

Rosenbrock, Rolf

Book Part — Digitized Version

Die Normalisierung von Aids - teils nach vorne, teils zurück

Provided in Cooperation with:

WZB Berlin Social Science Center

Suggested Citation: Rosenbrock, Rolf (1994) : Die Normalisierung von Aids - teils nach vorne, teils zurück, In: David Kirp, Ronald Bayer (Ed.): Strategien gegen Aids: ein internationaler Politikvergleich, ISBN 3-89404-673-2, Edition Sigma, Berlin, pp. 480-501

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/112162>

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>.

Aids-Politik als gefährdete Innovation

Im Jahre 1994, etwas mehr als zehn Jahre nach den ersten Aids-Diagnosen in der (alten) Bundesrepublik und ungefähr fünf Jahre nach dem Abflauen der oft erbittert geführten politischen Debatten über den Umgang mit den Risiken und den Opfern dieser Infektion, verliert die Krankheit auch hierzulande ihren Sonderstatus, hat der Prozeß der Normalisierung von Aids unverkennbar eingesetzt. Damit wird politisch und wissenschaftlich der Vergleich mit anderen krankheitsbezogenen Strategien zulässig und üblich. In diesem Prozeß wird sich erweisen, welche Elemente des Umgangs mit HIV und Aids als Anwendungsfall einer nicht primär auf die Medizin gestützten Gesundheitssicherungspolitik überleben und ins Repertoire des gesellschaftlichen Managements anderer Gesundheitsrisiken integriert werden. Zugleich wird sich aber auch zeigen, welche Elemente als kurzfristige Blüten einer im Bündnis von moderner Gesundheits- und liberaler Bürgerrechtspolitik durchgesetzten Innovation, genauso wie die Angst vor einer unbeherrschbaren Gesundheitskatastrophe und das Erschrecken vor möglichen Hexenjagden, auf die sozial vulnerablen Opfergruppen, vor allem Schwule und Fixer, vergehen werden.

Es spricht alles dafür, daß diese Bewegung uneinheitlich verlaufen wird, daß die Normalisierung von Aids zum Teil in der Verallgemeinerung von Innovationen (Modernisierung) und zum Teil in der Rückkehr zur »Vor-Aids-Routine« (Rückbildung) bestehen wird. Es spricht weiterhin alles dafür, daß diese Entwicklungen und die ihnen zugrundeliegenden Entscheidungen nicht primär von gesundheitswissenschaftlich begründeten Kriterien und Prioritäten, sondern von makro- und mikro-politischen Konjunkturen, nationalen Politik-Settings, spezifischen Themenkarrieren sowie von der Zusammensetzung, Stärke und Geschicklichkeit der jeweiligen Koalitionen abhängen werden. Generalisierbar dürfte lediglich sein, daß in den kommenden Jahren die öffentliche Finanzierung von Gesundheitsleistungen zumindest anhaltend schwierig sein wird. Nachdem in den achtziger Jahren z.B. in der BRD die jährlichen Aufwendungen zur Prävention oberhalb von 100 Millionen DM gelegen haben, sieht die mittelfristige Finanzplanung des Finanzministeriums derzeit (Frühjahr 1994) die schrittweise Kürzung dieser Mittel von ca. 20 Millionen DM im Jahre 1994 bis auf Null im Jahre 1997 vor. Davon wären im wesentlichen die

gesamte Breitenaufklärung durch die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung sowie die zielgruppenspezifische Präventionsarbeit der Deutschen Aids-Hilfe existentiell betroffen (*Der Spiegel* 1994). Dies wird – zum Teil im Verbund mit dem Wiedererstarken von konservativen und antiliberalen Kräften und Stimmungen – für das gesamte Politikfeld eine Neigung in Richtung auf Rückbildung bedeuten. Fortschritte, vor allem im Sinne des Ausbaus und der Generalisierung von als sinnvoll und erfolgreich angesehenen Innovationen, müssen also regelmäßig unter erschwerten Bedingungen, gewissermaßen bergaufwärts durchgesetzt werden.

Bedingungen und Gefährdungen von modernisierender Normalisierung

Im folgenden sollen am Beispiel einiger deutscher Erfahrungen und Entwicklungen sowohl Chancen als auch Risiken solcher Prozesse exemplarisch an vier strategisch wichtigen Punkten der Aids-Politik skizziert werde. Es geht

- um die Perspektiven der Aids-Hilfen als nicht-substituierbare Träger von Betroffenenkompetenz im Präventionsmodell zu HIV und Aids;
- um die Verwendung des HIV-Antikörpertests als Kriterium für die Aufgabenteilung zwischen medizinisch und sozialwissenschaftlich angeleiteten Formen des Risikomanagements;
- um die Anpassung der Krankenversorgung an die Bedürfnisse und Probleme von Menschen mit HIV und Aids als Pilotprojekt einer patientenorientierten Versorgung und Betreuung chronisch kranker Menschen;
- um die Entwicklung nicht-medizinischer Aids-Forschung als Bestandteil der Entwicklung von Gesundheitswissenschaften und Public Health in Deutschland.

Betroffenenkompetenz und Selbsthilfeorganisationen in der Primärprävention

Trotz immer mal wieder – wie z.B. gelegentlich der »Blut-Aids-Skandal« im Herbst 1993 (Dressler 1994; Rosenbrock 1994a) – aufflackernder Fundamentalkritik (Halter 1993; Gauweiler 1993) wird die Ende der achtziger Jahre formulierte (Deutscher Bundestag 1988, 1990a) Politik der Primärprävention ge-

gen HIV und Aids derzeit nicht in Frage gestellt (Deutscher Bundestag 1993; Rosenbrock 1993a). Die zur Aids-Prävention notwendige Verhaltensmodifikation soll durch eine vorwiegend nicht-medizinische, soweit wie irgend möglich nicht-repressive, die Lebensweisen und Milieus der Zielgruppen berücksichtigende und stützende Strategie erreicht werden, die durch auf Dauer angelegte Aufklärung über Risiko- und Vermeidungsmöglichkeiten – unter besonderer Nutzung der persönlichen Kommunikation und Beratung – gruppenbezogene und selbstorganisierte Anreizsysteme mit dem Ziel der Etablierung und Befestigung von sozialen Normen für risikomeidendes und solidarisches Verhalten schafft und stabilisiert (Rosenbrock 1994b).

Unzweifelbar sind – trotz aller Defizite und Verbesserungsmöglichkeiten sowohl in den hauptsächlich betroffenen Gruppen als auch in der nach wie vor gering betroffenen Allgemeinbevölkerung – mit diesem Modell große präventive Erfolge erzielt worden (Hamouda et al. 1993; Rosenbrock 1993a). Daß die Umsetzung dieses Modells in den hauptsächlich betroffenen Gruppen spezifischer Formen der Selbstorganisation bedarf (Rosenbrock 1986), steht ebenfalls außer Zweifel. Institutionalisierte Aids-Hilfe ist damit Träger und Testfall einer möglicherweise richtungsweisenden Modernisierung der Gesundheitspolitik, die seit der zweiten Hälfte der achtziger Jahre auch von staatlichen Stellen in erheblichem Umfang materiell und politisch unterstützt wurde.

Freilich verursachte die Übernahme öffentlicher Aufgaben der Prävention und Versorgung durch die als schwule Selbsthilfe entstandene Aids-Hilfe auch politische Kosten, machte sie abhängig vom Staat, minderte ihre Konfliktfähigkeit und beschnitt so manches hoffnungsvolle Politik-Konzept, besonders im Bereich der Drogenhilfe. Im internationalen Vergleich ist die Deutsche Aids-Hilfe sicher im oberen Drittel der Staatsnähe und damit -abhängigkeit angesiedelt. Aber wer dies beklagt, muß materielle und politische Alternativen im Rahmen des gewachsenen Modells deutscher Sozialpolitik nennen. Gleiches gilt für die damit verbundenen Probleme des Übergangs von spontanen Arbeitsformen der Selbsthilfe zur Betriebsförmigkeit, des permanenten Spannungsverhältnisses zwischen ehrenamtlicher und beruflicher Tätigkeit und zwischen basisdemokratischem Anspruch und dem Zwang zur Effizienz, des Übergangs von Pionierarbeit zur Berufstätigkeit, des Auseinanderklaffens von sinnvoller Aufgabenerfüllung und bürokratischen Abrechnungsnotwendigkeiten etc.: All dies sind kräftezehrende Dauerbelastungen, denen so gut wie alle spontan entstandenen und dann auf Dauer gestellten Organisationen im Gesundheits- und Sozialbereich ausgesetzt sind und aus denen wohl auch kein Königsweg herausführt. Das Gleiche gilt für die Dauerkonfrontation mit Krankwerden, Krank-

sein und Sterben innerhalb und außerhalb der Organisationen. Manchem Kritiker der Arbeit der Aids-Hilfen möchte man die Einsicht wünschen, daß Schwule und Fixer hinsichtlich der Häufigkeit kraß vorzeitigen Sterbens in der nahen und nächsten sozialen Umgebung heute in einer Realität leben, die in Deutschland zuletzt die Kriegsgeneration erlebt hat.

