

Rosenbrock, Rolf

Book Part — Digitized Version

Public health: Aids als Paradigma?

Provided in Cooperation with:

WZB Berlin Social Science Center

Suggested Citation: Rosenbrock, Rolf (1994) : Public health: Aids als Paradigma?, In: Wolfgang Zapf, Meinolf Dierkes (Ed.): WZB-Jahrbuch 1994: Institutionenvergleich und Institutionendynamik, ISBN 3-89404-290-7, Edition Sigma, Berlin, pp. 159-181

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/122637>

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>.

Public Health: Aids als Paradigma?

Rolf Rosenbrock

Um die Propheten des Untergangs (z.B. Halter 1985; Bock et al. 1987; Frösner 1987; M.G. Koch 1988; Gauweiler 1989) ist es – zumindest in Deutschland – stiller geworden. Die Ende der achtziger Jahre formulierte und umgesetzte Politik der Aids-Prävention hat sich bewährt und wird derzeit nicht in Frage gestellt (Deutscher Bundestag 1993). Die Entwicklung der Infektions- und Erkrankungszahlen hat sich – mit leicht sinkender Tendenz – stabilisiert, so daß von einer sich beständig beschleunigenden Ausbreitung der Infektion mit dem »Human Immunodeficiency Virus« (HIV) und der mit dem Acquired Immunodeficiency Syndrome (Aids) verbundenen Krankheitsbilder auch empirisch derzeit keine Rede mehr sein kann (Hamouda et al. 1993).

Damit ergibt sich nach zehn Jahren Aids in Deutschland – epidemiologisch gesehen – das Bild eines zwar ernstesten Gesundheitsproblems, das aber durch Weiterführung der bisherigen Ansätze und Anstrengungen einer pragmatischen und lebensweisebezogenen Prävention (Rosenbrock 1986; Deutscher Bundestag 1988, 1990b) kontrollierbar erscheint (BGA 1993; Rosenbrock 1993a). Da die Medizin trotz beachtlicher Fortschritte vor allem auf dem Gebiet der Behandlung der zum Krankheitsbild gehörenden opportunistischen Infektionen bislang keine Mittel der Immunisierung oder Heilung entwickeln konnte (Kallings 1993; Marcus 1993), ist Aids seit vielen Jahrzehnten der erste erfolgreiche Anwendungsfall einer massiven und nicht primär auf die Medizin gestützten Gesundheitssicherungspolitik in Deutschland.

Damit hat sich eine professionelle Herangehensweise an Gesundheitsprobleme als tragfähig und erfolgreich erwiesen, deren akademische Etablierung ganz unabhängig und schon vor dem Auftreten von Aids auch in der Bundesrepublik Deutschland betrieben wurde und erst gegenwärtig disziplinäre, professionelle und institutionelle Gestalt anzunehmen beginnt: Public Health (vgl. Schwartz et al. 1991; Rosenbrock et al. 1993; Rosenbrock 1993d; Schaeffer et al. 1994).

Was ist Public Health? Der Begriff ist wortgemäß nicht ins Deutsche zu übersetzen. Es bedeutet soviel wie Theorie und Praxis der auf Gruppen bzw. Bevölkerungen bezogenen Maßnahmen und Strategien der Verminderung

von Erkrankungs- und Sterbewahrscheinlichkeiten durch Senkung von Risiken (Prävention) und Stärkung von Ressourcen (Gesundheitsförderung). Public Health analysiert und beeinflusst hinter den individuellen Krankheitsfällen epidemiologisch faßbare Risikostrukturen, Verursachungszusammenhänge und Bewältigungsmöglichkeiten. Dazu gehört auch die Steuerung der Krankenversorgung. Wissenschaftlich ist Public Health eine Multidisziplin, politisch sollen die aus Public Health gewonnenen Entscheidungskriterien und Handlungspostulate querschnittsartig in nahezu allen Politikfeldern Berücksichtigung finden.

Dem erstmals wohl in der britischen Gesetzgebung (Public Health Act 1848) offiziализierten Begriff »public health« entspricht vor allem in angelsächsischen und skandinavischen Ländern eine entfaltete wissenschaftliche und politische Praxis (zum Überblick vgl. Holland et al. 1991; Maxcy-Rosenau-Last 1992). Anders in Deutschland: Zwar entwickelte sich hier die Sozialepidemiologie als zentrale Bezugsdisziplin bevölkerungsbezogener Gesundheitsstrategien im Anschluß an Rudolf Virchow (1821-1902) in den ersten Jahrzehnten dieses Jahrhunderts außerordentlich erfolgreich und trug auch maßgeblich zur Etablierung kommunaler und bevölkerungs- bzw. gruppenbezogener Gesundheitsvorsorge in der Weimarer Republik bei (Labisch/Tennstedt 1991). Doch fand diese Entwicklung mit dem Beginn faschistischer Herrschaft ein abruptes Ende (Hansen et al. 1981). Beim Wiederaufbau in der (alten) Bundesrepublik wurde daran nicht wieder angeknüpft. Vielmehr blieb der gesamte Komplex Gesundheit jahrzehntelang exklusive Domäne der Medizin. Kaum eine gesundheitsbezogene Tätigkeit durfte ärztlicher Mitwirkung oder zumindest ärztlicher Aufsicht entraten, und zwar ganz unabhängig davon, ob die universitäre und praktische Ausbildung für die Erfüllung dieser Aufgaben das geeignete oder überhaupt ein Rüstzeug bot. Umgekehrt bedeutete dies auch: Was dem letztlich am Klinikbett geschulten ärztlichen Blick nicht als relevant für Diagnose und Therapie erschien, wurde auch kaum einmal zum gesundheitlichen Thema. Gesundheitsstrategien, die sich nicht in das an den Naturwissenschaften angelehnte Erkenntnisraster der Medizin einfügen ließen und nicht am Individuum ansetzten, hatten kaum eine Chance. Versuche sowohl aus der Ärzteschaft als auch aus anderen Berufsgruppen bzw. Praxisfeldern, dieses oft analysierte und beklagte Monopol aufzubrechen, wurden regelmäßig als »unärztlich« bzw. »laienhaft« abgetan. Noch 1989 übersetzte der wissenschaftliche Arbeitskreis bei der Bundesärztekammer die Public-Health-Definition der WHO (1952): »Public Health is the science and art of preventing disease, prolonging life and promoting mental and physical health and efficiency through organized *community efforts* ...« mit: »Öffentliche Gesundheit« (Public Health) umfaßt die *medizinische* Wissenschaft und *ärztliche* Erfahrung zur Verhinderung von Krankheiten, zur Förderung des gesunden Altwerdens, zur Förderung körperlicher und geistiger Gesundheit ...« (Arnold et al. 1989, S. B-724; Hervorh. RR).

Freilich ist die Entwicklung zunehmend über dieses standespolitisch motivierte Entwicklungshemmnis hinweggegangen: Von den seit 1989

meist mit Unterstützung des Bundesministeriums für Bildung und Wissenschaft an verschiedenen deutschen Universitäten begonnenen Aufbau- und Zusatzstudiengängen in Public Health/Gesundheitswissenschaften fordert lediglich derjenige an der Universität Düsseldorf (noch) ein Medizinexamen als Eingangsvoraussetzung. Die seit 1991 in drei regionalen Verbänden organisierten rund 50 Forschungsvorhaben des vom Bundesministerium für Forschung und Technologie mit ca. 30 Millionen DM geförderten Forschungsprogramms zu Public Health sind meist multidisziplinär und mehrheitlich sozialwissenschaftlich ausgerichtet (Rosenbrock 1993d; Schaeffer et al. 1994).

Insgesamt ergibt sich daraus das Bild einer nachholenden Modernisierung, die zum Teil an abgebrochenen Entwicklungslinien im eigenen Land, zum Teil an zwischenzeitlich international akkumuliertem Wissen und entwickelten Methoden anknüpfen kann. Ob im Zuge der nunmehr beginnenden Professionalisierung und Institutionalisierung diese Stränge zu einem wissenschaftlich und politisch tragfähigen Leitbild verbunden werden können, hängt nicht zuletzt davon ab, inwieweit die Erfahrungen und Fragen aus dem zeitlich vor der Etablierung liegenden Anwendungsfall Aids aufgegriffen werden. Dazu werden im folgenden einige vorläufige und unvollständige Antworten am Beispiel zentraler, an Aids aufgeworfener Public-Health-Probleme skizziert werden als Ergebnisse eigener Analysen wie auch als Anregungen für die Arbeit in einem künftigen Fach »Public Health«.

Soziale Ungleichheit vor Krankheit und Tod

Im Gegensatz zu Mittel- und Nordeuropa befinden sich zahlreiche Länder in Afrika, zunehmend aber auch in Asien und Lateinamerika sowie innerstädtische Notstandsgebiete vor allem in den USA noch im nahezu freien Fall in eine gesundheitspolitische Katastrophe. Dies ist das Resultat sozial und regional sehr ungleicher Verteilung sowohl von Risiken als auch von Ressourcen zu ihrer Bewältigung (Mann et al. 1992) und führt unter anderem zur Notwendigkeit kontextspezifischer, dezentraler Strategiefindung für jede einzelne Subepidemie (Rosenbrock 1991a, 1993b).

