

Rosenbrock, Rolf

**Working Paper — Digitized Version**

## AIDS und präventive Gesundheitspolitik

WZB Discussion Paper, No. IIVG pre 86-210

**Provided in Cooperation with:**

WZB Berlin Social Science Center

*Suggested Citation:* Rosenbrock, Rolf (1986) : AIDS und präventive Gesundheitspolitik, WZB Discussion Paper, No. IIVG pre 86-210, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB), Berlin

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/83006>

**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

WISSENSCHAFTSZENTRUM BERLIN  
FÜR SOZIALFORSCHUNG

IIVG/pre86-210

AIDS und präventive Gesundheitspolitik

von

Rolf Rosenbrock

**Forschungsschwerpunkt  
Arbeitspolitik**

(IIVG – ARBEITSPOLITIK)

**Research Unit  
Labor Policy**

(IIVG – LABOR POLICY)

preprints

IIVG Papers

Veröffentlichungsreihe des Internationalen Instituts für  
Vergleichende Gesellschaftsforschung (IIVG)/Arbeitspolitik  
des Wissenschaftszentrums Berlin

IIVG/pre86-210

**AIDS und präventive Gesundheitspolitik**

von

**Rolf Rosenbrock**

Berlin, November 1986

ISSN 0724-5084

Publication series of the International Institute for  
Comparative Social Research/Labor Policy

Wissenschaftszentrum Berlin

Steinplatz 2, D 1000 Berlin 12

030/313 40 81

## AIDS und präventive Gesundheitspolitik

### Inhalt

	Seite
Abstract	
I AIDS als Problem der Gesundheitspolitik	1
II Fünf Eingriffsfelder gesundheitspolitischer Steuerung	6
III Durchsetzungsprobleme einer rationalen AIDS-Politik	17
1. Die 'normale' Gesundheitspolitik und AIDS	17
2. AIDS als besonderes gesundheitspolitisches Problem	20
3. Gesundheitspolitik, Repression - oder was?	21
4. Probleme und Perspektiven der AIDS-Selbsthilfe	27
IV Bibliographie	29

## Abstract

Die medizinisch bislang nicht beherrschbare Infektionskrankheit der erworbenen Immunschwäche (AIDS) ist Gegenstand überdurchschnittlich hoher öffentlicher Aufmerksamkeit sowie starker Ängste und Hoffnungen. Die Ängste beziehen sich auf die weitere Ausbreitung innerhalb und außerhalb der zuerst sichtbar gewordenen Betroffenen-Gruppen (homosexuelle Männer, i.v. Drogenbenutzer, Prostituierte), die Hoffnungen richten sich auf die industrielle Entwicklung wirksamer Impfstoffe und Therapeutika.

Der vorliegende Beitrag beleuchtet die bislang weitgehend ungenutzten Möglichkeiten der Krankheitsverhütung, vor allem im Bereich der nichtmedizinischen Prävention:

- Die Dynamik industrieller Immunisierungs- und Therapie-Forschung führt zu einer Untergewichtung gerade jener Forschungsfelder und -fragen, die wichtige Aufschlüsse für die primäre Prävention (Verhütung von Übertragungssituationen) und die sekundäre Prävention (Verhütung der Manifestation der Krankheit nach Virus-Kontakt) erbringen könnten.

- Die Aufklärungskampagnen sind hinsichtlich der Zielgruppen zu eng und hinsichtlich der Risikosituationen zu breit angelegt: Erforderlich ist die gezielte und öffentliche Aufklärung der gesamten nicht-monogam lebenden Bevölkerung über einen präzisen und scharf konturierten Risiko-Katalog, der gegenüber heutigen Ansätzen erheblich reduziert werden kann.

- Aufklärung und Prävention gewinnen an Wirksamkeit, wenn sie teilgruppenspezifisch von dezentralen und nicht-staatlichen Akteuren (z.B. AIDS-Hilfen) betrieben werden.

- Effizienz und Effektivität solcher Strategien erfordern die Schaffung bzw. Einhaltung einer Reihe von materiellen und politischen Rahmenbedingungen durch staatliche Stellen und das Medizinsystem.

- Eine wesentliche Bedingung wirksamer Prävention ist die Reduktion des Virus-Antikörper-Tests auf die ihm medizinisch zukommenden Funktionen der Sicherung von Blutkonserven und Transplantaten, des gezielten Einsatzes in der Diagnostik und der professionellen Verwendung in ausgewiesener epidemiologischer Forschung. Der Test ist kein Instrument der Prävention; durch seinen Einsatz im Screening werden vielmehr überwiegend krankheitsstiftende und präventionsstörende Effekte erzielt.

Die Durchsetzungsprobleme einer auf Prävention zielenden AIDS-Politik werden vor dem Hintergrund der brisanten sozialpsychologischen Einbettung dieser Krankheit diskutiert.

Der vorliegende Text faßt Ergebnisse eines Buches zusammen, das der Autor im Oktober 1986 unter dem Titel: AIDS kann schneller besiegt werden - Gesundheitspolitik am Beispiel einer Infektionskrankheit (VSA-Verlag, Hamburg) veröffentlicht hat.

## I. AIDS als Problem der Gesundheitspolitik

AIDS wird durch das HIV-Virus übertragen, das menschliche Immunsystem wird außer Gefecht gesetzt. Bis heute ist diese Krankheit medizinisch nicht heilbar, sie endet meist tödlich.

Zwar sinken – zumindest in Westeuropa und in den USA – die Zuwachsraten der Neuerkrankungen erheblich. Doch wird die Welt auch über das Ende dieses Jahrtausends hinaus mit der Infektionskrankheit der erworbenen Immunschwäche (AIDS) leben müssen. Vielleicht wird die Krankheit, wie bislang nahezu alle Seuchen, niemals gänzlich ausgerottet werden können. Von dieser traurigen Regel gelten die Pocken als einzige Ausnahme der letzten Jahrhunderte.

Bei günstiger (und wahrscheinlicher) Entwicklung wird AIDS eines Jahres einen unauffälligen Platz in der Statistik der Kranken und Toten einnehmen, möglicherweise noch unterhalb zum Beispiel der Tuberkulose. Diese Krankheit verbreitete vor hundert Jahren ähnliche Panik wie heute AIDS. Sie kostete sogar Millionen Menschen das Leben. Ihre Erreger – die 1882 von Robert Koch entdeckten Tuberkelbakterien – konnten niemals ausgerottet werden. Sie sind noch heute in unserer Umwelt überall (ubiquitär) vorhanden. Durch Verbesserung der Wohn-, Arbeits- und Lebensbedingungen sowie der Körperhygiene und durch Fortschritte der Medizin in Immunisierung und Therapie führt der Kontakt mit dem Erreger heute nur noch selten zur Infektion und die Krankheit nur noch selten zum Tod. Die Tuberkulose gilt heute deshalb – in Mitteleuropa – zu recht als besiegt. Allerdings: seit dem Auftreten der neuen Krankheit starben in der Bundesrepublik Deutschland immer noch zwanzigmal mehr Menschen an Tuberkulose als an AIDS (über 5.500 gegenüber ca. 250 Toten).

Entgegen der vorherrschenden Wahrnehmung in Öffentlichkeit und Politik hängt die weitere Entwicklung keineswegs ausschließlich, wahrscheinlich nicht einmal primär, vom Erfolg der industriellen Forschung auf der Suche nach Impfstoffen oder Therapeutika ab. Die heute und auf absehbare Zukunft wahrscheinlich entscheidenden Möglichkeiten der günstigen oder ungünstigen Beeinflussung der Anzahl der Erkrankungen liegen in der Gesundheitspolitik (d.h. in der

Steuerung und Regulierung von Forschung, nichtmedizinischer Prävention und dem Verhalten des Medizinsystems) sowie in der Gewichtung, die die Gesundheitspolitik gegenüber anderen Politikfeldern (Minderheiten-, Drogen-, Sitten-, Sexualpolitik etc.) erfährt.

Jede neuauftretende Krankheit ist für die Gesundheitspolitik eine Herausforderung. Dabei entstehen zwei Aufgaben, die gleichermaßen rasch und effizient gelöst werden müssen: die Ausbreitung der Krankheit einzudämmen und die Möglichkeiten der Immunisierung und Therapie zu verbessern. Die bisherigen und die gegenwärtig absehbaren Entwicklungen im Umgang mit AIDS zeigen neben zahlreichen positiven Ergebnissen auch Defizite und Fehlregulierungen. Ihr Ausgleich könnte die mit dieser Krankheit verbundenen individuellen Katastrophen und gesellschaftlichen Gefährdungen in bedeutendem Umfang vermindern.

Gravierende Defizite und Fehlregulierungen im Umgang mit AIDS zeigen sich dabei auf allen wichtigen Teilgebieten einschlägiger Gesundheitspolitik. Sie sind sämtlich im Kern nicht AIDS-spezifisch, sondern finden sich - in jeweils anderen Ausprägungen - in der gesundheitspolitischen Bearbeitung aller großen Krankheiten der Gegenwart.

Diese gesundheitspolitischen Fehlsteuerungen haben mittlerweile durchweg Formen von Institutionalisierung und stabiler Ressourcenverteilung gefunden. Sie sind damit teilweise sklerotisch verfestigt. Das Auftreten einer neuartigen Krankheit bietet in einer solchen Situation auch die Chance, innovative und insgesamt vorwärtsweisende Ansätze der Gesundheitspolitik zu entwickeln. Auch die sozialpsychologisch brisante Einbettung von AIDS ist kein überzeugender Grund, nach Lösungen ausschließlich im alten Trott defizitärer Gesundheitspolitik zu suchen.

Grundsätzlich besteht die zentrale Aufgabe der Gesundheitspolitik in der maximalen Senkung von Erkrankungswahrscheinlichkeiten für die gesamte Wohnbevölkerung. Darin unterscheidet sich Gesundheitspolitik von dem notwendigerweise auf den Einzelfall fixierten Gesichtswinkel der Individualmedizin, deren Kenntnisstand und Therapiemög-

lichkeiten damit einen wesentlichen Aspekt für den Entwurf von problembezogenen Gesundheitspolitiken liefern. Andere Aspekte wie die weitgehend durch soziale Lage und psychische Konstitution bestimmten Bedingungen des Eintretens von Erkrankungsrisiken kommen mindestens gleichgewichtig hinzu.

Die maximale Senkung von Erkrankungswahrscheinlichkeiten gilt als Zielgröße sowohl für die chronisch-degenerativen Erkrankungen, die das Krankheits- und Sterbegeschehen bei uns zu ca. 90% beherrschen, als auch für die gelegentlich neu auftretenden Infektionskrankheiten.

Diese Zielgröße gilt sowohl für medizinische wie für nichtmedizinische Interventionen. Das gesundheitserhaltende Potential vor allem nicht-medizinischer Prävention bildet - nicht nur bei AIDS - die weitgehend ungenutzte Produktivitätsreserve der Gesundheitspolitik. Ihre Aktivierung ist bei Infektionskrankheiten wie AIDS prinzipiell leichter zu bewerkstelligen als bei den nicht übertragbaren Volkskrankheiten, weil sie meist nicht gegen politisch-wirtschaftlich starke Gruppen durchgesetzt werden muß und weil Anzahl und Konstellationen der risikoauslösenden Faktoren in der Regel überschaubarer und deshalb leichter zu beeinflussen sind.

Eine genetische Determiniertheit für AIDS zeichnet sich weder in der epidemiologischen noch in der virologischen Forschung ab. Das Virus wird praktisch ausschließlich durch Sperma → Blut und Blut → Blutkontakte übertragen. Aus den mittlerweile zig-tausend Erfahrungsjahren im Umgang mit manifest AIDS-Kranken in Klinik, Familien und Gefängnissen wissen wir, daß der oft enge Umgang mit Kranken keine Gefahren birgt. Dokumentiert ist weltweit der einzige Fall einer englischen Krankenschwester, die sich bei einem Klinikunfall frisch von einem manifest AIDS-Kranken entnommenes Blut selbst injiziert hat und in deren Blut sich daraufhin HIV-Antikörper bildeten. Zweitausend weitere Verletzungen von Krankenpflegepersonal mit Injektionsnadeln im Umgang mit manifest AIDS-Kranken wurden nachgeprüft. Die Betroffenen blieben ausnahmslos seronegativ. Aus Familien und Gefängnissen ist kein Fall von Übertragung ohne riskanten



Geschlechtsverkehr bekannt geworden, obwohl z.B. nicht infizierte Familienangehörige öftmals sogar Rasierapparate und Zahnbürsten mit den manifest AIDS-Kranken geteilt hatten.

Weltweit ist kein einziger Fall wirksamer Virusübertragung durch Speichel, Tränen, Schweiß, Talg, Nasensekret, Ohrenschmalz, Schuppen, Urin oder Kot gesichert. Nicht aufgeklärt sind weltweit zwei Fälle von Ansteckung: von einem durch Blutprodukte infizierten Ehemann auf seine Ehefrau, bei dem wegen Impotenz die Übertragung durch Geschlechtsverkehr ausgeschlossen werden konnte sowie eine Übertragung von einem (durch Bluttransfusion) infizierten Vierjährigen auf seinen älteren Bruder.

Es kann deshalb mit einer für Maßnahmen des Gesundheitsschutzes weit über dem Durchschnitt liegenden Sicherheit geschlossen werden, daß ein enger, auch körperlich intimer Umgang mit Seropositiven bei Vermeidung der bekannten Risiko-Situationen Übertragungssicher ist.

