

Rosenbrock, Rolf

Article

AIDS: Fragen und Lehren für eine gesundheitsförderliche Politik und Forschung

Psychomed: Zeitschrift für Psychologie in der Praxis

Provided in Cooperation with:

WZB Berlin Social Science Center

Suggested Citation: Rosenbrock, Rolf (1992) : AIDS: Fragen und Lehren für eine gesundheitsförderliche Politik und Forschung, Psychomed: Zeitschrift für Psychologie in der Praxis, ISSN 0935-2937, Quintessenz-Verl.-GmbH, Berlin [u.a.], Vol. 4, Iss. 4, pp. 237-243

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/112065>

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>.

AIDS: Fragen und Lehren für eine gesundheitsförderliche Politik und Forschung

Rolf Rosenbrock, Berlin

HIV-Infektion und öffentliche Gesundheitspflege

Zehn Jahre Erfahrung im gesundheitspolitischen Umgang mit HIV und AIDS sowie die verstärkten Bemühungen zur akademischen Etablierung von Public Health in Deutschland geben Gelegenheit, über einige Schlußfolgerungen nachzudenken, die aus der wissenschaftlichen und politischen Handhabung der HIV-Infektion für Theorie und Praxis der bevölkerungsbezogenen Gesundheitspflege zu ziehen sind.

Was ist Public Health?

Public Health ist Theorie und Praxis der auf Gruppen bzw. Bevölkerungen bezogenen Maßnahmen und Strategien der Verminderung von Erkrankungs- und Sterbewahrscheinlichkeiten sowie der Gesundheitsförderung. Public Health analysiert und beeinflusst hinter den individuellen Krankheitsfällen epidemiologisch faßbare Risikofaktoren, Verursachungszusammenhänge und Bewältigungsmöglichkeiten. Wissenschaftlich ist Public Health eine Multidisziplin, politisch sollen die aus Public Health gewonnenen Entscheidungskriterien und Handlungspostulate querschnittsartig in nahezu allen Politikfeldern Berücksichtigung finden.

Was ist HIV-Infektion?

Nach heutigem Wissen wird das Retrovirus HIV durch das Einbringen von infizierten Körperflüssigkeiten übertragen. Dies geschieht ganz überwiegend bei penetrierendem Geschlechtsver-

kehr, durch direktes Einbringen von kontaminiertem Blut (bei der Benutzung von unsterilen Spritzen beim intravenösen Drogengebrauch und in der medizinischen Behandlung) sowie auch prä- und perinatal von der Mutter auf das Kind. Nach einer Latenzzeit von z.T. über zehn Jahren mit mäßig dauernder Infektiosität gibt bei der großen Mehrzahl der Infizierten die Immunabwehr nach und schafft damit Angriffsmöglichkeiten für zahlreiche z.T. sehr schwere Infektionen sowie Erkrankungen des zentralen Nervensystems, an denen die große Mehrzahl der Patienten beim gegenwärtigen Stand der medizinischen Therapie drei Jahre nach Auftreten der meist zunächst leichten Symptome gestorben ist. Die Benutzung von Kondomen bei penetrierendem Geschlechtsverkehr außerhalb der Monogamie, die sorgfältige Kontrolle von Blutspenden sowie die Verwendung von sterilen Spritzbestecken bei intravenösem Drogengebrauch bieten einen sehr hohen bzw. sicheren Schutz vor der Infektion. Die Einbettung von AIDS in die Themenfelder Sexualität, Promiskuität, Homosexualität, Drogen und Sucht erschwert und kompliziert die sachliche und fachwissenschaftliche Bearbeitung des zugrundeliegenden Gesundheitsproblems zusätzlich.

Soziale Ungleichheit vor Krankheit und Tod

Je nach der Verteilung des Risikoverhaltens und der Effektivität der Transmissionswege ergeben sich sozial und regional sehr unterschiedliche epidemiologische Verteilungsmuster (Rosenbrock 1991).

Während AIDS zum Beispiel in der Bundesrepublik Deutschland ein zwar ernstes, aber durch Verstärkung und Kontinuität der Präventionsanstrengungen epidemiologisch prinzipiell begrenzbares Gesundheitsproblem zu sein scheint, befinden sich zahlreiche Länder in Afrika, zunehmend aber auch in Asien und Lateinamerika sowie innerstädtische Notstandsgebiete v.a. in den U.S.A. noch im nahezu freien Fall in eine gesundheitspolitische Katastrophe. Dies ist das Resultat der sehr ungleichen Verteilung sowohl der Risiken als auch der Ressourcen zu ihrer Bewältigung.

Wie noch alle Infektionskrankheiten wird AIDS in der Tendenz zu einer Krankheit der Armen und der Armut; bei globaler Betrachtung ist sie es längst. In den unteren Etagen der Hierarchie sozialer und gesundheitlicher Chancen kumulieren physische Vulnerabilität, materielle, kognitive und emotionale Hindernisse bzw. Sperren gegen die Aufnahme und Umsetzung der Präventionsbotschaft sowie schlechtere Bedingungen der Krankheitsbewältigung zu einem schichtenspezifisch deutlich erhöhten Risiko. In welchem Verhältnis zu diesen sozial vermittelten Ko-Faktoren der Epidemie die noch vagen Befunde der Psychoimmunologie stehen, ist ungeklärt (vgl. Mielck 1989; Deutsche AIDS-Stiftung 1990). In jedem Falle ist dieser Ungleichheit nicht primär durch medizinische Interventionen beizukommen (McKeown 1982).

