

Der Open-Access-Publikationsserver der ZBW – Leibniz-Informationszentrum Wirtschaft
The Open Access Publication Server of the ZBW – Leibniz Information Centre for Economics

Rosenbrock, Rolf; Schaeffer, Doris; Dubois-Arber, Françoise; Moers, Martin;
Pinell, Patrice; Setbon, Michel

Working Paper

Die Normalisierung von Aids in Westeuropa: Der Politik-Zyklus am Beispiel einer Infektionskrankheit

Veröffentlichungsreihe der Forschungsgruppe Public Health, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB), No. P99-201

Provided in cooperation with:

Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB)

Suggested citation: Rosenbrock, Rolf; Schaeffer, Doris; Dubois-Arber, Françoise; Moers, Martin; Pinell, Patrice; Setbon, Michel (1999) : Die Normalisierung von Aids in Westeuropa: Der Politik-Zyklus am Beispiel einer Infektionskrankheit, Veröffentlichungsreihe der Forschungsgruppe Public Health, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB), No. P99-201, <http://hdl.handle.net/10419/47428>

Nutzungsbedingungen:

Die ZBW räumt Ihnen als Nutzerin/Nutzer das unentgeltliche, räumlich unbeschränkte und zeitlich auf die Dauer des Schutzrechts beschränkte einfache Recht ein, das ausgewählte Werk im Rahmen der unter

→ <http://www.econstor.eu/dspace/Nutzungsbedingungen> nachzulesenden vollständigen Nutzungsbedingungen zu vervielfältigen, mit denen die Nutzerin/der Nutzer sich durch die erste Nutzung einverstanden erklärt.

Terms of use:

The ZBW grants you, the user, the non-exclusive right to use the selected work free of charge, territorially unrestricted and within the time limit of the term of the property rights according to the terms specified at

→ <http://www.econstor.eu/dspace/Nutzungsbedingungen>
By the first use of the selected work the user agrees and declares to comply with these terms of use.

Veröffentlichungsreihe der Arbeitsgruppe Public Health
Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung
ISSN-0948-048X

P99-201

Die Normalisierung von Aids in Westeuropa

Der Politik-Zyklus am Beispiel einer Infektionskrankheit

von

Rolf Rosenbrock,
Doris Schaeffer¹, Martin Moers², Françoise Dubois-Arber³,
Patrice Pinell⁴, Michel Setbon⁵

Unter Mitarbeit von
Norbert Brömme und Anne Gröger

¹ Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Institut für Pflege-
wissenschaft, Bielefeld

² Fachhochschule Osnabrück, Fakultät für Wirtschaftswissenschaften, Studiengang
Krankenpflege, Osnabrück

³ Université Lausanne, Institut de Médecine Sociale et Préventive, Lausanne, Schweiz

⁴ Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale, Unité 158: Savoirs et Pra-
tiques dans le Champ Médical: Histoire, Sociologie, Psychanalyse, Paris, Frankreich

⁵ Groupe d'Analyse des Politiques Publiques, Centre National de la Recherche Scien-
tifique, Ecole Normale Supérieure, Cachan, Frankreich

Berlin, Januar 1999

Publications series of the research unit Public Health Policy
Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung
D-10785 Berlin, Reichpietschufer 50
Tel.: 030/25491-577

Abstract

Das Auftreten von Aids hat in allen westeuropäischen Ländern zu exzeptionellen Innovationen in Prävention, Krankenversorgung, Gesundheitspolitik und Bürgerrechtsfragen geführt. Diese Ausnahmen vom normalen Verlauf der Gesundheitspolitik erklären sich vor allem daraus, daß neben einer gesundheitlichen Katastrophe infolge von Aids auch Zivilisationsbrüche auf dem Gebiet der Bürgerrechte befürchtet wurden. Dies brachte eine trotz großer nationaler Unterschiede im Grundmuster ähnliche „exceptionalist alliance“ aus beteiligten Gesundheitsberufen, sozialen Bewegungen und Betroffenen hervor, die den mangels wirksamer Therapien von der Medizin nicht besetzten Handlungsraum produktiv nutzte. Mit dem Ausbleiben der Katastrophe, Ermüdungserscheinungen der „exceptionalist alliance“ und zunehmenden Therapiemöglichkeiten der Medizin geht der ‘exceptionalism’ in Europa jedoch schrittweise zu Ende.

In diesem Prozeß werden bei national unterschiedlichen Entwicklungsmustern vier Phasen unterschieden:

Circa 1981 - 1986: Entstehung des ‘exceptionalism’. Hierzu werden die Ursachen des ‘exceptionalism’ untersucht.

Circa 1986 - 1991: Praxis und Konsolidierung des ‘exceptionalism’. Dargestellt werden sowohl das Policy-Modell des ‘exceptionalism’ als auch länderspezifische Konfigurationen der Politics und Politics, die zu unterschiedlichen Inhalten der politischen Entscheidungsprozesse (Policies) in bezug auf Aids führten.

Circa 1991 - 1996: Auflösung des ‘exceptionalism’ und erste Anzeichen der Normalisierung. Untersucht werden die Gründe des Normalisierungsprozesses.

Seit 1996: Normalisierung, Normalität. Darstellung des veränderten Umgangs mit HIV und Aids. Dazu werden Beispiele aus den Bereichen Krankenversorgung, Primärprävention und Drogenpolitik betrachtet.

Es wird untersucht, welche gesundheitspolitischen Innovationen der ‘Aids-exceptionalism’ in Westeuropa hervorbrachte und auf welche Risiken und Chancen diese Innovationen im Zuge der Normalisierung treffen. Es werden drei mögliche Entwicklungspfade identifiziert: Stabilisierung, Generalisierung und Rückwärtsentwicklung.

Die Chancen, in Zusammenhang mit Aids entwickelte Innovationen für die Modernisierung der Gesundheitspolitik auch für andere Felder der Prävention und der Krankenversorgung zu nutzen, variieren länderspezifisch. In welchem Umfang ‘Aids-exceptionalism’ gesundheitspolitische Innovationen auch in anderen Bereichen anstoßen kann, hängt letztlich vom jeweils erreichten Grad der Institutionalisierung des ‘exceptionalism’ und der Entfernung dieser Neuerungen vom konventionellen medizinisch-therapeutischen Geschehen ab. Der Beitrag der europäischen Länder zur Eindämmung der globalen Aids-Krise ist unzureichend.

Schlüsselwörter: Aids, Gesundheitspolitik, Prävention, Krankenversorgung, Pflege, Drogenpolitik

Abstract

In every Western European country the occurrence of Aids has led to exceptional innovations in prevention, patient care, health policy and questions of civil rights. This exception can be explained not only by the fact that a health catastrophe was feared, but also civilizational harm in the field of civil rights. Despite national differences, this brought about similar „exceptionalist alliances“ consisting of health professionals, social movements and those affected. With the failure of a catastrophe to arise signs of fatigue in the „exceptionalist alliance“ and increasing possibilities of medical treatment, exceptionalism in Europe is drawing to a close.

The paper elucidates specific aspects of each of the four roughly distinguishable phases in this process, given nationally different patterns of development:

Approx. 1981 - 1986: emergence of exceptionalism. The underlying reasons for exceptionalism are investigated in this paper.

Approx. 1986 - 1991: consolidation and performance of exceptionalism. The paper investigates the exceptionalist policy model, more specifically some nationally different factors in the polity and politics that help to explain the different forms of policies.

Approx. 1991 - 1996: exceptionalism crumbling, steps toward normalization. The forces driving the process of normalization are investigated.

Since 1996: normalization, normality. The changes made in the management of HIV and Aids are elucidated using examples from the fields of health care, primary prevention and drug policies.

Aids health-policy innovations, and their risks and opportunities in the course of normalization are investigated. Three possible paths of development are identified: stabilization, generalization and retreat. The chances of utilizing innovations developed in connection with Aids for the modernization of health policy in other fields of prevention and patient care vary from country to country with the degree to which Aids exceptionalism has been institutionalized and the distance of these innovations from medical/therapeutic events. The contribution made by European countries to containing the global Aids crisis is inadequate.

Keywords: Aids, health policy and politics, primary prevention, health care, nursing, drug policies

Inhaltsverzeichnis

Einleitung: Aids auf dem Wege vom ‘exceptionalism’ zur Normalität	1
1. Phase (ca. 1981 bis 1986): Gründe für den ‘exceptionalism’	4
2. Phase (ca. 1986 bis 1991): Vom ‘exceptionalism’ zum Modellfall moderner Gesundheitspolitik	7
<i>2.1 Das Policy Modell des ‘exceptionalism’</i>	<i>7</i>
<i>2.2 Unterschiede in den Ausgangsbedingungen und in der Ausgestaltung des ‘Aids-exceptionalism’</i>	<i>13</i>
3. Phase (ca. 1991 bis 1996): Die Triebkräfte der Normalisierung.....	19
<i>3.1 Aids-unspezifische Triebkräfte der Normalisierung</i>	<i>20</i>
<i>3.2 Aids-spezifische Triebkräfte der Normalisierung.....</i>	<i>23</i>
4. Phase (ab ca. 1996): Normalisierung/Normalität - Zwischenergebnisse und Perspektiven.....	25
<i>4.1 Aids-Krankenversorgung - Normalisierung im Spannungsfeld zwischen Innovationen und (Re-)Medikalisierung.....</i>	<i>26</i>
<i>4.2 Aids-Prävention - zwischen Verallgemeinerung, Ermüdung und Rückschritt.....</i>	<i>32</i>
<i>4.3 Aids und Drogen - der ‘exceptionalism’ wird zur Normalität</i>	<i>39</i>
Schlußfolgerungen.....	44
Literatur	49

Einleitung: Aids auf dem Wege vom 'exceptionalism' zur Normalität

Im Vergleich zur Mitte der achtziger Jahre ist es in Europa stiller geworden um Aids. Nach dem Höhepunkt der politischen Auseinandersetzungen sind die Propheten des Untergangs, die in der vor allem sexuell und durch Blut übertragenen HIV-Infektion eine Bedrohung der gesamten Bevölkerung sahen, verstummt oder haben sich anderen, spektakuläreren Themen zugewendet. Trotz immer noch hoher Erkrankungsziffern hat auch die epidemiologische Entwicklung ihre Dramatik weitgehend verloren. Die Verteilung nach Transmissionswegen und Betroffenengruppen ist einigermaßen stabil: Während die Hauptlast der Epidemie Männer mit homosexuellen Kontakten sowie intravenöse Drogenbenutzer (i.v.-Drogenbenutzer) tragen, nimmt die Anzahl heterosexueller Infektionen ohne Überschneidung mit einer der hauptsächlich betroffenen Gruppen von geringem Niveau aus zu (European Centre, 1998). Probleme der Sicherheit von Blut und Blutprodukten können nach zum Teil dramatischen Skandalen in einigen Ländern (Setbon, 1993; Feldman/Bayer, 1999) als weitgehend gelöst angesehen werden.

In einigen Ländern sinkt die Zahl der Neuinfektionen kontinuierlich und unterschreitet die Anzahl der Neuerkrankungen, die wegen der lange andauernden latenten Auseinandersetzung des Immunsystems mit dem Retrovirus das Infektionsgeschehen von vor ungefähr zehn Jahre widerspiegelt. In Prävention, Forschung und Krankenversorgung hat sich Routine eingespielt. Sie wird allenfalls unterbrochen durch neue Fortschritte der klinischen Medizin auf dem Gebiet der Therapie, die Aids - mit noch vielen Ungewißheiten und Risiken (Volberding et al., 1998) - zu einer chronischen Krankheit mit langen Überlebenszeiten zu machen versprechen (zum Beispiel Kombinationstherapien; seit ca. 1996 Protease Inhibitoren, gesteuert über gemessene Plasmakonzentrationen) oder durch Versuche, angesichts der ruhigen Entwicklung staatliche Programme für Prävention und Versorgung zu kürzen oder durch neue Schreckensmeldungen über die ungebremste Verbreitung der Epidemie in armen Ländern vor allem der südlichen Hemisphäre. In Westeuropa - und mit einigen Differenzen in allen reichen westlichen Ländern - ist damit aus einer drohenden Katastrophe für die gesamte Zivilisation ein für Public Health und medizinische Versorgung kontrollierbares Problem geworden. Die Rede ist deshalb vom „end of exceptionalism“ (Bayer, 1991) und von „Normalisierung“ (Schaeffer/Moers/Rosenbrock, 1992a).

Freilich erfolgt die Integration in gewachsene Routinen, Regulationen und Institutionen, also dem „normal schlechten Verlauf der Gesundheitspolitik“ (Rosenbrock, 1986), weder bruchlos noch widerspruchsfrei. Das liegt vor allem daran, daß der HIV-Infektion und der Aids-Erkrankung in den ersten Jahren in allen betroffenen Ländern nicht nur besondere Aufmerksamkeit, sondern in hohem Maße auch Bereitschaft zu innovativen Verfahren und Institutionalisierungen sowie zu hohen Ausgaben entgegengebracht wurden - der Umgang mit Aids war in Gesundheitspolitik, Prävention und Krankenversorgung eine Ausnahme von der Regel. Viele sahen in diesen Innovationen nicht nur eine angemessene Antwort auf die durch HIV und

Aids gegebenen gesundheitlichen und gesundheitspolitischen Herausforderungen, sondern auch ein Pilotprojekt für die überfällige Erprobung neuer Formen der gesellschaftlichen Auseinandersetzung auch mit anderen Gesundheitsrisiken vor und nach ihrem Eintritt (Rosenbrock, 1993).

Die Normalisierung von Aids enthält damit Risiken und Chancen (Rosenbrock, 1994a), nicht nur für den Umgang mit HIV und Aids, sondern auch für Modernisierungen in Gesundheitspolitik (Prävention und Krankenversorgung) und die Ausbildung bzw. Stärkung zivilgesellschaftlicher Kräfte. Zum Verständnis dieses Prozesses und zur Abschätzung dieser Risiken und Chancen ist es zweckmäßig, im Prozeß des gesellschaftlichen und politischen Umgangs mit Aids vier Phasen zu unterscheiden (van den Boom, 1998):¹

Phase 1 (ca. 1981 - 1986): *Entstehung des 'exceptionalism'*. HIV und Aids treten auf. Unter hoher Unsicherheit, zum Teil beträchtlichen politischen Spannungen und Zeitdruck müssen Policies konzeptualisiert, entschieden und umgesetzt, zum Teil auch institutionalisiert werden. Der 'Aids-exceptionalism' löst hohe politische Handlungs- und finanzielle Ausgabebereitschaft aus und erlaubt Innovationen auf vielen Gebieten.

Phase 2 (ca. 1986 - 1991): *Praxis und Konsolidierung des 'exceptionalism'*. Die als 'exceptionalism' entstandenen Verfahren, Aufgabenteilungen und Institutionen verlassen die Einführungs- und Erprobungsphase und konsolidieren sich. Gleichzeitig wird zunehmend klarer, daß Schwule und i.v.-Drogenbenutzern auch mittelfristig die Hauptlast der Epidemie tragen. Katastrophen in Inzidenz und Prävalenz bleiben aus. Gleichwohl behält Aids zunächst unangefochten seinen Sonderstatus.

Phase 3 (ca. 1991 - 1996): *Auflösung des 'exceptionalism' und erste Anzeichen der Normalisierung*. Anhaltend stabiles Ausmaß und Muster von Neuinfektionen, zunehmende Beruhigung in der Auseinandersetzung um Minderheiten und Bürgerrechte sowie Therapieerfolge, die in Richtung auf Chronifizierung von Aids hindeuten, führen zu ersten Erosionen des Sonderstatus von Aids sowie der daraus folgenden Ressourcenausstattung. Zugleich konsolidiert und professionalisiert sich das 'Aids-Management'.

Phase 4 (seit 1996): *Normalisierung, Normalität*. Nicht zuletzt auf der Basis erfolgreicher Präventionsarbeit tendieren in den meisten Ländern HIV-Infektion und Aids zu endemischen Gleichgewichten weit unterhalb einst befürchteter Ausmaße oder nehmen sogar ab. Das Bündnis der mit Aids befaßten sozialen Bewegungen und Gesundheitsberufe zeigt gleichzeitig Ermüdungen. Neue antiretrovirale Therapien verlängern die Überlebenszeit dramatisch. Ebenso setzen sich in den meisten Ländern Kostendämpfungsstrategien und marktliberale Prinzipien im Gesundheitswesen durch. Manche unter dem 'exceptionalism' erreichten Innovationen in Prävention und Krankenversorgung werden in Frage gestellt; andere werden in den

¹ Dramatische Sonderentwicklungen in einzelnen Ländern müssen vernachlässigt werden und auch die einzelnen Jahreszahlen dieser pragmatischen Aufteilung treffen nicht unbedingt auf jedes Land präzise zu.

herkömmlichen Gang von Politik, Verwaltung, Prävention und Krankenversorgung integriert.

Wir werden uns in der folgenden Betrachtung in jeder dieser vier Phasen auf jeweils einen besonderen Aspekt konzentrieren: Für Phase 1 (*Entstehung des 'exceptionalism'*) werden wir untersuchen, welche Gründe dem 'exceptionalism' zugrunde lagen. An Phase 2 (*Praxis und Konsolidierung des 'exceptionalism'*) interessiert uns vor allem das Modell der 'exceptionalist policy' (Abschnitt 2.1) sowie national unterschiedliche Faktoren aus Polity und Politics, die unterschiedliche Ausprägungen der Policies erklären helfen (Abschnitt 2.2). Im Anschluß daran geht es vor allem um die Triebkräfte, die den Prozeß der Normalisierung befördern und damit um Aspekte des politischen und gesellschaftlichen Gehaltes von Phase 3. Formen und Perspektiven des durch die Normalisierung veränderten 'Managements' von HIV und Aids (und damit Phase 4) werden dann beispielhaft an den Politik- und Interventionsfeldern Krankenversorgung (4.1), Primärprävention (4.2), und Drogenpolitik (4.3) beleuchtet. Daraus ergeben sich Unterscheidungen zwischen verschiedenen Normalisierungspfaden sowie Anhaltspunkte für Prognosen und politischen Handlungsbedarf, und zwar sowohl im Hinblick auf Aids als auch für Gesundheitspolitik insgesamt (Schlußfolgerungen).²

² Bei der folgenden Erörterung dieser Phasen und Aspekte werden wir das bei der 2. Konferenz „Aids in Europe“ im Januar 1998 in Paris/UNESCO vorgelegte Material und die dort geführten Diskussionen über Probleme der „Normalisierung von Aids“ einbeziehen. Neben der Entwicklung in nord-, west- und südeuropäischen Ländern werden gelegentlich auch illustrativ Befunde aus den USA sowie Australien einbezogen. Manche wichtigen Unterschiede in den historischen, kulturellen und institutionellen Bestimmungsgründen zwischen den europäischen Ländern fallen dabei dem Umfang dieses Aufsatzes zum Opfer, andere können nur kurz gestreift werden. Ebenfalls würde eine differenzierte Erörterung der Entwicklungen in den ehemals sozialistischen Ländern Europas den Rahmen dieses Aufsatzes sprengen. Aids ist dort derzeit noch ein - auch epidemiologisch - eher nachgeordnetes Problem (trotz lokal dramatisch verlaufender Sub-Epidemien vor allem im Bereich der i.v.-Drogenbenutzer), dem bislang überwiegend mit wenig reflektierten Strategien vom Typ 'Old Public Health' (massive HIV-Test-Politik, Kontrolle des Grenzübertritts) begegnet wird (Pokrovsky, 1995, 1998). Zwar führte der Fall des 'Eisernen Vorhangs' Anfang der 90er Jahre zu einem kurzen Aufflackern des europäischen Aids-Diskurses, doch verglomm dieses alsbald wieder, weil die politische Systemveränderung weitaus drängendere Probleme als Aids provozierte (Friedrich/Heckmann, 1995). Die Chance besteht, daß das, was in den kapitalistischen Ländern Europas der 'Aids exceptionalism' war, im Zuge dieses grundlegenden Wandels Bestandteil einer neuen gesundheitspolitischen Normalität wird ('Überholen ohne einzuholen'; vgl. auch Rosenbrock, 1997b). Vor allem in den baltischen Republiken, in Ungarn, Tschechien und Polen sind dafür auch im Hinblick auf die Prävention Ansätze zu erkennen. „Aids-Präventionsansätze in ehemals sozialistischen Ländern müssen sowohl die besonderen Bedürfnisse als auch die Lebensstile berücksichtigen, die unter den autoritären Regimen entstanden (Herrn/Rosenbrock 1999).“ In anderen Ländern, zum Beispiel in Rußland, stehen dem aber neben dem Ressourcenmangel mächtige, z.T. sehr heterogene konservativ-moralische Koalitionen (mächtige Fraktionen der orthodoxen Kirchen, der kommunistischen Parteien im Bündnis mit überwiegend aus den USA finanzierten ProLife-Initiativen sowie den gewachsenen 'Old Public Health' Institutionen und gestützt auf massive Vorurteile und Abwehrmechanismen in der Bevölkerung), entgegen (Chervyakov/Kon, 1998).

1. Phase (ca. 1981 bis 1986): Gründe für den ‘exceptionalism’

Für das Verständnis von Ausmaß und Inhalt der mit ‘exceptionalism’ verbundenen Innovationen ist es notwendig, sich daran zu erinnern, welche Gründe Mitte der achtziger Jahre in den industrialisierten Ländern trotz aller nationaler Unterschiede zu dem ziemlich breiten Konsens führten, daß der Bedrohung bzw. Herausforderung durch HIV/Aids nicht einfach mit dem Routine-Repertoire der Gesundheitspolitik zu begegnen war. Diese Konsensbildung fand unter der Rahmenbedingung statt, daß in sämtlichen hier betrachteten industrialisierten Ländern (vor allem Europa, Australien und Neuseeland) eine öffentliche, generell oder subsidiär staatlich zu gewährleistende Verantwortung für Gesundheitsschutz sowie undiskriminierter Zugang zu ‘state-of-the-art’-Krankenversorgung bejaht wird und weitgehend durchgesetzt ist.

Gründe für den Konsens über den ‘exceptionalism’ werden von manchen ForscherInnen vorwiegend im Bereich der Bürgerrechte gesehen. So wird vermutet, daß das Zusammentreffen US-amerikanischer Homophobie mit einer tödlichen Krankheit Bedingung für die Intensität der politischen Thematisierung von Aids war (Ballard, 1988). Andere sehen den Einfluß der ‘gay community’ auf die ‘political culture’ als entscheidend an (Altmann, 1988). Im Überschneidungsbereich zwischen Bürgerrechtsfragen und effizienter Gesundheitspolitik sieht Bayer (1998) als wesentliche Triebkraft die Sorge, daß die hauptsächlich betroffenen Gruppen im Falle der Anwendung von ‘Old Public Health’ Prinzipien untertauchen würden. Mehr aus dem sozialpolitischen Blickwinkel sieht Steffen (1998) die Inhalte Aids-spezifischer politischer Entscheidungen als Folge der allgemeinen Entwicklung des Wohlfahrtsstaates.

Eine Zusammenschau von Länderstudien der Politikentwicklung hin zum ‘exceptionalism’ (Kirp/Bayer, 1992; Setbon, 1993; Lichtenstein, 1997; Ballard, 1998; Cattacin, 1996, 1998; van den Boom, 1998) ergibt dagegen **ein differenzierteres Bild von sieben vielfältig miteinander verbundenen Gründen** aus den drei Bereichen Gesundheitspolitik, Bürgerrechtspolitik und Gesellschaftspolitik, die sowohl den Umfang als auch die Richtung der mit dem ‘exceptionalism’ verbundenen Innovationen zu erklären helfen:

a. Mit der allgemeinen Verfügbarkeit wirksamer Antibiotika seit den vierziger Jahren hatte sich die Sicherheit verbreitet, daß das **Zeitalter der Infektionskrankheiten in industrialisierten und reichen Ländern zu Ende** sei. Neue Infektionskrankheiten, wie zum Beispiel die 1976 erstmals aufgetretene Legionärskrankheit oder der Wiederanstieg von Tuberkulose infolge von Migration und wachsender Armut, konnten diese Sicherheit ebensowenig erschüttern wie die Dauerpräsenz von Geschlechtskrankheiten: die Epidemien waren durchweg räumlich und sozial eng begrenzt und erwiesen sich als insgesamt beherrschbar. Da sich in industrialisierten Ländern mehr als drei Viertel der Morbidität und Mortalität durch chronische, meist degenerativ verlaufende Erkrankungen erklären, hatte sich auch die naturwissenschaftliche Beschäftigung mit ansteckenden Krankheiten deutlich verringert. Das

Auftauchen von HIV und Aids erschütterte damit ein sehr weit verbreitetes und nicht mehr hinterfragtes Sicherheitsgefühl.

b. Es wurde rasch deutlich, daß die **klinische Medizin im Hinblick auf das Retrovirus HIV machtlos** war und dies auch zumindest für längere Zeit bleiben würde. Ihre Interventionen beschränkten sich auf die für lange Jahre therapeutisch folgenlose Früherkennung mit Hilfe des HIV-Antikörpertests sowie die symptomatische Behandlung vor allem der opportunistischen Infektionen. Der meist letale Verlauf einer Infektion konnte auf diese Weise nicht verhindert werden. Der tiefe Glaube an die Machbarkeit von Gesundheit durch Medizin erlitt dadurch einen schweren Schlag, und zwar sowohl in der Bevölkerung als auch innerhalb der Professionen von Medizin und Krankenversorgung.

c. Das HI-Virus wird überwiegend durch ungeschützten penetrierenden Geschlechtsverkehr, und zwar besonders effektiv beim Analverkehr sowie durch die gemeinsame Benutzung kontaminierter Nadeln bei intravenösem Drogengebrauch übertragen. Diese **Transmissionswege sowie auch die fortdauernde Infektiösität während der langen Latenzzeit aktivierten symbolisch aufgeladene Bedeutungsfelder** mit vielen Tabus und archaischen Ängsten in der Bevölkerung. Es ging um Sex, Promiskuität, Homosexualität, Prostitution, Drogen, Blut, 'unerkannte Feinde/lebende Zeitbomben' sowie um 'vorzeitigen' Tod. Zumindest die Sex- und Drogenthematik konfrontierten weite Teile der Gesellschaften erstmals mit der Notwendigkeit, sich breit und öffentlich mit Formen und Folgen seit den siebziger Jahren abgelaufener gesellschaftlicher Modernisierungsprozesse (sexuelle Freizügigkeit, Differenzierung und Liberalisierung von Rauschmitteln) auseinanderzusetzen. Das führte und führt zu Unsicherheit und Abwehr. Aids bot sich an als Thema politischer Parteien, Akteure und Bewegungen der Rechten, die traditionell abweichendes Verhalten und Minderheiten als Projektionsfläche für gesellschaftliche Schuldzuschreibungen zu benutzen versuchen. Infolgedessen war das politische Klima, in dem über die Reaktion der Gesundheitspolitik auf Aids entschieden werden mußte, in manchen Ländern aufgeheizt (zum Beispiel Deutschland: Frankenberg, 1992; Frankreich: Steffen, 1998).

d. Die Entscheidungen der Gesundheitspolitik mußten in einer Phase getroffen werden, in der **über das Ausmaß der Bedrohung**, d.h. die Effektivität von Transmissionswegen, die Sicherheit und Akzeptanz von Schutzstrategien etc., **kaum Fakten** vorlagen und keine Sicherheit bestand (van den Boom, 1998). Potentiell schien zunächst neben den i.v.-Drogengebern die gesamte sexuell aktive Bevölkerung ernsthaft gefährdet zu sein. Dies vergrößerte die Bereitschaft, auch ungewohnte Wege zu gehen.