Der Kampf gegen AIDS hat auf seiner präventiven Seite deshalb ein einfach zu benennendes Ziel: Die Minimierung der Anzahl der Übertragungssituationen in der Bevölkerung. Diese Risikosituationen sind identifizierbar, sie treten nur ein, wenn sich Personen bewußt in sie hineinbegeben.

AIDS-Prävention ist deshalb - zumindest beim derzeit gegebenen Wissensstand - zeitstabil wirksame Verhaltenssteuerung in potentiell riskanten Situationen.

Durch AIDS ist für alle Menschen, die mit wechselnden Partnern Übertragungsriskanten Geschlechtsverkehr haben, eine genau bestimmbare Veränderung bzw. Einschränkung ihrer sexuellen Aktivitäten zu einer objektiven Notwendigkeit geworden.

Forschungs- und Gesundheitspolitik haben deshalb drei vordringliche Aufgaben:

- die Übertragungssituationen genau zu identifizieren und gegebenenfalls weiter einzugrenzen,

- Präventionsstrategien zu entwerfen und zu ermöglichen, die die Anzahl dieser Situationen unter Berücksichtigung ihrer jeweiligen Bedeutung im Lebenszusammenhang der potentiell Betroffenen soweit wie möglich vermindern,
- alles zu unterlassen, was die Wirksamkeit solcher Strategien gesellschaftlich und individuell beeinträchtigen könnte.

## II. Fünf Eingriffsfelder gesundheitspolitischer Steuerung

Die im folgenden zusammengefaßten fünf politisch-praktischen Maßnahmebündel zielen sämtlich auf die Entwicklung und Nutzung der Möglichkeiten der Verhütung von AIDS. Bei gegebenem Stand des Wissens über die medizinische Immunisierung und Therapie der Krankheit betreffen sie damit das einzige Eingriffsfeld, auf dem Gesundheitspolitik jetzt unmittelbar wirksam werden kann. Doch würde auch mit der Anwendungsreife und Verfügbarkeit medizinisch wirksamer Impfstoffe und/oder Therapeutika die Bedeutung nicht-medizinischer Prävention keineswegs auf Null schrumpfen: Die gesundheitspolitischen Siege über die großen 'alten' Infektionskrankheiten beruhten ausnahmslos auf einer Kombination gesellschaftlich ermöglichter und angestoßener Verhaltensänderungen mit den fast immer erst später entwickelten wirksamen Waffen der Medizin.

Die - nicht nur aktuell und nicht nur bei AIDS - zu beobachtende Untergewichtung der nichtmedizinischen Interventionsformen in der Gesundheitspolitik rechtfertigt deshalb die These, daß mit den hier vorgeschlagenen Veränderungen der gesundheitspolitischen Steuerung mit relativ geringem Aufwand ein relativ sehr hoher gesundheitlicher und - angesichts der brisanten sozialen Einbettung von AIDS - auch gesellschaftlicher Ertrag erzielt werden kann.

**1. AIDS-Forschung** muß nicht einfach vermehrt, besser subventioniert und entbürokratisiert werden. Das muß sie auch, denn sie steht in direktem Wettlauf mit der Zeit um Leben und Sterben. Unter dem Gesichtspunkt der Krankheitsverhütung erscheint es jedoch noch wichtiger, AIDS-Forschung thematisch und disziplinar auszuweiten.

Die - gleichberechtigte - Einbeziehung von Sozialwissenschaften, Sozialepidemiologie, Sexualwissenschaft und Ethnologie sowie der Sachkompetenz aus den risikotragenden Gruppen könnte den Entwurf und die Umsetzung präventiver Strategien erheblich präzisieren und effektivieren. Darüber hinaus deuten zumindest die Erfahrungen beim Kampf gegen die 'alten' Infektionskrankheiten darauf hin, daß durch die systematische Beleuchtung des Weges des Virus in die

Blutbahn und der Bedingungen des Übergangs zwischen den unterscheidbaren potentiellen Vorstufen der Krankheit (Viruskontakt, Antikörperbildung, Latenz, ARC-Symptomatik) auch wichtige Aufschlüsse für Immunisierung und Therapie gewonnen werden können.

Die Forschung nach wirksamen Impfstoffen und/oder Therapeutika wird offenbar verlässlich vom Profitmotiv der beteiligten Unternehmen, den Karriere- und Reputationsmechanismen der medizinischen Profession und einer immer noch Übergewichtig auf den naturwissenschaftlichen Teil der Gesundheitswissenschaften fixierten staatlichen Gesundheitspolitik angetrieben. Daß der Kampf gegen das AIDS-Virus absehbar die ersten wesentlichen Einbrüche der Gen-Technologie in die Humanmedizin zu Folge haben wird und daß dabei auch noch viele Tiere sterben müssen, wirft Probleme auf, die weit über Infektionskrankheit AIDS hinausweisen.

Für den Kampf gegen die Krankheit AIDS ist es dagegen entscheidend, daß durch diese Logik der Forschung gerade die für die Prävention wichtigen Forschungsfragen nicht in den Blickwinkel wissenschaftlicher Neugier geraten. Fünf - weltweit unterbelichtete - Forschungsfragen können konkret benannt werden:

a) Wie sieht die Verteilung der Risiken in der Bevölkerung aus? Welche Individuen und Gruppen lassen sich in welchen Zusammenhängen heute noch auf Situationen ein, die ein relevantes Übertragungsrisiko enthalten? Wie sind diese Gruppen sozial, sexuell, regional und ethnisch zu beschreiben?

Zur Vermeidung von psychosozial bedingten Gesundheitsschäden muß aber heute bereits auch anders herum gefragt werden: Welche Gruppen erlegen sich heute aus Desinformation und Angst Schranken im Alltag und im sexuellen Verhalten auf, die mit der AIDS-Gefahr realistisch nicht begründet werden können?

Die Beantwortung dieser Fragen ist vor allem wichtig für die zielgruppenspezifische Anlage von Aufklärungs- und Präventionsmaßnahmen. Der Gewinn bestünde vor allem in sozialepidemiologischer Beratung bei der Anlage und Verfeinerung von Präventionskampagnen, die zweckmäßigerweise in den Händen von Betroffenenorganisationen liegen.

- b) Wie gelangt das Virus in die Blutbahn? Wie groß ist die 'kritische Masse' an Viren? Wie groß ist infolgedessen die 'kritische Masse' unterschiedlich virushaltiger Körpersekrete? Wie muß die Eingangspforte für das Virus beschaffen sein? Sind Läsionen erforderlich, oder genügt der Kontakt virushaltiger Körpersekrete mit Schleimhaut-Gewebe? Wodurch erklären sich die insgesamt offenbar mehrere Zehnerpotenzen ausmachenden, möglicherweise aber auch risikoausschliessenden Unterschiede in den Resorptionswahrscheinlichkeiten zwischen Mastdarm-, Vaginal- und Mundschleimhaut?
- c) Unter welchen sozialen, psychischen, physisch konstitutionellen wie akuten Bedingungen wird aus einer ausreichend großen Virusinokulation in die Blutbahn ein 'wirksamer' Viruskontakt? Die Epidemiologie liefert Hinweise darauf, daß Menschen trotz erheblichen Viruskontaktes weder Antikörper gebildet haben noch krank geworden sind. In welchen Merkmalen unterscheiden sich diese Menschen und ihre Lebenssituationen von anderen, bei denen die gleiche Virus-Attacke 'erfolgreich' war?
- d) Gibt es Bedingungen, unter denen das Virus von den angreifenden Antikörpern rechtzeitig - d. h. vor der RNS/ DNS-Transkriptase in den befallenen Zellen - ausgeschaltet oder dauerhaft neutralisiert werden kann?
- e) Unter welchen Bedingungen wird aus einem symptomlosen Sero-Positiven ein ARC- oder AIDS-Kranker? Es deutet alles darauf hin, daß diese Bedingungen nicht nur in der Physiologie der betroffenen Menschen liegen. Von der Beantwortung dieser Frage hängt das Schicksal von weltweit Millionen Menschen ab, auf die diese beiden Merkmale (seropositiv und gesund) heute zutreffen.

**2. Aufklärungs- und Präventionskampagnen** sind zwingend und in allen risikotragenden Gruppen notwendig. Sie müssen die wesentlichen Warnungen scharf konturiert und eingegrenzt transportieren. Je unschärfer sie sind, und erst recht, je mehr sich sachfremde (AIDS-fremde) Motive in sie mischen, desto störanfälliger wird

dieser Transport. Für die AIDS- Prävention verbessern sich infolgedessen die Voraussetzungen durch neueste, zuletzt auf dem internationalen AIDS-Kongreß Ende Juni 1986 in Paris vorgetragenen Forschungsergebnisse (überwiegend aus der beschreibenden Epidemiologie), die eine genauere Bestimmung der Zielgruppen und Präzisierungen hinsichtlich der gefährlichen Praktiken erlauben.

a) Die Zielgruppe umfaßt neben den i.v. Drogenbenutzern die gesamte hetero- und homosexuell aktive und nicht monogam lebende Wohnbevölkerung, weil allgemein-übliche Sexualpraktiken mit beträchtlichen bis katastrophalen Risiken verbunden sind.

Unter dem Gesichtspunkt der AIDS-Verhütung ist eine Unterscheidung zwischen Hetero- und Homosexuellen sowie Prostituierten beiderlei Geschlechts auf der Ebene der Risiko-Ladung nicht vertretbar (wohl aber bei der zielgruppen-spezifischen Vermittlung der Botschaft, vgl. unten).

Gerade wenn man in äußerster intellektueller Kälte die Präventionsüberlegungen auf die zahlenmäßige Minimierung von AIDS-Fällen orientiert, wird deutlich: Selbst der 'Vorteil' einer z.B. um den Faktor 25 niedriger liegenden Übertragungswahrscheinlichkeit beim hetero- gegenüber dem homosexuellen Geschlechtsverkehr würde durch die ca. 40- fache Größe der heterosexuellen Population sehr schnell aufgehoben sein.

b) Die gefährlichen Praktiken können gegenüber früheren Versuchen von Präventions-Anleitungen (vor allem des 'Safer Sex') präzisiert und eingeschränkt werden.

Mit Sicherheit hochgefährlich sind demnach der Analverkehr ohne Kondom sowie die Benutzung unsteriler Injektionsbestecke. Eine relevante Gefahr besteht offenbar auch beim Vaginalverkehr ohne Kondom sowie bei blutgefäßverletzenden Praktiken vor allem im Bereich des Sado-Masochismus (S/M).

Werden diese und nur diese Techniken innerhalb der und mit Sicherheitsabstand von den risikotragenden Gruppen vermieden, so verliert die Infektionskrankheit ihre Ausbreitungsdynamik. Dabei ist daran zu erinnern, daß die Verhütung von Viruskontakten heute die Anzahl der Erkrankungen in drei bis fünf Jahren bestimmt.

Epidemiologische Studien aus Nordamerika (USA und Kanada)

kommen übereinstimmend zu dem Ergebnis, daß demgegenüber das Risiko der Virusübertragung durch andere Sexualpraktiken, vor allem den Oralverkehr, zumindest um einige Zehnerpotenzen niedriger liegt ("no detectable risk for oral receptive intercourse"). Da die Erforschung des 'äußeren' Übertragungsmechanismus des Virus weltweit vernachlässigt wird, kann derzeit nicht mit Bestimmtheit gesagt werden, woraus sich diese Differenz erklärt und ob das Virus überhaupt auf diesem Wege übertragen werden kann. Gegenüber der Gefährdung vor allem durch ungeschützten Analverkehr liegt die nicht bzw. noch nicht auszuschließende Gefährdung (Reißen des Kondoms, Übertragung beim Oralverkehr, Unfälle beim Geschlechtsverkehr) epidemiologisch unterhalb von Gesundheits- und Lebensrisiken wie Dauerstreß am Arbeitsplatz oder Zigarettenrauchen. Werden diese eingegrenzten Regeln des Safer Sex eingehalten, so ist auch der Verkehr mit HIV-antikörperpositiven Partnern übertragungssicher. Es gibt keine gesundheitliche Begründung für die Schaffung eines neuen Getthos 'getesteter Seropositiver'. Gegenüber der Einhaltung der Regeln des Safer Sex tritt auch die Bedeutung der Promiskuität als Übertragungsrisiko sehr weitgehend zurück.

3. Die Besonderheit der bei der Prävention anzusprechenden Themen (promiske Sexualität, Homosexualität, Prostitution und Sucht) und die zum Teil extremen gesellschaftlichen Randlagen bei drei der vier Betroffenen-Gruppen erfordern **besondere Vermittlungsformen und -träger der Kommunikation/Prävention.**

Hierfür bieten sich die vor allem in der Zielgruppe der Homosexuellen weitgehend spontan entstandenen Selbsthilfeansätze (AIDS-Hilfen) an. Nur sie sind hinreichend dezentral organisiert und verfügen über ausreichende Kenntnisse und Erkenntnisquellen hinsichtlich der relevanten Risikosituationen, ihres sozialen und Bedürfnishintergrundes sowie der Transportmöglichkeit zielgruppenadäquater Botschaften. Vor allem beruht ihre Arbeit auf einem begründeten Vertrauensfundament in den Zielgruppen.

Diese Ansätze müssen finanziell und organisatorisch teilgruppen- und szenen-spezifisch für alle vier Zielgruppen ausgebaut werden.

