

Rosenbrock, Rolf

Book Part — Digitized Version

Der HIV-Test ist die Antwort - aber auf welche Fragen? Vom Nutzen einer Diagnose für Prävention und Therapie

Provided in Cooperation with:

WZB Berlin Social Science Center

Suggested Citation: Rosenbrock, Rolf (2002) : Der HIV-Test ist die Antwort - aber auf welche Fragen? Vom Nutzen einer Diagnose für Prävention und Therapie, In: Rolf Rosenbrock, Doris Schaeffer (Ed.): Die Normalisierung von Aids: Politik - Prävention - Krankenversorgung, ISBN 3-89404-687-2, Edition Sigma, Berlin, pp. 127-146

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/122601>

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>.

Der HIV-Test ist die Antwort – aber auf welche Fragen?

Vom Nutzen einer Diagnose für Prävention und Therapie*

1. Problemstellung

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. Besonders augenfällig wird diese Chancenungleichheit beim Einsatz von medizinischen Diagnoseinstrumenten, die auch dann zum breiten Einsatz kommen, wenn aus den erhobenen Befunden gar keine oder keine hinreichend 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. 142ff.) in der Regel lediglich kleinere Expertenzirkel interessieren, fanden und finden Fragen des Einsatzes von Tests zur Feststellung der HIV-Infektion eine große Öffentlichkeit. Dies hängt zum einen allgemein mit den medizinischen und sozialen Besonderheiten von Aids zusammen (Bayer 1994), zum anderen damit, dass Fragen der medizinischen Ermittlung der HIV-Infektion die strategische Frontlinie zwischen den unter-

* Überarbeitete Fassung des Aufsatzes, zuerst 1994 veröffentlicht (Rosenbrock 1994b).

schiedlichen gesundheitspolitischen Strategien in Bezug auf HIV und Aids markieren (Kirp/Bayer 1992). Diese Konstellation hat unter anderem zur Folge, dass es kaum ein Diagnoseinstrument geben dürfte, das einerseits für ähnlich viele und unterschiedliche Zwecke vorgeschlagen und zum Teil auch eingesetzt wird, dessen Anwendung andererseits so scharf und gründlich beobachtet und kritisiert wurde.

Bei der Darstellung einiger der daraus resultierenden Auseinandersetzungen wird im Folgenden überwiegend auf die Auseinandersetzungen um den Test in der von 1987–1990 arbeitenden Enquetekommission „Gefahren von Aids und wirksame Wege zu ihrer Eindämmung“ des 11. Deutschen Bundestages Bezug genommen (Deutscher Bundestag 1988, 1990a), in der die wesentlich erscheinenden Fragen der deutschen Aids-Politik zugespitzt diskutiert wurden (vgl. Rosenbrock 1990b; Geene 1993; von Gayl 1993). Zum Teil werden auch Kontroversen aufgegriffen, die vom Bundesgesundheitsminister im Herbst 1993 angesichts vorgeblicher Versäumnisse des Bundesgesundheitsamtes entzündet und in der Presse häufig als „Aids-Blut-Skandal“ bezeichnet wurden (Kruse 1993; Kruse/Rückert 1993; Bräutigam/Kruse 1993; Dressler 1994).

2. Der HIV-Antikörper-Test

Wie nahezu jedes medizinische (und auch gesundheitspolitische) Instrument hat der HIV-Antikörper-Test erwünschte und unerwünschte Wirkungen. Diese sind – nach den Regeln der Kunst – sorgfältig festzustellen und gegeneinander abzuwägen. Danach darf ein Instrument oder eine Maßnahme dann und nur dann angewendet werden, wenn die erwünschten Wirkungen mit hinreichender Wahrscheinlichkeit zu erzielen sind, wenn die erwünschten die unerwünschten Wirkungen eindeutig übertreffen und wenn die unerwünschten Wirkungen insgesamt tolerabel sind. Erwünschte und unerwünschte Wirkungen bestimmen sich zum einen am Interventionsziel (zum Beispiel der Prävention oder auch der Krankenbehandlung), zum anderen aber auch an anderen gesellschaftlichen Zielen, wie zum Beispiel der Aufrechterhaltung persönlicher Freiheiten, der Minderung von sozialpolitischen Risiken usw.

Dass sich unter diesen Aspekten ein kritischer Blick auf den Test lohnt, erhellt sich aus den weitreichenden Konsequenzen, die aus einem positiven Testergebnis gezogen werden:

- (a) *Medizinische Konsequenz:* Nach einer unbekannt langen Periode vollständiger Symptomlosigkeit, die weit über zehn Jahre dauern kann, wird die Person mit unbekannter, aber sehr hoher Wahrscheinlichkeit eine chro-

nische und durchweg tödliche Krankheit entwickeln, gegen die die Medizin gegenwärtig keine wirksamen präventiven oder kurativen Mittel hat.

- (b) *Public-Health-Konsequenzen:* Das HIV-positiv getestete Individuum wird als Träger eines Agens angesehen, das vor allem durch penetrierenden ungeschützten Geschlechtsverkehr, durch die Benutzung unsteriler Injektionsspritzen, durch Blutspenden und – über die Plazenta oder während der Geburt – von der Mutter auf das Kind übertragen werden kann.
- (c) *Soziale Konsequenzen:* Ein positives Testergebnis dokumentiert – potenziell immer auch öffentlich –, dass die betroffene Person in einer unbekannteren, aber begrenzten Anzahl von Jahren wahrscheinlich vorzeitig sterben wird. Bei gegenwärtigen Stand der Epidemie in reichen Industrieländern kann darüber hinaus aus einem positiven Testergebnis mit hoher Wahrscheinlichkeit geschlossen werden, dass die betroffene Person homosexuell oder i.v.-Drogenbenutzer ist, also zu einer Bevölkerungsgruppe gehört, die – aus unterschiedlichen Gründen und in unterschiedlichem Ausmaß – diskriminiert bzw. verfolgt wird.

Die *erwünschte Wirkung* von Tests auf HIV ist im ersten Schritt die Bestimmung des Infektionsstatus einer Person (Diagnose) oder einer Bevölkerung (Screening). Die Bestimmung des Infektionsstatus durch direkten Nachweis bzw. Anzuchtung des Virus ist bislang nur mit großem Aufwand und relativ hoher Unsicherheit möglich. Die auf dem Markt befindlichen Tests ermitteln deshalb, ob das Immunsystem der getesteten Person Antikörper (Ak) zum Virus gebildet hat.¹

Im Vergleich mit anderen medizinischen Tests bzw. Diagnoseinstrumenten ist die mittlerweile erreichte Zuverlässigkeit des HIV-Antikörper-Tests sehr hoch. Das gilt insbesondere für den heute als ‚state-of-the-art‘ angesehenen seriellen Einsatz eines Suchtests (vor allem ELISA), der möglichst alle auch nur grenzwertig positiven Blutproben ermitteln soll (hohe Sensitivität), und – bei allen „verdächtigen“ Proben – eines Bestätigungstests (vor allem Western Blot), der möglichst sicher die tatsächlich HIV-Antikörper-haltigen Blutproben ermitteln soll (hohe Spezifität). Trotzdem können falsch negative Befunde (unentdeckt bleibende Infizierte: Defizite in der Sensitivität) und falsch positive

1 Da sich Antikörper zwar nach nahezu jeder Infektion, aber erst acht bis zwölf Wochen, in wenigen Fällen auch erst mehr als 26 Wochen nach dem wirksamen Viruskontakt bilden, liegt hier das erste Defizit des Messinstruments: Frische Infektionen sind nicht zu ermitteln, trotz erheblicher Anstrengungen zur technischen Verbesserung bleibt beim HIV-Antikörper-Test bis zur Entwicklung von Antikörpern ein „diagnostisches Fenster“ (Pauli/Koch 1993).

Befunde (als infiziert diagnostizierte Nicht-Infizierte: Defizite der Spezifität) nicht restlos verhindert werden.

Nach Herstellerangaben und Untersuchungen des US-Office of Technology Assessment konnte schon 1987 bei fehler- und verwechslungsfreier Blutentnahme, Logistik und (Such- und Bestätigungs-) Testung auf diese Weise eine Sensitivität von 0,99 (von 100 Infizierten werden 99 entdeckt) und eine Spezifität von 0,99995 (auf 20.000 Tests kommt ein falsch positiver Befund) erreicht werden (Mücke 1988; Deutscher Bundestag 1990a). Neuere Untersuchungen, die auch die erzielten Fortschritte in der Testtechnologie und -logistik berücksichtigen, gehen davon aus, dass unter idealen (das heißt technisch fehlerfreien) Bedingungen vier von 1.000, unter tatsächlichen Bedingungen sechs von 1.000 negativen Befunden falsch sein können. Ein falsch positiver Befund kommt nach diesen Berechnungen unter idealen Bedingungen auf 20.000 Tests, unter tatsächlichen Bedingungen auf 1.250 Tests (Bloom/Glied 1991). Diese Werte decken sich mit Untersuchungen des US-Center for Disease Control (CDC) (MMWR 1990) und liegen auch deren Evaluationen von Testprogrammen zugrunde (Holtgrave et al. 1993).

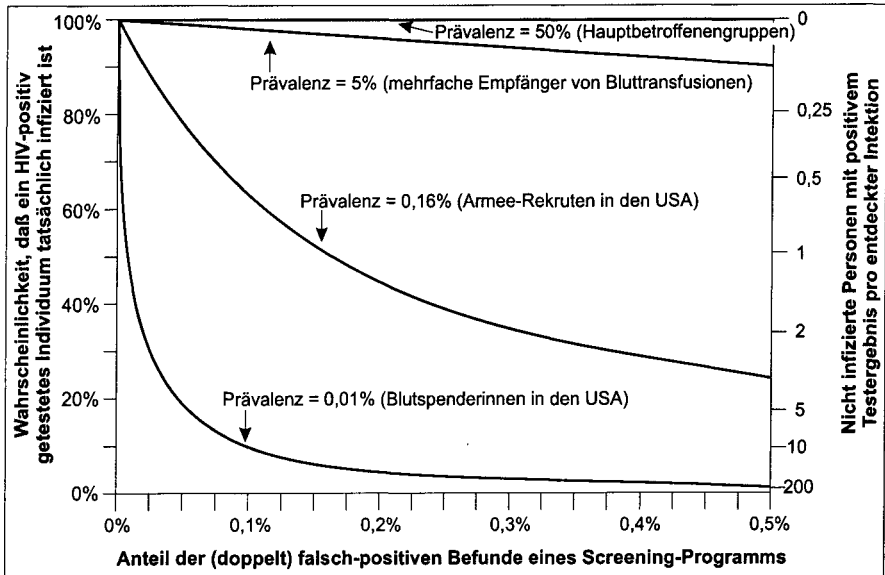
Andere Untersuchungen kommen vor allem hinsichtlich der falsch positiven Befunde zu erheblich schlechteren Ergebnissen (Papadopoulos-Eleopolous et al. 1993), die US-Armee behauptet für ihr Rekruten-Screening wesentlich bessere Werte (Burke et al. 1988). Eine letzte Sicherheit über die tatsächliche Höhe der Defizite in der Testsicherheit ist nicht zu gewinnen: Testmethoden, Indikatoren und Interpretationen wurden im Lauf der Zeit mehrfach verändert, es gibt keinen „Gold-Standard“ für unbezweifelbare Validität, die Fehlerquellen der verschiedenen Testfabrikate und -arten sind möglicherweise nicht unabhängig voneinander (Meyer/Pauker 1987). Nur ein (unbekannt großer) Teil der falsch positiven Befunde ist auf Hintergrund-Infektionen (zum Beispiel Rheuma-Faktor) zurückzuführen und kann durch wiederholtes Testen in größeren Zeitabständen abgeklärt werden, in (unbekannt vielen) anderen Fällen verweist der falsch positive Test bei den untersuchten Personen auf bleibende Anomalien in der Biochemie des Blutes, die nichts mit HIV zu tun haben.

Zum gesundheitspolitischen Problem werden diese doch recht gering anmutenden Fehlerquoten durch den Umstand, dass die Zuverlässigkeit eines individuellen Testergebnisses nicht nur von der Präzision des Messinstruments, sondern auch von der Wahrscheinlichkeit des gesuchten Befundes in der jeweils untersuchten Population abhängt (Satz von Bayes; vgl. Galen/Gambiano 1975).

Diesen Zusammenhang verdeutlicht Graphik 1. Die waagerechte Achse zeigt den Anteil falsch positiver Tests (bei Einsatz von Such- und Bestätigungstests). Die senkrechte Skala links zeigt die Wahrscheinlichkeit, dass eine Person mit einem positiven Testergebnis tatsächlich infiziert ist. Die senkrechte Skala

rechts gibt an, wie viele falsch positive Befunde auf jeden tatsächlich positiven Befund kommen. Die Sensitivität ist in der Graphik mit 100 Prozent angenommen. Die vier Kurven in der Graphik gelten für vier unterschiedliche Untersuchungspopulationen mit je unterschiedlicher Prävalenz der HIV-Infektion. Die stark gezeichnete Kurve gilt für Bevölkerungsgruppen mit niedriger HIV-Prävalenz.

Graphik 1: Der prädikative Wert (positive predictive value) eines positiven HIV-Antikörper-Tests (Such- und Bestätigungstests) in Abhängigkeit von Spezifität und Prävalenz



Quelle: Meyer/Paukner (1987, S. 240)

Beträgt zum Beispiel die Prävalenz des Virus in einer Bevölkerungsgruppe 20 Prozent, dann ist der ‚positive predictive value‘, also die Wahrscheinlichkeit der Aussage, dass ein bestätigtes positives Testergebnis auch tatsächlich eine stattgefunden Infektion anzeigt, bei einer Testspezifität von 0,99995 immerhin mit 99,9975 Prozent anzusetzen. Für Untersuchungen in risikotragenden Gruppen ist damit der Test ein nahezu sicheres Diagnoseinstrument. Geht es aber zum Beispiel um eine unauffällige Population von männlichen Blutspendern in der Bundesrepublik mit einer ungefähren Virusprävalenz von 0,01 Prozent (Kubanek et al. 1993), dann sinkt der ‚positive predictive value‘ auf 17 Prozent

ab, das heißt die Chancen, dass ein gefundenes und bestätigtes positives Ergebnis falsch ist, betragen ungefähr 5 : 1. Wenn nun durch sorgfältige Risikoanamnese jedes HIV-Risiko aufgeschlossen werden kann, mag man das Ergebnis halbwegs beruhigt auf den Aktenstoß „unerklärliche Fälle“ legen. Unlösbar wird das Problem allerdings, wenn zum Beispiel ein durchweg treuer Ehemann über einen Prostituierten-Kontakt in den letzten zehn Jahren zu berichten weiß oder wenn eine Ärztin Schleimhautkontakte mit HIV-infiziertem Patientenblut hatte: Es gibt kein sicheres Kriterium, um zu entscheiden, ob ein positives Testergebnis in einem solchen Falle richtig oder falsch positiv ist.²

Die *unerwünschten Wirkungen* des Tests sind bekannt. Die Mitteilung eines positiven Testergebnisses ist eine schwere psychische und soziale Verletzung, ein lebensveränderndes Ereignis mit allen damit verbundenen Risiken für den sozialen Status und die Gesundheit der Betroffenen (Clement/Becker 1989; Wilkie 1987; Jacobsberg/Fishman 1990; Franke 1990). Abhängig von der Qualität des sozialen Netzwerkes benötigen zwischen zehn Prozent und 50 Prozent dieser physisch völlig gesunden Menschen zum Teil langanhaltende psychotherapeutische Unterstützung, um mit Depressionen, Suizidtendenzen, Panik, Hysterie, Verlust rationaler Handlungskontrolle, sozialer Isolation und dem häufigen Verlust von beruflicher und sozialer Perspektive fertig zu werden.

Im Hinblick auf die Frage der Zweckmäßigkeit und ethischen Zulässigkeit des HIV-Antikörper-Tests an asymptomatischen Menschen ergibt dieser kurze Vergleich der nur mit bleibender Unsicherheit zu erzielenden erwünschten Wirkungen mit den häufig auftretenden unerwünschten Wirkungen zumindest das Ergebnis einer generellen Zurückhaltung und der Beschränkung des Einsatzes auf individuelle Fälle in plausiblen Risikokonstellationen (zum Beispiel Differenzialdiagnose, Beratung von risikoexponierten Frauen mit Kinderwunsch,

2 Würde man, wie es der Bundesgesundheitsminister im November 1993 vorschlug (Kriener 1993), alle ärztlichen Blutentnahmen – außer bei explizitem Widerspruch des jeweiligen Patienten oder der jeweiligen Patientin – auf HIV-Antikörper testen, so wäre – die Bereitschaft zur Aufbringung der auf ca. 1,8 Milliarden DM geschätzten Kosten (Deutsches Ärzteblatt 1993), die Existenz einer entsprechenden technischen Infrastruktur und die Schaffung von Kapazitäten der Testberatung bei positivem und negativem Testbefund vorausgesetzt – bei den anfallenden ca. 15 Millionen Blutproben und der von den CDC unterstellten Spezifität von 0,9992 (Holtgrave et al. 1993) mit ca. 12.000 falsch positiven Ergebnissen aus Such- und Bestätigungstest zu rechnen. Zum Vergleich: Die Anzahl der nicht auf HIV-Antikörper getesteten, infizierten Personen außerhalb der hauptsächlich betroffenen Gruppen der Schwulen und Fixer kann auf Basis differenzierter und vielfach kontrollierter Berechnungen in Deutschland auf ca. 4.000 geschätzt werden (Kirschner 1993, S. 172). Der ‚positive predictive value‘ positiver Befunde in einem solchen ungezielten Massenscreening läge damit deutlich unter 50 Prozent.

persönliche Risikobilanz) sowie zur Sicherung von Blut und Blutprodukten.³ Zum anderen sind – unabhängig vom Testergebnis – ausführliche individuelle Beratungen vor und nach dem Test erforderlich (Becker/Clement 1989; Deutscher Bundestag 1988, 1990a), um – im Falle eines positiven Befundes – die iatrogenen Schäden dieses medizinischen Damoklesschwertes zu minimieren und – bei negativem Befund – das verbreitete Missverständnis der persönlichen Sicherheit auch für die Zukunft auszuräumen.

