

Rosenbrock, Rolf

Article — Digitized Version

Gesundheitspolitik und AIDS: Dilemmata und Chancen

Vorgänge: Zeitschrift für Bürgerrechte und Gesellschaftspolitik

Provided in Cooperation with:

WZB Berlin Social Science Center

Suggested Citation: Rosenbrock, Rolf (1987) : Gesundheitspolitik und AIDS: Dilemmata und Chancen, Vorgänge: Zeitschrift für Bürgerrechte und Gesellschaftspolitik, ISSN 0507-4150, Humanistische Union, Berlin, Vol. 26, Iss. 4=88, pp. 41-54

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/111945>

Standard-Nutzungsbedingungen:

Die Dokumente auf EconStor dürfen zu eigenen wissenschaftlichen Zwecken und zum Privatgebrauch gespeichert und kopiert werden.

Sie dürfen die Dokumente nicht für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, öffentlich zugänglich machen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

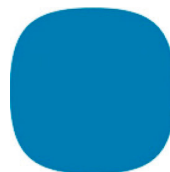
Sofern die Verfasser die Dokumente unter Open-Content-Lizenzen (insbesondere CC-Lizenzen) zur Verfügung gestellt haben sollten, gelten abweichend von diesen Nutzungsbedingungen die in der dort genannten Lizenz gewährten Nutzungsrechte.

Terms of use:

Documents in EconStor may be saved and copied for your personal and scholarly purposes.

You are not to copy documents for public or commercial purposes, to exhibit the documents publicly, to make them publicly available on the internet, or to distribute or otherwise use the documents in public.

If the documents have been made available under an Open Content Licence (especially Creative Commons Licences), you may exercise further usage rights as specified in the indicated licence.



WZB-Open Access Digitalisate

WZB-Open Access digital copies

Das nachfolgende Dokument wurde zum Zweck der kostenfreien Onlinebereitstellung digitalisiert am Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung gGmbH (WZB).

Das WZB verfügt über die entsprechenden Nutzungsrechte. Sollten Sie sich durch die Onlineveröffentlichung des Dokuments wider Erwarten dennoch in Ihren Rechten verletzt sehen, kontaktieren Sie bitte das WZB postalisch oder per E-Mail:

Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung gGmbH

Bibliothek und wissenschaftliche Information

Reichpietschufer 50

D-10785 Berlin

E-Mail: bibliothek@wzb.eu

The following document was digitized at the Berlin Social Science Center (WZB) in order to make it publicly available online.

The WZB has the corresponding rights of use. If, against all possibility, you consider your rights to be violated by the online publication of this document, please contact the WZB by sending a letter or an e-mail to:

Berlin Social Science Center (WZB)

Library and Scientific Information

Reichpietschufer 50

D-10785 Berlin

e-mail: bibliothek@wzb.eu

Digitalisierung und Bereitstellung dieser Publikation erfolgten im Rahmen des Retrodigitalisierungsprojektes **OA 1000+**. Weitere Informationen zum Projekt und eine Liste der ca. 1 500 digitalisierten Texte sind unter <http://www.wzb.eu/de/bibliothek/serviceangebote/open-access/oa-1000> verfügbar.

This text was digitizing and published online as part of the digitizing-project **OA 1000+**.

More about the project as well as a list of all the digitized documents (ca. 1 500) can be found at <http://www.wzb.eu/en/library/services/open-access/oa-1000>.

Rolf Rosenbrock

Gesundheitspolitik und AIDS

Dilemmata und Chancen

Wer sich mit Gesundheitspolitik oder, allgemeiner gesprochen, dem gesellschaftlichen Umgang mit Gesundheit und Krankheit auseinandersetzt, der weiß; die Antworten der Gesundheitspolitik entsprechen nur auf wenigen Feldern dem Charakter der gesundheitlichen Herausforderungen. Dies gilt für die weitgehende Unterausnutzung der existierenden Möglichkeiten der Krankheitsverhütung in Umwelt, Betrieb, Verkehr, Schule und Wohnung, wo jährlich viele tausend Menschen erkranken und sterben, obgleich dies durch bekannte Maßnahmen zu einem großen Prozentsatz verhindert werden könnte. Dies gilt weiter für die »Auswahl« der Gesundheitsprobleme, die in den Einzugsbereich des Medizinsystems gelangen: 80% der selbst wahrgenommenen gesundheitlichen Störungen bleiben (überwiegend, aber eben nicht in allen Fällen: zum Glück) medizinisch unbehandelt; unter dem ärztlich behandelten Rest von 20% finden sich viele Probleme, die weder medizinischer Natur noch medizinisch zu heilen sind.

Auch im Inneren des medizinischen Systems zeigen sich Fehlsteuerungen: seine tief zerklüftete Struktur — öffentlicher Gesundheitsdienst, Arbeitsschutz, ärztliche Praxis, Arzneimittel- und Geräteindustrie, Krankenhaus, Krankenkassen etc. — scheint die jeweiligen Einzelbereiche gegen gesundheitlich sinnvolle Innovationen weitgehend abzuschotten. Setzt man die Ergebnisse der Gesundheitspolitik (Maßnahmen, Leistungen, Informationen) in Beziehung zu den ursprünglichen gesundheitlichen Problemen und den durch Wissen, Technik und Geld definierten Möglichkeiten präventiver, betreuender und heilender Interventionen, so zeigt sich: diese Ergebnisse sind durchweg suboptimal, in vielen Fällen versagen sie eine Antwort auf gesundheitliche Probleme, oftmals erweisen sie sich sogar als schädlich und problemverschärfend.

Eines der herausragenden Defizite der Gesundheitspolitik besteht in der systematischen Untergewichtung der Prävention: Unsere Gesundheitspolitik zeigt eine deutliche Schlagseite hin zur kurativen Individualmedizin. Meist lautet demgemäß die gestellte Frage: Was kann man noch tun, wenn ein Mensch erkrankt ist? Die präventive Frage hingegen heißt: Unter welchen Bedingungen bleibt ein Mensch gesund, und was kann getan werden, damit diese Bedingungen für möglichst viele Menschen gelten? Unter diesen Aspekten — sklerotische Verfestigung des Gesundheitssystems

und Fixierung auf die Therapie der bereits Erkrankten — bietet der Blick auf den gesundheitspolitischen Umgang mit AIDS keine großen Überraschungen: Die vorherrschende Wahrnehmung in Politik wie auch Öffentlichkeit konzentriert sich auf den erhofften Erfolg der medizinisch-industriellen Forschung nach Therapeutika und Impfstoffen und/oder auf gesundheitlich vollständig wirkungslose und absehbar die Anzahl der Opfer sogar erhöhende Verlagerung des Gesundheitsproblems AIDS in die Polizeilogik bis hin zur »Absonderung« (Gauweiler). Indes: die Ursachen für die Fehlsteuerungen sind im Falle AIDS nicht vollständig anders geartet als bei den übrigen Infektionskrankheiten.