Risikowahrnehmung

Es ist eine durch viele Beobachtungen und Untersuchungen erhärtete Tatsa-

che, daß Individuen, soziale und professionelle Gruppen, Institutionen und politische Apparate gesundheitliche Gefahren bzw. Risiken nur selektiv und meist nicht entsprechend ihrer epidemiologisch beschreibbaren Bedeutung wahrnehmen (Levine/Lilienfeld 1987; Slovic 1987; van den Daele 1988; Jungermann/Wiedemann 1990; Renn 1991). Das Problem unzutreffender bis hin zu kontrafaktischer Verkleinerung und Vergrößerung bei der Wahrnehmung von Gesundheitsgefahren und ihrer Eintrittswahrscheinlichkeit ist bislang vorwiegend für die Gefahrenpotentiale von Technologien untersucht worden. Danach nimmt die wahrgenommene Risikogröße v.a. dann zu, wenn sich die Gefahr auf besonders unheimliche Ereignisse und Schädigungen bezieht (dread-Faktor) und wenn das Ausmaß und die Ausprägungen des Schadens nicht vorhersehbar, weil nicht bekannt sind (unknown-Faktor) (Slovic 1987). Die Gefahren und Risikoeinschätzungen variieren darüber hinaus – erstaunlich unabhängig von ihrer realen Größe – in Abhängigkeit von zugeschriebener Verantwortlichkeit, angenommenen Steuerungs- und Kontrollmöglichkeiten, Selbstbewußtsein, Bildung, Alter etc. Bei AIDS schien in den ersten Jahren die gesellschaftliche und massenhaft auch die individuelle Gefahrenwahrnehmung aus dem Ruder gelaufen zu sein: AIDS erschien zeitweilig als das größte Gesundheitsproblem der (alten) Bundesrepublik. Diese Risikowahrnehmung wurde zwar spätestens in der zweiten Hälfte der achtziger Jahre erkennbar unsinnig, gleichwohl kann sie im Rückblick zumindest für die (alte) Bundesrepublik als produktiv angesehen werden, da sie bei den politischen Apparaten generell zu einem tiefen Erschrecken vor einer möglicherweise nicht eindämmbaren Katastrophe führte und so eine hohe politische Handlungs- und Ausgabenbereitschaft bewirkte. Diese komplexe Risikowahrnehmung hat zunächst viel politische und teure Innovation ermöglicht. Die oft widersprüchliche und wohl auch beeinflussbare (BZgA 1987; 1990) Wahrnehmung von Risiken und Gefahren durch Individuen und Gruppen (z.B. Richter et al. 1991; Reimann et al. 1992; Eirmbter et al. 1992) ist für

AIDS bereits heute besser untersucht als für die epidemiologisch bedeutsamen Krankheiten. Dies Wissen wäre in Beziehung zu setzen zu den Forschungsergebnissen zur Wahrnehmung vorwiegend technisch und sozial generierter Gefahren und Risiken, um Anhaltspunkte für die Gestaltung von auf Rationalität zielenden Verständigungsprozessen über Risiken aus verschiedenen Verursachungssphären zu gewinnen. Die in den ersten Jahren der Epidemie z.B. in den Niederlanden und Dänemark wirksamen Versuche der Normierung der Risikowahrnehmung durch eine de-facto-Zensur („AIDSpek“) für Aussagen über AIDS-Risiken (vgl. Kirp/Bayer 1992) kann dabei keine realistische Lösung sein. In dieser Situation käme es darauf an, eine öffentliche Diskussion am Gegenstand in der Risiko- und Gesundheitsberichterstattung auszutragen über das ‚ob‘, ‚woher‘, ‚wie groß‘ und ‚für wen‘ von Gesundheitsgefahren aus Verhalten, Verhältnissen und Umwelt, die helfen könnte, die Voraussetzungen einer rationalen Gesundheitsdiskussion und vielleicht sogar rationalen Gesundheitspolitik zu verbessern (vgl. auch National Academy of Sciences 1989).

Risikomanagement

Ein internationaler Vergleich von Risikomanagementstrategien zeigt in den industrialisierten Ländern eine überraschende Kongruenz in den jeweils kontroversen Positionen (Kirp/ Bayer 1992). In allen Ländern ging es um den Konflikt zwischen zwei einander weitgehend ausschließenden Strategien (vgl. Rosenbrock 1986, 1987):

- Die individuelle Suchstrategie stand unter der Leitfrage:
Wie ermitteln wir möglichst schnell viele Infektionsquellen, und wie legen wir diese still?
- Die gesellschaftliche Lernstrategie fragt dagegen:
Wie organisieren wir möglichst schnell, möglichst flächendeckend und möglichst zeitstabil Lernprozesse, mit denen sich die

Individuen und die Gesellschaft maximal präventiv auf das Leben mit dem Virus einstellen können?

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

Und dies offenbar auch zu recht. Zumindest in den hauptsächlich vom HIV-Risiko betroffenen Gruppen haben sich Einstellungs- und Verhaltensänderungen ereignet, die in Ausmaß und Zeitstabilität alle Beispiele aus der bisherigen Geschichte von Prävention und Public Health übertreffen (Dannecker 1991; Bochow 1992; Pollak 1990). Die Lernstrategie war zumindest in Mittel- und Nordeuropa schneller wirksam und insgesamt erfolgreicher als sämtliche bekannten gesundheitspolitischen Versuche der Verhaltensmodifikation. Das zeigt der Vergleich mit der Durchsetzung der persönlichen Hygiene im Kampf gegen die alten Infektionskrankheiten, mit der Zahnhygiene, mit dem Rauchen, der Bewegung, der Ernährung, dem Gebrauch legaler und illegaler Drogen etc. Es hat sich damit als möglich erwiesen, mit den Mitteln der Politik durch öffentlich vermitteltes Lernen Verhalten sogar in Tabu-, Scham- und Illegalitätsbereichen zu beeinflussen (Rosenbrock/Salmen 1990).

Präventionsansätze

Zu den wenigen schon heute als gesichert geltenden Erkenntnissen gehört, daß präventives Verhalten schneller, konsequenter, zeitstabiler und flächendeckender Platz gegriffen hat und

greift, wenn die Zielgruppen als Mitglieder eines lebensweltlich prägenden Sozialzusammenhangs, einer sozialen Bewegung oder einer Subkultur angesprochen werden (vgl. z.B. *Prieur* 1991). Es hat sich gezeigt, daß die geläufige Übersetzung von ‚community approach‘ mit ‚Gemeindeorientierung‘ auch unter Gesundheitswissenschaftlern zu irreführenden Mißverständnissen führt. Nach den Erfahrungen mit AIDS sind ‚communities‘ weder administrative Gemeinden noch nach Risikomerkmale von außen definierte Gruppen, sondern soziale Strukturen, konstituiert durch gleiche lebensweltliche Bezüge, Interessen, soziokulturelle Milieus, Symbole und Rituale.