3. Testzwecke

Dergleichen Sensibilität im Umgang mit den Regeln der ärztlichen Kunst sucht man bei den Vorschlägen zum Testen indes häufig vergebens. Exemplarisch soll das Für und Wider im Folgenden an Vorschlägen zum Testeinsatz

- im Rahmen einer individuellen Suchstrategie als Mittel der Verhaltenskontrolle,
- im Rahmen der gesellschaftlichen Lernstrategie als Mittel der Verhaltensbeeinflussung,
- zur Verhütung von Infektionen außerhalb bekannter Risikosituationen,
- zur Verhütung von Mutter-Kind-Infektionen,
- für den epidemiologischen Überblick (HIV-, Surveillance') sowie
- im Rahmen medizinischer Sekundärprävention als Eintrittspforte zur medizinischen Frühbehandlung

dargestellt werden.

(a) *Individuelle Suchstrategie*: Vor allem in den achtziger Jahren (zum Beispiel Frösner 1987; Bock et al. 1987; M. G. Koch 1988; Gauweiler 1989), aber auch später immer wieder sporadisch auftauchend (zum Beispiel Halter 1993; Gauweiler 1993), werden „regelmäßige serologische Reihenuntersuchungen der gesamten erwachsenen Bevölkerung ... in Kombination mit Auflagen für Infizierte“ (Frösner 1987, S. 61) als effiziente Strategie gegen die HIV-Epidemie vorgeschlagen. Die damit gemeinte Suchstrategie steht unter der Leitfrage: Wie ermitteln wir möglichst viele individuelle Infektionsquellen, und was können wir tun, um diese Infektionsquellen stillzulegen? Strategien dieses Typus haben

3 Spätestens seit Oktober 1985 wird in der BRD das Risiko einer Infektion durch Blut und Blutprodukte im Wesentlichen nach den Regeln der verfügbaren Technik minimiert. Es liegt derzeit zwischen 1 : 1.000.000 und 1 : 3.000.000 pro Anwendung. Pro Jahr wird in Deutschland über ein bis zwei Infektionen auf diesem Transmissionsweg berichtet.

auch zum Sieg über die klassischen Infektionskrankheiten nie den entscheidenden Beitrag geleistet. Im Kampf gegen sexuell übertragbare Krankheiten waren sie nur dort von (eingeschränktem) Nutzen, wo die Krankheit sofort sicher diagnostizierbar und umstandslos leicht therapierbar war (Syphilis) sowie die betroffenen Populationen in einem besonderen Gewaltverhältnis zum Staat standen (zum Beispiel kasernierte Soldaten mit de facto staatlich organisierter Prostitution) (Brandt 1987). In Bezug auf Aids sprechen noch weitere Gründe gegen den Einsatz dieser Strategie (Bayer 1994).

Zumindest offiziell wurde deshalb die Auseinandersetzung um die Aids-Strategie in nahezu allen Ländern gegen die Suchstrategie und zugunsten der gesellschaftlichen Lernstrategie (siehe unten (b)) entschieden, die damit den heute weltweit dominanten und auch von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) propagierten Typ des Risikomanagements darstellt (Lampthey et al. 1993; Kirp/Bayer 1992; Rosenbrock 1994e).

Der epidemiologisch messbare Erfolg und das Kriterium der Bürgerrechte geben dieser Entscheidung Recht: Wo diese Politik umgesetzt wurde, haben sich zumindest in den hauptsächlich vom HIV-Risiko betroffenen Gruppen dramatische Einstellungs- und Verhaltensänderungen ereignet. Sie übertreffen in Ausmaß und Zeitstabilität sämtliche Beispiele aus der bisherigen Geschichte von Prävention und Public Health. Das zeigt sich im Vergleich zum Beispiel mit der Durchsetzung der persönlichen Hygiene im Kampf gegen die alten Infektionskrankheiten in industrialisierten Ländern, mit der Zahnhygiene, dem Zigarettenrauchen, der Bewegung, der Ernährung, dem Gebrauch legaler und illegaler Drogen. Es hat sich als möglich erwiesen, mit den Mitteln der Politik durch öffentlich vermitteltes Lernen Verhalten auch in Tabu- und Illegalitätsbereichen zu beeinflussen (Rosenbrock/Salmen 1990; Rosenbrock 1994e).

(b) *Gesellschaftliche Lernstrategie*: Strittig ist die Frage, ob der Test sinnvoll im Rahmen der gegenwärtig gesundheitspolitisch dominanten Lernstrategie eingesetzt werden kann und soll (Deutscher Bundestag 1988, 1990a). Die Einbeziehung des Tests in dieser Strategie steht unter dem zunächst einleuchtend klingenden Satz „Nur wer seinen Serostatus kennt, verhält sich verantwortungsbewusst“. Insoweit dem die Vorstellung zugrunde liegt, dass fehlendes Wissen ein Hinderungsgrund für präventives Verhalten sei, basiert dies auf zwei Denkfehlern: Zum einen gelten für Nicht-Infizierte und Infizierte im Zweifel, das heißt in Risikosituationen, die gleichen Präventionsregeln. Diese müssen gewusst und vor allem umgesetzt und angewendet werden.⁴ Zum anderen weisen Berichte aus Aids-Beratungsstellen, Aids-Hilfen, Gesundheitsämtern,

4 Zu den Schwierigkeiten der Vorsatzbildung und Umsetzung: (vgl. Clement et al. 1990; Gerhards/Schmidt 1992; Heckmann/Koch 1994).

Arztpraxen und anderen Teststellen übereinstimmend darauf hin, dass Menschen, die tatsächlich infiziert sein könnten, dies auch in aller Regel wissen. Die Gegenprobe: Die extrem wenigen HIV-Antikörper-Träger unter den Blutspendern stammen – geht man den Fällen nur genügend nach – durchweg aus risikotragenden Gruppen (Hamouda et al. 1993). Die Figur des „ahnungslos andere Menschen ansteckenden Infizierten“ ist unter epidemiologischem Gesichtswinkel ein gesundheitspolitisches Artefakt.

Ist es also kaum ein Defizit des Wissens, das durch den Test im Rahmen der Lernstrategie behoben werden soll, so kann es sich nur um ein Motivationsproblem handeln, sozusagen in Umkehrung des Satzes: „Was ich nicht weiß, macht mit nicht heiß.“ Soll der Test in diesem Sinne eingesetzt werden, so ergeben sich methodologische und auch ethische Probleme, die meist übersehen werden:

Der Test wird – in Kenntnis seiner unerwünschten Wirkungen – nicht zum gesundheitlichen Nutzen des Patienten angewendet, sondern zum Nutzen der „Gesundheit der Bevölkerung“. Der gesundheitlich zum Teil massive Schaden, der den Probanden damit zugefügt wird, wird in Kauf genommen. Der Arzt nimmt dabei gegen die Interessen seines Patienten den Standpunkt der Volksgesundheit ein. Da liegt das ethische Problem.⁵

Das methodologische Problem ergibt sich daraus, dass die „an sich“ unerwünschte Wirkung des Tests (nämlich das Warten auf das Testergebnis, die Mitteilung desselben und die psychische Verletzung, besonders dann, wenn es positiv ist) zur eigentlich erwünschten Wirkung gemacht wird. Dem liegt die Vermutung zugrunde, dass die Phase des Wartens bzw. die Mitteilung des Ergebnisses einen für die Prävention sinnvollen psychischen „Schock“, zumindest aber einen Lernimpuls auslöst.

Zur empirischen Frage der Verhaltenswirksamkeit des HIV-Antikörper-Tests liegen zwei Überblicksstudien vor, die – differenziert nach Betroffenenengruppen – Befunde zu den Testmotiven und zu den Reaktionen auf positive wie negative Testergebnisse aus vierzig (Michel 1988) bzw. fünfzig (Higgins et al. 1991) Studien zusammenfassen. Daraus lässt sich nicht belegen, dass Test und Ergebnismitteilung eine nachhaltig positive Wirkung auf das präventionsrelevante Verhalten ausüben. Die durch Test und Ergebnismitteilung bei einem begrenzten Anteil der Probanden erzielbaren (handlungsleitenden?) Vorsatzbildungen und (zeitstabilen?) Verhaltensänderungen liegen nicht höher als diejenigen, die durch eine professionell gestaltete und betroffenennah durchgeführte Strategie der Verhaltensbeeinflussung (Aufklärung und Beratung) ohne Test zu erzielen sind. In der Effektivität der Präventionsbemühungen unterscheiden sich Länder,

⁵ In § 1 der Berufsordnung der deutschen Ärzte wird diese Frage offen gelassen: „Der Arzt dient der Gesundheit des einzelnen Menschen und der ganzen Bevölkerung.“

die wie Schweden massiv auf (freiwillige) Testung setzen, nicht von Ländern, in denen namentlich promisk lebenden Menschen vom Test abgeraten wird (zum Beispiel „Testentmutigungspolitik“ in den Niederlanden). Länder mit anerkannt erfolgreicher Präventionsstrategie wie die Schweiz fordern nicht zum Test auf (Kocher 1993). Der in San Franzisko in den achtziger Jahren erreichte faktische Stillstand in der Ausbreitung von Aids war ebenfalls nicht Produkt einer Testkampagne, sondern einer von der ‚gay community‘ selbst organisierten professionell ausgefeilten Strategie der Verhaltensbeeinflussung (Peyton 1989). Zudem bringt jede Testkampagne in Bezug auf das Präventionsziel auch unerwünschte Wirkungen hervor: Signifikant viele negativ Getestete verhalten sich trotz aller Aufklärung nach dem Test riskanter als vorher. Das Gleiche gilt auch für eine offenbar verschwindend geringe Gruppe unter den positiv Getesteten. Sie sind unter dem hier diskutierten Aspekt weniger als „Kriminelle“ und „Desperados“ zu betrachten, sondern als das iatrogene Ergebnis eines nicht fundierten „Therapiekonzepts“, in dessen Mittelpunkt die Zweckentfremdung eines Diagnoseinstruments steht. Die Vermischung bzw. gleichzeitige Sendung der Botschaften „Testen lassen“ und „Safer Sex“ verstößt zudem gegen das Gebot der Widerspruchsfreiheit und größtmöglichen Simplizität von massenmedial vermittelten Verhaltensratschlägen.

Entscheidend für den Präventionserfolg ist demnach nicht der Test oder die Intensität, mit der er angeboten wird, sondern die Qualität der Präventionskampagne einschließlich der persönlichen Beratung (Rosenbrock 1992b). Nachdem in den ersten Jahren der Aids-Politik in der Bundesrepublik der Test breit, ungezielt und unkontrolliert im Rahmen der gesellschaftlichen Lernstrategie eingesetzt worden war, ohne die damit verbundenen Probleme der Ethik und der Wirksamkeit auch nur annähernd zu klären (offizieller Slogan: „Wer soll sich testen lassen? Jeder der glaubt, er könnte sich angesteckt haben.“), wurde erst Ende der achtziger Jahre den hier skizzierten Einwänden Rechnung getragen (Slogan: „Wer soll sich beraten lassen? Jeder der glaubt, er könnte sich angesteckt haben.“).

(c) *Verhütung von Infektionen außerhalb bekannter Risikosituationen:* Besonders in Krankenhäusern, Einrichtungen der Drogentherapie, aber auch in Schulen, Betrieben und Gefängnissen wurde in den achtziger Jahren häufig (und wird heute vereinzelt immer noch der obligatorische HIV-Antikörper-Test zum Schutz von Personal oder Kollegen bzw. Mitpatienten oder Mitinsassen gefordert. Umgekehrt wird auch die Forderung des Zwangstests für „körpernahe“ Berufsgruppen (Ärzte, Pflegepersonal, Frisöre, Köche etc.) erhoben (vgl. Deutscher Bundestag 1988, 1990a).

Ogleich auch in diesen Institutionen außerhalb der bekannten Risikosituationen ein relevantes Infektionsrisiko nicht besteht, kann die Übertragung durch

Blutkontakt mit Aids-Kranken in Krankenhäusern (Nadelstichverletzungen, Einbringen von infiziertem Blut in offene Wunden) nicht mit letzter Sicherheit ausgeschlossen werden. Unter ca. 11.000 Aids-Fällen in Deutschland wurde von den meldenden Ärzten eine Infektion durch berufliche Exposition in der medizinischen Versorgung in sechs Fällen für wahrscheinlich gehalten, als gesichert gilt ein Fall (Hamouda et al. 1993). Die Mehrzahl der in den USA bekannt gewordenen Fälle beziehen sich auf Infektionen, in denen der Serostatus bzw. die Aids-Erkrankung des Patienten bekannt war, der Test also keine Erhöhung der Sicherheit gebracht hätte (MMWR 1988). Die immer wieder auftauchende Forderung eines Screenings auf HIV bei der Krankenhausaufnahme kann angesichts dieser Risikodimensionen als Beleg dafür gewertet werden, dass der Test als „end in itself“ angesehen wird. Dies ergibt sich auch aus einem Vergleich mit anderen Risiken der Krankenbehandlung: Durch krankenhausbedingte Infektionen erkranken jedes Jahr in Deutschland etwa eine Million Menschen, 20.000 bis 30.000 Menschen sterben daran, ca. 30 bis 50 Prozent dieser Infektionen gelten als vermeidbar (Rüden/Daschner 1993). Die Zahl der durch Röntgenuntersuchungen verursachten Sterbefälle wird in Deutschland auf jährlich mindestens 2.500 Patienten geschätzt, von denen ein erheblicher Teil durch Reduktion der Anzahl der Aufnahmen sowie durch technische Verbesserungen der Geräte verhindert werden könnte (Jung 1991).

Besonders absurd ist die Situation in Gefängnissen (Singhartinger 1987; Arbeitsgemeinschaft Deutscher Aids-Stiftungen 1992): Solange der Strafvollzug gegen jede Evidenz als sex- und drogenfreier Raum definiert wird und deshalb die technischen Voraussetzungen der Prävention (Spritzbestecke, zum Teil auch immer noch Kondome) ausgesperrt bleiben, kann über die Sinnhaftigkeit von mehr oder weniger freiwilligen Testprogrammen (Deutscher Bundestag 1990a) nicht ernsthaft diskutiert werden. Wer in Gefängnissen mit i.v.-Drogen in Berührung kommt, wird mit hoher Wahrscheinlichkeit infiziert. An den wenigen eingeschmuggelten Spritzbestecken („Stationspumpen“) „hängen“ bis zu 25 Personen, der Drogenfluss in die Gefängnisse konnte trotz aller repressiven Bemühungen niemals unterbrochen werden.

Eine gewisse Beruhigung in Bezug auf Testforderungen hat sich in deutschen Unternehmen ergeben, nachdem offenbar allen beteiligten Akteurguppen (Management, Arbeitsschutz, Berufsgenossenschaften, Belegschaftsvertretung) klar geworden ist, dass der durch solche Programme entzündbare Konfliktstoff in keinem vernünftigen Verhältnis zu einem erzielbaren Präventionserfolg stehen kann (Bruns et al. 1991).

(d) *Verhütung der Mutter-Kind-Infektion:* Das Kind einer HIV-infizierten Mutter trägt ein Risiko von 20 bis 30 Prozent, an Aids zu erkranken. Die Infektion kann sowohl über die Plazenta als auch während des Geburtsvorgangs erfol-

gen. Deshalb wird es als rational angesehen, Müttern mit anamnestisch ermitteltem Infektionsrisiko den HIV-Antikörper-Test im Rahmen der Schwangerschaftsvorsorge anzubieten, um den Parameter der Erkrankungs Wahrscheinlichkeit des Kindes in die Entscheidungsfindung über das Austragen des Kindes einzubeziehen. In einigen Staaten der USA, darunter in Illinois, wurde die Vorlage von Bescheinigungen über negative HIV-Antikörper-Tests zur zwangsweisen Voraussetzung der Eheschließung erhoben. In einer methodisch unangreifbaren Studie auf der Basis von ‚Best-case‘-Annahmen in Bezug auf Programm- und Test-Umsetzung kamen P. D. Cleary und Mitarbeiter (Cleary et al. 1988) zu dem Ergebnis, dass in den USA mit solchen Zwangstests weniger als 0,1 Prozent der HIV-infizierten Personen für den Preis von mehr als 100 Millionen Dollar entdeckt werden könnten. Mehr als 100 Infizierten würde die „Ehetauglichkeit“ auf Basis eines falsch negativen Befundes bescheinigt werden, gleichzeitig sei mit 350 falsch positiven Resultaten pro Jahr zu rechnen. Insgesamt könnten auf diese Weise maximal 250 Mutter-Kind-Übertragungen in den USA verhindert werden. Im Untersuchungszeitraum wurden zum Beispiel in New York 75 Prozent der HIV-infizierten Kinder von unverheirateten Frauen zur Welt gebracht. Der HIV-Antikörper-Test als Voraussetzung zur Eheschließung wurde in den USA inzwischen wieder abgeschafft.

