitliche Prävention nicht mit Nebenzielen moralischer Erziehung vermischt werden sollte, ist sicher Ausdruck davon.

### 4. Spezielle Themen

#### 4.1. Diskriminierung

Die weit fortgeschrittene Integration von Homosexualität ins gesellschaftliche Leben und die verständnisvoller werdende Einstellung zu Drogenabhängigkeit sind beste Voraussetzungen dafür, daß mit besonderen Diskriminierungen der Hauptgefährdetengruppen wenig zu rechnen ist. Daraus erklärt sich, daß es für besondere Anti-Diskriminations-Maßnahmen, also beispielsweise besondere Sympathieherstellung mit den Opfern von AIDS à la Rock Hudson, keinen Anlaß gibt.

#### 4.2. Test

Die massenhafte, ungezielte Durchführung von HIV-Antikörper-Tests wird weder unter epidemiologischen Gesichtspunkten noch unter präventiven Aspekten für sinnvoll erachtet. Es ist noch immer nicht gezeigt, daß sich Menschen mit Testergebnis schneller auf safer-sex umstellen als ohne Testergebnis. Unter therapeutischen Gesichtspunkten ist ein Befund ohnehin nicht relevant, da es keine wirksame antivirale Therapie gibt. Die psychosozialen Folgen eines positiven Testergebnisses haben sich andererseits als derart gravierend herausgestellt, daß vor leichtfertiger Testdurchführung geradezu gewarnt werden muß. Folge dieser Erfahrungen ist die niederländische "Entmutigungspolitik": In eigens dafür hergestellten Broschüren wird seit rund zwei Jahren vom Test abgeraten. Dennoch Testwilligen wird bei der Beratungsstelle noch einmal eingehend vor Augen gehalten, welche nachteiligen Folgen eines Positivbefundes dem Gewinn an Gewißheit gegenüberstehen.

## 5. Anhang: Die wichtigsten Informanten

Der vorstehende Bericht beruht auf Materialien und persönlichen Gesprächen bei einer Rundreise durch die Niederlande in der zweiten Januarhälfte 1987. Die wichtigsten Gesprächspartner waren:

1. Dr. J. Hagendoorn  
Direktor des  
Dutch health Education Center  
Utrecht
2. Dr. J. Draijer, Dr. Frank Cliné  
Gesundheitsministerium  
Rijkswijk
3. J. van Wijngarden  
Nationaler AIDS-Koordinator  
Amsterdam
4. Frau Paalman  
Leiterin der SOA, Gesellschaft zur Bekämpfung von Geschlechtskrankheiten  
Utrecht