Sie können ihren spezifischen Beitrag zur Prävention nur dann leisten, wenn sie - innerhalb allgemein gültiger Gesetze - von ihrer Kontextnähe und Kompetenz einen relativ autonomen Gebrauch machen können. Sie müssen die Möglichkeit haben, in den Zielgruppen spezifisch und ausschließlich unter dem Gesichtspunkt der AIDS-Prävention zu agieren. Die Belastung mit anderen Themen gefährdet die Substanz ihres Erfolges.

Safer Sex für die nicht-monogame Bevölkerung und Einweg-Spritzen für i.v. Drogenbenutzer sind die Botschaft der Prävention. Nach allen Erfahrungen mit Versuchen gesundheitsbezogener Verhaltensbeeinflussung sind zeitstabile Erfolge solche Bemühungen am ehesten dann zu erreichen, wenn der Faktor 'Einsicht in die Notwendigkeit' maximiert und der Faktor 'Angst' (im Unterschied zu 'Furcht') minimiert wird.

So schwer diese Einsicht manchem Verantwortlichen auch fallen mag: Wer AIDS bekämpfen will muß das Sexualverhalten und die i.v. Drogenbenutzung erst einmal als gegeben hinnehmen und auf dieser Basis nach Eingriffsmöglichkeiten suchen. Wer 'tiefer' ansetzt, also die Veränderung von Trieb- und Suchtverhalten für einen geeigneten Ansatzpunkt für den Kampf gegen AIDS hält, oder wer 'höher' ansetzt und mit allgemeiner Angststiftung und polizeilicher Repression den Problemen beikommen zu können glaubt, bewirkt letztlich das Gegenteil dessen, was er will oder zu wollen vorgibt.

Erfolgreiche AIDS-Prävention ist nach alledem nicht mit der Logik des Verwaltungshandelns zu steuern. Auch die Einbindung solcher Kampagnen in die Logik einer 'öffentlichen Sittlichkeit', die an der gesellschaftlichen Ausschließlichkeit von Leitbildern wie Monogamie und Suchtfreiheit festzuhalten versucht, gefährdet den gesundheitspolitischen Kern dieser Ansätze. Werden die reale gesellschaftliche Entwicklung des Sexualverhaltens und die mit AIDS verbundene Lebensgefahr berücksichtigt, so läßt auch der grundgesetzlich garantierte besondere Schutz der Familie (Art. 6 GG) hierzu sicherlich genügend Spielraum.



Wenn und wo diese Bedingungen gegeben sind, kann AIDS-Hilfe ein Modellfall für eine dezentrale und kontextnahe Leistungs- und Strukturpolitik im Gesundheitswesen werden, deren Bedeutung weit über den Einzugsbereich der Infektionskrankheit AIDS hinausweist. Zudem könnte hier eine wesentliche Innovation im Hinblick auf die notwendige präventive Umorientierung der Gesundheitspolitik geleistet werden.

In den USA werden Präventionskampagnen seit Jahren von Organisationen aus den hauptsächlich betroffenen Gruppen durchgeführt. Ihr Erfolg besteht in der Befolgung der Regeln des Safer Sex durch sechzig und achtzig Prozent in den Zielgruppen. Solche Quoten liegen weit oberhalb der üblicherweise durch Gesundheits-Aufklärung zu erzielenden Erfolge. Sie können bei entsprechenden Aktivitäten und Rahmenbedingungen wohl noch erhöht und stabilisiert werden.

4. Durch die weitgehende Übertragung der konkreten Aufklärungs- und Präventionsaufgaben auf außerstaatliche Träger (AIDS-Hilfe), die diese Aufgabe kontext- und szenenspezifisch sowie in dement-sprechender Autonomie erfüllen, sind die **Träger der staatlichen und parastaatlichen Gesundheitspolitik** keineswegs aus ihrer Verantwortung entlassen. Ihre Aufgaben lassen sich in vier Punkten zusammenfassen:

a) Schaffung und Gewährleistung des notwendigen Handlungsspielraums für die AIDS-Hilfe als nichtstaatlichem und dezentralem Träger dieser ganz speziellen öffentlichen Gesundheitsaufgabe. Bereitstellung der notwendigen finanziellen Ressourcen, organisatorische Unterstützung und öffentlich-staatliche Legitimation des Handlungsspielraums. Das Verhältnis zwischen staatlichen Stellen und AIDS-Hilfe ist analog zu einer weit zu interpretierenden Rechtsaufsicht, nicht aber nach den Regeln einer Fachaufsicht zu gestalten. Die Aufgabenstellung der AIDS-Hilfe ver-trägt sich nicht mit Versuchen, die Probleme der Infektionskrankheit mit anderen sitten-, sexual- oder suchtpolitischen Themen zu vermischen oder gar AIDS-Hilfe dafür zu instrumentalisieren.

- b) Aufgaben der AIDS-Prävention liegen für staatliche Stellen auch dort, wo staatliche Regelungen den Notwendigkeiten der AIDS-Prävention direkt widersprechen. Das ist z.B. in Gefängnissen und vielfach auch in der Prostituiertenbetreuung sowie im Umgang mit i.v. Drogenabhängigen der Fall. Staatlich regelungsbedürftig erscheint auch der Zugang von Safer Sex-Botschaften in die Massenmedien. Wenn Boulevard-Zeitungen die Schaltung von Safer Sex-Annoncen unter Verweis auf die 'öffentliche Sittlichkeit' ablehnen, während sie gleichzeitig Tag für Tag seitensweise ungetarnt für Prostitution werben können ('Hostess', 'Dressman'), wird die Doppelmoral zur lebensgefährlichen Perversion. Im Bereich der parastaatlichen Gesundheitspolitik (Rentenversicherung und Krankenkassen) geht es vor allem darum, Einbrüche in das Solidarprinzip bei Rehabilitation und Versicherungsschutz abzuwehren bzw. rückgängig zu machen. Mit anderen Worten: Der HIV-Antikörper-Test, der seinem Wesen nach keine Individualdiagnose, sondern eine Dispositionsdiagnose mit lediglich epidemiologisch interpretierbarem Ergebnis darstellt, darf nicht zur sozialrechtlich legitimierten Voraussetzung für den Leistungszugang werden. Die sozialrechtliche 'Ächtung' einer Krankheit würde zudem das gesellschaftliche Klima für Prävention erheblich beeinträchtigen.
- c) Wirksame AIDS-Prävention in den vier identifizierten risikotragenden Gruppen (promisk lebende Hetero- und Homosexuelle, Prostituierte, i.v. Drogenbenutzer) setzt voraus, daß die risikotragenden Menschen als Träger eines Gesundheitsrisikos angesprochen werden, und nicht als sozial und sexuell Deviante, Perverse, Verrufene und Verlorene. Wirksame Verhaltensaufklärung kollidiert in diesem Punkt mit einer auch staatlich getragenen 'öffentlichen Moral', die das Leitbild der ausschließlichen und lebenslangen Monogamie hochhält sowie die gesamtgesellschaftlich präsenten Probleme der Sucht auf kriminalisierbare Randgruppen 'delegiert'. Ein Teil der Folgekosten dieser, mit jeder doppelten Moral verbundenen Schizophrenie kann durch die autonom zu gestaltende Arbeit ausdifferenziert zielgruppenspezifischer AIDS-Hilfe aufgefangen werden. Vor allem aber die notwendige Verhaltensaufklärung in der heterosexuellen Szene setzt

voraus, daß nicht-monogames Sexualverhalten auch öffentlich als akzeptierte Lebensform behandelt wird, in deren von der Gesundheitspolitik als gegeben anzunehmendem Rahmen bestimmte Verhaltensmaßregeln zum Gesundheits- und Lebensschutz zwingend erforderlich sind. Wenn umgekehrt versucht wird, AIDS für die Wiederherstellung solcher Leitbilder zu instrumentalisieren, so ist dies erstens wenig erfolgversprechend, zweitens - auch partiell - nur über massive und gesundheitsschädliche Angstkampagnen erreichbar, und drittens kostet es vermeidbare AIDS-Tote.

- d) Ein Blick auf die Geschichte des Umgangs mit nicht nur sexuell definierten Minderheiten in Deutschland zeigt, daß es in diesen Gruppen handfeste Gründe des Mißtrauens gegen staatliche Maßnahmen gibt, auch und gerade dann, wenn diese sich mit Etiketten des Gesundheits- und Sittenschutzes schmücken. Das gesamtgesellschaftliche Klima, das auch einen Teil des Infektionsklimas ausmacht, könnte durch 'vertrauensbildende Maßnahmen' erheblich entspannt, die Chancen der AIDS-Prävention dadurch erheblich verbessert werden.

5. Der **Test auf HIV-Antikörper** (bzw. bei fortschreitender Technologie: auf das Virus selbst) ist ein notwendiges und hilfreiches Instrument für die Sicherheit von Blutprodukten und Transplantaten. In der Ausschluß- und Differentialdiagnostik sollte der Test wegen der oft verheerenden bis lebensbedrohlichen Folgen der Mitteilung eines positiven Testergebnisses nur nach allen weniger 'invasiven' Instrumenten der Diagnose eingesetzt werden. In der Forschung über Epidemiologie und Verlauf der Krankheit hängt die ethische und gesundheitliche Vertretbarkeit der Test-Verwendung von der Einhaltung üblicher professioneller Standards ab. Die gegenwärtige Forschungspraxis, bei der häufig völlig unsystematisch alles erreichbare Blut vor allem aus den zuerst sichtbar gewordenen Betroffenengruppen getestet und die Basisvoraussetzung des 'informed consent' nicht überall eingehalten wird, unterschreitet diese professionellen Standards derzeit noch in beunruhigendem Ausmaß und trägt deshalb auch wenig zum Wissen über Verhütung und Behandlung von AIDS bei.

Die Verwendung des HIV-Antikörper-Tests an symptomlosen Menschen liegt dagegen eindeutig jenseits der Grenzen ärztlich-professioneller Ethik und gesundheitsbezogener Logik. Ein positives Testergebnis bedeutet nach heutigem Wissensstand eine Wahrscheinlichkeit zwischen fünf Prozent und dreißig Prozent, innerhalb von meistens zwischen drei und sieben Jahren an AIDS oder einer Vorform zu erkranken. Zumindest bis zum Auftreten von Symptomen gibt es keine Möglichkeit spezifischer medizinischer Intervention. Interventionsbedarf ergibt sich lediglich - dies aber sehr häufig - aus den psychischen Folgen der Mitteilung eines positiven Testergebnisses, die über schwere psychische Erkrankungen bis hin zum Selbstmord reichen. Hier entsteht eine iatrogen produzierte 'symptomlose Patientengruppe'. Dies ist umso sinnloser, als aus dem Testergebnis auch keine Konsequenzen für das Verhalten der Getesteten oder ihrer Umwelt folgen: Die Präventionsregeln (Safer Sex und Einmalspritzen) gelten unabhängig vom Serostatus für alle Menschen im Umkreis der risikotragenden Gruppen. Ein positives Testergebnis löst häufig Panik, Realitätsrückzug oder Anomie aus. Dies aber sind die denkbar schlechtesten Voraussetzungen für das zur AIDS-Prävention notwendige rationale Verhalten. Fundierte Ratschläge für die Lebensweise von Seropositiven, mit denen die Wahrscheinlichkeit des Ausbruchs der Krankheit gemindert werden könnte, sind nicht bekannt. Daß hingegen existentielle Angst die Disposition auch für den Ausbruch infektiöser Krankheiten erhöht, erscheint zumindest plausibel.

Die Sicherheit vor AIDS in Krankenhäusern, Schulen, Gefängnissen und Restaurationsbetrieben kann durch den HIV-Antikörper-Test nicht gesteigert werden, weil sie außerhalb der bekannten Risikosituationen nicht bedroht ist.

Mit dem regierungsamtlichen Testangebot ("Wer sollte sich testen lassen? Jeder, der glaubt, sich angesteckt zu haben.") ist tatsächlich ein ungezieltes Massenscreening in Gang gesetzt worden, das mit den von der medizinischen Wissenschaft und der ärztlichen Ethik selbst definierten Kriterien für Früherkennungsuntersuchungen nicht zu vereinbaren ist. Angesichts der durch den Test ausgelösten bzw. auszulösenden Gesundheits- und Verhaltenswirkungen, ist die Testvornahme an symptomlosen Probanden außerhalb streng definierter Forschungsdesigns ein ärztlicher Kunstfehler.

Angesichts der durch eine Reihe von technologischen Entwicklungen wachsenden Kluft zwischen medizinischen Diagnosemöglichkeiten und Therapierbarkeit für zahlreiche Krankheiten stellt der weithin widerstandslos praktizierte Mißbrauch dieses Instruments einen gesundheitspolitisch gefährlichen Einbruch dar.

Da die bloße Existenz des Tests auch eine weithin irrationale Nachfrage nach ihm weckt und stimuliert, muß der Zugang zum Test mit Hürden versehen werden, bei deren Überwindung den Nachfragern eine kognitiv und emotional hinreichende Aufklärung über die Qualität der Aussage sowie die lebensverändernden psychischen Folgen eines positiven Test-Ergebnisses vermittelt wird. Der Zugang kann zweckmäßigerweise analog zum Verfahren vor einem Schwangerschaftsabbruch (mehrfache gesundheitliche und psychosoziale Beratung in zeitlichem Abstand bei verschiedenen, nicht nur ärztlichen Institutionen) reguliert werden.

Die absehbare Zunahme ähnlicher, therapeutisch irrelevanter Tests wirft in einem weit über AIDS hinausreichenden Rahmen die Frage nach dem Sinn und der Handhabung von medizinischen Damokles-Schwertern auf.

