

Rosenbrock, Rolf

Book Part — Digitized Version

AIDS: Fragen und Lehren für Public Health

Provided in Cooperation with:

WZB Berlin Social Science Center

Suggested Citation: Rosenbrock, Rolf (1992) : AIDS: Fragen und Lehren für Public Health, In: Heinz Harald Abholz, Dieter Borgers, Rolf Rosenbrock, Hagen Kühn (Ed.): Wer oder was ist "Public Health"?, ISBN 3-88619-198-2, Argument-Verlag, Hamburg, pp. 82-114

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/112197>

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

AIDS: Fragen und Lehren für Public Health

HIV-Infektion und öffentliche Gesundheitspflege

Zehn Jahre Erfahrungen im gesundheitspolitischen Umgang mit HIV und AIDS sowie die verstärkten Bemühungen zur akademischen Etablierung von Public Health in Deutschland geben Gelegenheit, über einige Schlußfolgerungen nachzudenken, die aus der wissenschaftlichen und politischen Handhabung der HIV-Infektion für Theorie und Praxis der bevölkerungsbezogenen Gesundheitspflege zu ziehen sind.

Was ist Public Health? Public Health ist wortgemäß nicht ins Deutsche zu übersetzen. Es bedeutet so viel wie Theorie und Praxis der auf Gruppen bzw. Bevölkerungen bezogenen Maßnahmen und Strategien der Verminderung von Erkrankungs- und Sterbewahrscheinlichkeiten sowie der Gesundheitsförderung. Dazu gehört auch die Steuerung der Krankenversorgung. Public Health analysiert und beeinflusst hinter den individuellen Krankheitsfällen epidemiologisch faßbare Risikostrukturen, Verursachungszusammenhänge und Bewältigungsmöglichkeiten. Wissenschaftlich ist Public Health eine Multidisziplin, politisch sollen die aus Public Health gewonnenen Entscheidungskriterien und Handlungspostulate querschnittsartig in nahezu allen Politikfeldern Berücksichtigung finden.

Was ist die HIV-Infektion? Nach heutigem Wissen wird das Retrovirus HIV durch das Einbringen von infizierten Körperflüssigkeiten übertragen. Dies geschieht ganz überwiegend bei penetrierendem Geschlechtsverkehr, durch direktes Einbringen von kontaminiertem Blut (bei der Benutzung von unsterilen Spritzen beim intravenösen Drogengebrauch und in der medizinischen Behandlung) sowie auch prä- und perinatal von der Mutter auf das Kind. Nach einer Latenzzeit von z.T. über zehn Jahren mit mutmaßlich dauernder Infektiosität gibt bei der großen Mehrzahl der Infizierten die Immunabwehr nach und schafft damit Angriffsmöglichkeiten für zahlreiche z.T. sehr schwere Infektionen sowie Erkrankungen des zentralen Nervensystems, an denen die große Mehrzahl der Patienten beim gegenwärtigen Stand der medizinischen Therapie drei Jahre nach Auftreten der meist zunächst leichten Symptome gestorben ist. Die Benutzung von Kondomen bei penetrierendem Geschlechtsverkehr außerhalb

der Monogamie, die sorgfältige Kontrolle von Blutspenden sowie die Verwendung von sterilen Spritzbestecken beim intravenösen Drogengebrauch bieten einen sehr hohen bzw. sicheren Schutz vor der Infektion. Die Einbettung von AIDS in die Themenfelder Sexualität, Promiskuität, Homosexualität, Drogen und Sucht erschwert und kompliziert die sachliche und fachwissenschaftliche Bearbeitung des zugrundeliegenden Gesundheitsproblems.

Was ist nun aus dem einen – dem Umgang mit HIV und AIDS – für das andere – Theorie und Praxis der öffentlichen Gesundheitspflege – zu lernen? Für eine vorläufige und unvollständige Antwort auf diese Frage sollen im folgenden zehn an AIDS aufgeworfene Public-Health-Probleme v. a. unter dem Aspekt ihrer Verallgemeinerbarkeit thesenhaft skizziert werden, als Ergebnisse eigener Analysen wie auch als Anregungen für die Arbeit in einem künftigen Fach »Public Health«.

1. Soziale Ungleichheit vor Krankheit und Tod

Je nach der Verteilung des Risikoverhaltens und der Effektivität der Transmissionswege ergeben sich sozial und regional sehr unterschiedliche epidemiologische Verteilungsmuster (Rosenbrock 1991a). Während AIDS zum Beispiel in der Bundesrepublik Deutschland ein zwar ernstes, aber durch Verstärkung und Kontinuität der Präventionsanstrengungen epidemiologisch prinzipiell kontrollierbares Gesundheitsproblem zu sein scheint, befinden sich zahlreiche Länder in Afrika, zunehmend aber auch in Asien und Lateinamerika sowie innerstädtische Notstandsgebiete v. a. in den U.S.A noch im nahezu freien Fall in eine gesundheitspolitische Katastrophe. Dies ist das Resultat sehr ungleicher Verteilung sowohl von Risiken als auch von Ressourcen zu ihrer Bewältigung.

Während die Übertragungswege über Anus/Mastdarm sowie über kontaminierte Spritzen unter allen Umständen ziemlich effektiv zu sein scheinen, hängt die Wahrscheinlichkeit der Ansteckung über die Vagina nach heutigem Erkenntnisstand offenbar von der Ab- bzw. Anwesenheit weiterer Infektionen und Geschwüre im Genitalbereich, also grob gesprochen von der physischen Unversehrtheit der Genitalien und vom generellen Gesundheitszustand ab. Dies erklärt die Tatsache, daß zwar über drei Viertel der von der WHO für Ende 1991 auf weltweit kumuliert geschätzten 10 Millionen Infektionen durch heterosexuellen Geschlechtsverkehr zustande gekommen sein sollen, in reichen Ländern bzw. Gegenden bzw.

Sozialschichten dagegen die heterosexuelle Übertragung die Ausnahme ist. Dies erklärt zugleich den sich immer deutlicher zeigenden negativen Schichtgradienten – wie noch alle Infektionskrankheiten wird AIDS in der Tendenz zu einer Krankheit der Armen und der Armut, bei globaler Betrachtung ist es dies längst. In den unteren Etagen der Hierarchie sozialer und gesundheitlicher Chancen kumulieren damit physische Vulnerabilität, materielle, kognitive und emotionale Hindernisse bzw. Sperren gegen die Aufnahme und Umsetzung der Präventionsbotschaft sowie schlechtere Bedingungen der Krankheitsbewältigung zu einem schichtenspezifisch deutlich erhöhten Risiko. In welchem Verhältnis zu diesen sozial vermittelten Ko-Faktoren der Epidemie die noch vagen Befunde der Psychoimmunologie stehen, ist ungeklärt (vgl. Mielck 1989; Deutsche AIDS-Stiftung 1990). In jedem Falle ist dieser Ungleichheit nicht primär durch medizinische Interventionen beizukommen (McKeown 1982). Für Theorie und Praxis von Public Health ist das Zusammenwirken von erhöhten Risiken und geringeren Bewältigungsmöglichkeiten bei unteren und randständigen Schichten und Gruppen der Bevölkerung ein nahezu durchgängiges Muster (zum diesbezüglich kargen Forschungsstand in der (alten) Bundesrepublik vgl. Mielck 1991) und damit eine zentrale Herausforderung. Der große Auftrag humanistischer Gesundheitspolitik ist die Verminderung der sozialen Ungleichheit vor Krankheit und Tod (Rosenbrock 1992b). Durch AIDS wird dieses Thema wieder einmal auch in seinem globalen Zusammenhang sichtbar.

2. Risikowahrnehmung

Es ist eine durch viele Beobachtungen und Untersuchungen erhärtete Tatsache, daß Individuen, soziale und professionelle Gruppen, Institutionen und politische Apparate gesundheitliche Gefahren bzw. Risiken nur selektiv und meist nicht entsprechend ihrer epidemiologisch beschreibbaren Bedeutung wahrnehmen (Levine/Lilienfeld 1987; Slovic 1987; van den Daele 1988; Jungermann/Wiedemann; Renn 1991). Das Problem unzutreffender bis hin zu kontrafaktischer Verkleinerung und Vergrößerung bei der Wahrnehmung von Gesundheitsgefahren und ihrer Eintrittswahrscheinlichkeit mit all seinen Paradoxien auf den Ebenen individuellen und gesellschaftlichen Handelns ist bislang vorwiegend für die Gefahrenpotentiale von Technologien, und hier wieder besonders prominent für die Kernenergie und die Gen-Technologie untersucht worden. Danach nimmt

die wahrgenommene Risikogröße v. a. dann zu, wenn sich die Gefahr auf besonders unheimliche Ereignisse und Schädigungen bezieht (dread-Faktor) und wenn das Ausmaß und die Ausprägungen des Schadens nicht vorhersehbar, weil nicht bekannt sind (unknown-Faktor) (Slovic 1987). Die Gefahren und Risikoeinschätzungen variieren darüber hinaus – erstaunlich unabhängig von ihrer realen Größe – in Abhängigkeit von zugeschriebener Verantwortlichkeit, angenommenen Steuerungs und Kontrollmöglichkeiten, Selbstbewußtsein, Bildung, Alter etc. Die aus diesen Wahrnehmungen resultierenden Verzerrungen in der Verteilung gesundheitspolitischer Aufmerksamkeiten und Ressourcen stehen einer rationalen und ziel-führenden Gesundheitspolitik häufig entgegen.

Bei AIDS schien in den ersten Jahren die gesellschaftliche und massenhaft auch die individuelle Gefahrenwahrnehmung aus dem Ruder gelaufen zu sein: AIDS erschien zeitweilig als das größte Gesundheitsproblem der alten Bundesrepublik. Diese Risikowahrnehmung war zwar spätestens seit der zweiten Hälfte der achtziger Jahre erkennbar unsinnig, gleichwohl kann sie im Rückblick zumindest für die (alte) Bundesrepublik als produktiv angesehen werden. Denn sie führte bei den politischen Apparaten generell zu einem tiefen Erschrecken vor einer möglicherweise nicht eindämmbaren Katastrophe. Daraus folgte eine hohe politische Handlungs- und Ausgabenbereitschaft. Zudem gab es ein tiefes liberales Erschrecken über die sozialen Gefahren von AIDS, das im Blick auf die deutsche Geschichte und die soziale Vulnerabilität der beiden hauptsächlich betroffenen Gruppen, der Schwulen und der Fixer, erhebliche Energie daran setzte, jedem Ansatz und Verdacht auf Minoritäten-Hatz im guten Sinne präventiv zu begegnen. Diese komplexe Risikowahrnehmung hat zunächst viel politische Innovation und auch viel teure Innovation ermöglicht. Das zeigt sich in der politisch mutigen Entscheidung für einen neuen Typ und eine neue Qualität von öffentlich organisierter Prävention (s.u. 3.). Es zeigt sich aber auch in den beträchtlichen Mitteln und strukturellen Spielräumen, die für die aidsspezifische Anpassung der Krankenversorgung mobilisiert werden konnten (s.u. 7.). Paradoxerweise war also die politische Wahrnehmung des Risikos AIDS gesundheitspolitisch produktiv, obwohl sie nicht unbedingt rational fundiert war.