Trotzdem und gerade deshalb: Die Geschichte der Aids-Hilfe in Deutschland ist bislang überwiegend eine Erfolgsgeschichte gesundheitspolitischer Modernisierung, einschließlich der Bewältigung der Folgen der staatlichen Vereinigung seit 1989. Ob dies auch für die Zukunft gelten wird, hängt nicht zuletzt davon ab, wie die Aids-Hilfe mit drei zusammenhängenden Tendenzen umgehen wird, die schon heute zu Defiziten führen:

1. Aids sinkt in der öffentlichen und individuellen Aufmerksamkeit. Während Mitte der achtziger Jahre die individuelle und politische Risikowahrnehmung aus dem Ruder gelaufen und Aids zeitweise das wichtigste Gesundheitsproblem überhaupt zu sein schien, nimmt es politisch heute nur noch einen unteren Rangplatz ein. Daraus folgt für die Aids-Hilfe die Aufgabe beständigen Gegensteuerns. Erschwert wird dies durch die gleichzeitige sehr restriktive Finanzpolitik im Sozialbereich, die – weil sie konservativ ist – zur professionellen Problemverwaltung und zur Individualisierung sozialer Probleme tendiert. Sie steht damit innovativen und solidarischen Ansätzen wie der Aids-Hilfe aus haushaltstechnischen und ideologischen Gründen nicht gerade freundlich gegenüber. Diese Tendenzen werden sich in den nächsten Jahren eher noch verschärfen, und nach dem, was in der fröhlichen Journalistensprache »Abspecken« heißt, wird es auch an die Substanz gehen. Daraus resultieren drei Aufgaben der Aids-Hilfe, für die bislang erst Ansätze von Lösungen sichtbar sind:
 - (a) In den kommenden sozialpolitischen Auseinandersetzungen kann Aids-Hilfe keine Sonderrolle mehr beanspruchen. Sie kann nur überleben, wenn sie sich in Koalitionen und kreative Aktionsbündnisse mit anderen sozialpolitisch engagierten Organisationen begibt, die ebenfalls von Kürzungen und der Umverteilung von unten nach oben betroffen sind.
 - (b) Der in den ersten Jahren reichliche Fluß von öffentlichen Geldern hat Aids-Hilfen zu den am schnellsten wachsenden Organisationen im Gesundheits- und Sozialbereich gemacht. Wie bei jedem schnellen Wachstum hat dies nicht nur zu rationaler Mittelverwendung und Organisationsentwicklung geführt. Aids-Hilfe wird die trotz aller Gegenwehr unvermeidlichen Schnitte nur dann ohne wesentlichen Substanzverlust

überleben, wenn sie selbst politische Konzepte dazu entwickelt. Das ist bitter, aber realistisch.

- (c) Zwar weist das private Spendenaufkommen – trotz der nachlassenden Öffentlichkeit – erfreulicherweise eine steigende Tendenz auf, aber auch für die Zukunft läßt sich keine solide Absicherung der Aufgaben der Aids-Hilfen aus dieser Quelle absehen. Es müssen also neue Quellen des Fund-raising erschlossen werden. Die Grenze der Schicklichkeit ist dabei der Erhalt der inhaltlichen Unabhängigkeit (siehe Punkt 3).

2. Die Stabilisierung der Aids-Zahlen in Deutschland auf einem auch in Europa mittleren Niveau bedeutet nicht, daß die Aufgaben der Primärprävention gelöst sind. Die Differenz zwischen den Prognoserechnungen der achtziger Jahre für die hauptsächlich betroffenen Gruppen und der heute meßbaren Realität ist auch nicht ausschließlich das Verdienst der von den Aids-Hilfen organisierten Primärprävention, sondern erklärt sich zu einem erheblichen Teil auch aus den zum Teil interessengeleiteten Fehlern dieser Rechnungen (Rosenbrock 1993a).

Im Hinblick auf die immer noch stark dominierende Gruppe der *schwulen Männer* muß nach sorgfältiger Abwägung aller zur Verfügung stehenden Informationen mit bis zu 2 000 sexuell übertragenen Neuinfektionen pro Jahr gerechnet werden. Es zeichnet sich ab, daß es neben den bekannten schwulen und Junkie-Szenen, für die und mit denen immer wieder neue Erinnerungs- und Auffrisch-Aktionen zu organisieren sind, spezifische Zielgruppen und Situationen mit erhöhter Infektionsgefahr gibt, auf die es kreativ einzugehen gilt. Trotz Fehlens fundierter und detaillierter Untersuchungen lassen sich identifizieren:

- Männer, die (gelegentlich) Sex mit Männern haben, ohne sich als schwul zu identifizieren;
- Jugendliche im Prozeß der Identitätssuche bzw. im Coming Out;
- Szenen schwuler Prostitution;
- schwule Männer, die von den mittelschichtorientierten Kampagnen der Aids-Hilfe nicht erreicht werden, und
- schwule verliebte Männer.

Über die Situation der Primärprävention in der Gruppe der *i.v.-Drogenbenutzer* ist bezeichnenderweise sehr viel weniger bekannt als bei den Homosexuellen. Es steht nur fest, daß die Präventionserfolge, d.h. die zeitstabile Benutzung steriler Spritzbestecke, sehr viel größer sind, als die meisten Fachleute vorausgesagt hatten. Große Präventionsdefizite gibt es hinsichtlich der Ansteckung über Sex in dieser Gruppe. Mit Aids-Hilfen kom-

men Junkies überwiegend erst nach einem positiven Testergebnis in Kontakt. Die Energien der Aids-Hilfen in diesem Bereich werden weitgehend durch die auch der Primärprävention dienenden Bemühungen und Kämpfe für eine Verbesserung der materiellen Lebenslage von i.v.-Drogenbenutzern sowie für eine nicht an das Abstinenzpostulat gebundene Drogenpolitik gebunden.

Die Gruppe der *weiblichen Prostituierten* verdankt ihre Identifikation als Hauptbetroffenengruppe und damit auch Zielgruppe der Aids-Hilfen nicht primär epidemiologischen Erkenntnissen, sondern den Ängsten heterosexueller Bürger. Erhöhte Infektionsgefährdung besteht bei i.v.-drogengebrauchenden Prostituierten und durch nicht-kommerzielle Sex-Kontakte von Prostituierten mit i.v.-Drogenbenutzern. Durch die Umwandlung von Prostitutionsreferaten in Frauenreferate z.B. in der Deutschen Aids-Hilfe und die zum Teil sehr erfolgreiche Arbeit von Prostituierten in Selbsthilfegruppen ist hier eine neue Landschaft entstanden. Es fehlt ein verlässlicher Überblick über unbearbeitete Felder, tote Winkel und neue Handlungsmöglichkeiten. Von Kampagnen oder Anstrengungen der Aids-Hilfen, die auf diese neuralgischen Punkte der Primärprävention abzielen oder die dazu notwendige Unterstützung aus Politik, Wissenschaften und/oder Massenmedien einfordern, ist bislang nicht viel zu hören. Das hier spürbare Defizit an Energien in den Aids-Hilfen ist verständlich: Jede Organisation folgt zunächst einmal dem unmittelbaren Problemdruck. Da sind die drängenden Probleme der Betreuung von Infizierten und Kranken, der Sicherstellung integrierter Krankenversorgung einschließlich häuslicher Pflege und der Durchsetzung und Wahrung sozialer Rechte für Infizierte und Kranke allemal fühlbarer als die zunächst unsichtbaren Neuinfektionen. Der Aufgabenzuschnitt der Aids-Hilfen entwickelt so aus sich selbst heraus eine Dynamik in Richtung Wohlfahrtsverband. Dies zieht tendenziell Aufmerksamkeit und Ressourcen von der Primärprävention ab. Zu begegnen ist dem durch nüchterne Zurkenntnisnahme dieses Sachverhalts und politisch bewußter Gegensteuerung. Zur Sicherung der Modernisierung ist gegentendenzielles Management gefragt. Denn eins ist klar: Die Organisation der Primärprävention unter schwulen Männern und unter den Junkies kann der Aids-Hilfe niemand abnehmen. Wenn sie das nicht leistet, tut es niemand sonst.