### III. Durchsetzungsprobleme einer rationalen AIDS-Politik

#### 1. Die 'normale' Gesundheitspolitik und AIDS

Wer sich mit Gesundheitspolitik oder - allgemeiner - mit dem gesellschaftlichen Umgang mit Gesundheit und Krankheit beschäftigt, der weiß: die Antworten der Gesundheitspolitik entsprechen nur auf wenigen Feldern dem Charakter der gesundheitlichen Herausforderungen.

Das gilt für die weitgehende Unterausnutzung der gegebenen Möglichkeiten der Krankheitsverhütung in Betrieb, Umwelt, Verkehr, Wohnung und Schule. Hier erkranken und sterben jährlich viele tausend Menschen, obwohl dies durch bekannte Maßnahmen verhindert werden könnte. Das gilt weiter für die 'Auswahl' der Gesundheitsprobleme, die in den Einzugsbereich des Medizinsystems gelangen: 80% der selbst-wahrgenommenen Gesundheitsstörungen bleiben - überwiegend: zum Glück - medizinisch unbehandelt; unter den ärztlich behandelten 20% sind viele Probleme weder medizinischer Natur noch medizinisch zu heilen. Das zeigt sich auch im Inneren des Medizinsystems mit seiner tief zerklüfteten Struktur, dessen jeweilige Einzelbereiche (der öffentliche Gesundheitsdienst, der Arbeitsschutz, die Praxis des niedergelassenen Arztes, die Arzneimittel- und Geräteindustrie, das Krankenhaus, die Krankenkassen etc.) auch gegen gesundheitlich sinnvolle Innovationen sorgsam geschützt zu sein scheinen.

Setzt man die Ergebnisse der Gesundheitspolitik (Maßnahmen, Leistungen, Informationen) in Beziehung zu den ursprünglichen Gesundheitsproblemen und den durch Wissen, Technik und Geld definierten Möglichkeiten präventiver, betreuender und heilender Interventionen, so zeigt sich: diese Ergebnisse sind durchweg suboptimal, in vielen Fällen geben sie keine Antwort auf die Gesundheitsprobleme, oft sind sie sogar schädlich und problemverschärfend.

Unter diesem vergleichenden Gesichtswinkel bietet der Blick auf den Umgang mit AIDS keine großen Überraschungen: Die derzeitige Gesundheitspolitik folgt keinem problemadäquaten Konzept. Auch wenn die Akteure größtenteils gutwillig und vielfach auch sachkundig

sind, arbeiten sie fast immer mit zumindest zweifelhaftem Erfolg.

Auch die Ursachen für diese Fehlsteuerungen sind im Falle AIDS nicht viel anders als anderswo:

- a) Der Staat als Träger der öffentlichen Gesundheitspolitik verfügt im großen und ganzen nur über drei Handlungsinstrumente: Er kann Gesetze und Verordnungen erlassen, sowie Verpflichtungen und Berechtigungen für Leistungen definieren - er kann also Normen setzen. Außerdem kann er den Geldfluß direkt oder über Normensetzung regulieren, er kann also mit Geld steuern. Und er kann Informationen vermitteln. Viel mehr kann er gesundheitspolitisch nicht.

Mit staatlich gesetzten und machtförmig durchgesetzten Normen ist dem Problem AIDS aufgrund der physiologischen 'Natur des Problems' und seiner sozialen Einbettung nicht beizukommen. Mit Geld kann der Staat zwar Forschung und Prävention ermöglichen, er kann sie aber nicht selber durchführen. Um - mit Geld - Prävention und Forschung optimal in Gang zu bringen, muß er von gewohnten Routinen der bürokratischen Hierarchie, der Medizin-Orientierung und des Verwaltungshandelns abrücken. Das fällt ihm schwer genug. Für eine generelle AIDS-Information steht der Staat sich - trotz deutlicher Fortschritte - immer noch selbst im Wege: Wenn sich staatliche Repräsentanten als Garanten der 'oberen Etagen' der gesellschaftlichen Doppelmoral verstehen, können sie schlecht AIDS-Aufklärung betreiben, die eine Bejahung nicht-monogamer Beziehungsformen zur Voraussetzung hätte.

- b) Das Medizinsystem funktioniert und entwickelt sich weitgehend nach der Problemwahrnehmung der individual-medizinisch ausgerichteten ärztlichen Profession in Verbindung mit handfesten materiellen Interessen der Ärzte, der Pharma- und Geräteindustrie sowie einiger weiterer Wirtschaftszweige. Ihnen wohnt u.a. die gemeinsame Tendenz inne, immer mehr Gesundheits- und Krankheitsprobleme in ihren Einzugs- und Marktbereich zu integrieren. Das Medizinsystem ist damit - gegen die gesundheitliche und ökonomische Vernunft - auf Expansion geschaltet. Or-

ganisations- und Bearbeitungsformen, die auf Aktivierung von Eigen- und 'Laien'-Kompetenz abzielen, werden nur schwer und zögernd akzeptiert. Noch die Prävention als gesellschaftlich organisierte Verhütung von Krankheit wird häufig unter der irreführenden Überschrift 'Präventivmedizin' zur ärztlichen Aufgabe deklariert.

Versuche, die (in Millionen von Fällen segensreichen) Bemühungen des Medizinsystems auf jene Probleme zu konzentrieren und zu beschränken, die es tatsächlich besser lösen kann als andere bestehende oder zumindest machbare Organisations- und Interventionsformen, sind bislang durchweg gescheitert. Der Normsetzungs-Macht des Staates widersteht das Medizinsystem vor allem dadurch, daß die ärztliche Seite sich ein faktisches Monopol auf die Problemdefinitionen der staatlichen Gesundheitspolitik zu sichern gewußt hat.

Im Falle AIDS hat dies - trotz unzweifelhaft positiver Ansätze - bis heute zu einer systematischen und für eine unbekannte Anzahl von Menschen tödlichen Untergewichtung der Möglichkeiten der Prävention außerhalb des Medizinsystems geführt.

Auch die massenhafte und sinnlose Vornahme des Antikörper-Tests findet hier einen wesentlichen Teil ihrer Ursachen: Da immunologische und therapeutische Möglichkeiten faktisch nicht zur Verfügung stehen, das Medizinsystem aber gesellschaftlich für Krankheitsprobleme 'zuständig' ist, muß eben irgendetwas anderes geschehen ('ut aliquid fiat'). Und sei es der Einsatz einer 'Diagnose'-Methode, die an symptomlosen Probanden sicher sehr viel mehr Schaden anrichtet als Nutzen. Das Interesse der beteiligten Arzneimittel-Unternehmen, ihre Tests auch zu verkaufen und damit den Marktzutritt für kommende Impfstoffe und Therapeutika vorzubereiten, tut ein Übriges.

Das medizinische Definitionsmonopol für Gesundheits-/ Krankheitsprobleme führt zu einer sachlich nicht zu rechtfertigenden Minderbewertung anderer Wissensbestände und Problemzugänge. Das drückt sich in der geringen Wertschätzung der 'Lai-



en'-Kompetenz und der Erkenntnisse anderer, ebenfalls mit Gesundheit beschäftigter Wissenschaftsdisziplinen aus. Wenn - wie im Falle der AIDS-Hilfe - der Beitrag der 'Laien'-Kompetenz der betroffenen Gruppen aus zwingenden Gründen einbezogen werden muß, werden ihre Fragen von der medizinischen Forschung allenfalls nebenbei bearbeitet. Fragen, Methoden und Wissensbestände anderer Disziplinen finden nur sehr zögernd Eingang in den Entwurf und die Umsetzung gesundheitspolitischer Strategien einschließlich ihres forschungspolitisch zu steuernden Vorlaufs. Auch dies zum Schaden der Prävention.

In diesem Kräftefeld aus Staat und Medizinsystem mit den daran beteiligten politischen und materiellen Interessen hat AIDS keine besseren Chancen der Bearbeitung als die zigtausendfach häufigeren volksgesundheitlichen Probleme des Herzinfarkts, der Krebse, des Rheuma, der Bronchitis, des Alkoholismus etc..

Wem es um eine Effektivierung des Kampfes gegen AIDS geht, wird demnach nicht darum herumkommen, sich mit diesen 'alten' Themen der Gesundheitspolitik zu befassen und bewährte wie gescheiterte Reformstrategien auf ihre Verwendbarkeit für dieses Problem hin abzuklopfen.

## 2. AIDS als besonderes gesundheitspolitisches Problem

Dies zu sagen bedeutet keine Verharmlosung der gesellschaftspolitischen Brisanz, die AIDS umgibt. Sie ist real und gefährlich.

Die Mixtur besteht aus Elementen der physiologischen Natur des Problems (Geschlechtskrankheit, extrem lange Latenzzeit und hohe Ungewißheit des Ausbruchs, meist tödliches Ende der Krankheit), seiner geheimnisvoll-exotischen Herkunft und der gesellschaftlichen Randlage der zufällig zuerst sichtbar gewordenen Betroffenen-Gruppen - Schwule, Fixer, Nutten. Damit ist ein Ensemble versammelt, das in geradezu einmaliger Konstellation atavistische Ängste, Wünsche und Vorurteile mobilisieren kann: Es geht um die Verbindung von Sex, käuflichem Sex, Perversion, Orgien, Sucht, un-

sichtbaren Feinden und um den Tod, in einem Thema.

Es ist kein Wunder, daß die auf Verkäuflichkeit orientierten Massenmedien auf dieses Thema anspringen mußten. Frank Rühmann referiert in seinem 1985 erschienen Buch 'AIDS - eine Krankheit und ihre Folgen' zahlreiche erschütternde Beispiele verantwortungsloser Kolportage. Wenn man berücksichtigt, daß die in Sachen AIDS besonders aggressiven Blätter der Regenbogenpresse sowie die großen Boulevardzeitungen immer noch die meistgelesenen gedruckten Medien in der Bundesrepublik sind, so wird die latente Gefahr deutlich: Es gibt breite Bevölkerungsschichten, deren Bild von AIDS und den Betroffenen-Gruppen sich nahezu ausschließlich aus durchweg gegen-aufklärerischer Berichterstattung speist. Aber auch sonst gemeinhin als seriös eingestufte Blätter wie z.B. der Hamburger 'Spiegel' zeigten und zeigen böse Ausfallerscheinungen.

Kein Wunder auch, daß diese - mehr markt- als ethik-gesteuerten - Formen und Inhalte der öffentlichen Abhandlung von AIDS speziell bei den Gruppen der allermeist Betroffenen Angst auslösen. Und zwar sowohl irrationale Angst vor AIDS als auch Angst vor einer Wiederrückkehr der Repression. Beide Ausprägungen der Angst stehen einem rationalen Umgang mit AIDS und einer sensiblen AIDS-Prävention sicherlich entgegen. Aber über die Wirkungen derartiger Gegen-aufklärung im Konzert mit anderen Informationsquellen auf Stimmungen, Haltungen und Handlungen sowohl in der Bevölkerung als auch auf gesundheitspolitische Entscheidungsträger ist - nicht nur bei AIDS - recht wenig bekannt. Das nimmt nichts von der Bedrohlichkeit. Es spricht aber dagegen, allein aufgrund der Berichterstattung eine extrem defensive Situation für die Betroffenen-Gruppen zu diagnostizieren.

### 3. Gesundheitspolitik, Repression - oder was?

Auf der Ebene der Gesundheitspolitik können Wirkungen der sozialpsychologisch brisanten Einbettung von AIDS überall dort plausibel angenommen werden, wo der politische Umgang mit dieser Krankheit vom 'normal schlechten' Lauf der Gesundheitspolitik nach

unten hin abweicht und dies mit einer Diskriminierung AIDS-Kranker oder risikotragender Minderheiten verbunden ist. An solchen Punkten rutscht die auf AIDS bezogene Gesundheitspolitik zu einer repressiven Sexual- und Drogenpolitik ab, AIDS wird dann für andere Zwecke instrumentalisiert, obwohl das gesundheitliche Ziel (vor allem die Prävention) dadurch gefährdet wird (kontraproduktive Gesundheitspolitik).

Solche Einbruchstellen lassen sich benennen. Sie lassen allerdings nicht auf eine eindeutige Tendenz schließen, zumal ihnen zahlreiche positive Beispiele gegenüberstehen.