Das gegenwärtige Absinken der HIV-Infektion in der individuellen und politischen Risikowahrnehmung verhält sich wiederum gegenläufig zur realen Problementwicklung: Der Abbau der Unterstützung für die AIDS-Hilfen in einer Situation, in der den präventiven Kräften

dort langsam die Puste ausgehen könnte und viel, wenngleich nicht viel Sicheres vom Nachlassen von Safer Sex auch in den hauptsächlich betroffenen Gruppen («relapse»; junge bzw. Schwule im Coming-Out; Bisexuelle) zu hören ist, das Wegbrechen von gerade erst frisch angeforderten Versorgungsmodellen angesichts berechenbar zunehmender Fallzahlen – all dies zeigt, daß Gesundheitspolitik offenbar anderen Logiken folgt als der Beantwortung gesundheitlicher Herausforderungen nach ihrer Größe und ihrem Gewicht.

Vor dem Hintergrund der wechselhaften und nur selten realistischen Wahrnehmung der und Kommunikation über die Gefahren von AIDS, aber auch angesichts der Komplexität der Gesundheitsrisiken, die zu den heute in industrialisierten Ländern dominanten chronisch-degenerativ verlaufenden Krankheiten führen, ist die Entwicklung und Erprobung neuer Theorien und Methoden der Verständigung über unterschiedliche Gesundheitsrisiken eine wissenschaftliche Aufgabe ersten Ranges für Public Health (National Academy of Sciences 1988). Bei ihrer Lösung kann das Beispiel AIDS – z.B. im Vergleich mit den Risiken für einen Herzinfarkt oder multifaktoriell verursachte arbeitsbedingte Erkrankungen – wichtige Aufschlüsse erbringen. Die oft widersprüchliche und im Zeitablauf veränderliche und wohl auch beeinflussbare (BZgA 1987; 1990) Wahrnehmung von Risiken und Gefahren durch Individuen und Gruppen (z.B. Richter 1987; Reimann et al. 1992; Eirmbter et al. 1992) sowie durch Institutionen und politische Apparate (z.B. Czada/Czada und Prokop, in: Rosenbrock/Salmen 1990; Kirp/Bayer 1992) ist für AIDS bereits heute besser untersucht als für die epidemiologisch großen Krankheiten. Dies Wissen wäre in Beziehung zu setzen mit den Forschungsergebnissen zur Wahrnehmung vorwiegend technisch und sozial generierter Gefahren und Risiken, um Anhaltspunkte für die Gestaltung von auf Rationalität zielenden Verständigungsprozessen über Risiken aus verschiedenen Verursachungssphären zu gewinnen. Die in den ersten Jahren der Epidemie z.B. in den Niederlanden und Dänemark wirksamen Versuche der Normierung der Risikowahrnehmung durch eine *de-facto-Zensur* («AIDS peak») für Aussagen über AIDS-Risiken (vgl. Kirp/Bayer 1992) kann dabei keine realistische Lösung sein.

Aber auch vor und damit vielleicht auch zur Lösung der vielfältigen Probleme individueller und institutioneller Gefahrenwahrnehmung läßt sich schon heute ein vielversprechender Problemzugang benennen: für die in vielfältiger Form in der Bundesrepublik im Aufbau befindliche Gesundheitsberichterstattung (Forschungsgruppe

1990) ist die Aufnahme von Risikoberichterstattung eine unabweislliche Forderung (Borgers 1991; Rosenbrock 1992b), der auch die fortgeschrittensten Versuche (MAGS 1990) bei weitem noch nicht genügen. Auch und gerade weil dabei zwischen unterschiedlichen Disziplinen und Interessen nicht von vornherein Einigkeit über die Frage: »was ist mit welcher Wahrscheinlichkeit gefährlich für wessen Gesundheit?« (zu einigen Dimensionen der dabei auftretenden Komplexität vgl. Borgers/Karmaus 1990; Überla 1990; Brandenburg et al. 1991) zu erwarten ist, gibt es zur öffentlich darüber geführten Auseinandersetzungen keine vernünftige Alternative. Sie kann im Ergebnis zu einer erhöhten Kritikfähigkeit gegenüber Verharmlosung und Katastrophenmalerei sowie insgesamt zu einer erhöhten Sensibilität gegenüber Gesundheitsgefahren führen. Beides sind aber Ergebnisse, die durch Steigerung der Wahrnehmungs- und Kritikfähigkeit sowie durch Aktivierung einen Beitrag zur Einlösung der Forderung der Ottawa Charta der WHO nach verbesserten Chancen versprechen, den Individuen und Gruppen einen größeren Einfluß auf die eigene Gesundheit zu ermöglichen (vgl. Conrad/Kickbusch 1990). Mit anderen Worten: Ein öffentlich am Gegenstand der Risiko- und Gesundheitsberichterstattung ausgetragener Streit über das 'ob', 'woher', 'wie groß' und 'für wen' von Gesundheitsgefahren aus Verhalten, Verhältnissen und Umwelt kann die Voraussetzungen einer rationalen Gesundheitsdiskussion und vielleicht sogar rationalen Gesundheitspolitik verbessern (vgl. auch National Academy of Sciences 1989).

3. *Risikomanagement*

AIDS hat die Gesundheitspolitik und Public Health nicht nur im Hinblick auf Risikowahrnehmung und Risikokommunikation vor ungelöste alte und neue Probleme gestellt, sondern auch das politische Risikomanagement. Der internationale Vergleich zeigt in den industrialisierten Ländern eine überraschende Kongruenz in den jeweils kontroversen Positionen (Kirp/Bayer 1992). In allen Ländern ging es um den Konflikt zwischen zwei einander weitgehend ausschließenden Strategien (vgl. Rosenbrock 1986, 1987): Die individuelle Suchstrategie steht unter der Leitfrage: Wie ermitteln wir möglichst schnell möglichst viele Infektionsquellen, und wie legen wir diese still? Die gesellschaftliche Lernstrategie fragt dagegen: Wie organisieren wir möglichst schnell, möglichst flächendeckend und möglichst zeitstabil Lernprozesse, mit denen sich die Individuen

und die Gesellschaft maximal präventiv auf das Leben mit dem Virus einstellen können?

Nur noch in Queensland/Australien und einigen Staaten der USA wurde der politische Streit zwischen diesen beiden Strategien vergleichbar heftig ausgetragen wie in Deutschland. In sämtlichen industrialisierteren Ländern, mit Schweden als einer halben Ausnahme, wurde er überall zugunsten der Lernstrategie entschieden, oder – wie es im amerikanischen Sprachgebrauch heißt – die Strategie des 'inclusion and cooperation' hat sich gegenüber der 'control and containment'-Strategie durchgesetzt.

Unter der für Public Health zentralen Fragestellung der Beweglichkeit und Innovationsfähigkeit der Gesundheitspolitik heißt dies: unter hohem Problemdruck wurde bei AIDS für eine neue Krankheit eine neue Strategie gegen z.T. scharfen politischen Widerstand ideologischer Sekundärinteressenten (vgl. Bleibtreu-Ehrenberg 1989), weiter Teile der dem individuellen Herangehen verpflichteten Medizin (vgl. z.B. die Kontroversen in: Deutscher Bundestag 1988, 1990b) und z.T. auch gegen demoskopisch ermittelte Mehrheitsmeinungen in der Bevölkerung (Eirnbter et al. 1992) durchgesetzt.

Und dies offenbar auch zu recht. Zumindest in den hauptsächlich vom HIV-Risiko betroffenen Gruppen haben sich Einstellungs- und Verhaltensänderungen ereignet, die in Ausmaß und Zeitstabilität alle Beispiele aus der bisherigen Geschichte von Prävention und Public Health übertreffen (Dannecker 1991; Bochow 1988; Pollak 1990). Die Lernstrategie war zumindest in Mittel- und Nordeuropa schneller wirksam und insgesamt erfolgreicher als sämtliche bekannten gesundheitspolitischen Versuche der Verhaltensmodifikation. Das zeigt der Vergleich mit der Durchsetzung der persönlichen Hygiene im Kampf gegen die alten Infektionskrankheiten, mit der Zahnhygiene, mit dem Rauchen, der Bewegung, der Ernährung, dem Gebrauch legaler und illegaler Drogen etc. Es hat sich damit als möglich erwiesen, mit den Mitteln der Politik durch öffentlich vermitteltes Lernen Verhalten sogar in Tabu-, Scham- und Illegalitätsbereichen zu beeinflussen (Rosenbrock/Salmen 1990).

Wenn nun dieser Erfolg in den Gruppen mit den höchsten Risiken trotz aller Defizite so erfolgreich war, was spricht dann gegen seine Übertragung auf andere Gesundheitsrisiken?

In erster Linie sicher der Umstand, daß es für wirksame Prävention insgesamt an politischer Energie mangelt (vgl. Rosenbrock 1992a). Darüber hinaus aber vor allem die Tatsache, daß bis heute nicht geklärt werden konnte, welche Faktoren in welchem Umfang

diesen Erfolg bewirkt haben. War es das Lernklima? War es der soziale Zusammenhalt in den betroffenen Gruppen? War es der kombinierte Einsatz bevölkerungsweiter Streubotschaften, zielgruppenspezifischer und von Betroffenen organisierter Kampagnen und persönlicher Beratung? War es die Qualität der Botschaft und ihrer Übermittlung? War es die Erweiterung des klassischen Paradigmas der Gesundheitserziehung um Elemente der strukturellen Beeinflussung der Lebenslage? Oder war es der Problemdruck durch die massenhaft persönliche Konfrontation mit den Risikofolgen, also mit HIV-Infizierten und AIDS-Kranken im persönlichen Umfeld? Wir wissen darüber nicht viel. Lediglich der Gesamteffekt kann halbwegs zufriedenstellend gemessen werden. Die unterschiedlichen Elemente der Präventionsstrategien wurden aus Theorien des kognitiven und sozialen Lernens und der Kommunikation sowie aus Desideraten oft wenig abgesicherter behavioristischer Erklärungsansätze (vgl. z.B. Bengel/Wölflick 1991) wie *health belief*, *self efficacy*, *locus of control* etc. und der Werbepsychologie kompiliert. Die Frage der Übertragbarkeit auf Kampagnen gegen andere Gesundheitsrisiken mit z.T. erheblich komplexerer Präventionsbotschaft und mächtigen Interessen gegen ihre Umsetzung bedarf noch beträchtlicher wissenschaftlicher Anstrengungen und stellt eine Herausforderung für die nunmehr auch in Deutschland entstehende Theorie und Praxis von Public Health dar.

4. Präventionsansätze

Zu den wenigen schon heute als gesichert geltenden Erkenntnissen gehört in diesem Zusammenhang, daß präventives Verhalten desto schneller, konsequenter, zeitstabiler und fächendeckender Platz gegriffen hat und greift, je mehr die Zielgruppen als Mitglieder eines lebensweltlich prägenden Sozialzusammenhangs, einer sozialen Bewegung oder einer Subkultur angesprochen werden (vgl. z.B. Prieur 1991). Es hat sich gezeigt, daß die geläufige Übersetzung von 'community approach' mit 'Gemeindeorientierung' auch unter Gesundheitswissenschaftlern zu irreführenden Mißverständnissen führt. Nach den Erfahrungen mit AIDS sind 'communities' weder administrative Gemeinden noch nach Risikomerkmale von außen definierte Gruppen, sondern soziale Strukturen, konstituiert durch gleiche lebensweltliche Bezüge, Interessen, soziokulturelle Milieus, Symbole und Rituale. Erfolgreiche Projekte der Prävention und Gesundheitsförderung (z.B. Syme 1991, Minkler 1985) zeigen, daß

diese Strukturen zumindest in städtischen Zusammenhängen stärkere Bezugsbasen für Prävention bieten als das Wohnen im gleichen Ort (Raschke/Ritter 1991). Diese Orientierung ermöglicht auch logisch stringent den Übergang von purer Gesundheitserziehung zu Strategien der Prävention unter Einbeziehung der sozialen, kognitiven, physischen und psychischen Belastungen und Ressourcen der Zielgruppen, wie es die WHO mit dem Konzept der Lebensweisen seit einigen Jahren propagiert.

