





Raimund Geene

## **AIDS-POLITIK**

**Ein neues Krankheitsbild  
zwischen Medizin, Politik und Gesundheitsförderung**



---

## Inhalt

1. Einführung	9
1.1. AIDS, gesellschaftliche Krise und Gesundheitswesen	9
1.2. AIDS und der Paradigmenwechsel von Krankheitsbehandlung zur Gesundheitsförderung	11
1.3. Übersicht über die vorliegende Studie: Kommentiertes Inhaltsverzeichnis	14
1.4. Methodische Herangehensweise	16
2. Gesundheitspolitik in Deutschland	21
2.1. Entwicklung eines gesundheitlichen Versorgungssystems	21
2.1.1. Entwicklungsprozesse der Heilkunst	21
2.1.2. Herausbildung und Professionalisierung des ärztlichen Standes	29
2.1.3. Systemstabilisierung durch Gründung ärztlicher Organisationen	33
2.1.4. Krankenkassen als neue Akteure	38
2.2. Von der Sozial- zur Rassenhygiene	43
2.2.1. Alfred Grotjahn und das Konzept der Sozialhygiene	44
2.2.2. Alfred Ploetz und das Konzept der Rassenhygiene	48
2.2.3. Rassenhygiene als politisches Thema	54
2.3. Systemkonstituierung nach 1945	60
2.3.1. Sozialhygiene in der DDR	60
2.3.2. Sozialversicherungssystem in der BRD	62
2.3.3. Steuerungsprobleme in der gesetzlichen Krankenversicherung	64
2.3.4. Strukturveränderungen in der gesetzlichen Krankenversicherung ab 1969	67
2.3.5. Der öffentliche Gesundheitsdienst	71
2.4. Orientierung auf ein verändertes Gesundheitsverständnis	74
2.4.1. Aufweichung der kurativmedizinischen Orientierung	74
2.4.2. Gesellschaftliche und demografische Entwicklungstrends	78
2.4.3. Politische Strategien angesichts des Strukturwandels	81
2.4.4. Konzepte der Weltgesundheitsorganisation	86
2.4.5. Internationale Erfahrungen	91
2.4.6. Entwicklung und Begriff des New Public Health	94
2.5. Steuerungsprozesse im Gesundheitswesen	97
2.5.1. Korporatistische Steuerung	97
2.5.2. Partizipative Steuerung	100

---

3. AIDS–Politik	105
3.1. Krankheitsentstehung und Politikformulierung	105
3.1.1. Ätiologie	105
3.1.2. Politikrezeption	109
3.1.3. Medienrezeption	113
3.1.4. Selbsthilfeförderung	117
3.1.5. Aufklärungsstrategie	120
3.1.6. Strategie der Meldepflicht	123
3.1.7. Koalitionsvereinbarung 1987	124
3.2. Innovationen der AIDS–Politik	127
3.2.1. Gesellschaftlicher Kontext und strategische Ausgangssituation	127
3.2.2. Spezifische Antworten im Gesundheitssystem	131
3.2.3. Defizite der AIDS–Politik	134
4. Die AIDS–Enquete–Kommission des Deutschen Bundestages	139
4.1. Rahmenbedingungen einer Enquete–Kommission	140
4.1.1. Entstehung des parlamentarischen Instruments Enquete–Kommission	142
4.1.2. Aufgabe und Auftrag der Enquete–Kommissionen	145
4.1.3. Parlamentarische und externe Mitglieder der Enquete–Kommissionen	146
4.1.4. Implizite Funktionen der Enquete–Kommissionen	148
4.2. Entstehung und Aufgabenbeschreibung der AIDS–Enquete	150
4.2.1. Anträge der Bundestagsfraktionen auf Einrichtung einer AIDS–Enquete–Kommission	150
4.2.2. Die personelle Besetzung der Kommission	154
4.2.3. Die Konstituierung der Enquete–Kommission	156
4.2.4. Arbeitsschritte der AIDS–Enquete–Kommission	162
4.3. Fallbeispiele aus der Arbeit der AIDS–Enquete–Kommission	164
4.3.1. Die Anhörung zur Epidemiologie	164
4.3.2. Die Anhörung zu gesellschaftlichen Auswirkungen von AIDS	168
4.3.3. Die Anhörung zur Primärprävention	178
4.3.4. Die Anhörung zur ethischen Problematik	182
4.3.5. Die Konfliktlinie Lernstrategie versus Suchstrategie	187
4.3.6. Partizipative Konzeption und Wirkung der Enquete–Kommission	193
4.3.7. Der juristische Diskurs der Enquete–Kommission	197

---

4.4. Spezifische Bedingungen und Ergebnisse	200
4.4.1. Strukturelle Bedingungen der Kommissionsarbeit	200
4.4.2. Möglichkeiten und Grenzen der AIDS–Enquete–Kommission	206
5. Kritische AIDS–Betrachtung	209
5.1. Kritikbegriffe in politikwissenschaftlichen Debatten	211
5.1.1. Theoretische Grundlagen kritischer AIDS–Betrachtung	211
5.1.2. Das theoretische Konzept der Biopolitik	219
5.1.3. Die kritische Gesundheitsbewegung	222
5.2. AIDS–Kritik aus dem Bereich der Selbsthilfe	225
5.2.1. Entstehung und Entwicklung der Schwulenbewegung	225
5.2.2. Entstehung der Deutschen AIDS–Hilfe	229
5.2.3. Entstehung von AIDS–Aktionsgruppen	239
5.3. Kritische AIDS–Betrachtung der deutschen Sexualwissenschaft	247
5.3.1. Theoretische Ansätze der Sexualwissenschaft	249
5.3.2. Psychoanalytisch bestimmte AIDS–Kritik	252
5.3.3. Kulturell bestimmte AIDS–Kritik	254
5.3.4. Politische AIDS–Kritik	259
5.3.5. Umstrukturierung der deutschen Sexualwissenschaft	266
5.3.6. Die Bremer Studie	270
5.4. Kritische Positionen in der Debatte um den Ursprung des Virus	283
5.4.1. Theorien einer evolutionären Entwicklung	283
5.4.2. Theorien einer künstlichen Entstehung	288
5.4.3. Die molekularbiologische und epidemiologische Sichtweise von Lilli und Jakob Segal	291
5.4.4. Kritik an der These des afrikanischen Ursprungs des HIV	297
5.5. Die Viruskritik der sog. 'AIDS–Rebellen'	303
5.5.1. Übersicht über die Entstehung der viruskritischen Debatte	303
5.5.2. Die virologischen Thesen des Peter H. Duesberg	309
5.5.3. Die epidemiologischen Thesen des Peter H. Duesberg	313
5.5.4. Das alternative 'Internationale Symposium: AIDS – A Different View' 1992 in Amsterdam	319
5.5.5. Der Dokumentarfilm 'Die AIDS–Rebellen'	322
5.5.6. Psychoneuroimmunologie und Ganzheitliche Medizin	326
5.5.7. Die Zuspitzung in der Frage der AZT-Therapie	331
5.5.8. Zusammenfassung und Ausblick	334

5.6. AIDS–Politik und AIDS–Kritik: Über die Verständigungsprobleme antagonistischer Denkwelten	337
6. Auswertende Zusammenfassung	343
6.1. Ist AIDS ein Modellfall für Gesundheitsförderung?	343
6.2. Welchen Beitrag leistet die Gesundheitspolitik zum Wandel des Gesundheitsverständnisses?	347
6.3. Begünstigt der Ansatz der Gesundheitsförderung Partizipationskonzepte?	352
Literatur	357

## 1. Einführung

### 1.1. AIDS, gesellschaftliche Krise und Gesundheitswesen

Die vorliegende Arbeit ist Ergebnis einer langjährigen Auseinandersetzung mit Fragen der gesellschaftlichen und gesundheitspolitischen Auswirkungen der Krankheit AIDS.

1981/82 erscheinen in der epidemiologischen Fachpresse in den USA einzelne Beiträge, die neuartige Krankheitserscheinungen bei jungen schwulen Männern beschreiben. Bald entwickelt sich daraus eine Lawine von Krankheitsberichten in den Massenmedien, die eine intensive Diskussion in einer zutiefst verunsicherten Öffentlichkeit nach sich zieht. Sowohl die Zahl der Krankheitsfälle als auch die an Hysterie grenzende öffentliche Diskussion erreicht von Ende 1985 bis Mitte 1987 ihren Höhepunkt. Dabei geht es um Herkunft und Formen der Ausbreitung der mysteriösen Krankheit und Wege ihrer Eindämmung, aber auch um Gefahren für den freiheitlichen Rechtsstaat: *"unser Verständnis von demokratischer Gesellschaft und demokratischem Staat, unser Menschenbild und unsere Vorstellungen von Zusammenleben"*, schreibt etwa die damalige Bundesgesundheitsministerin Rita Süßmuth (1987:24), stehen *"auf dem Prüfstand"*.

Diese gesellschaftliche Krise stößt auf ein Gesundheitssystem, das sich durch jahrzehntelange Fixierung auf kurativmedizinische Versorgungsformen und die Dominanz medizinischer Verbandspolitik in korporatistische Strukturen festgefahren hat und weitgehend reformresistent zeigt. Gleichzeitig kann die Kurativmedizin und ihr wissenschaftlicher Überbau aber weder Therapieformen noch Impfstoffe zur Eindämmung der Krankheit vorweisen.

