

Rosenbrock, Rolf

Article — Digitized Version

Politik mit und gegen AIDS [Teil 2]

Vor-sicht: die AIDS-Zeitschrift

Provided in Cooperation with:

WZB Berlin Social Science Center

Suggested Citation: Rosenbrock, Rolf (1988) : Politik mit und gegen AIDS [Teil 2], Vor-sicht: die AIDS-Zeitschrift, Lenz, Maass, Teuber, Berlin, Vol. 3, Iss. 1, pp. 6-11

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/123067>

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>.

POLITIK MIT UND GEGEN AIDS

von Rolf Rosenbrock

**Fortsetzung eines Aufsatzes
von Rolf Rosenbrock, den wir
in VOR-SICHT 16 begonnen
haben:**

Auf der Makroebene sind die Wirkungen mutmaßlich quantitativ verheerender. Weil AIDS zu einem Polizeiproblem (mit den möglichen Folgen von Berufsverbot, Einschränkung der Bewegungsmöglichkeit etc.) geworden ist, wurde die entscheidende Voraussetzung gesamtgesellschaftlicher Prävention, nämlich ein Klima, das öffentlich vermitteltes Lernen in Tabubereichen ermöglicht, ohne Not und ohne positiven gesund-

heitlichen Effekt in ihrer Substanz getroffen. Außerdem: Durch die symbolische Gebärde seines "Maßnahmenkatalogs" tut der Staat so, als könne er jedem die Verantwortung für die individuelle Prävention vor AIDS abnehmen. Das kann er nicht, nicht einmal in den nunmehr unter Kontrolle gestellten Gruppen. Die Folgen sind absehbar (und in Bayern zum Teil auch schon beobachtbar): Wer glaubt, ein AIDS-Problem zu haben, wird es lieber verdrängen und verleugnen, anstatt sich in (als potentiell gefährlich wahrgenommene) Beratung zu begeben. Die unter Umständen lebensgefährliche Illusion, daß AIDS ein Problem von Prostituierten und Fixern sei, wird weiter befestigt.

Es ist nicht leicht zu entscheiden, welche Gründe die bayerische Staatsregierung zu diesem in der zivilisierten Welt einmaligen Maßnahmenkatalog getrieben haben: Möglicherweise ist dies nichts weiter als der Ausfluß einer Moral und Sexualpolitik zumindest implizit über Gesundheitsbelange stellenden Denkens von konservativen Individualmediziner und Juristen oder halb reflektierte und plumpe Demagogie. Aber auch eine weitere Interpretation ist denkbar: Daß nämlich mit diesen Maßnahmen (wenn auch vorsichtig) ein Fuß in die Tür zu einem sich dann selbst dynamisierenden AIDS-Staat gesetzt wird. Die (vorläufige?) Ausklammerung der homosexuellen Männer aus den Maßnahmen deutet angesichts der Tatsache, daß deren Durchseuchungsgrad wesentlich höher liegt als etwa der der Prostituierten, möglicherweise in diese Richtung.

Tatsächlich finden sich vor allem in Bayern weiterreichende strategische Vorstellungen: Da ist z.B. von der Durchtestung der gesamten Bevölkerung im Abstand von wenigen Monaten bei

Schließung der Grenzen die Rede. Die ermittelten HIV-Positiven sollen dann einer "intensiven ärztlichen Beratung" zugeführt und im Falle ihrer "Uneinsichtigkeit" abgesondert werden. Nun haben Ärzte als Träger von Sexualberatung und Verhaltensbeeinflussung traditionell schlechtere Ergebnisse als andere Professionen vorzuweisen. Zudem müßte eine solche Beratung Polizeifunktion haben, was dem notwendigen Vertrauensverhältnis üblicherweise nicht gut tut. Wichtiger aber ist: Angesichts der beschränkten Aussagefähigkeit und Treffsicherheit des HIV-Antikörpertests wäre auch mit solchen radikalen Strategien das Virus nicht zu eliminieren, ein Null-Risiko nicht zu erreichen.