3. Selbsthilfeorganisationen von der Größe und Stabilität der Aids-Hilfe können nicht aus uneigennütigen Spendenmitteln existieren. Die notwendige materielle Unterstützung können sie entweder beim Staat oder bei der privaten Wirtschaft erhalten. Beides stiftet spezifische Abhängigkeiten und Frei-

heitsgrade. Bei Anlehnung an den Staat kommt es z.B. zur bürokratischen Gängelung und zu nicht unbedingt aufgabenadäquaten organisatorischen Anpassungsprozessen, gelegentlich zu Zensur und generell zur Abhängigkeit von Lobby und Haushaltslage, andererseits aber auch zu öffentlich-rechtlicher Anerkennung und relativer Sicherheit. Bei der Anlehnung an Sponsoren kommt es z.B. zur Nutzung als Werbeträger und zur generellen Abhängigkeit von noch kurzfristigeren Finanzentscheidungen, dafür aber – unter der Voraussetzung kluger Partnerwahl – zu größerer Dispositionsfreiheit in Form und Inhalt der Arbeit. Solange diese Vor- und Nachteile bedacht werden, ist gegen beide Quellen und auch Mischformen gleich viel und das heißt praktisch: nichts einzuwenden, Transparenz über die Finanzen immer vorausgesetzt. Das entscheidende Kriterium ist die größtmögliche Unabhängigkeit in der Interessenvertretung. Diese ist in dem Augenblick nicht mehr gewährleistet, wenn die Arbeit abhängig wird von Geld, das Firmen geben, die ihr Gewerbe im Umkreis von Aids betreiben. Dies sind in erster Linie Hersteller und Vertreiber diagnostischer und therapeutischer Mittel, kommerzielle Betreiber von Krankenversorgung und -pflege etc. Wer die Pharma-Politik der letzten Jahrzehnte ein wenig verfolgt hat, weiß, wie oft und wieviel Geld gerade auf diesem Feld (nicht nur in Form großer und kleiner Bestechung von Ärzten) eingesetzt worden ist, um solche Abhängigkeiten zu stiften und zu stabilisieren – und zwar meist durch Belohnung und subtile Drohung mit dem Belohnungsverlust. Den Beeinflussten ist der Charakter der Situation oft nicht einmal klar, sie reagieren in der gewünschten Richtung durch stumme Anpassung, also Einverständnishandeln (Huber 1993). Aids-Hilfe kann aber ihre identitätsstiftende Aufgabe der Interessenvertretung nur erfüllen, wenn sie gegenüber dem medizinischen Komplex völlig unbefangen auch die Rolle des Verbraucheranwaltes vertreten kann. Gerade in so außerordentlich komplexen Entscheidungssituationen wie z.B. der Organisation und Finanzierung der Krankenversorgung und -pflege oder der Frage der medikamentösen Frühbehandlung oder gar des HIV-Antikörpertests als Eintrittspforte in diese Medikalisation (siehe unten) müssen sich Schwule und Junkies darauf verlassen können, daß es keine Beeinträchtigung der Unbefangenheit auf seiten der Aids-Hilfe gibt.

Aids-Hilfe ist kein abstraktes Subjekt. Aids-Hilfe, das sind in Deutschland über 5 000 Aktivisten und ca. 500 Hauptamtliche, selbstverwaltet organisiert in ca. 150 lokalen und Dachorganisationen. In dem Maße, wie es diesem Organismus gelingt, die drei genannten (und vielleicht einige weitere) Probleme zu lösen, wird Aids-Hilfe auch im nächsten Jahrzehnt ein wesentlicher Bestandteil gesundheits- und sozialpolitischer Modernisierung

bleiben. Aids als düsterer Grund, vor dem dies geschieht, wird während dieser Zeit nicht von uns genommen werden.

Der HIV-Antiköpertest: Primär- und Sekundärprävention im Spannungsfeld zwischen medizinischer und sozialer Intervention

Untersuchungen zur Rationalität der Gesundheitspolitik kommen immer wieder zu dem Ergebnis, daß zumindest in entwickelten Industrieländern Instrumente der am Individuum ansetzenden Biomedizin grundsätzlich Ansätzen der sozialen Intervention vorgezogen werden, auch wenn letztere wirksamer und/oder mit geringeren unerwünschten Wirkungen belastet sind und/oder weniger kosten (Dubos 1959; Cochrane 1972; McKeown 1982; Himmelstein/Woolhandler 1984; Rosenbrock 1989; Kühn 1993; Kühn/Rosenbrock 1994). Besonders augenfällig wird diese Chancenungleichheit beim Einsatz von medizinischen Diagnose-Instrumenten, die auch dann zum breiten Einsatz kommen, wenn aus den erhobenen Befunden gar keine oder keine hinreichend wirksamen und/oder sicheren gesundheitspolitischen oder individuell therapeutischen Konsequenzen zu ziehen sind und/oder die unerwünschten Wirkungen groß sind (Abholz 1994; Holland/Stewart 1990). Medizinische Tests an Individuen und – als Screening – in Populationen werden dadurch mehr und mehr, »consciously or unconsciously, as an end in itself« (Cochrane 1972, S. 36) angesehen, deren Einsatz über ihre bloße Verfügbarkeit hinaus nur noch wenig zusätzlicher Legitimation bedarf.

Während Auseinandersetzungen über diesen »normal schlechten Lauf der Gesundheitspolitik« (Rosenbrock 1986, S. 142 ff.) in der Regel lediglich kleinere Expertenzirkel interessieren, fanden und finden Fragen des Einsatzes von Tests zur Feststellung der HIV-Infektion eine große Öffentlichkeit: Fragen der medizinischen Ermittlung der HIV-Infektion und von HIV-Infizierten markieren die strategische Frontlinie zwischen den unterschiedlichen gesundheitspolitischen Strategien in bezug auf HIV und Aids. Diese Konstellation hat unter anderem zur Folge, daß es kaum ein Diagnostikum geben dürfte, daß für ähnlich viele und unterschiedliche Zwecke vorgeschlagen und zum Teil eingesetzt wird: als Mittel repressiver Verhaltenskontrolle im Rahmen der individuellen Suchstrategie; als Instrument der Verhaltensbeeinflussung im Rahmen der gesellschaftlichen Lernstrategie (Rosenbrock 1994b); zur Verhütung von Infektionen außerhalb bekannter Risikosituationen und von Mutter-Kind-Infektionen sowie zur Gewinnung handlungsleitender epidemiologischer Daten. Der Gang der gesundheits- und bürgerrechtlichen Auseinandersetzung führte

durchweg zum Verzicht auf zwangsweise Testungen und große Zurückhaltung beim Screening, zur besonderen Betonung der Freiwilligkeit und – auf Wunsch – der Anonymität (Rosenbrock 1994c). Die divergierenden Interessenlagen der letztlich meist von Kontroll-Absichten geleiteten Testbefürworter und der potentiell von der Infektion Betroffenen würden – das zeichnete sich bereits früh ab (Rosenbrock 1986, S. 127) – dann zusammenfallen, wenn durch medizinische Mittel die Progression der Infektion zur Krankheit und/oder der Verlauf der Krankheit und/oder die Lebensdauer günstig beeinflusst werden könnte. In diesem Falle wäre der HIV-Test die Eintrittspforte zu nützlicher medizinischer Frühintervention. Einige Mediziner – und auch David Kirp und Ronald Bayer in ihrem Schlußkapitel – halten die dazu vorliegenden Studienergebnisse für so überzeugend, daß sie den politischen Streit um den HIV-Test für erledigt halten bzw. alle Menschen mit einem Infektionsrisiko zum HIV-Test aufrufen wollen, um durch Vorverlegung des Beginns medizinischer Behandlung Latenz- bzw. Lebenszeit zu gewinnen. Dieses Interesse teilen auch die Pharma-Unternehmen, die entsprechende Medikamente herstellen, weil die Anwendung von z.B. AZT oder neuerer Nukleosid-Analoga wie DDI und DDC bei noch nicht kranken HIV-Infizierten den Absatzmarkt in reichen Ländern vervielfachen würde.

