

Rosenbrock, Rolf

Book Part — Digitized Version

Diskriminierung und Aids-Prävention: Thesen

Provided in Cooperation with:

WZB Berlin Social Science Center

Suggested Citation: Rosenbrock, Rolf (1988) : Diskriminierung und Aids-Prävention: Thesen, In: Jürgen Micksch, Raul Niemann (Ed.): Positiv oder negativ? AIDS als Schicksal und Chance. Beiträge aus Gesellschaft, Staat und Kirche, ISBN 3-579-00958-3, Gütersloher Verlagshaus Mohn, Gütersloh, pp. 39-48

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/122855>

Standard-Nutzungsbedingungen:

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

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

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

Terms of use:

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

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

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



WZB-Open Access Digitalisate

WZB-Open Access digital copies

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

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

Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung gGmbH

Bibliothek und wissenschaftliche Information

Reichpietschufer 50

D-10785 Berlin

E-Mail: bibliothek@wzb.eu

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

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

Berlin Social Science Center (WZB)

Library and Scientific Information

Reichpietschufer 50

D-10785 Berlin

e-mail: bibliothek@wzb.eu

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

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

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

Rolf Rosenbrock

Diskriminierung und AIDS-Prävention

Thesen¹

1. Diskriminierungsbereitschaft gegenüber Menschengruppen, die sich vom gesellschaftlich dominanten Menschenbild in bezug auf Rasse, Sprache, Nationalität, Geschlecht, Beruf, Sitten, geschlechtliche Ausrichtung, politisch-weltanschauliche Überzeugung, religiöse Bindung etc. unterscheiden, findet sich wahrscheinlich in allen Gesellschaften. Sehr erhebliche Unterschiede findet die vergleichende Gesellschaftsforschung dabei hinsichtlich der mit Diskriminierung verbundenen Realitätsverkennung und -verleugnung sowie hinsichtlich des durch die Aktivierung der Diskriminierungsbereitschaft freizusetzenden Aggressionspotentials. Die jüngste deutsche Geschichte, in der aktive Diskriminierung bis zur physischen Ausgrenzung ganzer Bevölkerungsgruppen und bis zum industrialisiert betriebenen Massenmord getrieben werden konnte, gibt Anlaß, auf die in diesem Problemfeld liegenden Gefahren ein spezielles Augenmerk zu richten.

2. Anlässe für die Aktivierung des Diskriminierungspotentials in der Bevölkerung sind tatsächlich oder vorgeblich von außen kommende Gefahren und Krisen: Mißernten, Wirtschaftskrisen, Naturkatastrophen, Bedrohung durch äußere Feinde, Krankheiten. In der Regel bedarf es zur Auslösung des Diskriminierungspotentials eines demagogischen Zentrums, das die Schuld an der Gefahr bzw. der Krise der/den dann diskriminierten Gruppe(n) glaubwürdig zuschreibt. Auf den Realitätsgehalt der Zuschreibung kommt es dabei oft nicht an.

Individuen, Gruppen und ganze Gesellschaften sind desto wirksamer gegen die zivilisationsbedrohenden Gefahren von Diskriminierung immunisiert,

- je informierter sie über Lebenslagen und Probleme der potentiell diskriminierten Gruppen sind,
- je mehr sie über die tatsächlichen Ursache-Wirkungsbeziehungen der jeweiligen Katastrophen, Bedrohungen und z. B. Krankheiten wissen,
- je gebildeter sie hinsichtlich der Interessensspiele und Mechanismen von Demagogie und Populismus sind,
- und je mehr Toleranz gegenüber der Tatsache unterschiedlicher Lebensweisen, Kulturen, Normalitätsentwürfe sowie Gesellungsstile herrscht.

Die Gefahr der Mobilisierung latenter Diskriminierungsbereitschaft hin zu aktiver Diskriminierung ist desto höher, je unheimlicher oder angststiftender die Gefahr oder Krise ist, mit der die diskriminierungsbedrohten Gruppen bzw. Verhaltensweisen in Verbindung gebracht werden können.