In der Perspektive eines rationalen gesellschaftlichen Risikomanagements als Aufgabe von Public Health folgt daraus, daß die Stärkung von sozioökologischen Zusammenhängen als Biotope gesunden Lebens eine Basisaufgabe von Gesundheitspolitik werden wird. Dabei deuten Ergebnisse aus der Organisationssoziologie (vgl. W. Streeck 1987) wie aus der Selbsthilfeforschung (vgl. A. Trojan 1986) seit langem darauf hin, daß klassische Organisationen wie Gewerkschaften, Kirchen und Parteien oder gar Krankenkassen wegen ihrer nachlassenden bzw. ohnehin geringen Bindungswirkung immer weniger geeignet sind. Kleine und informelle Netze werden – mit großen schichten- und gruppenspezifischen Unterschieden – immer mehr zum funktionalen Äquivalent, bedürfen dazu aber häufig sozial sensibler Anregung und Förderung. Wie sich staatliche Gesundheitspolitik auf solche Gruppen, Netzwerke und Subkulturen beziehen kann, ohne deren für den Erfolg notwendige Autonomie und Authentizität zu untergraben, ist eine alte Frage der Sozialpolitik, gewinnt aber vor dem Hintergrund von AIDS neue Aktualität.

Neben Zielgruppenspezifität der Prävention kann ein weiterer Erfolgsfaktor der AIDS-Prävention als relativ sicher verallgemeinert werden: es ist dies die persönliche und empathische Beratung, sei sie nun professionell oder informell organisiert. Die in der AIDS-Prävention gesammelten Erfahrungen deuten bemerkenswerterweise nicht darauf hin, daß die ärztliche Beratung anderen Konstellationen und Settings überlegen ist. Ob dies unabhängig von der sozialen Schicht gilt und wie diese Erkenntnis für eine Verbesserung der Arbeitsteilung zwischen den verschiedenen behandelnden, beratenden und pflegenden Gesundheitsberufen nutzbar gemacht werden kann, ist eine im Rahmen von Public Health weiter zu untersuchende Frage.

Schließlich muß auf Basis der mit AIDS gesammelten Erfahrungen auch davon ausgegangen werden, daß medizinische Untersuchungen – in diesem Falle der HIV-Antikörpertest – als Instrumente der Verhaltensbeeinflussung ziemlich ineffizient sind. Der in der

AIDS-Debatte oft als Dogma vorgetragene Satz, daß sich nur der präventiv verhält, wer seinen Serostatus kennt, ist durch eine jüngst im Journal of the American Medical Association veröffentlichte Untersuchung von Higgins et al. (1991) aus den Centers for Disease Control ziemlich schlagend widerlegt worden: eine methodisch sorgfältige Re-Evaluation aller zu diesem Thema durchgeführten Untersuchungen erbrachte keine Evidenz dafür, daß der Test ein geeignetes Mittel der Verhaltensbeeinflussung ist. Auch eine einmalige professionelle Beratung im Zusammenhang mit dem Test (in einer US-amerikanischen STD-Clinic) ändert daran nicht viel (Zenilman et al. 1992). Unter Berücksichtigung der sehr ernstesten unerwünschten Wirkungen der Ermittlung und Mitteilung des HIV-Serostatus und der nicht vollständig ausräumbaren Unsicherheiten der HIV-Antikörpertests verbietet sich seine Propagierung als Präventionsinstrument (Rosenbrock 1986, 1989a, 1991a). Als wichtig haben sich dagegen die soziale Einbindung, die Qualität und Umsetzbarkeit der Präventionsbotschaft und die persönliche Beratungen erwiesen. Eine Überprüfung dieses Befundes an anderen Früherkennungsuntersuchungen, wie sie z.B. durch das Gesundheitsreformgesetz seit 1989 zur Regelleistung der Krankenkassen erhoben worden sind, und die ebenfalls nur einen Sinn haben können, wenn durch sie Verhalten wirksam beeinflusst wird (z.B. auf Diabetes oder Cholesterin, vgl. Abholz 1988), steht als Aufgabe für Public-Health-Forschung noch aus.

Die Fachfragen nach der Optimierung der Bedingungen für erfolgreiche Beratung und Verhaltensänderungen werden dabei allerdings von Kämpfen um professionspolitische Macht und Einflußsphären vor allem von Seiten der Medizin vielfach überlagert (vgl. Abholz 1990; Rosenbrock 1992a, 1992b). Auch dies ist allerdings ein Thema für Public Health.

Trotz breiter Wissenslücken – in denen angesichts einer Bedrohung wie AIDS notgedrungen oftmals auf Basis bloßer Plausibilität gehandelt werden mußte und muß – ergibt sich damit als gesicherter Kernbestand für Verhaltensprävention das Modell einer vorwiegend nicht-medizinischen, die Lebensweisen und Milieus der Zielgruppen berücksichtigenden und stützenden Strategie, die durch auf Dauer angelegte Aufklärung über Risiken und Vermeidungsmöglichkeiten unter besonderer Nutzung der persönlichen Kommunikation und Beratung Anreizsysteme mit dem Ziel der Etablierung und Befestigung gruppenbezogener Normen für risikomeidendes Verhalten schafft und stabilisiert (vgl. auch Deutscher Bundestag 1988).

Prävention und kurative Medizin haben neben ihrem Ziel der Gesundheitssicherung u. a. auch gemeinsam, daß fast alles, was wirksam ist, auch unerwünschte Wirkungen hat. Bei dem hier skizzierten Präventionsmodell können unter ungünstigen politischen Bedingungen ebenfalls unerwünschte Wirkungen auftreten. Sie liegen z.B. in den Gefahren zunehmender Fremdbestimmung, in den Möglichkeiten der Manipulation und im Problem der Ausgrenzung jener, die der Präventionsbotschaft nicht folgen wollen oder können. Bei der Überprüfung der Übertragbarkeit des Präventionsmodells auf andere Gesundheitsrisiken und Bevölkerungsgruppen ist deshalb die Erforschung und Minimierung solcher unerwünschten Wirkungen eine wichtige Aufgabe für die Public-Health-Forschung.

5. *Stabilisierung der Selbsthilfe*

Auch von der akademischen Selbsthilfeforschung ist eine spontane Innovation bei der gesellschaftlichen Bearbeitung des AIDS-Problems bislang kaum reflektiert worden: Während Selbsthilfegruppen und Selbsthilfebewegung bei uns bis zum Auftreten von AIDS fast ausschließlich um die psychische, soziale und medizinische Bewältigung von bereits eingetretenen Gesundheitsrisiken, also für Aufgaben der Tertiärprävention gewachsen waren (z.B. Alkoholismus, Krebs, epileptische Krankheiten, Rheuma), ist mit den AIDS-Hilfen eine Organisation entstanden, die sich zumindest in den ersten Jahren der Epidemie mit gleichem Gewicht für die Infektionsverhinderung, also für die Primärprävention einsetzte und für diese Funktion auch die meisten staatlichen Gelder bekommt. Die unter übergreifender Public-Health-Perspektive wichtige und offene Frage dabei ist, ob dies auf Dauer – modisch ausgedrückt: zeitstabil – möglich ist. Gegenwärtig können hieran Zweifel aufkommen: Die Präventionsanstrengungen der Selbsthilfeorganisationen lassen offenbar auch in den hauptsächlich betroffenen Gruppen nach. Das gilt für die zur Stabilisierung präventiven Verhaltens wichtigen lokalen und milieuspezifischen Stabilisierungskampagnen und Erinnerungsimpulse ebenso wie für Aktivitäten in bezug auf bislang noch nicht (hinreichend) erreichte Teilgruppen (Schwule im Coming Out und außerhalb der Metropolen; bisexuelle Männer). AIDS-Hilfen folgen immer mehr dem unmittelbar fühlbaren Problemdruck und entwickeln sich dabei zu Organisationen der Interessenvertretung der Infizierten und Kranken. So wichtig und unverzichtbar für sekundärpräventive Unterstützung, integrierte Krankenversorgung und die

Wahrung sozialer Rechte dies ist, von der Primärprävention ziehen sich dadurch Aufmerksamkeiten ab (Rosenbrock 1986, S.154). Dort aber ist die primärpräventive Arbeit der AIDS-Hilfen ebenfalls unverzichtbar. Es ist nicht zu sehen, wer an die Stelle der von den betroffenen Gruppen getragenen Organisationen treten soll, wenn Kraft und Engagement dort irgendwann nicht mehr reichen.

Vor allem in größeren Städten und liberalem Umfeld haben sich zwar Gesundheitsämter mit nicht vorausgesehener Sensibilität und Anpassungsfähigkeit der AIDS-Prävention und -Beratung gewidmet. Einige Ämter verändern vor dem Hintergrund dieser Erfahrungen sogar ihr gesamtes Tätigkeitsprofil der Prävention und Gesundheitsförderung (vgl. Schmacke 1992). Auch wenn es sich hierbei (noch) um Ausnahmen handelt, zeigt sich hier die prinzipielle Innovationsfähigkeit dieser Institutionen. Bezogen auf AIDS sind Erweiterungen und Vertiefungen der Präventionsanstrengungen von Gesundheitsämtern mit Bezug auf heterosexuelle Teilgruppen mit erhöhtem Risiko, aber ohne sozialen Zusammenhalt (z.B. Sex-Touristen, Kunden von Prostituierten aus dem Drogenmilieu) denkbar und wünschenswert. Aber das Kunststück, in den schwulen Subkulturen verhaltens- und normändernd initiativ und erfolgreich zu werden, darf man von ihnen nicht erwarten.

Gesundheitspolitisch folgt daraus die Notwendigkeit gezielter Hilfe und Förderung für die primärpräventive Arbeit der AIDS-Hilfen. Für die Public-Health-Forschung folgen daraus die Fragen (1) nach Präventionsträgern dort, wo Prävention sich nicht auf eine dazu fähige und motivierte soziale Bewegung stützen kann und (2) wie das präventive Engagement von Bewegungen, Subkulturen und Milieus, das paradoxerweise gleichermaßen auf Staatsunabhängigkeit wie auf Staatsunterstützung angewiesen ist, stabilisiert werden kann.