Sobald es um Frühbehandlung der HIV-Infektion geht, wird in aller Regel nicht mehr beachtet, daß die vorausgehende Diagnose, also die lebensverändernde Mitteilung eines positiven Testergebnisses mit erheblichen und langfristigen gesundheitlichen und psychosozialen unerwünschten Wirkungen und mit nicht ausräumbaren Unsicherheiten behaftet ist (Rosenbrock 1991).

Darüber hinaus wird nicht hinreichend problematisiert, daß die Strategie mit Test und Frühbehandlung auf eine lebenslange Medikalisierung von Menschen hinausläuft, die in ihrer großen Mehrheit auch ohne Behandlung auf Jahre hinaus ohne Symptome und Beschwerden bleiben würden: Legt man die Verteilung aus der die Strategie der Frühbehandlung begründenden Studie von Fischl et al. (1987) zugrunde, so müssen ca. 1 000 asymptomatisch HIV-Infizierte (mit weniger als 500 T-Helferzellen pro cmm) ein Jahr mit AZT behandelt werden, damit von den ohne Medikation zu erwartenden ca. 50 Krankheitsprogressionen ca. 25 verzögert werden: Über 95 Prozent der Patienten werden »umsonst« behandelt. Selten wird auch darauf hingewiesen, daß mit der früh- bzw. vorzeitigen AZT-Gabe in vielen Fällen eine ebenso früh- bzw. vorzeitige Resistenzbildung verbunden ist, so daß das Medikament im Falle der Erkrankung dann nicht mehr eingesetzt werden kann. Die unerwünschten Wirkungen (unter anderem Nierenschäden, Übelkeit, schwerwiegende Blutbildveränderungen) werden in den Behandlungsempfehlungen häufig heruntergespielt bzw. wegen zu kurzer Laufzeiten der Studien möglicherweise systematisch un-

terschätzt. Eine sorgfältige Reevaluation der Studie von Fischl et al. (1987) kommt zu dem Ergebnis, daß die äußerst geringen und zum Teil nur in Laborparametern darstellbaren Verzögerungen der Krankheitsprogression bereits durch die unerwünschten Wirkungen des Medikaments aufgewogen werden, die Lebensqualität von asymptomatisch HIV-Infizierten durch die Gabe von AZT also insgesamt nicht verbessert wird (Lenderking et al. 1994). Bei der Aufzählung der Vorteile der asymptomatischen Frühbehandlung wird meist nicht darauf hingewiesen, daß die große Mehrzahl der Aids-Erkrankungen mit leichten, aber identifizierbaren Symptomen beginnt, deren Auftreten für den Beginn der medikamentösen Behandlung ohne Schaden für den Patienten abgewartet werden kann. Auch der (seltene) dramatische Beginn der Aids-Erkrankung (meist mit einer Lungenentzündung vom Typ PCP) ist mittlerweile medizinisch relativ gut beherrschbar. Eine Lebensverkürzung solcher Verläufe gegenüber einer durch Pentamidin verhüteten PCP konnte nicht gezeigt werden (Hirschel et al. 1991).

Die Wirkung der Frühbehandlung wird generell in erstaunlichem Umfang überschätzt: Durchgängig zeigen die Studien zur Frühbehandlung vor allem asymptomatisch HIV-Infizierter mit AZT und Pentamidin allenfalls, daß die Symptomentwicklung bei einem geringen Anteil der Behandelten zeitweilig aufgehalten werden kann (z.B. Cooper et al. 1993). Es liegen aber keine bzw. keine signifikanten Ergebnisse zur Lebensverlängerung durch den Einsatz dieser Medikamente vor (Graham et al. 1991; Moore et al. 1991; Hamilton et al. 1992). In der französisch-britischen Concorde-Studie, die AZT-Frühbehandlung in einer sehr großen Kohorte über einen Beobachtungszeitraum von drei bis über vier Jahre prüfte, konnten dagegen keine positiven Effekte der AZT-Frühbehandlung auf den Krankheitsverlauf festgestellt werden. Darüber hinaus zogen die Ergebnisse dieser Studie die Hypothese in Zweifel, nach der das Absinken der T4-Zellen ein valider Marker für die Krankheitsprogression ist (Aboulker et al. 1993; The Lancet 1994; Selgmann et al. 1994; Goebel 1994).

Angesichts dieser unübersichtlichen, in Einzelfragen zwar widersprüchlichen, aber generell nicht ermutigenden Forschungslage gibt es – nimmt man das ärztliche Gebot des *nil nocere* ernst – derzeit keine medizinische Indikation zur Behandlung symptomlos HIV-Infizierter mit Nukleosid-Analoga, und damit auch nicht für den HIV-Test als Eintrittspforte in diese Behandlungsstrategie (so generell schon Wilson/Jungner 1971).

Freilich ist damit zu rechnen, daß AZT sowie pharmakologisch verwandte Neuentwicklungen (DDI, DDC) auch weiterhin ohne Abwägung von Wahrscheinlichkeit und Gewicht der erwünschten und unerwünschten Wirkungen eingesetzt, daß die Dauer der Medikalisierung ohne Nutzen für die Dauer des

Lebens verlängert wird. (Eine differenzierte Position findet sich bei Sande et al. 1993.) Die Koalition von auf Hilfe hoffenden Betroffenen mit den helfen wollenden Ärzten, den auf Markterweiterung zielenden pharmazeutischen Unternehmen und Politikern, die aus Legitimationsgründen jede Erhöhung der Anzahl von auf HIV getesteten Menschen unterstützen, wird sich in vielen Fällen als stärker erweisen als die traurige Sprache der Fakten. Dafür sorgt auch die Tatsache, daß für die Behandlung von Aids die Medizin aus den USA weltweit als führend gilt, die zugleich – gerade bei der Bekämpfung von Mikroorganismen – als besonders aggressiv gilt (Payer 1988). Die zu beobachtende Vermischung (zweifellos notwendiger) klinischer Forschung bzw. Erprobung und verallgemeinerter Anwendung kann – wegen der weitgehend unkontrolliert verabreichten Medikation außerhalb logistisch aufwendiger Studien – wenig zur Verbesserung wissenschaftlich verwertbaren Wissens beitragen und unter Umständen sogar zu einer wesentlichen Verschlechterung der Voraussetzungen der klinischen Erforschung beitragen. Dieser Sachverhalt führt zu einem unaufgelösten Spannungsverhältnis zwischen den Erfordernissen klinischer Pharmaforschung und der Forderung von Betroffenenengruppen nach Zugang zu Medikamenten vor ihrer klinischen Erprobung (Wachter 1991; Arno/Feiden 1992; Rosenbrock 1992a).

Zusammenfassend bleibt festzuhalten, daß hinsichtlich der Medikalisierung der symptomlosen HIV-Infektion und damit der Test-Empfehlung für Menschen mit Infektionsrisiko die Frage nach der Richtung der Normalisierung noch nicht entschieden ist, wenngleich sich die Anzeichen einer Rückwärts-Normalisierung im Sinne eines Zweifel beiseiteschiebenden Bias zugunsten des Einsatzes von Medikamenten häufen.

Dies würde zwar dem dominanten Konzept der Medikalisierung von Risikozuständen entsprechen (Abholz 1993), gleichwohl aber die Normalisierung im Sinne einer Modernisierung behindern. Denn die Sekundärprävention für asymptomatisch HIV-Infizierte bestünde im Sinne dieses Konzepts – wie für andere Gruppen chronisch Kranker auch – in der Schaffung von Möglichkeiten vorwiegend nicht-medizinischer professioneller und Selbsthilfeunterstützung. Dabei kann auf Erfahrungen mit psychosozialer Unterstützung bei anderen Patientengruppen aufgebaut werden, die – wie HIV-Infizierte – mit der konkreten, aber individuell nicht kalkulierbaren Möglichkeit des (Wieder-)Ausbruchs einer lebensbedrohlichen Erkrankung leben. Zu denken ist dabei z.B. an Modelle sozialer und psychologischer Unterstützung nach einem Herzinfarkt (Badura et al. 1987) oder einer Krebsbehandlung (Koch/Potreck-Rose 1990; Wimmer 1988). Wie bei allen chronischen Erkrankungen sollte der auf vollständiger Information über Chancen und Risiken der Behandlungsstrategien beruhende

individuelle Wunsch des/der Infizierten bzw. des Menschen mit Infektionsrisiko das entscheidende Kriterium für die Form der psychischen und sozialen Bewältigung eines positiven Testergebnisses (Franke 1990) und der Erkrankung sein: medizinische Kontrolle, Mitarbeit in einer Selbsthilfegruppe für HIV-Infizierte (»Positivengruppe«), Psychotherapie oder aber auch gar nichts, z.B. durch Nicht-Wissen des Serostatus, kommen dabei gleichberechtigt in Betracht.