(e) *Epidemiologische Forschung und Beobachtung*: Gesundheitspolitik als rationales Management von Gesundheitsrisiken und -problemen soll sich nicht zuletzt am epidemiologischen Gewicht unterschiedlicher Risiken und Krankheiten orientieren. Gesundheitsberichterstattung, die Informationen über die Verteilung von Risiken einschließt, soll ein Steuerungsinstrument der Gesundheitspolitik sein (Rosenbrock 1993a). Von daher erscheint die Forderung nach möglichst genauer Kenntnis der Verbreitung, Verteilung und Dynamik einer tödlichen Infektionskrankheit wie Aids einleuchtend. Bestehende Kenntnislücken werden aber auch immer wieder zum Anlass genommen, Massentests für die gesamte Bevölkerung oder definierte Teilpopulationen vorzuschlagen (vgl. zum Beispiel GMDS 1989). Zur Sicherung des informationellen Selbstbestimmungsrechts (Deutscher Bundestag 1988, 1990a) und zur Vermeidung des Problems der Weitergabe falscher Testergebnisse sowie zur Umgehung der *lege artis* mit jedem Test verbundenen individuellen Beratung wird hierfür das Verfahren des „anonymous unlinked testing“ (AUT) vorgeschlagen, bei dem zum Beispiel Blutreste aller ärztlich gewonnenen Blutentnahmen auf HIV-Antikörper getestet und damit epidemiologische Informationen gewonnen werden sollen (Wolter et al. 1992; Beckstein 1992).

Allerdings sollte auch die Befriedigung dieses Erkenntnisdrangs kein „end in itself“ sein, sondern muss sich – unter Abwägung der erwünschten und uner-

wünschten Wirkungen – an den mit seiner Realisierung erreichbaren Ziele ausweisen. Genannt werden in diesem Zusammenhang drei Ziele:

- (1) „Eine genaue Einschätzung der epidemiologischen Situation, und zwar alters-, geschlechts- und regionbezogen;
- (2) ein gezielter Einsatz präventiver Maßnahmen;
- (3) eine Vorbereitung medizinischer Einrichtungen im stationären und ambulanten Bereich auf die Versorgung der zukünftigen Aids-Patienten“ (Beckstein 1992, S. 396).⁶

Ein wesentlicher Beitrag des AUT zum Erreichen dieser Ziele konnte freilich nicht gezeigt werden: Ein Pilotprojekt zur Erprobung an fünf bayerischen Kliniken erbrachte weder hinsichtlich der globalen noch der gruppenspezifischen Prävalenzbestimmung der HIV-Infektion, weder für die Ausrichtung und Fokussierung der Primärprävention noch für die Planung medizinischer Versorgungskapazitäten neue Erkenntnisse mit Handlungsrelevanz (Fechter 1992; Kirschner 1993, S. 129ff.). Vielmehr zeigte sich, dass die angestrebten Ergebnisse auch ohne ein solch aufwendiges Verfahren zu gewinnen sind bzw. das Verfahren selbst keine Antwort auf die von der Praxis gestellten Fragen zu geben vermag.

Auf Basis einer methodologisch sorgfältigen Zusammenführung der bestehenden Erkenntnisquellen zur Verbreitung der HIV-Infektion kommt Kirschner (1993, S. 190f.) zu dem Ergebnis, „dass trotz der bestehenden inhaltlichen und methodischen Probleme von Systemen der HIV-„Surveillance“ und der Unmöglichkeit einer exakten Prävalenzbestimmung mit einzelnen vorgeschlagenen und diskutierten Ansätzen auf der Grundlage der administrativen „Surveillance“-Systeme und der synoptischen Einbeziehung der Ergebnisse der ANOMO-Untersuchung⁷, der Daten des Blutspendescreenings des DRK [des Deutschen Roten Kreuzes; Anm. d. Verf.] und Serountersuchungen an eng definierten Zielgruppen (Risikogruppen, Schwangere) eine epidemiologische Analyse und Bewertung des Infektions- und Krankheitsgeschehens auf einem Niveau mög-

6 Gelegentlich – so nach Presseberichten auch im gleichsinnigen Vorschlag des Bundesgesundheitsministers vom November 1993 (vgl. Kriener 1993; Deutsches Ärzteblatt 1993) – wird auch die Ermittlung bislang unerkannt Infizierter zur Effektivierung der Prävention als weiteres Ziel genannt. Dazu müsste freilich jedes Testresultat mitgeteilt, die Anonymität des Verfahrens aufgehoben werden. Die daraus folgenden Notwendigkeiten des Aufbaus von zeitlichen und qualifikatorischen Kapazitäten für ca. 15 Millionen Testberatungen in Arztpraxen und Krankenhäusern scheint bei solchen Vorschlägen nicht bedacht zu werden. Im Übrigen richten sich gegen diesen Testzweck die gleichen Einwände wie gegen seinen Einsatz im Rahmen der gesellschaftlichen Lernstrategie (vgl. oben (c)).

7 Dies ist ein seit 1988 laufendes Projekt zum anonymen Monitoring von HIV-Infektionen und Aids in den Praxen niedergelassener Ärzte (vgl. Kirschner 1993, S. 22ff.).

lich ist, welches quantitativ und qualitativ durchaus vergleichbar, wenn nicht besser ist als bei jedem anderen epidemiologischen Forschungsgebiet in der BRD, sieht man einmal von den kardiovaskulären Erkrankungen ab“.

Für die Ausgestaltung, Gewichtung und Fokussierung von Aids-Prävention greifen Instrumente des HIV-Screenings generell zu spät. Erforderlich sind hierfür Informationen über die Verbreitung und Dynamik von Risikoverhalten in risikotragenden Bevölkerungsgruppen. Ein solches ‚risk mapping‘ ist durch sozialwissenschaftliche Erhebungsmethoden aber erheblich zielführender zu gestalten als durch Tests in Populationen mit unklarem Risikobezug (Kleiber 1989; Dannecker 1991; Bochow 1993a).

Angesichts der stabilen epidemiologischen Entwicklung (Hamouda et al. 1993) und damit auch der Vorhersagbarkeit künftiger Patientenzahlen sowie der gerade im Umgang mit Aids erwiesenen Flexibilität des Versorgungssystems (Schaeffer et al. 1992a) versprechen auch zusätzliche Informationen über die Verbreitung von HIV in der Bevölkerung keinen wesentlichen Nutzen für die Planung und den Ausbau von ambulanten und stationären Versorgungskapazitäten.

(f) *Medizinische Sekundärprävention:* 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 (McKinley et al. 1989; Marmot et al. 1987). Darüber hinaus ist bekannt, dass für einen großen Teil 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 auszuweiten (Foucault 1973; Rosenbrock 1993a; Kühn 1993). Es kann also nicht überraschen, dass sich die Fragen nach dem Nutzen der Medizin und den Grenzen der Medikalisierung gegenwärtig⁸ speziell im Hinblick auf die Sekundärprävention (Frühbehandlung) der HIV-Infektion stellen.

Mit Azidothymidin (AZT, Zidovudine; Handelsname: Retrovir) und Pentamidin sind seit einigen Jahren Substanzen im Einsatz, die bei manifest an Aids oder klinisch manifestierten Vorformen Erkrankten die Progression der Erkrankung zumindest für begrenzte Zeit verzögern können (Fischl et al. 1987; Sattler et al. 1988). Als Konsequenz dieser Behandlungserfolge stellte sich die Frage, ob die Gabe dieser Substanzen auch bei symptomlos HIV-Infizierten den Krank-

8 Die folgenden Ausführungen beziehen sich auf eine Diskussion zu Beginn der neunziger Jahre, als der vorliegende Text zum ersten Mal veröffentlicht wurde.

heitsausbruch verzögert, den Krankheitsverlauf mildert und/oder das Leben verlängert. Einige Mediziner halten die dazu vorliegenden Studien für so überzeugend, dass sie – zum Teil in Abweichung von ihrer ursprünglich eingenommenen Haltung – alle Menschen mit einem Infektionsrisiko zum HIV-Antikörper-Test aufrufen wollen, weil auf diese Weise durch Vorverlegung des medizinischen Behandlungsbeginns (Pentamidin-Inhalation, AZT-Medikation) Latenzzeit bzw. Lebenszeit zu gewinnen sei (in Deutschland zum Beispiel Jäger 1989; Frösner 1991; vgl. auch Bayer 1994). Mittlerweile neigt auch die Deutsche Aids-Hilfe als Dachverband der ca. 140 lokalen Aids-Hilfe-Organisationen dieser Sichtweise zu (Poppinger 1991a, 1991b), zieht daraus jedoch nicht die Konsequenz des Aufrufs zum HIV-Antikörper-Test für die hauptsächlich betroffenen Gruppen, weil sie sich politisch gegen dessen massenhafte Anwendung entschieden hat (Hengelein/Höpfner 1990). Statt dessen plädiert sie für eine individuelle Entscheidung (so auch Rosenbrock 1989a, 1989b). Angesichts eigener Ängste und Befürchtungen entsteht für potenziell infizierte ungetestete und für asymptomatische HIV-positive Menschen durch zum Teil sehr lautstark kolportierte Erfolgsmeldungen ein starker Sog zum Beginn medizinischer Behandlung vor dem Auftreten der ersten Symptome, und somit zum HIV-Antikörper-Test aus medizinischen Gründen.

Wie bei zahlreichen Empfehlungen zu Früherkennungsuntersuchungen zur Vorverlegung des individuellen Behandlungsbeginns (und damit zur Medikalisierung) kann von einer Evaluation der Effektivität und Effizienz der daraus resultierenden Diagnose- und Behandlungsstrategie keine Rede sein: 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 psycho-sozialen 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 ungefähr 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 etwa 25 verzögert werden. Über 95 Prozent der Patienten werden also „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, sodass 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 unterschätzt. 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 (seltener) 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. 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 diesbezüglich günstigsten (und methodologisch umstrittenen, vgl. NEJM 1993, S. 1895f.) europäisch-australischen Studie (Cooper et al. 1993) entwickelten während der durchschnittlich knapp zweijährigen Behandlungs- bzw. Beobachtungsdauer sechs Patienten der Behandlungsgruppe ($n = 495$) gegenüber zehn Patienten aus der Placebo-Gruppe ($n = 489$) Aids oder schwerere Vorformen (ARC). Der Anteil der Patienten mit Krankheitsprogression (überwiegend allerdings in Form des Absinkens der Anzahl der T4-Zellen ohne gleichzeitige Symptomentwicklung) lag in der mit AZT behandelten Gruppe bei neun Prozent, in der Placebo-Gruppe bei 15 Prozent. In der französisch-britischen Concorde-Studie, die AZT-Frühbehandlung in einer wesentlich größeren Kohorte und über einen längeren Beobachtungszeitraum (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; Goebel 1994).

Angesichts dieser unübersichtlichen und widersprüchlichen Forschungslage zur Frühbehandlung unterschied eine ‚State-of-the-Art‘-Konferenz des US-amerikanischen Institute for Allergy and Infectious Diseases im Jahre 1993 zwölf nach Symptomatik, T4-Zellen-Anzahl und Medikamentenverträglichkeit

differenzierende klinische Szenarien, bei denen nur zum Teil eine medikamentöse Frühbehandlung empfohlen wurde. Wichtigstes Unterscheidungskriterium der Szenarien bildeten – mangels anderer Marker beim Fehlen von Symptomen – wiederum die T4-Zellen, deren Marker-Qualität in der – von der ‚State-of-the-Art‘-Konferenz im Übrigen einbezogenen – britisch-französischen Concorde-Studie gerade in Zweifel gezogen worden war. Insgesamt kommt die Konferenz – in zum Teil erheblicher Abweichung von früheren optimistischen Verlautbarungen – zu dem Schluss: „Available antiretroviral nucleoside therapies have a role in the treatment of HIV infection, but the benefits of such treatment are unfortunately limited. Early intervention for HIV disease does not necessarily imply early drug treatment, and physicians need to integrate up-to-date scientific knowledge with other relevant needs to improve patient care. Management of overall health status, counselling to reduce risk behaviours, provision of psychosocial support, assessment of quality-of-life issues, and prevention of opportunistic infections all are in the domain of the clinician-patient relationship.“ (Sande et al. 1993; ähnlich: Goebel 1994)

Freilich ist damit zu rechnen, dass AZT sowie pharmakologisch verwandte Neuentwicklungen (ddI, ddC) auch weiterhin ohne Abwägung der Wahrscheinlichkeit und des Gewichts der erwünschten und unerwünschten Wirkungen eingesetzt, dass die Dauer der Medikalisierung ohne Nutzen für die Dauer und Qualität des Lebens verlängert wird. 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 Antikörper-Tests 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 – wenn es um die Bekämpfung von Mikroorganismen geht – als besonders aggressiv eingeschätzt wird (Payer 1988). Die zu beobachtende Vermischung (zweifelloos 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.⁹

9 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 (vgl. Wachter 1991; Arno/Feiden 1992; Rosenbrock 1992b).

Sekundärprävention für asymptomatische HIV-Antikörper-positive Personen unter einem dem Stand der Forschung entsprechenden Einsatz von kurativer Medizin besteht dagegen in der Schaffung von Möglichkeiten vorwiegend nicht-medizinischer professioneller und Selbsthilfeunterstützung – 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 zum Beispiel 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. 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 Selbsthilfegruppe für HIV-Infizierte („Positivengruppe“), Psychotherapie oder aber auch gar nichts kommen dabei gleichberechtigt in Betracht. Selbstverständlich ist das Nicht-wissen-Wollen des Serostatus ebenso als persönliche Entscheidung anzuerkennen.

4. Ergebnisse und Perspektiven

Der Umgang mit HIV und Aids ist seit vielen Jahrzehnten der erste und zugleich erfolgreiche Anwendungsfall einer massiven und nicht primär auf die Medizin gestützten Gesundheitssicherungspolitik in Deutschland (Rosenbrock 1994c). Wie in allen industrialisierten Ländern (Bayer 1994) war dies das Ergebnis tiefgreifender und zum Teil heftiger Auseinandersetzungen über Grundfragen der Beeinflussbarkeit menschlichen Verhaltens, der Bedeutung von Bürgerrechten und der Rolle der Medizin bei der Bekämpfung von Krankheiten. Alle strategischen Fragen dieser Debatten kreisen um den Einsatz des HIV-Antikörper-Tests – sei es als Mittel der Dingfestmachung potenzieller Infektionsträger, als Instrument der Verhaltensbeeinflussung, als für Institutionen erhöhte Infektionsbarriere oder als Eintrittspforte in die Krankenrolle. Die hier skizzierten Verläufe und Ergebnisse der Debatten zeigen dreierlei:

(1) Bei Vorschlägen zum Testeinsatz wird der Test häufig als sicheres und bloß technisches Instrument zu Ermittlung des Serostatus betrachtet. Nicht eliminierbare Unsicherheiten der Testaussage und zum Teil heftige psychische

und soziale (und damit gesundheitlich) unerwünschte Wirkungen werden ausgeblendet. Das heißt, die Debatte wird häufig auf der Basis einer sorglosen Annahme der Unbedenklichkeit und einer generellen Überschätzung der Wirksamkeit, also der Effektivität des Instruments geführt. Auch hinsichtlich der Erreichung der mit dem Test gemeinten Zwecke bzw. Ziele finden sich häufig erstaunlich überhöhte Wirkungserwartungen. Die mit dem Ziel erreichbare Effizienz (Cochrane 1972) wird also ebenfalls überschätzt. Nur sehr selten werden die Mängel in der Effektivität *und* Effizienz miteinander in Beziehung gesetzt. Dies aber wäre zur Beurteilung einer Maßnahme oder Strategie erforderlich, weil sich beide Defizite fast immer gegenseitig verstärken.

(2) Beim Einsatz von Früherkennungsuntersuchungen ist eine unzureichend geprüfte Effektivität und Effizienz eher das gewohnte Bild. Im Falle des HIV-Antikörper-Tests wurden aber darüber hinaus Verwendungszwecke der Primärprävention durch Massenuntersuchungen angeführt, die nicht nur gegen die weltweit anerkannten WHO-Regeln für das Screening (Wilson/Jungner 1971; vgl. Rosenbrock 1986, S. 101–115) verstoßen, sondern auch ganz grundsätzlich einen systematischen „Pro-Test-Bias“ aufwiesen. Obgleich dies empirisch nur schwer zu belegen sein dürfte, kann mit Gründen vermutet werden, dass diese einseitige Ausrichtung nicht zuletzt der besonderen präventionspolitischen Konstellation im Falle von Aids zuzuschreiben ist: Von hoher Definitionsmacht ist die Biomedizin, für die der HIV-Antikörper-Test lange Zeit das einzige spektakuläre HIV-spezifische Instrument (und damit der einzige „Erfolg“) war und deren fachliche Vertreter zudem auch auf Basis von Ausbildungsmängeln (Deutscher Bundestag 1990b) wenig Zugang zu sozialepidemiologischem Denken sowie zur Theorie und Praxis bevölkerungsbezogener Gesundheitssicherung haben. Mediziner stehen häufig nahezu fassungslos vor der Forderung, einen technisch möglichen Befund nicht zu erheben, weil sozialmedizinische oder gesundheitspolitisch strategische Gründe dagegen sprechen.