Es besteht eine fast experimentelle Situation, die Entwicklung und Umsetzung gesundheitspolitischer Innovationen begünstigt. Vor allem Sozialwissenschaftler, aber auch Vertreter aus der Pflege, der Psychologie und anderer nicht-medizinischer Heilberufe besetzen dieses Vakuum, in dem sie Bekämpfungsstrategien gegen AIDS propagieren, die auf Information, Vorbeugung und Solidarität mit Erkrankten setzen.

In diesem medizinischen AIDS–Diskurs werden unterschiedliche Interessen und Sichtweisen artikuliert, die jedoch nicht alle Gehör finden. In der Ausgrenzung kommen korporatistische Strukturen zum Tragen, die nur hilfswissenschaftliche Denkansätze integrieren. Andere Interessen und Sichtweisen, die über keine Strategien verfügen, sich wissenschafts– oder machtpolitisch einzubringen, werden in den Aushandlungsstrukturen und auch in den Medien weitgehend ignoriert.

Der 11. Deutsche Bundestag hat zur AIDS–Problematik eine Enquete–Kommission eingerichtet. Diese Enquete–Kommission hat in dreijähriger Arbeit zahlreiche Aspekte durchgearbeitet. Auch hier sind einige kritische Positionen ausgeblendet, weil sie mit der medizinischen Grundkonzeption der AIDS–Diskussion nicht vereinbar sind.

Eine genauere Durchsicht der Kommissionsarbeit zeigt jedoch, dass im Zusammenhang mit AIDS zahlreiche gesundheitspolitische Innovationen diskutiert und angestoßen sind, die das korporatistische Konzept unterlaufen. So zielt ein Teil der Politikansätze auf Integration medizinischer Akteure und insbesondere von VertreterInnen von Patienten– und Selbsthilfegruppen. Dies geht einher mit Partizipationskonzepten aus den sich etablierenden Gesundheitswissenschaften und der Weltgesundheitsorganisation, die die Bedeutung der kurativmedizinischen Versorgungsstruktur relativieren.

Die Korporatismustheorie kann zwar die Grundstrukturen des Gesundheitswesens gut erklären. Gesundheitspolitische Innovationen entstehen aber nicht innerhalb, sondern quer zur korporatistischen Machtstruktur in neu formierten Politik–Arenen, in denen sich um partizipative Steuerung bemüht wird. Gleichwohl entwickeln auch die Aushandlungsgremien dieser, wie sie die Weltgesundheitsorganisation (WHO 1997) nennt, "*new player*" ähnliche Integrations– und Ausgrenzungsmechanismen wie jene, durch die das korporatistische Steuerungsmodell so machtvoll geworden ist.

AIDS–Politik ist insofern ein interessantes Fallbeispiel eines Prozesses der gesellschaftlichen Modernisierung und vor allem des Generationswechsels in der Bundesrepublik Deutschland der 80er Jahre. Die Reformierung alter Strukturen geht einher mit Modifizierung des Angebots, personeller Erneuerung der Anbieter und Veränderung und Öffnung der Adressatengruppe der Versorgung. Der AIDS–Dis-

kurs zeigt, dass dieser Prozess möglich ist, aber nicht immer reibungslos verläuft, und dass es zwar vielen, aber längst nicht allen innovativen Ansätzen gelingt, das größer werdende Nadelöhr der Integration ins Gesundheitssystem zu durchschreiten.

Diese Problematik wird der folgende Abschnitt theoretisch benennen.

## **1.2. AIDS und der Paradigmenwechsel von Krankheitsbehandlung zur Gesundheitsförderung**

AIDS – so lautet eine verbreitete These – habe zumindest die westlichen Gesellschaften nachhaltig verändert. Das Auftreten der Krankheit sei derart unerwartet erfolgt, dass neue, unkonventionelle und innovative Antworten gefunden worden seien. Tatsächlich stehen grundsätzliche gesellschaftliche und vor allem gesundheitspolitische Innovationen zumindest in zeitlichem Zusammenhang mit der AIDS–Debatte Mitte der 80er Jahre, die in ihrer Bedeutung weit über das Themenfeld der Krankheitsbekämpfung hinaus reichen.

Diese Arbeit thematisiert die gesellschaftliche Entwicklung, die mit dem Diskurs über AIDS einhergeht, aus dem Blickwinkel einer politikwissenschaftlichen Betrachtung des Gesundheitssystems.

Um diesen Ansatz herauszuarbeiten, beginne ich mit einer sozialhistorischen Analyse über den Prozess der Systemkonstituierung des Gesundheitswesens, in dem die Herausbildung eines naturwissenschaftlichen Paradigmas und die korporatistische Ständebildung tragende Säulen zur Stabilisierung eines biomedizinisch und kurativ ausgerichteten Krankenversorgungssystems darstellen.

Vor dem Hintergrund verschiedenartiger Versorgungsprobleme gewinnt in zeitlicher und personeller Nähe zum AIDS–Diskurs ein konträrer, eher psychosozial orientierter Gesundheitsansatz der Prävention und Gesundheitsförderung an Bedeutung. Im Konzept der Gesundheitsförderung wird das naturwissenschaftliche Paradigma und der kurative (also nachsorgende) Ansatz in seiner Kompetenz relativiert und den Akteuren der biomedizinischen Profession ihre Handlungsauto-

nomie und damit auch ihre herausragende gesellschaftliche Bedeutung streitig gemacht. In systemtheoretischer Perspektive handelt es sich hierbei um einen gesellschaftlichen Modernisierungskonflikt. Die Kurativmedizin, die Körperprozesse naturwissenschaftlich betrachtet, wird von einer gedanklich–sprachlichen Vorstellung von Gesundheit bedrängt, die geistige Verfasstheit gegenüber biomedizinischen Parametern aufwertet. Der Begriff 'Gesundheit' befreit sich von der Koppelung an den Begriff der Krankheit, die bipolare Codierung krank/gesund wird ersetzt durch salutogenetische Ansätze, die im Gegensatz zur Pathogenese der Biomedizin nicht nach Krankheitsentwicklung fragt, sondern nach der Entstehung von Gesundheit und Wohlbefinden.

Für einige der Akteure und in verschiedenen Politikfeldern kommt in dieser Auseinandersetzung AIDS die Rolle eines Modellfalls zu.

So schreibt der Gesundheitswissenschaftler Rosenbrock (1992:107): *"AIDS war und ist seit vielen Jahrzehnten der erste Anwendungsfall einer massiven und nicht primär auf die Medizin gestützten Gesundheitssicherungspolitik in Deutschland. Und auch in der Krankenversicherung hat AIDS zu interessanten und wichtigen Innovationen geführt"*.

Während gesundheitspolitische Kontroversen im korporatistisch organisierten Gesundheitswesen in aller Regel eher informell ausgetragen werden und Verschiebungen eher lautlos stattfinden, entsteht auf Grund besonderer Skandalisierung in der Erörterung der AIDS–Erkrankungen eine breite Politisierung mit unterschiedlichen Politikarenen. Hierbei sind verschiedene Phasen zu unterscheiden: nach anfänglichen Schwierigkeiten der Etablierung des Themas als 'Political Issue' kommt es ab 1985 zu einer turbulenten Entwicklung mit kaum zählbaren AIDS–politischen Beschlüssen aller im weitesten Sinne zuständigen Gremien. Dieser intensive Diskussionsprozess im Politikfeld AIDS mit zumeist politisch–symbolischen Entscheidungen ist dabei wesentlich einer Hysterisierung bis hin zur Aufwertung als Wahlkampfthema geschuldet.

Erst im Nachgang dieser Phase wird zur Konsens– und Legitimationsbeschaffung durch den 11. Deutschen Bundestag eine Enquete–Kommission 'Gefahren von AIDS und wirksame Wege ihrer Eindämmung' eingerichtet. Um den AIDS–Diskurs systematisch zu analysieren, habe ich in meiner Betrachtung diese Politikarena herausgehoben, die in ihrer knapp dreijährigen Arbeit das Thema in besonderer Gründlichkeit durchgearbeitet hat.

Enquete-Kommissionen gelten als Instrumente zur gesellschaftlichen Öffnung der parlamentarischen Debatte. Bilden sie einen Modernisierungsschritt in Richtung nicht-korporatistisch organisierter Partizipationsorgane? Kann eine solche Kommission besondere Potenziale zur Entfaltung von Modernisierungsbestrebungen entwickeln?

Nach der Vorstellung entsprechender Erörterungen zu dieser Frage, die vorrangig in den Rechts- und Staatswissenschaften geführt werden, lege ich in der Inhaltsanalyse der Kommission besonderes Augenmerk darauf, welche innovativen Gedanken eingebracht werden, inwieweit die Akteure dieser Debatte das Spannungsfeld zwischen naturwissenschaftlichem Krankheitsparadigma und Gesundheitsförderungsansatz reflektieren und ob sich in gesundheitspolitischen Maßnahmen wie auch im Bewusstsein der Akteure ein Paradigmenwechsel abzeichnet.