Aids-Krankenversorgung zwischen Rückfall in alte Routine und gesundheitspolitischem Pilotprojekt

Im Krankenversorgungswesen sind nach dem Auftreten von Aids innerhalb kürzester Zeit vielfältige Anpassungsleistungen erbracht worden, um eine dem Charakter der Erkrankung wie der Situation der Erkrankten angemessene Versorgung und Betreuung zu gewährleisten. Dabei hat das Gesundheitswesen ein Innovationspotential bewiesen, das ihm lange Zeit abgesprochen wurde.

Die weit über Aids hinausweisende wichtigste Innovation besteht in dem Versuch, eine weitgehend extramural erfolgende und zugleich ineinandergreifende Versorgung der Patienten zu ermöglichen. Das heißt, daß dem Ausbau ambulanter Betreuungsmöglichkeiten und der Regulation von Schnittstellen sowohl zwischen den mit der Versorgung und Betreuung von Aids-Patienten befaßten Institutionen wie auch zwischen den Leistungen der unterschiedlichen Berufen wurde besondere Aufmerksamkeit geschenkt. Dabei wurde angestrebt, Pfade durch das Versorgungssystem zu bahnen, die sowohl die aus der Krankheits- wie auch der Patientensituation erwachsenen Erfordernisse berücksichtigen und während aller Stadien des Krankheitsverlaufs eine integrierte und kontinuierliche Versorgung Aids-Erkrankter erlauben.

- In der ambulanten medizinischen Betreuung entstanden Aids-Schwerpunktpraxen mit vielen auf die Besonderheit der Krankheit ausgerichteten Leistungsangeboten, guter Verzahnung mit der stationären Medizin und ebenso mit ambulanten Diensten. Außerdem entstanden HIV-Ambulanzen und erstmals Tageskliniken im Bereich der Akutversorgung.
- In den Krankenhäusern wurden neuartige, patientenorientierte Betreuungsmodelle erprobt: Die stationäre Akutversorgung wurde um psychologische und psychosoziale Hilfen ergänzt, und auf breiterer Basis als bis dahin üblich hielten Selbsthilfegruppen und informelle Helfer in das Krankenhaus Einzug.

- Eine Reihe unterschiedlicher und unterschiedlich erfolgreicher Innovationsversuche zielt auf die Überwindung der gewachsenen Desintegration zwischen stationärer und ambulanter Versorgung und die Herstellung von »linkages«, also von Verbindungen zwischen beiden Versorgungsbereichen, so daß lückenlose Übergänge und kontinuierliche Fortsetzungen der Betreuung möglich sind.
- Im Bereich ambulanter Pflege und sozialer Dienste entstanden Spezialpflegedienste, Kombinationen von Pflege und psychosozialer Betreuung, Wohnprojekte, Beratungsangebote, Dienste zur Hilfe in sozialen Notlagen, bei Obdachlosigkeit etc. In der ambulanten Pflege wurde dabei erstmals in diesem Ausmaß der Versuch unternommen, Schwer- und Schwerstkranke ambulant zu versorgen sowie Sterbebegleitung in der häuslichen Umgebung zu ermöglichen.
- Neue Impulse erhielt auch die Diskussion zum Thema Sterben. Es wurden Konzepte zur humanen Sterbebegleitung entwickelt, Hospizinitiativen entstanden, und erste Modellversuche begannen.
- Erhebliches Gewicht wurde darauf gelegt, den Versorgungsanstrengungen der professionellen Akteure autonomiebewahrenden Charakter zu verleihen. Dazu gehört unter anderem, daß nach neuen, die Eigenkompetenz der Patienten respektierenden Mustern der Interaktion gesucht wurde, ebenso nach Möglichkeiten, der Bedeutung Angehöriger in anderer Weise Rechnung zu tragen, als in der Krankenversorgung gemeinhin üblich (z.B. werden Wahlverwandte als Angehörige akzeptiert und Angehörige in die Betreuung einbezogen).
- Außerdem wurden zahlreiche Anstrengungen unternommen, um andere Muster der Arbeitsteilung und Aufgabenzuweisung für die beteiligten Gesundheitsberufe (Medizin, Pflege, Sozialarbeit, psychosoziale Betreuung) zu etablieren, und auch auf arbeitsorganisatorischer Ebene eine integrierte Versorgung zu ermöglichen.

All dies zeigt, daß Aids die Strukturen der Krankenversorgung in Bewegung gebracht hat, und dies auch in solchen Bereichen, die jahrzehntelang als besonders reformresistent galten (Rosenbrock 1992a). Bemerkenswert sind die starken Überschneidungen zwischen etlichen dieser Innovationen und zum Teil jahrzehntealten Reformvorschlägen (Deutscher Bundestag 1990b). Diese zielen auf Schwachstellen, die in der Literatur zum Gesundheitswesen vielfach kritisiert wurden (Schaeffer/Moers/Rosenbrock 1992). Insofern kann Aids als Katalysator für Innovationen bezeichnet werden, von denen viele für die Mo-

ernisierung der Versorgung anders Erkrankter einen reichhaltigen Fundus an Anregungen in sich bergen.

Eingehende Analysen des Versorgungsgeschehens zeigen freilich auch die Schattenseiten, denen im Rahmen von Public-Health-Forschung weiter nachzugehen sein wird: Trotz der außergewöhnlich hohen Bereitschaft politischer und professioneller Akteurguppen, auf die neue Herausforderung einzugehen, gibt es bislang nur wenige strukturbeeinflussende und zeitstabile Erfolge. Zeitstabil sind sie überwiegend deshalb nicht, weil der Geldhahn der Modellförderung durch den Bund zugekehrt und oft kein Ersatz gefunden werden konnte. Strukturell sind sie häufig deshalb nicht wirksam, weil für sich genommen gut ersonnene Innovationen – wie etwa der für den Übergang stationär/ambulant zuständige Koordinationspfleger oder die Aids-Fachkräfte an Gesundheitsämtern – oft ohne ausreichende qualifikatorische und soziale Vorbereitung und Einbeziehung des organisatorischen Umfeldes implantiert wurden (Schaeffer 1991; Schaeffer/Moers 1994). Insellösungen ohne Implementationshilfen (z.B. Organisationsentwicklung und Institutionsberatung) provozieren konservatives Organisationsverhalten bis hin zu Abstoßungsreaktionen. Entgegen weithin gehegter Hoffnung und geübter Praxis sind solche Schwierigkeiten auch durch Begleitforschung und professionelle Supervision meist nicht aus der Welt zu schaffen, weil diese aufgrund ihrer Konturierung und Instrumentierung grundsätzlich nicht in der Lage sind, bei organisatorisch und professionspolitisch begründeten Implementationshindernissen wirksame Steuerungshilfen und Korrekturen einzubringen (Schaeffer 1992). Hinzu kommen die Probleme unzureichender und gemischter Finanzierung. Diese zwingen z.B. viele Pflegedienste dazu, bei der Dokumentation und Abrechnung der pflegerisch professionell notwendigen Leistungen gegenüber Krankenkassen, Kommunen und anderen Kostenträgern bis an den Rand der Legalität zu gehen, um dann doch irgendwann die Pflegeleistungen nicht mehr primär nach gesundheitlichen, sondern nach abrechnungstechnischen Kriterien zu gestalten (vgl. z.B. Majer 1992; Weber 1992, beide in: Schaeffer/Moers/Rosenbrock 1992).