In der Perspektive eines rationalen gesellschaftlichen Risikomanagements als Aufgabe von Public Health folgt daraus, daß die Stärkung von sozioökologischen Zusammenhängen als Biotope gesunden Lebens eine Basisaufgabe von Gesundheitspolitik werden wird. Dabei deuten Ergebnisse aus der Organisationssoziologie (vgl. *W. Streeck* 1987) wie aus der Selbsthilfeforschung (vgl. *A. Trojan* 1986) seit langem darauf hin, daß klassische Organisationen wie Gewerkschaften, Kirchen und Parteien oder gar Krankenkassen wegen ihrer nachlassenden bzw. ohnehin geringen Bindungswirkung immer weniger geeignet sind. Kleine und informelle Netze werden – mit großen schichten- und gruppenspezifischen Unterschieden – immer mehr zum funktionalen Äquivalent, bedürfen dazu aber häufig sozial sensibler Anregung und Förderung.

Neben Zielgruppenspezifität der Prävention kann ein weiterer Erfolgsfaktor der AIDS-Prävention als relativ sicher verallgemeinert werden: es ist dies die persönliche und empathische Beratung, sei sie nun professionell oder informell organisiert. Die in der AIDS-Prävention gesammelten Erfahrungen deuten bemerkenswerterweise nicht darauf hin, daß die ärztliche Beratung anderen Konstellationen und Settings überlegen ist.

Schließlich muß auf Basis der mit AIDS gesammelten Erfahrungen auch davon ausgegangen werden, daß medizinische Untersuchungen – in diesem Falle der HIV-Antikörpertest – als

Instrumente der Verhaltensbeeinflussung ziemlich ineffizient sind. Der in der AIDS-Debatte oft als Dogma vorgetragene Satz, daß sich nur der präventiv verhält, wer seinen Serostatus kennt, ist durch eine jüngst im *Journal of the American Medical Association* veröffentlichte Untersuchung von *Higgins et al.* (1991) aus den Centers for Disease Control ziemlich schlagend widerlegt worden: eine methodisch sorgfältige Re-Evaluation aller zu diesem Thema durchgeführten Untersuchungen erbrachte keine Evidenz dafür, daß der Test ein geeignetes Mittel der Verhaltensbeeinflussung ist. Als wichtig haben sich dagegen die soziale Einbindung, die Qualität und Umsetzbarkeit der Präventionsbotschaft und die persönliche Beratung erwiesen. Eine Überprüfung dieses Befundes an anderen Früherkennungsuntersuchungen, wie sie z.B. durch das Gesundheitsreformgesetz seit 1989 zur Regelleistung der Krankenkassen erhoben worden sind, und die ebenfalls nur einen Sinn haben können, wenn durch sie Verhalten wirksam beeinflußt wird (z.B. auf Diabetes oder Cholesterin, vgl. *Abholz* 1988), steht als Aufgabe für Public-Health-Forschung noch aus.

Damit ergibt sich als gesicherter Kernbestand für Verhaltensprävention das Modell einer vorwiegend nicht-medizinischen, die Lebensweisen und Milieus der Zielgruppen berücksichtigenden und stützenden Strategie, die durch auf Dauer angelegte Aufklärung über Risiken und Vermeidungsmöglichkeiten unter besonderer Nutzung der persönlichen Kommunikation und Beratung Anreizsysteme mit dem Ziel der Etablierung und Befestigung gruppenbezogener Normen für risikomeidendes Verhalten schafft und stabilisiert (vgl. auch *Deutscher Bundestag* 1988).

Prävention und kurative Medizin haben neben ihrem Ziel der Gesundheitssicherung u.a. auch gemeinsam, daß fast alles, was wirksam ist, auch unerwünschte Wirkungen hat. Bei dem hier skizzierten Präventionsmodell können unter ungünstigen politischen Bedingungen ebenfalls unerwünschte Wirkungen auftreten. Sie liegen z.B. in den Gefahren zunehmender Fremdbestimmung, in den Möglichkeiten der

Manipulation und im Problem der Ausgrenzung jener, die der Präventionsbotschaft nicht folgen wollen oder können. Bei der Überprüfung der Übertragbarkeit des Präventionsmodells auf andere Gesundheitsrisiken und Bevölkerungsgruppen ist deshalb die Erforschung und Minimierung solcher unerwünschter Wirkungen eine wichtige Aufgabe für die Public-Health-Forschung.

Stabilisierung der Selbsthilfe

Während Selbsthilfegruppen und Selbsthilfebewegung bei uns bis zum Auftreten von AIDS fast ausschließlich um die psychische, soziale und medizinische Bewältigung von bereits eingetretenen Gesundheitsrisiken, also für Aufgaben der Tertiärprävention gewachsen waren (z.B. Alkoholismus, Krebs, epileptische Krankheiten, Rheuma), ist mit den AIDS-Hilfen eine Organisation entstanden, die sich zumindest in den ersten Jahren der Epidemie mit gleichem Gewicht für die Infektionsverhinderung, also für die Primärprävention einsetzte und für diese Funktion auch die meisten staatlichen Gelder bekommt. Die unter übergreifender Public-Health-Perspektive wichtige und offene Frage dabei ist, ob dies auf Dauer – modisch ausgedrückt: zeitstabil – möglich ist. Gegenwärtig können hieran Zweifel aufkommen: AIDS-Hilfen folgen immer mehr dem unmittelbar fühlbaren Problemdruck und entwickeln sich dabei zu Organisationen der Interessenvertretung der Infizierten und Kranken. So wichtig und unverzichtbar für sekundärpräventive Unterstützung, integrierte Krankenversorgung und die Wahrung sozialer Rechte dies ist, von der Primärprävention ziehen sich dadurch Aufmerksamkeiten ab (*Rosenbrock* 1986, S. 154). Dort aber ist die primärpräventive Arbeit der AIDS-Hilfen ebenfalls unverzichtbar. Es ist nicht zu sehen, wer an die Stelle der von den betroffenen Gruppen getragenen Organisationen treten soll, wenn Kraft und Engagement dort irgendwann nicht mehr reichen.