Das Denken in Kategorien einer am Individuum ansetzenden Kontrolle bot allen Vertretern moralisch motivierter Sekundärinteressenten leichte Anschlussmöglichkeiten – sei es reflektiert oder auf Basis bloßer Vorurteile (Bleibtreu-Ehrenberg 1989). Dies galt insbesondere auch für Vertreter juristischen (Fall-)Denkens. Dabei entstanden zum Teil Bündnisse von und mit politischen Kräften, die am Exempel Aids die Möglichkeiten der Krisenbeherrschung durch einen starken Staat vorexerzieren wollten. Der Druck dieser Koalition war auch ohne das sonst in der Medizinpolitik häufig dominante Expansions- und Gewinnstreben der beteiligten Unternehmen des medizinisch-industriellen Komplexes zumindest in den achtziger Jahren stark genug, um auch aufgeklärte Politiker – zum Teil trotz gegenteiliger Einsicht – vor einer zurückhaltenden Testpolitik zurückschrecken zu lassen. Sie konnten sich dabei zumindest auf die

Erfahrung stützen, dass bei hoch thematisierten, aber schwer beeinflussbaren Ereignissen häufig legitimatorisch erfolgreich nach dem Muster „messen statt handeln“ verfahren wird. Die Gegenkräfte bestanden neben den politischen Organisationen aus den hauptsächlich betroffenen Gruppen, vor allem also den Aids-Hilfen, die massive Einbrüche bei den zum Teil erst frisch erworbenen Bürgerrechten und ein Wiederaufleben von Verfolgung und Kriminalisierung befürchteten – im Wesentlichen also aus liberalen politischen Kräften, die mit Blick auf die deutsche Geschichte vor allem ausgrenzende und verfolgende Aspekte bei der Epidemie-Bekämpfung verhindern wollten. Die Unterstützung durch Vertreter von Public Health – als Gegenpart zur individuenzentrierten Medizin – war schwächer als in anderen Industrieländern – wegen deren erst gleichzeitig langsam einsetzender akademischer Etablierung.

(3) Diese Koalitions- und zum Teil auch Lagerbildung hatte vor allem zur Folge, dass zumindest in den ersten Jahren jede Frage des Testeinsatzes eine öffentliche und politische Frage war. Ungeachtet der Unsicherheit, ob alle auf diese Weise gefundenen Lösungen im Zuge der Normalisierung des Umgangs mit HIV und Aids Bestand haben werden, kann davon ausgegangen werden, dass die Debatten um den HIV-Antikörper-Test Maßstäbe der Wirkungsbestimmung und Maßstäbe der Kritik für den Umgang mit medizinischen Diagnose-techniken erbracht haben, die angesichts der wachsenden Kluft zwischen den Möglichkeiten der Diagnose und den Fähigkeiten der Therapie auch für künftige medizin- und gesundheitspolitische Entscheidungen von Bedeutung sein werden. Die Anwendung dieser Maßstäbe auf andere medizinisch-diagnostische Instrumente könnte dazu beitragen, die Bedeutung der Medizin für Gesundheit und Gesundheitspolitik auf ein Normalmaß zurückzuführen.

Literatur

- Abholz, H.-H. (1994): Grenzen medizinischer Prävention. In: Rosenbrock, R.; Kühn H.; Köhler, B. (Hg.): Präventionspolitik. Gesellschaftliche Strategien der Gesundheits-sicherung. Berlin, S. 54–82
- Aboulker, J. P.; Swart, A. M. et al. (1993): Preliminary Analysis of the Concorde Trial. In: The Lancet, Bd. 341, S. 889–890
- Adam, P. et al. (1998): HIV/AIDS Preventive Attitudes and Behaviour of French and Swiss Gay Men in the Era of New Treatments. A Comparison of Two National Surveys. Poster 34107, Presented at the Oral Communication No. 642, 12th World AIDS Conference, Geneva. Vervielfältigtes Manuskript
- Aggleton, P. (Hg.) (1998): Men Who Sell Sex. London
- Ahrens, H.; Beißwenger K.-D.; Michels, I. (1988): Aids und Drogen. Aids-Forum, Bd. 1, Deutsche Aids-Hilfe (DAH). Berlin
- Albæk, E. (1992): Denmark: AIDS and the Political ‚Pink Triangle‘. In: Kirp, D.; Bayer R.: AIDS in Industrial Democracies: Passions, Politics and Policies. New Brunswick
- Altmann, D. (1988): Legitimation through Disaster: AIDS and the Gay Movement. In: Fee, E.; Fox, D. M.: AIDS – The Burden of History. Berkeley, S. 301–315
- anRs (Agence Nationale de Recherches sur le SIDA) (1997): Agence Nationale de Recherches sur le SIDA 1989–1996: Activités et perspectives. Paris
- anRs (Agence Nationale de Recherches sur le SIDA) (1998): 10 ans de recherches sur le SIDA en France. Paris
- Antonovsky, A. (1987): Unraveling the Mystery of Health. How People Manage Stress and Stay Well. San Francisco
- Arbeitsgemeinschaft Deutscher Aids-Stiftungen (1992): Menschen mit HIV und Aids im Strafvollzug. Dokumentation des Hearings vom 18. Mai 1992. Köln
- Aretz, B. (1994): Selbsthilfen: Organisation, Ansatz, Wirksamkeit. Vortrag auf dem 5. Deutschen Aids-Kongreß, 24.–26. November 1994 in Hannover. Vervielfältigtes Manuskript
- Arno, P. S. (1986): The Contributions and Limitations of Voluntarism. In: Griggs, J. (Hg.): AIDS: Public Policy Dimensions. United Hospital Fund. New York, S. 188–192
- Arno, P. S.; Feiden, K. L. (Hg.) (1992): Against the Odds. The Story of Aids Drug Development, Politics and Profits. New York
- Arnold, M. (1993): Die Rolle des Akutkrankenhauses im Versorgungssystem der Zukunft. In: Badura, B.; Feuerstein, G.; Schott, Th. (Hg.): System Krankenhaus. Arbeit, Technik und Patientenorientierung. Weinheim, München, S. 15–27
- Babour, R. S. (1994): The Impact of Working with People with HIV/AIDS: A Review of the Literature. In: Social Science and Medicine, Bd. 39, 2, S. 221–232

- Badura, B.; Kaufhold, G.; Lehmann, H.; Pfaff, H.; Schott, Th. (1987): *Leben mit dem Herzinfarkt*. Berlin, Heidelberg, New York
- Ballard, J. (1992): *Australia: Participation and Innovation in a Federal System*. In: Kirp, D.; Bayer, F. (Hg.): *AIDS in Industrial Democracies: Passions, Politics and Policies*. New Brunswick, S. 134–167
- Ballard, J. (1998): *The Constitution of AIDS in Australia: Taking 'Government at a Distance' Seriously*. In: Hindess, B.; Dean, M. (Hg.): *Governing Australia*. Melbourne, S. 125–138
- Balter, M. (1998): *Europe: AIDS Research on a Budget*. In: *Science*, 280, S. 1856–1858
- Bandura, A. (1977): *Self-Efficacy: Toward a Unifying Theory of Behavioral Change*. In: *Psychological Review*, 84, S. 19–215
- Bardeleben, H.; Fieberg, R.; Reimann B. W. (1995): *Abschied von der sexuellen Revolution. Ergebnisse sozialwissenschaftlicher Aids-Forschung*, Bd. 15. Berlin
- Bassett, M. (1993): *Social and Economic Determinants of Vulnerability to HIV*. Plenary Lecture PS-06-2 at the IXth International Conference on AIDS, Berlin 1993. Harare, Berlin. In: IXth International Conference on AIDS. Conference Abstract Book. Berlin, Bd. 1, S. 11
- Bayer, R. (1989): *Private Acts, Social Consequences, Aids and the Politics of Public Health*. New York, London
- Bayer, R. (1991): *Public Health Policy and the AIDS Epidemic. An End to HIV Exceptionalism?* In: *Journal of the American Medical Association*, 324, S. 1500–1504
- Bayer, R. (1993): *The Dual Epidemics of Tuberculosis and Aids: Ethical and Policy Issues in Screening and Treatment*. In: *American Journal of Public Health*, Jg. 83 (1993), Nr. 5, S. 649–653
- Bayer, R. (1998): *Clinical Progress and the Future of HIV Exceptionalism*. In: *Working Papers for Synthesis Sessions of the 2nd European Conference 'Aids in Europe. New Challenges for Social and Behavioural Sciences'*, 12–15 January 1998, Paris. Vervielfältigtes Manuskript
- Bayer, R.; Stryker, J.; Smith, M. D. (1995): *Testing for HIV Infection at Home*. In: *New England Journal of Medicine*, Bd. 332, S. 1296–1299
- Bayer, R.; Oppenheimer, G. M. (1998): *Aids Death and Impotence: Doctors Confront the Limits of Medicine*. In: *Working Papers for Synthesis Sessions of the 2nd European Conference 'Aids in Europe. New Challenges for Social and Behavioural Sciences'*, 12–15 January 1998, Paris. Vervielfältigtes Manuskript
- Beckstein, G. (1992): *Der Anonyme Unverknüpfbare HIV-Test – machbar und notwendig*. In: *Aids-Forschung (AIFO)*, Jg. 7, S. 395–398
- Belschner, W.; Möller-Doohm, S. (1993): *Junge Generationen zwischen Liebe und Bedrohung, Ergebnisse sozialwissenschaftlicher Aids-Forschung*. Berlin
- Bengel, J. (Hg.) (1996): *Schutz vor HIV-Infektion, Risikosituationen, Partnerinteraktion und Schutzverhalten*, Berlin: *Ergebnisse sozialwissenschaftlicher Aids-Forschung*. Berlin
- Benjamin, A. E. (1989a): *Perspectives on a Continuum of Care for Persons with HIV Illnesses*. In: *Medical Review*, 46, (4), S. 411–438
- Benjamin, A. E. (1989b): *Perspectives on a Continuum of Care for Persons with HIV Illnesses*. In: LeVee, W. N. (Hg.): *New Perspectives on HIV-Related Illnesses: Progress in Health Services Research*. Conference Proceedings. National Center for Health Ser-

- vices Research and Health Care Technology Assessment, Public Health Service, US-Department of Health and Human Services
- Bernardi-Schenkluhn, B. (1992): Das Gesundheitssystem der Schweiz. Akteure, Strukturen, Prozesse und Reformstrategien. In: Schriftenreihe des SGGP, 24, S. 15–19
- Berridge, V. (1996): AIDS in the UK. The Making of Policy 1981–1994. Oxford
- Besselmann, K. et al. (1990): Modellprogramm ‚Ausbau ambulanter Hilfen für AIDS-Erkrankte im Rahmen von Sozialstationen‘ des Bundesministeriums für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit. Zweiter Zwischenbericht der wissenschaftlichen Begleitung. Köln, Hannover: ISG, Institut für Entwicklungsplanung und Strukturforchung Hannover. Vervielfältigtes Manuskript
- Bleibtreu-Ehrenberg, G. (1989): Angst und Vorurteil. Aids-Ängste als Gegenstand der Vorurteilsforschung, Reinbek
- Bloom, D. E.; Glied, S. (1991): Benefits and Costs of HIV-Testing. In: Science, Bd. 252, S. 1798–1804
- Bochow, M. (1989): Aids und Schwule. Individuelle Strategien und kollektive Bewältigung. Aids-Forum, Bd. 4, Deutsche Aids-Hilfe (DAH). Berlin
- Bochow, M. (1993a): Die Reaktionen homosexueller Männer auf Aids in Ost- und Westdeutschland. Aids-Forum, Bd. 10, Deutsche Aids-Hilfe (DAH). Berlin
- Bochow, M. (1993b): Einstellungen und Werthaltungen zu homosexuellen Männern in Ost- und Westdeutschland. In: Lange, C. (Hg.): Aids – eine Forschungsbilanz. Berlin, S. 115–128
- Bochow, M. (1993c): Reactions of the Gay Community to Aids in East and West Berlin. In: Aspects of Aids and Aids-Hilfe in Germany. Aids-Forum, Bd. 12, S. 19–45. Deutsche Aids-Hilfe (DAH). Berlin
- Bochow, M. (1994a): Schwuler Sex und die Bedrohung durch Aids – Reaktionen homosexueller in Ost- und Westdeutschland. Aids-Forum, Bd. 16, Deutsche Aids-Hilfe (DAH). Berlin
- Bochow, M. (1994b): Veränderung im Risikoverhalten von homosexuellen Männern im Hinblick auf HIV-Übertragungen. Vervielfältigtes Manuskript, Intersofia. Berlin
- Bochow, M. (1997; in der selben Reihe kontinuierlich seit 1988): Schwule Männer und Aids. Eine Befragung im Auftrag der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 1996. Aids-Forum, Bd. 31, Deutsche Aids-Hilfe (DAH). Berlin
- Bochow, M.; Chiarotti, F.; Davies, P.; Dubois-Arber, F.; Dur, W.; Fouchard, J.; Gruet, F.; McManus, T.; Markert S.; Sandfort T. et al. (1994): EC-Concerted Action on AIDS/HIV Prevention Strategies, Working Group on Homo-Bisexual Men, University of Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive (IUMSP), Switzerland. Sexual Behaviour of Gay and Bisexual Men in Eight European Countries. In: AIDS Care, 6, S. 533–459
- Bock, K. D. et al. (1987): Aids – zusehen oder handeln? Ein Memorandum der leitenden Ärzte des Zentrums für Innere Medizin. Universitätsklinikum Essen. Futura, Boehringer Ingelheim, Ingelheim
- Bollinger, H.; Hohl, S. (1981): Sozialarbeiterinnen und Ärzte im Krankenhaus. Eine Studie zum beruflichen Alltag. Frankfurt
- Boom, F. van den (1998): The Normalisation of AIDS? AIDS Policies: Comparison, Changes and Perspectives. In: Working Papers for Synthesis Sessions of the 2nd European Con-

- ference ‚Aids in Europe. New Challenges for Social and Behavioural Sciences‘, 12–15 January 1998, Paris. Vervielfältigtes Manuskript
- Borchers, A.; Melchinger, H. (1991): Aids-Pflege zu Hause. Zur Versorgungssituation am Beispiel Berlin. In: Forum Sozialstation, 56, S. 32–35
- Brandt, A. M. (1987): No magic bullet. A Social History of Venereal Disease in the United States: New York, Oxford
- Bräutigam, H. H.; Kruse, K. (1993): Auf den Spuren des Blutskandals. In: Die Zeit, Nr. 44, S. 49–50
- Bruns, M.; Jaeger, H.; Rosenbrock, R. (1991): Aids in der Arbeitswelt. Hg. v. Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände und Deutscher Gewerkschaftsbund. Berlin
- Brussa, L. (1996): Transnational AIDS/STD Prevention among Migrant Prostitutes in Europe. In: Haour-Knipe, M.; Rector, R. (Hg.): Crossing Borders. Migration, Ethnicity and AIDS, S. 193–206. London
- Bucher, R.; Strauss, A. (1972): Wandlungsprozesse in Professionen. In: Luckmann, T.; Sprondel, W. M. (Hg.): Berufssoziologie. Köln, S. 182–197
- Bühler, F.; Waldvogel, F.; Zinkernagel, R. (1997): ZAF 2000. Zukunft der Aids-Forschung in der Schweiz: Empfehlungen für die Jahre 2000–2003. Ein Modell für die integrale Erforschung eines Krankheitsbildes in einem ‚Swiss Network of Excellence‘. Im Auftrag des Eidgenössischen Departements des Inneren zuhänden des Bundesamtes für Gesundheit sowie des Bundesamtes für Bildung und Wissenschaft und des Wissenschaftsrates. Basel
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hg.) (1996): AIDS im öffentlichen Bewusstsein der Bundesrepublik. Wiederholungsbefragung. Köln
- Bungener, M. (1996): Home Care of Patients Suffering from AIDS: the Need for Cooperation between Patient, Doctor and Family Community Alternatives. In: International Journal of Family Care, 8, S. 70–80
- Bungener, M.; Poisson-Salomon, A. S. (1998): L'implication des médecins de ville dans la prise en charge de la pathologie VIH. Des professionnels face au sida – Evolutions des rôles, identités et fonctions. In: Duroussy, M. et al. (Hg.): Collection Sciences Sociales et SIDA. Agence Nationale de Recherches sur le SIDA (anRs). Paris, S. 23–33
- Burke, D. S. et al. (1988): Measurement of the False Positive Rate in a Screening Program for Human Immunodeficiency Virus Infections. In: New England Journal of Medicine, Bd. 319, S. 961–64
- Burr, C. (1997): The Aids Exception: Privacy vs. Public Health. In: The Atlantic Monthly, 279, (6), S. 57–67
- Busscher, P. O. de; Pinell, P. (1996): La création des associations de lutte contre le sida. In: Hefez, S. (Hg.): Sida et vie psychique. Paris, S. 316–323
- Bütschi, D.; Cattacin, S. (1994): Le modèle suisse du bien-être. Réalités sociales. Lausanne
- Campenhoudt, L. van; Cohen, M.; Guizzardi, G.; Hausser, D. (Hg.) (1997): Sexual Interactions and HIV Risks. New Conceptual Perspectives in European Research. London
- Capitman, J. A.; Haskins, B.; Bernstein, J. (1986): Case Management Approaches in Community-oriented Long-term Care Demonstrations. In: Gerontologist, 26, S. 398–404
- Caplan, N. (1979): The Two-Communities. Theory and Knowledge Utilization. In: American Behavioral Scientist, 22(3), S. 459–470
- Carael, M.; Buvé, A.; Awusabo-Asare, K. (1997): The Making of HIV Epidemics: What are the Driving Forces ? In: AIDS, 11 (supplement B), S. 23–31