Auf der anderen Seite sind die gesellschaftlichen Implikationen beträchtlich: Das Durchtesten der gesamten Bevölkerung würde eine polizeiliche Erfassung der Wohnbevölkerung voraussetzen, für die weder die Melderegister noch eine "erfolgreiche" und durch De-Anonymisierung mißbrauchte Volkszählung ausreichende Unterlagen zur Verfügung stellen. Der Versuch einer Zwangserfassung der gesamten Bevölkerung für den HIV-Antikörpertest würde ein gesellschaftliches Konfliktpotential schaffen, zu dessen Bewältigung dann tatsächlich nur ein noch erheblich "stärkerer Staat" in der Lage wäre. Schließlich folgt aus solchen Strategien zwingend, daß staatliche Stellen potentiell kontrollierend, überwachend und strafend für den Vollzug eines jeden einzelnen Geschlechtsverkehrs zuständig wären. Und schließlich würde sich die Frage stellen, wohin eine Menge von mutmaßlich zehntausenden, amtlich als "uneinsichtig" eingestuft Menschen dann "verbracht" werden sollte. Selbst wenn - hochgegriffen - mit einer

solchen radikalen Strategie ca. 90% der Neuinfektionen verhindert werden könnten, stellt sich doch ganz grundsätzlich die Sinnfrage: Der gleiche Effekt ist - das zeigen die mittlerweile langjährigen Beobachtungen des Erfolges von konsequenter und strukturgestützter Aufklärungsarbeit - auch ohne Polizei, Sexüberwachung, Lager etc. zu erreichen. Unter gesundheitspolitischem Blickwinkel lohnt es sich deshalb nicht, über die Einzelheiten solcher Strategien zu debattieren: Nach den Entscheidungsregeln der Medizin und der Gesundheitspolitik ist im Zweifel immer jene Maßnahme zu bevorzugen, die unter Effektivitätsgesichtspunkten ungefähr die gleichen erwünschten Wirkungen erzielt, dafür aber weniger unerwünschte Wirkungen mit sich bringt.

Eine moderne Seuchenstrategie im Kampf gegen AIDS widmet sich der Optimierung des gesellschaftlichen und individuellen Lernprozesses. Auszugehen ist davon, daß bei konsequenter Benutzung von Kondomen bei penetrierendem Geschlechtsverkehr außerhalb strenger Monogamie und von sterilen Spritzbestecken die Anzahl der HIV-Neuinfektionen um über 99% zurückginge; erst recht, wenn die Qualität der Kondome weiter verbessert wird und die Handhabungsfehler durch vorurteilsfreie Aufklärung minimiert werden. Unter diesen Bedingungen liegt das Übertragungsrisiko beim Verkehr zwischen HIV-Positiven und Nichtinfizierten um Zehnerpotenzen unterhalb des Risikoniveaus, wie es z.B. bei der Teilnahme am Straßenverkehr existiert. Wer absolute Sicherheit will, bleibt auf die strenge Monogamie verwiesen.

Jedes auf Prävention durch Aufklärung und strukturgestützte Verhaltensbeeinflussung gegründete Konzept muß vier Fragen beantworten:

- Was soll/muß gelernt werden?

- Wer soll/muß lernen?

- Welche objektiven und subjektiven Faktoren erleichtern bzw. behindern dieses Lernen?

- Wie kann der Lernprozeß optimal organisiert und gleichzeitig evaluiert werden?