Gesundheitspolitisch folgt daraus die

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

Professionelle Zuständigkeiten

Gesundheitswissenschaftliche Forschungen der letzten Jahrzehnte haben immer wieder den Befund bestätigt, daß medizinische Interventionen am Individuum epidemiologisch gesehen nur geringe Beiträge zur Verlängerung des Lebens erbringen (*Dubos* 1959; *Powles* 1973; *Taylor* 1979; *Abholz* 1980; *McKeown* 1982; *McKinlay/McKinlay* 1987; *Marmot/Kogevinas* 1987). Darüber hinaus ist bekannt, daß für die große Mehrzahl auch der schulmedizinisch anerkannten ärztlichen Einrichtungen am kranken Menschen ein klinisch-epidemiologischer Wirksamkeitsnachweis nicht erbracht ist (*Cochrane* 1972). Andererseits ist oft gezeigt worden, daß Interessenslage und Eigendynamik des Medizinsystems dazu tendieren, dessen Zuständigkeitsbereich auf immer weitere Bevölkerungsgruppen und Körperzustände auszudehnen (*Foucault* 1973; *Rosenbrock* 1992b). Es kann also nicht überraschen, daß die Fragen nach dem Nutzen der Medizin und den Grenzen der Medikalisierung sich auch in bezug auf die HIV-Infektion stellen. Dabei soll in diesem Zusammenhang nicht von ärztlichen Vorschlägen zur Primärprävention die Rede sein, die ohne verhaltenswissenschaftliche Fundierung und ohne Beachtung der – individuell und gesellschaftlich – unerwünschten Wirkungen die Ermittlung von Infizierten durch den HIV-Antikörpertest (also eine genuin ärztliche Verrichtung) zum obersten Präventionsziel erklärten (*Bock et al.* 1987; *Frösner*

1987, dazu: *Rosenbrock* 1986, 1989a, 1991b). Vielmehr ist die Zuständigkeit der Medizin auch in der Sekundärprävention umstritten, vor allem seit mit Azidothymidin (AZT, Zidovudine; Handelsname: Retrovir) und Pentamidin Substanzen im Einsatz sind, die bei manifest an ARC oder AIDS Erkrankten die Progression der Erkrankung zumindest für begrenzte Zeit verzögern können (*Fishl et al.* 1987; *Sattler et al.* 1988). Konsequenter stellt sich dabei die Frage, ob die Gabe dieser Substanzen auch bei symptomlos HIV-Infizierten (mit weniger als – wechselnd je nach medizinischer Schule – 500 bzw. 200 Helferzellen) den Krankheitsausbruch verzögert, den Krankheitsverlauf mildert und/oder das Leben verlängert.

Die mittlerweile weithin geteilte Wertschätzung des Beginns der medikamentösen Behandlung vor dem Auftreten der ersten Symptome (und damit des HIV-Antikörpertests als Eintrittskarte für diese Behandlung) erklärt sich weit zwangloser aus Marktinteressen als aus vorliegenden Studien. *Brede et al.* veröffentlichen zur Begründung der von ihnen vorgeschlagenen medizinischen Dauerkontrolle auch symptomlos HIV-Infizierter z.B. Ergebnisse, nach denen die Anzahl der Helferzellen bei medizinisch behandelten (zwölf) asymptomatischen HIV-positiven Personen innerhalb des (für therapeutisch generalisierbare Empfehlungen ohnehin zu kurzen) Beobachtungszeitraums von 24 Monaten sogar stärker gesunken sind als bei (siebzehn) unbehandelten Personen (*Brede et al.* 1991, Abb. 3, S. 1538 und Abb. 5, S. 1540). Ohne weitere klinische Belege für die Nützlichkeit der Frühintervention wenden sie sich aus dieser Datenbasis gegen den „Anschein...“, als sei erst mit den klinischen Manifestationen der Erkrankung einschließlich der opportunistischen Infektionen medizinischer Handlungsbedarf gegeben“ (ebda., S. 1536).

Aus unserer Sicht wird nicht hinreichend problematisiert, daß die Strategie mit Test und Frühbehandlung auf eine lebenslange Medikalisierung von Menschen hinausläuft, die in ihrer großen Mehrheit auch ohne Behandlung auf Jahre hinaus ohne Symptome und Beschwerden bleiben würden. Legt man die Verteilung aus der Studie

von *Fishl et al.* (1987) zugrunde, so müssen ca. 1 000 asymptomatisch HIV-Infizierte (mit weniger als 500 Helferzellen) ein Jahr mit AZT behandelt werden, damit von den ohne Medikation zu erwartenden ca. 50 Krankheitsprogressionen ca. 25 verhindert werden: über 95% der Patienten werden „umsonst“ behandelt. Auch wird oft nicht darauf hingewiesen, daß mit der früh- bzw. vorzeitigen AZT-Gabe in vielen Fällen eine ebenso früh- bzw. vorzeitige Resistenzbildung verbunden ist, so daß das Medikament im Falle der Erkrankung dann nicht mehr eingesetzt werden kann. Gleichzeitig werden die unerwünschten Wirkungen (v.a. bei AZT) heruntergespielt, bzw. wegen zu kurzer Laufzeiten der Studien möglicherweise systematisch unterschätzt.

Der Gewinn an Lebensqualität durch unterbliebene oder verzögerte opportunistische Infektionen wird meiner Meinung nach überschätzt und nicht in Beziehung gesetzt zum Verlust an Lebensqualität durch die Kenntnis des Serostatus, die unerwünschten Medikamentenwirkungen, den möglichen Verlust späterer Behandlungsmöglichkeiten infolge Resistenzbildung und vor allem die (lebenslange) Medikalisierung.