e. Diese Bereitschaft war um so größer, je stärker die **Zweifel an der Effektivität und Effizienz der herkömmlichen Instrumente und Maßnahmen zur Prävention** und Bekämpfung übertragbarer und insbesondere sexuell übertragbarer Krankheiten waren. Die Wirksamkeit der Konzepte der 'Old Public Health' (vor allem Zwangsuntersuchungen, strenge Verhaltensaufgaben, rigide Eingriffe in Bürgerrechte ein-

schließlich massiver Einbrüche in die Privatsphäre sowie Quarantäne und Therapiezwang) wird in diesem Zusammenhang schon lange in Frage gestellt. Nur unter sehr speziellen und politisch nicht herstellbaren Bedingungen (zum Beispiel in Armeen mit staatlich kontrollierter Prostitution) hatten sich diese Instrumente als epidemiologisch wirksam erwiesen (Brandt, 1987). Zweifel an diesem Instrumentarium betrafen nicht nur die Effektivität, sondern auch die Durchsetzbarkeit angesichts der vor allem im Jahrzehnt vor Aids gewachsenen sexuellen Freizügigkeit und des Bedeutungszuwachses individueller Freiheiten in kapitalistisch-demokratischen Ländern (Steffen, 1998).

f. Die Entscheidung gegen 'Old Public Health' fiel leichter, weil im Gegensatz zu vergangenen Epidemien **Elemente einer alternativen Strategie zumindest als Konzept und in Form zahlreicher Praxisansätze**, also als konkrete Handlungsoptionen, **verfügbar** waren: Vor allem zur bevölkerungsbezogenen Senkung von Herz- und Kreislauferkrankungen waren seit den sechziger Jahren Methoden und Instrumente der Verhaltensbeeinflussung erprobt worden (Puska et al., 1985; Farquhar et al., 1990; Ballard, 1998). An deren - begrenzten - Erfolgen, vor allem aber an ihrem Konzept und an Grundelementen, konnte angeknüpft werden: 'community'-Mobilisierung, Partizipation der Zielgruppen bei Planung, Durchführung von Prävention, Versorgung und sozialer Unterstützung, individuelle und massenmediale Orientierung auf Kommunikation, positive Verhaltensanreize in der sozialen Umwelt, 'enabling' und 'empowerment' als Zielgrößen und Voraussetzung eines individuell wie gesellschaftlich verantwortlichen Risikomanagements. Dieses Grundmodell erlangte im Jahre 1986, also gegen Ende der Entstehungsphase des 'Aids-exceptionalism', aber unabhängig von Aids in Form der Ottawa Charta für Gesundheitsförderung der WHO, den Rang eines zumindest programmatisch weltweit getragenen Konsens.

g. Die Wahl einer Strategie nach diesem Modell lag politisch auch deshalb nahe, weil damit **zwei beim Erscheinen von Aids entstandene Bewegungen in der Bevölkerung einbezogen bzw. instrumentalisiert** werden konnten. Zum einen hatte die 'gay community' - in den meisten Ländern noch vor den Regierungen - begonnen, Verhaltensänderungen in den eigenen Reihen zu organisieren und forderte nun auch soziale Unterstützung sowie Schutz der vom 'gay liberation movement' seit den sechziger Jahren z.T. militant erkämpften rechtlichen und sozialen Freiheiten. Gleichzeitig wirkte sie als Impulsgeber für politische und soziale Mobilisierung von Aids-Aktivisten. Zum Teil dadurch angeregt, bildete sich in zahlreichen Ländern um Aids eine Art Kordon von liberal-konservativen, liberalen und linken Parteien bzw. Bewegungen, dem sich rasch auch weite Teile des professionellen Pflege- und psychosozialen Betreuungspersonals anschlossen. Diese „exceptionalist alliance“ (Steffen, 1998) verband neben der Solidarität mit den realen und potentiellen Opfern vor allem eine Befürchtung: Die Gemeinsamkeit der gesellschaftlichen Randlage der primär betroffenen (Schwule, i.v.-Drogenbenutzer) bzw. für betroffen gehaltenen Gruppen (wie Prostituierte) könnte für rechte Parteien und Bewegungen ein mit Hilfe der Mobilisierung von Angst, Abwehr und Vorurteilen in der Bevölkerung

aufzubrechendes Tor für Repression und darüber hinausgehende Zivilisationsbrüche werden. So gab es für eine auf positive Mobilisierung und Aktivierung setzende Intervention soziale Schubkraft in Form von politischem Druck und in Form von hoher Einsatz- und Handlungsbereitschaft (zum Beispiel freiwilliges Engagement). In dem Maße und solange diese politische Konfiguration - das 'Aids movement' - das 'politische Eigentum' an Aids behauptet, wurde und wird Aids auch mit anderen Reformthemen dieser Koalition (Gesundheitspolitik, Krankenversorgung, Partizipation, Bürgerrechte, Sozialpolitik, Geschlechterdemokratie, Schwulenpolitik) 'aufgeladen'.

Zusammengefaßt: Das Auftreten von Aids hat in industrialisierten Ländern ein auf diesem Politikfeld in dieser Größe außerordentlich seltenes „window of opportunities“ (Kingdon, 1984) für neue Ansätze und Projekte in der Gesundheitspolitik aufgestoßen. Die sich dabei bietenden Gelegenheiten wurden nationalspezifisch in unterschiedlichem Ausmaß und in unterschiedlicher Geschwindigkeit genutzt. Weiter unten (Abschnitt 2.2) wird auf einige dieser Unterschiede und ihre Erklärung eingegangen. Zuvor aber soll skizziert werden, welche Eigenschaften die durch 'exceptionalism' ermöglichte Aids-Politik im Optimalfall haben kann bzw. hätte annehmen können. Im folgenden soll dieses Modell beschrieben werden, von dem viele Elemente in den meisten, jedes einzelne in mindestens einem Land realisiert wurde. Es handelt sich also gewissermaßen um eine Synthese aus den progressivsten nationalen Politiken, wie sie wohl nirgendwo vollständig umgesetzt worden ist. An dieser insofern idealisierenden Beschreibung kann abgelesen werden, welche - zum Teil weit über das Management von Aids hinausweisenden - Innovationen zur Disposition stehen, wenn Normalisierung sich als schlichte Rücknahme bzw. Rückentwicklung des 'exceptionalism' vollziehen würde.

2. Phase (ca. 1986 bis 1991): Vom 'exceptionalism' zum Modellfall moderner Gesundheitspolitik

2.1 Das Policy Modell des 'exceptionalism'

Jenseits aller nationaler Unterschiede (siehe Abschnitt 2.2) kann das synthetisierte 'vollständige' Modell des als 'exceptionalism' bekannt gewordenen Umgangs mit Aids in Gesellschaft, Politik und Krankenversorgung in fünf (interdependente) Komplexe zusammengefaßt werden:³

³ Die Terminologie und Abfolge unserer Darstellung orientiert sich im folgenden aus Gründen der Klarheit an den Phasen bzw. Stufen des „Public Health Action Cycle“ (National Academy, 1988; Rosenbrock, 1995a). Damit soll jedoch keineswegs angedeutet werden, die Entstehung der je nationalen Aids-Politiken sei derart planmäßig, wie dieses Modell suggeriert, verlaufen. Länderspezifische Fallstudien (vgl. Kirp/Bayer, 1992) zeigen sehr unterschiedliche Verlaufsmuster und Akteurskonstellationen. Im Hinblick auf die Prävention wurde zum Beispiel meist schon organisiert und gehandelt ('assurance'), bevor explizit irgendeine Policy formuliert wurde oder ein 'assessment' stattgefunden hatte. Im Hinblick auf die Aids-Politik erweist sich die für andere Politikfelder erarbeitete Kritik an der Vorstellung von einem Politikzyklus als stichhaltig: Implizit

a. Politikformulierungsprozeß: Die Grundfragen der Aids-Strategie (Existenz und Größe von Infektionsrisiken, Rolle der Infizierten, Kranken und der betroffenen Gruppen, Verantwortlichkeit für präventives Verhalten, HIV-Antikörpertest und 'Screening'⁴ an symptomlosen Menschen, Verhalten der beteiligten Gesundheitsberufe und Krankenversicherer (Zugang zu und Qualität der Behandlung), arbeits- und strafrechtliche Fragen) wurden öffentlich, zum Teil hoch kontrovers verhandelt und in offenen politischen Systemen zum Teil zwischen NGOs, Regierungen und den beteiligten Gesundheitsberufen ausgehandelt. Dieses demokratisch-partizipative Verfahren schuf zugleich in ungewohnt kurzer Zeit einen sehr hohen Informationsstand und großes Problembewußtsein in der Bevölkerung. Es kann insofern als vergleichsweise gelungenes Beispiel öffentlicher Risikokommunikation und damit der diskursiven Definition und der Wahrnehmung eines sozialen und gesundheitlichen Risikos (Cattacin, 1998) angesehen werden.

b. Akteurskonstellation im Politikformulierungs- und Implementationsprozeß: Sowohl im Prozeß der Politikformulierung als auch in der Implementation kam es - im Vergleich zum Management anderer Gesundheitsrisiken - zu erheblichen Abweichungen sowohl im Hinblick auf den Kreis der beteiligten Akteure als auch im Hinblick auf Verteilung von Macht und Verantwortung zwischen den Akteuren (Setbon, 1993). Die üblicherweise starke Rolle der *Medizin* war geschwächt: wirksame Therapien gegen die HIV-Infektion waren nicht verfügbar, und die massenhafte Anwendung des HIV-Antikörper-Tests bis hin zum Zwangsscreening wurde als inkompatibel mit dem Präventionsmodell (siehe weiter unten Absatz c.) angesehen.⁵

Geschwächt - in manchen Ländern freilich erst nach erheblicher Gegenwehr - wurden die professionellen und institutionellen Vertreter von 'Old Public Health' sowie die Inhaber polizeilicher und repressiver Instrumente. 'New Public Health' - und damit eine wesentlich auf sozialwissenschaftliche Konzepte aufbauende Expertise - besetzte weitgehend die dadurch freigewordenen Positionen. Dies geschah in den meisten Ländern in enger Kooperation mit Organisationen der hauptsächlich betroffenen Gruppen, vor allem der 'gay community' (Pollak, 1991), sowie dem

verengt dieses Modell die Perspektive des politischen Prozesses auf Wahrnehmung und Handeln eines einzigen mächtigen Akteurs (meist die jeweilige Regierung) (Héritier, 1993). Die komplexe Realität der Entstehung und des Funktionierens eines Netzwerks aus mitwirkungsbereiten Interessengruppen ('issue communities') und Lobbygruppen ('advocacy coalitions') sowie der von ihnen hervorgebrachten politischen Steuerungs-(governance)strukturen mit vielen staatlichen und nichtstaatlichen Akteuren läßt sich auf diese Weise nicht abbilden. Der analytische Nutzen des Modells liegt deshalb vor allem in seiner Verwendung als 'Phasen-Heuristik' (Sabatier/Jenkins-Smith, 1993).

⁴ Screening ist die Anwendung von medizinischen Tests auf ganze Populationen.

⁵ Die fachliche Unzulänglichkeit hielt freilich viele definitions- und machtgewohnte Repräsentanten der medizinischen Profession nicht davon ab, auch für zum Beispiel sexual-, verhaltens- und medienwissenschaftliche Fragen, für moralische Probleme sowie für die Eigenschaften von Kondomen letzte Autorität zu behaupten. In Deutschland prägte dies zum Beispiel weite Teile der mehrjährigen und nicht zuletzt deshalb mühsamen, in der Politikformulierung letztlich erfolgreichen (Frankenberg, 1992) Arbeit der Enquete-Kommission „Aids“ des Deutschen Bundestages (Deutscher Bundestag, 1990; Rosenbrock, 1990). Untersuchungen zu Gründen und Folgen der Beibehaltung des 'imperialen Gestus' der medizinischen Profession auch unter Bedingungen, unter denen sie tatsächlich wenig beitragen kann, stehen noch aus.

'cordon sanitaire' aus Bürgerrechtsbewegungen. Die Notwendigkeit, neue Konzepte rasch in die Praxis umzusetzen, erforderte und bewirkte einen ungewohnt effektiven Transfer zwischen Forschung und praktischer Anwendung, und zwar in beide Richtungen (Rosenbrock, 1995b). Kommunikation und Verständigung zwischen den politischen, den wissenschaftlichen und den Selbsthilfe-Organisationen (Caplan, 1979) funktionierten unter Handlungsdruck überraschend gut. Dieser sektorenübergreifende Ansatz der Prävention erforderte eine Einbeziehung der Massenmedien, des Bildungs- und Rechtssystems sowie von Teilen der privaten Wirtschaft (Arbeitsrecht, Sponsoring, Kommunikationskanäle).

In der Krankenversorgung gewannen bis dahin minderbewertete Gesundheitsberufe (PflegerInnen, PsychologInnen, SozialpädagogInnen) und Akteure der extramuralen bzw. ambulanten Versorgung gegenüber der stationären Versorgung an Gewicht und Bedeutung. In vorher nicht bekanntem Ausmaß übernahmen Organisationen der hauptsächlich betroffenen Gruppen, vor allem von Schwulen, Kompetenz und Aufgaben der Krankenversorgung (Schaeffer/Moers/Rosenbrock, 1992b; Dodier, 1998). Neu war ebenfalls die Beteiligung dieser Organisationen an Fragen der Forschung, Entwicklung, Erprobung und Verteilung neuer Medikamente (Ballard, 1998) mit teilweise eigentümlichen Koalitionen aus Betroffenenengruppen, klinischen MedizinerInnen und pharmazeutischer Industrie. Die Erfolge dieser Koalitionen (beschleunigte Zulassungsverfahren, Anwendung neuer Medikamente vor Abschluß der klinischen Prüfungen etc.) sind pharmapolitisch vor allem unter Gesichtspunkten der Verlässlichkeit von Forschungsergebnissen und der Arzneimittelsicherheit jedoch zum Teil umstritten (Wachter, 1991).

Sowohl die wahrgenommene Größe der Herausforderung durch HIV und Aids als auch das Ausmaß der Innovationen der gesellschaftlichen Antwort überstieg in vielen Ländern die Kompetenz der Gesundheitsministerien: Die staatliche Aids-Politik wurde in diesen Fällen von der Regierungsspitze initiiert bzw. koordiniert, Aids wurde zur 'Chef-Sache'. Das entstandene Politik-Modell beruhte aus Sicht des Staates weitgehend auf die Regierung entlastender und höhere Effektivität versprechender Delegation von Aufgaben an oft nichtstaatliche Akteure und deren möglichst selbstregulierte Koordination, also auf „governing at a distance“ (Rose/Miller, 1992). Dazu hatten sich Regierungen seit den siebziger Jahren durch die Inkorporierung sozialwissenschaftlicher Expertise in ihren Apparat zunehmend befähigt (Cattacin, 1998). Die Politikformulierung wurde zudem zunehmend von der 'international issue community' beeinflusst: Aspekte der individuellen und politischen Bewältigung werden in einer durch weltweiten Konferenzbetrieb und elektronische Medien rasch zusammenwachsenden Welt international verhandelt und - unter wachsendem Konvergenzdruck - auch entschieden.

c. Politikformulierung und Implementation der Primärprävention: In Anknüpfung an Erfahrungen mit 'community'-bezogener Prävention und Gesundheitsförderung sowie unter zunehmend expliziter Bezugnahme auf die Ottawa-Charta der WHO wurde ein neues Präventionskonzept entwickelt und umgesetzt. Dabei sollte sich das Verhalten nicht durch Zwang ändern, aber auch nicht durch bloße Information und

Appelle, sondern zugleich die soziale Umwelt in einer Weise beeinflusst werden, die die eigenen Motive für präventives Verhalten stärkt und gegenläufige Motive schwächt. Deshalb wurden nicht nur geeignete Kommunikationskanäle auf mindestens drei Aggregatebenen (bevölkerungsweite Aufklärung, zielgruppenspezifische Kampagnen, persönliche Beratung) für widerspruchsfreie Aufklärungs- und Erziehungs-Botschaften ausgebaut und benutzt. Vielmehr galt die Aufmerksamkeit auch der Optimierung der Kommunikationsvoraussetzungen mit den und innerhalb der Zielgruppen. Das implizierte nicht nur eine Unvereinbarkeit zwischen öffentlicher Diskriminierung (einschl. polizeilicher Verfolgung) und glaubwürdig partnerschaftlicher Infektionsprävention der Zielgruppen, sondern führte logisch zu der Konsequenz, die Lebensweisen, Milieus und Strukturen der Zielgruppen (zum Beispiel Treffpunkte aller Art) als Kommunikationsmöglichkeiten zu sehen und ggf. zu stützen ('community building', 'community organizing'). Faktoren, die die Effektivität der Präventionsanstrengungen minderten (zum Beispiel Ungerechtigkeiten zwischen den Geschlechtern und aufgrund unterschiedlicher Schichtzugehörigkeit, vgl. Luger, 1998), wurden bei der Konzeption der Prävention berücksichtigt und als veränderungsbedürftig thematisiert. Ansatzpunkte und Inhalte der Prävention knüpften grundsätzlich an Fähigkeiten und Bedürfnissen in den Zielgruppen an, bezogen sich also primär auf (zu vermehrende) Ressourcen und nicht auf (zu beseitigende) Defizite. Zusammen mit der Sicherstellung eines möglichst ungehinderten Zugangs zu den technischen Mitteln der Prävention (Kondome, Gleitcreme, sterile Spritzen) sollten auf diese Weise gruppenbezogene und selbstorganisierte Anreize mit dem Ziel der Etablierung sozialer Normen für risikomeidendes ('safer sex', 'safe use'), gesundheitsförderliches und solidarisches Verhalten geschaffen und stabilisiert werden. Die Verantwortung für präventives Verhalten wird gleichermaßen Infizierten und Nicht-Infizierten zugesprochen. Dazu gehört auch die Verantwortung, den/die sexuelle PartnerIn über potentielle Risikoexposition aufzuklären. Die Realisierung dieses Ansatzes bei der Prävention einer überwiegend sexuell übertragenen Krankheit bildet den Übergang von der „despotischen“, individualisierten, direkten Überwachung zu „infrastrukturellen“, kontinuierlichen und indirekten Kontrollmechanismen (Mann, 1986), vom Ansatz des „control and containment“ zur „inclusion and cooperation“ (Bayer, 1989); von der „individuellen Suchstrategie“ zur „gesellschaftlichen Lernstrategie“ (Rosenbrock, 1987a). Da in die eigentlichen Zonen riskanten Verhaltens (Sex, Drogenbenutzung) als Tabu-, Scham- und z.T. kriminalisierte Bereiche nur schwer direkt zu intervenieren ist, wurden auch andere Institutionen, vor allem das Bildungswesen (z. B. sexuelle Aufklärung, Informationen über Drogen und 'peer education'), sowie die Rechtspolitik (zum Beispiel Strafrecht, Diskriminierungsschutz sowie Sozial- und Arbeitsrecht) in die Präventions-Strategien einbezogen. In der Drogenpolitik kollidierten dabei herkömmliche Prinzipien der Ausgrenzung und Verfolgung mit den Erfordernissen der Aids-Prävention. Policy-Änderungen bezogen sich auf die soziale und legale Definition des Drogengebrauchs (abweichendes Verhalten, Krankheit, Straftat) und der Drogenbenutzer, das Drogen-Abstinenz-Dogma sowie die Verfügbarkeit von sterilen Spritzen und die Etablierung von Methadon- bzw.

auch Heroin-Programmen (siehe weiter unten, Abschnitt 4.3). Im Hinblick auf die Inklusion von Prostituierten ging es um Entkriminalisierung sowie um soziale Rechte. Prävention wurde damit zu einem sektorenübergreifenden Querschnittsprojekt.

d. Politikformulierung und Implementation in der Krankenversorgung: Das System der professionellen Krankenversorgung zeigte anfänglich Abwehrreaktionen bis hin zur Verweigerung von Zugangs- und Behandlungsmöglichkeiten für Aids-Patienten. Dies hatte im wesentlichen drei Gründe: (1) HIV und Aids waren nicht oder nur wenig ergiebig zu therapieren. (2) Die Behandlung war mit - wenn auch sehr geringen, durch Einhaltung der Hygiene vermeidbaren - Infektionsrisiken verbunden. (3) Die Patienten stammten aus gesellschaftlichen Randgruppen, deren Lebensweisen und Überlebensstrategien (vor allem bei i.v.-Drogenbenutzern) partiell mit den Routinen und dem Kontrollbedürfnis der Medizin und in der Krankenversorgung kollidierten. Diese Faktoren sowie der rasch auftretende Bedarf nach humaner und solidarischer Begleitung von Aids-Kranken in Phasen schwerer Krankheit und beim Sterben sprachen die in der gesamten „exceptionalist alliance“ (Steffen, 1998) starken Motive von Autonomie und Partizipation an und lenkten Aufmerksamkeit und Energie der Bewegung frühzeitig auch auf die Gestaltung der Krankenversorgung. Mit zunächst starker Unterstützung durch die beteiligten Gesundheitsberufe (Medizin, Pflege, psychosoziale Betreuung, Sozialarbeit) wurden strukturelle Veränderungen der Krankenversorgung durchgesetzt, die angesichts der Letalität der Krankheit vorrangig auf Lebensqualität setzten und Patientenorientierung zur zentralen Leitmaxime erhoben. Mit anderen Worten: In erster Linie sollte der Problematik der Erkrankten und nicht der Gesellschaft entsprochen werden.

Der Schwerpunkt in den Strukturveränderungen der Krankenversorgung wurde darauf gelegt, Krankenhausaufenthalte so kurz wie möglich zu halten und die Versorgung prioritär ambulant zu gestalten. Dazu waren folgende notwendigen Voraussetzungen zu erfüllen: Neben dem Aufbau einer entsprechenden qualifikatorischen, rechtlichen und institutionellen Infrastruktur mußte auch die dazu notwendige Verbesserung der Kooperation und Koordination zwischen den beteiligten Gesundheitsberufen und Institutionen sowie den informellen Helfern ermöglicht werden. Es wurde großes Gewicht auf die Einbeziehung von NGOs, gemeindenahen ('community-based') Versorgungseinrichtungen und Tageskliniken sowie auf Patientenpartizipation gelegt, um auf diese Weise auch die individuelle Wahl unterschiedlicher Patienten- bzw. Versorgungspfade zu ermöglichen. Damit wurde ein wichtiger Schritt getan, um von der angebotsorientierten zur bedarfsorientierten Krankenversorgung zu kommen - ein konstitutiver Bestandteil von 'New Public Health'. Mit erheblichen länderspezifischen Unterschieden erfolgten entsprechende Anpassungen der Krankenversorgung. Die Varianz reichte von Erweiterungen herkömmlicher Strukturen in Ländern mit bereits modernisierter Struktur der Krankenversorgung (zum Beispiel Schweiz: Kocher, 1993; Niederlande: van den Boom, 1998) über enklavenartige Ausbuchtungen der Regelversorgung (zum Beispiel Österreich: Dür/Haas, 1992) bis hin zur Etablierung spezialisierter Einrichtungen (zum Beispiel

in Deutschland spezielle, gemeindenahe Pflegedienste sowie Arztpraxen mit einer Spezialisierung für Menschen mit HIV und Aids, Arztpraxen mit kontrollierter Methadoneinnahme zur Substitution (Moers/Schaeffer, 1992a), Aids-Abteilungen in Krankenhäusern mit besonderer Koordination der Übergänge zur und von der extramuralen Versorgung (Schaeffer/Moers/Rosenbrock, 1992b; Moers/Schaeffer, 1992b; Schaeffer, 1995a, 1995b; Bungener, 1996; Fassin, 1996; Souteyrand, 1997).

Innerhalb der Krankenversorgung wurde sowohl unter dem Gesichtspunkt des Schutzes vor Infektionen als auch dem der Versorgungsqualität über die Frage debattiert, ob für bestimmte Krankheiten oder Krankengruppen spezialisierte Behandlungs- und Pflegeeinrichtungen ('categorical services') geschaffen bzw. gefördert werden sollten (van den Boom, 1998). Trotz eindeutigen Primats der Regelversorgung bildeten sich zahlreiche Sonderinstitutionen und Mischformen.

Die oft erbittert geführte Debatte (zum Beispiel Rogers/Osborn, 1991) über die Bewertung der bestehenden Infektionsrisiken (Notwendigkeit und Sinn des Testens von Patienten und des medizinischen- und pflegerischen Personals) wurde offiziell mit der Integration der Patienten in die allgemeinen Versorgungsstrukturen und Bemühungen um die Einhaltung von Hygieneregeln, inoffiziell mit häufigem Druck auf Patienten, sich 'freiwillig' testen zu lassen bzw. mit heimlichen Tests 'beendet'. Innovationen innerhalb der Krankenversorgung wurden in keinem Land derart intensiv evaluiert wie die Praxis und Ergebnisse der Prävention. Dies erleichterte in späteren Phasen (vgl. weiter unten, Abschnitt 4.1) die Rücknahme von Reformen.

Die Bedeutung, die in der Phase des 'exceptionalism' den Innovationen der Krankenversorgung beigemessen wurde, zeigte sich zum Beispiel daran, daß die Aids-Krankenversorgung in den meisten Ländern nicht nur von Ressourcenkürzungen ausgenommen wurde, sondern im Gegenteil im Vergleich zu anderen Krankheiten erhebliche zusätzliche Ressourcen erhielt (Steffen 1998).

e. 'Screening Policy' und Risikowahrnehmung: Mit dem HIV-Antikörper-Test gab es ab 1984 ein technisches Instrument zur Feststellung des Serostatus. Zwecke, Umfang und Bedingungen der Verwendung dieses Instruments bildeten ein zentrales, in manchen Ländern das wichtigste Konfliktfeld der medizin- und gesundheitspolitischen Aushandlung der Aids-Politik. Gegen einen breiten oder gar zwangsweisen Einsatz des HIV-Antikörper-Tests in der Primärprävention sprachen gewichtige Gründe (Rosenbrock, 1991, 1994b). Dies führte neben den politischen auch zu wissenschaftlichen Auseinandersetzungen, die weit über den Bereich von Aids hinaus weite Teile des sekundärpräventiven Ansatzes (Früherkennung zur Vorverlegung des individuellen Interventions- bzw. Therapiebeginns) in Frage stellten (Holland/Stewart, 1990; Abholz, 1994; Miller/Lipman, 1996). Unter technischen Aspekten hatte der Test den Nachteil, Infektionen erst nach Bildung von Antikörpern, also ca. 12 Wochen nach dem Viruskontakt, zu ermitteln (diagnostisches Fenster). Zudem sprachen Defizite in Sensitivität (Risiko von falsch negativen Befunden) und Spezifität (Risiko von falsch positiven Befunden) gegen Massenscreenings und für die sorgfältige Begrenzung des Einsatzes vor allem auf die Sicherung von

Blutspenden und Blutprodukten sowie auf die Differentialdiagnostik bei symptomatischen Patienten. Sozial sprach nicht nur die Grundentscheidung gegen Zwang und für eine gemeindebezogene ('community-oriented') und auf Lernen beruhende Präventionsstrategie gegen Massenscreenings und für Testzurückhaltung bis hin zur Testentmutigung (van den Boom, 1998). Hinzu kam, daß die gleichzeitige Sendung der Botschaften „Safer Sex für alle außerhalb strikter Monogamie“ und „Test“ gegen die Gebote der Einfachheit und Widerspruchsfreiheit in der Prävention verstießen. Unterstützt wurde diese Position durch sozialwissenschaftliche Befunde, die relevante Verbesserungen des präventiven Verhaltens durch den Test (als individuelle Risikowahrnehmung) nicht belegen konnten (Cleary et al., 1988; Michel, 1988; Higgins et al., 1991; Zenilman et al., 1992; Gill et al., 1998). Ein sinnvoller und auch öffentlich empfehlenswerter Einsatz des Tests wurde für den Zeitpunkt der Verfügbarkeit solcher medizinischer Therapien vorausgesehen, deren Effektivität mit einem Therapiebeginn schon während der Phase der Symptomlosigkeit steigt (zum Beispiel Rosenbrock, 1986).

Insgesamt führten das gewählte Präventionsmodell und der politische wie wissenschaftliche Streit über den HIV-Antikörper-Test zur Entwicklung und Anwendung einer ganzen Reihe von methodisch innovativen Ansätzen im Bereich der Risikowahrnehmung, der 'surveillance' und der Evaluation (Dubois-Arber et al., 1988, 1997a; de Vroome et al., 1990; Kirschner, 1993; Mertens et al., 1994).