3. Die sexuell, aber auch bei illegaler Drogenbenutzung übertragbare Krankheit der erworbenen Immunschwäche (AIDS) bietet aufgrund ihrer physiologischen, epidemiologischen und gesellschaftlichen Charakteristika ein hoch brisantes Gebräu an unheimlichen und angststiftenden Merkmalen:

- AIDS ist eine neue und qualitativ neuartige Gesundheits- und Lebensbedrohung.
- AIDS ist eine Krankheit unbekannter und geheimnisumwitterter Herkunft.
- AIDS wird im Gegensatz zu den heute dominanten Krankheiten von Mensch zu Mensch übertragen.
- Der Infektionsweg und der Infektionsprozeß sind tückisch, so daß geheimdienstliche und militärische Metaphern (einsickern, unterwandern, Code knacken, 5. Kolonne) geradezu herausgefordert werden.
- AIDS ist eine Krankheit mit unbekannter, unterschiedlicher und z. T. extrem langer Latenzzeit, auch während der Latenz besteht höchstwahrscheinlich dauernde Ansteckungsgefahr.
- AIDS ist eine Krankheit mit hoher Ungewißheit des Ausbruchs nach erfolgter Infektion.

- AIDS ist eine regelmäßig tödliche Krankheit.

Und schließlich:

- Sämtliche epidemiologisch relevanten Übertragungswege für die Krankheit liegen im Tabu- und Schambereich (nicht-monogamer) Sexualität sowie im Illegalitätsbereich der Benutzung intravenös aufgenommener Drogen.

Diese Mischung wäre auch dann extrem diskriminierungs- und demagogieträftig, wenn zunächst andere als die faktisch zuerst sichtbar gewordenen Betroffenengruppen befallen worden wären: Das Assoziationsfeld der Krankheit besteht aus Sex, Homosexualität, Promiskuität, Orgien, Perversion, Kriminalität, Sucht, unerkannten Feinden und dem Tod. In einem Thema. Es ist evident, daß für Journalisten und Politiker ein starker Sog besteht, sich dieses Themas zum Zwecke der Auflagensteigerung bzw. der demagogischen Mobilisierung von Zustimmung- und Wählerpotentialen zu bemächtigen.

4. Die Gefahr demagogischer Nutzung wird erheblich dadurch vergrößert, daß die zuerst sichtbar gewordenen Betroffenengruppen in unterschiedlichem Ausmaß und aus unterschiedlichen Gründen traditionell außerhalb oder bestenfalls am Rande der Gesellschaft stehen und auch in der Geschichte schon vielfach Sündenbockfunktionen zugewiesen bekommen haben: die Schwulen, die Fixer und Huren bzw. Stricher (wobei das Ausmaß der Thematisierung der Gefährdung durch Prostituierte als Infektionsquelle – mit der Ausnahme der Beschaffungsprostitution – in keinem Verhältnis z. B. zum Durchseuchungs- und deshalb Gefährdungsgrad dieser Gruppe steht. Die Unterthematierung der Verantwortung der Freier ist bemerkenswert und aufschlußreich).

5. Vor dem Hintergrund dieser brisanten sozialpsychologischen Einbettung der Krankheit AIDS gerät die für Prävention einzig glückliche Eigenschaft des Virus häufig aus dem Blickfeld: HIV und damit AIDS ist eine extrem schwer übertragbare Krankheit. Die Übertragung findet in epidemiologisch relevantem Ausmaß offenbar nur in den eng umgrenzten Situationen des penetrierenden Geschlechtsverkehrs und bei der gemeinsamen Benutzung von Injektionsgerätschaften statt, wenn mindestens einer der Partner bereits infiziert ist. Wenn in diesen eng eingegrenzten Situationen präventives Verhalten Platz griffe, würde AIDS nach ›Herauswachsen‹ der jetzt symptomlos

Infizierten zu einer sehr seltenen Krankheit werden. Derart günstige Voraussetzungen für die ›Botschaft‹ der Prävention haben wir für keine andere wichtige Krankheit.