Die damit verbundene Eingemeindung subjektiv gesunder Menschen in den Zuständigkeitsbereich der Medizin könnte durch das Vorhaben der CDC gefördert werden, die Stadieneinteilungen der AIDS-Erkrankung durch ein Konzept der ‚HIV-Erkrankung‘ zu überwälzen, das unabhängig von der Symptomatik alle HIV-infizierten Menschen mit weniger als 200 Helferzellen als aidskrank, in anderen Versionen ab Infektionseignis als ‚HIV-krank‘ definiert (vgl. die Kontroverse in: *Deutscher Bundestag* 1990; *Jaeger* 1991). Insoweit dabei auf die Vorreiterrolle der USA verwiesen wird, wird häufig übersehen, daß angesichts des dort völlig unzureichenden Krankenversicherungsschutzes (*Kühn* 1990) die Subsumierung unter einen Behinderter- bzw. Krankenstatus eine Schutzfunktion für sonst sozialstaatlich unversorgte Menschen beinhalten kann (*Sto-ne* 1985).

Anpassung der Krankenversorgung

AIDS hat auch die Strukturen der Krankenversorgung in Bewegung gebracht, und zwar auch in solchen Bereichen, die jahrzehntlang als besonders reformresistent gegolten hatten. Es entstanden neue Praxis- und Kooperationsformen in der ambulanten Versorgung, veränderte Zusammenarbeit zwischen niedergelassenen Ärzten und Krankenhäusern, neue Aufgabengebiete für psychosoziale Berufe, Modelle ambulanter und pflegerischer Versorgung von Schwer- und Schwerstkranken, Organisationsinnovationen im Krankenhaus, Tageskliniken, Hospize – kurz: bei AIDS sind die Muster der Arbeitsteilung und Aufgabenzuweisung für die beteiligten Gesundheitsberufe, die ehrenamtlichen Helfer sowie zwischen den Institutionen der ambulanten und stationären Versorgung in Bewegung geraten (Schaeffer/Moers/Rosenbrock 1992). Die Diskussion über die eigenständige Bedeutung der Pflege für die Krankheitsbewältigung hat neuen Auftrieb erhalten (Moers 1990). AIDS-Krankenversorgung ist damit zu einem Experimentierfeld für Strukturreformen im Gesundheitswesen geworden.

Hemmend wirken dabei u.a. die Probleme unzureichender und gemischter Finanzierung. Diese zwingen z.B. viele Pflegedienste dazu, bei der Dokumentation und Abrechnung der pflegerischen Leistungen gegenüber Krankenkassen, Kommunen und anderen Kostenträgern bis an den Rand der Legalität zu gehen, um dann doch irgendwann die Pflegeleistungen nicht mehr primär nach gesundheitlichen, sondern nach abrechnungstechnischen Kriterien zu gestalten (vgl. z.B. Majer und Weber, in: Schaeffer/Moers/Rosenbrock 1992). Durch solche strukturellen Zwänge wird auch im AIDS-Bereich viel Engagement zerrieben.

Für die Public-Health-Forschung zur Krankenversorgung ergibt die Auswertung der bei AIDS gesammelten Erfahrungen reiches Material an verallgemeinerbaren Lösungen und vermeidbaren Fehlern. Um dabei der gewachsenen Desintegration der bundesdeutschen Krankenversorgung speziell im

Umgang mit chronisch Kranken ein auf Versorgungsintegration zielendes Konzept entgegenzusetzen, hat es sich als ertragreich erwiesen, die lebenslängenspezifisch differenzierten Versorgungsbedürfnisse und krankheitsspezifischen Anforderungen als Ausgangspunkt der Analyse zu wählen, und von dort aus Wege durch die vielfältigen Angebote und Lücken der Versorgung nachzuzeichnen bzw. zu konzipieren, also von einem Geflecht differenzierter Patientenpfade auszugehen.

Gesundheit als Thema sozialer Bewegungen

Auch in einer keineswegs vollständigen Aufzählung Public-Health-relevanter Erkenntnisse und Fragen, die die AIDS-Krise gebracht hat, dürfen zumindest thesehafte Bemerkungen zur Rolle sozialer Bewegungen in der Gesundheitspolitik nicht fehlen. Auszugehen ist von der Beobachtung, daß (1) einerseits wichtige gesundheitspolitische Entscheidungen und Entwicklungen in der Geschichte fast immer zumindest auch das Resultat des Drucks sozialer Bewegungen waren und sind, (2) andererseits jede der alten und neuen sozialen Bewegungen gesundheitsbezogene Themen ziemlich weit oben auf der politischen Agenda führt und (3) soziale Bewegungen gerade gesundheitsbezogenen Themen einen großen Teil ihrer Mobilisierungs- und Bündnisfähigkeit verdanken. Das gilt für die Arbeiterbewegung ebenso wie für die Frauen-, Ökologie- und Friedensbewegung. Für die Schwulenbewegung gilt dies natürlich auch, wobei die Beziehung zwischen Medizin, Staat und Schwulenbewegung – denkt man an die jahrzehntelange Kriminalisierung, die bis vor kurzem gültige Definition von Homosexualität als Krankheit und die z.T. abstrusen und grausamen „Therapieversuche“ gleichgeschlechtlicher Orientierung – alles andere als unproblematisch war und wohl auch noch ist. Das gilt in unterschiedlichem Ausmaß und in unterschiedlicher Akzentuierung für alle industrialisierten Länder, hat aber in Deutschland speziell den barbarischen Hintergrund des Faschismus (Schilling 1983).

Daß es trotz dieser ungünstigen Voraussetzungen in der Bundesrepublik zu einem auch international vorzeigbaren Politikergebnis kam, erklärt sich aus der schnellen Etablierung der AIDS-Hilfen als zentrale und dezentrale Akteure und aus dem internationalen Vereinheitlichungsdruck.

Bereichsübergreifende Gesundheitspolitik

Zur bevölkerungsweiten Wahrnehmung und zum Verständnis einer nicht nur in Sonntagsreden über den Bereich der Krankenversorgung hinausblickenden und hinausgreifenden Gesundheitspolitik könnte das epidemiologische und gesundheitspolitische Drama AIDS einen wichtigeren Beitrag geleistet haben als gleichzeitig laufende, aufwendig und durchgestylte public relations Kampagnen, die mit Konzepten des social marketing das Produkt ‚health promotion‘ zu verbreiten trachteten.