Der Prozess dieser Modernisierung wird jedoch nicht nur phänomenologisch betrachtet, sondern auch in seinen Auswirkungen beleuchtet, also in der Frage, welche konkreten Veränderungen sie für Behandelnde wie Betroffene mit sich bringt.

Dabei ist auch zu prüfen, inwieweit der 'Modellfall AIDS' tatsächlich einen Sonderfall darstellt, der in Anbetracht seiner medizinischen Nicht-Therapierbarkeit gesundheitspolitische Innovationen ermöglicht, und welche Maßnahmen verallgemeinerungsfähig sein können.

Zum Teil zeitgleich mit der Enquete-Kommission konstituieren sich unterschiedliche Kritiker-Gruppen, die anschließend kontrastierend dargestellt werden. Fragen und Thesen dieser Akteure stehen teilweise der vorgezeichneten Kontroverse – weniger nach ihrem inhaltlichen Kern als vielmehr in ihrer diskursiven Zuordnung – diametral entgegen. Sichtbar wird, dass auch der AIDS-Diskurs, der von Vertretern der Modernisierungsstrategie als besonders 'offen' charakterisiert wird, ein 'innen' und 'außen' hervorbringt.

Gleichwohl zeigt sich aber auch, dass die Außenstehenden Positionen aus dem Innendiskurs in quasi radikalierter Form reproduzieren. Sind sie dabei Sektierer oder aber Vordenker (gemäß Adornos "*alles Denken erfolgt an den Rändern*")? Wie

entsteht das Bild der Dogmatiker oder Ideologen, die den (gesellschafts)kritischen Gedanken für das eigene Weltbild lediglich instrumentalisieren?

Im gesamten AIDS–Diskurs kann ein Wechselspiel zwischen Ein– und Ausgrenzung, zwischen Repression und Emanzipation nachgezeichnet werden. Auch die Enquete–Kommission als Beispiel eines eher partizipativ ausgerichteten Aushandlungsgremiums konstituiert sich in Teilen mit Ausgrenzungsmechanismen, wie sie klassisch das korporatistische Steuerungsmodell charakterisieren.

Es wird sich zeigen, dass es im Paradigmenwechsel von der Krankheitsbehandlung zur Gesundheitsförderung zwar um eine Modernisierung, nicht jedoch zwangsläufig Verbesserung oder gar Emanzipation handelt. Es findet eine Umwertung statt, die dem gestiegenen Individualbewusstsein der Menschen Rechnung trägt.

### **1.3. Übersicht über die vorliegende Studie: Kommentiertes Inhaltsverzeichnis**

Die vorliegende Arbeit beginnt mit einer ausführlichen Darstellung der Entwicklung der Heilkunst. Es zeigt sich, wie die Monopolstellung der Ärzteschaft und ihrer kurativmedizinischen Versorgung dem Wandel der verschiedenen gesellschaftlichen Phasen unterliegt. Dabei steht das ärztliche Selbstverständnis fortlaufend in der Diskussion und findet nicht nur extern, sondern z.T. auch intern scharfe Kritiker und Gegner. Mit der Gründung von Krankenkassen im Zuge der Einführung der Sozialversicherung 1876 etablieren sich neue und starke Akteure im Gesundheitsbereich, die Konzepte der Sozialhygiene fördern und Ärzte in Polikliniken in Anstellung nehmen. Die Sozialhygiene betrachtet Krankheit im Entstehungsprozess und im sozialen Kontext und bildet einen der Vorläufer der heutigen Konzepte der Gesundheitsförderung.

Verschiedene Rechtsentscheidungen in der Weimarer Republik, die Verstaatlichung der Kassen im nationalsozialistischen Staat und die Pervertierung der Sozi-

alhygiene zur Rassenhygiene führen dazu, dass die ärztlichen Landesverbände in der Bundesrepublik Deutschland eine Monopolstellung aufbauen können. Erst in den 80er Jahren kommen, begünstigt von den Debatten um AIDS und flankiert von entsprechenden Konzepten der Weltgesundheitsorganisation, Konzepte der Gesundheitsförderung wieder in die Diskussion.

Diese Ansätze zur Umorientierung auf ein verändertes Gesundheitsverständnis tragen dabei gesellschaftlichen und demografischen Entwicklungstrends Rechnung.

Allerdings hat sich das bundesdeutsche Gesundheitswesen über Jahrzehnte wenig reformfreudig gezeigt. Welche Umsetzungsmöglichkeiten gibt es also für innovative Konzepte im Gesundheitswesen? Das Gesundheitssystem in Deutschland wird korporatistisch gesteuert, die etablierten Verbände handeln Finanzierung und Versorgungsformen weitgehend in geschlossenen Räumen miteinander aus. Reformen bedrohen dieses korporatistische Machtgefüge und mobilisieren – aus systemimmanenter Logik – die starke Abwehr der Verbände. Dagegen steht das Modell partizipativer Steuerung, das neue Ideen und neue Akteure in verkrustete Strukturen führen will.

Im dritten Kapitel wird die Diskussion um AIDS wiedergegeben. Dabei wird zunächst die Entwicklung des Krankheitsbegriffes AIDS skizziert, um sodann einzelne Problembereiche zu benennen und die politischen Konzepte und Entscheidungen vorzustellen. Sie bilden den Vorlauf der AIDS-Enquete-Kommission des 11. Deutschen Bundestages, der im Wesentlichen die Funktion zukommt, die bereits auf den Weg gebrachte Politik zu untermauern, wie im 4. Kapitel aufgezeigt wird. Weil die Enquete-Kommission dafür die AIDS-Problematik in besonderer Tiefe durcharbeitet, wird sie in dieser Arbeit ausführlich dargestellt und anhand einzelner Fallbeispiele analysiert. Ist die Enquete-Kommission ein Beispiel einer 'partizipativen Aushandlung'? Kann sie das gesamte Diskursspektrum abdecken, oder entwickelt auch dieses Gremium selektive Formen der Problemwahrnehmung?

Die anschließende Vorstellung unterschiedlicher Kritikeransätze zeigt, dass zwar viele neue Denkansätze integriert werden, aber längst nicht alle. Mit den antagonistischen Gegnern der Medizin-, Gesellschafts- und Technologiepolitik möchten auch die Apologeten einer medizinischen Aufklärungsstrategie nicht verwechselt werden. Das Kapitel gibt einen Überblick über die verschiedenen Kritikeransätze vor allem aus den Bereichen der Selbsthilfe und der Sexualwissenschaft, über kritische Positionen in der Debatte um den Ursprung des Virus sowie über die Kritik der sog. 'AIDS-Rebellen'. Die abschließende Betrachtung von AIDS-Politik und AIDS-

Kritik handelt von den Verständigungsproblemen dieser antagonistischen Denkwelten.

Die auswertenden Schlussbemerkungen beschäftigen sich zusammenfassend mit den zentralen Thesen und fragen danach, inwieweit AIDS–Politik als Modellfall der Gesundheitsförderung gelten kann, welchen Beitrag die Gesundheitspolitik zu einem veränderten Gesundheitsverständnis leistet und ob sich aus dem Ansatz der Gesundheitsförderung ein offenes, an Partizipation orientiertes Politikkonzept ableitet und vor allem auch in der politischen Praxis umsetzt.

#### **1.4. Methodische Herangehensweise**

Formale Grundlage ist eine Methode der interpretativen Analytik, eine Bearbeitungsform, die die amerikanischen Humanwissenschaftler Hubert Dreyfus und Paul Rabinow (1987:133ff.) in Anlehnung an Michel Foucault entwickelt haben. Diese fragt nach dem Ausschluss aus dem Diskurs in Form einer archäologischen Analyse (Genese und Struktur der im Diskurs verwendeten Sprache), die sich der interpretativen Dimension bewusst ist, weil sie immer auch die kulturellen Praktiken (Determinanten, Werte, Moral) im Blickfeld hat und diese aus sich selbst heraus zu verstehen sucht. Sie gründet auf dem Verständnis, dass in jeder Gesellschaft die Produktion eines Diskurses *"zugleich kontrolliert, selektiert, organisiert und kanalisiert wird"* (Foucault 1977a:7). Gefordert ist eine Betrachtung der diskursiven Wesensmerkmale des inhaltlichen und strukturellen Ausschlusses, wobei sich folgende Leitfragen stellen: Welche Problemstellungen werden durch Dramatisierung hierarchisiert, welche durch Banalisierung abgewertet, welchen Fragen und Perspektiven wird zum Ausdruck verholfen und welche werden durch Verschweigen, Ignorieren oder sogar stillschweigende Übereinkunft verleugnet?

Meinen Ausbildungen als Politik– und Gesundheitswissenschaftler folgend, ist die Untersuchung allerdings nicht rein theoretischer Art, sondern wesentlich praktisch ermittelt und fundiert. Nicht nur die Politik–, sondern auch die Gesundheitswissenschaften fordern praxisorientiertes Handeln.