- Carmines, E. C.; Stimson, J. A. (1989): *Issue Evolution: Race and the Transformation of American Politics*. Princeton
- Cattacin, S. (1996): Organisatorische Probleme der HIV/Aids-Politik in föderalen Staaten. Deutschland, Österreich und Schweiz im Vergleich. In: *Journal für Sozialforschung*, 36(1), S. 73–85
- Cattacin, S. (1998): The Organisational Normalisation of Unexpected Events. The Case of HIV/AIDS in Perspective. In: *Working Papers for Synthesis Sessions of the 2nd European Conference 'Aids in Europe. New Challenges for Social and Behavioural Sciences'*, 12–15 January 1998, Paris. *Vervielfältigtes Manuskript*
- Chervyakov, V.; Kon, I. (1998): Sex Education and HIV Prevention in the Context of Russia Politics. In: Rosenbrock, R. (Hg.): *Politics behind Aids Policies. Case Studies from India, Russia and South Africa*. Paper der AG 'Public Health', Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB), Berlin, P98–206, S. 39–47
- Cleary, P. D. et al. (1988): Compulsory Premarital Screening for the Human Immunodeficiency Virus. Technical and Public Health Considerations. In: *Journal of the American Medical Association*, 256, S. 1757–1762
- Clement, U.; Becker, S. (1989): HIV-Infektion – Psychologie und Politik. In: *Psyche*, 43, S. 698–109
- Clement, U.; Bilger, St.; Heselmann, B.; Schürhoff-Haxel, K. (1990): Testmotive und antizipierte Sexualverhaltensänderungen von HIV-Testwilligen. In: *Zeitschrift für Sexualforschung*, Jg. 3, H. 2, S. 124–139
- Cochrane, A. L. (1972): *Effectiveness and Efficiency. Random Reflections on Health Services*. Abingdon
- Cock, K. de; Kassin, S.; Ackah, A.; Digbeu, H.; Abouja, L.; Coulibaly, D.; Coulibaly, I.-M. (1993): Tuberculosis and AIDS – Treatment, Prophylaxis and Public Health Issues. Plenary Lecture PS-04–3 at the IXth International Conference on AIDS, Berlin 1993. Abidjan, Atlanta, Berlin. In: *IXth International Conference on AIDS. Conference Abstract Book*. Berlin, Bd. 1, S. 10
- Cock, K. M. de; Johnson, A. M. (1998): From Exceptionalism to Normalisation: a Reappraisal of Attitudes and Practice around HIV Testing. In: *British Medical Journal*, 316, S. 290–293
- Colfax, G. N.; Bindman, A. B. (1998): Health Benefits and Risks of Reporting HIV-infected Individuals by Name. In: *American Journal of Public Health*, 88, S. 876–879
- Confide HIV Testing Service (1996): *The Public Health Need for a Home HIV Testing Service*. Verteilt von: Direct Access Diagnostics, Johnson and Johnson. Bridgewater/NJ
- 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. In: *The New England Journal of Medicine*, Bd. 329, S. 297–303
- Crosswaite, C.; Curtice, L. (1994): Disseminating Research Results – the Challenge of Bridging the Gap between Health Research and Health Action. In: *Health Promotion International*, 9, (4), S. 289–296
- Daheim, H. (1992): Zum Stand der Professionssoziologie. Rekonstruktion machttheoretischer Modelle in der Profession. In: Dewe, B.; Ferchhoff, W.; Radtke, F. O. (Hg.): *Erziehen*

- als Profession. Zur Logik professionellen Handelns in pädagogischen Feldern. Opladen, S. 21–35
- Dannecker, M. (1990): Homosexuelle Männer und Aids. Eine sexualwissenschaftliche Studie zu Sexualverhalten und Lebensstil. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit, Bd. 252. Stuttgart, Berlin, Köln
- Dannecker, M. (1991): Der homosexuelle Mann im Zeichen von Aids. Hamburg
- Dannecker, M. (1994): Im Liebesfall. In: aktuell – Das Magazin der Deutschen Aids-Hilfe (DAH), Berlin, H. 7, S. 16–20
- Dannecker, M. (1997a): Das andere Aids. In: Aids-Infothek, Jg. 9, H. 3, S. 4–7
- Dannecker, M. (1997b): Deutschland – ein schwulenfreundliches Land? Zeitschrift für Sexualforschung, 10, S. 229–232
- Danziger, R. (1998): HIV Testing and HIV Prevention in Sweden. British Medical Journal, 316, S. 293–296
- Delacoste, F.; Alexander, P. (1987): Sex work – Writings by Women in the Sex Industry. o. O.
- Deutscher Bundestag (1988): 11. 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
- Deutscher Bundestag (1990a): Gefahren von Aids und wirksame Wege zu ihrer Eindämmung. Endbericht der Enquete-Kommission des 11. Deutschen Bundestages, Bundestagsdrucksache 11/7200, nachgedruckt in der Reihe: Zur Sache – Themen parlamentarischer Beratung 13/90. Aids: Fakten und Konsequenzen. Bonn
- Deutscher Bundestag (1990b): 11. Wahlperiode: Endbericht der Enquete-Kommission ‚Strukturenreform der gesetzlichen Krankenversicherung‘, Bundestagsdrucksache 11/6380, Bonn 1990, auch erschienen in der Reihe: Zur Sache – Themen parlamentarischer Beratung, 3/90, 2 Bände. Bonn
- Deutsches Ärzteblatt, o. V. (1993): Bundesländer gegen Routine HIV-Test. Deutsches Ärzteblatt, Bd. 91, S. C 74
- Dewe, B.; Wohlfahrt, N. (Hg.) (1991): Netzwerkförderung und soziale Arbeit – Empirische Analysen in ausgewählten Handlungs- und Politikfeldern. Bielefeld
- DHP-Forschungsverbund (Hg.) (1998): Die Deutsche-Herz-Kreislauf-Präventionsstudie. Design und Ergebnisse. Bern
- Dodier, N. (1998): Sociological Discourse and Therapeutic Research within the Framework of the HIV Epidemic. In: Working Papers for Synthesis Sessions of the 2nd European Conference ‚Aids in Europe. New Challenges for Social and Behavioural Sciences‘, 12–15 January 1998, Paris. Vervielfältigtes Manuskript
- Downs, A. (1972): Up and Down with Ecology – The ‚Issue-attention Cycle‘. In: The Public Interest, 28, S. 38–50
- Dressler, S. (1994): Superseehofer. Moderne Zeiten im Gesundheitswesen. In: Blätter für deutsche und internationale Politik, Jg. 39, S. 23–27
- Dubois-Arber F.; Lehmann, P.; Hausser, D. (1988): Towards Improved Action against AIDS. In: World Health Forum, 9, S. 376–381
- Dubois-Arber, F. (1998): HIV-Prävention in einer neuen Phase der Epidemie: Offene Fragen und Herausforderungen. In: Aids-Infothek, H. 2, S. 4–8

- Dubois-Arber, F.; Jeannin, A.; Meystre-Agostoni, G.; Moreau-Gruet, F.; Haour-Knipe, M.; Spencer, B.; Paccaud, F. (1997a): Evaluation of the AIDS Prevention Strategy in Switzerland mandated by the Federal Office of Public Health. Fifth Assessment Report 1993–1995. Institut universitaire de médecine sociale et préventive. In: Cahiers de Recherches et de Documentation, Institut universitaire de médecine sociale et préventive (IUMSP), Lausanne, Nr. 120b
- Dubois-Arber, F.; Jeannin, A.; Konings, E.; Paccaud, F. (1997b): Increased Condom Use without Major Changes in Sexual Behavior among the General Population in Switzerland. In: American Journal of Public Health, 87, (4), S. 558–566
- Dubos, R. (1959): *Mirage of Health, Utopias, Progress, and Biological Change*. New York
- Dür, W.; Haas, S. (1992): HIV/AIDS-Versorgung in Wien: Zur Lage von PatientInnen und Institutionen. Ergebnisse einer sozialwissenschaftlichen Untersuchung. In: Sozialwissenschaftliche Rundschau, 32, (2), S. 163–174
- Ehrhardt, A. (1993): Young People and Sex Education. Plenary Lecture PS-02-1 at the IXth International Conference on AIDS. New York, Berlin. In: IXth International Conference on AIDS. Conference Abstract Book. Berlin, Bd. 1, S. 9
- Einberger-Spiegel, B.; L'Age, M. (1992): Die Bedeutung psychologischer Unterstützung für die stationäre Versorgung von Patienten mit HIV. In: Schaeffer, D.; Moers, M.; Rosenbrock, R. (Hg.): *Aids-Krankenversorgung*. Berlin, S. 306–317
- Epstein, R. M.; Christie, M.; Frankel, R. (1993): Primary Care of Patients with Human Immunodeficiency Virus Infection: The Physicians Perspective. In: Archives of Family Medicine, 2, S. 159–167
- Esping-Anderson, G. (1990): *The Three Worlds of Welfare Capitalism*. Cambridge
- Etzioni, A. (Hg.) (1969): *The Semi-Professions and their Organizations*. New York
- European Centre for the Epidemiological Monitoring of AIDS (1998): HIV/AIDS Surveillance in Europe. In: Quarterly Report, 57, S. 23
- Evans, R. G. (1997): Going for the Gold. The Redistributive Agenda behind Market-Based Health Care Reforms. In: Journal for Health Politics, Policy and Law, 22, (2), S. 427–465
- Evers, A.; Olk, Th. (1996): Wohlfahrtspluralismus – Analytische und normativ-politische Dimensionen eines Leitbegriffs. In: Evers, A.; Olk, Th. (Hg.): *Wohlfahrtspluralismus: vom Wohlfahrtsstaat zur Wohlfahrtsgesellschaft*. Opladen, S. 9–62
- Farquhar, J. W.; Fortmann, S.; Flora, J. A. et al. (1990): Effects of Community Wide Education on Cardiovascular Disease Risk Factors. The Stanford Five-City Project. In: Journal of the American Medical Association, 264, S. 359–365
- Fassin, D. (1996): Aux marges de la santé publique. Les réseaux de prise en charge du sida dans le dispositif sanitaire français. In: Santé Publique, 8, (1), S. 5–15
- Fechter, D. (1992): Geringer Nutzen – hohe Kosten. In: aktuell – Das Magazin der Deutschen Aids-Hilfe (DAH), Berlin, Mai 1992, S. 4–5
- Fee, E.; Fox, D. M. (Hg.) (1992): *Aids: The Making of a Chronic Disease*. Berkeley, Los Angeles
- Fee, E.; Krieger, N. (1993): Thinking and Rethinking Aids: Implications for Health Policy. In: International Journal of Health Services, Bd. 23, 1993, Nr. 2, S. 323–346
- Feldman, E.; Bayer, R. (Hg.) (1999): *Blood Feuds. AIDS, Blood, and the Politics of Medical Disaster*. New York

- 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. In: *The New England Journal of Medicine*, Bd. 317, S. 185–191
- Forsyth, P. B.; Danisiewicz, T. J. (1985): Toward a Theory of Professionalization. In: *Work and Occupations*, 12, S. 59–76
- Foucault, M. (1973): *Die Geburt der Klinik. Eine Archäologie des ärztlichen Blicks*. München
- Fox, D. M.; Day, P.; Klein, R. (1989): The Power of Professionalism: Policies for AIDS in Britain, Sweden, and the United States. In: *Daedalus*, 118, (2), S. 93–112
- Franke, G. H. (1990): Die psychosoziale Situation von HIV-Positiven, Ergebnisse sozialwissenschaftlicher Aids-Forschung, Bd. 5, Berlin
- Frankenberg, G. (1992): Germany: the uneasy triumph of pragmatism. In: Kirp, D.; Bayer, R. (Hg.): *AIDS in Industrial Democracies: Passions, Politics and Policies*. New Brunswick
- Frankenberg, G. (1994): Deutschland: Der verlegene Triumph des Pragmatismus. In: Kirp, D.; Bayer R. (Hg.): *Strategien gegen Aids. Ein internationaler Politikvergleich. Ergebnisse sozialwissenschaftlicher Aids-Forschung*, Bd. 14. Berlin, S. 134–172
- Freidson, E. (1970): *Professional Dominance. The Social Structure of Medical Care*. Chicago
- Freidson, E. (1975): *Dominanz der Experten. Zur sozialen Struktur medizinischer Versorgung*. München
- Freidson, E. (1986): *Professional Powers. A Study of the Institutionalization of Formal Knowledge*. Chicago, London
- Friedrich, D.; Heckmann, W. (Hg.) (1995): *Aids in Europe – The Behavioural Aspect*. Bd. 5 *Cure and Care*. Berlin
- Frösner, G. G. (1987): Wie kann die weitere Ausbreitung von Aids verlangsamt werden? In: *Aids-Forschung (AIFO)*, Jg. 2, H. 1, S. 61–65
- Frösner, G. G. (1991): VII. Internationale Aids-Konferenz in Florenz 1991. Neue Daten zur Epidemiologie und Prävention. In: *Aids-Forschung (AIFO)*, H. 9, S. 477–486
- Galen, R. S.; Gambiano, S. R. (1975): *Beyond Normality – the Predictive Value and Efficiency of Medical Diagnosis*. New York
- Garms-Homolová, V.; Schaeffer, D. (1989): Die Bedeutung des Krankenhauses für die Versorgung alter Menschen. In: Deppe, H.-U.; Friedrich, H.; Müller, R. (Hg.): *Das Krankenhaus: Kosten, Technik oder humane Versorgung*. Frankfurt, New York, S. 119–133
- Garms-Homolová, V.; Schaeffer, D. (1992): *Versorgung alter Menschen. Sozialstationen zwischen wachsendem Bedarf und Restriktionen*. Freiburg i. Br.
- Gauweiler, P. (1989): Was tun gegen Aids? Percha
- Gauweiler, P. (1993): Menetekel für zwei Minister. In: *Der Spiegel*, Nr. 48, S. 220–222
- Gayl, J. von (1993): *Das Parlamentarische Institut der Enquete-Kommission am Beispiel der Enquete-Kommission ‚Aids‘ des Deutschen Bundestages*. Frankfurt am Main, Berlin, Bern, New York, Paris, Wien
- Geene, R. (1993): *Aids-Präventionspolitik und Aids-Kritik. Eine kritische Auseinandersetzung mit der Aids-Enquete-Kommission des Deutschen Bundestages*. Diplomarbeit am Fachbereich 15 der Freien Universität Berlin. Berlin
- Gerhards, J.; Schmidt, B. (1992): *Intime Kommunikation. Eine empirische Studie über Wege der Annäherung und Hindernisse für ‚Safer sex‘*. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Bd. 11. Stuttgart

- Gill, O. N. (1998): Promoting Testing is no Substitute for Recognising Risk. In: *British Medical Journal*, 316, S. 295–296
- Gill, O. N.; McGarrigle, C. A.; McDonald, N. D.; Sinka, K. (1998): UK HIV Testing Policy: Results, Changes and Challenges – Will ‚Normalisation‘ of HIV Testing weaken, rather than strengthen, primary prevention. In: Working Papers for Synthesis Sessions of the 2nd European Conference ‚Aids in Europe. New Challenges for Social and Behavioural Sciences‘, 12–15 January 1998, Paris. Vervielfältigtes Manuskript
- GMDS (Deutsche Gesellschaft für Medizinische Dokumentation, Informatik und Statistik) (1989): HIV und Aids in der Bundesrepublik Deutschland. Stellungnahme. Vervielfältigtes Manuskript. München
- Goebel, F. D. (1994): Die antivirale Therapie der HIV-Infektion. In: *Aids-Forschung (AIFO)*, Jg. 9, S. 3–6
- Gostin, L.; Ward, J. W.; Baker, C. A. (1997): National HIV Case Reporting for the United States. In: *The New England Journal of Medicine*, 337, 1162–1167
- 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
- Gross, P.; Hitzler, R.; Honer, A. (1989): Diagnostische und therapeutische Kompetenz im Wandel. In: Wagner, F. (Hg.): *Medizin – Momente der Veränderung*. Berlin, S. 155–172
- Gutzwiller, F. (1995): Drogenpolitik: Wie weiter? In: *Aids-Infothek*, H. 1, S. 4 f.
- 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. In: *The New England Journal of Medicine*, Bd. 326, Nr. 7, S. 437–443
- Hamouda, O. et al. (1993): AIDS/HIV 1992. Bericht zur epidemiologischen Situation in der Bundesrepublik Deutschland zum 31. 12. 1992. Aids-Zentrum im Bundesgesundheitsamt, Berlin
- Hamouda, O. et al. (1994): AIDS/HIV 1993. Bericht zur epidemiologischen Situation in der Bundesrepublik Deutschland zum 31.12.1993, Aids-Zentrum im Bundesgesundheitsamt, Berlin
- Hamouda, O. et al. (1996): AIDS/HIV 1995. Bericht zur epidemiologischen Situation in der Bundesrepublik Deutschland zum 31. 12. 1995. In: *Robert-Koch-Institut-Hefte, Aids-Zentrum im Robert-Koch-Institut*, Berlin, 13
- Hamouda, O. et al. (1997): AIDS/HIV 1996. Bericht zur epidemiologischen Situation in der Bundesrepublik Deutschland zum 31.12.1996. In: *Robert-Koch-Institut-Hefte, Aids-Zentrum im Robert-Koch-Institut*, Berlin, 17
- Haour-Knipe, M. (1994): Migrant Populations: The Development of Something to Evaluate. In: *Sozial- und Präventivmedizin*, 37, S. 79–94
- Haour-Knipe, M. (1997): Vancouver AIDS Conference Review: Migration and Ethnicity Issues. In: *AIDS Care*, 9, (1), S. 115–119
- Heckmann, W.; Koch, M. A. (Hg.) (1994): Sexualverhalten in Zeiten von Aids, Ergebnisse sozialwissenschaftlicher Aids-Forschung, Bd. 12. Berlin