Fügt man, wie in diesem Abschnitt geschehen, die meistentwickelten Elemente (sozusagen die partiellen 'best cases') der je nationalen Aids-Politiken zu einem 'idealen' Gesamtbild zusammen, so zeigt sich, daß im Umgang mit HIV und Aids zahlreiche Innovationen im Hinblick auf alle Stufen des „Public Health Action Cycle“ realisiert wurden - Innovationen, die in vielen Ländern zuvor oft jahrzehntelang gegen die Zurückgebliebenheit von Public Health (Thiaudiere, 1998) sowie gegen „Reformblockaden im Gesundheitswesen“ (Rosewitz/Webber, 1990) auch dort nicht hatten durchgesetzt werden können, wo genügend Evidenz für die mit ihnen verbundenen Vorteile im Hinblick auf Zugangschancen, Chancengleichheit, Qualität der Pflege sowie Effizienz vorlag. Das weitere Schicksal dieses Modells und seiner Bestandteile im Prozeß der Normalisierung ist deshalb gesundheitspolitisch und gesundheitswissenschaftlich weit über den Umgang mit Aids von Bedeutung.

2.2 Unterschiede in den Ausgangsbedingungen und in der Ausgestaltung des 'Aids-exceptionalism'

Die gesundheitspolitischen Modelle für den Umgang mit HIV und Aids, die in den kapitalistischen europäischen Ländern infolge des 'exceptionalism' tatsächlich implementiert wurden, waren - verglichen mit der auf anderen Feldern der Gesundheitspolitik existierenden Varianz - in ihren Grundzügen zwar erstaunlich ähnlich (Kirp/Bayer, 1992); innerhalb dieser Grundzüge aber bestanden und bestehen immer noch beträchtliche Unterschiede. Diese Unterschiede finden sich im Hinblick auf alle

fünf (siehe Abschnitt 2.1) skizzierten Innovationsfelder: Besonders in südeuropäischen Ländern begann der Prozeß der Politikformulierung mit starker Verzögerung (Cattacin, 1998). Ebenso differierten die schließlich umgesetzten Strategien zum Beispiel im Hinblick auf die Rolle des HIV-Antikörper-Tests in der Primärprävention (zum Beispiel zwischen der schwedischen Position mit starker Testbefürwortung (Henriksson/Ytterberg, 1992) über die deutsche Mittel-Position (jeder Mensch mit einem Risiko sollte sich beraten - und dann ggf. auch testen - lassen) (Frankenberg, 1992) bis hin zur niederländischen Policy der offiziellen und öffentlichen Testentmutigung (Wijngaarden, 1992). Das Mißtrauen der „exceptionalist alliance“ gegenüber den Mißbrauchsmöglichkeiten des HIV-Antikörper-Tests erstreckte sich auch auf die Frage der Zulässigkeit von ‘unlinked anonymous testing’ als Instrument für Risikowahrnehmung und -evaluation. In den Niederlanden wurde es auf der Basis der insgesamt auf ‘New Public Health’ setzenden, test-aversiven Policy nicht zum Einsatz (Kirp/Bayer, 1992) gebracht, während die Verwendung dieses Instruments vor dem Hintergrund der langen und kontroversen Diskussion über die Achtung der Privatsphäre durch Public Health in Großbritannien (Steffen, 1998) erst nach zwei Jahren genehmigt wurde. In Deutschland wurden ‘anonyme’ Tests von der gesundheitspolitisch unterlegenen ‘Überwachungs- und Kontroll-Fraktion’ (‘control’ und ‘containment’) als symbolische Ersatzstrategie zunächst in Bayern eingesetzt (Beckstein, 1992). Dies führte jedoch nur zu „geringem Nutzen und hohen Kosten“ (Fechter, 1992).

Offen und ohne Diskriminierung auf außerehelichen Sex bezogene Kampagnen, insbesondere die Kondom-Werbung, stießen vor allem in südeuropäischen, katholisch geprägten Ländern auf lange hinhaltenden Widerstand (Cattacin, 1996). In den liberalen bzw. protestantischen Ländern wie der Schweiz (Kocher, 1993), den Niederlanden (van den Boom, 1998), Australien (Ballard, 1998) und Neuseeland (Lichtenstein, 1997) gab es dagegen keine oder nur kurze Gegenwehr. Deutschland und Österreich bildeten eine Mittelposition (Frankenberg, 1992; Cattacin, 1996).

Die Beteiligung von NGOs und Repräsentanten der Schwulenbewegung an dem Aids-Policy-Netzwerk und damit an der Aushandlung und den Entscheidungsprozessen differierte beträchtlich zum Beispiel zwischen dem eher geschlossenen politischen System Großbritanniens (Steffen, 1998) und den Niederlanden mit einer gewachsenen Tradition der Beteiligung zivilgesellschaftlicher Akteure am politischen Prozeß (van den Boom, 1998).

Wenn die Besonderheiten des Themas, des Politikprozesses und seiner Arena (siehe Kapitel 1) berücksichtigt werden, dann ist es nicht erstaunlich, daß die Policy-Unterschiede nicht den drei Grundtypen der europäischen Sozial- und Gesundheitspolitik (Esping-Anderson, 1990) entsprechen: Die Varianz zwischen Ländern mit überwiegend sozialdemokratisch-staatlichem Gesundheitssystem ist größer (zum Beispiel im Hinblick auf die Rolle des HIV-Antikörper-Tests zwischen Schweden: Henriksson/Ytterberg, 1992; Dänemark: Albæk, 1992; und UK: Steffen, 1998) als zum Beispiel ihr Unterschied zu Ländern des zentraleuropäisch-konservativen Typus der sozialen Sicherung. Zu den Ländern mit einer Aids-Politik, die dem oben skizzierten

Idealmodell am nächsten kommen, gehören sowohl die Schweiz mit stark marktwirtschaftlich regulierter Gesundheitspolitik als auch die Niederlande mit ihrem Sozialversicherungsmodell (Kocher, 1993; van den Boom, 1998). Aids hatte nicht als Bestandteil der gesundheitspolitischen Arena seine Themenkarriere, und über Aids-Policies wurde auch nicht nur nach der Logik und den Regeln dieser Arena entschieden.

Vielmehr lassen sich in der Thematisierung und im Management der Epidemie die Einflüsse aus drei Arenen (Lowi, 1964; Rosenbrock, 1985) unterscheiden, die als Konfiguration aus Institutionen, Professionen und anderen Akteuren sowie aus Normen, Mentalitäten, Werthaltungen und Verfahrensroutinen („cultures“; Bütschi/Cattacin, 1994; Cattacin, 1998) die Polity (Heidenheimer, 1986; Ruetten, 1995) ausmachen, die sich um Aids bildete: Neben Faktoren aus der gesundheitspolitischen Arena sind dabei Faktoren aus den übergreifenden politisch-staatlichen und politisch-gesellschaftlichen **Polities** von Bedeutung.

Die Aufgabenstellung der gesundheitspolitischen Arena hat sich in Europa in einem säkularen Prozeß weitgehend auf die Regulierung und Finanzierung von medizinischen Interventionen an Individuen reduziert (McKeown, 1979; Rosenbrock, 1998a). In diesem Rahmen mußten im Zusammenhang mit Aids drei Fragen geklärt werden:

(1) Soll die Versorgung von HIV-Infizierten und Aids-Patienten wie bei allen anderen Krankheiten vom Staat, der Sozialversicherung bzw. den privaten Krankenversicherungen finanziert werden? Nach anfänglichen Unsicherheiten (für Deutschland zum Beispiel Rosenbrock, 1986) und mit bleibenden Unvollkommenheiten bei privaten Versicherungen (Steffen, 1998; van den Boom, 1998) wurde diese Frage klar zugunsten der Inklusion entschieden.

(2) Sollen Ärzte routinemäßig und unter Umständen Ratsuchende und Patienten auch ohne deren ausdrückliche Einwilligung auf HIV testen? Nach anfänglichen Kontroversen und Positionswechseln, zum Beispiel in Großbritannien (Steffen, 1998) und Deutschland (Frankenberg, 1992), rückten die Mehrheit bzw. die Repräsentanten der medizinischen Profession von dieser individuellen Suchstrategie ab. Der Grund für diese Zurückhaltung ist wohl weniger in Fragen der Ausübung (staatlich verliehener) Macht an die medizinische Profession (Freidson, 1970) oder die unterschiedliche Ausprägung der Machtbeziehungen zwischen Staat und Profession (Daheim, 1992) zu sehen, als in dem Umstand, daß jede andere Entscheidung die Ärzte in die undankbare Rolle von Schlüsselfiguren im Konflikt zwischen 'Old Public Health' und der „exceptionalist alliance“ gebracht hätte. Mit diesem Ergebnis rückte die medizinische Profession aus Gründen, die nicht nur in der gesundheitspolitischen Arena lagen, von ihrer professionellen Routine ab, die in Früherkennungsuntersuchungen - oftmals ohne Berücksichtigung der erwünschten und unerwünschten Wirkungen - „an end in itself“ (Holland/Stewart, 1990) sieht. Ärzten, die trotzdem und oft ohne ausdrückliche Einwilligung testeten, wurden in einigen Ländern strafrechtliche Konsequenzen angedroht (Frankenberg, 1992).

(3) Schließlich waren innerhalb der gesundheitspolitischen Arena Fragen des Zugangs und der Struktur der Krankenversorgung zu entscheiden. Die Gesundheitspolitik unterschied sich national je nach dem, inwieweit (a) 'New Public Health' bereits Eingang in die Krankenversorgung gefunden hatte und infolgedessen lediglich Anpassungsleistungen zu erbringen waren (Niederlande, Schweiz, Großbritannien), (b) handlungsfähige Gruppierungen und Institutionen der Krankenversorgung bereit waren, Aids als Testfall und Pilotprojekt für modernisierende Reformen aufzugreifen (zum Beispiel Deutschland, Frankreich) und (c) der gesamtgesellschaftliche Säkularisierungsprozeß fortgeschritten war: Gesundheitspolitischer Wandel fiel in Südeuropa und ebenso in Österreich deshalb erheblich 'zaghafter' aus.

Die politische Antwort auf Aids, vor allem das Präventionsmodell, war dem Einfluß individual-medizinischer, letztlich klinischer Expertise auf die Politikformulierung von seiten des Staates weitgehend entzogen. Das gilt auch dort, wo vor allem wegen der organisatorischen Schwäche der Schwulenbewegung der Impuls zur Politikformulierung aus der ärztlichen Profession (zum Beispiel medizinische Universitätsprofessoren in Italien, vgl. Steffen, 1998) kam. Die Aufgabe der Politikformulierung für die Prävention wurde damit in die nur marginal als Teil der gesundheitspolitischen Arena wahrgenommenen durchweg staatlichen, zwischen den Ländern nach Größe, Gewicht, Reputation und Ansatz erheblich variierenden Public-Health-Apparate verlagert. Die letztlich von den Regierungen zu entscheidenden Vorschläge aus diesen Institutionen fielen meist in direktem Streit oder in Aushandlung mit Repräsentanten der „exceptionalist alliance“ nicht zuletzt in Abhängigkeit von der Stärke von 'New' vs. 'Old-Public-Health'-Repräsentanten im Innern der Institutionen aus. Die relative Stärke des 'New-Public-Health'-Ansatzes variiert zwischen den Ländern in erster Linie mit dem Ausmaß, in dem Ansätze moderner 'health promotion' bereits vor Aids im jeweiligen Land erprobt und bei Regierungsvertretern anerkannt waren (stark in den USA: Kirp/Bayer, 1992; Neuseeland: Lichtenstein, 1997; Australien: Ballard, 1998; in begrenztem Ausmaß in Großbritannien: Street/Weale, 1992; Gill et al., 1998; schwach in Deutschland und Österreich: Frankenberg, 1992; Cattacin, 1996; fast nicht vorhanden in südeuropäischen Ländern: Cattacin, 1998). Entsprechend variierten auch die Möglichkeiten, „exceptionalist alliances“ zu bilden.

Das Ausmaß der politischen Partizipation und Inklusion von Organisationen der betroffenen Gruppen, vor allem der 'gay community', aber auch der Bluter, Prostituierten und i.v.-Drogenbenutzer, realisiert sich zwar in der gesundheitspolitischen Arena, ist aber abhängig vom Zustand der politisch-staatlichen Kultur. Die Niederlande (van den Boom, 1998), die Schweiz (Kocher, 1993) und Deutschland (Frankenberg, 1992; Rosenbrock 1994a; Cattacin, 1998; Steffen, 1998) kamen hier vor dem Hintergrund sehr unterschiedlicher Traditionen und Begründungen gesellschaftlicher Partizipation zu strukturell ähnlichen Ergebnissen, die sich freilich durch den Grad der Staatsabhängigkeit und damit im Hinblick auf die Konfliktfähigkeit der partizipierenden Organisationen unterschieden. Daß die Inklusion zum Beispiel der Schwulenbewegung eher von Eigenschaften der Polity als von der Entfaltung

politischen Drucks abhing, zeigt sich am deutschen Beispiel: Obwohl dort die Schwulenbewegung nach ihrer Blütezeit in den siebziger Jahren beim Auftreten von Aids organisatorisch äußerst schwach war, wurde die von wenigen Aktivisten gegründete Deutsche Aids-Hilfe (DAH) ohne Verzug als Politikpartner anerkannt, weil die deutsche Partizipationskultur einen solchen Akteur brauchte (Rosenbrock, 1997). In Großbritannien fanden Politikformulierung und Entscheidungsfindung dagegen eher im geschlossenen Raum zwischen initiiierendem Public-Health-System (Steffen, 1998) und der Regierung statt (Street/Weale, 1992). In Frankreich setzten sich zunächst die NGOs mit Aids auseinander. Erst zu einem späteren Zeitpunkt traten die herkömmlichen Public-Health-Institutionen unterstützend hinzu (Pollak, 1992; de Buscher/Pinell, 1996). In südeuropäischen Ländern mit einer gering ausgeprägten Kultur der Partizipation fanden Organisationen von betroffenen Gruppen dagegen kaum Eingang in die Arena staatlicher Entscheidungen. Dies hatte u.a. eine geringere Ausdifferenzierung von aids-bezogenen Institutionen zur Folge (Cattacin, 1998).

Das Ausmaß, in dem sich die politisch-staatliche Kultur der Mitwirkung und Kooperation von Randgruppen, wie den Homosexuellen, den i.v.-Drogenbenutzern, den Prostituierten und - im Gefolge der Ausdifferenzierung (Thiaudiere, 1998) auch für weitere Gruppen, wie zum Beispiel MigrantInnen (Haour-Knipe, 1994; Welandt/Bademill-Wiecha/Geiger, 1996), öffnete, ist seinerseits abhängig von der politisch-gesellschaftlichen Kultur. Sie bestimmt - überwiegend als Produkt religiöser und zivilgesellschaftlicher Traditionen - die Faktoren, die das Bedeutungsfeld von Aids ausmachen: Sex, Homosexualität, Promiskuität, Drogen, Minderheiten sowie generell abweichendes Verhalten. Insgesamt war dies in nördlicheren, lutheranisch geprägten Ländern Europas leichter als in südlicheren, eher katholisch bestimmten Nationen (van den Boom, 1998; Cattacin, 1998). Daß die politisch-gesellschaftliche Kultur nicht immer nach der gleichen Logik funktioniert wie die gesundheitspolitische Arena des gleichen Landes, zeigt das schwedische Beispiel: Obgleich die gesundheitspolitische Arena dem 'Old Public Health'-Modell verpflichtet war, verlangte die politisch-gesellschaftliche Kultur zugleich die Inklusion der 'gay community' (nicht aber der i.v.-Drogenbenutzer, die als 'Kranke' nach der Logik des 'Old Public Health'-Modells behandelt wurden). Nicht zuletzt diese Kombination führte zu jenem bekannten Kompromiß in der schwedischen Aids-Politik zwischen 'Old' and 'New' Public Health, der mit seiner Kombination aus 'community mobilizing', starker Test-Aufforderung, gesetzlichem Zwang zur Information des/r Sexualpartners/in und Quarantäne als schärfste Intervention (Danziger, 1998) 'eigentlich' als unmöglich gilt und wahrscheinlich in anderen Ländern mit historisch stärkeren Belastungen des Vertrauens zwischen Bürgern und Staat auch unmöglich wäre (Fox/Day/Klein, 1989).

Diese kurze Betrachtung nationaler Politics, in deren Institutionen, Akteurskonfigurationen, Normen, Selektivitäten und Mentalitäten die jeweilige Aids-Policy zu entscheiden und zu implementieren war, zeigt, daß auch bei zum Teil weit greifenden Innovationen, wie im Falle des politischen Aids-Managements, immer auch Kräfte

der „path dependency“ (Carmines/Stimson, 1989) wirksam bleiben. Vor allem aber wird zum einen deutlich, daß der Sprung zum „exceptionalist model“ in unterschiedlichen Ländern unterschiedlich weit fortgeschritten war. Zum anderen zeigt sich, daß das (zuerst aus US-Perspektive [Bayer, 1991] so bezeichnete) „exceptionalist model“ unterschiedlich nah oder weit entfernt lag vom ohnehin gewachsenen gesellschaftlichen und politischen Umgang mit Gesundheitsproblemen, Bürgerrechten und Minderheiten. Für die Niederlande (van den Boom, 1998) ist das Modell kaum exzeptionell, sondern eher eine gegenstandsangemessene flexible Reaktion auf der Basis der dort ohnehin gewachsenen Strukturen des Gesundheitswesens und seiner Kultur im Umgang mit neuen gesellschaftlichen Herausforderungen sowie mit Sex, Drogen und Minderheiten. Ähnliches gilt für die Schweiz (Kocher, 1993). Für Australien (Ballard, 1998) (und zum Teil auch für skandinavische Länder) war die Übernahme des ‘health promotion’- Ansatzes in die Prävention bei Auftreten von Aids schon eingeübt. In Großbritannien war die Debatte über Bürgerrechte und die Privatsphäre in ihrem Verhältnis zur Wirksamkeit bei der Prävention sexuell übertragbarer Krankheiten auf hohem Niveau weit fortgeschritten. Und die Ergebnisse dieser Debatten waren in die Routinen der Regierung und des Public-Health-Apparates eingeschrieben (Steffen, 1998). In Deutschland mußte diese Debatte dagegen erst anläßlich von Aids in Kürze und Schärfe geführt werden (Rosenbrock/Salmen, 1990; Frankenberg, 1992). Anders das Bild in Südeuropa: Eine gesellschaftlich dominante, letztlich römisch-katholisch begründete Tradition der Ablehnung (d.h. mindestens Nicht-Thematisierung) von nicht auf Fortpflanzung gerichteter Sexualität, deren Einfluß auch durch die zwar paternalistisch-autoritäre, zugleich aber eher schwache (Zentral-) Regierung und Verwaltung nur langsam und unvollkommen überwunden werden konnte, behinderte die politische Wahrnehmung und Bearbeitung von Aids. Die Distanz von der durch die Polity bzw. politische Kultur gegebenen Ausgangsposition zu einer aids-spezifischen Gesundheitspolitik nach der Logik des ‘exceptionalism’ konnte in diesen Ländern nur mit erheblichen Verzögerungen und erheblichen Implementationsdefiziten überwunden werden.

Gründe für nationale Abweichungen vom außergewöhnlichen Aids-Politik-Modell in Europa liegen nicht in dem durch die Polity definierten Abstand dieses Modells vom üblichen Risiko-Management, sondern auch im Zusammenspiel und den Auseinandersetzungen zwischen den politischen Akteuren und Parteien, dem politischen Prozeß im engeren Sinne, d.h. in den **Politics** (Setbon, 1991). Deren Spielregeln und Grenzen werden durch die Polity bzw. die politische Kultur zwar beeinflusst, aber keineswegs determiniert (Heidenheimer, 1986). Es ist zum Beispiel plausibel, daß die Durchsetzung des ‘exceptionalist model’ in offener und siegreicher Konfrontation mit rechten Parteien und Bewegungen wie in Deutschland (Frankenberg, 1992) und Frankreich (Steffen, 1998; Thiaudiere, 1998) für die Implementation von Solidarität, Diskriminierungsschutz und Partizipation sowie deren Institutionalisierung förderlich ist. Diese Auseinandersetzungen führten in Frankreich zur Entstehung von NGOs, die primär nicht aus der ‘gay community’ hervorgingen, sondern aus einer Allianz von Schwulen mit unterschiedlichen sozialen und berufsständischen Grup-

pierungen (vor allem mit heterosexuellen Frauen) (de Busscher/Pinell, 1996; Pinell/de Busscher, 1996). Das gilt natürlich weniger für Länder, in denen diese Werte bereits durch ihre Geschichte und ihre Polity relativ gesichert und institutionalisiert sind (zum Beispiel Niederlande: van den Boom, 1998). Auch sind Militanz sowie ein hoher Organisationsgrad von NGOs in den Themenfeldern Gesundheit und Minderheiten sowie speziell der Schwulenbewegung sicherlich eher förderliche Faktoren, um in einer gegebenen Polity möglichst viel vom 'exceptionalist model' durchzusetzen. Das zeigt sich zum Beispiel an dem national sehr unterschiedlichen Einfluß von ACT UP in den ersten Jahren der Epidemie (Steffen, 1998). Von Bedeutung ist sicher auch, ob die jeweilige Zentralregierung erst durch eine akute Krise (zum Beispiel durch infiziertes Blut wie in Frankreich [Steffen, 1998] oder Australien [Ballard, 1992]) eine führende Rolle übernimmt, oder ob dies im Rahmen von Regierungsroutine erfolgt (zum Beispiel UK: Street/Weale, 1992; Steffen, 1998). Im ersten Fall sind Ad-hoc-Lösungen im Rahmen von kurzfristigem Krisenmanagement wahrscheinlicher, die nur unter glücklichen Umständen das 'exceptionalist model' befördern. Im zweiten Fall hat ein integriertes und planvolles Management die größeren Chancen.

Es zeigt sich, daß der Grad, bis zu dem das 'exceptionalist model' der Aids-Politik in den verschiedenen Ländern durchgesetzt wurde, in unterschiedlichem Mischungsverhältnis einerseits von den zu Beginn der Epidemie existierenden Strukturen und Verfahren der Problemlösung in der Gesundheitspolitik, der politisch-staatlichen Kultur und der politisch-gesellschaftlichen Kultur (Polity), und andererseits vom konkreten Verlauf der Auseinandersetzungen und Koalitionsbildungen bei der Definition und Implementation der Policy, also von den Politics, abhängig war. Der politische Sonderfall Aids hat im Ergebnis sowohl zu unterschiedlich stabilen Institutionalisierungen (Cattacin, 1998) als auch zu Veränderungen gesellschaftlicher Problemdefinitionen (Thiaudiere, 1998) geführt. Diese Innovationen bilden nicht nur das Muster des je nationalen Aids-Managements, sondern verändern - in einer Art 'feed back' - dann auch die Polity insgesamt. Beide Faktoren, sowohl das als Antwort auf Aids entstandene Bewältigungsmuster (Problemwahrnehmung, Aufgabenzuweisungen, Institutionalisierung) als auch die durch Aids hervorgerufenen Veränderungen der gesellschaftlichen Wahrnehmung von Risiken, Krankheit, Sexualität, Drogengebrauch und abweichendem Verhalten, bilden die gesellschaftliche Ausgangslage, auf die der Prozeß der Normalisierung von Aids trifft.

3. Phase (ca. 1991 bis 1996): Die Triebkräfte der Normalisierung

Normalisierung bezeichnet ganz allgemein einen Prozeß, in dessen Verlauf ein Phänomen, das zuvor für außerordentlich (unbekannt, groß, klein, gut, böse, bedrohlich, bereichernd) gehalten wurde, diesen Status verliert und in Wahrnehmung wie Handeln in die Welt des Bekannten, Gewohnten zurückkehrt. Die öffentliche Aufmerksamkeit läßt nach bzw. beschränkt sich auf die dann auch oft kleiner werdende hauptsächlich betroffenen und mitwirkungsbereiten Gruppen. Am Ende dieses Vor-

gangs ist die Abweichung von der generellen Regelung im Einzelfall, also der 'exceptionalism', aufgehoben.

Auch Aids wurde von dieser Dynamik ergriffen. Ungefähr nach knapp einem Jahrzehnt zeichneten sich Erosionstendenzen des 'exceptionalism' ab, und es setzte, ausgehend von den USA, denen stets die Vorreiterrolle im Aids-Diskurs zukam, in allen westlichen Industrienationen ein Prozeß der Normalisierung ein, der die einzelnen Länder zu unterschiedlichem Zeitpunkt erfaßte und bis heute Bestand hat. Im wesentlichen ist diese Normalisierung dadurch gekennzeichnet, daß Aids vom gesellschaftlich kaum kontrollierbaren Risiko zu einem handhabbaren Gesundheitsrisiko (Benjamin, 1989), zu einem gesundheitlichen und sozialen Problem unter vielen anderen avancierte und parallel einen Prozeß der Depolitisierung durchlief.

Die Triebkräfte für die Normalisierung sind unterschiedlicher Natur. Sie haben sowohl unspezifische wie auch aids-spezifische Gründe:

3.1 Aids-unspezifische Triebkräfte der Normalisierung

a. Grundsätzlich zeigen Gesellschaften ein bemerkenswert großes Potential, sich über kurz oder lang mit neuen Risiken zu arrangieren und sie in diesem Sinn zu normalisieren. Für die Ingangsetzung und den Verlauf dessen ist es nicht notwendig, daß das zunächst als außerordentlich wahrgenommene Risikophänomen sich verringert bzw. verändert hat oder sein Gefährdungspotential durch Bearbeitung verloren hätte. Gewöhnung an zunächst als exzeptionell wahrgenommene und thematisierte Phänomene der natürlichen, technischen, ökonomischen, sozialen und politischen Umwelt findet oft einfach dadurch statt, daß diese Phänomene irgendwann immer weniger thematisiert werden und dann qua stummer Übereinkunft und Definition (Cattacin, 1998; Thiaudiere, 1998) sozial als 'normal' definiert werden. Vom weiter wachsenden Ozonloch, der größer werdenden Ungleichheit zwischen Nord und Süd oder dem Waldsterben wird beispielsweise kaum noch gesprochen. Formen und Verlauf dieser manchmal beängstigend großen Fähigkeit von Individuen, Gruppen und Gesellschaften, über Katastrophen zunächst zu erschrecken und sich dann mit ihnen durch zunehmende Nichtbefassung zu arrangieren, beschreibt der „issue attention cycle“ (Downs, 1972). Ihm zufolge setzt nach einer Zeit hoher gesellschaftlicher und öffentlicher Aufmerksamkeit und erbitterter Debatten unweigerlich eine Phase der Ermüdung und des Abflauens der Thematisierungskarriere ein. Dies zeigt und erklärt zum Teil die nachlassende politische Aufmerksamkeit, das Versiegen staatlicher Finanzierungsbereitschaft sowie die Verringerung der Medienaufmerksamkeit, von Spendenbereitschaft und des Potentials an freiwilligen Helfern.

b. Zugleich beginnen sich andere Themen in den Vordergrund zu schieben und überlagern die Brisanz des vormals als außerordentlich empfundenen Problems. Das Erschrecken vor Aids als Infektionskrankheit wurde zum Beispiel durch das wiederholte Auftauchen von (begrenzten) Ebola-Epidemien, das (umstrittene)

Aufflackern der Cholera in Indien, durch BSE oder das Hühnervirus in Hongkong etc. überlagert bzw. relativiert sowie auch durch die (im Gefolge von Aids wieder mehr wahrgenommenen) in armen Ländern fast ungebremsst weiterlaufenden Infektionsepidemien wie TBC, Malaria etc. Das Phänomen Aids als sozial bedingtes Gesundheitsproblem verlor einen Teil seines paradigmatischen Glanzes durch neuere Forschungsergebnisse, die für Erkrankungen wie Arteriosklerose, Herzinfarkt, Schlaganfall sowie auch Magenschleimhautentzündungen und Zwölffingerdarmgeschwüre, die seit langer Zeit als vorwiegend psychosozial verursacht angesehen wurden, verstärkt medikamentös zu bekämpfende Mikroorganismen als Verursacher postulierten bzw. identifizierten.⁶

Auf die Normalisierung von Aids als gesundheitspolitisches Problem nahm der mit einiger zeitlicher Verzögerung in nahezu allen Industrienationen erneut einsetzende und verschärfte Druck zur Kostendämpfung im Gesundheitsbereich (WHO, 1996) entscheidenden Einfluß. Es wurden weitgreifende Umstrukturierungen der Versorgungssysteme eingeleitet. Die dabei thematisierten, angeblich weltmarktgenerierenden Sparzwänge ('Globalisierung') führten zu einem Aufschwung neoliberaler Konzepte auch in der Gesundheitspolitik. Die in diesem Ansatz inhärente Betonung von Markt und Wettbewerb als Steuerungsmedien führte generell zu nachlassender Sensibilität gegenüber Problemen sozial bedingter Ungerechtigkeit (Evans, 1997; Rosenbrock, 1998c). Menschen aus niedrigeren sozialen Schichten und gesellschaftliche Randgruppen sowie auch Menschen mit schweren und chronischen Krankheiten, zu denen auch Aids-Erkrankte sukzessive avancierten, können in diesem Modell kaum eine besonders bevorzugte Behandlung erwarten. Schließlich veränderte sich auch die politische Gesamtsituation nachhaltig. Nicht nur für Deutschland ist in diesem Kontext die Vereinigung von vorher zwei getrennten Staaten, für Europa insgesamt das Fallen des 'Eisernen Vorhangs' anzuführen, mit dem andere Probleme und Handlungszwänge auf die politische Tagesordnung rückten.