Während die Übertragungswege über Anus/Mastdarm sowie über kontaminierte Spritzen unter allen Umständen ziemlich effektiv zu sein scheinen, hängt die Wahrscheinlichkeit der Ansteckung über die Vagina nach heutigem Erkenntnisstand offenbar von der Ab- bzw. Anwesenheit weiterer Infektionen und Geschwüre im Genitalbereich, also grob gesprochen von der physischen Unversehrtheit der Genitalien und vom generellen Gesundheitszustand ab (Treichler 1992). Ungleiche Risikoladung je Risikosituation und unterschiedliche Verteilung von Risikoverhalten erklären die Tatsache, daß zwar über drei Viertel der Anfang 1993 auf weltweit kumuliert zwischen 14 Millionen (Merson/WHO 1993) und 19,5 Millionen (Global AIDS Policy Coalition 1993) geschätzten Infektionen (davon in Deutschland ca. 60000; zu Berechnungsmethoden vgl. Kirschner 1993)

durch heterosexuellen Geschlechtsverkehr zustande gekommen sein sollen, in reichen Ländern bzw. Gegenden bzw. Sozialschichten dagegen die heterosexuelle Übertragung die Ausnahme ist. Dies erklärt zugleich den sich immer deutlicher zeigenden negativen Schichtgradienten: In den unteren Etagen der Hierarchie sozialer und gesundheitlicher Chancen kumulieren physische Vulnerabilität, materielle, kognitive und emotionale Hindernisse bzw. Sperren gegen die Aufnahme und Umsetzung der Präventionsbotschaft sowie schlechtere Bedingungen der Krankheitsbewältigung zu einem schichtenspezifisch deutlich erhöhten Risiko (Mielck 1989; Cameron/Tarantola 1992; Mann et al. 1992). Wie noch alle Infektionskrankheiten wird Aids in der Tendenz zu einer Krankheit der Armen und der Armut, bei globaler Betrachtung ist es dies längst. Dieser Ungleichheit ist nicht primär durch medizinische Interventionen beizukommen (McKeown 1982). Für Theorie und Praxis von Public Health ist das Zusammenwirken von erhöhten Risiken und geringeren Bewältigungsmöglichkeiten bei unteren und randständigen Schichten und Gruppen der Bevölkerung ein nahezu durchgängiges Muster (zum diesbezüglich kargen Forschungsstand in der (alten) Bundesrepublik vgl. Mielck 1993) und damit eine zentrale Herausforderung. Die Antwort hierauf kann sich nicht auf die gesundheitlich realistische, aber politisch utopische Forderung der Abschaffung von Armut, Not und Marginalisierung beschränken. Gesucht und im Zusammenhang mit Aids auch erprobt werden vielfältige Ansätze »positiver Diskriminierung« (Kühn 1993), die sowohl auf der Risiko- als auch auf der Ressourcenseite die schichten- und lebenslagenspezifischen Faktoren erhöhter Vulnerabilität (Hauß et al. 1981; Elkeles/Mielck 1993) zu kompensieren versuchen (Deutscher Bundestag 1990b; Mann et al. 1992; WHO 1992).

Risikoabschätzung (Wahrnehmung und Kommunikation)

Individuen und Institutionen nehmen Gefahren und Risiken unter anderem dann als besonders groß wahr, wenn sie mit unheimlichen Ereignissen und Schädigungen verbunden sind (»dread-Faktor«) und wenn das Ausmaß und die Ausprägungen des Schadens nicht vorhersehbar, weil nicht bekannt oder nicht kontrollierbar erscheinen (»unknown-Faktor«) (Slovic 1987; Morgan 1993). Dies sicherte Aids in den ersten Jahren zusammen mit dem die Krankheit umgebenden Assoziationsfeld (Sex, Promiskuität, Homosexualität, Prostitution, Drogen, Sucht und Tod) stets einen vorderen Platz in der öffentlichen Aufmerksamkeit. Die individuellen Gefahren- und Risikoeinschätzungen (und damit auch die Vorstellungen über Schutzmöglichkeiten) variieren darüber hinaus – erstaunlich unabhängig von ihrer realen Größe (Piel 1992) – in Abhängigkeit von zugeschriebener Verantwortlichkeit, angenommenen Steuerungs- und Kontrollmöglichkeiten, Selbstbewusstsein, Bildung, Urbanität, Alter etc. (Eirmbter et al. 1993).

Vor dem Hintergrund der wechselhaften und nur selten realistischen Wahrnehmung der und Kommunikation über die Gefahren von Aids, aber auch angesichts der Komplexität der Gesundheitsrisiken, die zu den heute in industrialisierten Ländern dominanten chronisch-degenerativ verlaufenden Krankheiten führen, ist die Entwicklung und Erprobung neuer Theorien und Methoden der Verständigung über unterschiedliche Gesundheitsrisiken eine wissenschaftliche Aufgabe ersten Ranges für Public Health (National Academy of Sciences 1988). Bei ihrer Lösung kann das Beispiel Aids – z. B. im Vergleich mit den Risiken für einen Herzinfarkt oder multifaktoriell verursachte arbeitsbedingte Erkrankungen – wichtige Aufschlüsse erbringen. Die oft widersprüchliche, im Zeitablauf veränderliche und wohl auch beeinflussbare Wahrnehmung von Aids-Risiken und -Gefahren durch Individuen und Gruppen (z. B. BZgA 1987, 1990; Richter et al. 1991; Eirmbter et al. 1993) sowie durch Institutionen und politische Apparate (z. B. Czada/Friedrich-Czada 1990; Prokop 1990; Kirp/Bayer 1992) ist für Aids bereits heute besser untersucht als für die epidemiologisch großen Krankheiten. Wie bei technisch generierten Gefahren finden sich auch interessenbedingte Verzerrungen der Wahrnehmung, politisch-taktische Nutzungen von Risiken und Sicherheitskonzepten und Kommunikationsblockaden (van den Daele 1988; Jungermann/Wiedemann 1990; Renn 1991). Zu erproben sind Orte und Verfahren der Gestaltung von auf Rationalität zielenden Verständigungsprozessen über unterschiedliche Klassen von Gefahren und Risiken aus verschiedenen Verursachungssphären.

Ein Ort für diese Auseinandersetzung ist in Deutschland die nach jahrzehntelangen Verzögerungen jetzt in vielfältiger Form im Aufbau befindliche Gesundheitsberichterstattung (Deutscher Bundestag 1990a; Forschungsgruppe 1990). Gefordert (Borgers 1991; Rosenbrock 1993c) und zum Teil auch ansatzweise realisiert (MAGS 1991) wird die Aufnahme von Risiken in die Berichterstattung. Auch und gerade weil dabei zwischen unterschiedlichen Disziplinen und Interessen nicht von vornherein Einigkeit über die Frage »Was ist mit welcher Wahrscheinlichkeit gefährlich für wessen Gesundheit?« zu erwarten ist, gibt es zu öffentlich darüber geführten Auseinandersetzungen keine vernünftige Alternative. Ein auf dem Forum der Gesundheitsberichterstattung ausgetragener Streit über das »Ob«, »Woher«, »Wie groß« und »Für wen« von Gesundheitsgefahren aus der menschlichen Biologie, dem Verhalten, der physischen Umwelt und sozialen Verhältnissen kann im Ergebnis zu einer erhöhten Kritikfähigkeit gegenüber Verharmlosung und Katastrophenmalerei sowie insgesamt zu einer erhöhten Sensibilität gegenüber Gesundheitsgefahren führen. Dabei ist die Unterscheidung in (selbst eingegangene) Risiken und (von außen kommende) Gefahren (Luhmann 1990) allenfalls zur Beschreibung empirisch vorfindlicher Zurechnungen in Populationen hilfreich. In der die tatsächlichen Veränderungsmöglichkeiten aufgreifenden Perspektive der Ausdehnung »expliziter« zu Lasten »impliziter« Gesundheitspolitik (Rosenbrock 1993c) wird diese Unterscheidung weitgehend obsolet: Dann geht es nämlich darum, Individuen und Gruppen durch Steigerung der Wahrnehmungs- und

Kritikfähigkeit sowie durch Aktivierung einen größeren Einfluß auf die eigene Gesundheit und die Bedingungen, die sie beeinflussen, zu ermöglichen, wie es z. B. auch von der WHO mit dem Konzept der Gesundheitsförderung angestrebt wird (Conrad/Kickbusch 1988). Dies könnte auch der Tendenz gesundheitspolitischer Institutionen entgegenwirken, gesundheitliche Gefahren und Risiken nur selektiv und nicht entsprechend ihrer epidemiologisch beschreibbaren Bedeutung wahrzunehmen (Levine/Lilienfeld 1987; National Academy of Sciences 1989).

Risikomanagement (Politikentwicklung und Umsetzung)

Aids hat die Gesundheitspolitik und Public Health nicht nur im Hinblick auf Risikowahrnehmung und Risikokommunikation vor ungelöste alte und neue Probleme gestellt, sondern auch das politische Risikomanagement. Der internationale Vergleich zeigt in den industrialisierten Ländern eine überraschende Kongruenz in den jeweils kontroversen Positionen (Kirp/Bayer 1992). In allen Ländern ging es um den Konflikt zwischen zwei einander weitgehend ausschließenden Strategien (vgl. Rosenbrock 1986, 1987):

- Die individuelle Suchstrategie steht unter der Leitfrage: Wie ermitteln wir möglichst schnell möglichst viele Infektionsquellen, und wie legen wir diese still?
- Die gesellschaftliche Lernstrategie fragt dagegen: Wie organisieren wir möglichst schnell, möglichst flächendeckend und möglichst zeitstabil Lernprozesse, mit denen sich die Individuen und die Gesellschaft maximal präventiv auf das Leben mit dem Virus einstellen können?