6. *Professionelle Zuständigkeiten*

Gesundheitswissenschaftliche Forschungen der letzten Jahrzehnte haben immer wieder den Befund bestätigt, daß medizinische Interventionen am Individuum epidemiologisch gesehen nur geringe Beiträge zur Verlängerung des Lebens erbringen (Dubos 1959; Powles 1973; Taylor 1979; Abholz 1980; McKeown 1982; McKinlay/McKinlay 1987; Marmot/Kogevinas 1987). Darüber hinaus ist bekannt, daß für die große Mehrzahl auch der schulmedizinisch anerkannten ärztlichen Verrichtungen am kranken Menschen ein

klinisch-epidemiologischer Wirksamkeitsnachweis nicht erbracht ist (Cochrane 1972). Andererseits ist oft gezeigt worden, daß Interessenlage und Eigendynamik des Medizinsystems dazu tendieren, dessen Zuständigkeitsbereich auf immer weitere Bevölkerungsgruppen und Körperzustände auszudehnen (Foucault 1973; Rosenbrock 1992b). Es kann also nicht überraschen, daß die Fragen nach dem Nutzen der Medizin und den Grenzen der Medikalisation sich auch in bezug auf die HIV-Infektion stellen. Dabei soll in diesem Zusammenhang nicht von ärztlichen Vorschlägen zur Primärprävention die Rede sein, die ohne verhaltenswissenschaftliche Fundierung und ohne Beachtung der – individuell und gesellschaftlich – unerwünschten Wirkungen die Ermittlung von Infizierten durch den HIV-Antikörpertest (also eine genuin ärztliche Verrichtung) zum obersten Präventionsziel erklärten (Bock et al. 1987; Frösner 1987, dazu: Rosenbrock 1986, 1989a, 1991b). Vielmehr ist die Zuständigkeit der Medizin auch in der Sekundärprävention umstritten, vor allem seit mit Azidothymidin (AZT, Zidovudine; Handelsname: Retrovir) und Pentamidin Substanzen im Einsatz sind, die bei manifest an ARC oder AIDS Erkrankten die Progression der Erkrankung zumindest für begrenzte Zeit verzögern können (Fishl et al. 1987; Sattler et al. 1988). Konsequenter stellt sich dabei die Frage, ob die Gabe dieser Substanzen auch bei symptomlos HIV-Infizierten (mit weniger als – wechselnd je nach medizinischer Schule – 500 bzw. 350 bzw. 200 Helferzellen) den Krankheitsausbruch verzögert, den Krankheitsverlauf mildert und/ oder das Leben verlängert. Einige Mediziner halten die dazu vorliegenden Studien für so überzeugend, daß sie – z.T. in Abweichung von ihrer ursprünglich eingenommenen Haltung – alle Menschen mit einem Infektionsrisiko zum HIV-Antikörpertest aufrufen wollen, weil auf diese Weise durch Vorverlegung des medizinischen Behandlungsbeginns (Pentamidin-Inhalation, AZT-Medikation) Latenzzeit bzw. Lebenszeit zu gewinnen sei (in Deutschland z.B. Jäger 1989; Frösner 1991). Mittlerweile neigt auch die Deutsche AIDS-Hilfe dieser Sichtweise zu (Poppinger 1991a, 1991b), zieht daraus jedoch nicht die Konsequenz des Aufrufs zum HIV-Antikörpertest für die hauptsächlich betroffenen Gruppen, weil sie sich gegen dessen massenhafte Anwendung politisch entschieden hat (Hengelein/Höpfner 1990). Stattdessen plädiert sie für eine individuelle Entscheidung (so auch Rosenbrock 1989b, 1989c). Für potentiell infizierte ungetestete und für asymptomatische HIV-positive Menschen entsteht vor dem Hintergrund eigener Ängste und Befürchtungen durch kolportierte Erfolgsmeldungen ein starker Sog

zum Test bzw. zum Beginn medizinischer Behandlung vor dem Auftreten der ersten Symptome. Es scheint, als trafen sich in diesem Punkt die Bedürfnisse der auf Hilfe hoffenden Betroffenen mit den Interessen der helfenden Ärzte, der auf Markterweiterung zielenden pharmazeutischen Unternehmen und der Politiker, die eine am Individuum ansetzende Epidemie-Kontrolle für opportun halten. Entsprechend großzügig werden z.B. die HIV-Modelle in Frankfurt und Köln/Bonn/Aachen gefördert und publiziert (Brede et al. 1991; zur Diskussion dieser Modelle: Deutscher Bundestag 1990b).

Die mittlerweile sehr weitgehend geteilte Wertschätzung des Beginns der medikamentösen Behandlung vor dem Auftreten der ersten Symptome (und damit des HIV-Antikörpertests als Eintrittskarte für diese Behandlung) erklärt sich weit zwangloser aus dieser Interessenkonstellation als aus den dazu vorliegenden Studien. Brede et al. veröffentlichen zur Begründung der von ihnen vorgeschlagenen medizinischen Dauerkontrolle auch symptomlos HIV-Infizierter z.B. Ergebnisse, nach denen die Anzahl der Helferzellen bei medizinisch behandelten (zwölf) asymptomatischen HIV-positiven Personen innerhalb des (für therapeutisch generalisierbare Empfehlungen ohnehin zu kurzen) Beobachtungszeitraums von 24 Monaten sogar stärker gesunken sind als bei (siebzehn) behandelten Personen (Brede et al. 1991, Abb. 3, S.1538 und Abb. 5, S.1540). Ohne weitere klinische Belege für die Nützlichkeit der Frühintervention wenden sie sich aus dieser Datenbasis gegen den »Anschein . . ., als sei erst mit den klinischen Manifestationen der Erkrankung einschließlich der opportunistischen Infektionen medizinischer Handlungsbedarf gegeben« (ebda., S.1536). Wie bei zahlreichen Empfehlungen zu Früherkennungsuntersuchungen zur Vorverlegung des individuellen Behandlungsbeginns (und damit zur Medikalisierung) kann von einer Evaluation der Effektivität und Effizienz dieser Diagnose- und Behandlungsstrategie keine Rede sein (Abholz 1988, 1990):

- Sobald es um Frühbehandlung geht, wird nicht mehr oder kaum noch beachtet, daß die Mitteilung eines positiven HIV-Antikörpertestergebnisses mit erheblichen und langfristigen gesundheitlichen und psychosozialen unerwünschten Wirkungen und mit nicht ausräumbaren Unsicherheiten behaftet ist.
- Es 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 Studie von Fishl et al. (1987) zugrunde, so müssen ca. 1 000 asymptomatisch HIV-Infizierte (mit weniger als 500 Helferzellen) ein Jahr mit AZT behandelt werden, damit von den ohne Medikation zu erwartenden ca. 50 Krankheitsprogressionen ca. 25 verhindert werden: über 95 % der Patienten werden »umsonst« behandelt.

- Es wird oft nicht 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 (v.a. bei AZT) werden heruntergespielt, bzw. wegen zu kurzer Laufzeiten der Studien möglicherweise systematisch unterschätzt.
- Es wird meist nicht deutlich gemacht, 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 (seltener) dramatische Beginn der AIDS-Erkrankung (meist mit einer 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 in erstaunlichem Umfang überschätzt: Durchgängig zeigen die Studien zur Frühbehandlung v. a. asymptomatisch HIV-Infizierter mit AZT und Pentamidin, daß das Auftreten von Symptomen bei einem geringen Anteil der Behandelten zeitweilig aufgehalten werden kann. 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).
- Der Gewinn an Lebensqualität durch unterbliebene oder verzögerte opportunistische Infektionen wird großzügig geschätzt und nicht in Beziehung gesetzt zum Verlust an Lebensqualität durch die Kenntnis des Serostatus, die unerwünschten Medikamentenwirkungen, den möglichen Verlust späterer Behandlungsmöglichkeiten infolge Resistenzbildung und vor allem die (lebenslange) Medikalisierung.

Nach den anfänglichen Hoffnungen auf den therapeutischen und sekundärpräventiven Durchbruch mit AZT und Pentamidin macht sich mittlerweile deutliche Ernüchterung breit (Corfy/Fleming 1992;

Lancet 1992). Es bleibt abzuwarten, ob die aufgrund der ersten Euphorie v. a. aus den USA nach Deutschland übernommenen Modelle des Aufrufs zum Test und zur Frühbehandlung nunmehr, ausgehend von einer methodenkritischen Würdigung der vorliegenden Studien nach den Kriterien der Effektivität und Effizienz und unter Berücksichtigung auch der psychischen und sozialen unerwünschten Wirkungen evaluiert werden. Unterbleibt dies weiterhin, so könnte sich das akteurübergreifende Interesse an der Existenz einer solchen Behandlungsmöglichkeit im Verbund mit der v. a. in den USA nationalspezifisch technisch-aggressiven Medizinkultur (Payer 1988) über die traurigen Fakten bzw. die Unsicherheit der Befunde hinwegsetzen.

Die damit verbundene Eingemeindung subjektiv gesunder Menschen in den Zuständigkeitsbereich der Medizin könnte durch das Vorhaben der CDC gefördert werden, die Stadieneinteilungen der AIDS-Erkrankung durch ein Konzept der 'HIV-Erkrankung' zu überwölben, das unabhängig von der Symptomatik alle HIV-infizierten Menschen mit weniger als 200 Helferzellen als aidskrank, in anderen Versionen ab Infektionsereignis als 'HIV-krank' definiert (vgl. die Kontroverse in: Deutscher Bundestag 1990b; Jaeger 1991). Insoweit dabei auf die Vorreiterrolle der USA verwiesen wird, wird häufig übersehen, daß angesichts des dort völlig unzureichenden Krankenversicherungsschutzes (Kühn 1990) die Subsumierung unter einen Behinderten- bzw. Krankenstatus eine Schutzfunktion für sonst sozialstaatlich unversorgte Menschen beinhalten kann (Stone 1985). Diese folgt allerdings gerade nicht dem Kriterium der medizinischen Behandlungsnotwendigkeit. Die Veränderung der epidemiologischen Zählweise durch Einbeziehung auch subjektiv völlig gesunder HIV-Antikörper-Positiver wird von europäischen Medizinern aus Ländern mit besserer sozialstaatlicher Versorgung abgelehnt (van Griensven et al. 1991; Park 1992).

Unter dem Gesichtspunkt der Verallgemeinerung bleibt festzuhalten, daß die medizinischen Argumente, mit denen eine 'Zuständigkeit' der Medizin für subjektiv gesunde HIV-positive Menschen begründet wird, nicht sehr stichhaltig sind. Die Aufrufe zum HIV-Test als Eingangspforte zur medikamentösen Frühbehandlung subjektiv gesunder Menschen sind deshalb nur schwer mit den Regeln des Screening (Wilson/Jungner 1971; vgl. Rosenbrock 1986, S.101-115) zu vereinbaren (ungenügende Abwägung der durch das Screening ausgelösten erwünschter und unerwünschter Wirkungen; keine Behandlung mit klinisch-epidemiologisch geprüfter ausreichender

Wirksamkeit). Die undifferenzierte Propagierung dieser Behandlung kann als Exempel für das Versagen klinisch-epidemiologischer Maßstäbe bei der Einführung und Vermarktung neuer Medizinprodukte und Anwendungsgebiete (Cochrane 1972) bzw. für die Vermischung (zweifelloos notwendiger) klinischer Forschung bzw. Erprobung und verallgemeinerter Anwendung zu bewerten.

Unter dem Gesichtspunkt gesundheitspolitischer Steuerung stellt sich verallgemeinerbar die Frage nach Mechanismen, mit denen die Potenzen und Ressourcen der Biomedizin auf jene Probleme und Verlaufssequenzen im Krankheitsgeschehen ausgerichtet werden können, für die die Medizin und nur die Medizin tatsächlich Hilfe bieten kann (vgl. Rosenbrock 1986, S.129-132).

Für die Versorgung und Betreuung asymptomatischer HIV-positiver Personen müssen dagegen verstärkt Möglichkeiten nicht-medizinischer professioneller und Selbsthilfeunterstützung gesucht und realisiert werden – wie für andere Gruppen chronisch Kranker auch. 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 den Zustand 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. Kranken 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 Positivengruppe, Psychotherapie oder aber auch gar nichts kommen dabei nebst sämtlichen Mischformen gleichberechtigt in Betracht.