Für die Chancen der Modernisierung der Krankenversorgung ergeben sich aus diesen Entwicklungen einige wichtige verallgemeinerbare Erfahrungen:

1. Das Krankenversorgungssystem ist auch an seinen kritischen Nahtstellen und hinsichtlich der professionellen Arbeitsteilung unter hohem Problemdruck flexibler als oft angenommen.
2. Medizinische Behandlung, psychosozial-pflegerische Betreuung und Aktivierung des Patientenumfeldes sind drei funktional gleichberechtigte Säulen

- der ambulanten Versorgung und sollten auch entsprechend gefördert und entwickelt werden (Deutscher Bundestag 1990b).
3. Wenn Politikfenster wie die Aids-Krise zu strukturellen Innovationen der Krankenversorgung genutzt werden, so müssen mehr als bisher vorliegende Erfahrungen mit Innovationsmanagement z.B. auch aus scheinbar weit entfernt liegenden Gebieten der Organisations- und Industriosozologie genutzt werden: Gefragt sind systemische Lösungen, die die Innovationen und Reformbemühungen von vornherein in ihrem Wechselspiel mit der gewachsenen Struktur sehen und diese qualifikatorisch und organisatorisch vorbereiten (vgl. z.B. Wildenmann 1988; Weltz/Lullies 1983).
 4. Der Enthusiasmus und die daraus gewachsenen persönlichen Netzwerke der Pioniere der Aids-Krankenversorgung waren notwendige Bedingungen des Entstehens und sind gegenwärtig noch häufig die stärksten Potentiale gelungener Innovationen. Ohne strukturelle Abstützung und damit eine aufgabenfreundliche organisatorische Umwelt für die zunehmend weniger pionierhaft als beruflich bzw. professionell hinzukommenden Kräfte wird diese Antriebskraft geschwächt statt gefördert.

Unter den gegebenen Bedingungen des Primats finanzieller, vorwiegend an der Nachfrage- bzw. Patientenseite ansetzender Restriktionen in der Krankenversorgungspolitik haben Innovationen, die an der Versorgungsqualität orientiert sind, auch dann keine guten Realisierungschancen, wenn mit ihnen zumindest auf mittlere Sicht Einsparungen oder Zuwachsbegrenzungen der Ausgaben verbunden sein können (Rosenbrock 1994d). Insoweit die – ohnehin nur in den Zentren der Prävalenz anzutreffenden – Innovationen sich politisch ausschließlich auf den »Sonderstatus« von Aids aus den ersten Jahren der Epidemie und das ihn tragende Bündnis stützen können, müssen ihre Zukunftsperspektiven eher pessimistisch eingeschätzt werden, rückt statt der Befestigung und Verallgemeinerung der Modernisierung die Rückbildung der »Normalversorgung« in den Bereich des Wahrscheinlichen (Schaeffer/Moers 1992; Fee/Krieger 1993). Eine wesentliche Aufhellung dieser Perspektive könnte vor allem aus der raschen Übertragung wesentlicher und erfolgreicher Erfahrungen aus der Aids-Krankenversorgung auf den Umgang mit Patientengruppen resultieren, die an anderen chronisch und oft letal verlaufenden Krankheiten leiden. Die Bemühungen um eine den Patienten das »Leben mit HIV und Aids« ermöglichende Betreuung und Versorgung könnten dann vorbildgebend für strukturelle und qualifikatorische Anpassungen des gesamten Umgangs mit chronischer (Multi-)Morbidity werden, etwa im Sinne der Revitalisierung des Primary-health-care-Ansatzes (WHO-Deklaration von Alma Ata 1977).

Gesundheitsforschung: Aids als Paradigma?

Im Vergleich zur medizinischen Forschung setzte die staatliche Förderung sozialwissenschaftlicher Forschungen zur Prävention, Betreuung und Versorgung im Umkreis von HIV und Aids in der (alten) Bundesrepublik fünf Jahre später ein und erhielt etwa ein Zehntel der Mittel (Deutscher Bundestag 1990a; Vettermann et al. 1993). Das mag angesichts der allseits anerkannten Priorität vor allem der notwendigerweise nicht-medizinischen Primärprävention als irrationale Bevorzugung der medizinischen Disziplinen angesehen werden und insoweit dem durchgängigen Muster der Benachteiligung sozialer gegenüber medizinischer Intervention in Praxis und Forschung entsprechen (Rosenbrock 1992b; Kühn/Rosenbrock 1994). Gleichwohl ist festzuhalten, daß die durch finanzielle Förderung mögliche und im Falle Aids auch erzielte Bündelung wissenschaftlicher Kapazitäten auch über disziplinäre und institutionelle Grenzen hinweg der sozialwissenschaftlichen Gesundheitsforschung auf Basis des Sonderstatus von Aids eine im Vergleich mit anderen Gesundheitsproblemen erstaunliche und fruchtbare Sonderkonjunktur bescherte. Davon zeugen neben vielen anderen Ergebnissen nicht zuletzt die – einschließlich des vorliegenden – bislang vierzehn Bände der Reihe »Ergebnisse Sozialwissenschaftlicher Aids-Forschung«. Anwendungs- und Grundlagenforschung widmeten sich in erstaunlichem Tempo und großer Differenziertheit Fragen der Verteilung und der Motive riskanten und diskriminierenden Verhaltens. Die Sexualwissenschaft kam zu neuem Ansehen. Konzepte der Verhaltensbeeinflussung wurden ebenso untersucht wie Möglichkeiten der psychologischen und sozialen Betreuung HIV-Infizierter und die Anpassung der Krankenversorgung. Studien zur individuellen und gesellschaftlichen Risikowahrnehmung korrespondieren mit Untersuchungen zum individuellen und politischen Risikomanagement. Der in den ersten Jahren auch materiell erhebliche Umfang innovativer Programme gab auch der wissenschaftlichen Evaluation neuen Auftrieb.

Im Vergleich zur vor allem sozialwissenschaftlichen Aufmerksamkeit für andere, zum Teil erheblich größere Gesundheitsgefahren und Krankengruppen wurde also den Problemen im Umkreis von HIV und Aids im ersten Jahrzehnt zweifellos auch auf dem Gebiet der Forschung ein Sonderstatus zugebilligt. Im Gegensatz zu den meisten in diesem Band untersuchten Ländern fand dies in der Bundesrepublik Deutschland aber nicht in einem institutionell etablierten Rahmen von akademischem Public Health statt. Dessen Entwicklung – obgleich seit vielen Jahren ein gesundheitspolitisches Reformprojekt (Rosenbrock 1993b) – fand vielmehr nahezu gleichzeitig und fast unabhängig von Aids statt (Schaeffer/Moers/Rosenbrock 1994). Die Frage des Verhältnisses

zwischen Aids-Forschung und Public-Health-Forschung stellt sich in Deutschland daher erst mit dem Ende des Sonderstatus vor der Alternative Modernisierung versus Rückbildung.

Da Aids in Deutschland strategisch umstrittener war als in den meisten Industrieländern, zugleich aber zahlreiche und tiefgreifende gesundheitspolitische Innovationen hervorgebracht hat, können aus dem gesellschaftlichen und gesundheitspolitischen Umgang mit dieser Krankheit für die akademische Etablierung von Public Health paradigmatische Lehren gezogen werden (Rosenbrock 1994e). Die Nutzung dieses Fundus wird freilich dadurch erschwert, daß die Förderung sozialwissenschaftlicher Aids Forschung durch das Bundesforschungsministerium im Jahre 1995 endgültig auslaufen soll. Die Fortführung der Aids-Forschung im Rahmen eines Förderschwerpunktes »Infektiologie« (Deutscher Bundestag 1993; BMFT 1993) impliziert dagegen den Rückzug auf klinisch-medizinische Aspekte.

Für die gleichzeitig anlaufende Förderung von Forschung und Lehre im Bereich Public Health bedeutet dies: ob das im Entstehen begriffene Fach Public Health eine wirkliche gesundheitswissenschaftliche und gesundheitspolitische Innovation darstellt oder auslöst, also die Impulse aus dem Umgang mit HIV und Aids im Sinne einer Modernisierung aufnimmt, kann daran gemessen werden, inwieweit die am Beispiel HIV und Aids virulent gewordenen Fragen im Rahmen von Public-Health-Forschung weiterverfolgt werden. Dazu gehören neben den weiter oben skizzierten Aspekten unter anderem die auch bei Aids zunehmend sichtbar werdende sozial bedingte Ungleichheit vor Krankheit und Tod, die Probleme der Ermöglichung realitätstüchtiger Wahrnehmung alter und neuer Risiken, die Entwicklung tragfähiger Modelle lebensweisebezogener Prävention unter Einbeziehung der Betroffenenkompetenz und sozialer Bewegungen, die Frage der Verteilung von Ressourcen, Aufmerksamkeiten und Zuständigkeiten für Prävention, Betreuung und Krankenversorgung sowie die Entwicklung und Durchsetzung bereichsübergreifender Politiken der Gesundheitsförderung (Rosenbrock 1993c; Rosenbrock 1994e).