6. Es ist evident, daß es eine wichtige und eigenständige Aufgabe der Gesundheitspolitik darstellt, zur Prävention und Bekämpfung von AIDS die gesellschaftsweit mobilisierbare Restvernunft gegen das Diskriminierungs- und Hysterisierungspotential auch tatsächlich zu mobilisieren, weil Diskriminierung, Ausgrenzung und Hysterie keinen positiven Beitrag im Kampf gegen Infektionskrankheiten leisten können. Es ist nach über fünf Jahren Leben mit AIDS in der Bundesrepublik festzustellen, daß trotz teilweise zischender Hysterie in den mehr dem Markt als der Ethik verpflichteten Massenmedien und trotz gefährlicher Einbrüche in einzelnen gesellschaftlichen Bereichen die Bastionen unserer auf der europäischen Aufklärung beruhenden Zivilisation gegen die in AIDS liegenden Diskriminierungs- und Ausgrenzungsgefahren zumindest in den Kernbereichen einigermaßen standgehalten haben. Dieser Zustand gilt nicht mehr für die gesamte Bundesrepublik und nicht für alle gesellschaftlichen Bereiche. In jedem Falle bleibt er labil. Es gibt keine Garantie für die Anwendung der Regeln der Vernunft, auch nicht in der Gesundheitspolitik.

7. Den Gesundheitswissenschaftler hat in diesem Zusammenhang primär die Frage zu interessieren, wo und inwieweit die Diskriminierungsbereitschaft, das in AIDS liegende Diskriminierungspotential sowie latente und manifest wirksame Diskriminierung den Kampf gegen AIDS behindern oder verunmöglichen und damit die Anzahl der Opfer der Krankheit heraufschrauben. An diesen Stellen wirkt Diskriminierung im Effekt tödlich und vergrößert die Gefahr, die in der potentiellen Ansteckungs- und Ausbreitungsdynamik der Krankheit liegt. An diesen Stellen steht sich die Gesellschaft bei ihrem Bemühen, die Anzahl der Opfer zu minimieren, mit ihren eigenen Vorurteilen und Diskriminierungen selbst im Weg. Darüber hinaus können sich hier zwei Gefahren gegenseitig aufschaukeln, weil u. U. größere Kranken- und Opferzahlen die Voraussetzungen für Diskriminierungen verbessern.

8. Für die Prävention und Bekämpfung übertragbarer Krankheiten gibt es zwei Strategietypen, die sich unter je einer Leitfrage zusammenfassen lassen:² Die klassische, aus dem Blickwinkel der Individual-

medizin und Seuchenpolizei resultierende und im Kampf zumindest gegen Geschlechtskrankheiten eigentlich nie erfolgreiche Leitfrage lautet: Wie identifizieren wir möglichst viele potentielle individuelle Infektionsquellen, und wie legen wir diese Infektionsquellen still?

Die Leitfrage der zweiten, epidemiologisch angeleiteten und verhaltenswissenschaftlich fundierten Seuchenstrategie dagegen lautet: Wie organisieren wir möglichst schnell, möglichst flächendeckend und möglichst zeitstabil den gesellschaftlichen Lernprozeß, mit dem sich die Individuen und die Gesellschaft auf das Leben mit dem Virus einstellen? Dabei muß ein Maximum an präventivem Verhalten erreicht werden, Diskriminierung und Ausgrenzung dagegen müssen minimiert werden.

Theoretische und empirische Ergebnisse aus der Seuchengeschichte, der Soziologie und den Verhaltenswissenschaften deuten übereinstimmend darauf hin, daß zur Prävention und Bekämpfung von AIDS Strategien erfolgreicher sind, die sich aus Antworten auf die zweite Leitfrage zusammensetzen.³ Insoweit – z. B. im Rahmen politiküblicher Kompromißfindung – Elemente aus dem ersten Strategietypus ›beigemischt‹ werden, ergeben sich regelmäßig schwere effektivitätsmindernde Einflüsse auf die Organisation des Lernprozesses: Das für AIDS-Prävention erforderliche gesellschaftliche Klima, das öffentlich vermitteltes Lernen im Tabu-, Scham- und Illegalitätsbereichen ermöglichen soll, wird beschädigt. Es entstehen Vertrauensverluste für Aufklärung generell und insbesondere in den hauptbetroffenen Gruppen. Es werden Illusionen über die Schutzmöglichkeiten des Staates mit der Folge der Abnahme von Selbstverantwortlichkeit ausgelöst.

Die zahlenmäßig verschwindend geringen ›Erfolge‹, die mit der (gesundheits-)polizeilichen Verstopfung einzelner individueller Infektionsquellen erzielt werden können, werden um ein Vielfaches übertroffen durch die automatisch mitbewirkten Effektivitätsverluste der auf Verhaltensbeeinflussung zielenden Strategien. Die Zahl der Infektionen wird deshalb im Ergebnis höher sein als ohne Maßnahmen der ›polizeilichen‹ Prävention.