- Hegener, W. (1997): Von der schwulen Identität, die nicht aufhört aufzuhören. In: Kraushaar, E. (Hg.): Hundert Jahre schwul. Eine Revue. Berlin, S. 219–233
- Heide, U. (unter Mitarbeit von M. Kopischke und A. Trögner) (1993): Soziale Notlagen bei Menschen mit HIV und Aids. Paper der AG ‚Public Health‘, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB), Berlin, P93–209
- Heidenheimer, A. J. (1986): Politics, Policy and Policy as Concepts in English and Continental Languages: An Attempt to Explain Divergences. In: Review of Politics, 48, S. 3–30
- Heinemann-Knoch, M.; Kardoff, E. von (1989): Sozialpolitische Aspekte der Pflegebedürftigkeit. In: Riedmüller, B.; Rodenstein, M. (Hg.): Wie sicher ist die soziale Sicherung? Frankfurt/Main, S. 182–209
- Hellinger, F. I. (1993): The Use of Health Services by Women with HIV Infection. In: Health Services Research, 28, 5, S. 543–561
- Hengelein, H.; Höpfner, C. (1990): Die Aids-Hilfe. In: Jäger, H.: (Hg.): Aids und HIV-Infektion, 2. Bd., 4. Ergänzungs-Lieferung. Landsberg/Lech
- Henriksson, B.; Ytterberg, H. (1992): Sweden: The Power of the Moral(istic) Left. In: Kirp, D.; Bayer, R. (Hg.): AIDS in Industrial Democracies: Passions, Politics and Policies. New Brunswick
- Héritier, A. (1993): Policy-Analyse. Elemente der Kritik und der Neuorientierung. In: Héritier, A. (Hg.): Policy Analyse. Kritik und Neuorientierung. Opladen, S. 9–36
- Herrn, R. (1998): Schwule Lebenswelten im Osten: andere Orte, andere Biographien. Abschlußbericht für das Bundesministeriums für Gesundheit, Projekt 321–4461/2, vielfältigstes Manuskript, Berlin
- Herrn, R. (1999): Schwule Lebenswelten im Osten: andere Orte, andere Biographien. Aids-Forum, Bd. 34. Deutsche Aids-Hilfe (DAH). Berlin
- Herrn, R.; Rosenbrock, R. (1999): Aids-Prävention für schwule Männer in den neuen Bundesländern. In: Jäger, H. (Hg.): Mit Aids leben. Prävention, Therapie, Behandlungsalternativen, psychosoziale Aspekte. Landsberg, S. 349–354
- Herzer, M. (1997): Verfolgung und Widerstand weltweit. In: Schwules Museum; Akademie der Künste (Hg.): Goodbye to Berlin. 100 Jahre Schwulenbewegung. Berlin, S. 340–341
- Higgins, D. L.; Galvotti, C. et al. (1991): Evidence for the Effects of HIV Antibody Counseling and Testing on Risk Behaviors. In: Journal of the American Medical Association, Bd. 266, 1991, Nr. 17, S. 2419–2429
- Hinzpeter, W. (1997): Schöne schwule Welt. Der Schlußverkauf einer Bewegung. Berlin
- 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. In: 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
- Holtgrave, D. R.; Valdisseri, R. O.; Gerber, A. R.; Hinman, A. R. (1993): Human Immunodeficiency Virus Counseling, Testing, Referral, and Partner Notification Services. In: Archives of Internal Medicine, Bd. 153, S. 1225–1230
- Horton, M. (1998): Réactions, récidence et relations sans protection: la criminalisation croissante de la contamination par le VIH. Le sida en Europe: Nouveaux enjeux pour les sciences sociales. Collection Sciences Sociales et SIDA. Agence Nationale de Recherches sur le SIDA (anRs). Paris, S. 35–42

- Horton, M.; GPA-WHO (1993): Homosexually Active Men and the Evolving Global Epidemic of HIV. Plenary Lecture PS-08-2 at the IXth International Conference on AIDS, Berlin 1993. Geneva, Berlin. In: IXth International Conference on AIDS. Conference Abstract Book. Berlin, Bd. 1, S. 12
- Hubert, M. et al. (1998a): Public Awareness of the New Treatments and Changes in HIV Risk Perception: Comparison of four European Countries in 1997-98. Poster 43573, Presented at the Oral Communication LB 16, 12th World AIDS Conference, Geneva. Vervielfältigtes Manuskript
- Hubert, M.; Bajos, N.; Sandfort, T. (Hg.) (1998b): Sexual Behaviour and HIV/AIDS in Europe. London
- Illsley, R.; Jamieson, A. (1988): Hindernisse und positive Einflußfaktoren auf die Implementierung von Versorgungsprogrammen. In: Baltus, M.; Kohli, M.; Sames, K. (Hg.): Erfolgreiches Altern – Bedingungen und Variationen. Bern, Stuttgart, Toronto, S. 155-161
- Infektionsepidemiologische Forschung (1996): Antiretrovirale Therapie. In: XI. Internationale AIDS-Konferenz in Vancouver von 7.-12. Juli 1996, Info III + IV/96, S. 8-22
- Jacob, R.; Eirmbter, W. H. et al. (1997): Aids-Vorstellungen in der Bevölkerung. Ergebnisse sozialwissenschaftlicher Aids-Forschung, Bd. 18. Berlin
- Jacobs, P. (1990): Intravenöse Injektionen durch das Krankenpflegepersonal – erlaubt oder verboten? Die Delegation ärztlicher Aufgaben im Spannungsfeld von Recht und Berufspolitik. Melsungen
- Jacobsberg, P. S.; Fishman, B. (1990): Suicidal Ideation and HIV Testing. In: Journal of the American Medical Association, Bd. 263, S. 679-682
- Jäger, H. (1989): Neue Gründe für den Test? In: magnus. Das Magazin für Schwule, Jg. 1, H. 1, S. 18-19
- Jellinek, P. S. (1988): Case-managing AIDS. In: Issues in Science and Technology, 4, S. 59-63
- Jung, H. (1991): Die Risiken der Röntgendiagnostik. In: Röntgenstrahlen, S. 46-53
- Karcher, H. L. (1997): HIV Home Test Kit Banned in Germany. In: British Medical Journal, Bd. 315, S. 627
- Kenis, P.; Vroom, B. de (1996): Neue Organisationen und alte Sektoren – Eine Analyse der Organisationen im Bereich HIV/AIDS in einigen europäischen Ländern. In: Evers, A.; Olk, T. (Hg.): Wohlfahrtspluralismus. Vom Wohlfahrtsstaat zur Wohlfahrtsgesellschaft. Opladen, S. 323-346
- Kießling, S.; Vettermann, W. (1995): Effektivität staatlich geförderter Forschung – eine Analyse für den Bereich Aids. In: AIDS-Forschung (AIFO), Jg. 10, H. 5, S. 245-250
- Kimont, H.-G.; Leidel, I. (1994): Die medizinische Basisversorgung von Drogenabhängigen und jungen Obdachlosen – ein Bericht aus der Praxis. In: Das Gesundheitswesen, 56, S. 505-508
- Kingdon, J. (1984): Agendas, alternatives, and public policies. Boston
- Kirp, D.; Bayer, R. (Hg.) (1992): Aids in the Industrialized Democracies, Passions, Politics and Policies. New Brunswick
- Kirp, D.; Bayer, R. (Hg.) (1994): Strategien gegen Aids. Ein internationaler Politikvergleich, Ergebnisse sozialwissenschaftlicher Aids-Forschung. Bd. 14. Berlin

- Kirschner, W. (1993): HIV-Surveillance. Inhaltliche und methodische Probleme bei der Bestimmung der Ausbreitung von HIV-Infektionen. Ergebnisse sozialwissenschaftlicher Aids-Forschung, Bd. 9. Berlin
- Kleiber, D. (1989): HIV-Infektion bei i. v.-Drogenabhängigen. Ergebnisse einer differenziell epidemiologischen Prävalenzstudie in der Bundesrepublik. In: Neurologie-Psychiatrie, Jg. 3, S. 475–488
- Kleiber, D.; Enzmann, D. (1992): Arbeitssituation und Burn-out bei Beschäftigten im Aids-Bereich. Unveröffentlichtes Manuskript, Sozialpädagogisches Institut (SPI), Berlin
- Kleiber, D.; Enzmann, D.; Gusy, B. (1995): Stress and Burnout of Health Care Professionals Working with AIDS-Patients. In: International Journal of Health Sciences, 6, S. 96–101
- Kleiber, D.; Pant, A.; Beerlage, I. (1992): Probleme der medizinisch-psychozialen Versorgung (HIV-positiver) i.v.-Drogenabhängiger in der Bundesrepublik Deutschland. In: Schaeffer, D.; Moers, M.; Rosenbrock, R. (Hg.): Aids-Krankenversorgung. Berlin, S. 44–61
- Klingemann, H. K. (1996): Drug Treatment in Switzerland: Harm Reduction, Decentralization and Community Response. In: Addiction, 91, (5), S. 723–36
- Koch, M. G. (1987): AIDS. Vom Molekül zur Pandemie. Heidelberg
- Koch, U.; Potreck-Rose, F. (Hg.) (1990): Krebs-Rehabilitation und Psychoonkologie. Berlin, Heidelberg, New York, London, Paris, Hongkong, Barcelona
- Kocher, K. W. (1993): Die Stop-Aids-Story 1987–1992. Bern
- Kosanke, B. (1984): Die Schwerpunktpraxis – eine neue Form der Gruppenpraxis. In: Medizin, Mensch, Gesellschaft, 9, 3, S. 9–14
- Kraushaar, E. (Hg.) (1997): Hundert Jahre schwul. Eine Revue. Berlin
- Kriener, M. (1993): Horrende Kosten für Massentests kalkuliert. In: die tageszeitung, 8.12.1993, S. 4
- Kruse, K. (1993): Böses Blut um den Minister. In: Die Zeit, Nr. 42, S. 49–50
- Kruse, K.; Rückert, S. (1993): Hinrichtung eines Amtes. In: Die Zeit, Nr. 43, S. 13–17
- Kubaneck, B.; Glück, D.; Gaus, W. (1993): Prävalenz der HIV-Infektion bei Blutspendern. Bericht über die BMFT-Studie FKZ II-013–86/II-052–88, Vervielfältigtes Manuskript. Ulm
- Kühn, H. (1993): Healthismus: Eine Analyse der Präventionspolitik und Gesundheitsförderung in den USA. Berlin
- Kühn, H. (1997): Managed Care. Medizin zwischen kommerzieller Bürokratie und integrierter Versorgung am Beispiel USA. In: Jahrbuch für kritische Medizin, 27, Gesundheit, Bürokratie, Managed Care, Argument Sonderband, Hamburg, S. 7–52
- Laga, M. (1993): STD Control for HIV Prevention. Plenary Lecture PS-06–3 at the IXth International Conference on AIDS, Berlin 1993. Antwerp, Berlin. In: IXth International Conference on AIDS. Conference Abstract Book, Berlin, Bd. 1, S. 11
- Lagrange, H.; Lhomond, B.; Calvez, M.; Levinson, S.; Maillochon, F.; Mogoutov, A.; Warszawski, J. (1997): L'entrée dans la sexualité. Le comportement des jeunes dans le contexte du Sida. Paris
- Lamprey, P.; Coates, T.; Piot, P.; Slutkin, G. (1993): Prevention: Is it working? Plenary Lecture PS-02–2 at the IXth International Conference on AIDS, Berlin 1993. Arlington, Berlin. In: IXth International Conference on AIDS. Conference Abstract Book. Berlin, Bd. 1, S. 9

- Lange, C. (Hg.) (1993): Aids – eine Forschungsbilanz, Ergebnisse sozialwissenschaftlicher Aids-Forschung, Bd. 10, Berlin
- Lauenburg, A.; Messing, K.; Jansen-Rossek, R. (1990): Defizite und Perspektiven der Versorgung von Aids-Patienten in Berlin. Aids-Themen und Konzepte Nr. 2. Arbeitsgemeinschaft Aids der Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales am LiTrop (Landes-Institut für Tropen-Medizin), Berlin
- Lazzarani, Z. (1998): Moving to National HIV Reporting. Paper presented at the 12th World AIDS Conference, Oral Session C23, June 30th 1998, Geneva. Vervielfältigtes Manuskript
- Leopold, B.; Steffan, E. (1992): Frauen und Aids: Erreichbarkeit und Akzeptanz medizinischer Versorgungs- und Betreuungsangebote. In: Schaeffer, D.; Moers, M.; Rosenbrock, R. (Hg.): Aids-Krankenversorgung. Berlin, S. 84–97
- Levine, S.; Lilienfeld, A. (Hg.) (1987): Epidemiology and Health Policy. New York, London
- Lichtenstein, B. (1997): Tradition and Experiment in New Zealand AIDS Policy. In: Aids and Public Policy Journal, 12, (2), S. 79–87
- Lowi, Th. J. (1964): American Business, Public Policy, Case Studies and Political Theory. In: World Politics, 16, (4), S. 677–715
- Luger, L. (1998): HIV/AIDS Prevention and ‚Class‘ and Socio-economic Related Factors of Risk of HIV Infection. Paper der AG ‚Public Health‘, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB), Berlin, P98–204
- Mair, H. (1990): Selbsthilfeförderung und soziale Netzwerkentwicklung im Gesundheitsbereich. Medizin, Mensch, Gesellschaft, Bd. 15, H. 4, S. 220–230
- Mann, J. M.; Tarantola, D.; Netter, T. (Hg.) (1992): AIDS in the World. Cambridge/Mass., London
- Mann, M. (1986): The Sources of Social Power. Bd. 1: A History of Power from the Beginning to A. D. 760. Cambridge
- Mansel, J.; Hurrelmann, K. (1992): Belastungen Jugendlicher bei Statusübergängen. Eine Längsschnittstudie zu psychosomatischen Folgen beruflicher Veränderungen. In: Zeitschrift für Soziologie, 21, 5, S. 366–384
- Marcus, U. (1995): Zum Stand der HIV-/AIDS-Epidemie in Deutschland. In: Forschungsinstitut der Friedrich-Ebert-Stiftung (Hg.): Brauchen wir eine neue AIDS-Politik? Bonn, S. 17–30
- Marmot, M. G.; Kogevinas, M.; Elston, M. A. (1987): Social/Economic Status and Disease. In: Annual Review of Public Health, Bd. 6, S. 111–135
- Mayntz, R. (Hg.) (1983): Implementation politischer Programme II. Ansätze zur Theoriebildung. Opladen
- McKeown, T. (1979): The Role of Medicine. Dream, Mirage or Nemesis. Oxford
- McKinlay, J. B.; McKinlay, S. M.; Beaglehole, R. (1989): 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, Bd. 19, S. 181–208
- Merson, M. H.; GPA-WHO (1993): The HIV pandemic – Global Spread and response. Plenary Lecture PS-01-1 at the IXth International Conference on AIDS. Geneva, Berlin. In: IXth International Conference on AIDS. Conference Abstract Book. Berlin, Bd. 1, S. 9
- Mertens, T.; Caraël, M.; Sato, P.; Cleland, J. et al. (1994): Prevention Indicators for Evaluating the Progress of National AIDS Programs. In: AIDS, 8, S. 1359–1369

- Meyer, K. B.; Pauker, St. P. (1987): Screening for HIV: Can We Afford the False Positive Rate? In: *New England Journal of Medicine*, Bd. 317, S. 238–241
- Michel, S. (1988): HIV–Antikörpertest und Verhaltensänderungen. Paper der AG ‚Public Health‘, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB), Berlin, P88–204
- Miike, L. et al. (1988): Test to Diagnose or Predict Disease. In: *Office of Technology Assessment (Hg.): Medical Testing and Health Insurance*, Washington, DC: Congress of the United States, S. 121–32
- Miller, R.; Lipman, M. (1996): HIV Pre-test Discussion. Not Just for Specialists. In: *British Medical Journal*, 313, (20), S. 130
- MMWR (Morbidity and Mortality Weekly Report) (1988): Update: Acquired Immunodeficiency Syndrome and Human Deficiency Virus Infection among Health-Care Workers. Bd. 37, S. 229–234
- MMWR (Morbidity and Mortality Weekly Report) (1990): Serology Testing for HIV-1 Antibody: United States, 1988 and 1989. Bd. 39, S. 389–393
- Moerkerk, H. (1998): AIDS: A Priority Issue in Foreign Assistance by the Netherlands. In: Sandfort, T. (Hg.): *The Dutch Response to HIV. Pragmatism and Consensus*. London, S. 175–183
- Moers, M. (1991): Netzwerkförderung bei pflegebedürftigen Patienten mit HIV-Symptomen – Eine Ethnographie sozialer Netze. In: Dewe, B.; Wohlfahrt, N. (Hg.): *Netzwerkförderung und soziale Arbeit – Empirische Analysen in ausgewählten Handlungs- und Politikfeldern*. Bielefeld, S. 155–180
- Moers, M. (1995): Die Reaktion der ambulanten Pflege auf Aids. Erfordernisse der Konzeptentwicklung. Dissertation, Freie Universität Berlin. Berlin
- Moers, M.; Schaeffer, D. (1992a): Die Bedeutung niedergelassener Ärzte für die Herstellung von Versorgungskontinuität bei Patienten mit HIV-Symptomen. In: Schaeffer, D.; Moers, M.; Rosenbrock, R. (Hg.): *Aids-Krankenversorgung*. Berlin, S. 133–160
- Moers, M.; Schaeffer, D. (1992b): Perspectives on a Continuum of Care for Patients with HIV-Symptoms. In: *Health Systems – The Challenge of Change. Proceedings of the 5th International Conference on System Science in Health Care*. Prague, S. 1546–1549
- Moers, M.; Schaeffer, D. (1993): Aids-Krankenversorgung in San Francisco. Innovative Versorgungsstrategien und Betreuungsmodelle. Paper der AG ‚Public Health‘, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB), Berlin, P93–203
- Moers, M.; Schaeffer, D. (1998): The Impact of Aids on Nurses and Nursing Care. In: *Working Papers for Synthesis Sessions of the 2nd European Conference ‚Aids in Europe. New Challenges for Social and Behavioural Sciences‘*, 12–15 January 1998, Paris. Vervielfältigtes Manuskript
- Moore, R. D.; Hidalgo, J.; Sugland, B. W.; Chaisson, R. E. (1991): Zidovudine and the Natural History of the Acquired Immunodeficiency Syndrome. In: *The New England Journal of Medicine*, Bd. 324, Nr. 20, S. 1412–1416
- Mordaunt, J. (1993): Structural Impediments to Effective HIV Prevention and Health Promotion among IVDUs [Intravenous Drug Users]. Plenary Lecture PS-08-1 at the IXth International Conference on AIDS, Berlin 1993. London, Berlin. In: *IXth International Conference on AIDS. Conference Abstract Book*. Berlin, Bd. 1, S. 12
- Morin, S. (1998): North American Funding for HIV in the Developing World. Paper presented at the 12th World AIDS Conference, 1998, Geneva. Vervielfältigtes Manuskript