Der *Staat* als Träger öffentlicher Gesundheitspolitik ist in seinem Instrumentarium weitgehend eingeschränkt: Er kann Verordnungen und Gesetze erlassen, sowie Verpflichtungen und Berechtigungen für Leistungen definieren, er vermag also *Normen* zu setzen. Außerdem kann er direkt oder über die Normensetzung den *Geldfluß* steuern. Und er kann *Informationen* vermitteln.

Mit staatlichen Gesetzen und machtförmig durchgesetzten Normen allerdings ist dem Problem AIDS aufgrund seiner physiologischen und sozialen Natur nicht beizukommen. Staatlich bereitgestellte finanzielle Ressourcen vermögen zwar Forschung und Prävention zu ermöglichen, auch zu intensivieren, die verkrustete bürokratische Routine, die kurative Orientierung und das Verwaltungshandeln werden hierdurch aber schwerlich durchbrochen. Für eine generelle AIDS-Information steht der Staat sich — trotz deutlich erkennbarer Fortschritte — immer noch selbst im Wege: Wenn staatliche Repräsentanten sich als Garanten der »oberen Etagen« der gesellschaftlichen Doppelmoral verstehen, können sie mehr schlecht als recht Aufklärung betreiben, die die Zustimmung zu nicht-monogamen und homosexuellen Beziehungsformen zur Voraussetzung hätte.

Das *Medizinsystem* funktioniert und entwickelt sich weitgehend nach der Problemwahrnehmung der individual-medizinisch orientierten ärztlichen Profession in Verbindung mit handfesten materiellen Interessen der Ärzte, der Pharma- und Geräteindustrie sowie einiger weiterer Wirtschaftszweige. Ihnen wohnt die gemeinsame Tendenz inne, immer mehr Gesundheits- und Krankheitsprobleme in ihren Einzugs- und Marktbereich zu integrieren. Das Medizinsystem ist damit — entgegen der gesundheitlichen *und* ökonomischen Vernunft — auf Expansion geschaltet. Formen der Organisation und Bearbeitung, die auf Aktivierung von Eigen- und »Laien«-kompetenz abzielen, werden nur schwer und zögerlich akzeptiert. Noch die Prävention als gesellschaftliche Verhütung von Krankheit wird häufig unter der irreführenden Überschrift »Präventivmedizin« zur ärztlichen Aufgabe deklariert. Das medizinische Definitionsmonopol von Gesundheit/Krankheit führt zu einer sachlich nicht zu rechtfertigenden Minderbewertung anderer Wissensbestände und Problemzugänge. Dies drückt sich aus in der Geringschätzung der »Laien«kompetenz und der Erkenntnis anderer, ebenfalls mit Gesundheit beschäftigter Wissenschaftsdisziplinen.

Die skizzierten Mängel, Fehlsteuerungen und Blindheiten haben mittlerweile durchweg Formen von Institutionalisierung und stabiler Ressourcenverteilung angenommen, wirken sich somit auch auf den Versuch einer gesundheitspolitischen Eindämmung von AIDS aus. Dennoch, und auch wegen der psychologisch brisanten Einbettung von AIDS, existiert kein überzeugendes Argument, nach Lösungen ausschließlich in diesen eingefahrenen und kritikablen Bahnen staatlicher Gesundheitspolitik zu suchen. Dies zu sagen bedeutet keine Verharmlosung der gesellschaftspolitischen Brisanz, die AIDS umgibt — sie ist real und gefährlich. Diese explosive Mixtur besteht aus Elementen physiologischer Natur (Infektionswege, extrem lange Latenzzeit und hohe Ungewißheit des Ausbruchs, meist tödliches Ende des Krankheitsverlaufes), seiner geheimnisvoll-exotischen Herkunft und der gesellschaftlichen Randlage der zufällig zuerst sichtbar gewordenen Betroffenen-Gruppen. Damit ist ein Ensemble versammelt, das in geradezu einmaliger Konstellation atavistische Ängste, Wünsche und Vorurteile mobilisieren kann: Es geht um die Verbindung von Sex, käuflichem Sex, Perversion, Orgien, Sucht, unsichtbaren Feinden und dem Tod in *einem* Thema.

Es ist kein Wunder, daß die mehr markt- als ethik-gesteuerten Formen und Inhalte der öffentlichen Abhandlung von AIDS speziell bei den Gruppen der allermeist Betroffenen Angst auslösen. Und zwar sowohl irrationale Angst vor AIDS als auch die Angst vor zunehmender Repression und Stigmatisierung; beide Ängste stehen einem rationalen Umgang mit AIDS und einer sensiblen Prävention sicherlich entgegen. Aber über die Wirkung derartiger Gegenaufklärung im Konzert mit anderen Informationsquellen auf Stimmungen, Haltungen und Handlungen sowohl in der Bevölkerung als auch auf gesundheitspolitische Entscheidungsträger ist — nicht nur bei AIDS — recht wenig bekannt.

Auf der Ebene der Gesundheitspolitik können Wirkungen der sozialpsychologisch brisanten Einbettung von AIDS überall dort plausibel angenommen werden, wo der politische Umgang mit der Krankheit vom »normal schlechten« Lauf der Gesundheitspolitik nach unten hin abweicht *und* dies mit einer Diskriminierung AIDS-Kranker oder risikotragender Minderheiten verbunden ist. An solchen Punkten rutscht die auf AIDS bezogene Gesundheitspolitik zu einer repressiven Sexual- und Drogenpolitik ab, AIDS wird dann für andere Zwecke instrumentalisiert, *obwohl* das gesundheitliche Ziel (vor allem die Prävention) dadurch gefährdet wird (kontraproduktive Gesundheitspolitik).

Solche Einbruchstellen lassen sich benennen. Sie lassen allerdings — mit Ausnahme des bayerischen »Experiments« — nicht auf eine eindeutige Tendenz schließen, zumal ihnen zahlreiche positive Beispiele gegenüberstehen.