Nur noch in Queensland/Australien und einigen Staaten der USA wurde der politische Streit zwischen diesen beiden Strategien vergleichbar heftig ausgetragen wie in der (alten) Bundesrepublik. In sämtlichen industrialisierten Ländern, mit Schweden als einer halben Ausnahme, wurde er zugunsten der Lernstrategie entschieden, oder – wie es im amerikanischen Sprachgebrauch heißt – die Strategie des »inclusion and cooperation« hat sich gegenüber der »control- and containment«-Strategie durchgesetzt (Kirp/Bayer 1992).

Unter der für Public Health zentralen Fragestellung der Beweglichkeit und Innovationsfähigkeit der Gesundheitspolitik heißt dies: Unter hohem Problemdruck wurde bei Aids für eine neue Krankheit eine neue Strategie gegen zum Teil scharfen politischen Widerstand ideologisch motivierter Sekundärinteressenten (vgl. Bleibtreu-Ehrenberg 1989), weiter Teile der dem individuellen Herangehen verpflichteten Medizin und Rechtswissenschaft (vgl. z. B. die Kontroversen in Deutscher Bundestag 1988, 1990b) und zum Teil auch gegen demoskopisch ermittelte Mehrheitsmeinungen in der Bevölkerung (Eirnbter et al. 1993) durchgesetzt.

Und dies offenbar auch zu Recht. Zumindest in den hauptsächlich vom HIV-Risiko betroffenen Gruppen haben sich Einstellungs- und Verhaltens-

änderungen ereignet, die in Ausmaß und Zeitstabilität alle Beispiele aus der bisherigen Geschichte von Prävention und Public Health übertreffen (Pollak 1990; Dannecker 1991; Bochow 1993). Die Lernstrategie war nicht nur in den reichen Industrieländern Mittel- und Nordeuropas, sondern überall dort, wo das Grundmodell (Rosenbrock 1993b) halbwegs konsequent umgesetzt wurde, schneller wirksam und insgesamt erfolgreicher als sämtliche bekannten gesundheitspolitischen Versuche der Verhaltensmodifikation (WHO 1992; Lamptey et al. 1993). Das zeigt der Vergleich mit der Durchsetzung der persönlichen Hygiene im Kampf gegen die alten Infektionskrankheiten, mit der Zahnhygiene, mit dem Rauchen, der Bewegung, der Ernährung, dem Gebrauch legaler und illegaler Drogen etc. Es hat sich damit als möglich erwiesen, mit den Mitteln der Politik durch öffentlich vermitteltes Lernen Verhalten sogar in Tabu-, Scham- und Illegalitätsbereichen zu beeinflussen (Rosenbrock/Salmen 1990).

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

In erster Linie sicher der Umstand, daß es für wirksame Prävention insgesamt an politischer Energie mangelt (vgl. Rosenbrock 1992). Darüber hinaus aber vor allem die Tatsache, daß keine Klarheit darüber besteht, welche Faktoren in welchem Umfang diesen Erfolg bewirkt haben. War es das »Lernklima« (Rosenbrock 1987)? War es der soziale Zusammenhalt in den betroffenen Gruppen? War es der kombinierte Einsatz bevölkerungsweiter Streubotschaften, zielgruppenspezifischer, meist von Betroffenen organisierter Kampagnen und persönlicher Beratung? War es die Qualität der Botschaft und ihrer Übermittlung? War es die Erweiterung des klassischen Paradigmas der Gesundheitserziehung um Elemente der strukturellen Beeinflussung der Lebenslage? Oder war es der Problemdruck durch die massenhaft persönliche Konfrontation mit den Risikofolgen, also mit HIV-Infizierten und Aids-Kranken im persönlichen Umfeld? Darüber gibt es bislang kaum differenziertes Wissen, lediglich der Gesamteffekt kann epidemiologisch halbwegs zufriedenstellend gemessen werden.

Elemente wirksamer Prävention

Zu den wenigen schon heute als gesichert geltenden Erkenntnissen gehört, daß präventives Verhalten desto schneller, konsequenter, zeitstabiler und flächendeckender Platz gegriffen hat und greift, je mehr die Zielgruppen in ihren lebensweltlich prägenden Sozialzusammenhängen angesprochen werden (vgl. z. B. Prieur 1991). Hierfür findet sich in der anglo-amerikanischen Diskussion der Terminus »community approach«, dessen deutsche Übersetzung »gemeinschaftsbezogener Ansatz« wäre. Wahrscheinlich wegen des Mißbrauchs von »Gemeinschaft« in der deutschen Geschichte (Joas 1992) hat sich statt dessen in der gesundheitswissenschaftlichen Diskussion die Übersetzung »Gemeindeorientierung« eingebürgert. Das aber führt – nicht

nur bei Aids – zu irreführenden Mißverständnissen. Nach den Erfahrungen mit Aids sind präventionspolitisch tragfähige »communities« weder administrative Gemeinden noch nach Risikomerkmale durch Experten, also »von außen« definierte Gruppen, sondern soziale Strukturen, konstituiert durch gleiche lebensweltliche Bezüge, z. B. Interessen, soziokulturelle Milieus, soziale Bewegungen, Subkulturen, Symbole und Rituale. Erfolgreiche Projekte der Prävention und Gesundheitsförderung aus anderen Risikosphären (z. B. Minkler 1985; Syme 1991) zeigen, daß solche Strukturen zumindest in städtischen Zusammenhängen stärkere Bezugsbasen für Prävention bieten als das Wohnen im gleichen Ort (Raschke/Ritter 1991). Diese Orientierung ermöglicht auch logisch stringent den Übergang von purer Gesundheitserziehung zu Strategien der Prävention unter Einbeziehung der sozialen, kognitiven, physischen und psychischen Belastungen und Ressourcen der Zielgruppen, wie es die WHO mit dem Konzept der Lebensweisen seit einigen Jahren propagiert.

Neben Zielgruppenspezifität der Prävention kann ein weiterer Erfolgsfaktor der Aids-Prävention als relativ sicher verallgemeinert werden: Es ist dies die persönliche und empathische Beratung, sei sie nun professionell oder informell organisiert. Die in der Aids-Prävention gesammelten Erfahrungen deuten bemerkenswerterweise nicht darauf hin, daß die ärztliche Beratung anderen Konstellationen und Settings überlegen ist (z. B. Zenilman et al. 1992). Ob dies unabhängig von der sozialen Schicht gilt, und wie diese Erkenntnis für eine Verbesserung der Arbeitsteilung zwischen den verschiedenen behandelnden, beratenden und pflegenden Gesundheitsberufen nutzbar gemacht werden kann, ist eine im Rahmen von Public Health weiter zu untersuchende Frage mit weitreichenden professionspolitischen Implikationen.

Schließlich muß auf Basis der mit Aids gesammelten Erfahrungen auch davon ausgegangen werden, daß medizinische Untersuchungen – in diesem Falle der HIV-Antikörpertest – als Instrumente der Verhaltensbeeinflussung ziemlich ineffizient sind. Der in der Aids-Debatte oft als Dogma vorgetragene Satz, daß sich nur präventiv verhält, wer seinen Serostatus kennt, ist durch eine sorgfältige Re-Evaluation aller zu diesem Thema durchgeführten ca. fünfzig Untersuchungen durch die Centers for Disease Control (Higgins et al. 1991) ziemlich schlagend widerlegt worden: Unabhängig von Geschlecht und Zugehörigkeit zu einer risikotragenden Gruppe ergab sich keine Evidenz dafür, daß der Test ein geeignetes Mittel der Verhaltensbeeinflussung ist. Unter Berücksichtigung der sehr ernstesten unerwünschten Wirkungen der Ermittlung und Mitteilung des HIV-Serostatus verbietet sich damit auch unter Effizienz-Gesichtspunkten seine Propagierung als Präventionsinstrument (Rosenbrock 1986, 1989a, 1991b). Als wichtig haben sich dagegen die soziale Einbindung der Beratenen, die Qualität und Umsetzbarkeit der Präventionsbotschaft und die persönliche Beratung erwiesen. Eine Überprüfung dieses Befundes im Hinblick auf andere medizinische (Früherkennungs-)Untersuchungen, die z. B. durch das Gesundheitsreformgesetz seit 1989 zur Regelleistung der Krankenkassen

erhoben worden sind und ebenfalls nur dann gesundheitlich sinnvoll sind, wenn durch sie Verhalten wirksam beeinflußt wird (z. B. auf Diabetes oder Blutfettwerte vgl. Abholz 1988; Borgers 1993), steht als Aufgabe für Public-Health-Forschung noch aus.