- a) Einbruchstellen finden sich überall dort, wo Polizeilogik über Gesundheitslogik dominiert. Konkrete Beispiele finden sich derzeit konzentriert wohl vor allem in München und Frankfurt. In anderen Städten, wie z.B. Hamburg, bieten dagegen z.B. die Gesundheitsressorts den Inhabern von Schwulen-Lokalen Unterstützung gegen sachfremde Eingriffe der Innenverwaltung an.
- b) Einbruchstellen finden sich auch in staatlich reglementierten Institutionen. Wenn z.B. in Gefängnissen aus gesundheitlich nicht begründbaren Motiven der Einsatz von (mehr oder weniger freiwillig getesteten) HIV-Positiven in der Gefängnisküche "ausschließlich aus psychologischen Gründen" unterbleibt, so kann damit keine gesundheitsbezogene Psychologie gemeint sein. Feuerrote, aber auch andersfarbige Schutzhandschuhe im Umgang mit Seropositiven entsprechen ebenfalls sicher keinen sinnvollen gesundheitlichen Überlegungen. Ob die Bundeswehr den HIV-Antikörper-Test für alle Rekruten auch dann abgelehnt hätte, wenn sie nur Freiwillige, nicht aber ganze Jahrgänge von Wehrpflichtigen durchtesten müßte, darüber kann nur spekuliert werden.
- c) Unklar ist die Lage im Sozialrecht. Zwar steht AIDS als gesundheitliches Großrisiko vollständig und unangefochten unter dem Versicherungsschutz der gesetzlichen Krankenkassen (im Gegensatz z.B. zur Handhabung in den USA). Die Einführung des HIV-Antikörper-Tests als Zugangsvoraussetzung für ein Versicherungsverhältnis bzw. für gesetzliche Versorgungsleistungen durch

die BfA sowie einzelne LVA und AOK stellt jedoch ohne Zweifel einen präventionsfeindlichen Einbruch dar. Ob diese Regelung auch dann getroffen worden wäre, wenn die davon Betroffenen 'achtbare Bürger' und nicht Angehörige gesellschaftlicher Randgruppen gewesen wären, erscheint fraglich. Angesichts der weit über AIDS hinausreichenden gesundheitspolitischen Sprengkraft, die in solch Tests und ihrer Einführung ausgerechnet über das Sozialrecht liegt, scheint eine Rückbesinnung dieser Institutionen auf die ihre Arbeit tragenden Prinzipien der Solidargemeinschaft und des Gesundheitsschutzes zumindest nicht unwahrscheinlich.

- d) Die Institutionen medizinisch-kurativer Behandlung haben sich in Fragen der Betreuung und Behandlung von Seropositiven und AIDS-Kranken offenbar bislang gegenüber der Versuchung repressiver Behandlung von Patienten im großen und ganzen und trotz z.T. hysterischer Ausnahmen bewährt.

Die Steuerung von Forschungsressourcen an den Notwendigkeiten der Prävention vorbei findet sich in der gesamten Gesundheitsforschung und ist wohl nicht AIDS-spezifisch. Ähnlich sieht es mit den im Falle von AIDS sogar relativ geringen Problemen der Ärzeschaft aus, mit Betroffenen und Betroffenen-Organisationen gleichberechtigt zu kooperieren.

Weit unterhalb ihrer Möglichkeiten blieb bislang der Beitrag der Epidemiologie und speziell der Sozialepidemiologie zur Erhellung der Herkunft und des Verlaufs von AIDS. Auch diese Schwächen der Forschung sind jedoch nicht AIDS-spezifisch, sondern finden sich bei den Untersuchungen zu allen, auch den großen Volkskrankheiten. Auch dort wird die gesundheitspolitische Frage: Warum und unter welchen Umständen bleiben Menschen gesund? regelmäßig geringer gewichtet als die individual-medizinische Frage: Wieviele Menschen werden krank, und was können wir dann für die Kranken noch tun?

Die Medizinstatistik hat sich einschließlich ihres in Form von Hochrechnungen aller Art erblühten Wurmfortsatzes bislang unfähig gezeigt, zu einer sachlichen Aufklärung und halbwegs dimensionierten Risikoabschätzung beizutragen. Die undifferenzierte Addition und Kumulation von Neuerkrankungen, Kranken und Toten über viele Jahre hinweg sowie die methodisch nicht haltbaren

(und inzwischen - von der Öffentlichkeit kaum wahrgenommen - auch revidierten) Aussagen über "Verdoppelung von AIDS in jeweils acht Monaten" etc. haben unzweifelhaft hysterisierend gewirkt und waren damit - in der Konsequenz - auch gesundheitsschädlich. Doch wäre es voreilig, dies auf eine bewußte oder unbewußte Diskriminierung von Minderheiten zurückzuführen: Daß beim Auftreten einer gänzlich neuen Krankheit zunächst Inzidenz, Prävalenz und Letalität nicht nach Perioden bzw. Stichtag erfaßt, sondern erstmal einfach aufaddiert werden, ist verständlich. Wenn auch beim mehrjährigen Umgang mit dieser neuen Krankheit nicht zu der seit Jahrzehnten eingeführten und Vergleichbarkeit herstellenden Darstellungsform zurückgefunden wird, so liegen die Gründe dafür zwar sicher auch im Medizinsystem, haben aber nur bedingt etwas mit der Diskriminierung von Minderheiten zu tun: AIDS-Forscher brauchen und wollen Geld, u.a. staatliche Subventionen. Sie würden sich - bei gegebener Struktur der Forschungsförderung - keinen Gefallen tun, wenn sie das von ihnen zu untersuchende Problem nicht so groß wie möglich darstellen würden. Daß diese Zahlen dann von einer aus Marktgründen an auch quantitativer Überzeichnung interessierten Presse aufgegriffen werden, hat die Epidemiologie sicher nicht allein zu vertreten. Versagt haben Teile der ärztlichen Profession dagegen sicher in der Frage des ungezielten Screenings mit dem HIV-Antikörper-Test an symptomlosen Probanden. Wie die ärztliche Profession auf das - allerdings staatlich legitimierte - Angebot eines vergleichbar gesundheitlich folgenschweren, therapeutisch aber irrelevanten Tests reagiert hätte, dessen Zielgruppe nicht Schwule, Fixer und Nutten gewesen wären, ist nicht leicht zu entscheiden. In der Frage des HIV-Antikörper-Tests war der Doppelsog aus Vorurteilen und medizinischem Expansionstrieb offenbar stärker als die ärztliche Ethik.

Von einer Gewährleistung des 'informationellen Selbstbestimmungsrechts' im Umgang mit Blutproben kann nach übereinstimmendem Expertenurteil derzeit nicht mehr überall gesprochen werden. Es erscheint jedoch nicht unrealistisch, auch an diesen Einbruchstellen ärztlicher Professionsethik auf eine Selbstbesinnung zu hoffen.

e) In der zentralstaatlichen Aufklärungs- und Medizinpolitik finden sich sowohl richtige Schritte als auch gesundheitspolitische Fehler. Die relative Gelassenheit staatlicher Aufklärung gegenüber teilweise zischender Hysterie in einigen Massenmedien hat die prinzipielle Fähigkeit bewiesen, Gesundheitspolitik nach ihrer eigenen Logik auch gegenüber Widerständen und Versuchungen zu betreiben. Andererseits gab und gibt es nicht aufholbare Verzögerungen bei der sachlichen Aufklärung und gezielten Forschungsförderung.

Fehlerhaft, weil gesundheitsschädlich, ist dagegen sicher jedes auch nur spielerische Winken mit dem Seuchenrecht einschließlich der namentlichen Meldepflicht: Entsprechende Versuche im Umkreis von AIDS in Schweden und im US-Bundesstaat Colorado haben zu gesundheitspolitisch eindeutig kontraproduktiven Ergebnissen geführt. Die Deutsche Gesellschaft zur Bekämpfung von Geschlechtskrankheiten kommt nach den Worten eines ihrer Vorstandsmitglieder auf Basis von 84 Jahren Erfahrung mit diesem Problem zu dem Resümee, daß die "verschiedensten Arten der Meldepflicht ... eigentlich nichts gebracht haben". Da Beispiele für positive Wirkungen der Meldepflicht fehlen, kann hinter Versuchen ihrer Einführung keine gesundheitsbezogene Logik vermutet werden.

Die sachlich nicht zu vertretende Verzögerung der nur absolut öffentlich und offen zu führenden Kampagne für die Notwendigkeit der Kondom-Benutzung bei wechselnden Partnern/innen des Geschlechtsverkehrs dürfte verschiedene Gründe haben. Darunter gibt es mindestens zwei, die nicht als Fortführung der Diskriminierung der zunächst sichtbar gewordenen Betroffenengruppen zu interpretieren sind. 1. Staatliche Gesundheitspolitik, die nicht ohnehin stark auf Prävention orientiert ist, hat generell Schwierigkeiten, ohne öffentlichen Druck und ohne beängstigende Zahlen manifest Kranker ungewöhnliche Maßnahmen zu ergreifen. 2. Die Durchführung dieser Kampagne würde jene Teile und Repräsentanten des Staatsapparates in - sicherlich zu bewältigende - Identitätsprobleme stürzen, die sich als Träger einer ausschließlich auf Monogamie orientierenden 'öffentlichen Sittlichkeit' verstehen.

Die rasche und zum Teil unbürokratische Einbeziehung der Betroffenen und ihrer Organisationen stellt sicherlich einen innovativen und in der Sache unzweifelhaft richtigen Schritt staatlicher Gesundheitspolitik dar. Ob die aufgekommenen Zensur- und Gängelungsversuche staatlicher Stellen gegenüber der AIDS-Hilfe eher die gängigen Spielraumkämpfe zwischen scheinbar 'unpolitischem Verwaltungshandeln' und 'autonomen Projekten mit Staatsknete' sind; oder ob es sich um die Auswirkungen einer allgemein verklemmten Sexualpolitik handelt; oder ob sich hier eine spezifische Schwulen-/Prostituierten-/Fixer-Diskriminierung abzeichnet: Dies ist derzeit nicht zu entscheiden. In jedem der drei Fälle aber wäre die Unterwerfung der AIDS-Hilfe unter die interne Logik einer nachgeordneten Behörde (hier: der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung) eine gesundheitspolitische und auch eine gesundheitliche Niederlage.

Zusammenfassend läßt sich festhalten, daß auch jene gesundheitspolitischen 'Einbruchstellen', an denen gegebene Möglichkeiten der AIDS-Bekämpfung und -Prävention nicht genutzt wurden/werden, nicht gradlinig und einsinnig auf eine Diskriminierung der zuerst sichtbar gewordenen Betroffenen- Gruppen hindeuten. An zahlreichen Punkten scheint diese Tendenz aber zumindest durch. Es ist deshalb notwendig und legitim, wenn die Betroffenen und ihre Organisationen mit besonderer Sensibilität auf derartige Entwicklungen achten und im je gegebenen Fall auch öffentlich Alarm schlagen.

Denn andererseits kann kein Zweifel daran bestehen, daß es einen Kompromiß zwischen den beiden großen Alternativen des gesellschaftlichen Umgangs mit AIDS nicht geben kann: Entweder man setzt auf Prävention, Aufklärung, Eigenverantwortung und staatlich ermöglichte Selbsthilfe oder man betreibt Angstkampagnen, Repression und die Ausgrenzung von Minderheiten. Zugespitzt formuliert: Jedes Mehr an Repression ist ein Weniger an Prävention. Die hier vorgelegten Überlegungen gehen von der Voraussetzung aus, daß es möglich bleiben wird, das Gesundheitsproblem AIDS in einem gesellschaftlichen Klima der Rationalität und der Aufklärung zu bearbeiten.

#### 4. Probleme und Perspektiven der AIDS-Selbsthilfe

Vor allem die homosexuellen Betroffenen, in einigen Ansätzen auch die Prostituierten haben sich überraschend schnell und wirksam organisiert. Der Grad der Flächendeckung der ca. 40 schwulen AIDS-Hilfen ist beeindruckend für ein spontan entstandenes Gesundheitsnetzwerk. Politische Differenzen werden in diesen Organisationen nach einigen Anlaufschwierigkeiten pragmatisch behandelt. Neben dem Ausbau und der Kontinuität des Netzes finden sich in diesem Bereich einige weitere ungelöste Probleme:

Die Haltung zur Frage des HIV-Antikörper-Tests ist unklar. Er wird keineswegs durchgängig in seiner Gefährlichkeit und den in ihm liegenden Bündnismöglichkeiten erkannt. Es wäre zu fragen, inwieweit Betroffene in dieser Frage den Mechanismen der Expansionslogik des Medizinsystems aufsitzen.

Die Fortdauer des ungezielten Screenings ('Test-Angebot') und die damit verbundene Vermehrung betreuungsbedürftiger, aber physisch symptomloser Seropositiver könnte auf Dauer zu einer Verringerung personeller und organisatorischer Kapazitäten für die Prävention und Aufklärung führen. Jedenfalls insoweit es nicht gelingt, Mitglieder dieser Gruppen für diese gesundheitliche Aufgabe zu gewinnen.

Die Schaffung einer eigenständigen Konfliktfähigkeit mit den staatlichen Zuwendungsgebern zur Sicherung der Voraussetzungen der Aufgabenerfüllung stellt einen Engpaß der AIDS-Hilfe dar. Konfliktfähigkeit ist auch und gerade dann erforderlich, wenn vernünftigerweise weiterhin Kooperation und diskursive Interessenauseinandersetzungen mit staatlichen Stellen angestrebt werden. Sie kann sich bei gegebener Machtasymmetrie nur aus Bündnissen ergeben. Auf diesem Feld war die AIDS-Hilfe sowohl im Hinblick auf Teile der Öffentlichkeit als auch des Medizinsystems bisher sicher sehr erfolgreich.

Das Spektrum möglicher Bündnisse könnte sich erweitern, wenn AIDS auch von den Betroffenen-Organisationen vor allem anderen als Ge-



sundheitsproblem und nicht primär als Problem des Umgangs mit Minderheiten angesehen wird. Diese Balance ist sicher schwer zu halten; die genannten Einbruchsstellen zeigen, daß der Umgang mit AIDS tatsächlich zwischen diesen Polen schwankt und ein Ausschlagen des Pendels in Richtung Repression wohl niemals sicher ausgeschlossen werden kann. Gleichwohl ist der Kampf gegen die Krankheit AIDS desto sicherer vor seinem Umkippen in Repression, je mehr es gelingt, AIDS in die Arenen der Gesundheitspolitik zu tragen und dort zu halten. Denn die Logik der Gesundheitspolitik ist - wie gezeigt wurde - unter den bestehenden strukturellen Bedingungen zwar bei weitem nicht problemadäquat, sie enthält aber in ihren Prinzipien relativ starke Elemente, die Repression 'eigentlich' ausschließen. Die Schwelle der Instrumentalisierung von AIDS für problemfremde Zwecke erhöht sich wohl in dem Maße wie AIDS als genuin gesundheitliches Problem angesehen und behandelt wird.