- NAB (Nationaler Aids-Beirat beim Bundesminister für Gesundheit) (1996): Votum 34: Heimtests zur HIV-Diagnostik. Bonn
- NAB (Nationaler Aids-Beirat beim Bundesminister für Gesundheit) (1997): Votum 35: Aids-Prävention vor dem Hintergrund knapper Haushaltsmittel, 5. Mai 1997. Vervielfältigtes Manuskript. Bonn
- National Academy of Sciences/Institute of Medicine, USA (1988): *The Future of Public Health*. Washington/DC
- NEJM (New England Journal of Medicine) (1993): Letters to the Editors on Zidovudine in HIV Asymptomatic HIV Infection. In: *New England Journal of Medicine*, Bd. 329, S. 1895–1896
- Novak, P. (1989): Grenzprobleme der Medizin. In: Wagner, F. (Hg.): *Medizin, Momente der Veränderung*. Berlin, Heidelberg, New York, S. 43–62
- Office fédéral de la santé publique (1998): Appel d'offres pour des projets et des bourses de recherche sur le sida. In: *Bulletin, Office fédéral de la santé publique (OFSP)*, Bern, 98, (34)
- Office fédéral de la santé publique, Commission de contrôle de la recherche sur le sida (1989): *Le SIDA en Suisse: l'épidémie, ses conséquences et les mesures prises*. Office fédéral de la santé publique (OFSP). Bern
- Papadopoulos-Eleopoulos, E.; Turner, F. T.; Papadimitriu, J. P. (1993): Is a Positive Western Blot Proof of HIV Infection? In: *Bio/Technology*, Bd. 11, S. 696–707
- Parsons, T. (1965): Struktur und Funktion der modernen Medizin. Eine soziologische Analyse. In: *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie, Sonderheft 3, Probleme der Medizin-Soziologie*, S. 10–37
- Paul, G. (1993): Vorstände von 1983 bis 1993 über ihre Arbeit und die Entwicklung der DAH. In: *10 Jahre Deutsche Aids-Hilfe. Geschichte und Geschichten*. Aids-Forum, Sonderband, Deutsche Aids-Hilfe (DAH). Berlin, S. 60–67
- Pauli, G.; Koch, M. (1993): Bedenken gegen HIV-Antikörpertests sind unbegründet. In: *Deutsches Ärzteblatt*, Bd. 90, S. B-2273–2274
- Payer, L. (1988): *Medicine and Culture*. New York
- Peyton, J. (1989): *Aids Prevention for Gay Man: A Selected History and Analysis of the San Francisco Experience 1982–1987*. Paper der AG 'Public Health', Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB), Berlin
- Phillips, K. A.; Flatt, S. F.; Morrison, K. R.; Coates, T. J. (1995): Potential Use of Home HIV Testing. In: *New England Journal of Medicine*, Bd. 332, S. 1308–1310
- Pinell, P.; Busscher, P. O. de (1996): Milieu homosexuel et mouvement de lutte contre le sida en France: les valeurs en jeu. In: *Groupe Illico (Hg.): Homosexualités, sida et prévention*. Bruxelles, S. 38–43
- Pokrovsky, V. (1995): Expected Changes in National AIDS Policy in Russia. In: Friedrich, D.; Heckmann, W. (Hg.): *Aids in Europe – The Behavioural Aspect*, Bd. 5 *Cure and Care*. Berlin, S. 27–30
- Pokrovsky, V. (1998): Conceptualisation and Development of AIDS Policy in Russia. In: *Working Papers for Synthesis Sessions of the 2nd European Conference 'Aids in Europe. New Challenges for Social and Behavioural Sciences'*, 12–15 January 1998, Paris. Vervielfältigtes Manuskript
- Pollak, M. (1991): *Aids Prevention for Men Having Sex with Men. Final Report. Assessing AIDS prevention, EC Concerted Action on Assessment of AIDS/HIV Preventive Strat-*

- egies. In: Cahiers de Recherches et de Documentation, Institut universitaire de médecine sociale et préventive (IUMSP), Lausanne, Nr. 75
- Pollak, M. (1992): Organizing the fight against AIDS. In: *Current Sociology*, 40, (3), S. 36–65
- Poppinger, J. (1991a): AZT. Aktueller Wissensstand. In: *Deutsche Aids-Hilfe* (Hg.): *Therapien bei Aids*. Berlin, 2. Auflage 1991, Kapitel 1.1
- Poppinger, J. (1991b): Die *Pneumocystis carinii* Pneumonie. I.: Prophylaxe – Pentamidin-Aerosol. In: *Deutsche Aids-Hilfe* (Hg.): *Therapien bei Aids*. Berlin, 2. Auflage 1991, Kapitel 2.1
- Puska, P.; Nissinen, A.; Tuomilehto, J. (1985): The Community-based Strategy to Prevent Coronary Heart Disease: Conclusions from ten Years of the North Karelia Project. In: *Annual Review of Public Health*, (6), S. 147–193
- Reisbeck, G. et al. (1992): HIV-Infektion und soziale Unterstützung bei homosexuellen Männern. In: *Ermann, M.; Waldvogel, B.* (Hg.): *HIV-Betroffene und ihr Umfeld*. Berlin u.a., S. 69–79
- Ribbe, M. W. (1998): Voraussetzungen der Kooperation zwischen Medizin und Pflege: Curriculum für ‚Veerpleeghuis‘ Physicians. In: *Garms-Homolová, V. D.; Schaeffer, D.* (Hg.): *Medizin und Pflege. Kooperation in der ambulanten Versorgung*. Berlin, S. 103–112
- Robert-Bosch-Stiftung (1992): *Pflege braucht Eliten*, Geerlingen
- Robert-Koch-Institut (1997): Inffo-Diskussionsforum zur Frage HIV-Heim- bzw. HIV-Home-Collection-Test. In: *Infektionsepidemiologische Forschung*, H. 2, S. 35–44
- Robert-Koch-Institut (Hg.) (1998): *AIDS/HIV Quartalsbericht I/1998. Bericht des Aids-Zentrums im Robert-Koch-Institut über aktuelle epidemiologische Daten*. Berlin
- Rogers, D. E.; Osborn, J. E. (1991): Another Approach to the AIDS Epidemic. In: *Journal of the American Medical Association*, 325, (11), S. 806–808
- Rogers, E. M. (1983): *Diffusion of Innovation*. New York, London
- Rose, G. (1992): *The Strategy of Preventive Medicine*. Oxford
- Rose, N.; Miller, P. (1992): *Political Power Beyond the State: Problematics of Government*. In: *British Journal of Sociology*, 43, S. 173–205
- Rosenbrock, R. (1985): Prävention arbeitsbedingter Erkrankungen durch gesetzliche Krankenversicherung – ein Thema in einer Arena. In: *Naschold, F.* (Hg.): *Arbeit und Politik. Gesellschaftliche Regulierung der Arbeit und der sozialen Sicherung*. Frankfurt, New York, S. 367–404
- Rosenbrock, R. (1986): *AIDS kann schneller besiegt werden – Gesundheitspolitik am Beispiel einer Infektionskrankheit*. (3. Aufl. 1987). Hamburg
- Rosenbrock, R. (1987a): Some Social and Health Policy Requirements for the Prevention of Aids. In: *Health Promotion*, Bd. 2, Nr. 2, S. 161–168
- Rosenbrock, R. (1987b): Self Help and Primary Care. In: *Medicine and Society*, 13, (1), S. 39–44
- Rosenbrock, R. (1989a): Kein Test – auf Symptome achten! In: *magnum. Das Magazin für Schwule*, Jg. 1, S. 20–21
- Rosenbrock, R. (1989b): 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*, H. 4, S. 9–15

- Rosenbrock, R. (1990a) A Tightrope Walk Between Two Spheres of Logic – Observations – and Self-Observations – of a Social Scientist in Parliamentary Politics. Working Paper 90–28, University of California at Berkeley
- Rosenbrock, R. (1990b): Vom Nutzen von Enqueten. In: WZB-Mitteilungen, Nr. 50, S. 28–33
- Rosenbrock, R. (1991): Screening for Human Immunodeficiency Virus. In: International Journal of Technology Assessment in Health Care, Bd. 7, Nr. 3, S. 263–274
- Rosenbrock, R. (1992a): Politik der Prävention – Möglichkeiten und Hinderungsgründe. In: Müller, R.; Schuntermann, M. F. (Hg.): Sozialpolitik als Gestaltungsauftrag. Zum Gedenken an Alfred Schmidt. Köln 1992, S. 151–173
- Rosenbrock, R. (1992b): AIDS: Fragen und Lehren für Public Health. In: Jahrbuch für kritische Medizin, 18, Wer oder was ist Public Health? Argument Sonderband 198, Hamburg, S. 82–114
- Rosenbrock, R. (1993a): Gesundheitspolitik. In: Hurrelmann, K.; Laaser U. (Hg.): Gesundheitswissenschaften – Handbuch für Lehre, Forschung und Praxis. Weinheim und Basel, S. 317–346
- Rosenbrock, R. (1993b): Aids: Questions and Lessons for Public Health. In: AIDS and Public Policy Journal, Bd. 8, 1993, Nr. 1, S. 5–19; deutsch: Aids: Fragen und Lehren für Public Health. In: Jahrbuch für kritische Medizin, 18, Wer oder was ist Public Health? Argument Sonderband 198, Hamburg 1992, S. 82–114
- Rosenbrock, R. (1993c): Von der schwulen Selbsthilfe zum professionalisierten Akteur der Gesundheitsförderung und Wohlfahrtsverband. Eine Erfolgsgeschichte mit ein paar Fragezeichen. In: 10 Jahre Deutsche Aids-Hilfe. Geschichte und Geschichten. Aids-Forum, Sonderband, Deutsche Aids-Hilfe (DAH). Berlin, S. 14–19
- Rosenbrock, R. (1994a): Die Normalisierung von Aids – teils nach vorne, teils zurück. In: Kirp, D.; Bayer, R. (Hg.): Strategien gegen Aids. Ein internationaler Politikvergleich. Berlin, S. 480–501
- Rosenbrock, R. (1994b): Der HIV-Test ist die Antwort – aber auf welche Fragen? Vom Nutzen einer Diagnose für Prävention und Therapie. In: Rosenbrock, R.; Kühn, H. Köhler, B. M. (Hg.): Präventionspolitik. Gesellschaftliche Strategien der Gesundheits-sicherung. Berlin, S. 358–382
- Rosenbrock, R. (1994c): Public Health – Aids als Paradigma? In: Zapf, W.; Dierkes, M. (Hg.): Institutionenvergleich und Institutionendynamik. WZB-Jahrbuch 1994, Berlin S. 159–181
- Rosenbrock, R. (1994d): Ein Grundriß wirksamer AIDS-Prävention. In: Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften, Jg. 2, H. 3, S. 233–244
- Rosenbrock, R. (1994e): Strategie und Politik für wirksame Aidsprävention. In: Aids-Forschung (AIFO), Jg. 9, H. 2, S. 85–90
- Rosenbrock, R. (1995a): Public Health als soziale Innovation. In: Das Gesundheitswesen, 57, (3), S. 140–144
- Rosenbrock, R. (1995b): Social Sciences and HIV/AIDS Policies: Experiences and Perspectives. In: Friedrich, D.; Heckmann, W. (Hg.): AIDS in Europe – The Behavioural Aspect, Bd. 1. Berlin, S. 259–269
- Rosenbrock, R. (1995c): The Role of Policy in Effective Prevention and Education. In: Friedrich, D.; Heckmann, W. (Hg.): AIDS in Europe – The Behavioural Aspect, Bd. 5. Berlin. S. 17–26

- Rosenbrock, R. (1995d): Aids – Gesundheit und Homosexualität. Allgemeine und aktuelle Bemerkungen zum Verhältnis zweier Diskurse. In: Homosexualität, Aids und Menschenrechte. In Memoriam Siegfried R. Dunde. Deutsche Aids Stiftung: Köln, o. J., S. 259–276
- Rosenbrock, R. (1995e): Eine Krankheit wird zur Normalität – Chance und Herausforderung. In: aktuell – Das Magazin der Deutschen Aids-Hilfe (DAH), Berlin, H. 9, S. 14–20
- Rosenbrock, R. (1996): Sind neue Erkenntnisse zu Risikokonstellationen präventionspolitisch umsetzbar? In: Jäger, H. (Hg.): Aids – Management der Erkrankung. Landsberg/Lech, S. 389–392
- Rosenbrock, R. (1997a): Welche Verbesserungen kann der HIV-Home-Sampling-Test bringen? In: Infektionsepidemiologische Forschung, H. 2, S. 40–43
- Rosenbrock, R. (1997b): Modelling Health Care Reforms in Former Socialist Countries. In: Rovira, J.; Eimeren, W. van; Duru G. (Hg.): Moving Health Systems into the New Century. In: Proceedings of the Sixth International Conference on System Science in Health Care. GSF-Forschungszentrum, Neuherberg, S. 86–90
- Rosenbrock, R. (1997c): Hemmende und fördernde Faktoren in der Gesundheitspolitik – Erfahrungen aus dem vergangenen Jahrzehnt. In: Altgeld, Th.; Laser, I.; Walter, U. (Hg.): Wie kann Gesundheit verwirklicht werden? Gesundheitsfördernde Handlungskonzepte und gesellschaftliche Hemmnisse. Weinheim, München
- Rosenbrock, R. (1998a): Gesundheitspolitik. In: Hurrelmann, K.; Laaser, U., (Hg.): Handbuch Gesundheitswissenschaften. 2., überarbeitete Auflage. Weinheim, München, S. 707–751
- Rosenbrock, R. (1998b): Aids-Politik, Gesundheitspolitik und Schwulenpolitik. In: Ferdinand, U.; Pretzel, A.; Seeck, A. (Hg.): Verqueere Wissenschaft? Münster, S. 365–378
- Rosenbrock, R. (1998c): Reforme libérale du GKV en Allemagne: vers la fin du principe de solidarité? In: La revue M 93, La santé dans tous ses états: assistance, assurance ou droit universel, H. 1, S. 47–54
- Rosenbrock, R. (2000): Testen zu Hause am Küchentisch? Der HIV-Home-Sampling-Test. In: Deutsche Aids-Hilfe (Hg.): HIV-Test 2000 – Bestandsaufnahme und Perspektiven. Aids-Forum, Bd. 39, Deutsche Aids-Hilfe (DAH). Berlin, S. 63–68
- Rosenbrock, R.; Dubois-Arber, F.; Moers, M.; Pinell, P.; Schaeffer, D.; Setbon, M. (2000): The Normalization of AIDS in Western European Countries. In: Social Science and Medicine, S. 1607–1629
- Rosenbrock, R.; Salmen, A. (Hg.) (1990): Aids-Prävention. Ergebnisse sozialwissenschaftlicher Aids-Forschung, Bd. 1. Berlin
- Rosewitz, B.; Webber, D. (1990): Reformversuche und Reformblockaden im deutschen Gesundheitswesen. Frankfurt, New York
- Rucht, D. (1994): Modernisierung und neue soziale Bewegungen. Frankfurt, New York
- Rüden, H.; Daschner, F. (1993): Nosokomiale Infektionen in Deutschland. Erfassung und Prävention. Design der NIDEP-Studie. Vervielfältigtes Manuskript. Berlin, Freiburg
- Ruetten, A. (1995): The Implementation of Health Promotion. A New Structural Perspective. In: Social Science and Medicine, 41, (12), S. 1627–1637
- Sabatier, P.; Jenkins-Smith, H. (1993): Policy Change and Learning: An Advocacy Coalition Approach. Boulder/CO
- Salmen, A.; Eckert, A. (1989): 20 Jahre bundesdeutsche Schwulenbewegung 1969–1989. BVH-Materialien 1. Bundesverband Homosexualität: Köln