Fazit

David Kirp und Ronald Bayer ist sicherlich zuzustimmen, wenn sie in ihren Schlußfolgerungen aus den in diesem Band vorgelegten Länderstudien für das zweite Jahrzehnt der Epidemie ein Ende des Sonderstatus für HIV und Aids in industrialisierten Ländern prognostizieren. Der Zenit des Aids-politischen Engagements in diesen Ländern ist – bis auf weiteres – überschritten, mit dem

Zerfall von Aids als bündelndem Thema werden seine Elemente an die traditionell für die jeweiligen Aspekte und Aufgaben zuständigen Subsysteme zurückgegeben. Freilich kehren sie dorthin geprägt durch den zeitweiligen Sonderstatus von Aids zurück, lassen sich also nicht ohne weiteres in gewohnte Routinen rücküberführen. Bei der geforderten Reintegration in die Routinen wird es deshalb bei den meisten der zu Normalisierung anstehenden Aspekte zu Spannungen und Verformungen kommen. Die Vielfalt der dabei zu findenden Lösungen ist zum einen Reflex auf die unterschiedlichen institutionellen, politisch-kulturellen und ökonomischen Gegebenheiten und Ressourcen der verschiedenen Länder. Zum anderen aber hängt die Richtung der Normalisierung – zwischen Modernisierung und Rückbildung – in jedem nationalen Kontext auch von der Fähigkeit der in den achtziger Jahren um das Thema Aids entstandenen Szenen, Milieus und Bewegungen ab, strategische Kernelemente ihres Programms in neue Bündnisse einzubringen. Im Falle des Erfolges solcher Bemühungen können davon sowohl die Qualität der Prävention und Versorgung im Umkreis von HIV und Aids als auch das säkulare Projekt einer problemangemessenen Modernisierung der Gesundheitspolitik gewinnen.

Literatur

- Abholz, H.H. (1993): »Arzt-Konsumenten-Verhältnis. Ein Blick in die Zukunft.« In: *Arzt-Konsumenten-Verhältnisse*. Jahrbuch für Kritische Medizin 21. Hamburg: Argument-Verlag, S. 46-55
- Abholz, H.H. (1994): »Grenzen medizinischer Prävention.« In: R. Rosenbrock/H. Kühn/ B.M. Köhler (Hg.), *Präventionspolitik: Gesellschaftliche Strategien der Gesundheits-sicherung*. Berlin: edition sigma, S. 54-82
- A Boulker, J.P./Swart, A.M. et al. (1993): »Preliminary analysis of the concorde trial.« *The Lancet*, Bd. 341, S. 889-890
- Arno, P.S./Feiden, K.L. (Hg.) (1992): *Against the Odds. The Story of Aids Drug Development, Politics and Profits*. New York
- Badura, B./Kaufhold, G./Lehmann, H./Pfaff, H./Schott, Th. (1987): *Leben mit dem Herzinfarkt*. Berlin, Heidelberg, New York
- BMFT (Der Bundesminister für Forschung und Technologie) (Hg.) (1993): *Gesundheit 2000*. Bonn
- Cochrane, A.L. (1972): *Effectiveness and Efficiency. Random Reflections on Health Services*. Abingdon, Berks
- Cooper, D.A./Gatell, J.M./Kroon, S./Clumeck, N./Millard, J./Goebel, F.D./Bruun J.N./ Stingl, G./Melville, R.L./Gonzalez-Lahoz, J./Stevens, J.W./Fiddian, A.P. and the European-Australian Collaborative Group (1993): »Zidovudine in persons with asymptomatic HIV Infection and CD 4+ Cell counts greater than 400 per cubic millimeter.« *The New England Journal of Medicine (NEJM)*, Bd. 329, S. 297-303

- Der Spiegel* (1994): Aids-Aufklärung – Null Zuschuß, Heft 11, S. 16
- Deutscher Bundestag, 11. Wahlperiode (1988): *Zwischenbericht der Enquête-Kommission »Gefahren von Aids und wirksame Wege zu ihrer Eindämmung«*. Bundestagsdrucksache 11/2475. Bonn; nachgedruckt in der Reihe: Deutscher Bundestag (Hg.), *Zur Sache – Themen parlamentarischer Beratung*, 3/88: Aids – Fakten und Konsequenzen. Bonn
- Deutscher Bundestag, 11. Wahlperiode (1990a): *Endbericht der Enquête-Kommission »Gefahren von Aids und wirksame Wege zu ihrer Eindämmung«*. Bundestagsdrucksache 11/7200, Bonn; nachgedruckt in der Reihe: Deutscher Bundestag (Hg.), *Zur Sache – Themen parlamentarischer Beratung*, 13/90: Aids: Fakten und Konsequenzen. Bonn
- Deutscher Bundestag, 11. Wahlperiode (1990b): *Endbericht der Enquête-Kommission »Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung«*. Bundestagsdrucksache 11/6380. Bonn; auch erschienen in der Reihe: Deutscher Bundestag (Hg.), *Zur Sache – Themen parlamentarischer Beratung*, 3/90, 2 Bände
- Dressler, St. (1994): »Superseehofer. Moderne Zeiten im Gesundheitswesen.« *Blätter für deutsche und internationale Politik*, Jg. 39, S. 23-27
- Dubos, R. (1959): *Mirage of Health, Utopias, Progress and Biological Change*. New York
- Fee, E./Krieger, N. (1993): »Thinking and rethinking Aids: Implications for Health Policy.« *The International Journal of Health Sciences*, Bd. 23, Nr. 2, S. 323-346
- Fischl, M.A./Richmann, D.D./Grieco M.H. et al. (1987): »The efficacy of 3'-azido-3'-deoxythymidine, an inhibitor of HTLV III/LAV replication, in patients with Aids or Aids-related complex: a double-blind placebo-controlled trial.« *The New England Journal of Medicine*, Bd. 317, S. 185-191
- Franke, G.H. (1990): *Die psychosoziale Situation von HIV-Positiven*. Ergebnisse sozialwissenschaftlicher Aids-Forschung, Bd. 5. Berlin
- Gauweiler, P. (1993): »Menetekel für zwei Minister.« *Der Spiegel*, Nr. 48, S. 220-222
- Goebel, F.D. (1994): »Die antivirale Therapie der HIV-Infektion.« *Aids-Forschung (AIFO)*, Jg. 9, S. 3-6
- Graham, N.M.H./Zeger, S.L./Park L.P. et al. and the Multicenter Aids Cohort Study (1991): »Effects of zidovudine and Pneumocystis carinii pneumonia prophylaxis on progression of HIV-1 infection to Aids.« In: *The Lancet*, Bd. 338, Nr. 8762, S. 265-269
- Halter, H. (1993): »Das verdiente Ende des Bundesgesundheitsamtes.« In: *Aids-Forschung (AIFO)*, Jg. 8, S. 567-569
- Hamilton, J.D./Hartigan, P.M./Simberkoff, M.S. et al. and the Veteran Affairs Cooperative Study Group on Aids Treatment (1992): »A controlled trial of early versus late treatment with Zidovudine in symptomatic Human Immunodeficiency Virus Infection.« *The New England Journal of Medicine (NEJM)*, Bd. 326, Nr. 7, S. 437-443
- Hamouda, O./Schwartzländer, B./Koch, M.A./Kiehl, W./Altmann, D./Baars, C./Kollan, C./Meyer, B. (1993): *AIDS/HIV 1992: Bericht zur epidemiologischen Situation in der Bundesrepublik Deutschland zum 31.12.1992*. AZ-Hefte 15, hrsg. vom Aids-Zentrum im Bundesgesundheitsamt. Berlin
- Himmelstein, D./Woolhandler, St. (1984): »Free care, Cholestyramine and health policy.« *The New England Journal of Medicine*, Bd. 311, S. 1511-1514
- Hirschel, B./Lazzarin, A./Chopard, P. et al. and the Swiss Group for Clinical Studies on Aids (1991): »A controlled study of inhaled Pentamidine for primary prevention of Pneumocystis Carinii Pneumonia.« *The New England Journal of Medicine*, Bd. 324, Nr. 16, S. 1079-1083