Einbruchstellen finden sich überall dort, wo *Polizei*logik über Gesundheitslogik dominiert. Die in Bayern nach der Logik der leichtesten Ausgrenzbarkeit zunächst auf Prostituierte, Fixer, Ausländer und bald auch Strafgefangene freigegebene Jagd

betrifft ja nicht allein diese Gruppen und ihre Bürgerrechte. Auch das vielfach beschworene und etwa in Schweden zu beobachtende »Abtauchen« der am stärksten bedrohten Bevölkerungsgruppen (vor allem der schwulen Männer) ist nur ein Aspekt dieser Problemverlagerung. Unter dem Gesichtspunkt gesundheitspolitischer Wirksamkeit (»Minimierung der Anzahl der Opfer«) sind zwei weitere Elemente noch bedeutsamer, weil sie die elementaren Voraussetzungen jeder Präventionskampagne gegen AIDS im Kern attackieren: AIDS-Prävention ist zunächst öffentlich vermitteltes Lernen in Intim- und Tabubereichen (Sexualität und illegale Drogenbenutzung), das unabdingbar ein gesellschaftliches Klima der Offenheit und des Vertrauens — etwa die Anonymität *jeder* Beratung — voraussetzt. Die bayerische Staatsregierung hat diese Voraussetzung ohne Not und ohne jeglichen positiven Effekt für die gesamte lernbedürftige Bevölkerung zerstört. Alsdann ist AIDS-Prävention flächendeckend einzig über eigenverantwortliche Selbststeuerung zu erreichen. Jede/r muß wissen: AIDS bekommt man nicht, AIDS holt man sich. Durch die krachlederne Gebärde des »Maßnahmenkataloges« gibt der bayerische Staat vor, er könne die AIDS-Prävention organisieren; exakt auf diesem Wege aber werden in der Bevölkerung lebensgefährliche Illusionen über die Arbeitsteilung zwischen Staat und Bürgern und die Sicherheit beim Geschlechtsverkehr außerhalb der strengen Monogamie erzeugt. An anderen Orten dagegen, z.B. in Hamburg, bietet das Gesundheitsressort den Inhabern von »Anbahnungs-Etablissements« präventiv die Unterstützung gegen sachfremde Übergriffe aus der Innen-(Polizei-)Verwaltung an.

Einbruchstellen finden sich auch in staatlich reglementierten *Institutionen*. Wenn z.B. in Gefängnissen aus gesundheitlich nicht begründbaren Motiven der Einsatz von (mehr oder weniger freiwillig getesteten) HIV-Positiven in der Gefängnisküche »ausschließlich aus psychologischen Gründen« unterbleibt, so kann damit keine gesundheitsbezogene Psychologie gemeint sein. Feuerrote, aber auch andersfarbige Schutzhandschuhe im Umgang mit Seropositiven entsprechen ebenfalls sicher keinen sinnvollen gesundheitlichen Überlegungen. Ob die Bundeswehr den HIV-Antikörper-Test für alle Rekruten auch dann abgelehnt hätte, wenn sie nur Freiwillige, nicht aber ganze Jahrgänge von *Wehrpflichtigen* durchtesten müßte, darüber kann nur spekuliert werden.

Unklar ist die Lage im *Sozialrecht*. Zwar steht AIDS als gesundheitliches Großrisiko vollständig und unangefochten unter dem Versicherungsschutz der gesetzlichen Krankenkassen (im Gegensatz z.B. zur Handhabung in den USA). Die Einführung des HIV-Antikörper-Tests als Zugangsvoraussetzung für ein Versicherungsverhältnis bzw. für gesetzliche Versorgungsleistungen durch die BfA sowie einzelne LVAs und AOKs stellt jedoch ohne Zweifel einen präventionsfeindlichen Einbruch dar. Ob diese Regelung auch dann getroffen worden wäre, wenn die davon Betroffenen »achtbare Bürger« und nicht Angehörige gesellschaftlicher Randgruppen gewesen wären, erscheint fraglich. Angesichts der weit über AIDS hinausreichenden gesundheitspolitischen Sprengkraft, die in solchen Tests und ihrer Einführung ausgerech-

net über das Sozialrecht liegt, scheint eine Rückbesinnung dieser Institutionen auf die ihre Arbeit tragenden Prinzipien der Solidargemeinschaft und des Gesundheitsschutzes zumindest nicht unwahrscheinlich.

Die Institutionen *medizinisch-kurativer Behandlung* haben sich in Fragen der Betreuung und Behandlung von Seropositiven und AIDS-Kranken offenbar bislang gegenüber der Versuchung repressiver Behandlung von Patienten im großen und ganzen und trotz z.T. hysterischer Ausnahmen bewährt.

Die Steuerung von *Forschungsressourcen* an den Notwendigkeiten der Prävention vorbei findet sich in der gesamten Gesundheitsforschung und ist wohl nicht AIDS-spezifisch. Ähnlich sieht es mit den im Falle von AIDS sogar relativ geringen Problemen der *Ärztenschaft* aus, mit Betroffenen und Betroffenen-Organisationen gleichberechtigt zu *kooperieren*.

Weit unterhalb ihrer Möglichkeiten blieb bislang der Beitrag der *Epidemiologie* und speziell der Sozialepidemiologie zur Erhellung der Herkunft und des Verlaufs von AIDS. Auch diese Schwächen der Forschung sind jedoch nicht AIDS-spezifisch, sondern finden sich bei den Untersuchungen zu allen, auch den großen Volkskrankheiten.

Die *Medizinstatistik* hat sich einschließlich ihres in Form von Hochrechnungen aller Art erblühten Wurmfortsatzes bislang unfähig gezeigt, zu einer sachlichen Aufklärung und halbwegs dimensionierten Risikoabschätzung beizutragen. Die undifferenzierte Addition und Kumulation von Neuerkrankungen, Kranken und Toten über viele Jahre hinweg sowie die methodisch nicht haltbaren (und inzwischen — von der Öffentlichkeit kaum wahrgenommen — auch revidierten) Aussagen über »Verdoppelung von AIDS in jeweils acht Monaten« etc. haben unzweifelhaft hysterisierend gewirkt und waren damit — in der Konsequenz — auch gesundheitsschädlich. Doch wäre es voreilig, dies auf eine bewußte oder unbewußte Diskriminierung von Minderheiten zurückzuführen: Daß beim Auftreten einer gänzlich neuen Krankheit *zunächst* Inzidenz, Prävalenz und Letalität nicht nach Perioden bzw. Stichtag erfaßt, sondern erstmal einfach aufaddiert werden, ist verständlich. Wenn auch beim mehrjährigen Umgang mit dieser neuen Krankheit nicht zu der seit Jahrzehnten eingeführten und Vergleichbarkeit herstellenden Darstellungsform zurückgefunden wird, so liegen die Gründe dafür zwar sicher auch im Medizinsystem, sie haben aber nur bedingt etwas mit der Diskriminierung von Minderheiten zu tun: AIDS-Forscher brauchen und wollen Geld, u.a. staatliche Subventionen. Sie würden sich — bei gegebener Struktur der Forschungsförderung — keinen Gefallen tun, wenn sie das von ihnen zu untersuchende Problem nicht so groß wie möglich darstellen würden. Daß diese Zahlen dann vor einer aus Marktgründen an auch quantitativer Überzeichnung interessierten Presse aufgegriffen werden, hat die Epidemiologie sicher nicht allein zu vertreten. Versagt haben Teile der ärztlichen Profession dagegen zweifelsohne in der Frage des *ungezielten Screenings mit dem HIV-Antikörper-Test* an symptomlosen Probanden. Wie die ärztliche Profession auf das — allerdings staatlich legiti-