Gemessen an diesen Fragen sind die Aktivitäten der Bundesregierung (ungezielte, unkoordinierte und nicht in eine kontinuierliche Kampagne eingebettete Streubotschaften durch Postwurfsendungen, Faltblätter, Rundfunk- und Fernsehspots und Zeitungsanzeigen) unzureichend, unprofessionell und verklemt unklar in der Aussage. Europäische Nachbarländer, an ihrer Spitze die Schweiz und die Niederlande, aber auch - nach beträchtlichen Anlaufschwierigkeiten - Großbritannien und Frankreich haben die Bundesrepublik hier in kurzer Zeit mit professionellen Kampagnen überholt. Hinsichtlich der zielgruppen- und szenenspezifischen Aufklärung (ohne die es keine erfolgreiche AIDS-Prävention geben kann) leisten die über 40 regionalen AIDS-Hilfen Vorbildliches: Durchweg hervorgegangen aus der Betroffenengruppe der homosexuellen Männer haben sie sich mehrheitlich inzwischen auch in andere Problembereiche hineinentwickelt und kooperieren, wo dies geht, mit Pro Familia-Gruppen, Gesundheitsämtern, Drogenberatungsstellen, kirchlichen Einrichtungen etc. Ihnen fehlt es vor allem an staatlicher Freiraumgewährung, Finanzierung und institutioneller Unterstützung.

Eine dem Problem AIDS entsprechende Präventionsstrategie bedarf der sozialwissenschaftlichen Absicherung, gefragt sind Kenntnisse aus der Sexualwissenschaft, aus den Kommunikationswissenschaften, aus der soziologischen Lebenslage- und Le-

bensweise-Forschung.

Aufgenommen und ausgewertet werden müssen Erfahrungen sowohl aus erfolgreichen Bemühungen zur Verhaltensänderung (z.B. persönliche Hygiene im Umgang mit den alten Infektionskrankheiten, Gurtpflicht beim Autofahren, Benutzung von Antikonzeptiva) als auch aus erfolglosen Anstrengungen, das Verhalten der Bevölkerung in Richtung auf größere Gesundheitsgerechtigkeit zu beeinflussen (Rauchen, Alkohol, Bewegungsarmut, Streß etc.). AIDS-Prävention muß sich im Sinne der Strategien zur Risikominimierung und Schadensbegrenzung auf die Hauptrisiken konzentrieren und beschränken (d.h. auf die sexuelle und die Transmission durch Spritzbestecke). Durch

Arbeitsteilung zwischen Staat, Medizinsystem und der Kompetenz der Betroffenen müssen aufgebrochen werden: Vor allem die Kompetenz aus den risikotragenden Gruppen bedarf (nicht nur bei AIDS) einer deutlichen Aufwertung. Andererseits muß eingesehen werden, daß AIDS-Prävention eine primär nicht-medizinische Aufgabe ist. AIDS-Prävention kann nur erfolgreich sein, wenn die Präventionsbotschaft als kontinuierliche Bringschuld der Gesundheitspolitik begriffen wird. Lebensstile, Lebenslagen, sexuelle und andere Ausdrucksformen der Zielgruppen der AIDS-Prävention müssen - das lehrt jeder Blick auf die Werbung - positiv akzeptiert werden. Die Botschaften sind so zu gestalten, daß der Prozeß von der Informationsvermittlung

die Entscheidung für die Gesundheit die leichteste ist."). Zudem muß die Präventionsbotschaft mißverständnisfrei und einfach formuliert sein. In diesem Zusammenhang ergeben sich massive Einwände gegen die derzeitige breite Testkampagne vor allem der Bundesregierung.

Für den HIV-Antikörpertest gibt es eine Reihe zwingender medizinischer Indikationen (Sicherung von Blutprodukten und Transplantaten, Differential- und Ausschlußdiagnose, Beratung von Schwangeren aus risikotragenden Gruppen, seriöse epidemiologische Forschung auf der Basis von "informed consent"). Eine medizinische Indikation für eine Früherkennungsuntersuchung auf nichtbehandelbare Krankheiten existiert nach den Regeln der ärztlichen Kunst nicht. Schon gar nicht, wenn die Wahrscheinlichkeit und der Zeitpunkt des Ausbruchs der Krankheit derart ungewiß sind wie bei AIDS und auch durch persönliches Verhalten nicht spezifisch beeinflußt werden können. Ein ungezieltes Massenscreening auf nicht behandelbare und in ihrem Ausbruch derart ungewisse Krankheiten wie AIDS widerspricht ebenfalls den Regeln der ärztlichen Kunst und epidemiologischen Grundregeln. Auf der anderen Seite werden durch die Mitteilung eines positiven Testergebnisses bei bis zu 50% der Betroffenen schwere psychische Störungen bis hin zur Psychose und zum Suizid ausgelöst. Diese "unerwünschten Wirkungen" schließen den breiten und undifferenzierten Testeinsatz ebenfalls aus. Die undifferenzierte Testvornahme an symptomlosen Probanden und erst recht der Testeinsatz im ungezielten Massenscreening verstoßen demnach gegen elementare Regeln der ärztlichen Kunst, wie sie unter anderem mehrfach von der WHO verabschiedet oder im weltweit anerkannten Oxford