Die politische Entscheidung für die gesellschaftliche Lernstrategie mit ihren zentralen Elementen der Inklusion von und Kooperation mit hauptsächlich betroffenen Gruppen impliziert unter anderem, diese Gruppen als integrale Teile der Gesellschaft anzuerkennen. In bezug auf schwule Männer, i.v.-Drogenbenutzer und Prostituierte bedeutet die Umsetzung dieses gesundheitspolitischen Postulats ganz allgemein den Abbau von rechtlicher und sozialer Diskriminierung dieser Gruppen und ihrer Lebensweisen und damit Veränderungen in einer ganzen Reihe von Politikfeldern.

Da die Etablierung von safer sex und sterilen Spritzbestecken als gruppenverankerter Verhaltensnorm eine breite und möglichst vielseitige Kommunikation darüber voraussetzt, ist die pragmatische Unterlassung (gewerbe-, sitten- und kriminal-) polizeilicher Eingriffe in die Subkulturen sowie die – vereinzelt auch staatlich finanzierte – Förderung entsprechender Orte und Strukturen der Kommunikation (z.B. switchboard in Frankfurt/Main, Mann-O-Meter in Berlin) konsequente Gesundheitspolitik. Wenn die Organisationen der betroffenen Gruppen als

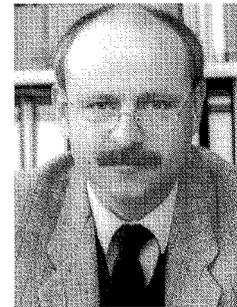
zentrale und unersetzliche Akteure der AIDS-Prävention identifiziert werden, ist die staatliche Zensur ihrer Äußerungen mit einer zielführenden Gesundheitspolitik grundsätzlich unvereinbar. Wenn das Kondom das wichtigste Instrument der AIDS-Prävention ist, sind Werbeverbote und Zugangsbeschränkungen unsinnig. Wenn heranwachsende Schwule im Prozess ihres coming out als Problemgruppe der AIDS-Prävention identifiziert werden, ist eine Regelung wie der 175 StGB, die homosexuellen Geschlechtsverkehr mit Männern unter 18 Jahren mit Strafe bedroht, auch gesundheitspolitisch kontraproduktiv. Wenn Männer, die zumindest gelegentlich Sex mit Männern haben, aber nicht in schwule Kommunikationsstrukturen eingebunden sind, für die AIDS-Prävention als schwer erreichbar gelten, ist die Ausklammerung homosexueller Begegnungen aus den bevölkerungsweit gestreuten Aufklärungsbotschaften (Fernsehen, Filmtheater, Print-Medien, Schule etc.) gesundheitspolitisch nicht zu begründen. Wenn Treue als eine Möglichkeit der AIDS-Prävention propagiert wird, ist die massive rechtliche und finanzielle Benachteiligung männlicher Lebensgemeinschaften gegenüber der heterosexuellen Ehe unlogisch. Wenn der Arbeitswelt besonderer Wert als Ort der Gesundheitsförderung und -aufklärung beigemessen wird, ist der Abbau von sexuellen Diskriminierungen und Tabus am Arbeitsplatz ein gesundheitspolitisches Gebot (Bruns/Jaeger/Rosenbrock 1991). Während im Bereich homosexueller Lebensweisen und Subkulturen vor dem Hintergrund ohnehin rückläufiger Vorurteile auf diesem Wege relativ rasch einige erste gesundheitspolitische Erfolge erzielt werden konnten, verweisen die anhaltenden Debatten über die Methadon-Substitution für i.v.-Drogen-Abhängige sowie über suchtbegleitende Betreuung ohne Abstinenzgebot oder auch die Hürden bei der Etablierung aidspräventiver Regelungen im Gefängnis exemplarisch auf die politischen Schwierigkeiten, dem Gesundheitsmotiv Vorrang vor anderen Interessen bei der staatlichen Gestaltung von Lebens- und Verhaltensbedingungen zu verschaffen. Deutlich wird dies auch an den Wider-

ständen gegen die unter dem Eindruck von AIDS wieder einmal aktuell gewordene Einlösung der Forderung nach einer Sexualpädagogik, die der materiell und kulturell gewachsenen Vielfalt der Entfaltungsmöglichkeiten und Beziehungsformen entspricht und Sexualität nicht von vornherein unter den Aspekt von Zeugung und Empfängnis subsumiert (Sielert 1992). Gesundheitspolitik trifft im Falle von AIDS neben Verbündeten auf z.T. mächtige Gegner (Kirchen, Sicherheitsapparate, konservative soziale Bewegungen etc.). In deren Sichtweise spielen Gesundheit und Prävention z.B. gegenüber heterosexueller Ehemonogamie, dem Ideal der Suchtfreiheit oder dem Eigenwert der Anwendung sämtlicher mobilisierbaren staatlichen Rechts- und Zwangsmittel (z.B. Gauweiler 1989) wenn überhaupt, dann nur eine nachrangige Rolle.

Fazit

AIDS war und ist seit vielen Jahrzehnten der erste Anwendungsfall einer massiven und nicht primär auf die Medizin gestützten Gesundheitssicherungspolitik in Deutschland. Und auch in der Krankenversorgung hat AIDS zu interessanten und wichtigen Innovationen geführt. Die dabei gewonnenen Erfahrungen zu systematisieren und auf ihre Übertragbarkeit hin zu überprüfen, ist eine bislang nicht über einzelne Projekte hinaus in Angriff genommene Herausforderung. Hier gilt es, Wissen über gesellschaftliche Gefahrenwahrnehmung, über Erfolge und Mißerfolge unterschiedlich instrumentierter Präventionskampagnen zu sichern, mit vorhandenen Theoriebeständen in Beziehung zu setzen mit dem Ziel, positive Erfahrungen zu verallgemeinern und Hindernisse der Verbesserung zu identifizieren. Da AIDS in Deutschland strategisch heftiger umstritten war als in den meisten Industrieländern und bislang auch mehr und tiefgreifendere gesundheitspolitische Innovationen hervorgebracht hat, stellt AIDS für die akademische Etablierung von Public Health ein geeignetes Ausgangsparadigma dar, weil sich an ihm wesentliche Fragen einer modernen Gesundheitspolitik gestellt haben und

in der Praxis untersucht werden können. Umgekehrt heißt dies: ob das im Entstehen begriffene Fach 'Public Health' eine wirkliche gesundheitswissenschaftliche Innovation darstellt oder auslöst, kann daran gemessen werden, inwieweit es sich Fragen wie den hier skizzierten stellt.