mierte — Angebot eines vergleichbar gesundheitlich folgeschweren, therapeutisch aber irrelevanten Tests reagiert hätte, dessen Zielgruppe *nicht* Schwule, Fixer und Nutten gewesen wären, ist nicht leicht zu entscheiden. In der Frage des HIV-Antikörper-Tests war der Doppelsog aus Vorurteilen und medizinischem Expansionsstrieb offenbar stärker als die ärztliche Ethik.

Von einer Gewährleistung des »*informationellen Selbstbestimmungsrechts*« im Umgang mit Blutproben kann nach übereinstimmendem Expertenurteil derzeit nicht mehr überall gesprochen werden. Es erscheint jedoch nicht unrealistisch, auch an diesen Einbruchstellen ärztlicher Professionsethik auf eine Selbstbesinnung zu hoffen.

In der *zentralstaatlichen Aufklärungs- und Medizinpolitik* finden sich sowohl richtige Schritte als auch gesundheitspolitische Fehler. Die relative Gelassenheit staatlicher Aufklärung gegenüber teilweise zischender Hysterie in einigen Massenmedien hat die prinzipielle Fähigkeit bewiesen, Gesundheitspolitik nach ihrer eigenen Logik auch gegenüber Widerständen und Versuchungen zu betreiben. Andererseits gab und gibt es nicht aufholbare Verzögerungen bei der *sachlichen* Aufklärung und *gezielten* Forschungsförderung.

Fehlerhaft, weil gesundheitsschädlich, ist dagegen sicher jedes auch nur spielerische Winken mit dem Seuchenrecht einschließlich der namentlichen Meldepflicht: Entsprechende Versuche im Umkreis von AIDS in Schweden und im US-Bundesstaat Colorado haben zu gesundheitspolitisch eindeutig kontraproduktiven Ergebnissen geführt. Die Deutsche Gesellschaft zur Bekämpfung von Geschlechtskrankheiten kommt nach den Worten eines ihrer Vorstandsmitglieder auf Basis von 84 Jahren Erfahrung mit diesem Problem zu dem Resümee, daß die »verschiedensten Arten der Meldepflicht ... eigentlich nichts gebracht haben«.

Die rasche und zum Teil unbürokratische Einbeziehung der Betroffenen und ihrer Organisationen stellt sicherlich einen innovativen und in der Sache unzweifelhaft richtigen Schritt staatlicher Gesundheitspolitik dar. Ob die aufgekommenen Zensur- und Gängelungsversuche staatlicher Stellen gegenüber der AIDS-Hilfe eher die gängigen Spielraumkämpfe zwischen scheinbar »unpolitischem Verwaltungshandeln« und »autonomen Projekten mit Staatsknete« sind; oder ob es sich um die Auswirkungen einer allgemein verklemmten Sexualpolitik handelt; oder ob sich hier eine spezifische Schwulen-/Prostituierten-/Fixer-Diskriminierung abzeichnet: dies ist derzeit nicht zu entscheiden. In jedem der drei Fälle aber wäre die Unterwerfung der AIDS-Hilfe unter die interne Logik einer nachgeordneten Behörde (hier: der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung) eine gesundheitspolitische und auch eine gesundheitliche Niederlage.

Zusammenfassend läßt sich festhalten, daß auch jene gesundheitspolitischen »Einbruchstellen«, an denen gegebene Möglichkeiten der AIDS-Bekämpfung und -Prävention nicht genutzt wurden/werden, nicht gradlinig und einsinnig auf eine Diskriminierung der zuerst sichtbar gewordenen Betroffenen-Gruppen hindeuten. An

zahlreichen Punkten scheint diese Tendenz aber zumindest durch. Es ist deshalb notwendig und legitim, wenn die Betroffenen und ihre Organisationen mit besonderer Sensibilität auf derartige Entwicklungen achten und im je gegebenen Fall auch öffentlich Alarm schlagen.

Denn andererseits kann kein Zweifel daran bestehen, daß es einen Kompromiß zwischen den beiden großen Alternativen des gesellschaftlichen Umgangs mit AIDS nicht geben kann: *Entweder* man setzt auf Prävention, Aufklärung, Eigenverantwortung und staatlich ermöglichte Selbsthilfe *oder* man betreibt Angstkampagnen, Repression und die Ausgrenzung von Minderheiten. Zugespißt formuliert: Jedes Mehr an Repression ist ein Weniger an Prävention. Die hier vorgelegten Überlegungen gehen von der Voraussetzung aus, daß es möglich bleiben wird, das Gesundheitsproblem AIDS in einem gesellschaftlichen Klima der Rationalität und der Aufklärung zu bearbeiten.



Die im folgenden zusammengefaßten fünf politisch-praktischen Maßnahmbündel zielen sämtlich auf die Entwicklung und Nutzung der Möglichkeiten der Verhütung von AIDS. Bei gegebenem Stand des Wissens über die medizinische Immunisierung und Therapie der Krankheit betreffen sie damit das einzige Eingriffsfeld, auf dem Gesundheitspolitik jetzt unmittelbar wirksam werden kann. Doch würde auch mit der Anwendungsreife und Verfügbarkeit medizinisch wirksamer Impfstoffe und/oder Therapeutika die Bedeutung nicht-medizinischer Prävention keineswegs auf Null schrumpfen: Die gesundheitspolitischen Siege über die großen »alten« Infektionskrankheiten beruhten ausnahmslos auf einer Kombination gesellschaftlich ermöglichter und angestoßener Verhaltensänderungen mit den fast immer erst später entwickelten wirksamen Waffen der Medizin.