ein abgewogenes Verhältnis zwischen zentralen Streubotschaften und dezentralen zielgruppen- und szenenspezifischen Aktivitäten, durch eine aufeinander abgestimmte Benutzung aller zur Verfügung stehenden Medien, durch Schaffung auch der praktischen Voraussetzungen der Prävention (vor allem Verfügbarkeit der Hilfsmittel) ist ein Lernprozeß zu organisieren, bei dem die Stärkung der Selbststeuerung hohe Priorität genießt. Überkommene Vorstellungen der

über die Beeinflussung der Einstellung auch tatsächlich bis hin zur Veränderung des Verhaltens reicht. Die Voraussetzungen dafür sind umso besser, je leichter die geforderte Verhaltensänderung in die jeweilige Lebensweise einbaubar ist und je klarer und eindeutiger die Präventionsbotschaft ist. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) faßt dies in der weltweit erfahrungsgesättigten Formel zusammen: "Make the healthy way the easy choice" (Sinngemäß: "Sorgt dafür, daß

Textbook of Public Health niedergelegt sind. Auch nach der geltenden Reichsversicherungsordnung kann der undifferenzierte Testeinsatz keine Leistung des Kassenarztes sein (§ 181 a, RVO). Es müssen also schon schwerwiegende Gründe vorliegen, um den breiten und breit propagierten Einsatz zu rechtfertigen. Solche Gründe könnten darin liegen, daß der Test oder die Mitteilung des Testergebnisses einen wesentlichen Beitrag zur AIDS-Prävention leisten. Davon aber kann kaum die Rede sein. Im Gegenteil: In Bezug auf Prävention ist der Test durchweg kontraproduktiv:

a) Es ist weder plausibel noch deuten die vorliegenden empirischen Studien darauf hin, daß mit dem Test wirksamere Impulse zur Verhaltensänderung gesetzt werden als mit den Mitteln der kontinuierlichen und kontextspezifischen Aufklärung über die Risikosituationen. Schock und Todesangst sind durchweg kein besonders geeignetes Mittel zur Inangangsetzung langfristig wirksamer rationaler Verhaltenssteuerung.

b) Ein positives Testergebnis kann Kurzschlußreaktionen (Desperado-Effekt) mit anti-präventiven Konsequenzen auslösen.

c) Ein negatives Testergebnis kann Leichtsin im Umgang mit Risikosituationen befördern.

d) Die öffentliche Aufforderung zum Test im Zusammenhang mit der Prävention mindert die essentiell notwendige Klarheit (und damit die Wirksamkeit) der Präventionsbotschaft. Die Präventionsregeln gelten nämlich für alle Menschen in Risikosituationen, unabhängig von ihrem Sero-Status. Die medizinisch-politische Botschaft der Bundesregierung "Wer sollte sich testen lassen? Jeder, der glaubt, sich angesteckt zu haben", muß unter Präventionsgesichtspunkten lauten:

"Wer sollte eine Beratungsstelle aufsuchen? Jeder, der glaubt, sich angesteckt zu haben".