Diese Faktoren absorbierten nicht nur große Teile der öffentlichen und politischen Aufmerksamkeit, sondern hatten darüber hinaus zur Folge, daß zuvor geöffnete 'Policy windows' sich schlossen und die politischen und finanziellen Spielräume für Anpassungsaufwendungen und Innovationen zur Bewältigung des Aids-Risikos enger wurden.

c. Auf der Ebene der im direkten Risikoumgang in Prävention und Krankenversorgung tätigen Akteure haben das Erlahmen und der Abzug gesellschaftlicher Aufmerksamkeit gravierende Konsequenzen: Normalisierung zieht hier Motivationseinbrüche und -krisen nach sich. Einerseits haben sie ihre Ursache darin, daß überaus hohes Engagement und hohe Handlungsbereitschaft, wie sie in Zeiten des 'exceptionalism' erbracht werden, nur schwerlich auf Dauer gestellt werden können

⁶ Am Beispiel der USA wurde gezeigt, daß - besonders in gesellschaftspolitisch konservativen Phasen - eine große Neigung besteht, Gesundheitsprobleme, wenn irgend möglich ihres sozialen Gehaltes zu entkleiden und auf medizinisch im Individuum zu bekämpfende Mikroorganismen zu reduzieren (Kühn, 1993).

und zudem auf soziale Gratifikationen (Ullrich, 1987; Aust, 1996) angewiesen sind. Mit Nachlassen der öffentlichen Aufmerksamkeit entfällt das Gratifikationspotential und versiegt einhergehend damit eine der zentralen Regenerationsquellen für die Aufrechterhaltung von hoher Engagementbereitschaft (Schaeffer/Moers/Rosenbrock, 1992a). Hinzu addiert sich eine weitere Ursache: Auf der Ebene der Akteure ist 'exceptionalism' in der Regel mit der Entfaltung von Pioniergeist verbunden und damit, daß sie ihrem Handeln das Charisma des Besonderen und Außerordentlichen verleihen. Doch Charisma und Pioniergeist bedürfen, um der Veralltäglicung und Abnutzung zu entgehen, der permanenten Auffrischung - faktisch also weiterer und neuer Exzeptionalität. Mit deren Nachlassen erschöpft sich das Potential, aus dem heraus Pioniergeist neu geboren werden kann und setzt ein Prozeß des Verblässens des Charismas ein. Damit verliert auch die „exceptionalist alliance“ einen zentralen Bezugspunkt, wodurch der Verlust an öffentlicher Aufmerksamkeit weiter befördert wird. Aufgrund dieser Dynamik, die in der Summe eine Rückentwicklung des Engagements verstärkt, sind die Akteure vor Schwierigkeiten gestellt: Sie müssen den mit dem Übergang zur Normalisierung verbundenen Anforderungswandel erfassen und die dazu erforderlichen Umdefinitions- und Anpassungsprozesse bewältigen.

d. 'Exceptionalism' erfordert immer außergewöhnliche Lösungen und innovatives Handeln. Mit dem Übergang zur Normalisierung hingegen sind Anschluß- und Integrationsfähigkeit gefordert. Aufgrund dieses Anforderungswandels, für den auf subjektiver Ebene - wie zuvor angedeutet - das Potential jedoch zugleich geringer ist, kommt die Normalisierung vielfach einem Scheideweg gleich: Viele Akteure der ersten Stunde verlassen das Feld oder drängen in andere Felder bzw. Positionen. An ihre Stelle nachströmende Akteure folgen anderen Prioritätensetzungen und weisen geringere Sensibilität gegenüber den Leitvorstellungen und in der Anfangszeit erreichten - in der Perspektive oft weit über Aids hinausweisende - Errungenschaften auf. Der Übergang von 'exceptionalism' zur Normalisierung ist folglich zumeist mit Veränderungen der Akteurskonstellationen verbunden. Gleichzeitig gewinnen neue - richtiger: andere - Konzepte zur Bewältigung des Risikos und subjektive Interessenlagen die Oberhand: Sie sind weniger durch altruistische Suche nach Möglichkeiten der Risikobewältigung gekennzeichnet als vielmehr durch Ausschau nach subjektiver Profilierung, sind also weniger utopisch inspiriert als vielmehr realistisch, was faktisch meist utilitaristisch meint (Schaeffer/Moers/Rosenbrock, 1992a). Oftmals haben diese Übergänge daher auf der Mikroebene den Charakter eines Bruchs. Sie vermögen zwar den Anschluß an neue Herausforderungen zu sichern, sind jedoch mit Diskontinuitäten im Hinblick auf einst verfolgte Prioritäten und Maximen verbunden.

e. Risikobewältigung, so auch die des Aids-Risikos, wird in den westlichen Industriegesellschaften vielfach durch soziale Bewegungen angestoßen. Sie trägt folglich ihrerseits Züge einer sozialen Bewegung und unterliegt auch deren thematischen Strömungen und Verläufen (Rucht, 1994). Diese zeichnen sich dadurch aus, daß sich Themen als Reizauslöser erschöpfen und die Akteure der „exceptionalist alliance“

nach einer Zeit des Engagements anderen, gesellschaftlich noch dethematisierten bzw. neu thematisierten Problemen zuwenden. Ganz in diesem Sinn hatte Aids in nahezu allen europäischen Ländern zu einem Erstarren der Selbsthilfebewegung geführt. In vielen Ländern waren die NGOs die ersten und entscheidende Akteure, um eine angemessene Aids-Politik und Betreuung der Erkrankten anzumahnen, einzuklagen und zu realisieren. Im Umgang mit Aids zeigte sich indes erneut, daß das Selbsthilfepotential nicht beliebig strapazierbar und ungleich verteilt ist: Sozioökonomisch besser gestellte Personen und Gruppen verfügen in der Regel auch über größere Handlungsmöglichkeiten und leistungsfähigere Netzwerkressourcen sowie über höhere Organisationspotentiale. Gleichzeitig wird bei den Engagierten nach einer Zeit hoher Beteiligung die Front oft schwächer. Teile der Bewegung wenden sich anderen Themen zu, andere unterliegen einem Sog zur Professionalisierung bzw. Institutionalisierung. Der im Zuge dessen erfolgende Transformationsprozeß von informeller zu formeller Hilfe - von Selbsthilfe- zu Wohlfahrtseinrichtungen - verändert den Charakter der NGOs: Sie 'normalisieren' sich und werden zum integralen Bestandteil des Wohlfahrtsstaates, dessen Funktionsweise sie nunmehr auch unterliegen. Damit ist in der Regel eine Depolitisierung verbunden.

3.2 Aids-spezifische Triebkräfte der Normalisierung

a. Zumindest in den westeuropäischen Ländern sind die ursprünglich gemalten *Schreckensszenarien* über die Ausbreitung der Epidemie ausgeblieben. Aids entpuppte sich in dieser Region nicht als neue Geißel der Menschheit und dürfte in Europa und Australien auch zukünftig kontrollierbar bleiben. Dafür spricht nicht zuletzt, daß die epidemiologischen Grundmuster in den einzelnen Ländern konstant sind. Die Hauptlast der Krankheit wird - mit großer Nord-Süd-Streuung - von den primär betroffenen Gruppen getragen: von Männern, die Sex mit Männern haben und von i.v.-Drogenbenutzern. Dies wird weithin als Eingrenzung des Risikos auf Randgruppen wahrgenommen, was sowohl in der Bevölkerung als auch bei den politischen Repräsentanten die Neigung verstärkt, trotz häufig gegenteiliger Bekundungen de facto eine Entwarnung einzuleiten und somit die Normalisierung zu befördern.⁷

b. Fußte der 'exceptionalism' entscheidend darauf, daß die Medizin in der Defensive war und der bis dahin unbekanntes Krankheit nichts entgegenzusetzen hatte, beginnen sich erste medizinische Erfolge abzuzeichnen: Aufgrund des durch medizinische Forschung ermöglichten Wissenszuwachses und des Anstiegs an therapeutischen Möglichkeiten wird Aids auch individuell immer mehr zu einer handhabbaren bzw.

⁷ Heterosexuelle Übertragungen ohne Beteiligung aus einer hauptsächlich betroffenen Gruppe nehmen trotz der - gegenwärtig eher abnehmenden - Präventionsanstrengungen von sehr geringem Niveau aus kontinuierlich zu. Das darin (beim Ausbleiben einer Impfung) liegende Gefährdungspotential für die Gesamtgesellschaft ist offenbar zu langfristig, um wirklich zu erschrecken.

kontrollierbaren Erkrankung. Jedoch bleiben die erreichten Erfolge - wie bei vielen anderen Massenerkrankungen - begrenzt. Sie führen zwar zu einem beachtlichen Anstieg an Behandlungsmöglichkeiten, nicht aber zur Verbesserung an Heilungschancen.⁸ In dem Maß aber wie die Behandelbarkeit der Krankheit steigt und die Handlungsmöglichkeiten der Medizin wachsen, beginnen zwei Prozesse zu greifen, die der Normalisierung wesentliche Schubkraft verleihen. Zum einen wird die Medizin wieder zur entscheidenden Instanz der Krankheitsbewältigung: Hatte Aids zuvor Umpositionierungen im Gefüge der Gesundheitsprofessionen bei der Krankheitsbewältigung eingeleitet, setzt nun eine Rekonfiguration der Akteurskonstellation ein. Nicht-medizinische Gesundheitsberufe - etwa die Pflege oder die sozialen Helferberufe - verlieren wieder an Bedeutung und an Gestaltungsmacht. Gleichzeitig werden über die Kontrolle somatischer Prozesse hinausgehende Aufgaben seitens der Medizin tendenziell wieder vernachlässigt und beginnt ein Prozeß der Routinisierung. Zum anderen setzt eine Remobilisierung des durch Aids zunächst in Frage gestellten Machbarkeitsmythos der Medizin ein, die erneut Definitions- und Machtansprüche weit über ihren Zuständigkeitsbereich hinaus für sich reklamiert.

c. Mit dem Zuwachs an Behandlungsmöglichkeiten verändert Aids seinen Charakter und wandelt sich zu einer *chronischen Krankheit*, die alle Strukturmerkmale dieses Typs von Erkrankungen aufweist (Dauerhaftigkeit, lange Verlaufdauer, Wechselhaftigkeit etc.). Aids reiht sich damit in das Spektrum der heute in reichen Ländern dominanten Erkrankungen ein (Fee/Fox, 1992). So verändern sich beispielsweise die Krankheitsverlaufsmuster: Betrug die durchschnittliche Überlebenszeit bei vollständig entwickeltem Aids zu Beginn des Auftauchens von Aids nur wenige Wochen und Monate, so stieg sie zum Beispiel in Deutschland 1988 schon auf 8,9 Monate und betrug 1996 (also unmittelbar vor der Verfügbarkeit der Kombinationstherapien) bereits 20,1 Monate (Hamouda et al., 1997). Viele der anfänglich zum Tode führenden Krankheitsbilder sind behandelbar, hinterlassen aber irreversible Funktionseinbußen und begleiten die Erkrankten über den weiteren Verlauf ihres Lebens. Mit der Chronifizierung von Aids rücken all jene Fragen auf die Tagesordnung, die den Industrienationen vertraut, wenngleich nicht gelöst sind. Dies legt es gesundheitspolitisch nahe, Aids in das Spektrum und die Routinen ähnlich gelagerter Probleme zu integrieren.

⁸ Freilich ist angesichts der absehbaren Notwendigkeit lebenslanger Therapie und den im Vergleich damit noch kurzen Beobachtungszeiträumen und der damit verbundenen Risiken von Resistenzentwicklungen und langfristig auftretenden unerwünschten Wirkungen vor therapeutischem Optimismus zu warnen. Auch AZT wurde Anfang der 90er Jahre als therapeutischer Durchbruch gefeiert, weitgehende Konsequenzen zum Beispiel im Hinblick auf den HIV-Antikörper-Test an symptomlosen Menschen als Eintrittspforte zu frühzeitiger Behandlung wurden propagiert. Hinweise auf unzureichende Evidenz für eine solche Einschätzung fanden dagegen erst nach allgemeinem Abklingen der Euphorie angemessene Berücksichtigung (Rosenbrock, 1994b). Auch gegenwärtig mangelt es nicht an Stimmen, die auf die Unsicherheiten und Risiken der neuen Therapien hinweisen (zum Beispiel Volberding et al., 1998; Gill, 1998; Gill et al., 1998). Die öffentliche Wahrnehmung eines 'therapeutic triumphalism' (Bayer, 1998; Steffen, 1998) wird davon kaum beeinträchtigt.

Der vorerst möglicherweise bedeutsamste Schritt von der Normalisierung zur Normalität von Aids als chronische Krankheit kam von der Virologie und der klinischen Medizin. In der Perspektive dieser Entwicklung liegt die Hoffnung, die großen aids-politischen Konflikte zu rationalisieren und zur Routine der „technical responses“ (Thiaudiere, 1998) zurückzukehren. Diese Entwicklung trifft auf eine quantitativ bereits reduzierte, qualitativ weithin nicht mehr mit Ausbau und Konsolidierung, sondern bereits mit der Verteidigung des unter dem ‘exceptionalism’ erreichten Status quo beschäftigte ‘Aids-community’.

d. Hatte Aids in Zeiten von ‘exceptionalism’ hohe, lange Zeit konstant bleibende Handlungs- und Ausgabenbereitschaft ausgelöst, so zeichnet sich - wiederum zeitversetzt - ein Rückgang der Bereitschaft von Akteuren in Regierung, Sozialpolitik und im Gesundheits- bzw. Krankenversorgungssystem ab, sich für Aids politisch und finanziell zu engagieren. In vielen Ländern enden staatliche Förderprogramme, werden andere sukzessiv abgebaut und beginnt parallel die Integration von Aids in die Regelfinanzierung - infolge der Kostendämpfungsstrategien freilich zumeist auf reduzierter Basis. Im Laufe der Normalisierung wird die Abhängigkeit der Aids-Politik von herkömmlicher Gesundheitspolitik immer enger. Aids wird wieder in die etablierte Arena integriert und deren zunehmend ökonomistisch restriktiver Wahrnehmungs- und Finanzierungslogik unterworfen. Auch die Mittel für Prävention und Forschung schrumpfen in den meisten Ländern auf einen Bruchteil des vorherigen Niveaus (Balter, 1998). Gleichzeitig verlagert sich der thematische Fokus: In der Forschung wird unter Abbau der sozialwissenschaftlichen vorwiegend auf medizinische Aids-Forschung gesetzt (Ausnahmen sind die Schweiz [vgl. Bühler/Waldvogel/Zinkernagel, 1997] und Frankreich [anRs, 1998]).

e. Viele der Pioniere engagierten sich für Aids, weil die Krankheit für sie kein abstraktes Artefakt, sondern konkrete Bedrohung war. Die permanente Konfrontation mit körperlichem und geistigem Verfall, Sterben und Tod führte alsbald zu Überlastungserscheinungen und ‘burn-out’-Phänomenen (Moers/Schaeffer, 1992b; Kleiber et al., 1995; Bayer/Opppenheimer, 1998). Speziell in den NGOs, aber auch in vielen der auf Aids spezialisierten Versorgungseinrichtungen, charakterisiert zudem nicht nur das *Sterben* anderer den Alltag, vielmehr erkrankten und starben auch viele der einst engagierten Aids-Aktivist*innen. Das Thema Sterben und Tod bestimmte also wie in kaum einem anderen Versorgungsbereich den Alltag, weckte einerseits eine ungeahnt hohe Solidarität und Handlungsbereitschaft, führte aber auch zu speziellen Erschöpfungsphänomenen. Dies löste nicht eben selten das abrupte Verlassen des Feldes aus oder rückte den Wunsch nach ‘professioneller Distanz’ auf die Tagesordnung.

4. Phase (ab ca. 1996): Normalisierung/Normalität - Zwischenergebnisse und Perspektiven

Im Vergleich mit dem gesundheitspolitischen Modell der Aids-Politik, das der ‘exceptionalism’ ermöglicht hatte (siehe Abschnitt 2.), bietet die gesundheitspoliti-

sche Realität im Ergebnis abgelaufener und laufender Normalisierungsprozesse gegen Ende der neunziger Jahre ein widersprüchliches Bild: Einerseits werden aids-bezogene Sondereinheiten und spezifische Regierungsagenturen abgebaut bzw. in die normale hierarchisch-bürokratische Organisation (re-)integriert (Cattacin, 1998). Gleichzeitig werden Ressourcen für Prävention und Forschung zum Teil drastisch verringert. Solcher Abbau erfolgt zum Teil als Reflex auf nachlassenden bzw. ursprünglich überschätzten Problemdruck und damit zu recht. Zum Teil erfolgt dies aber auch auf Kosten der Effektivität der Prävention und der Qualität der Versorgung - *Normalisierung als Abbau*. Andererseits haben aids-bezogene Innovationen sich behauptet und institutionalisiert - *Normalisierung als Stabilisierung* des 'exceptionalism'. Schließlich sind durch Aids auch Entwicklungen angestoßen worden, die sich nicht nur im Hinblick auf Aids bewährt haben, sondern als neue Normalität generalisiert werden - *Normalisierung als Verallgemeinerung* des 'exceptionalism'.

Beispiele für Stabilisierung, Abbau und Generalisierung sowie zahlreiche Mischformen finden sich auf jedem der zahlreichen, von Aids berührten Politikfelder. Im folgenden soll dies beispielhaft an drei von Aids stark geprägten Bereichen skizziert werden: Die Krankenversorgung (4.1) steht dabei für den medizinisch dominierten Kernbereich der 'alten' Gesundheitspolitik, Prävention (4.2) für den Kernbereich der spätestens seit der Ottawa Charta der WHO (1986) geforderten Modernisierung der Gesundheitspolitik und der Umgang mit i.v.-Drogenbenutzern (4.3) als relativ selbständig ausdifferenziertes Feld der Gesundheits-, Kriminal- und Sozialpolitik.

4.1 Aids-Krankenversorgung - Normalisierung im Spannungsfeld zwischen Innovationen und (Re-)Medikalisierung

In der Krankenversorgung für Menschen mit HIV und Aids brachte der 'exceptionalism' eine Vielzahl von erfolgreichen und perspektivisch generalisierbaren Reformen hervor (siehe Abschnitt 2.1). Im Hinblick auf Rücknahme, Konsolidierung und im besseren Fall Verallgemeinerung dieser Innovationen zeichnen sich unterschiedliche Pfade ab und erscheint die Richtung mancher Entwicklungen auch noch offen. Dies sei an sieben Aspekten skizziert:

a. Aids-Erkrankte können in den westeuropäischen Ländern heute nahezu durchgängig auf eine fachgerechte sowie räumlich und sozial *erreichbare Behandlung* setzen. Nach anfänglichem Zögern hat sich binnen Kürze ein erstaunlich hohes Maß an Aids-Expertise ausgebildet. Freilich lassen sich sowohl zwischen den nördlichen und südlichen Ländern Europas als auch zwischen urbanen und eher ländlichen Gebieten Unterschiede in der Verfügbarkeit und Qualität von Hilfen finden.

Widersprüchlicher und in der Perspektive unsicherer ist die Entwicklung der Versorgungsstruktur vor allem im Hinblick auf die anderen, angesichts der Chronifizierung von Aids nicht minder relevanten Gesundheitsprofessionen. Dreh- und Angelpunkt dieser Entwicklung ist die Position der Medizin. Ihre relative und

nicht zuletzt von ihren jeweils verfügbaren therapeutischen Leistungen abhängige Machtposition äußert sich nicht nur im täglichen individuellen Versorgungsgeschehen, sondern auch im Einfluß auf Veränderungen und Institutionalisierung der Versorgungsstruktur bis hin zu den Finanzströmen der Forschung.

In den 'exceptionalist'-Phasen war diese Machtposition zunächst auf seiten der Innovatoren: Nach den ersten Aids-Diagnosen wurde die Medizin die (neben den potentiell Betroffenen selbst und der „exceptionalist alliance“) treibende Kraft bei der Realisierung einer patientenorientierten Versorgungsgestaltung. Sie zeigte dabei ein Innovationspotential und offenbarte Belastungsfähigkeiten (Bayer/Oppenheimer, 1998), die ihr lange Zeit abgesprochen worden waren. In dem Maße wie die therapeutischen Möglichkeiten wuchsen und sich ihre Handlungsoptionen erweiterten, begann das erreichte Ausmaß an Patientenorientierung wieder abzubröckeln. Seither wird akutmedizinischen Behandlungserfordernissen erneut tendenziell höherer Wert beigemessen als Versorgungsgesichtspunkten. Mit anderen Worten, seither vollzieht sich eine Prioritätenverlagerung von 'Care' auf 'Cure' und bestimmt Utilitarismus zunehmend das Geschehen (Schaeffer, 1998). Verbunden damit greifen herkömmliche Routinen um sich und macht sich ein Prozeß der Medikalisierung breit:

Es stehen erneut die Krankheit und ihre Behandelbarkeit im Mittelpunkt und der Kranke fällt tendenziell aus dem Blickfeld des Interesses.⁹

Im Zuge dieser Entwicklung zieht die Medizin wieder Definitions- und Gestaltungsmacht sowie interne und externe Ressourcen an sich, die sie für einige Jahre eingebüßt zu haben schien. Infolgedessen verlieren andere für die Betreuung der Erkrankten nicht minder wichtige Gesundheitsberufe (Pflege, Psychologie, Sozialarbeit etc.) sowie gemeindenahere Dienste und Versorgungseinrichtungen wieder an Bedeutung.¹⁰

⁹ Verständlich wird dies, wenn man sich die Belastungssituation des medizinischen Aids-Gesundheitspersonals vor Augen führt. Für sie stellt der Zugewinn an Behandlungsmöglichkeiten einerseits eine große Entlastung dar, die die dauerhafte Konfrontation mit Aussichtslosigkeit, Sterben und Tod mindert. Gleichzeitig sind sie durch eben denselben Prozeß wachsenden, wenngleich anders gelagerten Belastungen ausgesetzt: Die Patienten kommen über einen weitaus längeren Zeitraum, und sie kommen häufiger. Sowohl dem Zuwachs an Patienten und Patientenproblematiken wie auch der Langfristigkeit der Patientenbeziehungen, Beziehungen, für deren Regulation es an Konzepten mangelt, stehen sie relativ hilflos gegenüber. Der Rückgriff auf traditionelle Routinen ist, so gesehen, als Versuch der Bewältigung dieser problematischen Situation zu verstehen (Bayer/Oppenheimer, 1998).

¹⁰ Angesichts des mancherorts zügigen Übergangs - besser: Rückschritts - der Aids-Krankenversorgung zur Status quo ante Normalität kann besonders dies verhängnisvolle Folgen zeitigen: bis auf Sonderentwicklungen zum Beispiel in Frankreich (anRs, 1997) und der Schweiz (Office fédéral, 1998) wird überwiegend fast nur noch medizinische Forschung in nennenswertem Umfang staatlich gefördert (Balter, 1998). Im Hinblick auf die Relationen ist dabei zu berücksichtigen, daß zum Beispiel in Deutschland die Förderung sozialwissenschaftlicher Forschung erst 5 Jahre später als die der biomedizinischen Forschung begann und zu keinem Zeitpunkt mehr als ein Zehntel des gesamten öffentlichen Fördervolumens für Aids-Forschung erhalten hat (Kießling/Vettermann, 1995). Selbst für eine unter der Perspektive der Generalisierung des mit und um Aids erworbenen Wissens in anderen Bereichen der Gesundheitsversorgung fehlen Forschungsfördermöglichkeiten. Versorgungsforschung ist dabei in den meisten Ländern noch besonders unterrepräsentiert. Damit

b. In vielen Ländern hat Aids zur *Modernisierung und Liberalisierung der Krankenversorgung* geführt. Dabei wurden Innovationen erprobt und durchgeführt, deren Relevanz weit über Aids hinausreicht und inzwischen Einkehr in andere Versorgungsbereiche gehalten hat. Beispiele dafür sind etwa die starke Vermehrung des 'rooming-in' in Krankenhäusern, patientenfreundliche Umgestaltung infektiologischer Abteilungen in Krankenhäusern sowie die Einbeziehung informeller Helfer und NGOs etc. in die Versorgungsstruktur. Viele dieser Neuerungen verdanken sich dem Engagement von gut organisierten Interessensvertretungen der Patienten, die erstmals in diesem Umfang Rechte reklamierten und durchsetzten. Stießen diese in Ländern wie Niederlande und Großbritannien - also in Ländern mit Tradition im Bereich der Patientenrechte und des Konsumentenschutzes - meistens sofort auf offene Türen, so hatten sie etwa in Deutschland und Österreich zunächst gegen Widerstand anzukämpfen. Allerdings sind viele der Neuerungen, insbesondere die patientenorientierte Versorgung, vorrangig auf die zunächst dominante Patientengruppe ausgerichtet: die zur Mittelschicht gehörenden schwulen Männer. Bei anderen Gruppen, beispielsweise Unterschichtsangehörigen, MigrantInnen und vor allem auch Frauen und i.v.-Drogenbenutzer (siehe Abschnitt 4.3), zeigen sich Defizite, für deren konstruktive Bewältigung es zunehmend an der durch die Normalisierung verlorenen Schubkraft des Themas und seiner Akteure (siehe Abschnitt 3) fehlt (Schaeffer 1995a, 1995b).

c. Trotz der Schwere der Krankheit ist die *Versorgung prioritär ambulant* gestaltet. Bei der Realisierung dessen zeigen sich für viele Länder sensationelle Erfolge. Vielerorts konnte erstmals in diesem Umfang bei einer komplexen und schwerwiegenden Erkrankung eine so weitreichende ambulante Betreuung gewährleistet werden. Exemplarisch zeigt dies, daß durch Aids viele zentrale, auch bei anderen Erkrankten einer adäquaten Versorgung entgegenstehende Strukturdefizite angegangen werden konnten. Dies gilt auch für die psychosoziale Betreuung und den Ausbau einer für den Verbleib in der gewohnten Umgebung unverzichtbaren Säule der Krankenversorgung: der *ambulanten Pflege*. Sie wurde als konstitutiver Bestandteil der Versorgung einbezogen und erhielt in Ländern mit geringer Professionalisierungstradition in der Pflege (Deutschland, Österreich, Frankreich) erstmals einen ihrer Bedeutung für die Krankenversorgung gebührenden Stellenwert. Allerdings zeigte sich hier auch, daß die ambulante Pflege Schwierigkeiten hatte, die ihr zugefallene Position angemessen auszufüllen (Schaeffer, 1996; Moers/Schaeffer, 1998). Verstärkt wurde dies in einigen Ländern durch die Kluft zwischen der ihrem Charakter nach progressiven Aids-Politik und dem Entwicklungsrückstand der Pflege oder ohnehin vorhandener infrastruktureller Defizite im Bereich der häuslichen Pflege - so etwa auch in Großbritannien (Wistow, 1998). Aids-Erkrankte können sich folglich keineswegs durchgängig sicher sein, in der ambulanten Pflege auf eine hinreichende Versorgungsqualität zu stoßen. In manchen Ländern droht die Innovation insgesamt ins

sind oft nicht einmal die Voraussetzungen zur Diffundierung dieses Wissens gegeben. Ein professionell betriebener Wissenstransfer, der eine notwendige (wenngleich keine hinreichende) Bedingung für die Diffusion und Kontinuierung der Innovation wäre (Rogers, 1983), kann so kaum zustande kommen.