Die — nicht nur aktuell und nicht nur bei AIDS — zu beobachtende Untergewichtung der nichtmedizinischen Interventionsformen in der Gesundheitspolitik rechtfertigt deshalb die These, daß mit den hier vorgeschlagenen Veränderungen der gesundheitspolitischen Steuerung mit relativ geringem Aufwand ein relativ sehr hoher gesundheitlicher und — angesichts der brisanten sozialen Einbettung von AIDS — auch gesellschaftlicher Ertrag erzielt werden kann.

AIDS-Forschung muß nicht einfach vermehrt, besser subventioniert und entbürokratisiert werden. Das muß sie auch, denn sie steht in direktem Wettlauf mit der Zeit um Leben und Sterben. Unter dem Gesichtspunkt der Krankheitsverhütung erscheint es jedoch noch wichtiger, AIDS-Forschung thematisch und disziplinär auszuweiten.

Die — gleichberechtigte — Einbeziehung von Sozialwissenschaften, Sozialepidemiologie, Sexualwissenschaft und Ethnologie sowie der Sachkompetenz aus den risikotragenden Gruppen könnte den Entwurf und die Umsetzung präventiver Strategien erheblich präzisieren und effektivieren. Darüber hinaus deuten zumindest die Erfah-

rungen beim Kampf gegen die »alten« Infektionskrankheiten darauf hin, daß durch die systematische Beleuchtung des Weges des Virus in die Blutbahn und der Bedingungen des Übergangs zwischen den unterscheidbaren potentiellen Vorstufen der Krankheit (Viruskontakt, Antikörperbildung, Latenz, ARC-Symptomatik) auch wichtige Aufschlüsse für Immunisierung und Therapie gewonnen werden können. Die Forschung nach wirksamen Impfstoffen und/oder Therapeutika wird offenbar verläßlich vom Profitmotiv der beteiligten Unternehmen, den Karriere- und Reputationsmechanismen der medizinischen Profession und einer immer noch Übergewichtig auf den naturwissenschaftlichen Teil der Gesundheitswissenschaften fixierten staatlichen Gesundheitspolitik angetrieben. Daß der Kampf gegen das AIDS-Virus absehbar die ersten wesentlichen Einbrüche der Gen-Technologie in die Humanmedizin zur Folge haben wird und daß dabei auch noch viele Tiere steben müssen, wirft Probleme auf, die weit über die Infektionskrankheit AIDS hinausweisen.

Aufklärungs- und Präventionskampagnen sind zwingend und in allen risikotragenden Gruppen notwendig. Sie müssen die wesentlichen Warnungen scharf konturiert und eingegrenzt transportieren. Je unschärfer sie sind, und erst recht, je mehr sich sachfremde (AIDS-fremde) Motive in sie mischen, desto störanfälliger wird dieser Transport. Für die AIDS-Prävention verbessern sich infolgedessen die Voraussetzungen durch neueste, zuletzt auf dem internationalen AIDS-Kongreß Ende Juni 1986 in Paris vorgetragenen, Forschungsergebnisse (überwiegend aus der beschreibenden Epidemiologie), die eine genauere Bestimmung der Zielgruppen und Präzisierungen hinsichtlich der gefährlichen Praktiken erlauben.

Die *Zielgruppe* umfaßt neben den i.v. Drogenbenutzern die gesamte hetero- und homosexuell aktive und nicht monogam lebende Wohnbevölkerung, weil allgemein übliche Sexualpraktiken mit beträchtlichen bis katastrophalen Risiken verbunden sind. Unter dem Gesichtspunkt der AIDS-Verhütung ist eine Unterscheidung zwischen Hetero- und Homosexuellen sowie Prostituierten beiderlei Geschlechts auf der Ebene der Risiko-Ladung nicht vertretbar (wohl aber bei der zielgruppen-spezifischen Vermittlung der Botschaft, vgl. unten).

Gerade wenn man in äußerster intellektueller Kälte die Präventionüberlegungen auf die zahlenmäßige Minimierung von AIDS-Fällen orientiert, wird deutlich: Selbst der »Vorteil« einer z.B. um den Faktor 25 niedriger liegenden Übertragungswahrscheinlichkeit beim hetero- gegenüber dem homosexuellen Geschlechtsverkehr würde durch die ca. 40fache Größe der heterosexuellen Population sehr schnell aufgehoben sein.

Die gefährlichen Praktiken können gegenüber früheren Versuchen von Präventions-Anleitungen (vor allem des »Safer Sex«) präzisiert und eingeschränkt werden. Mit Sicherheit hochgefährlich sind demnach der Analverkehr ohne Kondom sowie die Benutzung unsteriler Injektionsbestecke. Eine relevante Gefahr besteht offenbar auch beim Vaginalverkehr ohne Kondom sowie bei blutgefäßverletzenden Praktiken vor allem im Bereich des Sado-Masochismus.

Werden *diese und nur diese* Techniken innerhalb der und mit Sicherheitsabstand von den risikotragenden Gruppen vermieden, so verliert die Infektionskrankheit ihre Ausbreitungsdynamik. Dabei ist daran zu erinnern, daß die Verhütung von Viruskontakten heute die Anzahl der Erkrankungen in drei bis fünf Jahren bestimmt. Epidemiologische Studien aus Nordamerika (USA und Kanada) kommen übereinstimmend zu dem Ergebnis, daß demgegenüber das Risiko der Virusübertragung durch andere Sexualpraktiken, vor allem den Oralverkehr, zumindest um einige Zehnerpotenzen niedriger liegt (*»no detectable risk for oral receptive intercourse«*). Da die Erforschung des *»äußeren«* Übertragungsmechanismus des Virus weltweit vernachlässigt wird, kann derzeit nicht mit Bestimmtheit gesagt werden, woraus sich diese Differenz erklärt und ob das Virus überhaupt auf diesem Wege übertragen werden kann. Gegenüber der Gefährdung vor allem durch ungeschützten Analverkehr liegt die nicht bzw. noch nicht auszuschließende Gefährdung (Reißen des Kondoms, Übertragung beim Oralverkehr, Unfälle beim Geschlechtsverkehr) epidemiologisch unterhalb von Gesundheits- und Lebensrisiken wie Dauerstreß am Arbeitsplatz oder Zigarettenrauchen. Werden diese eingegrenzten Regeln des Safer Sex eingehalten, so ist auch der Verkehr mit HIV-antikörperpositiven Partnern übertragungssicher. Es gibt keine gesundheitliche Begründung für die Schaffung eines neuen Ghettos *»getesteter Seropositiver«*. Gegenüber der Einhaltung der Regeln des Safer Sex tritt auch die Bedeutung der Promiskuität als Übertragungsrisiko sehr weitgehend zurück.