Zudem finden sich in den gesundheitspolitischen Auseinandersetzungen auch jene gesellschaftlichen Bündnisgruppen, die sich aus anderen und unterschiedlichen Gründen ebenfalls gegen die Unterge-  
wichtung der Prävention, gegen die imperiale Attitüde des Medizinsystems und gegen die Vermischung von Markt und Gesundheit sowie für die Stärkung nicht-medizinischer Kompetenzen und Organisationen im Gesundheitswesen einsetzen.

Umgekehrt folgt daraus für alle diese, an der Gesundheitspolitik interessierten Gruppen, daß ihnen der Umgang mit AIDS nicht gleichgültig sein kann. Zum einen werden am Beispiel AIDS für die gesamte Gesundheitspolitik wichtige Zukunftsentwicklungen ausgefochten. Und zum anderen auch deshalb, weil AIDS keine Schwulen-, Fixer- und Nutten-Seuche ist.

Noch wäre Zeit, den gesellschaftlichen Umgang mit dem Problem der erworbenen Immunschwäche zu einem positiven Testfall problemorientierter Gesundheitspolitik zu machen. Denn Mikroben machen weder Geschichte noch Politik, aber der Umgang mit Mikroben ist Politik.

#### IV. **Bibliographie**

Der vorliegende Text ist eine Zusammenfassung von Ergebnissen aus dem Buch: Rolf Rosenbrock: AIDS kann schneller besiegt werden - Gesundheitspolitik am Beispiel einer Infektionskrankheit (VSA-Verlag Hamburg 1986, 190 Seiten).

Er beruht damit auf dem Stand der AIDS-Forschung bis einschließlich Sommer 1986. Zugrunde liegt die folgende Literatur, die zugleich als - notwendigerweise unvollständige - Bibliographie sowohl für die gesundheitspolitischen als auch für die medizinischen Aspekte des Problems angesehen werden kann.

- Abholz, H.H. 1984: Risiko-Verminderung als präventives medizinisches Konzept, in: Krankheit und Ursachen, Argument-Sonderband AS 119, Berlin
- ders. 1983: Das Konzept der Ganzheitlichkeit als Grundlage der Allgemeinmedizin, in: Ambulante Gesundheitsarbeit, Argument-Sonderband AS 102, S. 102 ff., Berlin
- Abholz, H.H., D. Borgers, W. Karmaus, J. Korporeal (Hg.) 1982: Risikofaktorenmedizin. Konzept und Kontroverse, Berlin/New York
- Abholz, H.H. 1981: Überlegungen zur Tragfähigkeit medizinischer Konzepte bei der Behandlung volksgesundheitlich relevanter Erkrankungen, Vortragsreihe des Ludwig-Boltzmann-Instituts für Medizinsoziologie, Nr. 2, Wien
- Abholz, H.H., D. Borgers, K. Krusewitz 1981: Chronische Bronchitis - Von der medizinischen Intervention zur Umweltkontrolle, in: Prävention, Argument-Sonderband AS 64, Berlin
- Abholz, H.H. 1980: Welche Bedeutung hat die Medizin für die Gesundheit? in: H.U. Deppe (Hg.) 1980
- ders. 1977: Der Nutzen von Früherkennungsuntersuchungen des Lungen-, Brustdrüsen- und Gebärmutterhalskarzinoms sowie polyvalenter Screenings, in: Jahrbuch für kritische Medizin Band 2, Argument-Sonderband AS 17, S. 55 ff., Berlin
- AIDS-Gruppe der Homosexuellen Arbeitsgruppe Zürich (HAZ) 1985: Mach'sch au mit? Aktion sicherer Sex, (März), Zürich
- AIDS-Hilfe Schweiz 1986: Safer Sex, (April), Zürich
- dies. 1986: The Hot Rubber Story - Produktinformation, (Januar), Zürich
- Amendt, G. 1986: Jetzt ist alles Gras aufgefressen, in: H.L. Gremliza/V. Sigusch (Hg.) 1986
- ders. 1983: Das Sex-Buch, Dortmund
- Anderson, R.E., J. Chin, D. Francis 1986: AIDS Prevention in California; Poster 456; Int. Conf. on AIDS, Juni, Paris
- Armutszeugnis 1985: Streitgespräch über die Dürftigkeit der deutschen Forschungsszene mit W. Stille, M. Steinbach, J. Hilfenhaus, G. Hunsmann, in: bild der wissenschaft Heft 12, S. 114 ff., Stuttgart
- Badura, B. (Hg.) 1981: Soziale Unterstützung und chronische Krankheit. Zum Stand sozialepidemiologischer Forschung, Frankfurt/M.
- Becker, S. 1986: Angst - Schuld - Krankheit, in: M. Frings (Hg.) 1986
- Beske, F., R. Hanpft, J.G. Brecht 1986: Gesundheitsökonomische Aspekte zum erworbenen Immundefektsyndrom, I. Blutspendewesen, Kiel
- Bonner Ignoranz 1986: Interview mit Ch. Brunswicker und G. Paul, in: Siegessäule Nr. 7, Berlin (W)

- Borgers, D. 1981: Primärprävention von Volkskrankheiten. Biotechnischer Eingriff und soziale Prävention, in: Prävention, Argument-Sonderband AS 64, Berlin
- Brodth, H.R., E.B. Helm, A. Werner, A. Joetten, L. Bergmann, A. Klüver, W. Stille 1986: Spontanverlauf der LAV/HTLV-III-Infektion, in: Deutsche Medizinische Wochenschrift, 111. Jg., Heft 31/32, S. 1175 ff., Stuttgart/New York
- Brown, F. 1986: Human Immunodeficiency Virus, in: Science, Vol. 232, S. 1486, Washington D.C.
- Brun-Vezinet, F., C. Rouzioux 1984: Etiologies virales du SIDA: faits et hypothese, in: Rev Fr Transfus Immunohematol, S. 445 ff.
- Bschor, F. 1984: Permissive, repressive oder rehabilitative Strategien im Suchtgiftbereich, in: I. Eisenbach-Stangl/W. Stangl (Hg.): Grenzen der Behandlung - Soziale Kontrolle und Psychiatrie, S. 173 ff., Opladen
- Bschor, F., H.-G. Schommer, J. Wessel 1984: Risiken und Perspektiven der Drogenabhängigkeit, in: Deutsche Medizinische Wochenschrift Nr. 28/29, S. 1101 ff., Stuttgart/New York
- Bschor, F., J. Wessel 1983: Sterblichkeit Drogenabhängiger im internationalen Vergleich, in: Landesversicherungsmedizin Heft 4, S. 74 ff.
- Bschor, F. 1981: Therapie Drogenabhängiger unter dem Aspekt berufsgerechten ärztlichen Handelns, in: Psychiatrische Praxis Heft 2, S. 47 ff., Stuttgart/New York
- BT 1986: Deutscher Bundestag, 10. Wahlperiode, Ausschuß für Jugend, Familie und Gesundheit (13. Ausschuß), Stenographischer Bericht (unkorrigiert) der 76. Sitzung des Ausschusses am 19. März 1986, u.a. mit den zitierten Statements von: Ch. Kebbekus, N. Fain, Bienzle, H. Bilitewski, E.B. Helm, F.W. Kaufmann, Ansorg, R. Seuffer, P. Gauweiler, G. Hunsmann, H. Bölter, Frau Hois-Vacek, W. Heckmann, S. Borelli, Bonn
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 1985: AIDS-Information Nr. 2; Für alle, deren LAV/HTLV-III-Test positiv ausgefallen ist (September), Köln
- Burke, D., W. Bernier, J. Voskovitch, R. Redfield, G. Jacobs, J. Spiker: Prevalence of HTLV-III Infections Among Prospective U.S. Military Recruits; Poster 676; Int. Conf. on AIDS, Juni, Paris
- Burr, M.L., P.C. Elwood 1985: Reserach and Development of Health Services - Screening, in: W.W. Holland et al. (Eds.), S. 373 ff.
- Bye, L.L., S.B. Puckett, J. Amory 1986: The Design and Evaluation of an Effective AIDS Risk Reduction Education Program: The San Francisco Model; Poster 475; Int. Conf. on AIDS, Juni, Paris
- Calabrese, L.H., K.V. Gopalakrishna 1986: Transmission of HTLV-III Infection from Man to Woman to Man, in: New

- England Journal of Medicine, Vol. 314, S. 987, Boston
- CDC, Surveillance and Evaluation Branch, AIDS-Program 1986: HIV Seroprevalence in Defined Groups, United States, 1984 - 1986, o.O.
- Chmiel, J., R. Detels, M. van Raden, R. Brockmeyer, L. Kingsley, R. Kaslow 1986: Prevention of LAV/HTLV-III Infection through Modification of Sexual Practices; Communication 117; Int. Conf. on AIDS, Juni, Paris
- Chiodo, F., E. Ricchi, P. Costigliola, L. Michelacci, M.C. Re, D. Gotti 1986: Vertical transmission of LAV/HTLV-III; Poster 197; Int. Conf. on AIDS, Juni, Paris
- Clement, U. 1986: Höhenrausch, in: H.L. Gremliza/V. Sigusch (Hg.) 1986
- ders. 1986a: Zur Sozialpsychologie des "Safer Sex", in: M. Frings (Hg.) 1986
- Craufurd, D.I.O., R. Harris 1986: Ethics of Predictive Testing for Huntington's Chorea: the Need for More Information, in: British Medical Journal, Vol. 293, S. 249 ff.
- Dannecker, M. 1986: Offener Brief: Sehr geehrter Herr Augstein, in: H.L. Gremliza/V. Sigusch (Hg.) 1986
- Dannecker, M., R. v. Praunheim 1986: Das finde ich kriminell, Streitgespräch, in: H.L. Gremliza/V. Sigusch (Hg.) 1986
- Dannecker, M., R. Reiche 1974: Der gewöhnliche Homosexuelle, Frankfurt
- Deinhardt, F., G. Maass, K.-O. Habermehl 1985: Weniger Blutspender sind HTLV-III-positiv, in: Deutsches Ärzteblatt, Heft 48, S. 3595
- Deppe, H.U. (Hg.) 1980: Vernachlässigte Gesundheit, Köln
- Der Bundesminister für Jugend, Familie und Gesundheit 1985: Was Sie über AIDS wissen sollten; Postwurfsendung an alle Haushaltungen, (Dezember), Bonn
- Desmyter, J., P. Goubau, S. Chamaret, L. Montagnier 1986: Anti-LAV/HTLV-III in Kinshasa Mothers in 1970 and 1980; Communication 110; Int. Conf. on AIDS, Juni, Paris
- Deutsche AIDS-Hilfe e.V. 1985: Mach' mit! Aktion Safer Sex, Berlin
- dies. 1986: Vorbeugen: Safer Sex, Juli, Berlin
- DGB 1986: Gesundheitspolitische Strukturkommission beim DGB-Bundesvorstand; Der solidarischen Gesundheitssicherung die Zukunft. Bürgernähe und Arbeitnehmerorientierung statt Anbieterdominanz, Ms., Düsseldorf (i.E.: Köln)
- Dilley, J.W. 1986: Neuropsychiatric Complications of AIDS; Primary or Secondary Phenomena; Communication 202 : Int. Conf. on AIDS, Juni, Paris

- Dörner, D. 1986: Ein Simulationsprogramm für die Ausbreitung von AIDS, Memorandum No. 40, Ms., Bamberg
- Draper, E. 1965: Birth Control in the Modern World, The Role of the Individual in Population Control, London
- Echenberg, D.F., G.W. Rutherford, W.W. Darrow, P.M. O'Malley, T. Bodecker, H.W. Jaffe 1986: The Incidence and Prevalence of LAV/HTLV-III Infection in the San Francisco City Clinic Cohort; Poster 673; Int. Conf. on AIDS, Juni, Paris
- Eichenlaub, D. 1985: ZNS-Veränderungen bei AIDS, in: E.B. Helm, W. Stille (Hg.)
- Ferber, Chr. v. 1971: Gesundheit und Gesellschaft. Haben wir eine Gesundheitspolitik? Stuttgart
- Fettner, A.G. 1986: Sunburn, STDs, and Other possible Co-Factors in AIDS, in: New York Native, 16.6., New York
- Fox, R., N. Odaka, B.F. Polk 1986: Effect of Learning HTLV-III/LAV Antibody Status on Subsequent Sexual Activity; Communication 115; Int. Conf. on AIDS, Juni, Paris
- Franzen, Chr., M. Jertborn, G. Biberfeld 1986: Four generations of heterosexual transmission of LAV/HTLV-III in a small Swedish town; Poster 199; Int. Conf. on AIDS, Juni, Paris
- Friczewski, F., W. Maschewsky, F. Naschold, P. Wotschack, W. Wotschack 1983: Herz-Kreislauf-Krankheiten und industrielle Arbeitsplätze. Forschungsbericht des WZB/IIVG-Arbeitspolitik für den BMFT, Berlin
- Friedrich, V., A. Hehn, R. Rosenbrock 1977: Neunmal teurer als Gold - die Arzneimittellversorgung in der Bundesrepublik, Reinbek
- Frings, M. (Hg.) 1986: Dimensionen einer Krankheit - AIDS, Reinbek
- ders. 1986a: Safer Sex - sicher besser? in: M. Frings (Hg.) 1986
- ders. 1986b: Wie AIDS gemacht wird, in: K. Pacharzina (Hg.) 1986
- Gauweiler, P. 1986: Subkultur: Treibminen für die Verbreitung von AIDS? Interview in: Rosa Flieder Nr. 47, Nürnberg
- Geißler, U. 1979: Verlust an Lebensjahren - durch vorzeitigen Tod - nach Krankheitsarten - 1952 und 1975, WIdO-Materialien 5, Bonn
- Gluckman, J.-C. 1986: Keynote Address to the International Conference on AIDS, Juni 23-25, 1986, Paris, Ms.
- Gremliza, H.L. 1986: Die Herren des Montagmorgengrauens, oder: Die Abwehrschwäche des Informationssystems Der Spiegel (A.I.D.S.), in: Konkret Heft 7, S. 28 f., Hamburg
- Gremliza, H.L. 1986a: Schwule Geschichte, in: ders./V. Sigusch (Hg.), S. 6
- Gremliza, H.L./V. Sigusch (Hg.) 1986: Operation AIDS, Konkret Sexualität 7, Hamburg