7. Anpassung der Krankenversorgung

AIDS hat auch die Strukturen der Krankenversorgung in Bewegung gebracht, und zwar auch in solchen Bereichen, die jahrzehntelang als besonders reformresistent gegolten hatten. Es entstanden neue Praxis- und Kooperationsformen in der ambulanten Versorgung, veränderte Zusammenarbeit zwischen niedergelassenen Ärzten und Krankenhäusern, neue Aufgabengebiete für psychosoziale Berufe, Modelle ambulanter und pflegerischer Versorgung von Schwer- und

Schwerstkranken, Organisationsinnovationen im Krankenhaus, Tageskliniken, Hospize – kurz: bei AIDS sind die Muster der Arbeitsteilung und Aufgabenzuweisung für die beteiligten Gesundheitsberufe, die ehrenamtlichen Helfer sowie zwischen den Institutionen der ambulanten und stationären Versorgung in Bewegung geraten (Schaeffer/Moers/Rosenbrock 1992). Die Diskussion über die eigenständige Bedeutung der Pflege für die Krankheitsbewältigung hat neuen Auftrieb erhalten (Moers 1990). AIDS-Krankenversorgung ist damit zu einem Experimentierfeld für Strukturreformen im Gesundheitswesen geworden. In einer Studie der Forschungsgruppe »Gesundheitsrisiken und Präventionspolitik« im WZB wird dies für die AIDS-Krankenversorgung in Berlin untersucht. Dabei zeigen sich freilich auch die Schattenseiten, denen im Rahmen von Public-Health-Forschung weiter nachzugehen sein wird: trotz der außergewöhnlich hohen Bereitschaft politischer und professionelle Akteurguppen, auf die neue Herausforderung einzugehen, gibt es bislang nur wenige strukturbeeinflussende und zeitstabile Erfolge. Zeitstabil überwiegt deshalb nicht, weil der Geldhahn der Modellförderung durch den Bund zugekehrt und oft kein Ersatz gefunden werden konnte. Strukturell 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). Insellösungen ohne Implementationshilfen (z.B. Organisationsentwicklung und Institutionsberatung) provozieren konservatives Organisationsverhalten bis hin zu Abstoßungsreaktionen. Entgegen weitgehender 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 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 und Weber, in: Schaeffer/ Moers/Rosenbrock 1992). Durch solche strukturellen Zwänge wird auch im AIDS-Bereich viel Engagement zerrieben.

Unter Public-Health-Gesichtspunkten heißt dies dreierlei: 1. Das Krankenversorgungssystem ist auch an seinen kritischen Nahtstellen und hinsichtlich der professionellen Arbeitsteilung unter hohem Problemdruck flexibler als oft angenommen. 2. Speziell im Bereich der ambulanten Versorgung erweist sich die Forderung der GKV-Bundestags-Enquete von 1990, medizinische, psychosozial-pflegerische Betreuung und Aktivierung des Patientenumfeldes als drei funktional gleichberechtigte Säulen der Versorgung zu sehen und zu fördern (Deutscher Bundestag 1990a), als problemangemessen und tendenziell umsetzbar. 3. So richtig es ist, Politikfenster wie die AIDS-Krise zu strukturellen Innovationen zu nutzen, so notwendig ist es, mehr als bisher dazu vorliegende Erfahrungen mit Innovationsmanagement z.B. auch aus der Organisations- und Industrie-soziologie zu nutzen: 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; Lullies/Weltz 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 professionell hinzukommenden Kräfte wird diese Antriebskraft geschwächt statt gefördert.

Für die Public-Health-Forschung zur Krankenversorgung ergibt die Auswertung der bei AIDS gesammelten Erfahrungen reiches Material an verallgemeinerbaren Lösungen und vermeidbaren Fehlern. Um dabei der gewachsenen Desintegration der bundesdeutschen Krankenversorgung speziell im Umgang mit chronisch Kranken ein auf Versorgungsintegration zielendes Konzept entgegenzusetzen, hat es sich als ertragreich erwiesen, die lebenslagenspezifisch differenzierten Versorgungsbedürfnisse und krankheitsspezifischen Anforderungen als Ausgangspunkt der Analyse zu wählen, und von dort aus Wege durch die vielfältigen Angebote und Lücken der Versorgung nachzuzeichnen bzw. zu konzipieren, also von einem Geflecht differenzierter Patientenpfade auszugehen.

8. Gesundheit als Thema sozialer Bewegungen

Auch in einer keineswegs vollständigen Aufzählung Public-Health-relevanter Erkenntnisse und Fragen, die die AIDS-Krise gebracht hat, dürfen zumindest thesehafte Bemerkungen zur Rolle sozialer Bewegungen in der Gesundheitspolitik nicht fehlen. Auszugehen ist von der Beobachtung, daß (1) einerseits wichtige gesundheitspolitische Entscheidungen und Entwicklungen in der Geschichte fast immer zumindest auch das Resultat des Drucks sozialer Bewegungen waren und sind, (2) andererseits jede der alten und neuen sozialen Bewegungen gesundheitsbezogene Themen ziemlich weit oben auf der politischen Agenda führt und (3) soziale Bewegungen gerade gesundheitsbezogenen Themen einen großen Teil ihrer Mobilisierungs- und Bündnisfähigkeit verdanken. Das gilt für die Arbeiterbewegung ebenso wie für die Frauen-, Ökologie- und Friedensbewegung. Für die Schwulenbewegung gilt dies natürlich auch, wobei die Beziehung zwischen Medizin, Staat und Schwulenbewegung – denkt man an die jahrzehntelange Kriminalisierung, die bis vor kurzem gültige Definition von Homosexualität als Krankheit und die z.T. abstrusen und grausamen »Therapieversuche« gleichgeschlechtlicher Orientierung – alles andere als unproblematisch war und wohl auch noch ist. Das gilt in unterschiedlichem Ausmaß und in unterschiedlicher Akzentuierung für alle industrialisierten Länder, hat aber in Deutschland speziell den barbarischen Hintergrund des Faschismus (Schilling 1983).

Gemessen an diesen eher ungünstigen Ausgangsvoraussetzungen ist die Entwicklung der Strategiefindung bei AIDS und der Kooperation mit den hauptsächlich betroffenen Gruppen in allen industrialisierten Ländern überraschend günstig verlaufen (vgl. Kirp/Bayer 1992): die gesundheitspolitisch Grundsatzentscheidung zwischen Lernstrategie und Suchstrategie wie auch Fragen der Ausgestaltung der Lernstrategie und der Sicherung von Blutprodukten fielen in allen Ländern hauptsächlich im Dreieck Staat – Medizinsystem – Schwulenbewegung. Daß diese Auseinandersetzung in der Bundesrepublik schriller verlief als in den meisten Ländern, erklärt sich wohl zu einem erheblichen Teil aus der hierzulande vergleichsweise geringen Stärke der Schwulenbewegung (Salmen/Eckert 1989) und der Dominanz der individualmedizinischen und juristischen Expertise in der Politikberatung. Daß es trotz dieser ungünstigen Voraussetzungen in der Bundesrepublik zu einem auch international vorzeigbaren Politikergebnis kam, erklärt sich dagegen aus der schnellen

Etablierung der AIDS-Hilfen als zentrale und dezentrale Akteure und aus dem internationalen Vereinheitlichungsdruck. Für Public Health zeigt sich an diesem Punkt die Bedeutung von Entscheidungsprozeßanalysen für die Erklärung und Beeinflussung von Gesundheitspolitik.

In seiner jüngst vorgelegten Analyse über AIDS, Activism, and the Politics of Health verweist nun der amerikanische Sozialmediziner Robert M. Wachter (1991a; 1991b) nicht nur auf die unter Demokratie- und Kompetenzgesichtspunkten hohe Funktionalität dieser Inklusion, sondern auch auf einige Gefahren der direkten Involvierung sozialer Bewegungen in die gesundheitspolitische Entscheidungsfindung: Wachter kritisiert den nachlassenden Einsatz der amerikanischen Schwulenbewegung und von ACT UP für die Primärprävention und ihre Konzentration auf die Entwicklung, Zulassung, Erprobung und Verteilung neuer Arzneimittel gegen AIDS. Er erklärt dies mit der sozialen Herkunft der Mehrzahl der Aktivisten: für die tonangebenden weißen Homosexuellen aus der Mittelschicht sind die Probleme von safer sex und Prävention im wesentlichen gelöst. Dethematisiert werden auf diese Weise die ungelösten Präventionsprobleme in den farbigen Armutsgghettos und im Drogenbereich sowie die Probleme des Zugangs zur Krankheitsbehandlung in den USA. Die von der AIDS-Lobby erzielten Erfolge in der beschleunigten und bevorzugten Erprobung und Zulassung aidsbezogener Arzneimittel liegen durchaus auch im Interesse der beteiligten pharmazeutischen Unternehmen, deren z.T. großzügige finanzielle Unterstützung für Betroffenenorganisationen damit einen besonderen Akzent erhält. Ob auf diese Weise die Standards der Arzneimittelsicherheit gehalten werden können, ist ebenso zweifelhaft wie die Rationalität der u. a. dadurch gesteuerten Verteilung von Forschungsmitteln in der Arzneimittelentwicklung (vgl. auch Deutscher Bundestag 1990b). Nach Wachters Analyse finden sich nunmehr auch ähnliche Konstellationen für die überproportionale Verwendung staatlicher Forschungsgelder und beschleunigte Zulassung neuer Arzneimittel in bezug auf Brustkrebs und die Alzheimer-Krankheit – erklärbar vor dem Hintergrund gut etablierter Mittelschichtbewegungen der Frauen und der Grauen Panther. Die Bedeutung dieser Analysen für den deutschen Kontext und andere als aidsbezogene Gesundheitsprobleme bleibt noch zu ergründen. Für Forschung und Praxis von Public Health gilt dabei das Postulat, daß neben der unbestrittenen Notwendigkeit der Förderung von Betroffenenkompetenz und sozialen Bewegungen mit Gesundheitsbezug die Kriterien der Angemessenheit und Sicherheit medizinischer und

pharmakologischer Intervention wie auch des Abbaus sozialer Ungleichheit vor Krankheit und Tod gleichrangige Beachtung behalten bzw. finden müssen.

9. Bereichsübergreifende Gesundheitspolitik

In der öffentlichen Meinung und ihrer Widerspiegelung in den Medien herrschen immer noch verkürzte Sichtweisen vor, wonach Gesundheitspolitik wesentlich die staatliche Kunst der Steuerung des Krankenversorgungssystems mit monetären Hebeln und gesetzlichen Normen ist. Durch die anhaltende Abwesenheit überzeugender medizinisch-kurativer Lösungen des Gesundheitsproblems einer neu auftretenden Virusinfektion mit potentiell pandemischen Zügen lag der Schwerpunkt AIDS bezogener Gesundheitspolitik von vornherein außerhalb dieses Feldes konventioneller Gesundheitspolitik. Dadurch rückten gesundheitspolitische Akteure ins Zentrum des Blickfeldes, von denen vorher außer den direkt Beteiligten und den sozial- und gesundheitspolitischen Fachszenen kaum jemand wirklich Notiz genommen hatte: Selbsthilfeorganisationen, die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Gesundheitsämter, Medien (Fernsehen, Filmtheater) etc. Zur bevölkerungsweiten Wahrnehmung und zum Verständnis einer nicht nur in Sonntagsreden über den Bereich der Krankenversorgung hinausblickenden und hinausgreifenden Gesundheitspolitik könnte das epidemiologische und gesundheitspolitische Drama AIDS einen wichtigeren Beitrag geleistet haben als gleichzeitig laufende, aufwendig und durchgestylte public relations Kampagnen, die mit Konzepten des social marketing das Produkt 'health promotion' zu verbreiten trachteten.