Die Besonderheit der bei der Prävention anzusprechenden Themen (promiske Sexualität, Homosexualität, Prostitution und Sucht) und die zum Teil extremen gesellschaftlichen Randlagen bei drei der vier Betroffenen-Gruppen erfordern besondere **Vermittlungsformen und -träger** der Kommunikation/Prävention. Hierfür bieten sich die vor allem in der Zielgruppe der Homosexuellen weitgehend spontan entstandenen Selbsthilfeansätze (AIDS-Hilfen) an. Nur sie sind hinreichend dezentral organisiert *und* verfügen über ausreichende Kenntnisse und Erkenntnisquellen hinsichtlich der relevanten Risikosituationen, ihres sozialen und Bedürfnishintergrundes sowie der Transportmöglichkeit zielgruppenadäquater Botschaften. Vor allem beruht ihre Arbeit auf einem begründeten Vertrauensfundament in den Zielgruppen. Diese Ansätze müssen finanziell und organisatorisch teilgruppen- und szenenspezifisch für alle Zielgruppen ausgebaut werden. Sie können ihren spezifischen Beitrag zur Prävention nur dann leisten, wenn sie — innerhalb allgemein gültiger Gesetze — von ihrer Kontextnähe und Kompetenz einen relativ autonomen Gebrauch machen können. Sie müssen die Möglichkeit haben, in den Zielgruppen spezifisch und ausschließlich unter dem Gesichtspunkt der AIDS-Prävention zu agieren. Die Belastung mit anderen Themen gefährdet die Substanz ihres Erfolges. Safer Sex für die nicht-monogame Bevölkerung und Einweg-Spritzen für i.v. Drogenbenutzer sind die Botschaft der Prävention. Nach allen Erfahrungen mit Versuchen gesundheitsbezogener Verhaltensbeeinflussung sind zeitstabile Erfolge solcher

Bemühungen am ehesten dann zu erreichen, wenn der Faktor »Einsicht in die Notwendigkeit« maximiert und der Faktor »Angst« (im Unterschied zu »Furcht«) minimiert wird.

So schwer diese Einsicht manchem Verantwortlichen auch fallen mag: Wer AIDS bekämpfen will, muß das Sexualverhalten und die i.v. Drogenbenutzung erst einmal als gegeben hinnehmen und auf *dieser* Basis nach Eingriffsmöglichkeiten suchen. Wer »tiefer« ansetzt, also die Veränderung von Trieb- und Suchtverhalten für einen geeigneten Ansatzpunkt für den Kampf gegen AIDS hält, oder wer »höher« ansetzt und mit allgemeiner Angststiftung und polizeilicher Repression den Problemen beikommen zu können glaubt, bewirkt letztlich das Gegenteil dessen, was er will oder zu wollen vorgibt.

Erfolgreiche AIDS-Prävention ist nach alledem nicht mit der Logik des Verwaltungshandelns zu steuern. Auch die Einbindung solcher Kampagnen in die Logik einer »öffentlichen Sittlichkeit«, die an der gesellschaftlichen Ausschließlichkeit von Leitbildern wie Monogamie und Suchtfreiheit festzuhalten versucht, gefährdet den gesundheitspolitischen Kern dieser Ansätze. Werden die reale gesellschaftliche Entwicklung des Sexualverhaltens *und* die mit AIDS verbundene Lebensgefahr berücksichtigt, so läßt auch der grundgesetzlich garantierte besondere Schutz der Familie (Art. 6 GG) hierzu sicherlich genügend Spielraum.

Wenn und wo diese Bedingungen gegeben sind, kann AIDS-Hilfe ein Modellfall für eine dezentrale und kontextnahe Leistungs- und Strukturpolitik im Gesundheitswesen werden, deren Bedeutung weit über den Einzugsbereich der Infektionskrankheit AIDS hinausweist. Zudem könnte hier eine wesentliche Innovation im Hinblick auf die notwendige präventive Umorientierung der Gesundheitspolitik geleistet werden. In den USA werden Präventionskampagnen seit Jahren von Organisationen aus den hauptsächlich betroffenen Gruppen durchgeführt. Ihr Erfolg besteht in der Befolgung der Regeln des Safe Sex durch sechzig bis achtzig und mehr Prozent in den Zielgruppen. Solche Quoten liegen weit oberhalb der üblicherweise durch Gesundheits-Aufklärung zu erzielenden Erfolge. Sie können bei entsprechenden Aktivitäten und Rahmenbedingungen wohl noch erhöht und stabilisiert werden.

Durch die weitgehende Übertragung der konkreten Aufklärungs- und Präventionsaufgaben auf außerstaatliche Träger (AIDS-Hilfe), die diese Aufgabe kontext- und szenenspezifisch sowie in dementsprechender Autonomie erfüllen, sind die **Träger der staatlichen und parastaatlichen Gesundheitspolitik** keineswegs aus ihrer Verantwortung entlassen. Ihre Aufgaben lassen sich in vier Punkten zusammenfassen: — Schaffung und Gewährleistung des notwendigen Handlungsspielraums für die AIDS-Hilfe als nichtstaatlichem und dezentralem Träger dieser ganz speziellen öffentlichen Gesundheitsaufgabe. Bereitstellung der notwendigen finanziellen Ressourcen, organisatorische Unterstützung und öffentlich-staatliche Legitimation des Handlungsspielraums. Das Verhältnis zwischen staatlichen Stellen und AIDS-Hilfe ist analog zu einer weit zu interpretierenden Rechtsaufsicht, nicht aber nach den

Regeln einer Fachaufsicht zu gestalten. Die Aufgabenstellung der AIDS-Hilfe ver trägt sich *nicht* mit Versuchen, die Probleme der Infektionskrankheit mit anderen sitten-, sexual- und suchtpolitischen Themen zu vermischen oder gar AIDS-Hilfe dafür zu instrumentalisieren.