*"Public-Health-Forschung sollte sich einmischen und Veränderungen anstoßen"* schreibt so Georges Fülgraff (1996) in seinen 'Dresdner Thesen zur Public-Health-Forschung'. Was in der Public-Health-Diskussion weitgehend auf Zustimmung stößt (Badura/Wolters 1996, Schwartz 1996, Brenner 1998, kritisch: Häfner 1996), ist allerdings in der Wissenschaftstheorie umstritten. Die Methode der Aktionsforschung, die sich hieraus ableiten lässt und wesentliche Stränge meiner Forschungstätigkeit charakterisiert, ist definiert als *"vergleichende Erforschung der Bedingungen und Wirkungen verschiedener Formen des sozialen Handelns und eine zu sozialem Handeln führende Forschung"* (Lewin 1953:280). Diese Intention ist dem normativen Gehalt der Gesundheitswissenschaften / Public Health angemessen, sind diese doch auf *"Verbesserung der Gesundheit von Populationen oder definierten Teilpopulationen"* gerichtet und dabei *"dem Ziel verpflichtet, die Gesundheitsverbesserungen ('health gain') durch bedarfs-, bedürfnis-, ressourcen- und sozialadäquate Anstrengungen im jeweiligen kulturellen und gesellschaftlichen Kontext zu erreichen"* (Definition der Zielsetzung und Aufgaben von Public Health durch die Forschungsverbände, zitiert in: Schwartz 1996).

Allerdings gilt das normative Herangehen durch die Aktionsforschung bezüglich ihres empirischen Gehalts – zurecht – zumindest als zweifelhaft, weil keine Hypothesenprüfung stattfinden kann, da mit der Untersuchung das soziale Feld bewusst verändert wird (Reinhold 1992:10). Der Sozialforscher ist nämlich nicht nur (passiver) Beobachter, sondern auch (aktiv) Handelnder, mithin *"Change agent"* (Friedrichs 1990:372)<sup>1</sup>.

Ohne den gestaltenden Ansatz der Aktionsforschung aus den Augen zu verlieren, bemühe ich mich in dieser Arbeit um eine distanzierte Wahrnehmung der Einflussfaktoren, die die AIDS-Politik in der Bundesrepublik Deutschland bestimmen.

---

<sup>1</sup>) Zur Definition und Kategorisierung von Qualifikationen im Public-Health-Bereich fordern Rosenbrock/Noack/Moers (1993:33) eben solche 'Change Agents': *"Die Besonderheit des zugrundeliegenden dynamischen Wandlungsprozesses besteht darin, daß die im öffentlichen Gesundheitswesen und in der Pflege ausgebildeten Personen selbst Träger und Gestalter eines fortschreitenden Entwicklungsprozesses werden, der wiederum qualitative Veränderungen zur Folge hat"*.

Weil diese Arbeit explorativ<sup>2</sup> angelegt ist, kann der Problemzugang ohnehin nicht auf ein spezielles Verfahren eingeschränkt sein. Über die Perspektiven der interpretativen Analytik und der Aktionsforschung hinaus basiert diese Arbeit im Sinne eines 'Methoden-Mixes' auf verschiedenen Instrumenten der Sozialforschung. Von zentraler Bedeutung ist dabei die Auswertung politik- und praxisbezogener Quellen und wissenschaftlicher Primär- und Sekundärliteratur. Die systematische Recherche sowohl zu den Kritikansätzen als auch zur Rezeption der Enquete-Kommission bezieht sich neben ausgewählter Tages- und Wochenpresse auf Fachveröffentlichungen insbesondere der *AIDS-FORSCHUNG* (AIFO) und der Parlamentaria sowie der Arbeitsunterlagen der Enquete-Kommission. Der intensive Einblick in die kritischen Publikationen einschließlich 'grauer Literatur' ist möglich geworden durch die teilnehmende Beobachtung in verschiedenen Schwulengruppen und –zusammenhängen und besonders die Mitarbeit im Projektstudium – Autonomes Seminar der FU 'Kritische AIDS-Diskussion'. Von großem Wert für die Studie sind die Gespräche und Diskussionen mit den Protagonisten der jeweiligen Denkansätze, dem Vorsitzenden der Enquete-Kommission, dem damaligen Bundestagsabgeordneten und heutigen Präsident der Bundesvereinigung für Gesundheit Hans-Peter Voigt, dem Protagonisten der 'zielgruppenspezifischen Lernstrategie', dem Berliner Gesundheitswissenschaftler Rolf Rosenbrock, dem Leiter der Abteilung für Sexualwissenschaft an der Universität Frankfurt, Volkmar Sigusch, dem deutsch-amerikanischen Virologen Peter Duesberg und dem Ehepaar Lilli und Jakob Segal, die mir das Verständnis der jeweiligen Denkrichtung vermitteln konnten.

Hier habe ich mich um offene Gesprächssituationen in Form halbstandardisierter Interviews mit Konfrontationsfragen bemüht analog zu dem Verfahren, das Flick (1995:99ff.) vorschlägt. Als besonders ergiebig haben sich hierbei Gruppendiskussionen erwiesen (Flick 1995:132ff.).

Parallel zu dieser Erhebung kann ich mich auf das Methodenprogramm der Grounded Theory beziehen, das mich dazu verpflichtet, die Kriterien der Übereinstimmung, Verständlichkeit, Allgemeingültigkeit und der Kontrolle zu erfüllen mit dem

---

<sup>2</sup>) Der 'Duden' gibt eine interessante, im vorliegenden Fall geradezu maßgeschneiderte Definition des Begriffs der 'Exploration': "*Untersuchung und Befragung eines Kranken (med.). Explorationsverfahren: Erforschung der Volkskultur (Sprache, Brauchtum, Geräte u.a.) durch persönliche Befragung von Gewährsleuten. exploratorisch: (aus)forschend, prüfend*" (Duden Bd. 5, Mannheim 1974:228).

---

Ziel, den untersuchten Gegenstandsbereich theoretisch zu erhellen (Strauss/Corbin 1996:8f.). Neben einer intensiven Analyse einsehbarer Konzeptpapiere (ebd.:37f.) habe ich mich um teilnehmende Beobachtung, Initiierung von Gruppendiskussionen, Literaturanalysen und vor allem um Experteninterviews in kontrastierender Gesprächsform bemüht.

Dies ist im Laufe der Zeit miteinander verflochten. Sicherlich kann es trotzdem dem Kontrollanspruch der Grounded Theory genügen. Vor allem hoffe ich, dass meine Ausführungen durch ihre innere Konsistenz bzw. die ihr "*zugrundeliegenden logischen Strukturen*" (Strauss 1994:313ff.) einleuchten sowie – ein wichtiges Kriterium nach Eco (1993:44) und wesentliche Motivation für mich, die Arbeit zu schreiben – es ermöglichen, die Auseinandersetzung in der wissenschaftlichen Öffentlichkeit fortzuführen.

Als gleichsam didaktischer wie inhaltlicher Hinweis sei angefügt, dass ich in dieser Arbeit soweit möglich geschlechtsübergreifende Personalbezeichnungen wähle, zumeist durch die Schreibweise mit großem 'I' (z.B. VertreterInnen). Bei zusammengesetzten Wörtern wie bspw. 'Bürgerbeteiligung' verzichte ich der Lesbarkeit halber auf den Einschub '-Innen'. Vertreter von Institutionen, die fast ausschließlich oder zumindest weit überwiegend männlich besetzt sind, wie die AIDS-Hilfen, die Schwulenbewegung oder auch die Ärztesellschaften, werden sachlich entsprechend nur in männlicher Form erwähnt, auch wenn die vereinzelte Mitwirkung von Frauen im konkreten Einzelfall dabei übersehen sein könnte.

Der besseren Lesbarkeit halber ist die Arbeit durchgehend im erzählenden Präsens gehalten. Gekennzeichnete Zitate sind jedoch unverändert, sowohl in Tempora als auch Rechtschreibform.



## **2. Gesundheitspolitik in Deutschland**

Um die verschiedenen Ansätze der Krankheitsbehandlung und der Gesundheitsförderung deutlich heraus zu arbeiten, widmet sich das folgende Kapitel zunächst der historischen Entwicklung des Gesundheitssystems.

Noch im Mittelalter existiert ein breites Spektrum unterschiedlicher Heilansätze, die dem Wohlergehen der Menschen und der Kuration Erkrankter dienen sollen. Zunächst wird hier beschrieben, wie sich die Medizin als tragende Säule dieser Heilkunst aus dem Mittelalter heraus entwickelt hat. Beginnend mit dem ausgehenden 19. Jahrhundert kann sich die Ärzteschaft durch Gründung verschiedener Verbände und Kammern etablieren und verschafft sich eine herausragende Stellung im Gesundheitssystem. Mehr noch als die medizinische Versorgung trägt jedoch der bevölkerungsbezogene Ansatz der Sozialhygiene dank seiner Unterstützung in Kommunalpolitik und Arbeiterklasse zur Verbesserung der Gesundheitssituation der Bevölkerung bei. Durch standespolitische Interessen bekämpft und durch seine Pervertierung zur Rassenhygiene diskreditiert, kann sich die Sozialhygiene jedoch nach 1945 institutionell kaum mehr verankern. Erst in den 80er Jahren knüpfen wieder Konzepte an den bevölkerungspolitischen Ansatz mit dem neuen wissenschaftlichen Leitbegriff des ‚New Public Health‘ an.