e) Mit dem HIV-Antikörpertest ist die Diskussion über Meldepflicht, Zwangstests, Berufsverbote, über arbeits-, sozial-, miet- und strafrechtliche Fragen verbunden. Dies alles wirkt dem Grundgedanken der Prävention entgegen. Es ist für die Medizin nicht nur in bezug auf den HIV-Antikörpertest eine offenbar schwierige Lernaufgabe, einen technischen Befund deshalb nicht zu erheben, weil deshalb im Ergebnis mehr gesundheitlicher Schaden als Nutzen entsteht. Das zunehmende Auseinanderklaffen von diagnostischen Möglichkeiten und therapeutischen Fähigkeiten in der Medizin erreicht im Falle AIDS eine gesundheitspolitisch neue Stufe. Die breite und selbstverständliche Vornahme des medizinisch sinnlosen Tests bereitet den Boden für die vor allem gentechnologisch möglich werdende Herstellung biographischer Gesundheitsrisiko-Profile eventuell schon im Fötus.

Die fachlich-sachliche Debatte über Wert und Unwert des HIV-Antikörpertests leidet darunter, daß der Test auf doppelte Weise zum Symbol geworden ist: Für die Individualmedizin ist er die derzeit einzig vorzeigbare "Intervention" aus ihrem Instrumentkasten. Für den Staat ist der Test zum (irrational bewerteten) Symbol der Kontrolle über die Krankheit geworden. Wer in der Bundesrepublik z.B. die in den Niederlanden aus präventionspolitischen Erwägungen entwickelte und so bezeichnete "Test-Entmutigungs-Politik" propagiert, wird sofort als "Verharmloser" diffamiert.

Wohlgemerkt: Dies ist auch außerhalb der medizinischen Indikationen keine zwingende Absage an den HIV-Antikörpertest: Wer nach sorgfältiger Beratung und Selbstprü-

fung individuelle Sicherheit (im positiven wie im negativen Sinne) für sich haben möchte, wer nach Durchleben von Risikosituationen vor allem Wert auf Gewißheit legt, dem mag der Test ebenso helfen wie der wachsenden Anzahl von (durchweg seronegativen) AIDS-Hysterikern. Mit Prävention hat dies freilich nichts zu tun: Die Gefahr, an AIDS zu erkranken, entsteht dann, wenn man sich auf Risikosituationen ohne Schutz einläßt. Der Test ändert hieran nichts. Zudem zeigt er meist erst nach sechs bis acht Wochen, manchmal aber erst auch nach mehr als einem halben Jahr an, daß eine Infektion vorliegt (Antikörperbildung).

Präventionskampagnen, die den hier skizzierten Erfordernissen genügen, bedürfen infektiologischer, sexualwissenschaftlicher und sozialwissenschaftlicher Fundierung. Da die erforderlichen Wissensbestände gegenwärtig nur zum Teil verfügbar sind, mit der Ingangsetzung solcher Kampagnen aber nicht gewartet werden kann, bietet sich ein auf vielen anderen Gebieten bewährtes Verfahren an: Man beginnt die Kampagne auf Basis des verfügbaren Wissens und unter Zugrundelegung eines realistischen Risikokonzepts, um gleichzeitig die offenen Forschungsfragen gezielt anzugehen und dafür zu sorgen, daß die Ergebnisse der Präventionskampagne und der Forschungen ständig evaluiert und im Prozeß miteinander verbunden werden.

Zum Teil falsch angelegte Präventionskampagnen führen - das zeigen Studien aus den USA, aus Kanada und Frankreich - zu zeitstabilen Verhaltensänderungen in der jeweils angesprochenen Zielgruppe, die bei 70% und mehr liegen. Es spricht konzeptionell und empirisch viel dafür, daß diese Quoten durch professionelle Gestaltung, stärkere Gewichtung der Kompetenz aus den Betroffen-

nengruppen, großzügigere Ausstattung und Kontinuität gesteigert und stabilisiert werden könnten. In den "erwünschten Wirkungen" sind sie damit nicht unwirksamer als die Horrorvisionen eines paranoiden AIDS-Staates. Eine wesentliche Voraussetzung ihres Erfolges wäre freilich, öffentlich und undiskriminiert über Fragen und Einzelheiten von nicht-monogamer und Homosexualität sowie über Probleme der Sucht in unserer Gesellschaft zu reden. Selbst wenn dies als "unerwünschte Wirkung" erscheint, sollte angesichts der repressiven Alternativen darüber nachdenken.