Präventionsakteur Selbsthilfe

Auch von der akademischen Selbsthilfeforschung (z. B. Trojan et al. 1990) ist eine spontane Innovation bei der gesellschaftlichen Bearbeitung des Aids-Problems bislang kaum reflektiert worden: Während Selbsthilfegruppen und Selbsthilfebewegung bis zum Auftreten von Aids fast ausschließlich um die psychische, soziale und medizinische Bewältigung von bereits eingetretenen Gesundheitsrisiken, also für Aufgaben der Tertiärprävention, gewachsen waren (z. B. Alkoholismus, Krebs, Anfallkrankheiten, Rheuma), ist mit den Aids-Hilfen eine Organisation entstanden, die sich zumindest in den ersten Jahren der Epidemie mit gleichem Gewicht für die Infektionsverhinderung, also für die Primärprävention einsetzte und für diese Funktion auch die meisten staatlichen Gelder bekommt. Die unter übergreifender Public-Health-Perspektive wichtige und offene Frage dabei ist, ob dieses Engagement auf Dauer stabilisiert werden kann. Gegenwärtig können hieran Zweifel aufkommen: Das stets prekäre Spannungsverhältnis zwischen ehrenamtlicher und beruflicher Arbeit in solchen Organisationen, der Übergang spontan entstandener Gruppen in betriebsartige Arbeitsformen (Rosenbrock 1983) sowie der beständige Problemdruck aus der Betreuung und Interessenvertretung für Infizierte und Kranke ziehen Aufmerksamkeiten und Energien von den Daueraufgaben der Primärprävention ab (Rosenbrock 1986, S. 154).

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

Grenzen der Medizin

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

schulmedizinisch anerkannten ärztlichen Verrichtungen am kranken Menschen ein klinisch-epidemiologischer Wirksamkeitsnachweis nicht erbracht ist (Cochrane 1972). Andererseits ist oft gezeigt worden, daß Interessenlage und Eigendynamik des Medizinsystems dazu tendieren, dessen Zuständigkeitsbereich auf immer weitere Bevölkerungsgruppen und Körperzustände auszudehnen (Foucault 1973; Kühn 1993; Rosenbrock 1993c). Es kann also nicht überraschen, daß die Fragen nach dem Nutzen der Medizin und den Grenzen der Medikalisierung sich gegenwärtig 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 Krankheitsausbruch 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-Antikörpertest aufrufen wollen, weil auf diese Weise durch Vorverlegung des medizinischen Behandlungsbeginns (Pentamidin-Inhalation, AZT-Medikation) Latenzzeit bzw. Lebenszeit zu gewinnen sei (in Deutschland z. B. Jäger 1989; Frösner 1991). Mittlerweile neigt auch die Deutsche Aids-Hilfe 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-Antikörpertest für die hauptsächlich betroffenen Gruppen, weil sie sich gegen dessen massenhafte Anwendung politisch entschieden hat (Hengelein/Höpfner 1990). Statt dessen plädiert sie für eine individuelle Entscheidung (so auch Rosenbrock 1989b, 1989d). Für potentiell infizierte ungetestete und für asymptomatische HIV-positive Menschen entsteht vor dem Hintergrund eigener Ängste und Befürchtungen durch anekdotisch kolportierte Erfolgsmeldungen ein starker Sog zum Test bzw. zum Beginn medizinischer Behandlung vor dem Auftreten der ersten Symptome.

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 (Abholz 1988, 1990; Holland/Stewart 1990): Sobald es um Frühbehandlung geht, wird nicht mehr oder kaum noch beachtet, daß die vorausgehende Diagnose (Mitteilung eines positiven HIV-Antikörpertestergebnisses) mit erheblichen und langfristigen gesundheitlichen und psychosozialen unerwünschten Wirkungen und mit nicht ausräumbaren Unsicherheiten behaftet ist (Rosenbrock 1991b).

Darüber hinaus wird nicht hinreichend problematisiert, daß die Strategie mit Test und Frühbehandlung auf eine lebenslange Medikalisierung von

Menschen hinausläuft, die in ihrer großen Mehrheit auch ohne Behandlung auf Jahre hinaus ohne Symptome und Beschwerden bleiben würden: Legt man die Verteilung aus der die Strategie der Frühbehandlung begründenden Studie von Fischl et al. (1987) zugrunde, so müssen ca. 1 000 asymptomatisch HIV-Infizierte (mit weniger als 500 T-Helferzellen pro cmm) ein Jahr mit AZT behandelt werden, damit von den ohne Medikation zu erwartenden ca. 50 Krankheitsprogressionen ca. 25 verhindert werden: Über 95 Prozent der Patienten werden »umsonst« behandelt. Selten wird auch darauf hingewiesen, daß mit der früh- bzw. vorzeitigen AZT-Gabe in vielen Fällen eine ebenso früh- bzw. vorzeitige Resistenzbildung verbunden ist, so daß das Medikament im Falle der Erkrankung dann nicht mehr eingesetzt werden kann. Schließlich werden die unerwünschten Wirkungen (vor allem bei AZT) in 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 bzw. verzögerten bzw. gemilderten 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 das Auftreten von Symptomen bei einem geringen Anteil der Behandelten zeitweilig aufgehalten werden kann. Es liegen aber keine bzw. keine signifikanten Ergebnisse zur Lebensverlängerung durch den Einsatz dieser Medikamente vor (Graham et al. 1991; Moore et al. 1991; Hamilton et al. 1992). In der französisch-britischen Concorde-Studie, die AZT-Frühbehandlung in einer großen Kohorte und über einen sehr langen Beobachtungszeitraum (drei bis vier Jahre) prüfte, konnten keine positiven Effekte der AZT-Frühbehandlung auf den Krankheitsverlauf festgestellt werden (Aboulker et al. 1993).

Zusammengefaßt: Der Gewinn an Lebensqualität durch medikamentös verhinderte oder verzögerte opportunistische Infektionen wird großzügig geschätzt und nicht in Beziehung gesetzt zum Verlust an Lebensqualität durch die Kenntnis des Serostatus, die unerwünschten Medikamentenwirkungen, den möglichen Verlust späterer Behandlungsmöglichkeiten infolge Resistenzbildung und vor allem die (lebenslange) Medikalisierung. Die Koalition der auf Hilfe hoffenden Betroffenen mit den Interessen der helfenden Ärzte, den auf Markterweiterung zielenden pharmazeutischen Unternehmen und Politikern, die eine am Individuum ansetzende Epidemiekontrolle für opportun halten, könnte sich als stärker erweisen als die traurige Sprache der Fakten.

Unter dem Gesichtspunkt der Verallgemeinerung bleibt festzuhalten, daß die medizinischen Argumente, mit denen eine »Zuständigkeit« der Medizin für subjektiv gesunde HIV-positive Menschen begründet wird, nicht sehr stichhaltig sind. Die Aufrufe zum HIV-Test als Eingangspforte zur medikamentösen Frühbehandlung subjektiv gesunder Menschen sind deshalb nur schwer mit den weltweit anerkannten WHO-Regeln für den Einsatz von Screening (Wilson/Jungner 1971; vgl. Rosenbrock 1986, S. 101-115) zu vereinbaren. Die undifferenzierte Propagierung dieser Behandlung kann als Exempel für das Versagen klinisch-epidemiologischer Maßstäbe bei der Einführung und Vermarktung neuer Medizinprodukte und Anwendungsgebiete (Cochrane 1972) bzw. für die Vermischung (zweifelloos notwendiger) klinischer Forschung bzw. Erprobung und verallgemeinerter Anwendung bewertet werden.

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

Für die Versorgung und Betreuung asymptomatischer HIV-positiver Personen müssen dagegen verstärkt Möglichkeiten nicht-medizinischer professioneller und Selbsthilfeunterstützung gesucht und realisiert werden – wie für andere Gruppen chronisch Kranker auch. Dabei kann auf Erfahrungen mit psychosozialer Unterstützung bei anderen Patientengruppen aufgebaut werden, die – wie HIV-Infizierte – mit der konkreten, aber individuell nicht kalkulierbaren Möglichkeit des (Wieder-)Ausbruchs einer lebensbedrohlichen Erkrankung leben. Zu denken ist dabei z. B. an Modelle sozialer und psychologischer Unterstützung nach einem Herzinfarkt (Badura et al. 1987) oder einer Krebsbehandlung (Wimmer 1989; Koch/Potreck-Rose 1990). 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, z. B. durch Nicht-Wissen des Serostatus, kommen dabei gleichberechtigt in Betracht.

Innovationen in der Krankenversorgung

Aids hat auch die Strukturen der Krankenversorgung in Bewegung gebracht, und zwar auch in solchen Bereichen, die jahrzehntelang als besonders reformresistent gegolten hatten. Es entstanden neue Praxis- und Kooperationsformen in der ambulanten Versorgung, veränderte Zusammenar-