Stocken zu geraten (Deutschland: Schaeffer, 1997; dagegen in der Schweiz: Bernardi-Schenkluhn, 1992). Im Zuge der Verlängerung der Lebenszeit von Aids-Patienten könnte dies zu schweren Defiziten in der gesamten ambulanten Versorgung führen.

d. Durch Aids wurden Fragen im Zusammenhang mit Sterben und Tod in allen Bereichen der Krankenversorgung wieder aufgeworfen, und in vielen Ländern erhielt die Hospizbewegung neue Impulse (Schaeffer, 1995b). In Ländern, in denen zuvor kaum Hospize existiert hatten, wurden von unterschiedlichen Trägern unterschiedliche Formen von Einrichtungen geplant und erprobt. Gleichwohl zeichnet sich ab, daß die Versorgung Aids-Erkrankter trotz dieser Erfolge gerade in den Spätstadien der Krankheit und in der Zeit des Sterbens unzureichend ist. Die Ausdehnung der medizinischen Behandlungsmöglichkeiten hat nicht nur zu einer Zurückdrängung betreuender Funktionen, sondern auch zu einer Medikalisierung des Sterbens geführt. Ähnlich wie bei anderen Erkrankungen ist die Zeit des Sterbens für Aids-Erkrankte heute oft mit höchster Behandlungsintensität verbunden, in der Fragen der Lebensqualität eine eher untergeordnete Rolle spielen. Auch das gegenteilige Phänomen ist beobachtbar: Aus-Therapierte und Sterbende eher zu verwahren, denn human zu begleiten. Der Zwang zur Kostendämpfung trägt ein übriges dazu bei: International betrachtet besteht die Gefahr, daß Hospize zu einem kostengünstigen Abschiebe- und Auffangbecken für Patienten degenerieren, die aus der teuren Akutversorgung ausgelagert werden müssen.¹¹

e. Bezogen auf die gesamte Versorgungsstruktur führte Aids zu vielfältigen Anstrengungen, ein System von integrierter und kontinuierlicher Pflege zu etablieren. Um dies zu realisieren, wurden in vielen Ländern *neue Muster der Arbeitsteilung und neue Formen der Kooperation* eingeführt. Dies betrifft sowohl die Beziehungen zwischen den beteiligten Gesundheitsberufen sowie zwischen professionellen und informellen Helfern als auch die Kooperation zwischen zum Beispiel ambulanten und stationären Versorgungsinstitutionen. Vor allem in Ländern mit gewachsener Desintegration wurden Innovationen erprobt, die für das gesamte Gesundheitswesen lehrreich waren und dazu beitrugen, Fragen der Versorgungsintegration auf die gesundheitspolitische Themenagenda zu setzen. Die mit diesen Innovationen gesammelten Erfahrungen zeigen, daß es möglich ist, eingefahrene Kooperationsroutinen zu verändern und Schnittstellenprobleme zu lösen. Sie machen jedoch auch deutlich, wie schnell Bemühungen darum wieder abzublättern drohen: Sei es, weil sie nicht sorgfältig implementiert wurden, nicht hinreichend strukturell abgesichert waren, auf Abstoßungsreaktionen bei beteiligten Professionen stießen oder weil nicht bedacht wurde, daß Kooperation auch Qualifikation erfordert (Bungener, 1996; Ribbe, 1998). Für die Erkrankten ist das folgenreich: Unzureichende Abstimmungs- und Koordinationsleistungen führen nicht nur zu Versorgungs-

¹¹ Deutlich ist dies bereits in den USA zu beobachten. Allerdings ist dies auch vor dem Hintergrund zu sehen, daß dort offene Schlechter- oder Nicht-Behandlung von Patienten in Abhängigkeit von ihren materiellen Ressourcen 'Normalität' ist (Bayer, 1998). Für die hier vorwiegend betrachteten westeuropäischen Länder stellt sich angesichts neoliberal inspirierter Gesundheitspolitiken in Europa (Kühn, 1997) die strategische Frage, ob sie ihre historisch gewachsene gegenläufige 'Normalität' aufrechterhalten wollen und können.

diskontinuitäten, sondern ziehen - vor allem im Spätstadium der Krankheit - weitreichende Destabilisierungen ihrer Situation nach sich.

f. Normalisierung bedeutet für Menschen mit HIV und Aids (PWA) allem anderen voran *Gewinn an Lebenszeit*, allerdings - so der Preis der Chronifizierung - einer nicht durchgängig gesunden und von professionellen Interventionen freien Lebenszeit. Dem Gewinn an Zeit und den erweiterten Lebens- und Gestaltungsspielräumen gegenüber steht die Herausforderung, diese auch zu füllen, gewissermaßen also das eigene Leben 'normalisieren' zu müssen. Seither ist auch bei den Betroffenen eine Prioritätenverlagerung beobachtbar: Hatte in der Zeit des 'exceptionalism' die Suche nach Weiterlebensemöglichkeiten höchste Priorität, so haben nunmehr Probleme des Lebens mit und trotz HIV und Aids weitaus höheren Stellenwert erhalten.

Diese Entwicklung hat sich mit den seit Mitte der neunziger Jahre entwickelten neuen Therapiemöglichkeiten fortgesetzt. Der Zugewinn an Lebenszeit und kalkulierbaren Gestaltungsspielräumen hat sich weiterhin vergrößert, und eine HIV-Diagnose scheint - so die Hoffnung - nicht mehr gleichbedeutend mit raschem Lebensende zu sein. Fragen des Lebens mit HIV und Aids haben seither eine noch weitaus höhere Priorität erhalten. Nur flüchtig betrachtet sind die Anforderungen für die PWAs durch diese Entwicklung geringer geworden, denn ihr Überleben ist nun von einem sehr strengen Medikamentenregime abhängig. Nicht alle PWA sind in der Lage, dieses angemessen zu bewältigen und mit der Medikalisierung ihres Lebens umzugehen: Viele haben Probleme, eine Therapie durchzustehen (van den Boom, 1998) und kommen mit den ihrem Charakter nach widersprüchlichen Herausforderungen von Medikalisierung und Normalisierung ihres Lebens nicht zurecht. Dies gilt speziell für Patienten aus unteren Schichten (Schaeffer, 1998). Ein großer Teil an PWA gelangt außerdem erst gar nicht in den Genuß der neuen Therapien. Dies gilt zum Beispiel in den USA, wo die Zweiklassenmedizin nur einem Teil der PWAs Zugang zu den neuen und kostenintensiven Behandlungsmöglichkeiten eröffnet (Bayer, 1998), und mehr noch für arme Länder. Jüngst zeichnet sich außerdem ab, daß die neuen Behandlungsmöglichkeiten in eine abermalige Chronifizierung mit all den dazu gehörigen Problemverlagerungen zu münden drohen: Es steigen nicht nur die Quoten der Therapieresistenz, sondern auch die Anzahl derjenigen PWA, die nach einer Zeit relativer Stabilität zum Beispiel hirnganisch erkranken.

Die Versorgungssysteme sind auf die Folgeerscheinungen der medizinischen Normalisierung bzw. auf die mit jeder Chronifizierung einhergehenden Problem- und Bedarfsverlagerungen nicht hinreichend eingestellt. So erfordert die Erweiterung pharmako-therapeutischer Möglichkeiten beispielsweise in der Medizin ein höheres Maß an Patientenanleitung und Patientenbildung und andere Interaktionsmuster - sowohl zwischen den beteiligten Gesundheitsberufen und Patienten als auch zwischen den Gesundheitsberufen selbst. Dies sind Anforderungen, die mit der Rückkehr zu herkömmlichen Routinen nicht kompatibel sind und zudem auf Kompetenzdefizite bei den Beteiligten stoßen. Nicht minder groß, aber qualitativ anders gelagert, ist der Bedarf an psychosozialer Unterstützung. Er trifft nicht einzig auf im

Zuge der Normalisierung ausgedünnte Reihen dieser Helferberufe, sondern auch auf das Faktum, daß die verbliebenen Helfer auf die neuen biographischen Konstellationen und auch die Problematiken der hirnganisch erkrankenden und erkrankten PWA nicht hinreichend eingestellt sind. Auch die Pflege steht dem Lebenszeitgewinn und den unterschiedlichen Veränderungen des Betreuungsbedarfs der PWAs relativ hilflos gegenüber: Einerseits forcieren diese Entwicklungen in Ländern mit im Zuge des 'exceptionalism' entstandenen spezialisierten Behandlungs- und Pflegeeinrichtungen ('categorical services') - wie etwa in Deutschland - die Schrumpfung dieser Dienste (Schaeffer, 1998). Andererseits fehlt es den regulären gemeindenahen Pflegeeinrichtungen und häuslichen Pflegediensten an adäquaten Konzepten, weil dort andere Patientenproblematiken (alte Menschen und chronisch degenerativ Erkrankte) und andere strukturelle Herausforderungen den Alltag bestimmen.

Faktisch verlangt die voranschreitende Normalisierung von Aids in ihrer Gestalt als Chronifizierung den Gesundheitsberufen und den Gesundheitseinrichtungen bzw. -diensten eine neue Welle an Anpassungs- und Innovationsleistungen ab. Fraglich ist, ob sie dazu in der Lage sind. Das unter Beweis gestellte hohe Vermögen zur Flexibilität, Anpassung und Innovation war an das Vorhandensein von extremem Problemdruck, erweiterten Gestaltungsräumen und hoher Motivation sowie Handlungsbereitschaft gebunden. Diese Bedingungen verschwinden mit voranschreitender Normalisierung. Dennoch sind erneute Anpassungen notwendig, wenn einst verfolgte Maximen - wie patientenorientierte Betreuungsmodelle, Stärkung der Eigenkompetenz der Patienten, bedarfsorientierte Versorgung, auf arbeitsorganisatorischer Ebene eine integrierte Versorgung, hohe Versorgungs- und Lebensqualität - erhalten bleiben und die Zielsetzungen von Gesundheitsberufen und PWAs nicht weiter auseinanderdriften sollen. Zudem läßt sich im Rückblick auf die Erfahrungen im Umgang mit Aids bereits heute prognostizieren, daß auch zukünftig jeder Schritt auf dem Weg zur Normalisierung und jeder medizinische Fortschritt im Kampf gegen Aids mit Veränderungen der Krankheit und ihrer Verlaufsdynamik und ebenso der Quantität und Qualität des Versorgungsbedarfs und der Patientensituationen einhergeht. Hohe Anpassungsbereitschaft und Flexibilität werden so gesehen eine Daueraufgabe sein - mit und trotz Normalisierung.

g. Normalisierung von Aids bedeutet auch die Re-Integration von Aids in die gesundheitspolitische Arena und damit auch die Integration aids-bezogener Fragen in die Wahrnehmungs- und Finanzierungslogik dieser Arena. Die weitere Entwicklung der Gesundheitspolitik in Europa ist derzeit im Hinblick sowohl auf Ressourcen als auch auf das Steuerungsmodell offen. Befürchtungen für die Zukunft der zunächst besonders weit und kräftig entwickelten Modelle, wie zum Beispiel Neuseeland (Lichtenstein, 1997), Niederlande (van den Boom, 1998) und Deutschland (Schaeffer, 1998), resultieren in erheblichem Umfang, in manchen Fällen sogar vor allem aus den Konsequenzen von marktorientierten Gesundheitsreformen mit ihren Folgen für Steuerung und Finanzierung von Versorgungsleistungen sowie Versicherungsschutz. In den USA deuten sich dagegen Entwicklungen an, den für Aids bei der

Versorgungsfinanzierung erreichten 'exceptionalism' generell einzufordern (Bayer, 1998).

4.2 Aids-Prävention - zwischen Verallgemeinerung, Ermüdung und Rückschritt

Die Primärprävention der HIV-Infektion ist wahrscheinlich der bisher erfolgreichste Anwendungsfall bevölkerungsbezogener Verhaltensbeeinflussung in der Geschichte von Public Health. Das wird deutlich im Vergleich zu den jahrzehntelangen und weit weniger effektiven Interventionen vom Typus 'Old Public Health' bei der Prävention sexuell übertragbarer Krankheiten und im Hinblick auf herkömmliche Gesundheits-erziehung zur Prävention in Bereichen wie Zigarettenrauchen, Ernährung, Bewegung, Gebrauch legaler und illegaler Drogen etc. Die sozial und kulturell an Zielgruppen adaptierte und zusammen mit den jeweiligen betroffenen Gruppen bzw. lebensweltlich geprägten soziokulturellen Milieus ('communities') organisierte Vermittlung der Botschaften 'safer sex' und 'safe use' hat Machbarkeit, Effektivität und Effizienz von 'New Public Health' und seine Überlegenheit gegenüber 'Old Public Health' unter Beweis gestellt. Die Verhaltensänderungen sind sowohl in den hauptsächlich betroffenen Gruppen als auch in der Allgemeinbevölkerung hoch und nachhaltig, und bei konsequenter Weiterentwicklung wahrscheinlich auch noch steigerungsfähig (Bochow et al., 1994; Dubois-Arber et al., 1997a, b; Lagrange et al., 1997).

Die Primärprävention der HIV-Infektion beruht heute auf einem breiten Fundament von Erkenntnissen der Sexualwissenschaft, der Verhaltenswissenschaften, der Milieusozio- logie, der Evaluationsforschung etc. Dieses Wissen wurde häufig in überraschend einfallsreicher Zusammenarbeit zwischen Organisationen bzw. Reprä- sentanten der betroffenen Gruppen, Sozialwissenschaftlern und staatlichen Behörden produziert. Die Beteiligten entwickelten zahlreiche Modelle der Verhaltenspräven- tion, die von den unterschiedlichen Transmissionswegen ausgingen und folglich an den - im epidemiologischen Sinne - drei wichtigsten Zielgruppen orientiert waren (schwule Männer, i.v.-Drogenbenutzer und die heterosexuelle Bevölkerung). Dabei verschob sich der Fokus der Präventionskonzepte zunächst weg vom Konzept der 'Risikogruppen' hin zu 'Risikosituationen'. Im weiteren Verlauf wurden unter- schiedliche Motivationsbündel dafür identifiziert, daß sich Personen in Risikositua- tionen begeben. Es wurde folglich versucht, nach diesen Erkenntnissen Präventions- strategien zu entwerfen. Zahlreiche Aspekte fanden in den Präventionsmodellen Be- rücksichtigung: Lebensphasen (zum Beispiel Jugend), Machtstrukturen (zum Beispiel zwischen Männern und Frauen oder zwischen Prostituierten und ihren Kunden), Gefühlslagen (zum Beispiel Verliebtsein), Bestandteile von Lebensstilen (zum Beispiel Treffpunkte, Szenen), Art der intendierten Sozialbeziehungen (zum Beispiel Ehe, romantische Liebe, prostitutionsartige oder hedonistische Beziehungen), Art der Sozialkontakte bzw. des sozialen Umfelds (zum Beispiel sexuelle Netzwerke), individuelle Bewältigungsressourcen (zum Beispiel Selbstwertgefühl, Selbstbild),

Arten der Risikowahrnehmung (zum Beispiel Gefahr vs. Risiko) und Erfahrungen mit Zwangsmaßnahmen ('Stigma-Management'). Zwar können nicht alle diese Erkenntnisse in der Praxis der Prävention angewendet werden (Rosenbrock, 1996), aber in ihrer Summe zeigen sie, welchen großen Beitrag sozialwissenschaftliche Forschung zur Effektivierung von Präventionspolitik leisten kann (Rosenbrock, 1995b).

Einer Verallgemeinerung dieses Erfolges für die Prävention anderer Gesundheitsrisiken steht neben dem Mangel an politischem Willen u.a. die Tatsache entgegen, daß nicht geklärt ist, welche Faktoren in welchem Umfang diesen Erfolg bewirkt haben:

- War es der kombinierte Einsatz bevölkerungsweiter Streubotschaften, zielgruppenspezifischer und von den betroffenen Gruppen organisierter Kampagnen und persönlicher Beratung?
- War es die Qualität der Botschaften und ihrer Übermittlung? War es das solidarische gesellschaftliche Klima, das öffentlich vermitteltes Lernen auch in Scham- und Tabubereichen ermöglichte?
- War es die Erweiterung der Gesundheitserziehung um Elemente der Beeinflussung der Lebenslage? War es der soziale Zusammenhalt in den betroffenen Gruppen, vor allem der 'gay community'?
- Oder war es der Problemdruck durch die massenhafte persönliche Konfrontation mit den Risikofolgen, also mit HIV-Infizierten und Aids-Kranken im persönlichen Umfeld?

Darüber ist nicht viel bekannt. Der empirischen Erforschung steht der Umstand entgegen, daß in allen Ländern praktisch alle Instrumente in unterschiedlichem Mischungsverhältnis angewendet wurden. Deshalb kann lediglich der Gesamteffekt halbwegs befriedigend gemessen werden, und auch dies nur mit einigen methodischen Einschränkungen (Dubois-Arber et al., 1997a, 1997b; Carael et al., 1997).

Konzeptionelle und praktische Probleme der Normalisierung im Sinne der Beibehaltung und des Ausbaus dieser Erfolge für die Daueraufgabe der Prävention ergeben sich vor allem auf fünf Ebenen:

a. Ist das *Risiko* einer Erkrankung in einer Population *nach Gruppen ungleich verteilt*, so stellt sich stets die Frage, ob sich die Prävention gleichmäßig an die Gesamtbevölkerung oder gezielt an die hauptsächlich betroffenen Gruppen richten soll. Im ersten Fall wird zwar Diskriminierung vermieden und dadurch wahrscheinlich Lernen insgesamt erleichtert, aber die hauptsächlich Betroffenen werden möglicherweise nicht genügend gewarnt. In der kaum betroffenen Allgemeinbevölkerung werden dagegen unter Umständen überflüssige Ängste geweckt. Gegen die Fokussierung der Prävention auf gefährdete Teilpopulationen spricht andererseits, daß die Summe der je individuell minimal kleinen Risiken in der Allgemeinbevölkerung allein aufgrund ihrer größeren Zahl im Zeitablauf die Größe des Risikos in den hauptsächlich betroffenen Gruppen epidemiologisch betrachtet übersteigen kann (Rose, 1992). Dieses präventionspolitische Dilemma wurde im Falle der HIV-Prävention dadurch verschärft, daß mit schwulen Männern, i.v.-Drogenbenutzern und Prostituierten Teil-

gruppen öffentlich angesprochen werden mußten, deren Risiko verglichen mit der Allgemeinbevölkerung zum Teil um Zehnerpotenzen höher lag, und die nicht nur und nicht erst mit dem HIV-Risiko diskriminiert wurden. Es wurde befürchtet, daß die Diskriminierungs- und zum Teil Verfolgungserfahrung in diesen Gruppen die Aufnahme staatlicher Botschaften zu Verhaltensänderung erschweren oder sogar blockieren könnte. Auch bestand die Sorge, daß durch öffentliche Kommunikation über Aspekte der Lebensstile dieser Gruppen die Diskriminierungsbereitschaft in der Allgemeinbevölkerung verstärkt werden könnte. In den meisten Ländern wurde im Zuge der Normalisierung aus diesen Dilemmata die pragmatische Konsequenz gezogen, zielgruppenneutrale Botschaften von der Regierung bzw. den Public-Health-Institutionen an die gesamte Bevölkerung zu senden. Die Prävention selbst wurde den hauptsächlich betroffenen Gruppen mit staatlicher Unterstützung der Organisationen dieser Gruppen überlassen. Nur wenige Länder (zum Beispiel Schweden: Henriksson/Ytterberg, 1992; Australien: Ballard, 1998) arbeiten zum Beispiel mit sex-affirmativer und für die Allgemeinbevölkerung sichtbarer Ansprache von Männern mit (gelegentlichen) homosexuellen Sexualkontakten oder i.v.-Drogenbenutzern. In anderen Ländern (zum Beispiel Niederlande: van den Boom, 1998; Frankreich: Steffen, 1998) hätte eine solche Differenzierung nach Zielgruppen bereits die Policy der Nicht-Diskriminierung verletzt. Derartige Formen der strikten Nicht-Diskriminierung bergen andererseits das Risiko in sich, daß Angehörige der hauptsächlich betroffenen Gruppen, die sich *nicht* mit der jeweiligen 'community' identifizieren (zum Beispiel nicht offen schwul lebende Männer; sozial angepaßte i.v.-Drogenbenutzer), vom Kommunikationsfluß über ihr spezielles Risiko ausgeschlossen bleiben. Zu Kontroversen führte dieses Dilemma auch im Hinblick auf die Frage, ob und wenn ja in welcher Form zum Beispiel Schwule und Drogenbenutzer vom Blutspenden ausgeschlossen bzw. abgehalten werden sollten (van den Boom, 1998; Steffen, 1998; Taylor, 1998).

Die Normalisierung der Aids-Prävention hat bislang keine schlüssige Lösung für diese präventionspolitischen Dilemmata erbracht. Für die Verallgemeinerung der Aids-Erfahrungen sind aber bereits die dazu intensiv und auf hohem Niveau geführten Debatten lehrreich. In ihnen ist auch deutlich geworden, daß Entscheidungen im Spannungsfeld zwischen Effektivität der Prävention, Realismus der Risiko-Aussagen und Vermeidung von Diskriminierung nicht nach abstrakten epidemiologischen Risiko-Kalkülen getroffen werden können, sondern stets der pragmatischen Anpassung an nationale Kulturen, im Falle der HIV-Prävention vor allem des Umgangs mit Sex, Drogen und Minderheiten, bedürfen.

b. Von Beginn der Epidemie an war und ist es leichter, eine geeignete *Präventions-Policy* zu formulieren, als diese im Rahmen der gegebenen *Polity* mit erfolgreichen *Politics* umzusetzen (siehe oben, Abschnitt 2.2). Ein wesentliches Hindernis effektiver HIV-Prävention war und ist die meist von Staat bzw. Kirchen ausgehende Moralisierung des Aids-Risikos. Länder wie Australien, in denen frühzeitig Prävention mit sexualitätsbejahenden Botschaften für schwule Männer und Prostituierte öffentlich gefördert und verbreitet wurden, blieben die Ausnahme (Ballard, 1998). In zahl-

reichen Ländern kam es immer wieder zur staatlichen Zensur von Präventions-Aussagen, die im Hinblick auf Sex oder Drogen zu explizit waren. In einigen, vor allem südeuropäischen Ländern, ist es auch heute noch schwierig oder gar unmöglich, öffentlich zum Beispiel für 'safer sex' und Kondombenutzung zu werben (Kenis/Vroom, 1996; Cattacin, 1998). Insgesamt aber hat die Normalisierung von Aids in allen europäischen Ländern zu einem größeren Spielraum für öffentliche Kommunikation über Homosexualität, Promiskuität sowie extramaritalen Sex (Wellings/Field, 1996) und damit zu einer Verringerung - aber keineswegs zum Verschwinden - von Doppelmoral und Vorurteilen geführt.

c. Besonders die auf soziale Strukturen, konstituiert durch lebensweltliche Bezüge, Interessen und soziokulturelle Milieus ('community') bezogene Präventionsarbeit ist nicht nur nach der Theorie der WHO-Ottawa Charta, sondern auch ganz praktisch auf hohes und anhaltendes *freiwilliges Engagement* ('volunteering') aus den jeweiligen 'communities' angewiesen. Die daraus folgende Notwendigkeit, 'volunteering' durch staatliche Unterstützung zu ermöglichen und zu stabilisieren, haben mit unterschiedlicher zeitlicher Verzögerung und in unterschiedlichem Ausmaß die Regierungen aller europäischen Länder praktisch eingesehen. Die Unterstützung von 'community building' und 'community organizing' mit staatlichen Ressourcen ermöglicht auf der einen Seite Stabilisierung und Professionalisierung der Organisationen, sie führt auf der anderen Seite aber auch zur Dauerspannung zwischen Autonomiestreben und faktischer Abhängigkeit, zwischen ehrenamtlicher und bezahlter, zwischen planender und ausführender Tätigkeit. Im internationalen Vergleich wird ein inverser Zusammenhang zwischen dem Ausmaß der staatlichen Förderung von aids-bezogenen Selbsthilfeorganisationen und dem Grad der gesetzlichen Regulierungen im Umkreis von HIV/Aids gesehen (Kenis/Vroom, 1996). Die Anzahl der Selbsthilfeorganisationen für Schwule, i.v.-Drogenbenutzer und Prostituierte ist in den Phasen des 'exceptionalism' in allen europäischen Ländern sehr dynamisch angestiegen und hat sich auch im Zuge der Normalisierung weitgehend stabil gehalten. Aber auch auf diesen, der Primärprävention verpflichteten Teil der Selbsthilfe treffen die normalisierungsbedingten Erosionstendenzen (siehe oben, Abschnitt 3). Sie werden verschärft durch den Umstand, daß die Mehrzahl der aids-bezogenen 'community organizations' nicht nur Prävention, sondern auch soziale und rechtliche Unterstützung zu ihren Aufgaben zählen. Zu diesen sichtbar und persönlich präsenten Problemen steht Primärprävention oft in praktischer Konkurrenz. Sie unterliegt dann häufig, weil sie sich auf etwas bezieht, was noch nicht stattgefunden hat, und weil die Folge unterlassener Aktivität zunächst unsichtbar bleibt. Die 'rule of rescue' entfaltet auch im Selbsthilfesektor ihre Wirkungen - zum Schaden der Prävention.

Beim Übergang in die Normalität der 'community' und zielgruppenbezogenen (nicht nur HIV-) Prävention stellen sich daher einige bislang nicht befriedigend beantwortete Fragen:

- Welche Lobby braucht im Rahmen eines auf Chancengleichheit und Effizienz zielenden „Welfare Mix“ (Evers/Olk 1996) der auf freiwilligem Engagement ('volunteering') beruhende Teil des Systems der gesellschaftlichen Gesundheitssi-

cherung, um auch in Zeiten schärferer Verteilungskämpfe in der Sozialpolitik bzw. nachlassenden 'exceptionalism' öffentliche Unterstützung zu erhalten? ('political sustainability')

- Durch welche Mischung aus materiellen und immatriellen Anreizen ist ein ausreichender Zustrom an motivierten freiwilligen Helfern zu gewinnen, zu qualifizieren und zu halten? ('incentive mix')
- Wie kann der Tendenz von Selbsthilfe-Organisationen entgegengewirkt werden, sich auf die relativ leicht zu erreichenden Teile der Zielgruppen zu konzentrieren, schwierig zu erreichende 'Randgruppen' eher zu vernachlässigen? ('coverage of underserved populations')

d. Gerade die letzte Frage gewinnt zunehmend an Aktualität und Schärfe: Von HIV und Aids schienen anfangs vor allem homosexuelle Männer aus der (mobileren, autonom lebenden) Mittel- und Oberschicht betroffen. Auch die erste Generation der Präventionsaktivisten speiste sich vorwiegend aus dieser Gruppe, nahm sich aber nicht nur der Prävention für die eigene 'community' an, sondern half auch, Prävention zum Beispiel für die weniger organisierten i.v.-Drogenbenutzer auszurichten. Für die USA wurde schon anfangs der 90er Jahre festgestellt, daß die Verlangsamung der Epidemie in dieser Gruppe die Motivation der Aktivisten zur Organisation von Primärprävention senkte, die Energie sich mehr den Fragen der Therapie und speziell der Arzneimittel-Entwicklung, -Zulassung und -Verteilung zuzuwenden begann, Präventionsbemühungen für *Menschen aus unteren Schichten* eher vernachlässigt wurden (Wachter, 1991). Diese Tendenz, die sich auch in der Krankenversorgung findet (siehe oben, Abschnitt 4.1), setzte etwas später auch in Europa ein. Aids-Prävention wurde - trotz zahlreicher wichtiger Bemühungen zur Trendumkehr - zunehmend zu einer Veranstaltung für Mittelschicht-Schwule von Mittelschicht-Schwulen, mit einer zusätzlichen Voreingenommenheit zugunsten von Männern, die in der kommerziellen Subkultur verkehren.