### **2.1. Entwicklung des gesundheitlichen Versorgungssystems**

#### **2.1.1. Entwicklungsprozesse der Heilkunst**

Der Ursprung des Gesundheits- und Krankheitsbegriffes liegt in den Humanwissenschaften des Mittelalters. Bereits die Humanwissenschaften bilden ihrerseits eine Form der Spezifizierung aus den breit gefassten Disziplinen der Theologie und Philosophie (Sund 1985). Religiöse, politische und lebensweltanschauliche Determinierungen bestimmen im Mittelalter den Begriff von Krankheit, da dieser nicht von Empirie oder anderen Evidenzen getragen wird, sondern von Annahmen und allgemeinen Erfahrungen. Ein Unterschied zwischen Schwächungen und Erkrankungen infolge von Alterungsprozessen, Vergiftungen oder Mangelerscheinungen

wie Unter- und Fehlernährung ist noch kaum auszumachen. In diesem Erkenntnisumfeld gilt der Kranke als besessen, verhext, sündig oder bestraft (Winau 1987).

Die Medizin des frühen Mittelalters kennt den Gedanken der Ansteckung oder Infektion nicht, sondern gründet auf der sog. 'Humoralpathologie'. Nach dieser sog. 'Säftelehre' resultiert eine Krankheit aus dem Verderbnis der Körpersäfte. Eine Gefahr für die Körpersäfte wird vor allem durch Ausdünstungen des Bodens (sog. 'Miasmatheorie'<sup>1)</sup>) befürchtet. Mit Ausbreitung der Lepra-Erkrankungen im elften und zwölften Jahrhundert entwickelt sich erstmals die Vorstellung einer Übertragung von Krankheiten, jedoch in einem eher nachgeordneten Sinne. Göckenjan (1988:81f.) erklärt dies mit Verweis auf das Feuer: *"Angesteckt wird man in medizinischer Sicht, wenn der eigene Körper selbst schon 'unrein' geworden ist. Zugrunde liegt eine sympathetische Feueranalogie: Das Feuer springt von Gleichem zu Gleichem über"*. In der hysterischen gesellschaftlichen Wahrnehmung der Lepra dominiert die theologische Deutung der göttlichen Bestrafung für sexuelle Ausschweifungen (ebd.; vgl. auch Winau 1987). Medizinische Therapieansätze gegen Lepra-Erkrankungen sind genauso wenig erfolgreich wie bei den späteren Epidemien der Pest (ab Mitte des 14. bis Anfang des 18. Jahrhunderts) und der Syphilis (16. bis Ende des 19. Jahrhunderts). In der Behandlung der Syphilis scheint es zunächst anders durch die im 18. Jahrhundert angewandten Quecksilberschmierkuren: tatsächlich aber überlagert die eintretende Quecksilbervergiftung die weiterhin vorhandenen Syphilis-Symptome (ebd.).

Statt Behandlung wird häufig auf Ausgrenzung gesetzt. So sind Verbannung, Quarantäne und Einrichtung von Siechenhäusern wesentliche Abwehrmaßnahmen gegen die Ausbreitung der Seuchen. Die Effektivität der Ausgrenzungsmaßnahmen ist jedoch bis heute umstritten, nicht nur in gegenwärtigen Diskussionen, sondern auch in historischer Betrachtung (Winau 1987).

Erst Leibniz (1646–1716), der das Programm der Aufklärung wesentlich formuliert und gestaltet hat, weist der Heilkunst den Weg zur Medizin als einer praktischen Wissenschaft, indem er sich um eine Integration aller Wissenschaften in das Pro-

---

<sup>1)</sup> Trotz aller unterschiedlichen Krankheitsbetrachtungen etabliert sich die Miasmatheorie über Jahrhunderte hinweg als *"paradigmakonsistent"* (Winau 1987:6). Als ein wesentliches Vorbeugungsmittel gegen Lepra, Pest und auch noch gegen Cholera Mitte des 19. Jahrhunderts gelten Schuhe mit 20–30 cm dicken Sohlen als Schutzkleidung, um nicht mit den Giften des Bodens in Berührung zu kommen (Korporal/Malouschek 1987:143).

gramm der Wohlfahrtspflege über ein mechanisches Weltbild bemüht (klassische Mechanik des 16., 17. und 18. Jahrhunderts.). Leibniz wehrt sich dabei gegen metaphysische, ethische oder logische Überdeterminierungen, die er durch das Leitbild einer Handlungswissenschaft mit Erfolgswang ersetzt. Medizin als Wissenschaft beschäftigt sich noch nicht mit den spezifisch menschlichen Aspekten ihres Gegenstandes, sondern bezieht sich ausschließlich auf dessen 'vormenschliche', animalische Anteile, auf die Mensch und Tier qualitativ gemeinsamen biologischen Gesetzmäßigkeiten. Dieser Ansatz ist bis heute für den medizinischen Fortschritt von zentraler Bedeutung. Er realisiert sich zunächst unter dem Einfluss der mechanisch–deterministischen Naturauffassung, eng verknüpft mit der Entwicklung der klassischen Mechanik. Nach dieser Konzeption ist es Aufgabe der Wissenschaft, alle Erscheinungen der Natur auf Gesetzmäßigkeiten zurückzuführen. So schreibt Helmholtz 1869: *"Endziel der Naturwissenschaften ist, die allen anderen Veränderungen zugrunde liegenden Bewegungen und Triebkräfte zu finden, also sich in Mechanik aufzulösen"* (zitiert nach Regus 1975:32). Auch heute noch prägt diese Auffassung das Selbstverständnis vieler Naturwissenschaftler (Böhme 1992).

Diesem empirischen Anspruch nähert sich die Wissenschaft mit der Katalogisierung der Krankheitserscheinungen. In dieser Zielsetzung geht es dem Erkenntnisinteresse nicht um das erkrankte Individuum, sondern um die 'Krankheit an sich', die nach Symptomgruppen geordnet und in der Folge zu Krankheitsgruppen zusammengezogen wird. Damit wird Krankheit entsubjektiviert, d.h. dem unmittelbaren moralisch–verhaltensorientierten, psychischen oder auch sozialen Bezug zum Patienten entzogen.

Dennoch bleibt die Medizin zu diesem Zeitpunkt noch dialogisch, denn Erkenntnisse über Krankheit können nur über die Vermittlung des Patienten gewonnen werden, sind mithin abhängig von seinem Selbstbild, seiner Selbstreflexion und seinem sprachlichen Ausdruck. Schließlich kann nur der Kranke selber seine Schmerzen spüren, ansonsten sind Beeinträchtigungen der inneren Körperfunktionen nicht messbar, therapeutische Maßnahmen kaum überprüfbar. Es existiert insgesamt noch kein tragfähiges Konzept über das Innenleben der Körper, auf dessen Hintergrund Krankheiten untersucht oder klassifiziert werden können.

In dieser Übergangszeit von theoretischer zu klinischer Medizin bemüht sich der Arzt, den Patienten aufzuklären über das Wesen der Erkrankung, das diesen befallen hat. Hierzu ist der Arzt jedoch abhängig von der verbalen Symptom-

beschreibung durch den Patienten. Der Ort der Krankheitsdefinition ist das Krankenzimmer des Patienten. An seinem Bett muss der Arzt den Patienten mit seinen Symptomen beobachten, die Krankheit reifen lassen. Weil der Arzt auf das Gespräch mit dem Kranken angewiesen ist, bleibt die Medizin und auch der einzelne Arzt laien dominiert. Der Beobachtungsgegenstand ist dabei der gesamte Mensch in seiner physischen, psychischen und sozialen Verfasstheit und Umgebung. Modelle des Körperinneren wie Organe, Gewebe oder gar Zelle existieren noch nicht. Die Verdecktheit des Patientenzimmers, in dem die Medizin der damaligen Zeit stattfindet, steht für die lebensweltliche Verwobenheit und Eingebundenheit der Medizin (Bauch 1996:35). Bei Foucault (1973:34) heißt es: *"Der natürliche Ort der Krankheit ist der natürliche Ort des Lebens – die Familie"*.

Erst mit der *"Geburt der Klinik"* (Foucault 1973), dem Aufbau von Hospitälern, findet die Medizin einen Ort, an dem sie ihre eigenen Regeln in den Vordergrund stellen kann. Ein wichtiges Argument für die Errichtung der Hospitäler ist der Gedanke, die Umgebung des Patienten vor Ansteckung zu schützen (Foucault 1993:37). Die dialogische Mithilfe des Patienten wird in der Klinik aber eingeschränkt auf die *"weitgehend stumme Darbietung des Körpers"* (Göckenjan 1985:193). Nun wird die Krankheit im Körper lokalisiert. Biologische Annahmen umsetzend, wird der Körper als unabhängiger, mechanisch funktioneller Raum gesehen. Dabei gilt der Arzt als eine Art neutraler Beobachter, der durch Verlaufsbeschreibung, Experiment und Statistik die unterschiedlichen Krankheitsfälle analysiert und den Mittelwert seiner Erfahrungen zur normativen Wahrheit erklärt. Dem Hausarzt ist es nur sehr begrenzt möglich gewesen, einheitliche Krankheitsbilder zu formulieren, da der Mensch in seinem Umfeld eine Vielzahl von sozialen, geistigen und religiösen Krankheitsdeterminanten vermittelt. In der Klinik jedoch ist der Verzerrungsgrad für alle Krankheiten gleich und hebt sich so auf, wie Bauch (1996:36) analysiert. Dieser Ansatz wird durch die Entwicklung von pathologisch-anatomischen Methoden verfeinert.