beit zwischen niedergelassenen Ärzten und Krankenhäusern, neue Aufgabenfelder für psychosoziale Berufe, Modelle ambulanter und pflegerischer Versorgung von Schwer- und Schwerstkranken, Organisationsinnovationen im Krankenhaus, Tageskliniken, Hospize – kurz: Bei Aids sind die Muster der Arbeitsteilung und Aufgabenzuweisung für die beteiligten Gesundheitsberufe, die ehrenamtlichen Helfer sowie zwischen den Institutionen der ambulanten und stationären Versorgung in Bewegung geraten (Schaeffer/Moers/Rosenbrock 1992). Die Diskussion über die eigenständige Bedeutung der Pflege für die Krankheitsbewältigung hat neuen Auftrieb erhalten (Moers 1990). Aids-Krankenversorgung ist damit zu einem Experimentierfeld für Strukturreformen im Gesundheitswesen geworden. In einer eigenen Studie wird dies für die Aids-Krankenversorgung in Berlin untersucht. Dabei zeigen sich freilich auch die Schattenseiten, denen im Rahmen von Public-Health-Forschung weiter nachzugehen sein wird: Trotz der außergewöhnlich hohen Bereitschaft politischer und professioneller Akteurguppen, auf die neue Herausforderung einzugehen, gibt es bislang nur wenige strukturbeeinflussende und zeitstabile Erfolge. Zeitstabil überwiegend deshalb nicht, weil der Geldhahn der Modellförderung durch den Bund zugedreht und oft kein Ersatz gefunden werden konnte. Strukturell häufig deshalb nicht wirksam, weil für sich genommen gut ersonnene Innovationen – wie etwa der für den Übergang stationär/ambulant zuständige Koordinationspfleger oder die Aids-Fachkräfte an Gesundheitsämtern – oft ohne ausreichende qualifikatorische und soziale Vorbereitung und Einbeziehung des organisatorischen Umfeldes implantiert wurden (Schaeffer 1991). Insellösungen ohne Implementationshilfen (z. B. Organisationsentwicklung und Institutionsberatung) provozieren konservatives Organisationsverhalten bis hin zu Abstoßungsreaktionen. Entgegen weithin gehegter Hoffnung und geübter Praxis sind solche Schwierigkeiten auch durch Begleitforschung und professionelle Supervision meist nicht aus der Welt zu schaffen, weil diese aufgrund ihrer Konturierung und Instrumentierung grundsätzlich nicht in der Lage sind, bei organisatorisch und professionspolitisch begründeten Implementationshindernissen wirksame Steuerungshilfen und Korrekturen einzubringen (Schaeffer 1992). Hinzu kommen die Probleme unzureichender und gemischter Finanzierung. Diese zwingen z. B. viele Pflegedienste dazu, bei der Dokumentation und Abrechnung der pflegerisch professionell notwendigen Leistungen gegenüber Krankenkassen, Kommunen und anderen Kostenträgern bis an den Rand der Legalität zu gehen, um dann doch irgendwann die Pflegeleistungen nicht mehr primär nach gesundheitlichen, sondern nach abrechnungstechnischen Kriterien zu gestalten (vgl. z. B. Majer 1992; Weber 1992).

Unter Public-Health-Gesichtspunkten ergeben sich aus diesen Entwicklungen einige wichtige verallgemeinerbare Erfahrungen:

1. Das Krankenversorgungssystem ist auch an seinen kritischen Nahtstellen und hinsichtlich der professionellen Arbeitsteilung unter hohem Problemdruck flexibler als oft angenommen.

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

Bereichsübergreifende Gesundheitspolitik (Healthy Public Policy)

In der öffentlichen Meinung und ihrer Widerspiegelung in den Medien herrscht immer noch die mehrfach verkürzte Sichtweise vor, wonach Gesundheitspolitik wesentlich die staatliche Kunst der Finanzierung der Steuerung des Krankenversorgungssystems mit monetären Hebeln und gesetzlichen Normen ist (Rosenbrock 1989c). Verlagert sich – wie im Falle Aids – der Schwerpunkt von Gesundheitspolitik aus der Endstrecke der vorwiegend biomedizinischen, individuellen Kurationsbemühungen in vorgelagerte Bereiche (Rosenbrock 1993c), so ist eine Beschränkung des Eingriffsbereichs auf konventionell zur Gesundheitspolitik gerechnete Akteure, Instrumente und Felder nicht mehr möglich.

Akteure der Aids-Politik sind neben dem Staat (als Normgeber und als Träger der Sozialpolitik) das Medizin- sowie das Forschungssystem, das Bildungswesen, die Medien, Sektoren der privaten Wirtschaft, gesellschaftliche Organisationen mit Einfluß auf Lebensweisen sowie soziale Bewegungen, vor allem aus den am meisten betroffenen Gruppen (Kirp/Bayer 1992; Rosenbrock 1993b). Die mittlerweile auch von den Aids-Fachgesellschaften und der pharmazeutischen Industrie aktiv betriebene Einbeziehung dieser Bewegungen und Patientenverbände übertrifft alle historischen Beispiele und ist in ihren Konsequenzen für Forschungs-, Präventions- und Behandlungsstrategien derzeit noch nicht absehbar (Wachter 1991). Eine solche veränderte Konfiguration von Akteuren und Zuständigkeiten führt bei der staatlichen Gesundheitspolitik als steuern-

dem Zentrum zu einer erheblichen Zunahme persuasiver und kommunikativer Aufgaben gegenüber dem Einsatz der klassischen Steuerungsinstrumente Norm und Geld.

Mit der Entscheidung für eine lebensweisebezogene, d. h. über bloße Informationsvermittlung hinausgehende Präventionspolitik (Deutscher Bundestag 1988, 1990b) hat sich zudem der Kreis der gesundheitspolitischen Gestaltungsfelder beträchtlich erweitert. Dabei geht es im Grunde meist um die Umsetzung von zwei sehr allgemeinen Einsichten:

1. Persönliches risikomeidendes Verhalten hängt wesentlich auch von der sozialen Umwelt und den von ihr vermittelten Anreizen, Perspektiven und Sanktionen ab.
2. Je leichter der Inhalt präventiver Botschaften in bestehende Lebensweisen »eingebaut« werden kann, desto eher und desto mehr wird ihnen gefolgt (Milio 1986).

In bezug auf die hauptsächlich betroffenen Gruppen der homosexuellen Männer und i. v.-Drogenbenutzer sowie die als diesbezüglich gefährdet geltenden Prostituierten bedeutet die Umsetzung dieser gesundheitspolitischen Postulate ganz allgemein den Abbau von rechtlicher und sozialer Diskriminierung dieser Gruppen und ihrer Lebensweisen und damit Veränderungen in einer ganzen Reihe von Politikfeldern.

Da die Etablierung von Safer Sex und sterilen Spritzbestecken als gruppenverankerte Verhaltensnorm eine breite und möglichst vielseitige Kommunikation darüber voraussetzt, ist die pragmatische Unterlassung (gewerbe-, sitten- und kriminal-) polizeilicher Eingriffe in die Subkulturen sowie die – vereinzelt auch staatlich finanzierte – Förderung entsprechender Orte und Strukturen der Kommunikation konsequente Gesundheitspolitik. Wenn die Organisationen der betroffenen Gruppen als zentrale und unersetzliche Akteure der Aids-Prävention identifiziert werden, ist die staatliche Zensur ihrer Äußerungen mit einer zielführenden Gesundheitspolitik grundsätzlich unvereinbar. Wenn das Kondom das wichtigste Instrument der Aids-Prävention ist, sind Werbeverbote und Zugangsbeschränkungen unsinnig. Wenn heranwachsende Schwule im Prozeß ihres Coming-out als schwer erreichbar für die Aids-Prävention identifiziert werden, ist eine Regelung wie der § 175 StGB, die homosexuellen Geschlechtsverkehr mit Männern unter 18 Jahren mit Strafe bedroht, auch gesundheitspolitisch kontraproduktiv. Wenn Männer, die zumindest gelegentlich Sex mit Männern haben, aber nicht in schwule Kommunikationsstrukturen eingebunden sind, durch offen homosexuell eingefärbte Aids-Prävention nicht ansprechbar sind, ist die Ausklammerung homosexueller Begegnungen aus den bevölkerungsweit gestreuten Aufklärungsbotschaften (Fernsehen, Filmtheater, Print-Medien, Schule etc.) gesundheitspolitisch nicht zu begründen. Wenn Treue als eine Möglichkeit der Aids-Prävention propagiert wird, ist die massive rechtliche und finanzielle Benachteiligung mannmännlicher Lebensgemeinschaften gegenüber der heterosexuellen Ehe unlogisch. Wenn der Arbeitswelt wegen der dort vorfindlichen organisatorischen Rahmenbedingungen besonderer Wert als Ort der Gesundheitsförderung und -aufklärung beigemessen wird,

ist der Abbau von sexuellen Diskriminierungen und Tabus am Arbeitsplatz ein gesundheitspolitisches Gebot (Bruns/Jaeger/Rosenbrock 1991).

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

Deutlich wird dies auch an den Widerständen gegen die unter dem Eindruck von Aids wieder einmal aktuell gewordene Einlösung der Forderung nach einer Sexualpädagogik, die der materiell und kulturell gewachsenen Vielfalt der Entfaltungsmöglichkeiten und Beziehungsformen entspricht und Sexualität nicht von vornherein unter dem Aspekt von Zeugung und Empfängnis subsumiert (Ehrhardt 1993).

Der Realisierung des mit diesen Beispielen angedeuteten Übergangs von einer »public health policy« zu einer »healthy public policy« stehen in der Regel zwei aufeinander aufbauende Typen von Hindernissen entgegen: Zum einen sind diese für die Gesundheitspolitik neuen Felder jeweils historisch, professionell und institutionell von anderen Interessen her strukturiert und besetzt. Gesundheitspolitik trifft im Falle von Aids neben Verbündeten auf zum Teil mächtige Gegner (Kirchen, Sicherheitsapparate, konservative soziale Bewegungen etc.). Zum anderen finden sich in diesen Feldern kaum rechtlich oder tatsächlich gewachsene Anknüpfungspunkte und entsprechend wenig auch Qualifikation für ihre Einbindung in eine gesundheitspolitische Gesamtstrategie. Die Etablierung von Gesundheitsverträglichkeit bzw. Gesundheitsförderlichkeit als Querschnittsaspekt in allen relevanten Politikbereichen stellt damit – nicht nur bei Aids – eine Zukunftsaufgabe dar, die ohne praktische, theoretische und qualifikatorische Impulse aus dem akademischen Bereich von Public Health kaum angegangen werden kann (Rosenbrock/Noack/Moers 1993).