- Griensven, G.J.P. van, R.A.P. Tielman, J. Goudsmit, J. van der Noordaa, F. de Wolf, R.A. Coutinho 1986: Prevalence of LAV/HTLV III antibodies in relation to lifestyle characteristics in homosexual men in the Netherlands; Communication 103; Int. Conf. on AIDS, Juni, Paris
- Gold, J., A. Morlet, M. Anns, D. Cooper, R. Penny 1986: An Evaluation of the Multidisciplinary AIDS Screening Service in Sydney, Australia; Poster 686; Int. Conf. on AIDS, Juni, Paris
- Guerrero, I.C., A. Koenigsfest 1986: AIDS in Prison - An Update of a Continuing Saga; Poster 703; Int. Conf. on AIDS, Juni, Paris
- Gürtler, L., J. Eberle, B. Lorbeer, F. Deinhardt 1986: Sensitivity and Specificity of Different Commercially Available anti-LAV/HTLV III ELISA Screening Tests; Poster 43; Int. Conf. on AIDS, Juni, Paris
- Habermehl, A. 1986: Mortalität - Letalität - Morbidität (Inzidenz-Prävalenz), in: Deutsches Ärzteblatt Heft 3, S. 98 f.
- Habermehl, K.O. 1986: AIDS - Ätiologie und Diagnostik aus klinischer Sicht, Vortrag an der Akademie für ärztliche Fortbildung, 19. Juni, Berlin
- Haeberle, E.J. 1986: Spass am Sex, Offizielles Handbuch für sicheren Sex, Sonderbeilage zu Penthouse, April
- Harvey Milk Lesbian & Gay Democratic Club 1985: Can we talk?, San Francisco
- Hatch, B. 1986: Ist AIDS ein Laborunfall? in: H.L. Grem-liza/V. Sigusch (Hg.) 1986
- ders. 1984: AIDS: Unfall, Zufall oder unzufällig? in: Wechselwirkung Heft 23, Berlin
- Haug, W.F. 1972: Sexuelle Verschwörung des Spätkapitalismus? Zur Kritik von Reiche's 'Sexualität und Klassenkampf', in: ders.: Warenästhetik, Sexualität und Herrschaft, Frankfurt
- Hauß, F. 1985: Krankheitverhütung durch Verhaltensbeeinflussung, WZB/IIVG/discussion paper 85 - 205, Berlin
- Hauß, F., F. Naschold, R. Rosenbrock (wiss. Bearbeitung) 1981: Schichtenspezifische Versorgungsprobleme im Gesundheitswesen, Forschungsbericht 55 (Gesundheitsforschung), hrsg. v. BMAuS, Bonn
- Hauß, F., F. Naschold, R. Rosenbrock 1981a: Schichtenspezifische Versorgungsprobleme und leistungssteuernde Strukturpolitik im Gesundheitswesen, in: dies (wiss. Bearb.) 1981
- Helm, Th. van der, A. Becheringh, J. Huisman, R.A. Coutinho 1986: Experience with alternative site testing in Amsterdam and Rotterdam; Communication 114; Int. Conf. on AIDS, Juni, Paris
- Helm, E.B., W. Stille (Hg.) 1985: AIDS. Acquired Immune Deficiency Syndrome, München, Bern, Wien
- Helm, E.B. 1986: Verlaufsbeobachtung beim Lymphadenopathiesyndrom, Vortrag an der Akademie für ärztliche Fortbildung, 19. Juni, Berlin

- Herzberg, R. 1986: Die AIDS-Infizierung als Straftat, Referat am 19.7.1986 im Institut für Sozialrecht der Ruhr-Universität Bochum auf der Tagung "AIDS - Rechtliche und medizinische Probleme in vergleichender Sicht"
- Hickel, E. 1985: Gefahren der Genmanipulation, Schlußfolgerungen aus der Arbeit in der Enquete-Kommission des Bundestages, in: Blätter für deutsche und internationale Politik, 30. Jg., Heft 3, S. 340 ff., Köln
- Hinz, St. 1984: AIDS - Die Lust an der Seuche, Reinbek
- Hoevels, F.E. 1986: Tabuthema AIDS-Stop, Freiburg
- Holland, W.W., R. Detels, G. Knox (Eds.) 1985: Oxford Textbook of Public Health, Oxford
- HWG Prostituiertenselbsthilfe o.J. (1986): Informationen zu AIDS für Prostituierte, Frankfurt
- Joseph, J.G., D.G. Ostrow, J. Phair, J. Chmiel, C. Wortman, R. Kessler 1986: Effect of Perceived Risk, HTLV-III Infection, and Clinical Status on Mental Health; Communication 204; Int. Conf. on AIDS, Juni, Paris
- Jovaisas, E., U. Marcus, M. Koch 1985: AIDS: Konsequenzen des Nachweises von Antikörpern gegen LAV/HTLV-III, in: Deutsches Ärzteblatt, Heft 25/26, S. 1956 f.
- Karmaus, W. 1985: Dreizehn Fehlerquellen epidemiologischer Studien, in: Umweltmedizin, Argument-Sonderband AS 125, S. 65 ff., Berlin
- Kentler, H. 1986: AIDS zerstört Sexualität, in: K. Pacharzina (Hg.) 1986
- Kern, K.D./W. Braun 1985: Einfluß wichtiger Todesursachen auf die Sterblichkeit und die Lebenserwartung, in: Wirtschaft und Statistik Heft 3, S. 233 ff.
- Keupp, H. 1986: Das Ende der atomaren Gelassenheit. Zur psychischen Bewältigung des Nichtbewältigbaren, in: Dr. med. Mabase Nr. 43, S. 23 ff., Frankfurt
- Kingsley, L., C. Rinaldo, D. Ostrow, N. Odaka, B. Vischer, R. Solomon 1986: Risk Factors for Seroconversion to LAV/HTLV-III among Homosexual Men; Poster 193; Int. Conf. on AIDS, Juni, Paris
- Köhler-Schmidt, B. 1986: Struktur und Wirksamkeit von Selbsthilfegruppen, WZB/IIVG dp 86-208, Berlin
- Kraemer, Th. 1986: AIDS und Knast, in: Nummer, Nr. 23, Wiesbaden
- Kubanek, B., K. Koerner 1986: Häufigkeit von HTLV-III-Antikörpern bei Blutspenden des Deutschen Roten Kreuzes, in: Deutsche Medizinische Wochenschrift, Nr. 13, S. 516, Stuttgart/New York
- Kühn, H. 1982: Betriebliche Arbeitsschutzpolitik und Interessenvertretung der Beschäftigten, Frankfurt/New York
- Labisch, A. 1985: Soziologische Grundlagenprobleme der primären Prävention und das Konzept der 'gemeinschaftlichen Gesundheitssicherung' der Weltgesundheitsorganisation, in: R. Rosenbrock/F. Hauß (Hg.)
- ders. 1984: Die Wiederaneignung der Gesundheit - zur sozialen Funktion des Gesundheitsbegriffs, in: Wie



- teuer ist uns die Gesundheit? Argument-Sonderband AS 113, Berlin
- Landelijk Beleidskoördinatieteam AIDS 1986: Stop AIDS vrij veilig, (April), Amsterdam/Utrecht
- Lautmann, R. 1984: Scheinfamilie, Zweckgebilde oder Liebesnest. Über homosexuelle Partnerschaften, in: Widersprüche Heft 13, Offenbach
- Leavitt, J. 1977: White Town in Town, but an Outhouse for Blacks - Belle Glade, Florida, in: University of Detroit Journal of Urban Law, Vol. 54, S. 765 ff., Detroit
- Lekatsas, A.M., J. Walker, R. O'Donnell, N. Garcia, P. Thomas, R. Stoneburner 1986: Identification of Risk in Persons with AIDS in New York City: When Is "No Risk" Without Risk?; Poster 674; Int. Conf. on AIDS, Juni, Paris
- Lifson, A.R., K.G. Castro, J.P. Narkunas, A. Lekatsas, T.E. Ksell, R.S.Fox 1986: "No Identified Risk" Cases of Acquired Immunodeficiency Syndrome; Communication 41; Int. Conf. on AIDS, Juni, Paris
- Loschelder, W. 1986: Gesundheitsrechtliche Aspekte des AIDS-Problems, Referat am 19.7.1986 im Institut für Sozialrecht der Ruhr-Universität Bochum auf der Tagung "AIDS - Rechtliche und medizinische Probleme in vergleichender Sicht"
- Mackenthun, G. 1985: Katastrophen lassen sich gut verkaufen, in: Umweltmedizin, Argument-Sonderband AS 125, Berlin
- Mappes, Norbert 1985: Position ICD 302.0 - Umfrage zum Umgang mit Homosexualität, in: Demokratisches Gesundheitswesen, Heft 11, S. 29, Köln
- Marcus, U. 1986: "Ich muß Ihnen leider mitteilen ..." Aus der Sprechstunde des Bundesgesundheitsamtes, in: M. Frings (Hg.)
- Martin, J.L. 1986: Sexual Behavior Patterns, Behavior Change, and Occurrence of Antibody to LAV/HTLV-III among New York City Gay Men; Communication 116; Int. Conf. on AIDS, Juni, Paris
- Maschewsky, W. 1984: Sozialwissenschaftliche Ansätze der Krankheitserklärung, in: Krankheit und Ursachen, Argument-Sonderband AS 119, Berlin
- Maschewsky, W., U. Schneider 1982: Soziale Ursachen des Herzinfarkts, Frankfurt/New York
- McCray, E. 1986: Prospective Evaluation of Health Care Workers with Parenteral or Mucous-Membrane Exposure to Blood or Other Body Fluids from Patients with Acquired Immunodeficiency Syndrome, United States: An Update; Communication 177; Int. Conf. on AIDS, Juni, Paris
- McKeown, Th. 1979/1982: The Role of Medicine - Dream, Mirage or Nemesis? Oxford. Deutsch: Frankfurt 1982
- McKusick, L., J. Wiley, T. Coates, S. Morin, C. Conant et al. 1986: Reported changes in the Sexual Behavior of Men at Risk for AIDS, San Francisco, 1982-1985, Poster 238; Int. Conf. on AIDS, Juni, Paris

- McWhirter, D.P., A.M. Mattison 1986: Männerpaare, Berlin
- Miller, D., J. Green, D.J. Jeffries, A.J. Pinching, J.R.W. Harris 1986: HTLV-III: Should Testing Ever be Routine? in: British Medical Journal, Vol. 292, S. 941 f.
- Müller, R. 1983: Prävention von arbeitsbedingten Erkrankungen? Zur Medikalisierung und Funktionalisierung des Arbeitsschutzes, in: M.M. Wambach (Hg.), S. 176 ff.
- Naschold, F. (Hg.) 1985: Arbeit und Politik, Gesellschaftliche Regulierung der Arbeit und der sozialen Sicherung, Frankfurt/New York
- Naschold, F. et al. 1978: Systemanalyse des Gesundheitswesens in Österreich, Projektleitung: F. Naschold, W. Schönback, 2 Bände, 2. Auflage, Wien
- Naschold, F. 1967: Kassenärzte und Krankenversicherungsreform, Freiburg
- Neumann, G. 1986: Zahlen über AIDS, in: Deutsches Ärzteblatt Heft 13, S. 894 f.
- o.V. 1986: Traurige Bilanz, in: Der Spiegel, H. 33, S. 135 f., Hamburg
- o.V. 1986: AIDS: "Es geht alles schön schnell", in: Der Spiegel, Heft 18, S. 208 ff., Hamburg
- Osmond, D., A. Moss, T. Kelly, R. Stempel, J. Carlson, F. Barre-Sinoussi 1986: Risk factors for seropositivity in homosexual partners of AIDS cases; Communication 101; Int. Conf. on AIDS, Juni, Paris
- Pacharzina, K. (Hg.) 1986: AIDS und unsere Angst, Reinbek
- Paul, G., L. Walz 1986: Eine Stadt lebt mit AIDS, Hilfe und Selbsthilfe in San Francisco, Berlin
- Pollak, M., M.-A. Schiltz, L. Laurindo 1986: Ambivalent Reactions to AIDS among French Male Homosexuals; Communication 118; Int. Conf. on AIDS, Juni, Paris
- Porn, S. 1986: Ein Virus macht Kasse, Über Geschäftemacher, Hysteriker und Ideologen, in: M. Frings (Hg.) 1986
- Praunheim, R. v. 1984: Gibt es Sex nach dem Tod?, in: Der Spiegel, Heft 48, S. 228, Hamburg
- Redaktion 1986: AIDS - Offene Fragen und Probleme, Stellungnahme der Medizin-Redaktion der Zeitschrift DAS ARGUMENT, in: Jahrbuch für kritische Medizin Band 11, Argument-Sonderband AS 131, Berlin
- Regus, M. 1983: Probleme psychosozialer Beratung der primärmedizinischen Versorgung - Zu einer Funktionsbestimmung ärztlicher Sozialarbeit, in: Ambulante Gesundheitsarbeit, Argument-Sonderband AS 102, S. 16 ff., Berlin
- Reiche, R. 1968: Sexualität und Klassenkampf. Zur Abwehr repressiver Entsublimierung, Frankfurt
- Renton, A.M., D. Goldmeier, D. Miller, H. George, J. Green 1986: Sexual Behavior Patterns in Homosexual Males from a STD Clinic Population 1985/86: A Comparison with Data from 1982; Poster 236; Int. Conf. on AIDS, Juni, Paris