Verlagert sich aber – wie im Falle AIDS – der Schwerpunkt von Gesundheitspolitik aus der Endstrecke der vorwiegend biomedizinischen, individuellen Kuration in vorgelagerte Bereiche (Rosenbrock 1992b), so ist eine Beschränkung des Eingriffsbereichs auf konventionell zur Gesundheitspolitik gerechnete Felder, Instrumente und Institutionen nicht mehr möglich. Dies gilt nicht nur für die im weitesten Sinne risiko- und belastungssenkende Gestaltung von Arbeits-, Umwelt-, Erholungs- und Konsumbedingungen (Verhältnisprävention), sondern auch für Risikominderung und Gesundheitsförderung im persönlichen Verhalten: »Peoples health is primarily the result of the environment in which they live, and the patterns of behavior they follow. These patterns are shaped by environments, and environments are shaped by public policy« (Milio 1986, S.6).

Die politische Entscheidung für die gesellschaftliche Lernstrategie (s.o. 3.) mit ihren zentralen Elementen der Inklusion von und Kooperation mit hauptsächlich betroffenen Gruppen impliziert unter anderem, diese Gruppen als integrale Teile der Gesellschaft anzuerkennen. Dabei ist zu berücksichtigen, daß Schwule und Fixer heute 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. Aber auch unter direkt präventivem Gesichtspunkt gibt es starke Gründe, die Lebensweise dieser Gruppen zu respektieren und in diesem Rahmen Anreize im Sinne des WHO-Slogans »Make the healthy way the easier choice« zu schaffen.

In bezug auf schwule Männer, i.v. Drogenbenutzer und Prostituierte bedeutet die Umsetzung dieses gesundheitspolitischen Postulats ganz allgemein den Abbau von rechtlicher und sozialer Diskriminierung dieser Gruppen und ihrer Lebensweisen und damit Veränderungen in einer ganzen Reihe von Politikfeldern.

Da die Etablierung von safer sex und sterilen Spritzbestecken als gruppenverankerter Verhaltensnorm eine breite und möglichst vielseitige Kommunikation darüber voraussetzt, ist die pragmatische Unterlassung (gewerbe-, sitten- und kriminal-)polizeilicher Eingriffe in die Subkulturen sowie die – vereinzelt auch staatlich finanzierte – Förderung entsprechender Orte und Strukturen der Kommunikation (z. B. switchboard in Frankfurt/Main, Mann-O-Meter in Berlin) konsequente Gesundheitspolitik. Wenn die Organisationen der betroffenen Gruppen als zentrale und unersetzliche Akteure der AIDS-Prävention identifiziert werden, ist die staatliche Zensur ihrer Äußerungen mit einer zielführenden Gesundheitspolitik grundsätzlich unvereinbar. Wenn das Kondom das wichtigste Instrument der AIDS-Prävention ist, sind Werbeverbote und Zugangsbeschränkungen unsinnig. Wenn heranwachsende Schwule im Prozess ihres coming out als Problemgruppe der AIDS-Prävention identifiziert werden, ist eine Regelung wie der § 175 StGB, die homosexuellen Geschlechtsverkehr mit Männern unter 18 Jahren mit Strafe bedroht, auch gesundheitspolitisch kontraproduktiv. Wenn Männer, die zumindest gelegentlich Sex mit Männern haben, aber nicht in schwule Kommunikationsstrukturen eingebunden sind, für die AIDS-Prävention als schwer erreichbar gelten, ist die Ausklammerung homosexueller Begegnungen aus den bevölkerungsweit gestreuten Aufklärungsbotschaften (Fernsehen, Filmtheater, Print-Medien, Schule etc.) gesundheitspolitisch nicht zu begründen. Wenn Treue

als eine Möglichkeit der AIDS-Prävention propagiert wird, ist die massive rechtliche und finanzielle Benachteiligung mann männlicher Lebensgemeinschaften gegenüber der heterosexuellen Ehe unlogisch. Wenn der Arbeitswelt wegen der dort vorfindlichen organisatorischen Rahmenbedingungen besonderer Wert als Ort der Gesundheitsförderung und -aufklärung beigemessen wird, ist der Abbau von sexuellen Diskriminierungen und Tabus am Arbeitsplatz ein gesundheitspolitisches Gebot (Bruns/Jaeger/Rosenbrock 1991).

Während im Bereich homosexueller Lebensweisen und Subkulturen vor dem Hintergrund ohnehin rückläufiger Vorurteile auf diesem Wege relativ rasch einige erste gesundheitspolitische Erfolge erzielt werden konnten, verweisen die anhaltenden Debatten über die Methadon-Substitution für von i.v.-Drogen Abhängige sowie über suchtbegleitende Betreuung ohne Abstinenzgebot (zur Veränderung überkommener dogmatischer Positionen vgl. Heckmann, in: Schaeffer/Moers/Rosenbrock 1992) oder auch die Schwierigkeit der Etablierung aidspräventiver Regelungen im Gefängnis exemplarisch auf die politischen Schwierigkeiten, dem Gesundheitsmotiv Vorrang vor anderen Interessen bei der staatlichen Gestaltung von Lebens- und Verhaltensbedingungen zu verschaffen.

Deutlich wird dies auch an den Widerständen gegen die unter dem Eindruck von AIDS wieder einmal aktuell gewordene Einlösung der Forderung nach einer Sexualpädagogik, die der materiell und kulturell gewachsenen Vielfalt der Entfaltungsmöglichkeiten und Beziehungsformen entspricht und Sexualität nicht von vornherein unter den Aspekt von Zeugung und Empfängnis subsumiert (Sielert 1992).

Die Aufzählung der für die AIDS-Prävention notwendigen bzw. zweckmäßigen Interventionen ließe sich für zahlreiche weitere Gruppen und Politikfelder verlängern (vgl. Deutscher Bundestag 1990b). Ihrer Realisierung stehen in der Regel zwei Typen von Hindernissen entgegen: Zum einen sind diese Felder jeweils von anderen Interessen her strukturiert und besetzt. Gesundheitspolitik trifft im Falle von AIDS neben Verbündeten auf z.T. mächtige Gegner (Kirchen, Sicherheitsapparate, konservative soziale Bewegungen etc.). In deren Sichtweise spielen Gesundheit und Prävention z.B. gegenüber heterosexueller Ehemonogamie, dem Ideal der Suchtfreiheit oder dem Eigenwert der Anwendung sämtlicher mobilisierbaren staatlichen Rechts- und Zwangsmittel (z.B. Gauweiler 1989) wenn überhaupt, dann nur eine nachrangige Rolle. Zum anderen finden sich in diesen Feldern kaum rechtlich oder tatsächlich gewachsene Anknüpfungspunkte und entsprechend wenig auch Qualifikation für

ihre Einbindung in eine gesundheitspolitische Gesamtstrategie. – Die Etablierung von Gesundheitsverträglichkeit bzw. Gesundheitsförderlichkeit als Querschnittsaspekt in allen relevanten Politikbereichen (healthy public policy) stellt damit – nicht nur bei AIDS – eine Zukunftsaufgabe dar, die ohne praktische, theoretische und qualifikatorische Impulse aus dem akademischen Bereich von Public Health kaum lösbar erscheint.

10. *Institutionalisierung von Public Health*

Die Enquete-Kommission »Gefahren von AIDS und wirksame Wege zu ihrer Eindämmung« des Deutschen Bundestages empfiehlt dazu in ihrem nach dreijähriger Arbeit verabschiedeten Schlußbericht einstimmig (Deutscher Bundestag 1990b, Empfehlung 8.4), »Lehrstühle bzw. Professuren für die wissenschaftlichen Disziplinen neu einzurichten, in deren Sachbereichen Defizite infolge der AIDS-Problematik deutlich geworden sind, z.B.« – und die Enquete nennt dies an erster Stelle – »Public Health«. Da die Kommission den Bestand an wissenschaftlicher Infrastruktur in diesem für AIDS als zentral wichtig angesehenen Wissensgebiet nicht wesentlich größer als Null fand, fordert sie (ebda., Empfehlung 8.20) ganz pauschal: »die Public-Health-Forschung auf- bzw. auszubauen«.

Was gibt der gesundheitspolitische »Fall AIDS« zur Begründung von Forschung und Lehre auf dem Gebiet von Public Health her, warum sprechen die Erfahrungen mit AIDS für die Etablierung von mehr Public Health an Universitäten und Forschungsstätten?

Zwei Gründe springen ins Auge: a. Länder mit akademischer Tradition in Public Health hatten weniger Probleme und brauchten auch insgesamt weniger Zeit, um jeweils nationale Strategien zu konzipieren und umzusetzen (Kirp/Bayer 1992). In Ländern mit entwickelterer Tradition in Public Health konnte die Frage »Was lernen wir aus AIDS für Public Health?« von vornherein andersherum gestellt werden: »Was lernen wir aus Wissenschaft und Erfahrungen in Public Health für den Umgang mit AIDS?« Theorie und Praxis von Public Health sind demnach hilfreich, um auch auf unerwartet auftretende Gesundheitsprobleme informierter, vollständiger, präziser und schneller reagieren und damit verhindern zu können, daß bei neuen gesundheitspolitischen Herausforderungen das gesundheitswissenschaftliche Rad immer erst neu erfunden werden muß (vgl. Jonathan Mann, in: Kirp/Bayer 1992).

b. Der zweite Grund hängt mit dem ersten eng zusammen: AIDS

hat gezeigt, daß Länder wie die Bundesrepublik, in denen immer noch die Fehlmeinung vorherrscht, für alle Fragen von Gesundheit und Krankheit seien in erster Linie Ärzte und zur Entscheidung über gesellschaftliche Konflikte vor allem Juristen kompetent und zuständig, die größeren Probleme hatten, für AIDS eine differenzierte und an den Kriterien der epidemiologischen Effektivität, also der Effizienz orientierte Strategie des Risikomanagements zu formulieren. Zum Beispiel wurde und wird das für die gesamte Prävention erforderliche Denken im Abwägen von Gefahren und ihren Eintrittswahrscheinlichkeiten für Gruppen und Populationen hierzulande durch den häufig demagogisch vorgetragenen ungelösten Einzelfall öfter und nachhaltiger gestört als in Ländern, in denen neben der für die kurative Medizin und die Rechtswissenschaft maßgeblichen Einzelfallogik (vgl. Prittwitz 1990) auch die epidemiologische Betrachtungsweise für Prävention und Gesundheitsförderung etabliert ist. Die oftmals populistische Verwertung des bei epidemiologischer Herangehensweise nicht verhinderten Einzelfalls beherrscht bis heute die strafrechtliche Behandlung der HIV-Infektion, durchzieht die Diskussion über die Rolle des HIV-Antikörpertests für die Prävention, behindert gut begründete Präventionsstrategien im Drogenbereich, führt noch immer zu massiven Behinderungen schwuler Safer-sex-Aufklärung und hat insgesamt das In-Gang-Kommen einer halbwegs kohärenten Präventionsstrategie in der Bundesrepublik zumindest verzögert. Mit Public Health kann also neben der individualmedizinischen, auf den Einzelfall bezogenen Sichtweise eine bevölkerungs- und gruppenbezogene Expertise etabliert werden, so daß diese beiden Sichtweisen auch in der öffentlichen Diskussion eine ihrer Bedeutung entsprechende Wahrnehmung finden und gleichberechtigt miteinander ringen können.