Fazit

Das Morbiditäts- und Mortalitätspanorama in industrialisierten Ländern wird von wenigen, großen chronisch-degenerativen Erkrankungen, vorwiegend der mittleren und späten Lebensphasen dominiert. Aids nimmt als Infektionskrankheit mit epidemiologisch eher geringerem Gewicht und vorwiegend jüngeren Betroffenen dagegen in mehrfacher Hinsicht eine Sonderstellung ein (Fee/Krieger 1993). Da Aids in Deutschland andererseits strategisch heftiger umstritten war als in den meisten Industrieländern sowie zahlreiche und tiefgreifende gesundheitspolitische Innovationen hervorge-

bracht hat, können aus dem gesellschaftlichen und gesundheitspolitischen Umgang mit dieser Krankheit für die akademische Etablierung von Public Health paradigmatische Lehren gezogen und weiterführende Fragen entwickelt werden. Die Nutzung dieses Fundus wird freilich dadurch erschwert, daß die Förderung sozialwissenschaftlicher Aids-Forschung durch das Forschungsministerium Ende 1994 auslaufen soll (Vettermann et al. 1993) und die Fortführung der Aids-Forschung im Rahmen eines Förderungsschwerpunkts »Infektiologie« (BMFT 1993; Deutscher Bundestag 1993) den Rückzug auf klinisch-medizinische Aspekte implizieren würde.

Für die gleichzeitig anlaufende Förderung von Forschung und Lehre im Bereich Public Health bedeutet dies: Ob das im Entstehen begriffene Fach Public Health eine wirkliche gesundheitswissenschaftliche und gesundheitspolitische Innovation darstellt oder auslöst, kann daran gemessen werden, inwieweit es sich Fragestellungen wie den hier skizzierten stellt.

Literatur

- Abholz, H.H. (1980): »Welche Bedeutung hat die Medizin für die Gesundheit?« In: H.U. Deppe (Hg.): *Die vernachlässigte Gesundheit*. Köln, S. 15-60
- Abholz, H.-H. (1988): »Was ist Früherkennung, was kann sie leisten?« In: *Grenzen der Prävention*. Argument Sonderband, AS 178. Hamburg
- Abholz, H.-H. (1990): »Die Gesundheitsuntersuchung – ein Früherkennungsprogramm als Spiegel bundesdeutscher Gesundheitspolitik.« In: *Arbeit und Sozialpolitik*, S. 44 ff. (die Kontroverse dazu: S. 168 ff.)
- Aboulker, J.P./Swart, A.M. et al. (1993): »Preliminary Analysis of the Concorde Trial.« In: *Lancet*, 341, S. 889-890
- Arnold, M./Bachmann, K.D./Knuth, P./Lehnert, G./Selbmann, K.H./Schlipköter, H.-W./Valentin, H./Vosteen, K.H. (1989): »Weiterentwicklung des Gesundheitswesens: Postgraduiertenstudium ›Öffentliche Gesundheit (Public Health)‹.« In: *Deutsches Ärzteblatt*, 14 (86) vom 5.4.1989, S. B-723-725
- Badura, B./Kaufhold, G./Lehmann, H./Pfaff, H./Schott, Th. (1987): *Leben mit dem Herzinfarkt*. Berlin, Heidelberg, New York
- BGA Aids-Zentrum im Bundesgesundheitsamt (Hg.) (1993): *The AIDS-Epidemic in Germany – from a Public Health Emergency to an Important, but Manageable Public Health Problem*. Aids-News. Special Edition IX. International Aids-Conference. Berlin, S. 1-10
- Bleibtreu-Ehrenberg, G. (1989): *Angst und Vorurteil. Aids-Ängste als Gegenstand der Vorurteilsforschung*. Reinbek
- BMFT (Der Bundesminister für Forschung und Technologie) (Hg.) (1993): *Gesundheit 2000*. Bonn
- Bochow, M. (1993): *Die Reaktionen homosexueller Männer auf Aids in Ost- und Westdeutschland*. AIDS-Forum D.A.H., Bd. X. Berlin
- Bock, K.D. et al. (1987): *Aids – zusehen oder handeln?* Ein Memorandum der Ltd. Ärzte des Zentrums für Innere Medizin. Universitätsklinikum Essen
- Borgers, D. (1991): »Probleme und Ziele einer sozialepidemiologisch orientierten Gesundheitsberichterstattung.« In: Jahrbuch für Kritische Medizin 17: *Das Risiko zu erkranken*. Argument Sonderband AS 193. Hamburg, S. 84-101
- Borgers, D. (1993): *Cholesterin. Das Scheitern eines Dogmas*. Berlin

- Bruns, M./Jaeger, H./Rosenbrock, R. (1991): *Aids in der Arbeitswelt*. Hrsg. von Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände und Deutscher Gewerkschaftsbund. Berlin
- BZgA (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung) (Hg.) (1987): *Aids im öffentlichen Bewußtsein der BRD. Ergebnisse einer bundesweiten Repräsentativbefragung*. Köln
- BZgA (Hg.) (1990): *Aids im öffentlichen Bewußtsein der Bundesrepublik. Wiederholungsbefragung 1989*. Köln
- Cameron, C./Tarantola, D. (1992): *The Cost of AIDS in the World 1990*. Lecture at the VIIIth International Conference on Aids. Ms. Amsterdam
- Cochrane, A. L. (1972): *Effectiveness and Efficiency. Random Reflections on Health Services*. Abingdon: Berks
- Conrad, G./Kickbusch, I. (1988): »Die Ottawa-Konferenz zur Gesundheitsförderung.« In: *Grenzen der Prävention*. Argument-Sonderband AS 178. Hamburg, S. 142 ff.
- Czada, R./Friedrich-Czada, H. (1990): »Aids als politisches Konfliktfeld und Verwaltungsproblem.« In: Rosenbrock/Salmen (Hg.) *Aids Prävention*. Ergebnisse Sozialwissenschaftlicher Aids-Forschung, Bd. 1. Berlin, S. 257-274
- Dannecker, M. (1991): *Der homosexuelle Mann im Zeichen von Aids*. Hamburg
- Deutscher Bundestag, 11. Wahlperiode (1988): *Zwischenbericht der Enquete-Kommission »Gefahren von Aids und wirksame Wege zu ihrer Eindämmung«*. Bundestagsdrucksache 11/2475. Bonn. Nachdruck: Deutscher Bundestag (Hg.): *Zur Sache – Themen parlamentarischer Beratung*, 3: *Aids – Fakten und Konsequenzen*. Bonn
- Deutscher Bundestag, 11. Wahlperiode (1990 a): *Endbericht der Enquete-Kommission »Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung«*. BT-Drucksache 11/6380. Bonn. Nachdruck: Deutscher Bundestag (Hg.): *Zur Sache – Themen parlamentarischer Beratung*, 3, 2 Bände. Bonn
- Deutscher Bundestag, 11. Wahlperiode (1990 b): *Endbericht der Enquete-Kommission »Gefahren von Aids und wirksame Wege zu ihrer Eindämmung«*. BT-Drucksache 11/7200. Bonn. Nachdruck: Deutscher Bundestag (Hg.): *Zur Sache – Themen parlamentarischer Beratung*, 13, *Aids: Fakten und Konsequenzen*. Bonn
- Deutscher Bundestag (1993): *12. Wahlperiode, Beschlußempfehlung des Ausschusses für Gesundheit zum Zwischen- und Endbericht der Enquete-Kommission »Gefahren von Aids und wirksame Wege zu ihrer Eindämmung«*. BT-Drucksache 12/4485. Bonn
- Dubos, R. (1959): *Mirage of Health*. New York
- Ehrhardt, A. A. (1993): *Sex Education for Young People*. Plenary Lecture at the IX. International Conference in AIDS. Ms. Berlin
- Eirmbter, W. H./Hahn, A./Jacob, R. (1993): *AIDS und die gesellschaftlichen Folgen*. Frankfurt a.M., New York
- Elkeles, Th./Mielck, A. (1993): *Soziale und gesundheitliche Ungleichheit. Theoretische Ansätze zur Erklärung von sozioökonomischen Unterschieden in Morbidität und Mortalität*. Veröffentlichungsreihe der Forschungsgruppe »Gesundheitsrisiken und Präventionspolitik«, P 93-208. Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung
- Fee, E./Krieger, N. (1993): »Thinking and rethinking Aids: implications for health policy.« In: *The International Journal of Health Sciences*, 23, 2, S. 323-346
- Fischl, M. A./Richmann, D. D./Grieco, M. H. et al. (1987): »The efficacy of 3'-azido-3'-deoxythymidine, an inhibitor of HTLV III/LAV pepliation, in patients with Aids or Aids-related complex: a double-blind placebo-controlled Trial.« In: *The New England Journal of Medicine*, 317, S. 185-191