Dies ist bekannt und auch nirgends widerlegt. Wenn trotzdem – wie im ›bayerischen Maßnahmenkatalog‹ – die zeitliche und sachliche Priorität der sichtbaren staatlichen Politik auf die gesundheitspolizeiliche Suche und Dingfestmachung individueller Infektionsquellen gelegt wird, kann dies seuchenstrategisch nicht begründet werden. Es erhebt sich vielmehr die Frage, ob hier nicht bewußt oder unbewußt den

Versuchungen der demagogischen Nutzung des Themas AIDS nachgegeben worden ist: durch die öffentliche Freigabe von Prostituierten, Fixern, Ausländern und Strafgefangenen als Sündenböcken, zum Schaden der Wirksamkeit gesundheitserzieherischer Bemühungen.

9. Aber nicht nur in der bayerischen Strategievariante wird der effektivitätsmindernde Einfluß von Diskriminierungsbereitschaft und Diskriminierung auf das Design rationaler Seuchenstrategien erkennbar. Mit anderer inhaltlicher Wirkungsrichtung und in indirekter Form findet sich dies wohl auch in der bisherigen Aufklärungsstrategie der Bundesregierung bzw. der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). Dies zeigt sich u. a. an den gegenwärtigen Präventionskampagnen (1987/88). Die große Mehrzahl der Fachleute im internationalen Raum ist sich darüber einig, daß in den Präventionskampagnen die übertragungsriskanten Situationen (penetrierender Geschlechtsverkehr außerhalb der Monogamie, gemeinsame Spritzenbenutzung) ebenso klar beim Namen genannt werden müssen wie die verhältnismäßig sehr einfachen und sehr sicheren Möglichkeiten, sich gegen das Virus zu schützen (sachgerechte Kondombenutzung, Einwegspritzen). Aus den Kommunikationswissenschaften weiß man zudem, daß Botschaften, mit denen das Verhalten beeinflußt werden sollen, das Verhalten selbst *positiv* aufnehmen müssen. Weiterhin ist bekannt, daß solche Botschaften sehr einfach und sehr klar sein müssen (z. B.: Erst gurten – dann starten. Oder: Die Pille regelmäßig nehmen).

Erforderlich wären demnach z. B. eindeutige Safer-Sex-Kampagnen mit dem Schwerpunkt auf Kondombenutzung, in denen – bei klar dimensionierter Benennung des ›Restrisikos‹ – die weithin vorfindliche nicht-monogame Sexualität deutlich positiv und ohne diskriminierende Moralisation aufgegriffen wird. Dies würde den Verzicht auf Versuche voraussetzen, die gegebene und gesellschaftsweit weiter fortschreitende Entkopplung von Sexualität und Zeugung zu vertuschen oder zu diskriminieren.

Offenbar nicht zuletzt unter dem Einfluß kirchlicher Kreise enthalten die Kampagnen des Jahres 1987/88 der Bundesregierung hierzu kaum klare Aussagen und weichen statt dessen weithin auf die Themen »Test«⁴, »Treue« und »Solidarität mit den Kranken« aus, die für die hauptgefährdeten Zielgruppen der promisk lebenden Hetero- und

Homosexuellen keine verwertbare Präventionsbotschaft enthalten. Damit wird aus Gründen der Diskriminierung der historisch gewachsenen und gesellschaftlich gegebenen Promiskuität ein Effektivitätsverlust der Präventionsbemühungen in Kauf genommen, der mit hoher Wahrscheinlichkeit vermeidbare Opfer fordert.

10. AIDS-Politik und AIDS-Prävention tragen nicht nur an den aktuellen Problemen, sondern schleppen z. T. historische Bürden vergangener Diskriminierungen mit sich. Deutlich wird dies z. B. an der Tatsache, daß die ursprünglich verbreitete und leichtfertige Bezeichnung von AIDS als Schwulenseuche/Schwulenpest (GRIDS = Gay Related Immuno Deficiency Syndrom) die Barrieren gegen die notwendige Prävention in den heterosexuellen Zielgruppen unnötig erhöht hat.