Der Prozess dieser Verengung und Präzisierung des ärztlichen Blickes zu dem sich ausbildenden Subsystem Gesundheit verläuft zeitgleich mit der Etablierung des aus dem Spätabsolutismus aufstrebenden Bürgertums. Die inhaltliche Verbindungslinie besteht wesentlich in der Herausarbeitung des Individuums: wie der einzelne Mensch im gesellschaftlichen Zusammenhang erstmals Beachtung findet, so ist der klinischen Medizin der einzelne Körper relevant: im Körper, so das Leitbild, liegt

die Krankheit, und nicht mehr in der *"kollektiv kontrollierten Struktur, die den gesamten gesellschaftlichen Raum umfaßt"*, womit der Krankheitskomplex *"in eine ganz neue und im 18. Jahrhundert beinahe unbekannt Form der institutionellen Verräumlichung der Krankheit"* (Foucault 1993:37) eintritt.

Spätestens seit der 2. Hälfte des 18. Jahrhunderts werden mit der Entwicklung der Naturwissenschaft selbst und der Dynamik der bürgerlich–revolutionären Tendenzen, die ihren Höhepunkt in der französischen Revolution finden, die Grenzen des mechanischen Determinismus deutlich. Zudem gerät die klassische Mechanik an einen Punkt, von dem aus sie die Wissenschaft nicht mehr weiterbringen kann. Sie spielt im Kampf gegen die mittelalterliche Scholastik eine historisch notwendige, progressive Rolle, indem sie die Rationalität als einen objektiven, permanenten, nach 'natürlichen' Gesetzen ablaufenden Mechanismus begriffen hat, der keinen außerirdischen Bewegter, wie überhaupt keine übersinnliche Welt mehr denkbar erscheinen lasse, analysiert Regus (1975:33f.). Andererseits sei sie jedoch ungeeignet, die höheren Bewegungsformen der Materie, insbesondere das Leben und die gesellschaftlichen Entwicklungen in deren qualitativer Verschiedenheit von den Bewegungsformen zu differenzieren (ebd.)<sup>2</sup>.

So kommt es ab Mitte des 19. Jahrhundert zur Formulierung verschiedener normativer Regeln als Grundlage späterer Wissenschaften, wie Tansey (1997:102) in der 'Oxford History of Western Medicine' herausarbeitet. Interessanterweise sind dies aber zunächst Geistes– und erst darauf folgend Naturgesetze, was die Konstruktion der Naturwissenschaft auf dem Hintergrund geisteswissenschaftlicher Ordnungsmuster andeutet. Tamsey nennt hier das von Karl Marx und Friedrich Engels veröffentlichte Kommunistische Manifest von 1848 und Charles Darwins 'Origin of Species' von 1859 als epochebildende Grundlagenwerke. Erst auf diesem Hintergrund habe Virchow (1858) sein Modell der Cellularpathologie verbreiten können, nach dem Zellen die Bausteine des menschlichen Körpers seien, voneinander abstammen und – für die Pathogenese besonders relevant – Krankheiten nicht seelischen Ursprungs seien, sondern als Krankheiten der Zellen definiert werden (Gill 1983).

---

<sup>2</sup>) Zur Diskussion um Biologismus und Determinismus vgl. auch Mann 1983.

Hieran anknüpfend weist Louis Pasteur 1860 anhand von Beobachtungen des Seidenwurms nach, dass Bakterien Erkrankungen verursachen. Mit der Identifizierung des Anthrax- (1876) und später des Tuberkelbazillus (1876, vgl. auch Göckenjan 1989) entwickelt schließlich Robert Koch einen wesentlichen Schritt zur späteren kurativmedizinischen Operationalisierung von Erkrankungen. Zunächst jedoch ist auch durch erste Impfstoffe keine durchschlagende Wirkung abzulesen, wenngleich "*a well-established chemical industry developed and exploited these new therapies*" (Tansey 1997:104). Vertreter der etwa zeitgleich entstehenden Gesundheits- und Hygienebewegung, von der später noch zu sprechen sein wird, protestieren mehrfach gegen diese Entwicklung zur wissenschaftlichen Medizin insbesondere im Zusammenhang mit Impfungen, die als gesundheitsgefährdend kritisiert werden (Tansey 1997:113f.).

Mit der Nutzung chemischer Waffenstoffe als Zytostatika (sog. Chemotherapie), der Cortison-Entwicklung (Vosswinkel 1996) und insbesondere der Entdeckung des Penicillins durch Fleming 1929 (Bickel 1996) – wenngleich erst Jahrzehnte später zum eigentlichen Durchbruch kommend (Wolf 1993) – erhält die große Achtung der Gesellschaft gegenüber der Kurativmedizin eine rationale Basis, ungeachtet dessen, dass die Nebenwirkungen dieser aggressiven Therapien ein ernstzunehmendes Problem darstellen (Bickel 1996:464).

Eine andere Gesundheitsrichtung, die der Sozialhygiene, kommt auf, als in Folge der Industrialisierung und Verstädterung verschiedene Infektionserkrankungen verstärkt in das Blickfeld gesundheitlicher Versorgung geraten. Ihre Ausbreitung wird gebremst vor allem durch die Verbesserung der Wohn-, Ernährungs-, Bildungs-, Arbeits- und Lebensbedingungen besonders der sozial Benachteiligten mit der gewünschten Folge der Erhöhung ihrer Abwehrkräfte und der Unterbrechung von Übertragungswegen (McKeown 1976, 1982; vgl. auch Kickbusch 1992:96, Rosenbrock u.a. 1995:64, Winau 1988:115ff.). Dieser gesundheitliche Ansatz gilt als sog. 'sanitäre Revolution' (Ashton 1992) und bildet über ein Jahrhundert hinweg die Wurzel verschiedener Institutionalisierungen. Genannt sei hier die amerikanische 'Health of Town Association' Mitte des 19. Jahrhunderts (ebd.), die Gründung des 'Deutschen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege' 1873 durch engagierte Ärzte, Ingenieure und Verwaltungsfachleute (Hildebrandt/Trojan 1992:118), die britische und später auch deutsche Gartenstadt-Gesellschaft (1910, 1911)<sup>3</sup> und die Charta

---

<sup>3</sup>) Ausführlich in Rodenstein 1988 sowie Götz 1997.

von Athen 1933<sup>4</sup>. Die wichtigsten Umsetzungen dieser weltweiten Gesundheitsbewegung bestehen in der Hygienisierung von Trinkwasser und anderer Lebensmitteln, Bau von Abwasserkanälen, Gesetze zum Arbeitsschutz und Richtlinien für den Wohnungsbau (BfGe 1996:4).

Das Spannungsfeld zur scheinbar objektiven Kurativmedizin verunsichert die Hygienebewegung. Um dem Konflikt mit starken Akteuren aus Staat und Industrie zu vermeiden, wird auf verhältnispräventive Bekämpfung zentraler Krankheitsverursacher verzichtet und auf die weniger durchschlagende Verhaltensprävention orientiert<sup>5</sup>. So mündet die Arbeit von Gorsboth/Wagner (1988) zur Entwicklung der Tuberkulose-Inzidenz in Deutschland um die Jahrhundertwende in der ernüchterten Erkenntnis: *"Die durch die Bakteriologie desorientierte Gewerbe- und Wohnungshygiene empfahl immer wieder das Aufstellen von Spucknapfen und die Isolierung der Erkrankten, anstatt beispielsweise für eine wirksame Beseitigung von Industriestäuben durch Exhaustoren zu sorgen oder entschlossener auf eine Verbesserung der Lebensverhältnisse in proletarischen Mietskasernen und Heimarbeiterwohnungen hinzuwirken"* (ebd:143).

Erst in der historischen sozialmedizinischen Forschung zeigt sich eindeutig die Überlegenheit sozialhygienischer Maßnahmen. Thomas McKeown (1976) weist in seiner Arbeit 'The Role of Medicine' nach, dass die historische Rolle von Medizin und Wissenschaft in der Bekämpfung von Krankheiten und bei der Steigerung der Lebenserwartung deutlich überschätzt wird und dass sich Ärzte und Pharmakologen diesen Rückgang zu Unrecht zuschreiben. Zwar ist das Zurückdrängen der Seuchengefahr zwischen dem achtzehnten und dem zwanzigsten Jahrhundert wesentlich für die Verlängerung der Lebenserwartung. Dieser Rückgang der Epidemien setzt jedoch jeweils ein, bevor es spezifische medizinische Mittel gibt. Entscheidend sind vielmehr verbesserter Lebensstandard, Hygiene und Ernährung.