Pd Dr. Rolf Rosenbrock
Wissenschaftszentrum Berlin
für Sozialforschung
Reichpietschufer 50
W-1000 Berlin 30

Literatur

- Abholz, H.-H. (1988): Was ist Früherkennung, was kann sie leisten? Grenzen der Prävention, Argument Sonderband AS 178, Hamburg
- Abholz, H.-H. (1980): Welche Bedeutung hat die Medizin für die Gesundheit? in: H.U. Deppe (Hg.): Die vernachlässigte Gesundheit S. 15-60. Köln: Kiepenheuer & Witsch
- Bochow, M. (1992): Die Reaktion homosexueller Männer auf AIDS in Ost- und Westdeutschland, Untersuchung im Auftrag der BzGA, verv. Ms., Berlin.
- Bock, K. D. et al (1987): AIDS – zusehen oder handeln? Ein Memorandum der Ltd. Ärzte des Zentrums für Innere Medizin, Universitätsklinikum Essen, Futura (Boehringer Ingelheim)
- Brede, H. D., C.-D. Bauermeister, S. Gerte et al. (1991): Ambulante Betreuung von asymptomatischen HIV-positiven Personen. Deutsches Ärzteblatt, Jg. 88, Heft 33, S. 1536 – 1542.
- Bruns, M., H. Jaeger, R. Rosenbrock (1991): AIDS in der Arbeitswelt, hg. v.: Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände und Deutscher Gewerkschaftsbund, Berlin
- BZgA Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hg.) (1990): AIDS im öffentlichen Bewußtsein der Bundesrepublik. Wiederholungsbefragung 1989, Köln.
- BZgA Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hg.)(1987): AIDS im öffentlichen Bewußtsein der BRD. Ergebnisse einer bundesweiten Repräsentativbefragung, Köln.
- Cochrane, A.L. (1972): Effectiveness and Efficiency. Random Reflections on Health Services, Abingdon, Berks