Deutlich wird dies aber auch an den Hindernissen der Prävention in den zuerst sichtbar gewordenen Betroffenenengruppen selbst, deren Effektivität von der vertrauensvollen Interaktion und Kommunikation zwischen Staat, Gesundheitswesen und diesen Gruppen abhängt. Dem steht nach wie vor entgegen, daß Angehörige dieser Betroffenenengruppen Aktivitäten der öffentlichen Gesundheitspolitik häufig nicht oder nicht primär als Maßnahmen des Gesundheitsschutzes wahrnehmen. Die Überschrift ›Maßnahmen zum Schutze der öffentlichen Ordnung, Sittlichkeit und Gesundheit‹ etc. ist oft genug für die Begründung evident vorurteilsgespeicherter Repression gegen Menschen aus diesen Bevölkerungsgruppen mißbraucht worden.

- Schwule wissen, daß vor noch nicht fünfzig Jahren von den Rechtsvorgängern der heutigen Gesundheitspolitik ihresgleichen ausschließlich wegen ihrer sexuellen Identität umgebracht worden sind und eine Entschädigung der wenigen Überlebenden erst in diesen Tagen in Gang zu kommen scheint. Die Teilliberalisierung des Sexualstrafrechts – 24 Jahre nach der Niederwerfung des Faschismus – hinterließ den anachronistischen Reststrafbestand eines geschlechtsspezifisch unterschiedlichen Schutzalters. Dadurch erscheint gelebte Homosexualität immer noch – eher symbolisch, aber wirksam – in der Nähe des Strafgesetzbuches angesiedelt.

Jahrzehntelange, z. T. barbarische Versuche der physiologischen und psychologischen Konvertierung von schwulen Männern zur Heterosexualität sind zwar erheblich zurückgegangen, konnten

aber das Vertrauen zur Medizin als helfender Wissenschaft sicher nicht festigen. Im weltweit gebräuchlichen Krankheitsartenverzeichnis (International Code of Diseases [ICD]) findet sich Homosexualität immer noch unter der Nummer 302.0 in der Gruppe der psychiatrischen Krankheiten. Die Kette von Fällen sozialer und beruflicher Diskriminierung homosexueller Menschen ist niemals abgerissen. Öffentliche Beiträge zur Minderung der bei großen Teilen der Bevölkerung tiefverwurzelten Vorurteile sind äußerst rar. Das Eis scheint dünn, auf dem man geht, man horcht deshalb auf jedes Knacken.

- Prostituierte erleben, daß sie ihre Tätigkeit nur unter dauernder, z. T. immer noch schikanös gehandhabter gesundheitspolizeilicher und polizeilicher Aufsicht z. B. mit vierzehntägiger Meldepflicht nachgehen können. Zudem empfindet die große Mehrzahl ihre Lebenslage als auf Dauer unhaltbar und erlebt die diskriminierende und repressive Behandlung häufig als Hindernis gegen Projekte der Veränderung ihrer Lebenslage.
- Fixer wissen, daß sie sich mit ihrem Drogenkonsum in strikter Illegalität bewegen und daß sie – entgegen aller empirischer Evidenz – von der Mehrzahl derer, mit denen sie außerhalb ihrer Szene überhaupt noch in Kontakt kommen, ohnehin als Verlorene, Todgeweihte und nicht Motivierbare angesehen werden, in die Mitgefühl und Hilfe zu investieren sich nicht mehr lohnt.

Wegen dieser individuellen und kollektiven Erfahrungen mit staatlicher/öffentlicher Gesundheitspolitik können Versuche der Verhaltensbeeinflussung auch dann auf Ablehnung stoßen, wenn sie – objektiv – gesundheitlich sinnvoll oder sogar lebenssichernd sind. Öffentliche Versuche der Verhaltensbeeinflussung, die nicht explizit glaubwürdig machen können, daß sie nicht in der Tradition des repressiven Umgangs mit Randgruppen und Minderheiten stehen, sind unter gesundheitspolitischen Gesichtspunkten absehbar wirkungsarm, u. U. sogar kontraproduktiv.

11. Besonders drastische Diskriminierung spielt sich derzeit wohl im Bereich der Haftanstalten ab. Das Grundrecht auf körperliche Integrität ist im Hinblick auf faktischen Zwang zum HIV-Antikörpertest weitgehend durchlöchert. Aus positivem Testergebnis bzw. aus Testverweigerung werden überwiegend medizinisch nicht begründbare Konsequenzen gezogen (de facto Ausschluß vom Gemeinschaftsle-

ben). Gleichzeitig werden die Minimalvoraussetzungen wirksamer Prävention (Kondome, wirksame Desinfektionsmittel, Einwegspritzen) meistens verweigert. Solange das Gefängnis gegen alle Evidenz und gegen das Wissen aller Beteiligten als sex- und drogenfreier Raum definiert wird, solange wird es sich auch als Testfeld für den inhumanen Umgang mit der Krankheit und mit den Infizierten eignen und entwickeln.