Dieses systematische Defizit der Aktivitäten aus der 'community' wurde auch nur zögernd von den mit Präventionsfragen befaßten Sozialwissenschaftlern aufgegriffen. Nur auf den ersten Blick ist es deshalb überraschend, daß der oben skizzierten Vielfalt und Differenzierung der Präventionsansätze keine vergleichbare Entwicklung von unterschiedlichen Strategien für Personen, die verschiedenen gesellschaftlichen Schichten angehören, entsprach (Luger, 1998).

Dieses Defizit beginnt sich zu rächen, da Neuinfektionen mit dem HI-Virus zunehmend in einem überproportionalen Maß in den unteren Schichten der westeuropäischen Gesellschaften auftreten. Das wirft für die Aids-Prävention dieselben Fragen auf, vor denen jede Gesundheitspolitik steht, die die sozial bedingte Ungleichheit von Gesundheitschancen vermindern will: In welcher Weise determiniert oder behindert die soziale Lage und Schichtzugehörigkeit riskantes Verhalten und präventives Lernen, insbesondere, wenn durch ein Verhalten von heute ein nach langer und ungewisser Zukunft eintretendes Risiko verhütet werden soll (Rosenbrock, 1987)? Welchen Einfluß hat die Schichtzugehörigkeit auf das Selbstbewußtsein, die „self

efficacy“ (Bandura, 1977) und den „sense of coherence“ (Antonovsky, 1987), auf die Chancen für eine stabile (sexuelle) Identität und auf die Fähigkeit zu kommunizieren und auszuhandeln? Wie müssen Informationen, Informationskanäle und die Umwelt beschaffen sein, um diese Präventionshindernisse anzugehen? Die Bearbeitung dieser, auch weit über HIV und Aids hinaus bedeutsamen Fragen steht praktisch und wissenschaftlich erst am Anfang (Luger, 1998).

e. In Konkurrenz zu diesen Bemühungen stehen Versuche, Primärprävention im Zuge der *Re-Medikalisierung des Politikfeldes* wieder mehr von der Intervention am Individuum, also vom HIV-Antikörper-Test her zu denken. Nachdem sich AZT-Medikation bei HIV-infizierten Schwangeren als geeignet erwiesen hatte, das Risiko der vertikalen Mutter-Kind-Transmission von ca. 30% um ca. zwei Drittel zu senken, schien die erste medizinisch valide Indikation für ein zielgruppenbezogenes ‘Screening’ vorzuliegen. Mit der Verfügbarkeit der antiretroviralen Kombinations-Therapien seit 1996 haben solche Vorschläge weiter zugenommen und beziehen sich heute auch auf schwule Männer, Krankenhauspatienten, Altersgruppen etc. Bei den Diskussionen darüber (zum Beispiel de Cock/Johnson, 1998) und den Versuchen der Implementation werden die Nachteile des Verfahrens (Nicht-Erreichen der am meisten gefährdeten Zielpersonen, Begrenztheit und Unsicherheit des medizinischen Nutzens, unerwünschte Wirkungen des Tests, Störungen des Vertrauensklimas [Rosenbrock, 1991, 1994b]) kaum noch beachtet. Auch werden, wie schon in der Testdiskussion in der ersten Phase des ‘exceptionalism’ (siehe oben, Abschnitt 2.1), Aspekte der medizinisch indizierten Sekundärprävention mit solchen der Primärprävention vermischt. Häufig wird auch die Rückkehr zu (freiwilligem oder zwangsweisem) ‘Screening’, Aufspüren von HIV-Infizierten, unfreiwillige Informationsweitergabe an den/die PartnerIn und notfalls Quarantäne als Rückkehr zu den bewährten Prinzipien von Public Health bezeichnet (zum Beispiel Burr, 1997; Gostin/Ward/Baker, 1997; Lazzarani, 1998; mehr bedacht: Colfax/Bindman, 1998; dagegen: Horton, 1998). ‘New Public Health’ wird dabei nicht als Weiterentwicklung gegenüber ‘Old Public Health’, sondern als ein Verrat an ehernen Prinzipien von Public Health insgesamt verstanden. Ohne hinreichende Evidenz (Gill, 1998; Gill et al., 1998) wird erneut auch die präventiv verhaltenssteuernde Wirkung von HIV-Antikörper-Tests behauptet, werden möglichst viele HIV-Antikörper-Tests als eine Art Indikator für effektive Prävention bewertet.¹² Kaum jemals wird berücksichtigt,

¹² Dabei wird zum Beispiel übersehen, daß in Schweden als dem einzigen europäischen Land, das dieser Philosophie seit über 10 Jahren folgt, der dort gültige Kompromiß derzeit zu Lasten von ‘Old’ und zugunsten von ‘New Public Health’ brüchig wird. Da trotz massiver Testbefürwortung und (kumuliert) 9,5 Mio. HIV-Antikörper-Tests für 8,5 Mio. Einwohner (bis 1996) angeblich zwischen 55% und 90% der Neuinfektionen von HIV-Infizierten übertragen werden, die ihren Sero-Status nicht kennen, da darüber hinaus die Zwangsregeln in ihrer Anwendung einen starken Vorbehalt zuungunsten marginalisierter Bevölkerungsgruppen ausweisen, steht der ‘Communicable Diseases Act’ zur Überprüfung und Novellierung an (Danziger, 1998). Die Maximierung der Anzahl auf HIV-Antikörper getesteter Menschen und die daran ohne weitere Evidenz geknüpfte Hoffnung effektiverer Primärprävention waren auch das Hauptargument für die Zulassung der „HIV Home Collection Tests“ in den USA (Philips et al., 1995). Freilich haben sich diese Hoffnungen nicht erfüllt, die Absatzziffern blieben weit hinter den Erwartungen zurück (Karcher, 1997; Robert Koch Institut, 1997). In Europa wird diese technische Innovation vor allem wegen der mit ihr entfallenden

daß mit den für Tests erforderlichen Ressourcen sehr viel Menschenleben durch Primärprävention gerettet werden könnten (Gill et al., 1998).

Auch von bislang test-kritischer und liberaler Position aus wird vermehrtes Testen als Mittel für bessere Überwachung ('Surveillance') und Ressourcenallokation in Prävention und Krankenversorgung empfohlen (van den Boom, 1998). Auch hier ist an Diskussionsergebnisse der achtziger Jahre zu erinnern: Zur Ermittlung von Präventionsdefiziten (also zur Fokussierung von Präventionsmaßnahmen) kommen Befunde aus 'Screenings' zu unzuverlässig und zeitlich verzögert. Ebenso wenig läßt sich der Erfolg von Präventionsmaßnahmen durch HIV-Antikörper-Tests bzw. 'Screening' befriedigend evaluieren. Zudem sind die für die Risikowahrnehmung in der Primärprävention gegenüber dem Serostatus bzw. der Infektionsquote wichtigeren Indikatoren und Prädiktoren riskanten Verhaltens durch 'community'-getragene bzw. sozialwissenschaftliche Methoden in dem für Policy-Anleitung notwendigen Maß präziser und schneller zu ermitteln. Auch sind Planung von in Quantität und Qualität angemessenen Kapazitäten der Krankenversorgung nicht auf bevölkerungs- oder gruppenbezogene Ermittlung des HIV-Serostatus angewiesen. Zudem existieren mit - in den meisten Ländern - anonymen Infektions- und Fallregistern, 'Sentinel-Organisationen' und den Ergebnissen von HIV-Antikörper-Tests auf der Basis von informiertem Konsens genügend 'Beobachtungspunkte' der verschiedenen Sub-Epidemien, die, aufeinander bezogen, einen besseren epidemiologischen Überblick erlauben, als er für die meisten anderen Krankheiten mit Ausnahme der Herz-Kreislauf-Erkrankungen existiert (Kirschner, 1993).

Angesichts mancher im Rahmen der Normalisierung wieder aufflammender Diskussionen vor allem im Hinblick auf die Rolle des HIV-Antikörper-Tests, 'Screenings' bis hin zu Zwangstests verdient festgehalten zu werden, daß die Entscheidung für das Grundmodell der Aids-Präventions-Policy sowohl aus Gründen der Effizienz als auch des Schutzes der Bürgerrechte getroffen wurde (siehe oben, Abschnitt 2.1). Dieser Präventionsansatz stellt die gegenwärtig wohl effektivste und effizienteste Form der Bekämpfung vorwiegend sexuell übertragbarer Krankheiten dar, die auch dann nicht und nicht deshalb obsolet wird, weil Medikamente zur Lebensverlängerung verfügbar sind, Hexenjagden auf Minderheiten (bislang) nicht eingetreten, die betroffenen 'communities' in den politischen Prozeß integriert sind und deshalb das 'Untertauchen' keine zentrale Gefahr mehr darstellt.

Bislang hat diese Debatte in Europa in keinem Land Formen angenommen, die die bisherige Test- und damit Präventionspolitik beschädigen. Ein Blick auf die Entwicklung in der Krankenversorgung (siehe oben, Abschnitt 4.1) zeigt aber, daß auch wohlbegründete und praktikable Innovationen im Zuge der Medikalisierung von Aids verwässert oder gar zurückgenommen werden können. In Zusammenfassung der hier skizzierten Defizite und mit Blick auf die Entwicklung in den meist trendsetzenden USA (Bayer, 1998) muß das Präventionsmodell des gesellschaftlichen Ler-

Möglichkeit der Pre- und Post-Test-Betreuung und Beratung als kritisch betrachtet (Rosenbrock, 1997); der „HIV Home Collection Test“ ist bislang nicht zugelassen.

nens als gefährdete Innovation angesehen werden. Diese Gefahr verschärft sich in einer Phase, in der die Primärprävention auch konzeptionell einer Weiterentwicklung bedürfte: Angesichts der neuen Therapiehoffnungen kann die Einschätzung der Größe des mit einer HIV-Infektion verbundenen Risikos sinken und damit ein Motiv für präventives Verhalten geschwächt werden (Adam et al., 1998; Hubert et al., 1998a, b).

Vom Risiko des Scheiterns wäre nicht nur die HIV-Prävention, sondern die notwendige Modernisierung der gesamten Präventionspolitik in industrialisierten Ländern in doppelter Weise betroffen: Zum einen sind in den Debatten um den HIV-Antikörper-Test Maßstäbe im Hinblick auf Effektivität und Effizienz sowie erwünschte und unerwünschte Wirkungen der Früherkennung (Sekundärprävention) gesetzt worden, die ihrer Übertragung auf 'Screenings' für andere Krankheiten harren (Holland/Stewart, 1990; Miller/Lipman, 1996). Und zum anderen steht mit dem Modell des öffentlich organisierten Lernens die derzeit aussichtsreichste Strategie der Prävention von Zivilisationskrankheiten auf dem Spiel.

4.3 Aids und Drogen - der 'exceptionalism' wird zur Normalität

Politik im Umgang mit Rauschdrogen, insbesondere der i.v.-Drogenbenutzung, bildete schon lange vor Aids eine relativ eigenständige Arena, in der sich Akteursnetzwerke, Institutionen und Regulationen aus der Gesundheits- und Wohlfahrtspolitik sowie der Jugend- und Kriminalpolitik überschneiden.

Zumindest seit den siebziger Jahren stehen sich dabei zwei konträre Politik-Ansätze gegenüber: Repression und Abstinenz versus Risiko- und Schadensminderung ('risk and harm reduction'). Instrumente der ersten sind Illegalisierung und die Forderung nach Drogenfreiheit als Vorbedingung jeder Hilfe und Therapie. Die zweite Politik arbeitet mit Spritzentauschprogrammen (auch schon vor Aids), niedrigschwelligem Kontakt mit Drogenbenutzern ('street-work') und Methadonprogrammen. Die VertreterInnen der repressiven Linie argumentieren im Kern moralisch, daß nur ein (Ausrottungs-)Krieg gegen Drogen angemessen, aber auch erfolgversprechend sei. Hauptargument der VertreterInnen der Risikominderungspolitik ist ein pragmatisches: Illegalisierung erzeugt keine Abstinenz, sondern treibt die NutzerInnen in den Untergrund und das Problem wird vollends unkontrollierbar. Keiner dieser Ansätze kann bislang bezogen auf das Ziel der Prävention von Drogenabhängigkeit und dem daraus folgenden gesundheitlichen und sozialen Elend wirklich durchschlagende Erfolge vorweisen, die die Kontroverse mit empirischer Evidenz beenden könnten. Für das Ausbleiben solcher Erfolge werden von beiden Seiten meist Implementationsdefizite des jeweiligen Policy Ansatzes verantwortlich gemacht. Für die anhaltend hohe Position des Themas auf der politischen Agenda spielt außerdem die Tatsache eine Rolle, daß mit den Themen 'Rausch' und 'Abhängigkeit' zentrale moralische Werte westlicher Industriegesellschaften berührt sind.

Als vor Mitte der achtziger Jahre deutlich wurde, daß die gemeinsame Benutzung HIV-kontaminierter Spritzen nach der sexuellen Übertragung den wichtigsten Transmissionsweg für das HI Virus darstellt, begannen sich die politischen Arenen von Aids und Drogen zu überlappen. Aids-Policy rückte in dieser Phase gerade vom repressiven 'Old Public Health' Paradigma ab und verpflichtete sich zunehmend verbindlich dem Inklusions- und Kooperationsmodell, also der gesellschaftlichen Lernstrategie (siehe oben, Abschnitt 2.1). Es ist evident, daß dieses Modell nur mit dem Schadensminderungsansatz, nicht aber mit der repressiven Drogen-Policy kompatibel ist. Es kam infolgedessen zu einem Bündnis des dominanten Teils der Aids-Arena mit Schadensminderungs-Koalitionen der drogenpolitischen Arena, deren Stärke und Zusammensetzung freilich von Land zu Land stark differierte. Weil Aids in diesem Zeitraum das 'mächtigere', weil prominentere Thema war, bot sich zumindest in Ländern mit überwiegend repressiver Drogenpolitik in dieser Konstellation ein 'policy window' für die Durchsetzung von Schadensminderungsstrategien. Diese waren argumentativ auch dadurch im Vorteil, daß sich die Debatte angesichts der Aids-Gefahren von vornherein auf die pragmatische Frage nach der maximalen Reduktion von Risikosituationen konzentrierte (Rosenbrock, 1986). Die zu ideologischen Kontroversen anregenden Fragen, ob bzw. in welchen Anteilen Drogenbenutzung als Krankheit, Verbrechen, voluntaristisch abweichendes Verhalten, sozial bedingtes Ausweichverhalten oder Provokation bzw. Protest anzusehen sind, spielten infolgedessen eine eher untergeordnete Rolle.

Um die nationalen Unterschiede bei der gegenseitigen Beeinflussung von Aids- und Drogenpolitik zu verstehen, ist es notwendig, die unterschiedlichen Ausgangspositionen zu betrachten:

In *Frankreich* gab und gibt es eine im Grunde ungebrochene Tradition einer starken staatlichen Politik der Repression (Steffen, 1992, 1996) mit einer stärkeren Tendenz zur Aufweichung seit dem Regierungswechsel von 1997 (Steffen, 1998). *Deutschland* hat eine ähnliche Tradition zu verzeichnen, jedoch einen bemerkenswerten Politikwechsel zur Schadensminderung im Rahmen der Herausforderungen durch Aids erlebt (Frankenberg, 1992). Ähnliches gilt für die *Schweiz* (Kocher, 1993; Gutzwiller, 1995; Staub, 1998). *Großbritannien* verfolgte bereits vor Aids eine liberalere Drogenpolitik und implementierte sehr früh Risikominderungsprogramme (vor allem Spritzentausch) (Taylor, 1998). *Italien* verfügt über eine liberale Gesetzgebung, jedoch sind staatliche Programme kaum implementiert. Im privaten Sektor verfolgen dagegen die von der einflußreichen katholischen Kirche gesteuerten Wohlfahrtsorganisationen eine repressive Drogenpolitik. Risikominderungsstrategien finden sich nur in einigen politisch progressiv orientierten Kommunen und privaten Institutionen, vor allem im Norden Italiens (Cattacin, 1998). Die *Niederlande* (van den Boom, 1998) weisen, ähnlich wie Großbritannien, bereits vor Aids eine liberale Drogenpolitik auf und haben im Rahmen der Aids-Politik Risikominderungs- und Schadensbegrenzungsstrategien ausgebaut.

Insgesamt zeigt sich, daß der 'Aids-exceptionalism' auf dem benachbarten bzw. überlappenden Feld der Drogenpolitik in allen Ländern - mit der Ausnahme bzw.

‘Verspätung’ von Frankreich - eine Bewegung in Richtung auf bzw. der Befestigung von Schadensverminderungsstrategien mit sich gebracht hat. Dabei zeigen sich allerdings bemerkenswerte Unterschiede zwischen den Ländern im Hinblick auf Akteurskonstellationen und Politics.

‘Aids-exceptionalism’ entwickelte sich in *Frankreich* erst verhältnismäßig spät. Diese Sonderentwicklung einer im wesentlichen ungebrochenen Abstinenzpolitik erklärt sich aus unterschiedlichen Faktoren: Die Politik der Aids-Prävention verbot es, zielgruppenspezifisch vorzugehen (Setbon, 1996), da dies als Diskriminierung angesehen wurde (siehe oben, Abschnitt 4.2). Dies schwächte den Einfluß der Aids-Politik auf die Drogenpolitik. Die Regierungspolitik rückte aus Furcht vor moralisch-fundamentalistischen Koalitionen, also aus wahltaktischen Erwägungen, nicht vom Abstinenzdogma ab. Die professionelle Drogenhilfe schließlich lehnte ein Zusammengehen mit Aids-Prävention und -versorgung ab, da sie davon eine Medikalisierung des Drogenbereiches (Methadonprogramme usw.) und damit institutionellen Autonomieverlust befürchtete. Dies änderte sich erst unter dem Druck der Koalitionen zwischen verschiedenen Gesundheitsberufen, die den Gedanken von Schadensverminderung zunächst akzeptierten und schließlich entsprechende Strategien unterstützten.

Gerade das in Frankreich gescheiterte Bündnis mit der Medizin machte in *Deutschland* dagegen eine Wende in der Drogenpolitik erst möglich. Das ‘liberale Erschrecken’ vor Aids bewirkte, daß sich im Rahmen zielgruppenspezifischer Präventionskampagnen auch neue Angebote zur Drogentherapie entwickelten. Auf diese Weise wurden Teile der Ärzteschaft dafür gewonnen, die von ihnen seit den siebziger Jahren als therapieresistent eingeschätzte Drogenklientel via Methadonprogramme erneut als Patienten anzunehmen. Erst die Reputation der in Deutschland im Hinblick auf Öffentlichkeit und Regierung starken medizinischen Profession ermöglichte es der Politik, vom Abstinenzdogma abzurücken (Moers/Schaeffer, 1992a). Erheblich schwieriger durchzusetzen waren dagegen nicht-medizinische Interventionen, vor allem der Spritzentausch. Im Rahmen von ‘Streetwork’ konnte durch Aktivitäten in Modellprogrammen und Selbsthilfe (vor allem der Deutschen Aids-Hilfe) zunächst im öffentlichen Raum Spritzentausch eingeführt werden. Institutionen wie Gefängnisse verneinen dagegen bis heute liberalen Handlungsbedarf. Sie beharren auf der offiziellen Ideologie, nach der es in Gefängnissen keinen Sex und keinen Drogenkonsum gibt, weil es doch verboten ist.

In der *Schweiz* war es die Kombination der Bedrohung durch eine ungebremste Aids-Epidemie mit einer relativ hohen i.v.-Drogen-Prävalenz, die half, das Abstinenzdogma zu überwinden und Programme bis hin zu kontrollierter Heroinabgabe durchzusetzen (Klingemann, 1996). Allerdings ist hier eine - im Vergleich mit Deutschland - erheblich stärkere Beteiligung der Selbsthilfeorganisationen (Staub, 1998) sowie des Public-Health-Sektors zu verzeichnen. Diese Koalition war stark genug, auch erneute Versuche der Etablierung von Abstinenzpolitik abzuwehren und die Modernisierung insgesamt konsequenter umzusetzen (Gutzwiller, 1995).

In *Italien* führte die Schwäche staatlicher, aber auch kommunaler Institutionen zu einer ausgeprägten Unterversorgung der i.v.-Drogennutzer sowohl mit präventiven als auch mit therapeutischen Angeboten. Diese Lücke wird, wo und wenn überhaupt, von der katholischen Kirche und ihr nahestehenden Organisationen gefüllt. Mit ihren Abstinenzforderungen, die sich auf Drogen wie auch auf nicht die Kindeszeugung intendierten sexuellen Handlungen beziehen, widersprechen sie zum Teil staatlichen Policies und Botschaften. Durch diese anhaltende Widersprüchlichkeit werden sowohl Aids-Prävention als auch Suchtprävention und Suchttherapie in ihrer Effektivität gemindert (Cattacin, 1998).

In *Großbritannien* hingegen hat die aufkommende Aids-Krise den bereits modellhaft implementierten Risikominderungsstrategien (vor allem Spritzentauschprogramme) massiven Rückenwind verschafft. Auch die MitarbeiterInnen des *National Health Service*, der zu dieser Zeit gerade eine Reform mit Stärkung der lokalen Organisationen erlebt hatte, förderten diese Entwicklung, während die staatliche Politik insgesamt eher zögernd und lavierend mit der Aids-Thematik umging. Bestehende Public-Health-Strukturen konnten hier also für die Befestigung von Risikominderungs-Policies partiell nutzbar gemacht werden, obwohl gleichzeitig eine generell eher repressive Regierungspolitik vorherrschte, die sich beispielsweise in einer starken öffentlichen und politisch getragenen Homophobie mit entsprechend diskriminierenden Gesetzen äußerte (Taylor, 1998).

Ein im Ergebnis ähnliches Bild bieten die *Niederlande*. Dort konnte sich die bereits zuvor dem Risikovermeidungsansatz verpflichtete Drogenpolitik erfolgreich mit Aids-Initiativen verbinden. Im Gegensatz zu Großbritannien wurde diese Linie nahezu durchgängig von der Regierung unterstützt, die auf eine insgesamt liberale, partizipative und kohärent geplante Policy setzte (van den Boom, 1998).

Vergleicht man die verschiedenen Politikstrategien mit der *Epidemiologie* der mit i.v.-Drogen verbundenen HIV-Infektionen bzw. Aids-Fälle, so liegt es nahe, einen Erfolg der Risikominderungsstrategie zu konstatieren: Großbritannien, Deutschland und die Niederlande haben im Vergleich mit Italien und Frankreich erheblich niedrigere Fallzahlen im Drogenbereich aufzuweisen. Auch Länder wie Portugal und Spanien, die einen ähnlichen Weg wie Italien gehen, verzeichnen höhere Anteile von HIV-Infektionen aus i.v.-Drogenbenutzung. Freilich ist Vorsicht bei der Interpretation dieser epidemiologischen Daten geboten: In südeuropäischen Ländern ist der i.v.-Drogengebrauch z.T. erheblich verbreiteter als bei den nordeuropäischen Nachbarn (Hamouda et al., 1997), und ein Land mit liberaler Drogenpolitik wie die Schweiz hat recht hohe HIV-Inzidenz im Zusammenhang mit i.v.-Drogen aufzuweisen (Staub, 1998). Jüngste Tendenz ist ein weiteres Auseinanderdriften der süd- und nordeuropäischen Länder im Verbreitungsmuster der Aids-Epidemie mit deutlicher Zunahme des Anteils der i.v.-Drogenbenutzer an den Aids-Fallzahlen im Süden Europas (Robert Koch-Institut, 1998).

Eine liberale oder repressive Drogenpolitik wurde also im Zeichen der Aids-Krise entweder ausgebaut und stabilisiert (Großbritannien, Niederlande), revidiert

(Deutschland, Schweiz) oder beibehalten (Frankreich, Italien). Dabei bewirkte der 'Aids-exceptionalism' in einigen Ländern (Deutschland, Schweiz, Großbritannien) einen Politikwechsel auch dort, wo eine konservative Regierungspolitik dies nicht unbedingt hätte erwarten lassen.

Betrachtet man den Wandel der Drogenpolitik im Kontext der Aids-Politik, ergibt sich folgendes Bild:

In der Phase der Politik-Formulierung und des sich herausbildenden 'exceptionalism' wird im wesentlichen die vor Aids bestehende Drogenpolitik zunächst weitergeführt, also liberal oder repressiv vorgegangen. Verständlich ist das auch vor dem Hintergrund der in dieser Phase dominanten öffentlichen Wahrnehmung der homosexuellen Männer als in erster Linie betroffenen Gruppe. In der Phase der Konsolidierung des Exzeptionalismus werden in den meisten Ländern entsprechende liberale Programme formuliert und überwiegend auch umgesetzt. In der Phase, die in anderen Bereichen durch bröckelnden Exzeptionalismus gezeichnet ist, kann sich in der Drogenpolitik allmählich ein breiter werdender liberaler Konsens durchsetzen - die durch Aids ausgelöste 'Normalisierung' der Drogenpolitik hat sich verselbständigt, die Risikominderungs-Koalitionen in diesem Politikfeld haben durch Aids entscheidend an Kraft gewonnen. In den Ländern mit bereits liberaler Tradition werden die Risikominderungsprogramme erweitert, vor allem von Sprizentausch über Substitution bis hin zu punktueller Heroinabgabe. In Frankreich beginnt eine vorsichtige Umorientierung der staatlichen Drogenpolitik hin zu einfacherem Zugang zu sterilen Spritzen (Verkauf in Apotheken usw.) und zu erleichtertem Zugang zu Methadon-Programmen. Die derzeitige sozialistische Regierung Jospin verfolgt seit 1997 eine weitere vorsichtige Aufweichung des Abstinenzdogmas und legitimiert damit die im Alltag von Prävention und Therapie ohnehin ablaufenden Prozesse (Steffen, 1998).

Charakteristisch für die Drogenpolitik in allen Ländern, die nicht explizit der Risikominderungsstrategie folgen, ist ein Spannungsverhältnis zwischen nationalen Programmen und der Praxis. Regierungserklärungen und internationale Deklarationen ('war on drugs' etc.) betonen die Prinzipien der Abstinenz (vgl. zum Beispiel die 1997 in der EU geführte Auseinandersetzung um ein Verbot des Cannabis-Verkaufs in den Niederlanden; van den Boom, 1998). Diese Prinzipien pflegen sich auf dem Wege vom Regierungsprogramm über die operativen Anweisungen an und von Behörden bis hin zur Arbeit in Krankenhäusern, Arztpraxen, Therapieeinrichtungen, Selbsthilfeeinrichtungen und von 'street workern' zunehmend zu verdünnen bzw. zu verflüchtigen bzw. in Risikominderungsansätze umzuschlagen. Es bleibt abzuwarten, ob sich dieses oft effektivitätsmindernde Spannungsverhältnis im Zuge der durch Aids zusätzlich beförderten Normalisierung der Drogenpolitik verringern oder gar aufheben wird. Der bisherige Verlauf gibt Anlaß zu dieser Hoffnung: Drogenpolitik kann in Europa insgesamt als Trend zu einer Normalität gesehen werden, bei der nicht nur die Erfordernisse der Aids-Prävention berücksichtigt werden. Vielmehr wurde der 'Fall Aids' zum Geburtshelfer allgemeinerer gesellschaftlicher Modernisierungen, die durch die Liberalisierung des

Rauschmittel-Gebrauchs spätestens seit den siebziger Jahren auf der Tagesordnung standen.