- Forschungsgruppe Gesundheitsberichterstattung (Hg.) (1990): *Aufbau einer Gesundheitsberichterstattung – Bestandsaufnahme und Konzeptvorschlag*. Endbericht, 3 Bde. St. Augustin
- Foucault, M. (1973): *Die Geburt der Klinik. Eine Archäologie des ärztlichen Blicks*. München
- Franke, G.H. (1990): *Die psychosoziale Situation von HIV-Positiven*. Ergebnisse sozialwissenschaftlicher Aids-Forschung, Bd. 5. Berlin
- Frösner, G.G. (1991): »VII. Internationale Aids-Konferenz in Florenz 1991. Neue Daten zur Epidemiologie und Prävention.« In: *Aids-Forschung*, 6, 9, S. 477-486
- Gauweiler, P. (1989): *Was tun gegen Aids?* Percha
- Global AIDS Policy Coalition (1993): *The HIV/AIDS Pandemic: Status Report 1993*. Cambridge, MA
- 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*, 338, 8762, S. 265-269
- Halter, H. (Hg.) (1985): *Todesseuche AIDS*. Reinbek
- 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*, 326, 7, S. 437-443
- Hamouda, O./Schwartländer, B./Koch, M.A./Kiehl, W./Altmann, D./Baars, C./Kollan, C./Meyer, B. (1993): *AIDS/HIV 1992: Bericht zur epidemiologischen Situation in der Bundesrepublik Deutschland zum 31.12.1992*. AZ-Heft 15. Hrsg. vom Aids-Zentrum im Bundesgesundheitsamt. Berlin
- Hansen, E./Heisig, M./Leibfried, St./Tennstedt, F. (1981): *Seit über einem Jahrhundert. Verschüttete Alternativen der Sozialpolitik*. Köln
- Hauß, F./Naschold, F./Rosenbrock, R. (wiss. Bearb.) (1981): *Schichtenspezifische Versorgungsprobleme im Gesundheitswesen*. Forschungsbericht 55, Gesundheitsforschung des Bundesministers für Arbeit und Sozialordnung. Bonn
- Heckmann, W. (1992): »Die Reorganisation der Drogenhilfe angesichts der Aids-Krise.« In: D. Schaeffer/M. Moers/R. Rosenbrock (Hg.): *Aids-Krankenversorgung. Ergebnisse sozialwissenschaftlicher Aids-Forschung*, Bd. 8. Berlin, S. 62-83
- Hengelein, H./Höpfner, Chr. (1990): »Die Aids-Hilfe.« In: H. Jäger (Hg.): *Aids und HIV-Infektion*. Landsberg/Lech
- Higgins, D.L./Galavotti Chr. et al. (1991): »Evidence for the effects of HIV antibody counseling and testing on risk behaviors.« In: *Journal of the American Medical Association (JAMA)*, 266, 17, S. 2419-2429
- 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*, 324, 16, S. 1079-1083
- Holland, W.W./Detels, R./Knox, G. (1991): *Oxford Textbook of Public Health*, 3 Bde. Oxford
- Holland, W.W./Stewart, S. (1990): *Screening in Health Care. Benefit or Bane?* London
- Jäger, H. (1989): »Neue Gründe für den Test?« In: *magnus. Das Magazin für Schwule*, 1, 1, S. 18-19
- Joas, H. (1992): »Gemeinschaft und Demokratie in den USA. Die vergessene Geschichte der Kommunitarismus-Diskussion.« In: *Blätter für deutsche und internationale Politik*, 37, 7, S. 859-869

- Jungermann, H./Wiedemann, P.M. (1990): *Ursachen von Dissens und Bedingungen des Konsens bei der Beurteilung von Risiken*. Arbeiten zur Risikokommunikation, Heft 12. Jülich
- Kallings, L.O. (1993): *Summary of the Conference*. Plenary Lecture at the IXth International Conference on AIDS and IVth STD World Congress. Ms. Berlin
- Kirp, D./Bayer, R. (Hg.) (1992): *Aids in the Industrialized Democracies, Passions, Politics and Policies*. New Brunswick: Rutgers University Press
- Kirschner, W. (1993): *HIV-Surveillance*. Ergebnisse Sozialwissenschaftlicher Aids-Forschung, Bd. 9. Berlin
- Koch, U./Potreck-Rose, F. (Hg.) (1990): *Krebs-Rehabilitation und Psychoonkologie*. Berlin, Heidelberg, New York, London, Paris, Hongkong, Barcelona
- Koch, M.G. (1987): *AIDS. Vom Molekül zur Pandemie*. Heidelberg
- Kühn, H. (1993): *Healthismus. Eine Analyse der Präventionspolitik und Gesundheitsförderung in den U.S.A.* Berlin
- Labisch, A./Tennstedt, F. (1991): »Prävention und Prophylaxe als Handlungsfelder der Gesundheitspolitik im Deutschen Reich (1871-1945).« In: Th. Elkeles/J.U. Niehoff/R. Rosenbrock/F. Schneider (Hg.): *Prävention und Prophylaxe*. Berlin, S. 13-28
- Lamprey, P./Coates, T./Slutkin, G./Piot, P. (1993): *HIV-Prevention: Is it Working?* Plenary Lecture at the IXth International Conference on AIDS and IVth STD World Congress. Ms. Berlin
- Lange, C. (Hg.) (1993): *Aids – Eine Forschungsbilanz*. Ergebnisse sozialwissenschaftlicher Aids-Forschung, Bd. 10. Berlin
- Levine, S./Lilienfeld, A. (Hg.) (1987): *Epidemiology and Health Policy*. New York, London
- Luhmann, N. (1990): »Risiko und Gefahr.« In: N. Luhmann (Hg.): *Soziologische Aufklärung. Fünf konstitutive Perspektiven*. Opladen, S. 131-169
- MAGS (Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales) (1991): *Landesgesundheitsreport 1990*. Düsseldorf
- Majer, St. (1992): »Mit Aids zuhause leben. Die Arbeit des Betreuungszentrums der Aids-Hilfe Frankfurt.« In: D. Schaeffer/M. Moers/R. Rosenbrock (Hg.): *Aids-Krankenversorgung*. Ergebnisse sozialwissenschaftlicher Aids-Forschung, Bd. 8. Berlin, S. 266-286
- Mann, J.M./Tarantola, D./Netter, T. (Hg.) (1992): *AIDS in the World*. Cambridge, MA, London
- Marcus, U. (1993): »IX. Internationale Aids-Konferenz in Berlin.« In: *Aids-Nachrichten aus Forschung und Wissenschaft*, 3. Hrsg. vom Aids-Zentrum im Bundesgesundheitsamt. Berlin
- Marmot, M.G./Kogevinas, M./Elston, M.A. (1987): »Social/economic status and disease.« In: *Annual Review of Public Health*, 6, S. 111-135
- Maxcy-Rosenau-Last (1992): *Public Health & Preventive Medicine*. 13. Aufl. Hrsg. von J.M. Last und R.B. Wallace. East Norwalk
- McKeown, Th. (1982): *Die Bedeutung der Medizin. Traum, Trugbild oder Nemesis?* Frankfurt a.M.
- 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*, 19, S. 181-208
- Merson, M.H./WHO Global Programme on Aids (1993): *The HIV/AIDS Pandemic: Global Spread and Global Response*. Plenary Lecture at the IXth International Conference on AIDS and IVth STD World Congress. Ms. Berlin

- Mielck, A. (1989): *Educational Level and Infection with the Human Immunodeficiency Virus: Risky Behavior and Susceptibility in White Non-iv-Drug Using Homosexual Men*. Unveröffentl. Ms. München: GSF/MEDIS
- Mielck, A. (1993): »Gesundheitliche Ungleichheit« als Thema von Forschung und Gesundheitspolitik.« In: A. Mielck (Hg.): *Krankheit und soziale Ungleichheit. Ergebnisse der sozialepidemiologischen Forschung in Deutschland*. Opladen, S. 13-31
- Milio, N. (1986): *Promoting Health through Public Policy*. 2. Aufl. Ottawa
- Minkler, M. (1985): »Building supportive ties and sense of community among the inner-city elderly: The Tenderloin Senior Outreach Project.« In: *Health Education Quarterly*, 12, 4, S. 303-314
- Moers, M. (1990): *Ein ganzheitliches Pflegekonzept für Menschen mit Aids*. Veröffentlichungsreihe der Forschungsgruppe »Gesundheitsrisiken und Präventionspolitik«, P 90-209. Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung
- 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*, 324, 20, S. 1412-1416
- Morgan, M.G. (1993): »Risk analysis and management.« In: *Scientific American*, 269, 1, S. 332-341
- National Academy of Sciences/Institute of Medicine (U.S.A.) (1988): *The Future of Public Health*. Washington, D.C.
- National Academy of Sciences/National Research Council (U.S.A.) (1989): *Improving Risk Communication*. Washington, D.C.
- Payer, L. (1988): *Medicine and Culture*. New York
- Piel, E. (1992): »Sag mir, wo die Ängste sind.« In: *Geo Wissen 1: Risiko. Chancen und Katastrophen*. Hamburg, S. 86-91
- Pollak, M. (1990): *Homosexuelle Lebenswelten im Zeichen von Aids. Soziologie der Epidemie in Frankreich*. Ergebnisse sozialwissenschaftlicher Aids-Forschung, Bd. 4. Berlin
- Poppinger, J. (1991a): »AZT. Aktueller Wissensstand.« In: *Deutsche Aids-Hilfe (Hg.): Therapien bei Aids*. 2. Aufl. Berlin, Kap. 1.1
- Poppinger, J. (1991b): »Die Pneumocystis carinii Pneumonie. I.: Prophylaxe – Pentamidin-Aerosol.« In: *Deutsche Aids-Hilfe (Hg.): Therapien bei Aids*. 2. Aufl. Berlin, Kap. 2.1
- Powles, J. (1973): »On the limitations of modern medicine.« In: *Science, Medicine and Man*, 1, S. 1-30
- Prieur, A. (1991): *Mann-männliche Liebe in den Zeiten von Aids. Eine Untersuchung zum Sexualverhalten norwegischer homosexueller Männer*. Berlin: Aids-Forum
- Prokop, H. (1990): »Politisch-administratives Handeln angesichts neuartiger Herausforderungen. Das Beispiel Aids.« In: R. Rosenbrock/A. Salmen (Hg.): *Aids Prävention. Ergebnisse Sozialwissenschaftlicher Aids-Forschung*, Bd. 1. Berlin, S. 275-290
- Raschke, P./Ritter, C. (1991): *Eine Großstadt lebt mit Aids.*, Ergebnisse sozialwissenschaftlicher Aids-Forschung, Bd. 6. Berlin
- Reimann, B.W./Bardeleben, H. (1992): *Permissive Sexualität und präventives Handeln. Ergebnisse einer Untersuchung an Studierenden*. Ergebnisse sozialwissenschaftlicher Aids-Forschung, Bd. 7. Berlin
- Renn, O. (1991): »Risikowahrnehmung und Risikobewertung: Soziale Perzeption und gesellschaftliche Konflikte.« In: S. Chakraborty/G. Yadigaroglu: *Ganzheitliche Risikobetrachtungen. Technische, ethische und soziale Aspekte*. Köln, S. O6-1-O6-62