Fazit

AIDS war und ist seit vielen Jahrzehnten der erste Anwendungsfall einer massiven und nicht primär auf die Medizin gestützten Gesundheitssicherungspolitik in Deutschland. Und auch in der Krankenversorgung hat AIDS zu interessanten und wichtigen Innovationen geführt. Die dabei gewonnenen Erfahrungen zu systematisieren und auf ihre Übertragbarkeit hin zu überprüfen, ist AIDS eine bislang nicht über einzelne Projekte hinaus in Angriff genommene Herausforderung. Hier gilt es, Wissen über gesellschaftliche und individuelle Gefahrenwahrnehmung, politische Entscheidungsfindung

und Programmimplementation, über Erfolge und Mißerfolge unterschiedlich instrumentierter und institutionalisierter Präventionskampagnen, über Innovationen in der Krankenbehandlung und ihre Erfolgs- bzw. Mißerfolgsbedingungen zu sichern, mit vorhandenen Theoriebeständen in Beziehung zu setzen mit dem Ziel, positive Erfahrungen zu verallgemeinern und Hindernisse der Verbesserung zu identifizieren. Da AIDS in Deutschland strategisch heftiger umstritten war als in den meisten Industrieländern und bislang auch mehr und tiefgreifendere gesundheitspolitische Innovationen hervorgebracht hat – auch dies zeigt der internationale Vergleich –, stellt AIDS für die akademische Etablierung von Public Health trotz aller Besonderheiten der Krankheit (AIDS ist in Deutschland eine epidemiologisch unbedeutende Krankheit. Im Gegensatz zu den dominierenden degenerativen Erkrankungen handelt es sich um eine Infektionskrankheit.) ein geeignetes Ausgangsparadigma dar, weil sich an ihm wesentliche Fragen einer modernen Gesundheitspolitik gestellt haben und in der Praxis untersucht werden können. Umgekehrt heißt dies: ob das im Entstehen begriffene Fach 'Public Health' eine wirkliche gesundheitswissenschaftliche Innovation darstellt oder auslöst, kann daran gemessen werden, inwieweit es sich Fragestellungen wie den hier skizzierten stellt.

Korrespondenzanschrift:

Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung
Reichpietschufer 50 – D-1000 Berlin 50

Literaturverzeichnis

- Abholz, H.-H.: Die Gesundheitsuntersuchung – ein Früherkennungsprogramm als Spiegel bundesdeutscher Gesundheitspolitik, in: Arbeit und Sozialpolitik 1990, S.44ff., sowie die Kontroverse dazu: ebda., S.168ff.
- Abholz, H.-H.: Was ist Früherkennung, was kann sie leisten? in: Grenzen der Prävention, Argument Sonderband AS 178, Hamburg 1988
- Abholz, H. H.: Welche Bedeutung hat die Medizin für die Gesundheit?, in: H.U. Deppe (Hg.): Die vernachlässigte Gesundheit, Köln 1980, S.15-60
- Badura, B., G. Kaufhold, H. Lehmann, H. Pfaff, Th. Schott: Leben mit dem Herzinfarkt, Berlin, Heidelberg, New York 1987
- Bengel, J./D. Wölflick: Das Health Belief Modell als Planungshilfe für präventive Maßnahmen? in: Zeitschrift für Präventivmedizin und Gesundheitsförderung, Vol. 3, 1991, No. 3, S.103-110
- Bleibtreu-Ehrenberg, G.: Angst und Vorurteil. AIDS-Ängste als Gegenstand der Vorurteilsforschung, Reinbek 1989
- Bochow, M.: AIDS: Wie leben schwule Männer heute? AIDS-Forum D.A.H.: Berlin 1988

- Bock, K. D. et al.: AIDS – zusehen oder handeln? Ein Memorandum der Ltd. Ärzte des Zentrums für Innere Medizin, Universitätsklinikum Essen, Futura (Boehringer Ingelheim) 1987
- Borgers, D./W. Karmaus: Werden wir alle vergiftet oder leben wir im saubersten Staat der Erde? in: Gesundheitspolitik zwischen Steuerung und Autonomie, Argument-Sonderband AS 186, Hamburg 1989, S.59ff.
- Borgers, D.: Probleme und Ziele einer sozialegpidemiologisch orientierten Gesundheitsberichterstattung, in: Jahrbuch für Kritische Medizin 17: Das Risiko zu erkranken, Argument Sonderband AS 193, Hamburg 1991, S.84-101
- Brandenburg, U., A. Buchter, H. G. Grimm, W. Laurig, B. Marschall, G. Schreinicke, G. Schwaberger: Aktuelle Probleme arbeitsmedizinischer Belastungs- und Beanspruchungsforschung, in: Zeitschrift für Arbeitswissenschaft, Jg. 45, 1991, Heft 1, S.47-50
- Brede, H. D., C.-D. Bauermeister, S. Gerte et al.: Ambulante Betreuung von asymptomatischen HIV-positiven Personen, in: Deutsches Ärzteblatt, Jg. 88 (1991), Heft 33, S.1536-1542
- Bruns, M., H. Jaeger, R. Rosenbrock: AIDS in der Arbeitswelt, hg. v.: Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände und Deutscher Gewerkschaftsbund, Berlin 1991
- BZgA Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hg.): AIDS im öffentlichen Bewußtsein der Bundesrepublik. Wiederholungsbefragung 1989, Köln 1990
- BZgA Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hg.): AIDS im öffentlichen Bewußtsein der BRD. Ergebnisse einer bundesweiten Repräsentativbefragung, Köln 1987
- Cochrane, A. L.: Effectiveness and Efficiency. Random Reflections on Health Services, Abingdon, Berks 1972
- Conrad, G./I. Kickbusch: Die Ottawa-Konferenz zur Gesundheitsförderung, in: Grenzen der Prävention, Argument-Sonderband AS 178, Hamburg 1988, S.142ff.
- Corfy, L., Th. R. Fleming: Treatment of HIV-Infection – Progress in Perspective, in: The New England Journal of Medicine, Vol. 326 (1992), No. 7, p. 484-486
- Dannecker, M.: Der homosexuelle Mann im Zeichen von AIDS, Hamburg 1991
- Deutsche AIDS-Stiftung »Positiv Leben« (Hg.): AIDS und Psyche, Ergebnisse sozialwissenschaftlicher AIDS-Forschung, Band 3, Berlin 1990
- Deutscher Bundestag, II. Wahlperiode: Enderbericht der Enquete-Kommission »Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung«, BT-Drucksache 11/6380, Bonn 1990, auch erschienen in der Reihe: Zur Sache – Themen parlamentarischer Beratung, 3/90, 2 Bände, Bonn 1990 (zit.: 1990a)
- Deutscher Bundestag, II. Wahlperiode, Enderbericht der Enquete-Kommission »Gefahren von AIDS und wirksame Wege zu ihrer Eindämmung«, BT-Drucksache 11/7200, Bonn 1990, nachgedruckt in der Reihe: Deutscher Bundestag (Hg.) Zur Sache – Themen parlamentarischer Beratung 13/90: AIDS: Fakten und Konsequenzen, Bonn 1990 (zit.: 1990b)
- Deutscher Bundestag, II. Wahlperiode, Zwischenbericht der Enquete-Kommission »Gefahren von AIDS und wirksame Wege zu ihrer Eindämmung«, Bundestagsdrucksache 11/2475, Bonn 1988, nachgedruckt in der Reihe: Deutscher Bundestag (Hg.) Zur Sache – Themen parlamentarischer Beratung 3/88: AIDS – Fakten und Konsequenzen, Bonn 1988

- Dubos, R.: *Mirage of Health*, New York 1959
- Eirmbter, W. H., A. Hahn, R. Jacob: AIDS und die gesellschaftlichen Folgen. Pilotstudie. Endbericht, verf. Ms., Trier 1992
- Fischl, M. A., D. D. Richmann, M. H. Grieco et al.: 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, in: *The New England Journal of Medicine*, Vol. 317 (1987), p. 185-191
- Forschungsgruppe Gesundheitsberichterstattung (Hg.): *Aufbau einer Gesundheitsberichterstattung – Bestandsaufnahme und Konzeptvorschlag*, Endbericht, 3 Bände, St. Augustin 1990
- Foucault, M.: *Die Geburt der Klinik. Eine Archäologie des ärztlichen Blicks*, München 1973
- Franke, G. H.: *Die psychosoziale Situation von HIV-Positiven, Ergebnisse sozialwissenschaftlicher AIDS-Forschung, Band 5*, Berlin 1990
- Frösner, G. G.: VII. Internationale AIDS-Konferenz in Florenz 1991. Neue Daten zur Epidemiologie und Prävention, in: *AIDS-Forschung*, 1991, Heft 9, S.477-486
- Frösner, G. G.: Wie kann die weitere Ausbreitung von AIDS verlangsamt werden? in: *AIDS-Forschung*, 2. Jg. (1987), Heft 1, S.61-65
- Gauweiler, P.: *Was tun gegen AIDS? Percha* 1989
- Graham, N. M. H., S. L. Zeger, L. P. Park et al. and the Multicenter AIDS Cohort Study: Effects of zidovudine and Pneumocystis carinii pneumonia prophylaxis on progression of HIV-1 infection to AIDS, in: *The Lancet*, Vol. 338 (1991), No. 8762, p. 265-269
- Hamilton, J. D., P. M. Hartigan, M. S. Simberkoff et al. and the Veteran Affairs Cooperative Study Group on AIDS Treatment: A Controlled Trial of Early Versus Late Treatment with Zidovudine in Symptomatic Human Immunodeficiency Virus Infection, in: *The New England Jour. of Med.*, Vol. 326 (1992), No 7, p. 437-443
- Hengelein, H., Chr. Höpfner: Die AIDS-Hilfe, in: H. Jäger (Hg.): *AIDS und HIV-Infektion*, Landsberg/Lech o. J., 2. Band, 4. Erg.-Lfg. 4/1990
- Higgins, D. L., Chr. Galavotti et al.: Evidence for the Effects of HIV Antibody Counseling and Testing on Risk Behaviors, in: *Journal of the American Medical Association (JAMA)*, Vol. 266, 1991, No. 17, p. 2419-2429
- Hirschel, B., A. Lazzarin, P. Chopard et al. and the Swiss Group for Clinical Studies on AIDS: A Controlled Study of Inhaled Pentamidine for Primary Prevention of Pneumocystis Carinii Pneumonia, in: *The New England Journal of Medicine*. Vol. 324 (1991), No. 16, p. 1079-1083
- Jäger, H.: Neue Gründe für den Test? in: *magnus. Das Magazin für Schwule*, Jg. 1, 1989, Heft 1, S.18-19
- Jäger, H. (Hg.) *Die HIV-Erkrankung, Medizinische und psychosoziale Aspekte zu Beginn der 90er Jahre*, Landsberg/Lech 1991
- Jungermann, H., P. M. Wiedemann: Ursachen von Dissens und Bedingungen des Konsens bei der Beurteilung von Risiken, *Arbeiten zur Risikokommunikation*. Heft 12, Jülich 1990
- Kirp, D./ R. Bayer (eds.): *AIDS Exceptionalism. Passions, Politics and Policies in the Industrialized Democracies*, Rutgers University Press: New Brunswick 1992 (i.E.), deutsche Ausgabe: *Ergebnisse sozialwissenschaftlicher AIDS-Forschung*. Band 9, Berlin 1992 (i.E.)