Während Drogenbenutzer und Drogenabhängige infolge der Aids-Krise in Europa heute im Durchschnitt auf eine realistischere, humanere und effektivere Behandlung hoffen können, führen die neuen medikamentösen Therapiemöglichkeiten auch zu neuen Problemen für diese Gruppe. Während eine liberale Drogenpolitik mit niedrigschwelligen Angeboten auch bei vorsichtiger Beurteilung Erfolge in der Risiko- und Schadensminderung vorzuweisen hat, verlangen die neuen Kombinationstherapien ein ungewöhnlich hohes Maß an Therapiedisziplin ('adherence to therapy'), für die die Lebenswirklichkeit von Drogenbenutzern, ebenso wie von Obdachlosen oder Prostituierten, nicht gerade die besten Voraussetzungen schafft. Notwendig wären hier neue, medizinische und soziale Betreuung integrierende 'Outreach'-Strategien, die in der nach wie vor exklusiven 'Komm-Struktur' der medizinischen Versorgung nicht vorgesehen sind. Mögliche Ansatzpunkte einer Strategie der überwachten Einnahme der Aids-Medikamente wäre eine Verknüpfung mit dem Methadon-Programm, das allerdings ebenfalls eine 'Komm-Struktur' aufweist. Die Ergebnisse von Projekten und Untersuchungen zu den Problemen der mangelnden Therapiedisziplin an Aids erkrankter i.v.-Drogenbenutzer bleiben abzuwarten. Die Normalität in der medizinischen Versorgung dieser Patienten bietet also keineswegs ein ähnlich positives Bild wie die Drogenpolitik selbst. Vielmehr droht hier der Anschluß an den „normal schlechten Verlauf der Gesundheitspolitik“ (Rosenbrock, 1986) und damit das Weiterbestehen der Benachteiligung bereits marginalisierter Patienten-Gruppen.

Schlußfolgerungen

Das Auftreten von Aids hat in allen europäischen Ländern zu wichtigen und tiefgreifenden Innovationen in Prävention, Krankenversorgung, Gesundheitspolitik und Bürgerrechtsfragen geführt. Verglichen mit den meist trägen und nur geringfügigen Reaktionen auf andere Gesundheitsprobleme können diese Innovationen als exzeptionell bezeichnet werden. Diese Ausnahme vom normal schlechten Lauf der Gesundheitspolitik erklärt sich vor allem aus der politischen Schubkraft, die sich daraus speiste, daß neben einer gesundheitlichen Katastrophe auch Zivilisationsbrüche auf dem Gebiet der Bürgerrechte befürchtet wurden. Diese Kombination brachte ein trotz aller nationaler Unterschiede im Grundmuster ähnliches Bündnis von Gesundheitsberufen und sozialen Bewegungen hervor, das den mangels wirksamer Therapien von der Medizin nicht besetzten Handlungsraum politisch nutzte.

Sowohl bevölkerungsweite gesundheitliche als auch bürgerrechtliche Aids-Katastrophen sind ausgeblieben. Die Gründe dafür liegen sowohl in anfänglichen Überschätzungen der Risiken, deren Größe mit zunehmendem medizinischen und sozialwissenschaftlichen Wissen realistischer eingeschätzt wurden, als auch in den präventivpolitischen wie bürgerrechtlichen Erfolgen der „exceptionalist alliance“. Ihr ist es zu verdanken, daß die europäischen Länder dank des 'exceptionalism' die mit Aids

verbundenen zivilisatorischen und gesundheitspolitischen Herausforderungen für ihre jeweils eigenen Bevölkerungen im wesentlichen bestanden haben. Nationale Unterschiede erklären sich aus der jeweiligen Stärke der „exceptionalist alliance“ im Verhältnis zur Beharrungskraft vor allem konservativ moralisierender Institutionen. Die Varianz der in diesem Spannungsfeld erreichten Institutionalisierung und Verrechtlichung des ‘exceptionalism’ wird Richtung und Ausmaß der weiteren Normalisierung mit ihren nationalen und Policy-feld-spezifischen Unterschieden wesentlich bestimmen. Für eine aus gesundheitswissenschaftlicher Sicht wünschenswerte ‘zweite Welle’ von Innovationen zur Konsolidierung des ‘exceptionalist’ Modells in Prävention und Krankenversorgung fehlen weniger die Konzepte als vielmehr die Kräfte (Schaeffer, 1995).

Dabei deuten sich in diesem noch nicht abgeschlossenen Prozeß unterschiedliche Formen von **Normalisierung in drei Grundtypen** (und vielen Mischformen) an:

Teils werden im Rahmen des ‘exceptionalism’ entwickelte Policies verallgemeinert (**Normalisierung als Generalisierung**). In der Krankenversorgung wurden zum Beispiel mit der unter sehr schwierigen Bedingungen stattfindenden Praktizierung des Grundsatzes ‘ambulant vor stationär’, mit der Entwicklung von gemeindenahen (‘community based’) und spezialisierten Behandlungs- und Pflegeeinrichtungen (‘categorical services’) sowie mit patientenfreundlichen Organisationsentwicklungen Innovationen geschaffen, die auf die Versorgung anderer Patientengruppen ‘ansteckend’ wirken dürften. Ein weiteres Beispiel hierfür ist der - bislang freilich mehr auf Programm als auf Praxis beruhende - Siegeszug von ‘health promotion’-Ansätzen, die sich nicht auf bloße Appelle zur Verhaltensmodifikation beschränken, sondern die sozialen Determinanten von Gesundheit und Gesundheitsverhalten einbeziehen. Hier hat der ‘exceptionalism’ bereichernd und erweiternd auf eine andere Strömung eingewirkt. In der Drogenpolitik schließlich gab der vom ‘exceptionalism’ ausgehende Impuls den Ausschlag für die Entwicklung zu pragmatischen Policies der Risiko- bzw. Schadensbegrenzung.

In anderen Bereichen wird die besondere Bearbeitung von Aids institutionalisiert (**Normalisierung als Stabilisierung**). Dies zeigt sich zum Beispiel an den verbliebenen spezialisierten Einrichtungen in der Krankenversorgung (‘categorical services’), an der Institutionalisierung zielgruppenspezifischer HIV-Primärprävention und auch an Änderungen in der Aufgabendefinition und der Struktur der staatlichen Public-Health-Institutionen.

Bestimmte Programme und Institutionen, die der ‘exceptionalism’ hervorgebracht hat, werden in Richtung auf den Status quo ante zurückgefahren (**Normalisierung als Regression**). In zahlreichen Ländern wurden und werden die besonderen Organisationseinheiten in Regierungen und Public Health Institutionen aufgelöst bzw. in die allgemeinen Strukturen re-integriert. Angesichts des dauerhaft zu bearbeitenden Problembestandes ist dies meist realistisch (und kann durch den Erfahrungstransfer sogar Anstöße für eine Normalisierung als Generalisierung liefern). Gesundheitspolitisch gefährlich ist dagegen die in manchen Ländern, zum Beispiel in Deutschland,

stattfindende Reduktion der absolut für die HIV-Primärprävention aufgewendeten Ressourcen. Insbesondere leidet darunter die Entwicklung von strukturell gestützten Kommunikations- und Lernstrategien für Menschen in Risikosituationen aus den Unterschichten, wo sich zunehmend überproportional häufig Neuinfektionen ereignen (Luger, 1998). Eine Rückentwicklung zu 'Old Public Health'-Policies ist in Europa im Unterschied zu den USA vorläufig unwahrscheinlich, muß aber als latente Gefährdung ernst genommen werden. Der Zuwachs an Therapiemöglichkeiten führt in der Krankenversorgung zu Regressionstendenzen. Dort ist das erreichte Ausmaß an Patientenorientierung gefährdet. Der Abbau und zum Teil fast abrupte Abbruch von sozialwissenschaftlichen und Public-Health-Forschungsprogrammen zur Prävention und Krankenversorgung in etlichen Ländern verschlechtert die Voraussetzungen zur Stabilisierung des Erreichten und erst recht zur Generalisierung der Erfolge des 'Aids-exceptionalism'.

Für die Entwicklung der Gesundheitspolitik in den reichen kapitalistischen Ländern Europas lassen sich aus der Analyse des 'Aids-exceptionalism' vier vorläufige Schlußfolgerungen ziehen, deren Gültigkeit und Verallgemeinerbarkeit durch weitere Forschungen sowohl im Hinblick auf andere Risiken bzw. Krankheiten als auch in vertieften internationalen Vergleichen zu überprüfen wären:

a. Der 'Aids-exceptionalism' bestätigt die Erfahrung, daß Gesundheit für sich allein ein zwar moralisch starkes, aber im Hinblick auf politisches Handeln ein eher schwaches Motiv bildet. Gesundheitspolitische Aufmerksamkeit, Ausgabenbereitschaft und Reformkraft richten sich regelmäßig nicht nach epidemiologisch definierten Prioritäten (Levine/Lilienfeld, 1987). Insbesondere tiefgreifendere Reformen in Prävention und Krankenversorgung bedürfen in der Regel der Verbindung des Gesundheitsthemas mit wichtigen Anliegen - und entsprechenden Akteuren - aus anderen Politikfeldern (Rosenbrock, 1998a). Ist diese Bedingung wie im Falle Aids erfüllt, kann es zu Modernisierungsschüben kommen, die in Ausmaß und Geschwindigkeit mit dem in diesem Politikfeld in Europa üblichen Inkrementalismus kaum erreichbar wären.¹³

Möglich werden dann auch gesundheitspolitische Entwicklungssprünge im Sinne von Perspektiven- bzw. Paradigmenwechseln: Neben dem praktizierten (und aktuell wieder gefährdeten) Übergang zur Bedarfsorientierung in der Krankenversorgung ist dabei vor allem auf die grundlegende Veränderung in der Primärprävention zu

¹³ In vergleichbarem Tempo und wahrscheinlich noch größerer Eingriffstiefe beeinflussen bislang v.a. in den USA marktförmiger Ökonomismus und Kommerzialisierung (Salmon, 1990; Kühn, 1997) das System der gesellschaftlichen Gesundheitssicherung. Dabei handelt es sich indes nur um einen Spezialfall von Themen- und Akteursverbindung: Die Kommerzialisierung der Gesundheitsversorgung gewann in dem Maße an Dynamik, wie auf der Basis entwickelter statistischer Methoden und Datenverarbeitung die Krankenversorgung betriebswirtschaftlich berechenbar und damit zu einem interessanten Feld für anlagensuchendes Kapital wurde. Diese Innovation ist - entsprechend den durch sie freigesetzten marktwirtschaftlichen Anreizen - gegenüber Gerechtigkeitsproblemen ebenso gleichgültig, wie es der - dem Prinzip der Risikominimierung verpflichtete - 'Aids-exceptionalism' gegenüber manchen traditionellen Moralvorstellungen war. In beiden Fällen bildeten Ethik bzw. Moral keine unüberwindlichen Barrieren.

verweisen: Die gesellschaftliche Lernstrategie war ursprünglich zur Prävention von chronisch degenerativen, vor allem Herz-Kreislauf-Erkrankungen entwickelt worden, konnte sich dort jedoch außerhalb von Modellprojekten kaum nachhaltig etablieren (DHP, 1998). Den Durchbruch erzielte dieser Ansatz und der damit verbundene Perspektivenwechsel vom einzelnen Individuum zur Gruppe bzw. 'community' und damit vom Verhalten zu den Lebensumständen stattdessen bei Aids als einer vorwiegend sexuell übertragbaren Infektionskrankheit. Daß dies politisch möglich und praktisch erfolgreich war, bildet den Kern des 'Aids-exceptionalism'. Der häufig als wesentlich spektakulärer wahrgenommene Verzicht auf Zwangsmittel der individuellen Suchstrategie ('Old Public Health') ist in Relation dazu nur eine - freilich notwendige - Nebenbedingung.

b. Die Chancen der Durchsetzung und Implementation derartiger Innovations-sprünge hängen aber nicht nur von der Schubkraft ihrer Lobbygruppen, sondern auch von der konzeptionellen und professionspolitischen Stärke des zu überwindenden Ansatzes ab. Es hat sich bei Aids gezeigt, daß die offensichtliche Abwesenheit wirksamer Therapeutika die Definitionsmacht der Medizin zumindest partiell und auf Zeit delegitimieren kann. Dies bedeutet zugleich eine Schwächung der der Medikalisation von Gesundheitsproblemen innewohnenden Tendenzen zur Individualisierung und sozialen Kontrolle (Zola, 1972). Im zeitweiligen, anderen Ansätzen raumgebenden Zurücktreten der Medizin von ihrer gewohnt dominanten Rolle werden Alternativen sichtbar und erprobbar. Dies gilt in der Primärprävention für das Zurücktreten von individualisierenden Ansätzen. Scheinbar paradox führte diese Konstellation in der Krankenversorgung dagegen zu einer stärkeren Individualisierung der Patientenbehandlung. Ermöglicht wurde dies vor allem durch die stärkere Übernahme von Versorgungsaufgaben und -kompetenz durch nicht-medizinische Gesundheitsberufe (PflegerInnen, SozialpädagogInnen, PsychologInnen etc.) und informelle Helfer. Ob und in welchem Ausmaß die damit verbundenen Innovationen und die Aufwertung nicht-medizinischer Gesundheitsberufe im Zuge der Re-Medikalisation durch neue medizinische Therapieerfolge bei Aids Bestand haben oder gar verallgemeinert werden, ist eine offene Frage, die letztlich nicht am Krankenbett, sondern in professionspolitischen Auseinandersetzungen entschieden wird. Die Gefahr solcher Normalisierungen im Sinne von Regression dürfte um so größer sein, je näher am Kernbereich ärztlich-therapeutischen Handelns die in Frage stehenden Innovationen organisatorisch und interessensmäßig liegen.

c. Innovationen im gesellschaftlichen Umgang mit Gesundheit können eine erhebliche Austrahlungskraft auf andere Politikbereiche ausüben. Dies gilt nicht nur für die Drogenpolitik, sondern ist auch an der größeren Toleranz gegenüber und zunehmend auch Akzeptanz von offen homosexuell lebenden Männern ablesbar.¹⁴

¹⁴ Dieser Befund gilt nur mit großen Unterschieden zwischen den europäischen Ländern. Zudem ist die Entwicklung keineswegs allein der Aids-Krise zuzuschreiben: Die Entdeckung schwuler Männer als kaufkräftiges und werbegeeignetes Marktsegment koinzidierte mit dem Auftreten von Aids und war die marktwirtschaftlich logische Fortsetzung des erfolgreichen 'gay liberation movement' (Rosenbrock 1998b). Die zunehmende öffentliche Akzeptanz von schwulen Männern

Die zentrale Botschaft der Aids-Prävention ('safer sex' außerhalb strenger Monogamie) hat zwar nicht, wie von manchen befürchtet, von anderen erhofft, zu einer Zunahme von Promiskuität geführt (Dubois-Arber 1997b), sie hat aber stattdessen ein offeneres Klima für Kommunikation über Fragen der Sexualität und Beziehungsgestaltung hervorgebracht. Schließlich hat der 'Aids-exceptionalism' auch einige sonst wenig beachtete 'dunkle Ecken' der Gesellschaft ins Blickfeld gerückt: Die Beleuchtung der zum Beispiel mit Migration, Haft (Turnbull, 1997) und Prostitution (Delacoste, 1987; Aggleton, 1998) verbundenen menschlichen und sozialen Probleme hat den dort arbeitenden sozialreformerischen Kräften erheblichen Auftrieb verliehen.

d. Die europäischen Länder haben jedes für sich und mit unterschiedlichen Zeitverzügen und Strategie-Mixes ihre jeweilige Aids-Krise angegangen und im Großen und Ganzen bewältigt. Transnationale Zusammenarbeit gab und gibt es mehr auf der Ebene von Betroffenenorganisationen (zum Beispiel das europäische Präventionsprojekt für MigrantInnen in der 'Sex-Industrie' TAMPEP, vgl. Brussa, 1996) und der Wissenschaft (zum Beispiel die beiden europäischen sexualwissenschaftlichen Forschungsprojekte, vgl. van Campenhoudt et al., 1997; Hubert et al., 1998b) als auf der staatlich-politischen Ebene zum Beispiel der EU. Ob durch zentralistischere Entscheidungsstrukturen ein besseres Ergebnis in Europa zu erzielen gewesen wäre als durch die EU-Praxis allgemeiner Erklärungen und punktueller Forschungsförderung, bleibt eine nur spekulativ zu beantwortende Frage.

Evident jedoch ist, daß die europäischen Länder (mit einigen relativ positiven Ausnahmen wie den Niederlanden [Moerkerk, 1998]) angesichts der globalen Aids-Krise wie die gesamte reiche Welt bislang versagt haben (Morin, 1998). In den armen Ländern sind mehr als 80% der HIV-Infektionen festzustellen und dort leben ca. 80% der an Aids erkrankten Personen. Jedoch werden dort nur rund 10% der weltweit gegen Aids aufgewendeten Ressourcen eingesetzt (Morin, 1998). Das ist weder human noch zeugt es von einem auf Globalisierung und Nachhaltigkeit zielenden Handeln. Diese Ziele sind im Hinblick auf Aids derzeit offenbar weder im Rahmen der weltweiten Primärverteilung, noch durch die politisch und humanitär bestimmte Sekundärverteilung von Ressourcen zu erreichen. In dieser Hinsicht gab und gibt es bislang keinen 'Aids-exceptionalism'.

darf außerdem nicht darüber hinwegtäuschen, daß es auch weiterhin eine nationalspezifisch unterschiedliche, in Deutschland zum Beispiel rund ein Drittel der Bevölkerung umfassende Minderheit mit starker Homophobie und Aggressionspotentialen gibt (Bochow, 1993; Dannecker, 1997).

Literatur

Abholz, H.-H. (1994) Grenzen medizinischer Prävention. In: *Präventionspolitik. Gesellschaftliche Strategien der Gesundheitssicherung*, Hrsg. R. Rosenbrock/H. Kühn/B. Köhler, pp. 54-82. Edition sigma, Berlin.

Adam, P. et al. (1998) *HIV/AIDS preventive attitudes and behaviour of French and Swiss gay men in the era of new treatments. A comparison of two national surveys*. Poster 34107 presented at the oral communication No. 642. 12th World AIDS Conference, Geneva.

Aggleton, P., Hrsg. (1998) *Men who sell sex*. UCL Press, London.

Albæk, E. (1992) Denmark: AIDS and the political 'Pink Triangle'. In: *AIDS in Industrial Democracies: Passions, Politics and Policies*, Hrsg. D. Kirp und R. Bayer. Rutgers University Press, New Brunswick.

Altmann, D. (1988) Legitimation through Disaster: AIDS and the Gay Movement. In: *AIDS, The Burden of History*, Hrsg. E. Fee und D.M. Fox, pp. 301 - 315. University of Berkeley Press, Berkeley.

anRs (1997) *Agence Nationale de Recherches sur le SIDA 1989 - 1996: Activités & Perspectives*. Paris.

anRs (1998) *10 ans de recherches sur le sida en France*. Paris.

Antonovsky, A. (1987) *Unraveling the Mystery of Health. How People Manage Stress and Stay Well*. San Francisco.

Aust, B. (1996) Berufliche Gratifikationskrisen im Dienstleistungsbereich. Unveröffentlichter Abschlußbericht Forschungsprojekt D2. Düsseldorf.

Ballard, J. (1992) Australia: Participation and Innovation in a Federal System. In: *AIDS in Industrial Democracies: Passions, Politics and Policies*, Hrsg. D. Kirp und F. Bayer, pp. 134 - 167. New Brunswick.

Ballard, J. (1998) The Constitution of AIDS in Australia: Taking 'Government at a Distance' Seriously. In: *Governing Australia*, Hrsg. B. Hindess und M. Dean, pp. 125-138. Cambridge University Press, Melbourne.

Balter, M. (1998) Europe: AIDS Research on a Budget. *Science* **280**, 1856-1858.

Bandura, A. (1977) Self-Efficacy: Toward a Unifying Theory of Behavioral Change. *Psychological Review* **84**, 19-215.

Bayer, R. (1989) *Private Acts, Social Consequences, Aids and the Politics of Public Health*. Free Press/Collier Macmillan, New York/London.

Bayer, R. (1991) Public Health Policy and the AIDS Epidemic. An End to HIV Exceptionalism? *JAMA* **324**, 1500-1504.

Bayer, R. (1998) Clinical Progress and the Future of HIV Exceptionalism. In: *Working Papers for Synthesis Sessions of the 2nd European Conference 'Aids in Europe. New Challenges for Social and Behavioural Sciences.'* UNESCO, 12-15 January 1998, Paris.

Bayer, R. und Oppenheimer, G.M. (1998) Aids death and impotence: doctors confront the limits of medicine. In: *Working Papers for Synthesis Sessions of the 2nd European Conference 'Aids in Europe. New Challenges for Social and Behavioural Sciences.'* UNESCO, 12-15 January 1998, Paris.

Beckstein, G. (1992) Der Anonyme Unverknüpfbare HIV-Test - machbar und notwendig. *Aids-Forschung (AIFO)*, **7**, 395-398.

Benjamin, A.E. (1989) Perspectives on a Continuum of Care for Persons with HIV Illness. *Medical Review*, **46**(4), 411-438.

Bernardi-Schenkluhn, B. (1992) Das Gesundheitssystem der Schweiz. Akteure, Strukturen, Prozesse und Reformstrategien. *Schriftenreihe des SGGP* **24**, 15-19.

Berridge, V. (1996) *AIDS in the UK. The Making of Policy 1981 - 1994*. Oxford University Press, Oxford.

Bochow, M. (1993) Einstellungen und Werthaltungen zu homosexuellen Männern in Ost- und Westdeutschland. In: *Aids - eine Forschungsbilanz*, Hrsg. C. Lange, pp. 115-128. Edition sigma, Berlin.

Bochow, M./Chiarotti, F./Davies, P./Dubois-Arber, F./Dur, W./Fouchard, J./Gruet, F./McManus, T./Markert S./Sandfort T. et al. (1994) EC-Concerted Action on AIDS/HIV Prevention Strategies, Working Group on Homo-Bisexual Men, University of Lausanne- IUMSP, Switzerland. Sexual behaviour of gay and bisexual men in eight European countries. *AIDS Care* **6**, 533-459.

Boom, F. van den (1998) The normalisation of AIDS? AIDS policies: comparison, changes and perspectives. In: *Working Papers for Synthesis Sessions of the 2nd European Conference 'Aids in Europe. New Challenges for Social and Behavioural Sciences.'* UNESCO, 12-15 January 1998, Paris.

Brandt, A. M. (1987) *No magic bullet. A social history of venereal disease in the United States*. New York.

Brussa, L. (1996). Transnational AIDS/STD Prevention among Migrant Prostitutes in Europe. In: *Crossing Borders. Migration, ethnicity and AIDS*, Hrsg. M. Haour-Knipe und R. Rector, pp. 193-206. Taylor & Francis, London.

Bühler, F./Waldvogel, F./Zinkernagel, R. (1997). *ZAF 2000. Zukunft der Aids-Forschung in der Schweiz: Empfehlungen für die Jahre 2000-2003. Ein Modell für die integrale Erforschung eines Krankheitsbildes in einem 'Swiss Network of Excellence'*. Im Auftrag des Eidg. Departement des Inneren zuhanden des Bundesamtes für Gesundheit sowie des Bundesamtes für Bildung und Wissenschaft und des Wissenschaftsrates. Basel.

Bungener, M. (1996) Home care of patients suffering from AIDS: the need for cooperation between patient, doctor and family Community alternatives. *International Journal of Family Care* **8**, 70-80.

Bungener, M. und Poisson-Salomon, A.S. (1998) L'implication des médecins de ville dans la prise en charge de la pathologie VIH in Des professionnels face au sida – Evolutions des rôles, identités et fonctions. In: *Collection Sciences Sociales et Sida*, Hrsg. M. Duroussy et al., pp. 23-33. AnRs, Paris.

Burr, Ch. (1997) The Aids Exception: Privacy vs. Public Health. *The Atlantic Monthly* **279**(6), 57-67.

de Busscher, P.O. und Pinell, P. (1996) La création des associations de lutte contre le sida. In: *Sida et vie psychique*, Hrsg. S. Hefez, pp. 316-323. La Découverte, Paris.

Bütschi, D. und Cattacin, S. (1994) *Le modèle suisse du bien-être. Réalités sociales*. Lausanne.

van Campenhoudt, L./Cohen, M./Guizzardi, G./Hausser, D., Hrsg. (1997) *Sexual interactions and HIV risks. New conceptual perspectives in European research*. Taylor & Francis, London.

Caplan, N. (1979) The Two-Communities. Theory and Knowledge Utilisation. *American Behavioral Scientist*, **22**(3), 459-470.

Carael, M./Buvé, A./Awusabo-Asare, K. (1997) The making of HIV epidemics: what are the driving forces? *AIDS* **11** (suppl B), S23-S31.

Carmines, E.C. und Stimson, J.A. (1989) *Issue Evolution: Race and the Transformation of American Politics*. Princeton University Press, Princeton.

Cattacin, S. (1996) Organisatorische Probleme der HIV/Aids-Politik in föderalen Staaten. Deutschland, Österreich und Schweiz im Vergleich. *Journal für Sozialforschung* **36**(1), 73-85.

Cattacin, S. (1998) The Organisational Normalisation of Unexpected Events. The Case of HIV/AIDS in Perspective. In: *Working Papers for Synthesis Sessions of the 2nd European Conference 'Aids in Europe. New Challenges for Social and Behavioural Sciences.'* UNESCO, 12-15 January 1998, Paris.

Chervyakov, V. und Kon, I. (1998) Sex Education and HIV Prevention in the Context of Russia Politics. In: *Politics behind Aids Policies*, Hrsg. R. Rosenbrock, pp. 39-47. Publications Series of the Research Unit Public Health Policy, Social Science Center Berlin. Berlin.

Cleary, P. D. et al. (1988) Compulsory Premarital Screening for the Human Immunodeficiency Virus. Technical and Public Health Considerations. *JAMA* **256**, 1757-1762.

Cock, K. M. de und Johnson, A. M. (1998) From exceptionalism to normalisation: a reappraisal of attitudes and practice around HIV testing. *BMJ* **316**, 290-293.

Colfax, G. N. und Bindman, A. B. (1998). Health benefits and risks of reporting HIV-infected individuals by name. *American Journal of Public Health* **88**, 876-879.

Daheim (1992) Zum Stand der Professionsoziologie. Rekonstruktion machttheoretischer Modelle in der Profession. In: *Erziehen als Profession. Zur Logik professionellen Handelns in pädagogischen Feldern*, Hrsg. B. Dewe/W. Ferchhoff/F.O. Radtke, pp. 21-35. Leske und Budrich, Opladen.

Dannecker, M. (1997) Deutschland - ein schwulenfreundliches Land? *Zeitschrift für Sexalforschung* **10**, 229-232.

Danziger, R. (1998) HIV testing and HIV prevention in Sweden. *BMJ* **316**, 293-296.

Delacoste, F. und Alexander, P. (1987) *Sex work - Writings by Women in the Sex Industry*. Cleis Press.

Deutscher Bundestag (1990) *Gefahren von Aids und wirksame Wege zu ihrer Eindämmung*. Endbericht der Enquete-Kommission des 11. Deutschen Bundestages, Bundestagsdrucksache 11/7200, nachgedruckt in der Reihe: Zur Sache - Themen parlamentarischer Beratung 13/90. Aids: Fakten und Konsequenzen. Bonn.

DHP Forschungsverbund, Hrsg. (1998) *Die Deutsche Herz-Kreislauf-Präventionsstudie. Design und Ergebnisse*. Hans Huber, Bern.