- Ripplloh, F. 1984: Interview in St. Hinz (1984): "Ich kriege, was ich verdiene"
- Roland, J. 1986: Paragraphen statt Behandlung. Zur rechtlichen Lage von "Ausscheidungsverdächtigen", Infizierten und Kranken, in: M. Frings (Hg.) 1986
- Rosenbrock, R. 1986: Die Regulierung der Gesundheit, Ms., WZB, Berlin
- ders. 1986a: Prinzipien und Ideologie der Gesundheitspolitik in der Bundesrepublik, in: Die Grünen im Bundestag (Hg.): Kritik des Gesundheitswesens und Grüne Alternativen, Bonn
- Rosenbrock, R., F. Hauß (Hg.) 1985: Krankenkassen und Prävention, Berlin
- Rosenbrock, R. 1985: Primärprävention durch GKV - dreizehn Thesen und Gegenthesen, in: Soziale Sicherheit, Sozialpolitische Monatszeitschrift der Gewerkschaften, 34. Jg., Heft 1, Köln
- ders. 1985a: Prävention arbeitsbedingter Erkrankungen - ein Thema in einer Arena, in: F. Naschold (Hg.), S. 367-404
- ders. 1985b: Sozialpolitik im internationalen Vergleich, in: Bildungsvereinigung Arbeit und Leben Niedersachsen (Hg.): Die Zukunft des Wohlfahrtsstaates, S. 20 ff., Hannover
- ders. 1985c: Der Dialog muß jetzt praktisch geführt werden, Gedanken zum Gesundheitstag 1984 in Bremen, in: Soziale Sicherheit, Sozialpolitische Monatszeitschrift der Gewerkschaften, 34. Jg., Heft 4, S. 116 ff., Köln
- ders. 1985d: Die Kolonialisierung des Sozialstaats, in: Soziale Sicherheit, Sozialpolitische Monatszeitschrift der Gewerkschaften, 34. Jg., Heft 11, S. 324 ff., Köln; teilweise vorabgedruckt als Essay unter dem Titel: Gesundheit - mehr Markt? in: Der Spiegel Nr. 42/1985, S. 288 f., Hamburg
- Rosenbrock, R., H.H. Abholz 1984: Streß-Prävention durch Arbeitsschutz? in: Krankheit und Ursachen, Argument-Sonderband AS 119, Berlin
- Rosenbrock, R. 1983: Selbsthilfe und Marktökonomie, in: Ambulante Gesundheitsarbeit, Argument-Sonderband AS 102, Berlin
- ders. 1983a: Entstaatlichung, Entrechtlichung - die marktradikale Variante der Arzneimittellversorgung, in: Medizin - Mensch - Gesellschaft, 8. Jg., S. 287 ff., Stuttgart
- ders. 1982: Arbeitsmediziner und Sicherheitsexperten im Betrieb, Frankfurt/New York
- ders. 1980: Die Rolle der chemisch-pharmazeutischen Industrie im Gesundheitswesen, in: H.U. Deppe (Hg.)
- Rühmann, F. 1986: Sichererer Sex, in: H.L. Gremliza/V. Sigusch (Hg.) 1986
- ders. 1985: AIDS - Eine Krankheit und ihre Folgen, Frankfurt/New York, 2. Aufl.
- Saltzman, B.R., G.H. Friedland, M.F. Rogers, P.A. Kahl, R.S. Klein, C. Feiner et al 1986: Lack of Household

- Transmission of HTLV-III/LAV Infection; Communication 173; Int. Conf. on AIDS, Juni, Paris
- Scharrer, I. 1985: Hämophilie, Bluttransfusionen und AIDS, in: E.B. Helm/W. Stille (Hg.)
- Schilling, H.D. (Hg.) 1983: Schwule und Faschismus, Berlin
- Schmacke, N. 1986: AIDS: Reale Gefahren und Hysterie. Ein Appell zu aufgeklärtem gesellschaftlichem Handeln, in: Jahrbuch für kritische Medizin Band 11, Argument-Sonderband AS 131, Berlin
- ders. 1986a: Der Standort der Gesundheitsämter in der aktuellen gesundheitspolitischen Diskussion, Ms., Bremen (i.E.: Jahrbuch für kritische Medizin 12, Argument-Sonderband, Berlin)
- Schmidt, F. 1984: Raucherentwöhnung, Reinbek
- Schmidt, G. 1986: Das große Der Die Das, Über das Sexuelle, Herstein
- ders. 1986a: Moral und Volksgesundheit, in: H.L. Gremliza/V. Sigusch (Hg.) 1986
- Schumann, B. 1986: Man bittet zum Tee. Die Hamburger Gesundheitsbehörde lud Hamburger Gastwirte zum Gespräch, in: Gay Express, 3. Jg., Nr. 8, S. 16, Hamburg
- Schütz, H. 1986: Tuberkulose 1984, in: Wirtschaft und Statistik Heft 2, S. 132 ff.
- Schwartz, F.W. 1982: Grenzen der Präventivmedizin, in: Niedersächsisches Ärzteblatt, Heft 19, S. 679 ff., Hannover
- Seidl, O., F.D. Goebel 1986: Life in anxiety. Psychosomatic reactions following the knowledge of positive results of HTLV-III/LAV antibody test; Communication; Int. Conf. on AIDS, Juni, Paris
- Selwyn, P.A., C.P. Cox, C. Feiner, C. Lipshutz, R.L. Cohen 1986: Knowledge about AIDS and High-Risk Behavior Among Intravenous drug Abusers in New York City; Communication 72; Int. Conf. on AIDS, Juni, Paris
- Seux, D. 1986: A Survey of Psycho-Social Trends Concerning the Treatment of AIDS. Is there a need for social psychiatry?; Communication 60; Int. Conf. on AIDS, Juni, Paris
- Siegel, K., P.B. Grodsky, D. Friedman, L.J. Bauman, G.H. Christ, S. Bohrer 1986: Trends in Sexual Practices Among Homosexual Men in New York City; Poster 237; Int. Conf. on AIDS, Juni, Paris
- Sigusch, V. 1986: AIDS für alle, alle für AIDS, in: H.L. Gremliza/V. Sigusch (Hg.) 1986
- Silverstein, Ch., E. White 1984: Die Freuden der Schwulen, Berlin
- Simitis, Sp. 1986: Gesundheitsrechtliche Aspekte der Bekämpfung von AIDS, in: AIDS-Forschung Heft 4, S. 210 ff., München
- SPD 1986: AIDS. Zwischen Angst und Verdrängung. Werkstattgespräch am 24. Februar, herausgegeben vom Vorstand der SPD, u.a. mit den zitierten Statements

- von: V. Hauff, F. Deinhardt, G. Fülgraff, H. Brückner, E. Haeberle, E.B. Helm, Bonn
- Standfest, E., Chr. von Ferber, A. Holler, G. Leminsky, F. Naschold, A. Schmidt, F. Tennstedt 1977: Sozialpolitik und Selbstverwaltung, WSI-Studie Nr. 35, Köln
- Starlinger, P. 1985: Gefahren der Genmanipulation? Erwiderung auf einen Artikel von Erika Hickel, in: Blätter für deutsche und internationale Politik, 30. Jg., Heft 7, S. 883 ff., Köln
- Steinbach, M. 1985: Wir werden keine Meldepflicht einführen, Interview in: Der Spiegel, Heft 39, S. 83, Hamburg
- ders. 1984: Fünf Jahre in Quarantäne? Interview in: Der Spiegel, Heft 52, S. 28 ff., Hamburg
- Stibbe, J., M. van der Ende, Ph. Rothbarth 1986: Heterosexual infectivity of LAV/HTLV-III as judged by antibody testing in spouses of seropositive hemophiliacs; Poster 188; Int. Conf. on AIDS, Juni, Paris
- StJohn, R.K. 1983: AIDS and African Swine Fever, in: Lancet, S. 1335 (Vol. 1)
- Telge, D. 1986: Ein Test und seine Folgen, in: M. Frings (Hg.) 1986
- Tennstedt, F. 1976: Zur Ökonomisierung und Verrechtlichung in der Sozialpolitik, in: A. Murswieck (Hg.): Staatliche Politik im Sozialsektor, München
- Tielman, R.A.P. 1986: Ethical aspects of AIDS; Poster 718; Int. Conf. on AIDS, Juni, Paris
- Thiele, W. 1981: Schichtenspezifische Inanspruchnahme medizinischer Leistungen in der Bundesrepublik Deutschland, in: Hauß/Naschold/Rosenbrock (wiss. Bearb.), S. 133 ff.
- Thiemeyer, Th. 1986: Gesundheitsleistungen. Steuerung durch Markt, Staat oder Verbände? in: Sozialer Fortschritt, 35. Jg., S. 97 ff., Bonn
- Thoß, E. 1986: Pro Familia: Zwischen Abhängigkeit und Autonomie, in: B. Blanke/A. Evers/H. Wollmann (Hg.): Die Zweite Stadt, Leviathan Sonderheft 7, S. 333 ff., Opladen
- Trojan, A. (Hg.) 1986: Wissen ist Macht. Eigenständig durch Selbsthilfe in Gruppen, Frankfurt
- Tross, S., J. Holland, D. Hirsch, M. Schiffman, J. Gold, B. Safai et al. 1986: Psychological and Social Impact of AIDS Spectrum Disorders; Communication 63; Int. Conf. on AIDS, Juni, Paris
- Wambach, M.M. (Hg.) 1983: Der Mensch als Risiko. Zur Logik von Prävention und Früherkennung, Frankfurt/M.
- Weisman, H.J., M. Belmont, J. Mantell, H. Spivak 1986: Neurologic and Psychiatric Behavior Problems Associated with AIDS: A Study of Hospitalized Patients; Communication 205; Int. Conf. on AIDS, Juni, Paris
- West, A.L., J. Blackfield Cohen, J.W. Dilley 1986: Fixed Belief of AIDS diagnosis in High Risk Persons with

- Non-Specific Symptoms; Poster 705; Int. Conf. on AIDS, Juni, Paris
- Westhoff, J. 1985: Zwischen Hysterie und Abwiegelei: Die ratlose Republik, in: bild der wissenschaft Heft 12, S. 88 ff., Stuttgart
- Westphal, E. 1982: Der Arzneimittelmarkt, Köln
- Wichterich, Ch. 1986: Familienplanung ist wie Sojasauce ..., in: die tageszeitung v. 21.8.1986, S. 8, Berlin
- Wilson, J.M.G., G. Jungner 1968: Principles and Practice of Screening of Disease, Genf (WHO)
- Wilson, J.M.G. 1966: Some Principles of Early Diagnosis and Detection, in: G. Teeling-Smith (Ed.): Surveillance and Early Diagnosis in General Practice, London (Office of Health Economics)
- Wilson, M.B., W.A. Scott, M.K. Sumrall, P.W.A. Mansell, S.P. Timm 1986: Impact of an AIDS Risk Reduction Program in Houston (Texas, USA), 1982-1985 - Epidemiological, Educational, Psychosocial, and Public Relations Aspects; Poster 457; Int. Conf. on AIDS, Juni, Paris
- Willoughby, B., M.T. Schechter, W.J. Boyko, B. Douglas, M. Maynard, K.J.P. Craib 1986: On the Oral Transmission of HTLV-III; Poster 465; Int. Conf. on AIDS, Juni, Paris
- Windhoff-Héritier, A. 1985: Politik "für die Bedürftigsten und ehrlichen Armen" - Ziele und Folgen der Sparpolitik Reagans im Sozialektor, in: Politische Vierteljahresschrift, 26. Jg., Heft 2, S. 107 ff., Opladen
- dies. 1982: Selbsthilfeorganisationen - eine Lösung für die Sozialpolitik der mageren Jahre?, in: Soziale Welt, 33. Jg., Heft 1
- Winkelstein, W., J. Wiley, W. Lang, R. Grant, M. Samuel, J.A. Levy 1986: Reduction in AIDS Virus Transmission: Seroconversion in San Francisco, 1982-1985; Communication 102; Int. Conf. on AIDS, Juni, Paris
- Zuckerman, A.J. 1986: AIDS and Insects, in: British Medical Journal, Vol.292, S. 1094