12. Aids-Politik und Aids-Prävention haben bislang in der Bundesrepublik noch nicht zu einer effektiven Form gefunden; Länder wie die Schweiz, die Niederlande, Großbritannien und Frankreich haben uns auf wichtigen Teilgebieten bereits überholt, obwohl sie z. T. erst später die Bedeutung der gesundheitspolitischen Herausforderung durch Aids erkannt haben. Diese Länder haben aber auch eine weniger belastete Geschichte der Diskriminierung. Viele und schwerwiegende Defizite also, z. T. schwerwiegende Fehlsteuerungen, z. T. Maßnahmen mit eindeutig antipräventiver, d. h. kontraproduktiver, d. h. die Anzahl der Opfer erhöhender Wirkung. Zum Teil ist dies sicher auf Diskriminierungsbereitschaft und auf offene Diskriminierung zurückzuführen, z. T. aber eben auch nicht: Im gesundheits- und gesellschaftspolitischen Umgang mit Aids zeigen sich auch die Mängel und Fehler des ›normal schlechten Laufs‹ der Gesundheitspolitik: die Untergewichtung von Prävention in Theorie, Praxis und Ressourcenzuweisung; das Fehlen sozialepidemiologischer Kompetenz bei der staatlichen Definition und Bearbeitung von Gesundheitsproblemen; die Fixierung auf die Individualmedizin und vieles andere mehr. Es ist ein Beitrag zur Versachlichung der Diskussion, die Defizite aus der Diskriminierungsbereitschaft und die Defizite aus der Gesundheitspolitik jeweils auseinanderzuhalten. Denn: Mikroben machen keine Geschichte, aber: der Umgang mit Mikroben ist Politik.

Anmerkungen

1. Die Thesen enthalten zentrale Ergebnisse aus dem Buch: Rolf Rosenbrock, Aids kann schneller besiegt werden – Gesundheitspolitik am Beispiel einer Infektionskrankheit, Hamburg, 3. durchgesehene Auflage 1987. Eine Zusammenfassung dieser Studie ›Aids- und präventive Gesundheitspolitik‹ (IIVG/pre86–210; englische Fassung: IIVG/pre87–208) kann kostenlos

- angefordert werden beim Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, Reichpietschufer 50, D-1000 Berlin 30.
2. Eine pragmatische Evaluation der aus diesen beiden Leitfragen resultierenden gesundheitspolitischen Strategien gegen Aids findet sich in: Rolf Rosenbrock, Politik mit und gegen Aids, in: Blätter für deutsche und internationale Politik, 32. Jg., Heft 9/1987, S. 1183 ff.
 3. Elemente sowie fördernde und hindernde Bedingungen einer solchen Aids-Bekämpfungs- und Präventionsstrategie sind beschrieben in: Rolf Rosenbrock, Aids-Prävention – Herausforderung an die Gesundheitswissenschaften, in: Prävention, Zeitschrift für Gesundheitserziehung, 10. Jg., Heft 3/1987, S. 67 ff. Eine erweiterte Fassung ›Soziale, medizinische und sozialwissenschaftliche Voraussetzungen der Prävention und Bekämpfung von Aids‹, IIVG/pre87–209, englische Fassung: IIVG/pre87–211, kann ebenfalls kostenlos beim Wissenschaftszentrum (vgl. Anmerkung 1) bezogen werden. Abgedruckt in: AIDS-Forschung (AIFO), 3. Jahrg., Heft 3/1988, S. 163 ff.
 4. Zur Problematik des Tests vgl. zusammenfassend: Rolf Rosenbrock, Der HIV-Antikörpertest – Medizinische und gesundheitspolitische Probleme, in: Volkmar Sigusch (Hg.), Aids als Risiko – Über den gesellschaftlichen Umgang mit einer Krankheit, Hamburg 1987, S. 170 ff. Abgedruckt in: Grenzen der Prävention, Argument-Sonderband AS 178, Hamburg 1988, S. 123 ff.