Dodier, N. (1998) Sociological discourse and therapeutic research within the framework of the HIV epidemic. In: *Working Papers for Synthesis Sessions of the 2nd European Conference 'Aids in Europe. New Challenges for Social and Behavioural Sciences.'* UNESCO, 12-15 January 1998, Paris.

Downs, A. (1972) Up and Down with Ecology - the 'issue-attention cycle'. *The Public Interest* **28**, 38-50.

Dubois-Arber F./Lehmann, Ph./Hausser, D. (1988) Towards improved action against AIDS. *World Health Forum* **9**, 376-381.

Dubois-Arber, F./Jeannin, A./Meystre-Agustoni, G./Moreau-Gruet, F./Haour-Knipe, M./ Spencer, B./Paccaud, F. (1997a) *Evaluation of the AIDS prevention strategy in Switzerland mandated by the Federal Office of Public Health. Fifth assessment report 1993-1995*. Institut universitaire de médecine sociale et préventive (Cah. Rech. Doc. IUMSP, no. 120b), Lausanne.

Dubois-Arber, F./Jeannin, A./Konings, E./Paccaud, F. (1997b) Increased condom use without major changes in sexual behavior among the general population in Switzerland. *American Journal of Public Health* **87**(4), 558-566.

Dubois-Arber, F. (1998) HIV-Prävention in einer neuen Phase der Epidemie: Offene Fragen und Herausforderungen. *Infothek*, 2/98, 4-8.

Dür, W. und Haas, S. (1992) HIV/AIDS-Versorgung in Wien: Zur Lage von PatientInnen und Institutionen. Ergebnisse einer sozialwissenschaftlichen Untersuchung. *Sozialwissenschaftliche Rundschau* **32**(2), 163-174.

Esping-Anderson, G. (1990) *The three Worlds of Welfare Capitalism*. Cambridge University Press, Cambridge.

European Centre for the Epidemiological Monitoring of AIDS (1998). HIV/AIDS Surveillance in Europe. *Quarterly report* **57**, 23.

Evans, R.G. (1997) Going for the Gold. The Redistributive Agenda behind Market-Based Health Care Reforms. *Journal for Health Politics, Policy and Law* **22** (2), 427-465.

Evers, A. und Olk, Th. (1996) Wohlfahrtspluralismus - Analytische und normativ-politische Dimensionen eines Leitbegriffs. In: *Wohlfahrtspluralismus: vom Wohlfahrtsstaat zur Wohlfahrtsgesellschaft*, Hrsg. A. Evers und Th. Olk, pp. 9-62. Westdeutscher Verlag, Opladen.

Farquhar, J.W./Fortmann, S./Flora, J.A. et al. (1990) Effects of community wide education on cardiovascular disease risk factors. The Stanford Five-City Project. *JAMA* **264**, 359-365.

Fassin, D. (1996) Aux marges de la santé publique. Les réseaux de prise en charge du sida dans le dispositif sanitaire français. *Santé Publique* **8**(1), 5-15.

Fechter, D. (1992) Geringer Nutzen - hohe Kosten. *D.A.H. Aktuell*, Mai 1992, 4-5.

Fee E. und Fox, D.M., Hrsg. (1992) *Aids: The Making of a Chronic Disease*. University of California Press, Berkeley, Los Angeles.

Feldman, E. und Bayer, R., Hrsg. (1999) *Blood Feuds. AIDS, Blood, and the Politics of Medical Disaster*. Oxford University Press, New York.

Fox, D.M./Day, P./Klein, R. (1989) The Power of Professionalism: Policies for AIDS in Britain, Sweden, and the United States. *Daedalus*, **118**(2), 93-112.

- Frankenberg, G. (1992) Germany: the uneasy triumph of pragmatism. In: *AIDS in Industrial Democracies: Passions, Politics and Policies*, Hrsg. D. Kirp und R. Bayer. Rutgers University Press, New Brunswick.
- Freidson, E. (1970) *Professional Dominance. The Social Structure of Medical Care*. Aldine, Chicago/Ill.
- Friedrich, D. und Heckmann, W., Hrsg. (1995). *Aids in Europe – The Behavioural Aspect. Vol. 5 Cure and Care*. Edition sigma, Berlin.
- Gill, O.N. (1998) Promoting Testing is no Substitute for Recognising Risk. *British Medical Journal* **316**, 295-296.
- Gill, O.N./McGarrigle, C.A./MacDonald, N.D./Sinka, K. (1998) UK HIV Testing Policy: Results, Changes and Challenges - Will „Normalisation“ of HIV Testing weaken, rather than strengthen, primary prevention. In: *Working Papers for Synthesis Sessions of the 2nd European Conference 'Aids in Europe. New Challenges for Social and Behavioural Sciences.'* UNESCO, 12-15 January 1998 Paris.
- Gostin, L./Ward, J.W./Baker, C.A. (1997) National HIV Case Reporting for the United States. *The New England Journal of Medicine* **337**, 1162-1167.
- Gutzwiller F. (1995) Drogenpolitik: Wie weiter? *Aids-Infothek* **1**, 4/5 und 32/33.
- Hamouda, O./Nießing, W./Voß, L. (1997) AIDS/HIV 1996. Bericht zur epidemiologischen Situation in der Bundesrepublik zum 31.12.1996. *RKI-Hefte (17)*, Hrsg. RKI-Aids-Zentrum. Berlin.
- Haour-Knipe, M. (1994). Migrant populations: the development of something to evaluate. *Soziale Präventivmedizin* **37**, S79-S94.
- Haour-Knipe, M. (1997) Vancouver AIDS conference review: Migration and ethnicity issues. *AIDS Care* **9**(1), 115-119.
- Heidenheimer, A.J. (1986) Politics, Policy and Policity as Concepts in English and Continental Languages: An Attempt to Explain Divergences. *Review of Politics* **48**, 3-30.
- Henriksson, B. und Ytterberg, H. (1992) Sweden: the power of the moral(istic) left. In: *AIDS in Industrial Democracies: Passions, Politics and Policies*, Hrsg. D. Kirp und R. Bayer. Rutgers University Press, New Brunswick.
- Héritier, A. (1993) Policy-Analyse. Elemente der Kritik und der Neuorientierung. In: *Policy Analyse. Kritik und Neuorientierung*, Hrsg. A. Héritier, pp. 9-36. Westdeutscher Verlag, Opladen.

- Herrn, R. und Rosenbrock, R. (1999) Aids-Prävention für schwule Männer in den neuen Bundesländern. In: Mit Aids leben. Prävention, Therapie, Behandlungsalternativen, psychosoziale Aspekte, Ed. H. Jäger, pp. 349-354. Ecomed, Landsberg.
- Higgins, D.L. und Galvotti, Ch. et al (1991) Evidence of the Effects of HIV Antibody Counseling and Testing on Risk Behaviors. *JAMA* **266**(17), 2419-2429.
- Holland, W.W. und Stewart, S. (1990) *Screening in Health Care. Benefit or Blame?* London.
- Horton, M. (1998) Réactions, récidence et relations sans protection: la criminalisation croissante de la contamination par le VIH. In: *Le sida en Europe: Nouveaux enjeux pour les sciences sociales*, Hrsg. Collection Sciences Sociales et SIDA, pp. 35-42. AnRs, Paris.
- Hubert, M. et al. (1998a) *Public awareness of the new treatments and changes in HIV risk perception: comparison of four European countries in 1997-98*. Poster No 43573, Oral communication LB 16 at the 12th World AIDS Conference. Geneva.
- Hubert, M./Bajos, N./Sandfort, T., Hrsg. (1998b) *Sexual behaviour and HIV/AIDS in Europe*. London, UCL Press.
- Karcher, H.L. (1997) HIV home test kit banned in Germany. *BMJ* **315**, 627.
- Kenis, P./Vroom de, B. (1996) Neue Organisationen und alte Sektoren - Eine Analyse der Organisationen im Bereich HIV/AIDS in einigen europäischen Ländern. In: *Wohlfahrtspluralismus. Vom Wohlfahrtsstaat zur Wohlfahrtsgesellschaft*, Hrsg. A. Evers und Th. Olk, pp. 323-346. Westdeutscher Verlag, Opladen.
- Kießling, S. und Vettermann, W. (1995) Effektivität staatlich geförderter Forschung - eine Analyse für den Bereich Aids. *AIDS-Forschung* **10**(5), 245-250.
- Kingdon, J. (1984) *Agendas, alternatives, and public policies*. Little, Brown & Company, Boston.
- Kirp, D. und Bayer, R., Hrsg. (1992) *AIDS in Industrial Democracies: Passions, Politics and Policies*. Rutgers University Press, New Brunswick.
- Kirschner, W. (1993) *HIV-Surveillance. Inhaltliche und methodische Probleme bei der Bestimmung der Ausbreitung von HIV-Infektionen*. Edition sigma, Berlin.
- Kleiber, D./Enzmann, D./Gusy, B. (1995) Stress and Burnout of Health Care Professionals Working with AIDS-Patients. *International Journal of Health Sciences* **6**, 96-101.
- Klingemann, H.K. (1996) Drug treatment in Switzerland: harm reduction, decentralization and community response. *Addiction* **91**(5), 723-36.
- Kocher, K.W. (1993) *Die Stop-Aids-Story 1987-1992*. Bern.

Kühn, H. (1993) *Healthismus: Eine Analyse der Präventionspolitik und Gesundheitsförderung in den U.S.A.* Edition sigma, Berlin.

Kühn, H. (1997) Managed Care. Medizin zwischen kommerzieller Bürokratie und integrierter Versorgung am Beispiel USA. *Jahrbuch für Kritische Medizin* **27**, 7-52.

Lagrange, H./Lhomond, B./Calvez, M./Levinson, Sh./Maillochon, F./Mogoutov, A./Warszawski, J. (1997) *L'Entrée dans la Sexualité. Le Comportement des Jeunes dans le contexte du Sida.* Edition La Découverte, Paris.

Lazzarani, Z. (1998) *Moving to national HIV reporting.* Paper presented at the 12th World AIDS Conference, Oral Session C23, June 30th 1998. Geneva.

Levine, S. und Lilienfeld, A., Hrsg. (1987) *Epidemiology and Health Policy.* New York/London

Lichtenstein, B. (1997) Tradition and Experiment in New Zealand AIDS Policy. *Aids & Public Policy Journal* **12**(2), 79-87.

Lowi, Th. J. (1964) American Business, Public Policy, Case Studies and Political Theory. *World Politics* **XVI**(4), 677-715.

Luger, L. (1998) *HIV/AIDS prevention and 'class' and socio-economic related factors of risk of HIV infection.* Publications series of the Research Unit Public Health Policy, P98-204. Social Science Research Center, Berlin.

Mann, M. (1986) *The Sources of Social Power: Volume I - A History of Power from the Beginning to A.D. 1760.* Cambridge University Press, Cambridge.

McKeown, Th. (1979) *The Role of Medicine. Dream, Mirage or Nemesis.* Blackwell, Oxford.

Mertens, T./Caraël, M./Sato, P./Cleland, J. et al. (1994) Prevention indicators for evaluating the progress of national AIDS programmes. *AIDS* **8**, 1359-1369.

Michel, S. (1988) *HIV-Antikörpertext und Verhaltensänderungen.* Publications series of the Research Unit Public Health Policy, P88-204. Social Science Research Center, Berlin.

Miller, R./Lipman, M. (1996) HIV Pre-test discussion. Not just for specialists. *BMJ* **313**(20), 130.

Moerkerk, H. (1998) AIDS: A Priority Issue in Foreign Assistance by the Netherlands. In: Th. Sandfort (Hg.), pp. 175-183

Moers, M./Schaeffer, D. (1998) The impact of Aids on nurses und nursing care. In: *Working Papers for Synthesis Sessions of the 2nd European Conference 'Aids in Europe. New Challenges for Social and Behavioural Sciences.'* UNESCO, 12-15 January 1998, Paris.

Moers, M./Schaeffer, D. (1992a) Die Bedeutung niedergelassener Ärzte für die Herstellung von Versorgungskontinuität bei Patienten mit HIV-Symptomen. In: *Aids-Krankenversorgung*, Hrsg. D. Schaeffer/M. Moers/R. Rosenbrock, pp. 133-160. Edition sigma, Berlin.

Moers, M./Schaeffer, D. (1992b) Perspectives on a Continuum of Care for Patients with HIV-Symptoms. In: *Health Systems - The Challenge of Change. Proceedings of the 5th International Conference on System Science in Health Care*, pp. 1546-1549. Omnipress, Prag.

Morin, S. (1998) *North American Funding for HIV in the Developing World*. Paper presented at the 12th World AIDS Conference 1998, Geneva.

National Academy of Sciences/Institute of Medicine (U.S.A.) (1988) *The Future of Public Health*. Washington D.C.

Office fédéral de la santé publique, Commission de contrôle de la recherche sur le sida (1989) *Le SIDA en Suisse: l'épidémie, ses conséquences et les mesures prises*. Office fédéral de la santé publique, Bern.

Office fédéral de la santé publique (1998). Appel d'offres pour des projets et des bourses de recherche sur le sida. *OFSP, Bulletin* **98**(34).

Philips, K.A./Flatt, S.F./Morrison, K.R./Coates, Th. J. (1995) Potential Use of Home HIV Testing. *New England Journal of Medicine* **332**, 1308-1310.

Pinell, P. und Busscher, P.O. de (1996) Milieu homosexuel et mouvement de lutte contre le sida en France: les valeurs en jeu. In: *Homosexualités, sida et prévention*, Hrsg. Groupe Illico, pp. 38-43. Ex-Aequo, Bruxelles.

Pokrovsky, V. (1995) Expected Changes in national AIDS policy in Russia. In: *Aids in Europe - The Behavioural Aspect, Vol. 5 Cure and Care*, eds. D. Friedrich und W. Heckmann, pp. 27-30. Sigma, Berlin.

Pokrovsky, V. (1998) Conceptualisation and development of AIDS policy in Russia. In: *Working Papers for Synthesis Sessions of the 2nd European Conference 'Aids in Europe. New Challenges for Social and Behavioural Sciences.'* UNESCO, 12-15 January 1998, Paris.

Pollak, M. (1991) Aids prevention for men having sex with men. Final report. *Assessing AIDS prevention, EC Concerted Action on Assessment of AIDS/HIV Preventive Strategies*. Cahiers de Recherches et de Documentation IUMSP, No 75, Lausanne.

Pollak, M. (1992) Organizing the fight against AIDS. *Current Sociology* **40**(3), 36-65.

Puska, P./Nissinen, A./Tuomilehto, J. (1985) The community-based strategy to prevent coronary heart disease: Conclusions from ten years of the North Karelia Project. *Annual Review of Public Health* (6), 147-193.

Ribbe, M.W. (1998) Voraussetzungen der Kooperation zwischen Medizin und Pflege: Curriculum für „Veerpleeghuis“ Physicians. In: *Medizin und Pflege. Kooperation in der ambulanten Versorgung*, Hrsg. V.D. Garms-Homolová und D. Schaeffer, pp. 103-112. Ullstein/Mosby, Berlin.

Robert-Koch-Institut (1997) InfFo-Diskussionsforum zur Frage HIV-Heim- bzw. HIV-Home-Collection-Test. *InfFo* **II/97**, 35-44.

Robert-Koch-Institut Hrsg. (1998) *AIDS/HIV Quartalsbericht I/98. 129. Bericht des Aids-Zentrums am Robert Koch-Institut über aktuelle epidemiologische Daten*. Berlin.

Rogers, E.M. (1983) *Diffusion of Innovation*. Free Press, New York/London.

Rogers, D.E. und Osborn, J.E. (1991) Another Approach to the AIDS Epidemic. *JAMA* **325**(11), 806-808.

Rose, G. (1992) *The Strategy of Preventive Medicine*. Oxford.

Rose, N. und Miller, P. (1992) Political Power Beyond the State: Problematics of Government. *British Journal of Sociology* **43**, 173-205.

Rosenbrock, R. (1985) Prävention arbeitsbedingter Erkrankungen durch gesetzliche Krankenversicherung - ein Thema in einer Arena. In: *Arbeit und Politik, Gesellschaftliche Regulierung der Arbeit und der sozialen Sicherung*, Hrsg. F. Naschold, pp. 367-404. Campus, Frankfurt/New York.

Rosenbrock, R. (1986) *AIDS kann schneller besiegt werden - Gesundheitspolitik am Beispiel einer Infektionskrankheit* (3rd ed. 1987). VSA Verlag, Hamburg.

Rosenbrock, R. (1987a) Some social and health policy requirements for the prevention of AIDS. *Health Promotion. An International Journal* **2**, 61-168.

Rosenbrock, R. (1987b) Self Help and Primary Care. *Medicine and Society*, 13, (1) Spring, 39-44.

Rosenbrock, R. (1990) *A Tightrope Walk Between Two spheres of Logic - Observations - and Self-Observations - of a Social Scientist in Parliamentary Politics*. Working Paper 90-28, University of California at Berkeley.

Rosenbrock, R. (1991) Screening for Human Immunodeficiency Virus. *International Journal of Technology Assessment in Health Care* **7**(3), 263-274.

Rosenbrock, R. (1993) AIDS: Questions and Lessons for Public Health. *AIDS & Public Policy Journal* **8**(1), 5-19.

Rosenbrock, R. (1994a) Die Normalisierung von Aids, teils nach vorne, teils zurück. In: *Strategien gegen Aids. Ein internationaler Politikvergleich*, Hrsg. D. Kirp und R. Bayer, pp. 480-501. Edition sigma, Berlin.

- Rosenbrock, R. (1994b) Der HIV-Test ist die Antwort - aber auf welche Fragen? Vom Nutzen einer Diagnose für Prävention und Therapie. In: *Präventionspolitik. Gesellschaftliche Strategien der Gesundheitssicherung*, Hrsg. R. Rosenbrock/H. Kühn/B. Köhler, pp. 358-382. Edition sigma, Berlin.
- Rosenbrock, R. (1995a) Public Health als soziale Innovation. *Das Gesundheitswesen* **57**(3),140-144.
- Rosenbrock, R. (1995b) Social Sciences and HIV/AIDS policies: Experiences and perspectives. In: *AIDS in Europe - The Behavioural Aspect*, Hrsg. D. Friedrich/W. Heckmann, Vol.1, pp. 259-269. Edition sigma, Berlin.
- Rosenbrock, R. (1995c) The role of policy in effective prevention and education. In: *AIDS in Europe - The Behavioural Aspect*, Hrsg. D. Friedrich/W. Heckmann, Vol. 5, pp. 17-26. Edition sigma, Berlin.
- Rosenbrock, R. (1996) Sind neue Erkenntnisse zu Risikokonstellationen präventionspolitisch umsetzbar? In: *Aids - Management der Erkrankung*, Hrsg. H. Jäger, pp. 389-392. Ecomed, Landsberg/Lech.
- Rosenbrock, R. (1997a) Welche Verbesserungen kann der HIV-Home Sampling Test bringen? *Infektionsepidemiologische Forschung* **II/1997**, 40-43.
- Rosenbrock, R. (1997b) Modelling health care reforms in former socialist countries. In: *Moving Health Systems Into The New Century. Proceedings of the Sixth International Conference on System Science in Health Care*, Hrsg. J. Rovira/W. van Eimeren/G. Duru, pp. 86-90. GSF-Forschungszentrum, Neuherberg.
- Rosenbrock, R. (1998a) Gesundheitspolitik. In: *Handbuch Gesundheitswissenschaften*, 2nd revised edition, Hrsg. K. Hurrelmann und U. Laaser, pp. 707-751. Juventas Verlag, Weinheim und München.
- Rosenbrock, R. (1998b) Aids-Politik, Gesundheitspolitik und Schwulenpolitik. In: *Verqueere Wissenschaft?* Hrsg. U. Ferdinand/A. Pretzel/A. Seeck, pp 365-378. LIT-Verlag, Münster.
- Rosenbrock, R. (1998c) Reforme libérale du GKV en Allemagne: vers la fin du principe de solidarité? In: La santé dans tous ses états: assistance, assurance ou droit universel. *La revue M* **93**(Janvier/Février 1998), 47-54.
- Rosenbrock, R. und Salmen, A. Hrsg. (1990) *Aids-Prävention und Sozialwissenschaften*, Vol. 1. Ergebnisse sozialwissenschaftlicher Aids-Forschung. Edition sigma, Berlin.
- Rosewitz, B. und Webber, D. (1990) *Reformversuche und Reformblockaden im deutschen Gesundheitswesen*. Frankfurt/New York.
- Rucht, D. (1994) *Modernisierung und neue soziale Bewegungen*. Campus, Frankfurt/Main, New York.

Ruetten, A. (1995) The Implementation of Health Promotion. A New Structural Perspective. *Social Science and Medicine* **41**(12), 1627-1637.

Sabatier, P. und Jenkins-Smith, H. (1993) *Policy Change and Learning: An Advocacy Coalition Approach*. Westview Press, Boulder, CO.

Salmon, J.W. (1990) *The Corporate Transformation of Health Care: Issues and Directions*. Baywood Publishers, Amityville, N.Y.

Sandfort, Th. Hrsg. (1998) *The Dutch Response to HIV. Pragmatism and Consensus*, UCL Press, London.

Schaeffer, D. (1995a) Patientenorientierte Krankenversorgung: Aids als Herausforderung. *Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften* **3**(4), 332-348.

Schaeffer, D. (1995b) Aids and Innovations in the German Health Care System. *International Journal of Health Science* **6**(2), 77-84.

Schaeffer D. (1996) Innovationsprozesse in der ambulanten Pflege. Aids als Pilotprojekt. *Pflege. Die wissenschaftliche Zeitung für Pflegeberufe* **9**(2), 140-149.

Schaeffer, D. (1997) Patientenorientierte ambulante Pflege Schwerkranker. Erfordernisse der Konzept- und Wissenschaftsentwicklung. *Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften* **5**, 85-97.

Schaeffer, D. (1998) Impact of Aids on Health Care and Health Professions. In: *Proceedings of the 2nd European Conference 'Aids in Europe. New Challenges for Social and Behavioural Sciences.'* UNESCO, 12-15 January 1998, Paris.

Schaeffer, D./Moers, M./Rosenbrock, R., Hrsg. (1992a) *Aids-Krankenversorgung. Ergebnisse sozialwissenschaftlicher Aids-Forschung*, Vol. 8. Edition sigma, Berlin.

Schaeffer, D./Moers, M./Rosenbrock, R., (1992b) Aids-Krankenversorgung zwischen Modellstatus und Übergang in die Regelversorgung. In: *Aids-Krankenversorgung*, Hrsg. D. Schaeffer/M. Moers/R. Rosenbrock, pp. 11-25. Edition sigma, Berlin.

Schaeffer, D./Moers, M./Rosenbrock, R., Hrsg. (1994) *Public Health und Pflege - Zwei neue gesundheitswissenschaftliche Disziplinen. Ergebnisse sozialwissenschaftlicher Aids-Forschung*. Edition sigma, Berlin.

Setbon M., (1991) La santé publique à l'épreuve du sida: une approche systémique des processus décisionnels. *Sociologie du travail* (3), 403-28.

Setbon, M. (1993) *Pouvoirs contre Sida. De la transfusion sanguine au dépistage: décisions et pratiques en France, Grande-Bretagne et Suède*. Seuil, Paris

Setbon, M. (1996) Le risque comme problème politique. Sur les obstacles de nature politique au développement de la santé publique. *Revue française des affaires sociales* (2), 11-28.

Souteyrand, Y. (1997) Sida et changement à l'hôpital: le cas du système hospitalier public français. *Ruptures* 4(2), 322-330.

Staub, R. (1998) Aids: Spätzeit der Epidemie oder Normalisierung? In: *Les Mondes du Sida. Entre resignation et espoir*, Hrsg. Aids Info Docu Schweiz, pp. 54 - 60. Bern.

Steffen, M. (1992) France: scientific expertise, social solidarity and AIDS policy. In: *AIDS in Industrial Democracies: Passions, Politics and Policies*, Hrsg. D. Kirp und R. Bayer. Rutgers University Press, New Brunswick.

Steffen, M. (1996) *The fight against Aids. An international public policy comparison between four European Countries: France, Great Britain, Germany, Italy*. Presses Universitaires de Grenoble, Grenoble.

Steffen, M. (1998) The normalisation of AIDS Policies in Europe. Phases, Levels and Perspectives. In: *Working Papers for Synthesis Sessions of the 2nd European Conference 'Aids in Europe. New Challenges for Social and Behavioural Sciences.'* UNESCO, 12-15 January 1998, Paris.

Street, J. und Weale, A. (1992) Britain: policy making in a hermetically sealed system. In: *AIDS in Industrial Democracies: Passions, Politics and Policies*, Hrsg. D. Kirp und R. Bayer. New Brunswick.

Strittmatter, R. (1995) Theoretische Fundierung von Aidspräventionsmaßnahmen - Anwendungsbezogene Konsequenzen empirischer Befunde zum HIV-Risikoverhalten. *Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften*, 3(3), 212-226.

Taylor, R. (1998) Part of the Landscape? AIDS Policies with Regard to IV-Drug Users in France and Britain. In: *Working Papers for Synthesis Sessions of the 2nd European Conference 'Aids in Europe. New Challenges for Social and Behavioural Sciences.'* UNESCO, 12-15 January 1998, Paris.

Thiaudiere, C. (1998) Evolution of the relationships between social movements and public policies: the French experience. In: *Working Papers for Synthesis Sessions of the 2nd European Conference 'Aids in Europe. New Challenges for Social and Behavioural Sciences.'* UNESCO, 12-15 January 1998, Paris.

Turnbull, P. (1997) Prisons. Vancouver Conference review. *AIDS Care* 9(1), 92-95.

Ullrich, A. (1987) *Krebsstation. Belastungen der Helfer. Eine empirische Studie in Bayern*. Frankfurt.

UNAIDS (1998) *UNAIDS Report on the global HIV/AIDS epidemic*, June 98. Geneve.

Volberding, P.A. und Deeks, G. (1998) Antiretroviral Therapy fo HIV Infection. Promises and Problems. *JAMA* **279**(17), 1343-1344.

Vroome E.M., van de/Paalman, M.E./Sandfort, T.G. (1990) AIDS in the Netherlands: the effects of several years of campaigning. *Int. J. STD. AIDS* (1), 268-75.

Wachter, R.M. (1991) *The Fragile Coalition: Scientists, Activists, and Aids*. St. Martins Press, New York.

Wellandt, C./Bademill-Wiecha, S. und Geiger, A. (1996) HIV Prevention for Migrants: Integration of HIV Prevention into Social Work among Migrant Populations. In: *AIDS Education: Interventions in Multi-Cultural Societies*, Hrsg. I. Schenker und G. Sabar-Friedman und F.S. Sy, pp. 145-152. Plenum, New York.

Wellings, K. und Field, B. (1996) *Stopping AIDS. AIDS/HIV Public Education and the Mass Media in Europe*. Longman, London/New York.

WHO World Health Organization - Regional Office for Europe (1996) *European Health Care Reforms. Analysis of Current Strategies*. WHO, Copenhagen.

Wijngaarden, J. van (1992) The Netherlands: AIDS in an consensual society. In: *AIDS in Industrial Democracies: Passions, Politics and Policies*, Hrsg. D. Kirp. und R. Bayer. New Brunswick.

Wistow, G. (1998) Krankenbetreuung zu Hause und die Reform der Akutkrankenhäuser in England. In: *Virtuelles Krankenhaus zu Hause - Entwicklung und Qualität von ganzheitlicher Hauskrankenpflege*, Hrsg. J.M. Pelikan/A. Stacher/A. Grundböck/K. Krajic, pp. 57-78. Facultas-Verlag, Wien.

Zenilman, J.M./Erickson, B./Roix, M.R./Reichart, C.A./Hook, E.W. III (1992) Effect of HIV Posttest Counseling on STD Incidence. *JAMA* **267**(6), 843-845.

Zola, I. (1972) Medicine as an Institution of Social Control. *Sociological Review* **20**, 487-504.