- Holland, W.W./Stewart, S. (1990): *Screening in Health Care. Benefit or Bane?* London
- Huber, E. (1993): »Das Pharma-Netz der deutschen Ärzteschaft.« In: *Die Regulierung der Gesundheit*. Jahrbuch für Kritische Medizin 20. Hamburg: Argument-Verlag, S. 80-93
- Koch, U./Potreck-Rose, F. (Hg.) (1990): *Krebs-Rehabilitation und Psychoonkologie*. Berlin u.a.
- Kühn, H./Rosenbrock, R. (1994): »Präventionspolitik und Gesundheitswissenschaften. Eine Problemskizze.« In: R. Rosenbrock/H. Kühn/B.M. Köhler (Hg.), *Präventionspolitik: Gesellschaftliche Strategien der Gesundheitssicherung*. Berlin: edition sigma, S. 29-53
- Kühn, Hagen (1993): *Healthismus: Eine Analyse der Präventionspolitik und Gesundheitsförderung in den U.S.A.* Berlin: edition sigma
- Lenderking, W.R./Gelber, R.D./Cotton, D.J./Cole, B.F./Goldhirsch, A./Volberding, P.A./Testa, M.A. for the AIDS Clinical Trials Group (1994): »Evaluation of the quality of life associated with Zidovudine treatment in Asymptomatic Human Immunodeficiency Virus Infection.« *New England Journal of Medicine (NEJM)*, Bd. 330, S. 738-743
- McKeown, Th. (1982): *Die Bedeutung der Medizin. Traum, Trugbild oder Nemesis?* Frankfurt a.M.
- Moore, R. D./Hidalgo, J./Sugland, B.W./Chaisson, R.E. (1991): »Zidovudine and the natural history of the Acquired Immunodeficiency Syndrome.« *The New England Journal of Medicine*, Bd. 324, Nr. 20, S. 1412-1416
- Payer, L. (1988): *Medicine and Culture*. New York
- Rosenbrock, R. (1986): *Aids kann schneller besiegt werden. Gesundheitspolitik am Beispiel einer Infektionskrankheit*. Hamburg
- Rosenbrock, R. (1989): »Gesundheitsversicherung durch Krankenkassenpolitik? Thesen zur Strukturreform des Gesundheitswesens und der gesetzlichen Krankenversicherung.« In: B. Riedmüller/M. Rodenstein, M., *Wie sicher ist die soziale Sicherung?* Frankfurt a.M. 1989, S. 137-164
- Rosenbrock, R. (1991): »HIV Screening.« *International Journal for Technology Assessment in Health Care (IJTAHC)*, Bd. 7, Nr. 3, S. 264-274
- Rosenbrock, R. (1992a): »Aids: Fragen und Lehren für Public Health.« In: *Wer oder was ist Public Health?* Jahrbuch für Argument Sonderband AS 198. Hamburg: Argument Verlag, S. 82-114 (engl. Fassung: »Questions and Lessons for Public Health.« *AIDS & Public Policy Journal*, Bd. 8 (1993), Nr. 1, S. 5-19
- Rosenbrock, R. (1992b): »Politik der Prävention – Möglichkeiten und Hinderungsgründe.« In: R. Müller/M.F. Schuntermann (Hg.), *Sozialpolitik und Gestaltungsauftrag*. Zum Gedenken an Alfred Schmidt. Köln, S. 151-173
- Rosenbrock, R. (1993a): »Zehn Jahre Aids-Politik in Deutschland. Bemerkungen zu Bilanz und Perspektiven.« *Berliner Ärzte*, 30. Jg., Nr. 6, S. 11-14
- Rosenbrock, R. (1993b): »Public Health – Bedarf in der Sache und für ein neues akademisches Fach in Deutschland.« *Spektrum der Wissenschaft*, Heft Juni, S. 111-114
- Rosenbrock, R. (1993c): »Gesundheitspolitik.« In: K. Hurrelmann/U. Laaser (Hg.), *Gesundheitswissenschaften – Handbuch für Lehre, Forschung und Praxis*. Weinheim, Basel, S. 317-346
- Rosenbrock, R. (1994a): »Aids – Gesundheit und Homosexualität. Allgemeine und aktuelle Bemerkungen zum Verhältnis zweier Diskurse.« In: Deutsche Aids-Stiftung »Positiv leben« (Hg.), *Dokumentation des 2. Symposiums »Homosexualität und Menschenrechte«*. Köln (i.E.)

- Rosenbrock, R. (1994b): »Strategie und Politik für wirksame Aids-Prävention.« *Aids-Forschung (AIFO)*, 9. Jg., Heft 2, S. 85-90
- Rosenbrock, R. (1994c): »Der HIV-Test ist die Antwort – aber auf welche Fragen? Vom Nutzen einer Diagnose für Prävention und Therapie.« In: R. Rosenbrock/H. Kühn/B.M. Köhler (Hg.), *Präventionspolitik: Gesellschaftliche Strategien der Gesundheitssicherung*. Berlin: edition sigma, S. 358-382
- Rosenbrock, R. (1994d): »Leistungssteuerung durch Gesetzliche Krankenversicherung – Probleme und Optionen.« In: Bundesverband der Innungskrankenkassen (Hg.), *Soziale Krankenversicherung: Erfolgs- oder Auslaufmodell?* Bergisch-Gladbach (i.E.)
- Rosenbrock, R. (1994e): »Public Health: Aids als Paradigma.« In: W. Zapf/M. Dierkes (Hg.), *Institutionenvergleich und Institutionendynamik*. WZB-Jahrbuch 1994. Berlin: edition sigma, S. 159-181
- Sande, M.A./Carpenter, Ch.C.J./Cobbs, C.G./Holmes, K.K./Sanford, J.P. for the National Institute of Allergy and Infectious Diseases State-of-the-Art-Panel on Anti-Retroviral Therapy for Adult HIV-Infected Patients (1993): »Antiretroviral therapy for adult HIV-infected patients.« *Journal of the American Medical Association (JAMA)*, Bd. 270, S. 2583-2589
- Seligmann, M./Warrell, D.A./Abouker, J.P./Carbon, C./Darbyshire, J.H./Dormont, J./Eschwege, E./Girling, D.J./James, D.R./Levy, J.P./Peto, T.E.A./Schwarz/D./Stone, A.B./Weller, I.V.D./Withnall, R./Gelmon, K./Lafon, E./Swart, A.M./Aber, V.R./Babiker, A.G./Lhoro, S./Nunn, A.J./Vray, M. (Concorde Coordinating Committee) (1994): »Concorde: MRC/ANRS randomised double blind controlled trial of immediate and deferred zidovudine in symptom-free HIV-Infection.« *The Lancet*, Bd. 343, S. 871-881
- Schaeffer, D. (1991): »Probleme der Implementation neuer Versorgungsprogramme für Patienten mit HIV-Symptomen.« *neue praxis*, 21. Jg., Nr. 5/6, S. 392-406
- Schaeffer, D. (1992): »(Aids-)Supervision und professionelles Handeln.« *Zeitschrift für Supervision*, Jg. 10, H. 21, S. 10-27
- Schaeffer, D./Moers, M. (1992): *Professionelle Versorgung von HIV- und Aids-Patienten*. Veröffentlichungsreihe der Forschungsgruppe Gesundheitsrisiken und Präventionspolitik, P92-208, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB). Berlin
- Schaeffer, S./Moers, M. (1994): »Überleitungspflege. Analyse eines Modells zur Regulation der Schnittstellenprobleme zwischen stationärer und ambulanter Versorgung.« *Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften*, 2. Jg., Nr. 1, S. 7-25
- Schaeffer, D./Moers, M./Rosenbrock, R. (Hg.) (1992): *Aids Krankenversorgung*. Ergebnisse sozialwissenschaftlicher Aids-Forschung, Bd. 8. Berlin: edition sigma
- Schaeffer, D./Moers, M./Rosenbrock, R. (Hg.) (1994): *Public Health und Pflege. Zwei neue gesundheitswissenschaftliche Disziplinen*. Berlin: edition sigma
- The Lancet* (1994): »Commentary: Concorde lands«, Bd. 343, S. 866-867
- Vettermann, W./Kießling, S./Marcus, U. (1993): *Naturwissenschaftlich-medizinische Einzelprojektförderung im Rahmen des Förderschwerpunkts AIDS des Bundesministeriums für Forschung und Technologie*. AZ-Hefte 16, hrsg. vom Aids-Zentrum im Bundesgesundheitsamt. Berlin
- Wachter, R.M. (1991): *The Fragile Coalition: Scientists, Activists, and Aids*. New York: St. Martins Press
- Weltz, F./Lullies, V. (1993): *Innovation im Büro*. Frankfurt a.M., New York

- Wildenmann, A. (1988): *Die modulare Fabrik. Kundennahe Produktion durch Fertigungssegmentierung*. München
- Wimmer, H. (1989): *Bewältigung der Information über eine Krebserkrankung. Eine empirische Untersuchung über den Verlauf von Bewältigungsprozessen und Möglichkeiten der Unterstützung des Patienten*. Wien
- Wilson, J.M.G./Junger, G. (1971): *Principles and Practice of Screening of Disease*. Genf: WHO