---

<sup>4</sup>) Kliemke/Wischer (1985:296) betonen, dass hier Vorstellungen über Gesundheit entwickelt seien, der Krankheitsbegriff aber weitestgehend ausgeblendet bleibe. Legewie (1994:47) meint, in der Charta sei die 'gesunde Stadt' mit dem Leitbild der Funktionstrennung von Wohnen, Freizeit und Arbeit gleichgesetzt. Diese Konzeption sei durch die Trabantenstädte der Nachkriegszeit diskreditiert. Das heutige Stadtplanungskonzept von Urbanität und städtischer Lebensqualität durch Funktionsmischung entspreche zwar nicht dem Begriff, aber weitgehend dem Sinn des Gesundheitskonzeptes.

<sup>5</sup>) Was sich im Übrigen, wie Kirschner/Radoschewski/Kirschner (1995) in ihrer Studie zu den Auswirkungen der Einführung der Gesundheitsförderung als gesetzliche Aufgaben der Krankenkassen ab 1989 nachweisen, knapp hundert Jahre später wiederholt.

McKeown zieht daraus die Schlussfolgerung: *"Medizinische Forschung und medizinische Dienste sind fehlgeleitet; was die Gesellschaft für das Gesundheitswesen ausgibt, stellt eine entsprechende Fehlinvestition dar, da bei der Mittelverteilung von falschen Annahmen über die Grundlagen menschlicher Gesundheit ausgegangen wird. Man betrachtet den Körper als Maschine, die vor allem durch direkte Eingriffe in ihre internen Vorgänge von Krankheit und ihren Folgen geschützt werden könne. Diese Betrachtungsweise führt dazu, daß Umwelteinflüssen und persönlichem Verhalten – den wichtigsten gesundheitsrelevanten Faktoren – mit Gleichgültigkeit begegnet wurde. Auch zog sie eine relative Vernachlässigung der Mehrheit der Kranken nach sich"* (ebd.).

Dabei versteht McKeown persönliches Verhalten nicht im reduzierten Sinne verhaltenspräventiver Konzepte, sondern als verhältnispräventiv gestützte Möglichkeit einer Veränderung des individuellen Gesundheitsverhaltens. Innerhalb der WHO wird dies später unter dem Leitbegriff 'Make the healthier way the easier choice' (*"die gesündere Alternative zur leichteren zu machen"*, Kickbusch 1992:100) konzeptionalisiert.

### 2.1.2. Herausbildung und Professionalisierung des ärztlichen Standes

Die Heilkunst ist im 16. und 17. Jahrhundert im Wesentlichen laiendominiert und innerhalb des sozialen Verbundes wie dem eigenen Hof oder Dorf organisiert. Wie oben beschrieben, ist zu jener Zeit kein Wissen verfügbar, dass sich in direkter Weise für einen Genesungsprozess verwenden lässt. Externe Heiler haben daher auch einen zum Teil schlechten Ruf, da häufig sozial gestrauchelte Personen versuchen, mit verschiedenen Taschenspielertricks zu Geld zu kommen, wie Bauch (1996:29) beschreibt. Neben den sozial und lebensweltlich verankerten Laienheilern, die das Gros der Heilkunde Praktizierenden ausmachen, gibt es noch die akademisch gebildeten Ärzte sowie die Wundärzte 1. und 2. Klasse. Da die akademischen Ärzte dem mittelalterlich-christlichen Verbot des Blutvergießens unterliegen, sind sie mehr 'Medizin-Theoretiker', die allenfalls den Wundärzten Weisung geben, was chirurgisch zu tun sei. Die Wundärzte 1. Klasse praktizieren im weitesten Sinne chirurgisch, die Wundärzte 2. Klasse dürfen nur Hilfsdienste vornehmen wie Verbandanlegen und Aderlass, wobei sie jedoch auf dem Lande – wenn überhaupt dort ansässig – die einzigen Vertreter ihres Standes sind und dort auch sämtliche ärztlichen Tätigkeiten durchführen (Bauch 1996:30). In der Stadt, in der der Großteil der – insgesamt sehr wenigen – Ärzte lebt<sup>6</sup>, gibt es eine eindeutige Segmentierung, nach der die akademischen Ärzte für die medizinische Betreuung der gehobenen sozialen Schichten zuständig sind und danach streben, von einer oder mehreren reichen Familien angestellt zu werden. Sie verfügen jedoch nur über theoretische humanwissenschaftliche Erkenntnisse und nicht über spezielles Expertenwissen. Grundlage ihrer Ausbildung ist die sog. 'klassifikatorische Medizin', nach der Krankheiten erkannt und in ihrem weiteren Verlauf prognostiziert, jedoch – in aller Regel – noch nicht beeinflusst werden können. Dieses Konzept geht auf Sydenham zurück, der seine klassifikatorische Medizin als möglichst exakte Beschreibung eines kranken Menschen entwirft: *"Derjenige, der die Geschichte der Krankheiten schreibt, muß mit Aufmerksamkeit die klaren und natürlichen Erscheinungen der Krankheiten beobachten, so wenig interessant sie ihm auch scheinen mögen. Er muß hierin die Maler nachahmen, die, wenn sie ein Portrait machen, darauf bedacht sind, bis zu den kleinsten natürlichen Dingen und Spuren auf dem*

---

<sup>6</sup> In Berlin praktizieren am Ende des 18. Jahrhunderts nur etwa vierzig bis fünfzig Ärzte bei 160.000 Einwohnern (Bauch 1996:30f.)

*Gesicht der zu portraittierenden Person alles wiederzugeben*" (Sydenham, zitiert nach Foucault 1993:22). Auch wenn Sydenham dabei postuliert, ohne jegliche Interpretation auszukommen, können die Beobachtungen kaum neuartige Erkenntnisse zulassen, sondern reproduzieren bereits Wahrgenommenes. Sydenham sieht Krankheiten jedoch nicht singulär/monokausal, sondern in einem Komplex mehrerer natürlicher Ereignisse wie Bodenbeschaffenheit, Klimaverhältnisse, Jahreszeit, Regen, Trockenheit, Verpestungen, Teuerungen u.a. (ebd.:38).

Mit der Entstehung der bürgerlichen Gesellschaft in der Übergangszeit von Spätabolutismus zum Frühbürgertum findet auf der politischen Ebene eine Entflechtung von Staat und Gesellschaft statt. War Gesundheit über Jahrhunderte hinweg eingebunden in ein Geflecht *"multifunktional sinnstiftender Institutionen wie Religion und Stand"* (Bauch 1996:21), wird es nunmehr zum Bearbeitungsgegenstand eines sich funktional immer stärker ausprägenden und differenzierenden Subsystems Gesundheit. Während die Sichtweisen der Theologen und des Adels zunehmend an Bedeutung innerhalb der Humanwissenschaften verlieren, differenziert sich langsam eine neue Schicht der Humanwissenschaftler. Systemtheoretisch ist dies vorrangig mit dem generellen Prozess der gesellschaftlichen Ausdifferenzierung im Zuge der Ablösung des Absolutismus zu erklären. Hier ist die Entstehung weitverzweigter Funktionssysteme zu beobachten. Diese rationalisieren die Gesellschaft und binden die Menschen gleichzeitig in die Subsysteme und damit auch in die Gesellschaft ein, erfüllen mithin den Rationalisierungs- und Sozialdisziplinierungsbedarf, der durch die ideelle Lücke des untergehenden Absolutismus entsteht. Diese Entwicklungen stehen für den Modernisierungsschub des Bürgertums.

Durch die spezialisierte Zuordnung wird Gesundheit aus seiner bisherigen Bedeutung der Schicksalhaftigkeit gelöst und – in Erfüllung der Anforderungen, die bereits Leibniz (s.o.) formuliert – ersetzt durch die Leitfrage: Wie können Menschen weitestgehend von Gesundheitsproblemen frei-, d.h. gesund und arbeitsfähig gehalten werden?

Diese Fragestellung grenzt Überdeterminierungen aus, indem sie zunächst wertfrei auf ein Ergebnis hin orientiert, das messbar ist an der Leistungsfähigkeit des Einzelnen (Bauch 1996:21f.). Es bringt also erst der gesellschaftliche Wille zur Leistungsverdichtung und der damit einhergehende Leistungsethos mit sich, dass Verhinderung von Krankheit als ein gesellschaftliches Ziel angesehen wird, wäh-

rend Krankheit zuvor oft als 'gerechte Strafe' gesellschaftlich gar nicht erst beeinflusst werden sollte.

In der Mitte des 18. Jahrhunderts entsteht der sog. 'aufgeklärte Absolutismus' mit der schrittweise einsetzenden Herrschaft des 'dritten Standes', des Bürgertums. Der Einzelne steht nunmehr nicht nur in Beziehung zu seinem Stand, der ihn zuvor definierte, sondern zunehmend auch in Beziehung zum Staat, der sich von der ständischen Gesellschaft löst. Der Einzelne wird durch diesen Prozess aus den Sozialbindungen der ständischen Gesellschaft als Privatsubjekt entlassen, oder wie Hegel es nennt, als 'Bedürfniswesen', das in Abgrenzung zum 'politischen Bürger' ('Citoyen') als 'Bourgeois' bezeichnet wird.