— Aufgaben der AIDS-Prävention liegen für staatliche Stellen auch dort, wo staatliche Regelungen den Notwendigkeiten der AIDS-Prävention direkt widersprechen. Das ist z.B. in Gefängnissen und vielfach auch in der Prostituiertenbetreuung sowie im Umgang mit i.v. Drogenbenutzern der Fall. Staatlich regelungsbedürftig erscheint auch der Zugang von Safe-Sex-Botschaften in die Massenmedien. Wenn Boulevard-Zeitungen die Schaltung von Safe-Sex-Annoncen unter Verweis auf die »öffentliche Sittlichkeit« ablehnen, während sie gleichzeitig Tag für Tag seitenweise ungetarnt für Prostitution werben können (»Hostess«, »Dressman«), wird die Doppelmoral zur lebensgefährlichen Perversion. Im Bereich der parastaatlichen Gesundheitspolitik (Rentenversicherung und Krankenkassen) geht es vor allem darum, Einbrüche in das Solidarprinzip bei Rehabilitation und Versicherungsschutz abzuwehren bzw. rückgängig zu machen. Mit anderen Worten: Der HIV-Antikörper-Test, der seinem Wesen nach keine Individualdiagnose, sondern eine Dispositionsdiagnose mit lediglich epidemiologisch interpretierbarem Ergebnis darstellt, darf nicht zur sozialrechtlich legitimierten Voraussetzung für den Leistungszugang werden. Die sozialrechtliche »Ächtung« einer Krankheit würde zudem das gesellschaftliche Klima für Prävention erheblich beeinträchtigen.

— Wirksame AIDS-Prävention in den vier identifizierten risikotragenden Gruppen (promisk lebende Hetero- und Homosexuelle, Prostituierte, i.v. Drogenbenutzer) setzt voraus, daß die risikotragenden Menschen als Träger eines *Gesundheitsrisikos* angesprochen werden, und nicht als sozial und sexuell Deviante, Perverse, Verrufene und Verlorene. Wirksame Verhaltensaufklärung kollidiert in diesem Punkt mit einer auch staatlich getragenen »öffentlichen Moral«, die das Leitbild der ausschließlichen und lebenslangen Monogamie hochhält sowie die gesamtgesellschaftlich präsenten Probleme der Sucht auf kriminalisierbare Randgruppen »delegiert«. Ein Teil der Folgekosten dieser, mit jeder doppelten Moral verbundenen Schizophrenie kann durch die autonom zu gestaltende Arbeit ausdifferenziert zielgruppenspezifischer AIDS-Hilfe aufgefangen werden. Vor allem aber die notwendige Verhaltensaufklärung in der heterosexuellen Szene setzt voraus, daß nicht-monogames Sexualverhalten auch öffentlich als akzeptierte Lebensform behandelt wird, *in deren von der Gesundheitspolitik als gegeben anzunehmenden Rahmen* bestimmte Verhaltensmaßregeln zum Gesundheits- und Lebensschutz zwingend erforderlich sind. Wenn umgekehrt versucht wird, AIDS für die Wiederherstellung solcher Leitbilder zu instrumentalisieren, so ist dies erstens wenig erfolgversprechend, zweitens — auch partiell — nur über massive und gesundheitsschädliche Angstkampagnen erreichbar und drittens kostet es vermeidbare AIDS-Tote.

— Ein Blick auf die Geschichte des Umgangs mit nicht nur sexuell definierten Minderheiten in Deutschland zeigt, daß es in diesen Gruppen handfeste Gründe des Mißtrauens gegen staatliche Maßnahmen gibt, auch und gerade dann, wenn diese sich mit Etiketten des Gesundheits- und Sittenschutzes schmücken. Das gesamtgesellschaftliche Klima, das auch einen Teil des Infektionsklimas ausmacht, könnte durch »vertrauensbildende Maßnahmen« erheblich entspannt, die Chancen der AIDS-Prävention dadurch erheblich verbessert werden.

Der **Test auf HIV-Antikörper** (bzw. bei fortschreitender Technologie: auf das Virus selbst) ist ein notwendiges und hilfreiches Instrument für die Sicherheit von Blutprodukten und Transplantaten. In der Ausschluß- und Differentialdiagnostik sollte der Test wegen der oft verheerenden bis lebensbedrohlichen Folgen der Mitteilung eines positiven Testergebnisses nur *nach* allen weniger »invasiven« Instrumenten der Diagnose eingesetzt werden. In der Forschung über Epidemiologie und Verlauf der Krankheit hängt die ethische und gesundheitliche Vertretbarkeit der Test-Verwendung von der Einhaltung üblicher professioneller Standards ab. Die gegenwärtige Forschungspraxis, bei der häufig völlig unsystematisch alles erreichbare Blut vor allem aus den zuerst sichtbar gewordenen Betroffenenengruppen getestet und die Basisvoraussetzung des »informed consent« nicht überall eingehalten wird, unterschreitet diese professionellen Standards derzeit noch in beunruhigendem Ausmaß und trägt deshalb auch wenig zum Wissen über Verhütung und Behandlung von AIDS bei. Die Verwendung des HIV-Antikörper-Tests an symptomlosen Menschen liegt dagegen eindeutig jenseits der Grenzen ärztlich-professioneller Ethik und gesundheitsbezogener Logik. Ein positives Testergebnis bedeutet *nach heutigem Wissensstand eine Wahrscheinlichkeit* zwischen fünf Prozent und dreißig Prozent, innerhalb von meistens zwischen drei und sieben Jahren an AIDS oder einer Vorform zu erkranken. Zumindest bis zum Auftreten von Symptomen gibt es keine Möglichkeit spezifischer medizinischer Intervention.

Interventionsbedarf ergibt sich lediglich — dies aber sehr häufig — aus den psychischen Folgen der Mitteilung eines positiven Testergebnisses, die über schwere psychische Erkrankungen bis hin zum Selbstmord reichen. Hier entsteht eine iatrogen produzierte »symptomlose Patientengruppe«. Dies ist umso sinnloser, als aus dem Testergebnis auch keine Konsequenzen für das Verhalten der Getesteten oder ihrer Umwelt folgen: Die Präventionsregeln (Safer Sex und Einwegspritzen) gelten unabhängig vom Serostatus für alle Menschen im Umkreis der risikotragenden Gruppen. Ein positives Testergebnis löst häufig Panik, Realitätsrückzug oder Anomie aus. Dies aber sind die denkbar schlechtesten Voraussetzungen für das zur AIDS-Prävention notwendige rationale Verhalten. Fundierte Ratschläge für die Lebensweise von Seropositiven, mit denen die Wahrscheinlichkeit des Ausbruchs der Krankheit gemindert werden könnte, sind nicht bekannt. Daß hingegen existentielle Angst die Disposition auch für den Ausbruch infektiöser Krankheiten erhöht, erscheint zumindest plausibel.

Die Sicherheit vor AIDS in Krankenhäusern, Schulen, Gefängnissen und Restaurationsbetrieben kann durch den HIV-Antikörper-Test nicht gesteigert werden, weil sie außerhalb der bekannten Risikosituationen nicht bedroht ist.