- Dannecker, M. (1991): Der homosexuelle Mann im Zeichen von AIDS, Hamburg: Klein
- Deutsche AIDS-Stiftung „Positiv Leben“ (Hg.) (1990): AIDS und Psyche, Ergebnisse sozialwissenschaftlicher AIDS-Forschung, Band 3. Berlin: Sigma
- Deutscher Bundestag, 11. Wahlperiode, Endbericht der Enquete-Kommission „Gefahren von AIDS und wirksame Wege zu ihrer Eindämmung“, BT-Drucksache 11/7200, Bonn 1990, nachgedruckt in der Reihe: Deutscher Bundestag (Hg.) Zur Sache – Themen parlamentarischer Beratung 13/90: AIDS: Fakten und Konsequenzen, Bonn 1990
- Deutscher Bundestag, 11. Wahlperiode, Zwischenbericht der Enquete-Kommission „Gefahren von AIDS und wirksame Wege zu ihrer Eindämmung“, Bundestagsdrucksache 11/2475, Bonn 1988, nachgedruckt in der Reihe: Deutscher Bundestag (Hg.) Zur Sache – Themen parlamentarischer Beratung 3/88: AIDS – Fakten und Konsequenzen, Bonn 1988
- Dubos, R. (1959): *Mirage of Health*, New York
- Eirmbter, W. H., A. Hahn, R. Jacob (1992): AIDS und die gesellschaftlichen Folgen. Pilotstudie. Endbericht, verf. Ms., Trier
- Fishl, M. A., D. D. Richmann, M. H. Grieco et al. (1987): The Efficacy of 3'-azido-3'-deoxythymidine, an Inhibitor of HTLV III/LAV Replication, in Patients with AIDS or AIDS-related complex: a double-blind placebo-controlled Trial. *The New England Journal of Medicine (NEJM)*, Vol. 317, p. 185 – 191
- Foucault, M. (1973): Die Geburt der Klinik. Eine Archäologie des ärztlichen Blicks, München: Hanser
- Frösner, G. G. (1987): Wie kann die weitere Ausbreitung von AIDS verlangsamt werden? AIDS-Forschung, 2. Jg. Heft 1, S. 61 – 65
- Gauweiler, P. (1989): Was tun gegen AIDS? Percha: R.S. Schulz
- Higgins, D. L., Chr. Galavotti et al. (1991): Evidence for the Effects of HIV Antibody Counseling and Testing on Risk Behaviors. *Journal of the American Medical Association (JAMA)*, Vol. 266, No. 17, p. 2419 – 2429
- Jäger, H. (Hg.) (1991): Die HIV-Erkrankung, Medizinische und psychosoziale Aspekte zu Beginn der 90er Jahre. Landsberg/Lech: eco-med
- Jungermann, H., P. M. Wiedemann (1990): Ursachen von Dissens und Bedingungen des Konsens bei der Beurteilung von Risiken. Arbeiten zur Risikokommunikation, Heft 12, Jülich
- Kirp, D./R. Bayer (eds.) (1992): AIDS in the Industrialized Democracies – Passions, Politics and Policies. New Brunswick: Rutgers University Press
- Deutsche Ausgabe 1992: Ergebnisse sozialwissenschaftlicher AIDS-Forschung, Band 9, Berlin (i.E.): Sigma
- Kühn, H. (1990): Die Ökonomisierung der Gesundheit – am Beispiel des US-amerikanischen Gesundheitswesens. WSI Mitteilungen, Heft 2, S. 62ff.
- Levine, S./A. Lilienfeld (eds.) (1987): *Epidemiology and Health Policy*, New York/London
- Marmot, M.G., M. Kogevinas, M.A. Elston (1987): *Social/Economic Status and Disease*. *Annual Review of Public Health*, Vol. 6, p. 111 – 135.
- McKeown, Th. (1982): Die Bedeutung der Medizin. Traum, Trugbild oder Nemesis? Frankfurt: Suhrkamp
- McKinlay, J.B., S.M. McKinlay, R. Beaglewhole (1989): A Review of the Evidence Concerning the Impact of Medical Measures on Recent Mortality and Morbidity in the United States. *International Journal of Health Services*, Vol. 19, . 181 – 208.
- Mielck, A. (1989): Educational Level and Infection with the Human Immunodeficiency Virus: Risky Behavior and Susceptibility in White Non-iv-Drug Using Homosexual Men. Unveröff. Ms., München, GSF/MEDIS.
- Moers, M. (1990): Ein ganzheitliches Pflegekonzept für Menschen mit AIDS. Veröffentlichungsreihe der Forschungsgruppe „Gesundheitsrisiken und Präventionspolitik“ im WZB, P90-209, Berlin.
- National Academy of Sciences/National Research Council (U.S.A.): *Improving Risk Communication*, Washington D.C.
- Pollak, M. (1990): Homosexuelle Lebenswelten im Zeichen von AIDS. Soziologie der Epidemie in Frankreich. Ergebnisse sozialwissenschaftlicher AIDS-Forschung, Band 4, Berlin: Sigma
- Powles, J. (1973): On the Limitations on Modern Medicine. *Science, Medicine and Man*, Vol. 1, 1 – 30.
- Prieur, A. (1991): Mann-männliche Liebe in den Zeiten von AIDS. Eine Untersuchung zum Sexualverhalten norwegischer homosexueller Männer. Berlin: AIDS-Forum D.A.H.
- Reimann, B.W., H. Bardeleben (1992): Permissive Sexualität und präventives Handeln. Ergebnisse einer Untersuchung an Studierenden. Ergebnisse sozialwissenschaftlicher AIDS-Forschung, Band 7, Berlin: Sigma
- Renn, O. (1991): Risikowahrnehmung und Risikobewertung: Soziale Perzeption und gesellschaftliche Konflikte. In: S. Chakraborty/G. Yadigaroglu: *Ganzheitliche Risikobetrachtungen*. Technische, ethische und soziale Aspekte, Köln: S. 006-1 – 00006-62.
- Richter, H. E., M. Bock, A. Köhl et al. (1991): Sozialpsychologische Aspekte von AIDS unter besonderer Berücksichtigung von Diskriminierungs- und Stigmatisierungsprozessen, Endbericht, verv. Ms., Gießen
- Rosenbrock, R. (1992): Politik der Prävention – Möglichkeiten und Hinderungsgründe. In: R. Müller/M.F. Schuntermann (Hg.): *Sozialpolitik als Gestaltungsauftrag*. Zum Gedenken an Alfred Schmidt. Köln: Bund S. 151 – 173 (zit. 1992a).
- Rosenbrock, R. (1992): Gesundheitspolitik. In: K.Hurrelmann/U.Laaser (Hg.): *Handbuch der Gesundheitswissenschaften*. Weinheim: Beltz, (zit. 1992b).
- Rosenbrock, R. (1991): Strategien gegen AIDS. Gesundheitspolitische und sozialwissenschaftliche Perspektiven der Prävention und Krankenversorgung, psychosozial 48, 14. Jg. Heft IV; S. 23 – 32 (zit. 1991a).
- Rosenbrock, R. (1991): HIV Screening. *International Journal for Techniology Assessment in Health Care (IJTAHC)*, Cambridge University Press, Vol. 7. No. 3, p. 264 – 274 (zit. 1991b).
- Rosenbrock, R./A. Salmen (Hg.) (1990): AIDS Prävention, Ergebnisse sozialwissenschaftlicher AIDS-Forschung, Band 1. Berlin: Sigma
- Rosenbrock, R. (1989): HIV-Positivismus. Plädoyer für die Einhaltung der Kunstregeln. In: *Die Seuche*, Kursbuch 94, Berlin, S. 21 – 42.
- Rosenbrock, R. (1987): Some Social and Health Policy Requirements for the Prevention of AIDS. *Health Promotion*, Oxford University Press, Vol. 2, p. 161 – 168.
- Rosenbrock, R. (1987): AIDS kann schneller besiegt werden. Gesundheitspolitik am Beispiel einer Infektionskrankheit. Hamburg: VSA, 3. Aufl. (zit. 1986).
- Sattler, F. R., R. Cowan, D. M. Nielsen, J. Ruskin (1988): Trimethoprim-sulfamethoxazole compared with pentamidine for treatment of pneumocystis carinii pneumonia in the acquired immunodeficiency syndrome. *Annals of Internal Medicine*, Vol. 109. p. 280 – 287.
- Schaeffer, D., M. Moers, R. Rosenbrock (Hg.) (1992): AIDS Krankenversorgung. Ergebnisse sozialwissenschaftlicher AIDS-Forschung, Band 8, Berlin
- Schilling, H.-D. (1983): *Schwule und Faschismus*. Berlin: Elefanten Press
- Sielert, U. (1992): Welche Auswirkungen hat die AIDS-Prävention auf die Sexualerziehung? Vortrag No. 147 auf dem 4. Deutschen AIDS-Kongreß, Wiesbaden
- Slovic, P. (1987): Perception of Risk. *Science*, Vol. 236, p. 280 – 285.
- Stone, D. (1985): *The Disabled State*. London: Houndsmills.
- Streeck, W. (1987): Vielfalt und Interdependenz. Überlegungen zur Rolle von intermediären Organisationen und anderen Umwelten. *Kölnner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie (KZfSS)*, Jg. 39, Nr. 3, S. 471 – 494.
- Taylor, R. (1979): *Medicine out of Control*, Melbourne/London
- Trojan, A. (Hg.) (1986): *Wissen ist Macht*. Eigenständig durch Selbsthilfe in Gruppen. Frankfurt: Fischer
- van den Daele, W. (1988): Gutachten zur Problematik der Risikokommunikation im Bereich der Gentechnologie in der Bundesrepublik Deutschland. *Arbeiten zur Risikokommunikation*, Heft 4, Jülich.