- Salmon, J. W. (1990): *The Corporate Transformation of Health Care: Issues and Directions*. Amityville/NY
- Sande, M. A.; Carpenter, C. 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*. In: *Journal of the American Medical Association*, Bd. 270, S. 2583–2589
- Sandfort, T. (Hg.) (1998): *The Dutch Response to HIV. Pragmatism and Consensus*. London
- Sassi, F. (1996): *Health Technology Assessment. An Introduction*. In: *Eurohealth*, 2, S. 9–10
- Sattler, F. R.; Cowan, R.; Nielsen, D. M.; Ruskin, J. (1988): *Trimethoprim-sulfamethoxazole Compared with Pentamidine for Treatment of Pneumocystis carinii pneumonia in the Acquired Immunodeficiency Syndrome*. In: *Annals of Internal Medicine*, Bd. 109, S. 280–287
- Schaeffer, D. (1989): *Strukturelle Versorgungsprobleme und professionelle Interventionsmuster bei chronisch kranken alten Patienten*. In: *Zeitschrift für Sozialreform*, Jg. 35, H. 11/12, S. 737–749
- Schaeffer, D. (1990): *Das Krankenhaus und seine Bedeutung für die Versorgungsverläufe alter Menschen*. In: *Medizin, Mensch, Gesellschaft*, Jg. 15, H. 3, S. 181–190
- Schaeffer, D. (1991): *Probleme bei der Implementation neuer Versorgungsprogramme für Patienten mit HIV-Symptomen*. In: *Neue Praxis. Zeitschrift für Sozialarbeit, Sozialpädagogik und Sozialpolitik*, Jg. 21, H. 5/6, S. 392–406
- Schaeffer, D. (1992a): *(Aids-)Supervision und professionelles Handeln*. In: *Zeitschrift für Supervision*, 21, S. 10–27
- Schaeffer, D. (1992b): *Grenzen ambulanter Pflege*. Paper der AG ‚Public Health‘, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB), Berlin, P92–210
- Schaeffer, D. (1993a): *Integration von ambulanter und stationärer Versorgung*. In: *Badura, B.; Feuerstein, G.; Schott, T. (Hg.): System Krankenhaus*. München, S. 270–291
- Schaeffer, D. (1993b): *Patientenorientierung und Gesundheitsförderung im Krankenhaus. Erfordernisse der Organisations- und Strukturentwicklung*. In: *Pelikan, J. M.; Demmer, H.; Hurrelmann, K. (Hg.): Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung. Konzepte, Strategien und Projekte für Betriebe, Krankenhäuser und Schulen*. München, S. 267–284
- Schaeffer, D. (1994a): *‚Verschiebestrategien‘ im Umgang mit chronisch pflegebedürftigen Menschen – Wege aus der Verleugnung eines zentralen Versorgungsdefizits im Gesundheits- und Sozialwesen. Vortrag auf der Tagung ‚Bruchstellen in der Betreuung alter Menschen zwischen Medizin und Pflege – versagt das Versorgungssystem?‘, Hauptgesundheitsamt Bremen, am 29.6.1994 in Bremen*.
- Schaeffer, D. (1994b): *Wissenstransfer im Gesundheitswesen. Analyse eines in der Aids-Krankenversorgung erprobten Modells*. In: *Neue Praxis. Zeitschrift für Sozialarbeit, Sozialpädagogik und Sozialpolitik*, Jg. 24, H. 2, S. 154–167
- Schaeffer, D. (1995a): *Patientenorientierte Krankenversorgung: Aids als Herausforderung*. In: *Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften*, Jg. 3, H. 4, S. 332–348
- Schaeffer, D. (1995b): *Aids and Innovations in the German Health Care System*. In: *International Journal of Health Science*, Jg. 6, H. 2, S. 77–84
- Schaeffer, D. (1995c): *Prävention und Gesundheitsförderung chronisch Kranker als Aufgabe kurativer Institutionen*. In: *Das Gesundheitswesen*, Jg. 57, H. 3, S. 145–150

- Schaeffer, D. (1995d):– Community Health Nursing Entwicklung, Probleme, Lehren aus der US-amerikanischen Situation. In: Jahrbuch für kritische Medizin, 25, Weltgesundheit, Argument Sonderband, Hamburg, S. 166–183
- Schaeffer, D. (1996): Innovationsprozesse in der ambulanten Pflege. Aids als Pilotprojekt. Pflege. Die wissenschaftliche Zeitung für Pflegeberufe, Jg. 9, H. 2, S. 140–149
- Schaeffer, D. (1997): Patientenorientierte ambulante Pflege Schwerkranker. Erfordernisse der Konzept- und Wissenschaftsentwicklung. In: Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften, Jg. 5, H. 1, S. 85–97
- Schaeffer, D. (1998): Impact of Aids on Health Care and Health Professions. In: Proceedings of the 2nd European Conference ‚Aids in Europe. New Challenges for Social and Behavioural Sciences‘, 12–15 January 1998, Paris. Vervielfältigtes Manuskript
- Schaeffer, D.; Moers, M. (1992): Professionelle Versorgung von HIV- und Aids-Patienten. Paper der AG ‚Public Health‘, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB), Berlin, P92–209
- Schaeffer, D.; Moers, M. (1993): Professionell gebahnte Versorgungspfade und ihre Konsequenzen für die Patienten. Ergebnisse einer strukturanalytischen Untersuchung der Aids-Krankenversorgung. In: Lange, C. (Hg.): Aids – eine Forschungsbilanz. Berlin, S. 59–74
- Schaeffer, D.; Moers, M. (1994): Präventive Potentiale kurativer Institutionen – Prävention als Aufgabe ambulanter Pflege. In: Rosenbrock, R.; Kühn, H.; Köhler, B. (Hg.): Präventionspolitik. Gesellschaftliche Strategien der Gesundheitssicherung. Berlin, S. 385–407
- Schaeffer, D.; Moers, M. (1995): Ambulante Pflege von HIV- und AIDS-Patienten. Paper der AG ‚Public Health‘, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB), Berlin, P95–201
- Schaeffer, D.; Moers, M.; Rosenbrock, R. (Hg.) (1992a): Aids-Krankenversorgung. Ergebnisse sozialwissenschaftlicher Aids-Forschung, Bd. 8, Berlin
- Schaeffer, D.; Moers, M.; Rosenbrock, R. (1992b): Aids-Krankenversorgung zwischen Modellstatus und Übergang in die Regelversorgung. In: Schaeffer, D.; Moers, M.; Rosenbrock, R. (Hg.): Aids-Krankenversorgung. Berlin, S. 11–25
- Schaeffer, D.; Moers, M.; Rosenbrock, R. (Hg.) (1994): Public Health und Pflege. Zwei neue gesundheitswissenschaftliche Disziplinen. Ergebnisse sozialwissenschaftlicher Aids-Forschung. Berlin
- Schäfer, I. (1988): Die Deutsche Aids-Hilfe. Ihre Aktivitäten, Präventionsstrategien und Kooperationsansätze. In: Faltermaier, J. et al. [Hg.]: Aids und soziale Arbeit. Frankfurt, S. 65–77
- Schwartz, F. H. et al. (Hg.) (1995): Gesundheitssystemforschung in Deutschland. Denkschrift der Deutschen Forschungsgemeinschaft. Cambridge, New York, Tokyo
- Schwules Museum; Akademie der Künste (Hg.) (1997): Goodbye to Berlin. 100 Jahre Schwulenbewegung. Berlin
- Seligmann, M. (1993): Report of the coordinating committee of the Concorde trial. Overview OP-01–2 at the IXth International Conference on AIDS, Berlin 1993. Paris, Berlin. Vervielfältigtes Manuskript
- Setbon, M. (1991): La santé publique à l'épreuve du sida: une approche systémique des processus décisionnels. In: Sociologie du travail, 3, S. 403–28

- Setbon, M. (1993): Pouvoirs contre Sida. De la transfusion sanguine au dépistage: décisions et pratiques en France, Grande-Bretagne et Suède. Paris
- Setbon, M. (1996): Le risque comme problème politique. Sur les obstacles de nature politique au développement de la santé publique. In: *Revue française des affaires sociales*, 2, S. 11–28
- Shadish, W. R. (1990): Amerikanische Erfahrungen mit der Evaluation von Sozial- und Gesundheitsprogrammen. In: Koch, U.; Wittmann, W. (Hg.): *Bewertungsgrundlage von Sozial- und Gesundheitsprogrammen*. Berlin, Heidelberg, S. 159–182
- Siegrist, J. (1996): Soziale Krisen und Gesundheit: eine Theorie der Gesundheitsförderung am Beispiel von Herz-Kreislauf-Risiken im Arbeitsleben. Göttingen
- Singh, J. J. (1993): Empowerment for Malaysian PWAs [People With AIDS] – Issues, Barriers and Strategies. Plenary Lecture PS-06-1 at the IXth International Conference on AIDS, Berlin 1993. Kuala Lumpur, Berlin. In: *IXth International Conference on AIDS. Conference Abstract Book*. Berlin, Bd. 1, S. 11
- Singhartinger, J. (1987): Aids als Anlaß – Kontrolle als Konzept. Entwicklungen am Beispiel Strafvollzug. München
- Souteyrand, Y. (1997): Sida et changement à l'hôpital: le cas du système hospitalier public français. In: *Ruptures*, 4, (2), S. 322–330
- Staub, R. (1998): Aids: Spätzeit der Epidemie oder Normalisierung? In: *Aids Info Docu Schweiz* (Hg.): *Les Mondes du Sida. Entre résignation et espoir*. Bern, S. 54–60
- Steffen, M. (1992): France: Scientific Expertise, Social Solidarity and AIDS Policy. In: Kirp, D.; Bayer, R. (Hg.): *AIDS in Industrial Democracies: Passions, Politics and Policies*. New Brunswick
- Steffen, M. (1996): The Fight against Aids. An International Public Policy Comparison between four European Countries: France, Great Britain, Germany, Italy. Grenoble
- Steffen, M. (1998): The Normalisation of AIDS Policies in Europe. Phases, Levels and Perspectives. In: *Working Papers for Synthesis Sessions of the 2nd European Conference 'Aids in Europe. New Challenges for Social and Behavioural Sciences'*, 12–15 January 1998, Paris. Vervielfältigtes Manuskript
- Strauss, A.; Corbin, J. M. (1988): *Shaping a New Health Care System. The Explosion of Chronic Illness as a Catalyst for Change*. San Francisco
- Strauss, A.; Fagerhaugh, S.; Suczek, B.; Wiener, C. (1991): Aids and Health Care Deficiencies. In: *Social Science and Public Policy*, July/August, S. 63–73
- Street, J.; Weale, A. (1992): Britain: Policy Making in a Hermetically Sealed System. In: Kirp, D.; Bayer, R. (Hg.): *AIDS in Industrial Democracies: Passions, Politics and Policies*. New Brunswick
- Strittmatter, R. (1995): Theoretische Fundierung von Aidspräventionsmaßnahmen – Anwendungsbezogene Konsequenzen empirischer Befunde zum HIV-Risikoverhalten. In: *Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften*, Jg. 3, H. 3, S. 212–226
- Stürzel, C. (1994): Aids und Obdachlosigkeit. New York und Berlin – ein Metropolenvergleich. Paper der AG 'Public Health', Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB), Berlin, P94–203
- Taylor, R. (1979): *Medicine out of Control*. Melbourne, London
- Taylor, R. (1998): Part of the Landscape? AIDS Policies with Regard to IV-Drug Users in France and Britain. In: *Working Papers for Synthesis Sessions of the 2nd European*

- Conference ‚Aids in Europe. New Challenges for Social and Behavioural Sciences‘, 12–15 January 1998, Paris. Vervielfältigtes Manuskript
- Theis, W. (1997): Aids – oder die teuer erkaufte Professionalisierung der Schwulenbewegung. In: Schwules Museum; Akademie der Künste (Hg.): Goodbye to Berlin. 100 Jahre Schwulenbewegung. Berlin, S. 327–335
- Thiaudiere, C. (1998): Evolution of the Relationships between Social Movements and Public Policies: The French experience. In: Working Papers for Synthesis Sessions of the 2nd European Conference ‚Aids in Europe. New Challenges for Social and Behavioural Sciences‘, 12–15 January 1998, Paris. Vervielfältigtes Manuskript
- Trojan, A.; Waller, H. (Hg.) (1980): Gemeindebezogene Gesundheitssicherung. Einführung in neue Versorgungsmodelle. München, Wien, Baltimore
- Troschke, J. von et al. (1991): Die gemeindenahere Begleitforschung der Deutschen Herz-Kreislauf-Präventionsstudie (DHP). In: Koch, U.; Wittmann, W. (Hg.): Bewertungsgrundlage von Sozial- und Gesundheitsprogrammen. Berlin, Heidelberg, S. 227–248
- Turnbull, P. (1997): Prisons. Vancouver Conference Review. In: AIDS Care, Jg. 9, H. 1, S. 92–95
- Ullrich, A. (1987): Krebsstation. Belastungen der Helfer. Eine empirische Studie in Bayern. Frankfurt
- UNAIDS (1998): UNAIDS Report on the Global HIV/AIDS Epidemic, June 1998. Geneva
- Volberding, P. A.; Deeks, G. (1998): Antiretroviral Therapy of HIV Infection. Promises and Problems. In: Journal of the American Medical Association, 279, (17), S. 1343–1344
- Vroome, E. M. van de; Paalman, M. E.; Sandfort, T. G. (1990): AIDS in the Netherlands: The Effects of Several Years of Campaigning. In: International Journal of the Sexually Transmitted Diseases, S. 268–75
- Wachter, R. M. (1991): The Fragile Coalition: Scientists, Activists, and Aids. New York
- Waldvogel, B.; Seidl, O. (1991): Probleme und Belastungen von Ärzten bei der Behandlung von Aids-Patienten. In: Aids-Forschung (AIFO), Jg. 6, H. 7, S. 353–368
- Waldvogel, B.; Seidl, O. (1992): Belastungen und professionelle Bewältigungsformen von Ärzten und Krankenpflegekräften, die Patienten mit AIDS betreuen. In: Ermann, M.; Waldvogel, B. (Hg.): HIV-Betroffene und ihr Umfeld. Berlin, S. 33–45
- Wanjura, M. (1988): Ambulante Versorgung von Aids-Patienten. In: Deutsche Krankenpflegezeitschrift, 10, S. 754–756
- Weber, A. (1992): Grenzerfahrungen bei der ambulanten Pflege von Menschen mit HIV und Aids. In: Schaeffer, D.; Moers M.; Rosenbrock, R. (Hg.): Aids-Krankenversorgung. Berlin, S. 222–250
- Wellandt, C.; Bademill-Wiecha, S.; Geiger, A. (1996): HIV Prevention for Migrants: Integration of HIV Prevention into Social Work among Migrant Populations. In: Schenker, I.; Sabar-Friedman, G.; Sy, F. S. (Hg.): AIDS Education: Interventions in Multi-Cultural Societies. New York, S. 145–152
- Wellings, K.; Field, B. (1996): Stopping AIDS. AIDS/HIV Public Education and the Mass Media in Europe. London, New York
- WHO (World Health Organization) (1981): Regionale Strategie zur Erreichung des Ziels ‚Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000‘. EUR/RC 30/8 Rev. vom 9.3.1983
- WHO (World Health Organization) (1991): World Health Statistics Annual. Geneva
- WHO (World Health Organization) (1992): Effective Approaches to AIDS Prevention. Conclusions of a Meeting, 26–29 May 1992. WHO/GPA/IDS, Geneva

- WHO (World Health Organization) (1996): European Health Care Reforms. Analysis of Current Strategies. WHO, Regional Office for Europe, Copenhagen
- Wijngaarden, J. van (1992): The Netherlands: AIDS in a Consensual Society. In: Kirp, D.; Bayer, R. (Hg.): AIDS in Industrial Democracies: Passions, Politics and Policies. New Brunswick
- Wilkie, P. A. (1987): Counselling in HIV-Infection. In: Scottish Medical Journal, Bd. 32, S. 114–116
- Wilson, J. M. G.; Jungner, G. (1971): Principles of Screening of Disease, WHO. Geneva
- Wimmer, H. (1989): Bewältigung der Information über eine Krebserkrankung. Eine empirische Untersuchung über den Verlauf von Bewältigungsprozessen und Möglichkeiten der Unterstützung des Patienten. Wien
- Wirth, W. (1982): Inanspruchnahme sozialer Dienste. Bedingungen und Barrieren. Frankfurt, New York
- Wistow, G. (1998): Krankenbetreuung zu Hause und die Reform der Akutkrankenhäuser in England. In: Pelikan, J. M.; Stacher, A.; Grundböck, A.; Krajic, K. (Hg.): Virtuelles Krankenhaus zu Hause – Entwicklung und Qualität von ganzheitlicher Hauskrankenpflege. Wien, S. 57–78
- Wolter, C.; Beckmann, M.; Eimeren, W. van; Kleinschmidt, A.; Welzl, G. (1992): Monitoring the Prevalence of HIV: Methodological Aspects of Anonymous Unlinked HIV Screening. In: Chytil, M. K.; Duru, G.; Eimeren, W. van; Flagle, C. D. (Hg.): Health Systems – The Challenge of Change. Prague, S. 550–553
- Wyns, B.; Borchers, A. (1992): Möglichkeiten und Grenzen der Versorgung HIV-Infizierter und Aids-Kranker durch ambulante Pflegedienste und Sozialstationen. In: Schaeffer, D.; Moers M.; Rosenbrock, R. (Hg.): Aids-Krankenversorgung. Berlin, S. 197–221
- Zenilman, J. M.; Erickson, B.; Roix, M. R.; Reichart, C. A.; Hook, E. W. III (1992): Effect of HIV Posttest Counseling on STD Incidence. In: Journal of the American Medical Association, 267, (6), S. 843–845
- Zola, I. (1972): Medicine as an Institution of Social Control. In: Sociological Review, 20, S. 487–504