Zusammenfassend läßt sich festhalten:

1. Die AIDS-Prävention als strukturgestützte Verhaltensbeeinflussung liegt in der Bundesrepublik weit unter dem wissenschaftlich und materiell möglichen und international erprobten Standard. Das kostet Tote.
2. Repressive Strategievarianten unterhalb eines Eingriffsniveaus, das die gesamte Gesellschaft hysterisch und monoman unter dem Gesichtspunkt dieser einen Infektionskrankheit umgestalten würde, nützen nicht nur nichts, sondern vermehren absehbar die Anzahl der Opfer. Repressive Strategien, die unter Vernachlässigung der realen Risikorelationen den paranoiden AIDS-Staat in Kauf nehmen (oder ihn wollen), können bei extremer Anwendung in bezug auf AIDS eine ähnliche Wirksamkeit erreichen, wie sie auch durch Strategien der nicht-repressiven strukturgestützten Verhaltensbeeinflussung durch Staat, Medizinsystem und Betroffenenkompetenz zu erzielen ist. Wenn man bedenkt, wieviel hunderttausend vorzeitige Tote Jahr für Jahr durch unterlassene Präventions- und Gesundheitspolitik in der Arbeits- und Umwelt in Kauf genommen werden,

daß durch ein repressiv-administrativ, verglichen mit AIDS relativ leicht zu bewirkendes Verbot des Zigarettenkonsums jährlich ca. 30 000 vorzeitige Todesfälle verhindert werden könnten, dann wird deutlich, daß hinter den Strategien, die das AIDS-Problem mit dem starken Staat "lösen" wollen, etwas anderes steht als die Sorge um die Gesundheit der Bevölkerung.

In der Frage des gesellschaftlichen Umgangs mit AIDS stehen sich mit potentiell ungefähr gleicher Wirksamkeit die Alternativen Aufklärung, Unterstützung, Betreuung, Zivilisation versus Hysterisierung, Verängstigung, Ausgrenzung und Repression gegenüber. Die Entscheidung zwischen diesen Alternativen dürfte einem denkenden Menschen nicht schwer fallen. Folgerichtig ist der Umgang mit AIDS in den meisten westeuropäischen Ländern kein Gegenstand politischer Auseinandersetzung. Die Entscheidung für Aufklärung und gegen Repression ist auch unter konservativen Regierungen eine gesundheitswissenschaftliche Fachfrage, der Streit der Experten geht dann um die Gestaltung und um Einzelheiten der Präventionskampagne. Nennenswerte Ausnahmen von dieser sachlich begründeten Handhabung machen lediglich die rechtsradikale bis neofaschistische Bewegung von Le Pen in Frankreich und die CSU in Bayern. Dennoch: Die Gefahr, daß sich andere Parteien dem auf diesem Feld entfachbaren demagogischen Potential nicht entziehen können, existiert - auch in Bonn.

Der Aufsatz enthält wesentliche Ergebnisse aus dem Buch: Rolf Rosenbrock, AIDS kann schneller besiegt werden - Gesundheitspolitik am Beispiel einer Infektionskrankheit, VSA-Verlag Hamburg 1986, 3. durchgese-

hene Auflage 1987. Dort ist auch die zugrundeliegende Literatur verzeichnet. Zur Gestaltung und Evaluation der AIDS-Prävention vgl.: Rolf Rosenbrock, Soziale, medizinische und sozialwissenschaftliche Voraussetzungen der Prävention und Bekämpfung von AIDS, Berlin 1987 (kann kostenlos beim Wissenschaftszentrum Berlin, Griegstr. 5-7, 1000 Berlin 33, angefordert werden.)

aus: Blätter für deutsche und internationale Politik, 32. Jhg., Heft 9/87