- Koch, U., F. Potreck-Rose (Hg.): Krebs-Rehabilitation und Psychoonkologie, Berlin, Heidelberg, New York, London, Paris, Hongkong, Barcelona 1990
- Kühn, H.: Die Ökonomisierung der Gesundheit – am Beispiel des US-amerikanischen Gesundheitswesens, in: WSI Mitteilungen 1990, Heft 2, S.62ff.
- Lancet Noticeboard: Doubts about Zidovudine, in: The Lancet, Vol. 339 (1992), p. 421
- Levine, S./A. Lilienfeld (eds.): Epidemiology and Health Policy, New York/London 1987
- MAGS, Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales: Landesgesundheitsreport 1990, Düsseldorf 1990
- Marmot, M.G., M. Kogevinas, M.A. Elston: Social/Economic Status and Disease, in: Annual Review of Public Health, Vol 6, 1987, p. 111-135
- McKeown, Th.: Die Bedeutung der Medizin. Traum, Trugbild oder Nemesis? Frankfurt 1982
- McKinlay, J.B., S.M. McKinlay, R. Beaglehole: A Review of the Evidence Concerning the Impact of Medical Measures on Recent Mortality and Morbidity in the United States, in: International Journal of Health Services, Vol. 19, 1989, p. 181-208
- Mielck, A.: Soziale Schicht und Krankheit: Forschungsstand in der Bundesrepublik (alte Länder), in: Das Risiko zu erkranken, Argument Sonderband AS 193, Hamburg 1991, S.35-52
- Mielck, A.: Educational Level and Infection with the Human Immunodeficiency Virus: Risky Behavior and Susceptibility in White Noniv-Drug Using Homosexual Men, unveröff. Ms., GSF/ MEDIS, München 1989
- Milio, N.: Promoting Health through Public Policy, 2. Auflage Ottawa 1986
- Minkler, M.: Building supportive ties and sense of community among the innercity elderly: The Tenderloin Senior Outreach Project, in: Health Education Quarterly, Vol. 12, 1985, No. 4, p. 303-314
- Moers, M.: Ein ganzheitliches Pflegekonzept für Menschen mit AIDS, Veröffentlichungsreihe der Forschungsgruppe 'Gesundheitsrisiken und Präventionspolitik' im WZB, P90-209, Berlin 1990
- Moore, R. D., J. Hidalgo, B. W. Sugland, R. E. Chaisson: Zidovudine and the Natural History of the Acquired Immunodeficiency Syndrome, in: The New England Journal of Medicine, Vol. 324 (1991), No. 20, p. 1412-1416
- National Academy of Sciences/Institute of Medicine (U.S.A.): The Future of Public Health, Washington D.C. 1988
- National Academy of Sciences/National Research Council (U.S.A.): Improving Risk Communication, Washington D.C. 1989
- Park, R.A.A.: European AIDS Definition, in: The Lancet, Vol 339, 1992, p 671
- Payer, L.: Medicine and Culture, New York 1988
- Pollak, M.: Homosexuelle Lebenswelten im Zeichen von AIDS. Soziologie der Epidemie in Frankreich, Ergebnisse sozialwissenschaftlicher AIDS-Forschung, Band 4, Berlin 1990
- Poppinger, J.: AZT. Aktueller Wissensstand, in: Deutsche AIDS-Hilfe (Hg.): Therapien bei AIDS, Berlin, 2. Aufl. 1991, Kap. 1.1. (zit. 1991a)
- Poppinger, J.: Die Pneumocystis carinii Pneumonie. I.: Prophylaxe – Pentamidin-Aerosol, in: Deutsche AIDS-Hilfe (Hg.): Therapien bei AIDS, Berlin, 2. Auflage 1991, Kap. 2.1. (zit. 1991b)

- Powles, J.: On the Limitations of Modern Medicine, in: *Science, Medicine and Man*, Vol. 1, 1973: 1-30
- Prieur, A.: Mann-männliche Liebe in den Zeiten von AIDS. Eine Untersuchung zum Sexualverhalten norwegischer homosexueller Männer. AIDS-Forum D.A.H., Berlin 1991
- Prittitz, C.: AIDS, Recht und Gesundheitspolitik, Ergebnisse sozialwissenschaftlicher AIDS-Forschung, Band 2, Berlin 1990
- Raschke, P., C. Ritter: Eine Großstadt lebt mit AIDS, Ergebnisse sozialwissenschaftlicher AIDS-Forschung, Band 6, Berlin 1991
- Reimann, B. W., H. Bardeleben: Permissive Sexualität und präventives Handeln. Ergebnisse einer Untersuchung an Studierenden. Ergebnisse sozialwissenschaftlicher AIDS-Forschung, Band 7, Berlin 1992 (i.E.)
- Renn, O.: Risikowahrnehmung und Risikobewertung: Soziale Perzeption und gesellschaftliche Konflikte, in: S. Chakraborty/G. Yadigaroglu: Ganzheitliche Risikobetrachtungen. Technische, ethische und soziale Aspekte, Köln 1991, S.06-1 - 06-62
- Richter, H. E.: Gesellschaftliche Auswirkungen von AIDS, Statement vor der Bundstagsenquete 'AIDS', Gießen 1987
- Rosenbrock, R.: Politik der Prävention – Möglichkeiten und Hinderungsgründe, in: R. Müller/M.F. Schuntermann (Hg.): Sozialpolitik als Gestaltungsauftrag. Zum Gedenken an Alfred Schmidt, Bund-Verlag: Köln 1992, S.151-173 (zit. 1992a)
- Rosenbrock, R.: Gesundheitspolitik, in: K.Hurrelmann/U.Laaser (Hg.): Handbuch der Gesundheitswissenschaften, Beltz-Verlag: Weinheim 1992, (i.E.) (zit. 1992b)
- Rosenbrock, R.: Strategien gegen AIDS. Gesundheitspolitische und sozialwissenschaftliche Perspektiven der Prävention und Krankenversorgung, in: psychosozial 48, 14. Jg., 1991, Heft IV, S.23-32 (zit. 1991a)
- Rosenbrock, R.: HIV Screening, in: International Journal for Technology Assessment in Health Care (IJTAHC), Cambridge University Press, Vol. 7, 1991, No. 3, p. 264-274 (zit. 1991b)
- Rosenbrock, R./A. Salmen (Hg.): AIDS Prävention, Ergebnisse sozialwissenschaftlicher AIDS-Forschung, Band 1, Berlin 1990
- Rosenbrock, R.; HIV-Positivismus. Plädoyer für die Einhaltung der Kunstregeln, in: Die Seuche, Kursbuch 94, Berlin 1989, S.21-42 (zit. 1989a)
- Rosenbrock, R.: Auf der Ebene des medizinischen Nutzens zeichnen sich Entwicklungen ab, die die Entscheidung für oder gegen den Test komplexer machen, in: AIDS-Nachrichten aus Forschung und Wissenschaft, Heft 4/1989, S.9-15 (zit. 1989b)
- Rosenbrock, R.: Kein Test – auf Symptome achten! in: magnus. Das Magazin für Schwule, Jg. 1, 1989, S.20-21 (zit. 1989c)
- Rosenbrock, R.: Some Social and Health Policy Requirements for the Prevention of AIDS, in: Health Promotion, Oxford University Press, Vol. 2, 1987, No. p. 161-168
- Rosenbrock, R.: AIDS kann schneller besiegt werden. Gesundheitspolitik am Beispiel einer Infektionskrankheit, VSA: Hamburg 1986, 3. Aufl. 1987 (zit. 1986)
- Salmen, A., A. Eckert: Die neue Schwulenbewegung in der Bundesrepublik Deutschland zwischen 1971 und 1987, in: Forschungsjournal Neue Soziale Bewegungen, Jg. 1, 1988, Heft 3, S.25-32

- Sattler, F. R., R. Cowan, D. M. Nielsen, J. Ruskin: Trimethoprim-sulfamethoxazole compared with pentamidine for treatment of pneumocystis carinii pneumonia in the acquired immunodeficiency syndrome, in: *Annals of Internal Medicine*, Vol. 109, 1988, p. 280-287
- Schaeffer, D., M. Moers, R. Rosenbrock (Hg.): AIDS Krankenversorgung, Ergebnisse sozialwissenschaftlicher AIDS-Forschung, Band 8, Berlin 1992 (i.E.)
- Schaeffer, D. 1992: (AIDS-)Supervision und professionelles Handeln, erscheint in: *Zeitschrift für Supervision* 1992
- Schaeffer, D.: Probleme der Implementation neuer Versorgungsprogramme für Patienten mit HIV-Symptomen, in: *neue praxis*, Luchterhand, 21. Jg. 1991, Nr. 5/6, S.392-406
- Schilling, H.-D.: Schwule und Faschismus, Berlin 1983
- Schmacke, N.: AIDS Beratung im Gesundheitsamt. Schlußfolgerungen für die Weiterentwicklung des öffentlichen Gesundheitsdienstes, in: *Wer oder was ist Public Health? Jahrbuch für Kritische Medizin* 18, Argument Sonderband, Hamburg 1992 (i.E.)
- Sielert, U.: Welche Auswirkungen hat die AIDS-Prävention auf die Sexualerziehung?, Vortrag No. 147 auf dem 4. Deutschen AIDS-Kongreß, Wiesbaden 1992
- Slovic, P.: Perception of Risk, in: *Science*, Vol. 236, 1987, p. 280-285
- Stone, D.: *The Disabled State*, Houndsmills, London 1985
- Streeck, W.: Vielfalt und Interdependenz. Überlegungen zur Rolle von intermediären Organisationen und anderen Umwelten, in: *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie (KZfSS)*, Jg. 39, 1987, Nr. 3, S.471-494
- Syme, L.: Individual and Social Determinants of Disease: Experiences and Perspectives, Veröffentlichungsreihe der Forschungsgruppe Gesundheitsrisiken und Präventionspolitik im WZB, P91-205, Berlin 1991, deutsch: Individuelle und gesellschaftliche Bestimmungsfaktoren für Gesundheit und Krankheit, in: *Rationierung der Medizin, Argument-Sonderband AS 196*, Hamburg 1991, S.94-111
- Taylor, R.: *Medicine out of Control*, Melbourne/London 1979
- Trojan, A. (Hg.): *Wissen ist Macht. Eigenständig durch Selbsthilfe in Gruppen*, Frankfurt 1986
- Überla, K.: Epidemiologie und Minimalrisiken – Möglichkeiten und Grenzen einer handlungsrelevanten Risikobeurteilung, in: *Das öffentliche Gesundheitswesen*, Jg. 52, 1990, S.23-28
- van den Daele, W.: Gutachen zur Problematik der Risikokommunikation im Bereich der Gentechnologie in der Bundesrepublik Deutschland; *Arbeiten zur Risikokommunikation*, Heft 4, Jülich 1988
- van Griensven, G. J. P., E. C. Boucher, M. Roos, R. A. Coutinho: Expansion of AIDS Case Definition, in: *The Lancet*, Vol. 338, 1991, No. 8773, p. 1012-1013
- Wachter, R. M.: AIDS, Activism, and the Politics of Health, in: *New England Journal of Medicine (NEJM)*, Vol. 326, 1992, No. 2, p. 128-133
- Wachter, R. M.: *The Fragile Coalition: Scientists, Activists, and AIDS*, St. Martins Press: New York 1991
- Weltz, F./V. Lullies: *Innovation im Büro*, Frankfurt/New York 1983
- Wildemann, A.: *Die modulare Fabrik. Kundennahe Produktion durch Fertigungssegmentierung*, München 1988
- Wilson, J. M. G./G. Jungner, *Principles of Screening of Disease*, WHO, Genf 1971

- Wimmer, H.: Bewältigung der Information über eine Krebserkrankung. Eine empirische Untersuchung über den Verlauf von Bewältigungsprozessen und Möglichkeiten der Unterstützung des Patienten, Wien 1989
- Zenilman, J. M./B. Erickson/R. Fox/C. A. Reichert/E. W. Hook III: Effect of HIV Posttest Counseling on STD Incidence, in: Journal of the American Medical Association, Vol. 267, 1992, No. 6, p. 843-845