- Richter, H.E./Bock, M./Köhl, A./Reimitz, M./Schürhoff, R./Wirth H.-J. (1991): *Sozialpsychologische Aspekte von Aids unter besonderer Berücksichtigung von Diskriminierungs- und Stigmatisierungsprozessen*. Projektbericht für den BMFT. Ms. Gießen
- Rosenbrock, R. (1983): »Selbsthilfe und Marktökonomie.« In: *Ambulante Gesundheitsarbeit*. Argument-Sonderband AS 102. Berlin, S. 84-101
- Rosenbrock, R. (1986): *Aids kann schneller besiegt werden. Gesundheitspolitik am Beispiel einer Infektionskrankheit*. 3. Aufl. VSA: Hamburg
- Rosenbrock, R. (1987): »Some Social and Health Policy Requirements for the Prevention of Aids.« In: *Health Promotion*, Oxford University Press, 2, S. 161-168
- Rosenbrock, R. (1989a): »HIV-Positivismus. Plädoyer für die Einhaltung der Kunstregeln.« In: *Die Seuche*. Kursbuch 94. Berlin, S. 21-42
- 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*, 4, S. 9-15
- Rosenbrock, R. (1989c): »Gesundheitssicherung durch Krankenkassenpolitik?« In: B. Riedmüller/M. Rodenstein (Hg.): *Wie sicher ist die soziale Sicherung?* Frankfurt a.M., S. 137-164
- Rosenbrock, R. (1989d): »Kein Test – auf Symptome achten!« In: *magnus. Das Magazin für Schwule*, 1, 2, 5.20-21, S. 20-21
- Rosenbrock, R. (1991a): »Strategien gegen Aids. Gesundheitspolitische und sozialwissenschaftliche Perspektiven der Prävention und Krankenversorgung.« In: *psychosozial* 48, 14, IV, S. 23-32
- Rosenbrock, R. (1991b): »HIV Screening.« In: *International Journal for Technology Assessment in Health Care (IJTAHC)*, 7, 3, S. 264-274
- Rosenbrock, R. (1992): »Politik der Prävention – Möglichkeiten und Hinderungsgründe.« In: R. Müller/M.F. Schuntermann (Hg.): *Sozialpolitik als Gestaltungsauftrag. Zum Gedenken an Alfred Schmidt*. Köln: Bund-Verlag, S. 151-173
- Rosenbrock, R. (1993a): »10 Jahre Aids-Politik in Deutschland. Bemerkungen zu Bilanz und Perspektiven.« In: *Berliner Ärzte*. 30, 6, S. 11-14
- Rosenbrock, R. (1993b): *The Role of Policy in Effective Prevention, Education, and Care*. Plenary Lecture at the ixth International Conference on AIDS and IVth STD World Congress. Ms. Berlin
- Rosenbrock, R. (1993c): »Gesundheitspolitik.« In: K. Hurrelmann/U. Laaser (Hg.): *Gesundheitswissenschaften – Handbuch für Lehre, Forschung und Praxis*. Weinheim, Basel, S. 317-346
- Rosenbrock, R. (1993d): »Public Health – Bedarf in der Sache und für ein neues akademisches Fach in Deutschland.« In: *Spektrum der Wissenschaft*, 6, S. 111-114
- Rosenbrock, R./Noack, H./Moers, M. (1993): *Öffentliche Gesundheit und Pflege in NRW. Qualitative Abschätzung des Bedarfs an akademischen Fachkräften*. Mit einem Vorwort von K. Müntefering. Schriftenreihe des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales in NRW. Düsseldorf
- Rosenbrock, R./Salmen, A. (Hg.) (1990): *Aids Prävention*. Ergebnisse sozialwissenschaftlicher Aids-Forschung, Bd. 1. Berlin
- 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*, 109, S. 280-287
- Schaeffer, D. (1991): »Probleme der Implementation neuer Versorgungsprogramme für Patienten mit HIV-Symptomen.« In: *neue praxis*, 21, 5/6, S. 392-406

- Schaeffer, D. (1992): »(Aids-)Supervision und professionelles Handeln.« In: *Zeitschrift für Supervision*, 21, S. 10-27
- Schaeffer, D./Moers, M./Rosenbrock, R. (Hg.) (1992): *Aids Krankenversorgung. Ergebnisse sozialwissenschaftlicher Aids-Forschung*, Bd. 8. Berlin
- Schaeffer, D./Moers, M./Rosenbrock, R. (Hg.) (1994): *Public Health und Pflege. Zwei neue gesundheitswissenschaftliche Disziplinen*. Berlin (i.E.)
- Schwartz, F.W./Badura, B./Brecht, J.G./Hoffmann, W./Jöckel, K.H./Trojan, A. (Hg.) (1991): *Public Health, Texte zu Stand und Perspektiven der Forschung*. Berlin, Heidelberg, New York
- Slovic, P. (1987): »Perception of risk.« In: *Science*, 236, S. 280-285
- Syme, L. (1991): *Individual and Social Determinants of Disease: Experiences and Perspectives*. Veröffentlichungsreihe der Forschungsgruppe Gesundheitsrisiken und Präventionspolitik, P 91-205. Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung; deutsch: »Individuelle und gesellschaftliche Bestimmungsfaktoren für Gesundheit und Krankheit.« In: *Rationierung der Medizin*. Argument-Sonderband AS 196. Hamburg, S. 94-111
- Taylor, R. (1979): *Medicine out of Control*. Melbourne, London
- Teichler, P.A. (1992): »AIDS and HIV in the Third World: A First World Chronicle.« In: E. Fee/D.M. Fox (Hg.): *AIDS – The Making of a Chronic Disease*. Berkeley, Los Angeles, Oxford, S. 377-412
- Trojan, A./von Soden, K./Wallenczus, K. (1990): »Selbsthilfeforschung und Aids.« In: R. Rosenbrock/A. Salmen (Hg.): *AIDS-Prävention*. Berlin, S. 163-174
- van den Daele, W. (1988): *Gutachen zur Problematik der Risikokommunikation im Bereich der Gentechnologie in der Bundesrepublik Deutschland*. Arbeiten zur Risikokommunikation, Heft 4. Jülich
- Vettermann, W./Kießling, S./Marcus, U. (1993): *Naturwissenschaftlich-medizinische Einzelprojektförderung im Rahmen des Förderschwerpunkts AIDS des Bundesministeriums für Forschung und Technologie*. AZ-Heft 16/993. Hrsg. vom Aids-Zentrum im Bundesgesundheitsamt. Berlin
- Wachter, R.M. (1991): *The Fragile Coalition: Scientists, Activists, and Aids*. New York: St. Martins Press
- Weber, A. (1990): »Grenzerfahrungen bei der ambulanten Pflege von Menschen mit HIV und Aids.« In: D. Schaeffer/M. Moers/R. Rosenbrock (Hg.): *Aids Krankenversorgung. Ergebnisse sozialwissenschaftlicher Aids-Forschung*, Bd. 8. Berlin, S. 222-250
- Weltz, F./Lullies, V. (1983): *Innovation im Büro*. Frankfurt a.M., New York
- WHO (World Health Organization) – Global Programme on AIDS (1992): *Effective Approaches to AIDS Prevention*. Conclusions of a Meeting 26-29 May 1992. Genf
- Wildemann, A. (1988): *Die modulare Fabrik. Kundennahe Produktion durch Fertigungssegmentierung*. München
- Wilson, J.M.G./Jungner, G. (1971): *Principles of Screening of Disease*. Genf: WHO
- Wimmer, H. (1989): *Bewältigung der Information über eine Krebserkrankung. Eine empirische Untersuchung über den Verlauf von Bewältigungsprozessen und Möglichkeiten der Unterstützung des Patienten*. Wien
- Zenilman, J.M./Erickson, B./Fox, R./Reicher, C.A./Hook III, E.W. (1992): »Effect of HIV posttest counseling on STD incidence.« In: *Journal of the American Medical Association*, 267, 6, S. 843-845