Mit dem regierungsamtlichen Testangebot (»Wer sollte sich testen lassen? Jeder, der glaubt, sich angesteckt zu haben.«) ist tatsächlich ein ungezieltes Massenscreening in Gang gesetzt worden, das mit den von der medizinischen Wissenschaft und der ärztlichen Ethik selbst definierten Kriterien für Früherkennungsuntersuchungen nicht zu vereinbaren ist. Angesichts der durch den Test ausgelösten bzw. auszulösenden Gesundheits- und Verhaltenswirkungen, ist die Testvornahme an symptomlosen Probanden außerhalb streng definierter Forschungsdesigns ein ärztlicher Kunstfehler. Angesichts der durch eine Reihe von technologischen Entwicklungen wachsenden Kluft zwischen medizinischen Diagnosemöglichkeiten und Therapierbarkeit für zahlreiche Krankheiten stellt der weithin widerstandlos praktizierte Mißbrauch dieses Instruments einen gesundheitspolitisch gefährlichen Einbruch dar.

Da die bloße Existenz des Tests auch eine weithin irrationale Nachfrage nach ihm weckt und stimuliert, müßte der Zugang zum Test mit Hürden versehen werden, bei deren Überwindung den Nachfragern eine kognitiv und emotional hinreichende Aufklärung über die Qualität der Aussage sowie die lebensverändernden psychischen Folgen eines positiven Test-Ergebnisses vermittelt wird. Der Zugang kann zweckmäßigerweise analog zum Verfahren vor einem Schwangerschaftsabbruch (mehrfache gesundheitliche und psychosoziale Beratung in zeitlichem Abstand bei verschiedenen, nicht nur ärztlichen Institutionen) reguliert werden.

Die absehbare Zunahme ähnlicher, therapeutisch irrelevanter Tests wirft in einem weit über AIDS hinausreichenden Rahmen die Frage nach dem Sinn und der Handhabung von medizinischen Damokles-Schwertern auf.

*

Vor allem die homosexuellen Betroffenen, in einzigen Ansätzen auch die Prostituierten haben sich überraschend schnell und wirksam organisiert. Der Grad der Flächendeckung der ca. 40 schwulen AIDS-Hilfen ist beeindruckend für ein spontan entstandenes Gesundheitsnetzwerk. Politische Differenzen werden in diesen Organisationen nach einigen Anlaufschwierigkeiten pragmatisch behandelt. Neben dem Ausbau und der Kontinuität des Netzes finden sich in diesem Bereich einige weitere ungelöste Probleme:

— Die Haltung zur Frage des HIV-Antikörper-Tests ist unklar. Er wird keineswegs durchgängig in seiner Gefährlichkeit *und* den in ihm liegenden Bündnismöglichkeiten erkannt. Es wäre zu fragen, inwieweit Betroffene in dieser Frage den Mechanismen der Expansionslogik des Medizinsystems aufsitzen.

— Die Fortdauer des ungezielten Screenings (»Test-Angebot«) und die damit verbundene Vermehrung betreuungsbedürftiger, aber physisch symptomloser Seropositiver könnte auf Dauer zu einer Verringerung personeller und organisatorischer

Kapazitäten für die Prävention und Aufklärung führen. Jedenfalls insoweit es nicht gelingt, Mitglieder dieser Gruppen für diese gesundheitliche Aufgabe zu gewinnen. — Die Schaffung einer eigenständigen Konfliktfähigkeit mit den staatlichen Zuwendungsgebern zur Sicherung der Voraussetzungen der Aufgabenerfüllung stellt einen Engpaß der AIDS-Hilfe dar. Konfliktfähigkeit ist auch und gerade dann erforderlich, wenn vernünftigerweise weiterhin Kooperation und diskursive Interessenausinandersetzungen mit staatlichen Stellen angestrebt werden. Sie kann sich bei gegebener Machtasymmetrie nur aus Bündnissen ergeben. Auf diesem Feld war die AIDS-Hilfe sowohl im Hinblick auf Teile der Öffentlichkeit als auch des Medizinsystems bisher sicher sehr erfolgreich.

Das Spektrum möglicher Bündnisse könnte sich erweitern, wenn AIDS auch von den Betroffenen-Organisationen vor allem anderen als Gesundheitsproblem und nicht primär als Problem des Umgangs mit Minderheiten angesehen wird. Diese Balance ist sicher schwer zu halten; die genannten Einbruchsstellen zeigen, daß der Umgang mit AIDS tatsächlich zwischen diesen Polen schwankt und ein Ausschlagen des Pendels in Richtung Repression wohl niemals sicher ausgeschlossen werden kann. Gleichwohl ist der Kampf gegen die Krankheit AIDS desto sicherer vor seinem Umkippen in Repression, je mehr es gelingt, AIDS in die Arenen der Gesundheitspolitik zu tragen und dort zu halten. Denn die Logik der Gesundheitspolitik ist — wie gezeigt wurde — unter den bestehenden strukturellen Bedingungen zwar bei weitem nicht problemadäquat, sie enthält aber in ihren Prinzipien relativ starke Elemente, die Repression »eigentlich« ausschließen. Die Schwelle der Instrumentalisierung von AIDS für problemfremde Zwecke erhöht sich wohl in dem Maße, wie AIDS als genuin gesundheitliches Problem angesehen und behandelt wird.

Zudem finden sich in den gesundheitspolitischen Auseinandersetzungen auch jene gesellschaftlichen Bündnisgruppen, die sich aus anderen und unterschiedlichen Gründen ebenfalls *gegen* die Untergewichtung der Prävention, *gegen* die imperiale Attitüde des Medizinsystems und *gegen* die Vermischung von Markt und Gesundheit sowie *für* die Stärkung nicht-medizinischer Kompetenzen und Organisationen im Gesundheitswesen einsetzen. Umgekehrt folgt daraus für alle diese, an der Gesundheitspolitik interessierten Gruppen, daß ihnen der Umgang mit AIDS nicht gleichgültig sein kann. Zum einen werden am Beispiel AIDS für die gesamte Gesundheitspolitik wichtige Zukunftsentwicklungen ausgefochten. Und zum anderen auch deshalb, weil AIDS keine Schwulen-, Fixer- und Nutten-Seuche ist.

Noch wäre Zeit, den gesellschaftlichen Umgang mit dem Problem der erworbenen Immunschwäche zu einem positiven Testfall problemorientierter Gesundheitspolitik zu machen. Denn Mikroben machen weder Geschichte noch Politik, aber der Umgang mit Mikroben ist Politik.