Das Verhältnis von Individuum und Gesellschaft wird neu geordnet, indem als neuer Bereich das "*genuin Politische*" (Bauch 1996:23) entsteht als politisches Subsystem, das immer weitere Bereiche des Lebens an sich zieht mit der Intention, letztlich alle Lebensbereiche nach Funktionen zu rationalisieren und im Rahmen der Verwaltung zusammenzufassen (Droege 1972:102). Erst durch den Wegfall der altständischen Sozialgebilde kann der neue institutionelle Flächenstaat ohne Interessenkollision Einfluss nehmen auf das Verhalten des Individuums. Dieses bedeutet einen entscheidenden Schritt in der Möglichkeit zur Vereinheitlichung der Menschen. Kann der (absolutistisch legitimierte) Herrscher alten Standes nur in seinem jeweils spezifischen Machtbereich regieren, beansprucht die neue Form der bürgerlich und später demokratisch legitimierten Herrschaft, das Verhalten der gesamten Bevölkerung mittels seiner Subsysteme zu steuern<sup>7</sup>.

In diesem Zusammenhang steht der im Spätabsolutismus einsetzende Prozess der "*Medikalisierung der Gesellschaft*", den Ute Frevert (1984) in ihrer Studie 'Krankheit als politisches Problem 1770–1880' nachzeichnet. Frevert zeigt auf, wie der auf Machtsteigerung, Ressourcenoptimierung und Sozialdisziplinierung hin orientierte spätabsolutistische Staat die Gesundheit seiner Bürger ins Zentrum seiner Aufmerksamkeit rückt und die beginnende Medikalisierung als Mittel der Sozialdisziplinierung und der eigenen Machtentfaltung instrumentalisiert. Dabei wird der gesunde, zupackende, leistungsstarke Bürger – im Kontrast zur verweichlichten

---

<sup>7)</sup> Bei Foucault (1992:28) liest sich das als Übergang vom 'Sterben machen und leben lassen' zum 'Leben machen und sterben lassen'.

Adelskultur – zum Leitbild dieser Medikalisierungspolitik. Absolutistisches, staatliches Machtentfaltungsinteresse und Emanzipationsbestrebungen des Bürgertums verbünden sich zu einem gemeinsamen Zeitgeist (Frevert 1984), der durchaus Analogien zum modischen Fitnesskult heutiger Tage aufweist.

Dieser Medikalisierungsprozess als Teil des gesellschaftlichen Rationalisierungsprozesses des Spätabolutismus ist der Ausgangspunkt ärztlicher Professionalisierungspolitik.

Zunächst verstehen sich die Ärzte, wie Huerkamp (1985) aufzeigt, weitgehend als staatliche oder zumindest parastaatliche Institution. Mit dem Vordringen des klinischen Blickes (*"eine bestimmte Methode der systematischen Präsentierung und Anordnung"*, schreibt Foucault 1993:75) wird die Trennung zwischen innerer und äußerer Medizin weitgehend aufgehoben. Die Ärzte suchen den Staat als starken Partner im Rücken zur Bekämpfung der Konkurrenz der verschiedenen Heiler und Laienärzte und zur Klientelisierung weiter Schichten der Bevölkerung.

Als ein solcher Schritt kann auch der Erlass einer preußischen Prüfungsordnung von 1825 gesehen werden, nach der, basierend auf der alten Trennung zwischen akademischen und Wundärzten, eine Hierarchisierung ärztlicher Subgruppen vorgenommen wird, einhergehend mit verschärften Prüfungsanforderungen, die dem Staat ein besser ausgebildetes, aber auch kontrolliertes Medizinalpersonal garantieren. Motor der Neuerung war also wiederum die gesellschaftlich erfolgte Etablierung des Leistungsethos (Bauch 1996:38).

Die Kehrseite dieser Anerkennung sind die staatlichen Verpflichtungen auch der freien nichtbeamteten Ärzte zur Abfassung von Sanitätsberichten und dem faktischen Kurierzwang für Ärzte nach dem Preußischen Strafgesetzbuch. Eine ärztliche Hilfeverweigerung kann sogar mit einer Geldstrafe bis zu fünfhundert Talern belegt werden. Damit sind die Ärzte gezwungen, ärmere Bevölkerungsschichten auch unentgeltlich zu behandeln (Huerkamp 1985:255).

Bauch (1996:27) terminiert diesen Prozess von der Mitte des 18. Jahrhunderts *"bis mindestens 1840, dem Jahr des Beginns der Medizinalreformbewegung"*.

Nachdem die Ärzteschaft an sozialer Bedeutung gewonnen hat und ihre Expertenrolle gefestigt ist, sucht sie sich von der Staatsanlehnung wieder schrittweise zu lösen. Bedeutsam dafür ist vor allem die von einer wachsenden Anzahl der Ärzte

geäußerte Selbsteinschätzung als *"unbezahlte Staats- und Polizeidiener"*. Um sich dieses Zwanges zu entziehen, sind die Ärzte bereit, ihre beamtenähnliche Position aufzugeben. Der Gesetzgeber kommt diesem Wunsch nach durch die Ausrufung der Gewerbefreiheit mit der Gewerbeordnung von 1869. Damit bricht jedoch das alte Konkurrenzproblem wieder auf, denn Kurierfreiheit wird nicht nur für die Ärzte hergestellt, sondern für alle Vertreter der Heilkunde; das Verbot der Kurpfuscherei, das der ärztlichen Profession zuvor Behandlungsmonopol gesichert hat, wird aufgehoben. Ein Befähigungsbeweis wird nicht mehr verlangt, lediglich der Titel 'Arzt' bleibt gesetzlich geschützt.

Nach Bauch (1996:27ff.), der die Einführung der Gewerbefreiheit als zweite Phase der professionspolitischen Entwicklung der Ärzteschaft analysiert, löst der Zustand des verlorengegangenen Behandlungsmonopols die *"Selbstverwaltungsphase"* aus, in der *"geradezu dialektisch die beiden vorhergehenden Entwicklungsphasen aufgehoben"* werden (ebd.).

### **2.1.3. Systemstabilisierung durch Gründung ärztlicher Organisationen**

In den Standesorganisationen haben sich zunächst vor allem die universitär ausgebildeten Ärzte zusammengeschlossen, um sich gegen die Laien- und Volksmedizin abzugrenzen. Ihr Selbstbild ist dabei wesentlich das einer 'objektiven', weil naturwissenschaftlichen Orientierung.

Da nur wenige approbierte Ärzte die lukrative Stellung eines Hofarztes erlangen, werden zunehmend mehr Ärzte zu Armenärzten und haben damit direkten Anteil an der Armut des wachsenden Heeres des Industrieproletariats. So kann Virchow 1848 vom Arzt als *"natürlichen Anwalt der Armen"* sprechen. Es wird kein Widerspruch gesehen in dem Aufruf nach besserer ärztlichen Versorgung des Proletariats durch Verbesserung der Lage des ärztlichen Standes, vielmehr überlappen sich die Forderungen scheinbar.

Das erste Ziel der neuen Interessenvertretungen – und gleichzeitig Mitursache für das Entstehen des Deutschen Ärztevereinsbundes – ist die Bekämpfung der Kurier-

freiheit, die 1869 noch einmal staatlicherseits bestätigt wird mit der ausdrücklichen Bestätigung des allgemeinen Rechtes auf Praktizierung medizinischer Tätigkeiten. Der Kampf gegen das sog. 'Kurpfuschertum' unterläuft das proletarische Selbstbild der Armenärzte und fördert das elitäre Standesbewusstsein. Die neuen ärztlichen Standesorganisationen konstituieren sich wesentlich über diese elitäre Abgrenzung (Clever 1983:75f.).

Zunächst ist schon 1810 die Hufelandsche Gesellschaft gegründet. Im Zuge der Medizinalreformbewegung Mitte des 19. Jahrhunderts kommt es zu einer regelrechten Gründungswelle ärztlicher Vereine (Eckart 1990:255f.)<sup>8</sup>. Die Organisationen unterscheiden sich nach Struktur und Zielausrichtung: zum einen der Zusammenschluss von Ärzten in freien Assoziationen, zum anderen in Körperschaften. Während themengebundene Ansätze sich zumeist in freien Assoziationen zusammenfinden, entwickeln sich mächtige körperschaftliche Strukturen, die den Vorteil mit sich bringen, größeren Einfluss nach außen – speziell auf die Regierung – auszuüben und nach innen über Sanktionsmittel zu verfügen wie sog. 'Ehrenräte' zur Überwachung der Einhaltung gemeinsamer Grundsätze, dem sog. 'Ehrenkodex'.

Tatsächlich entstehen intensive Kooperationen zwischen Ärzteschaft und Regierung. Sogar schon im Vorfeld der Kammergründung werden badische Ärzte seit 1852 zur Beratung einer Medizinalreform hinzugezogen. Die spätere Kammergründung 1864 ist sozusagen eine gleichermaßen von Staats- wie Ärzteseite betriebene Institutionalisierung der ohnehin schon entwickelten Zusammenarbeit.

Voraussetzung für diese Kooperationen ist die Innenorientierung und damit Selbstbeschränkung der Ärzteorganisationen. Auf ein allgemeinpolitisches Mandat, das die Ärzteschaft im Vorfeld der Revolutionsbewegung 1848 durchaus in Anspruch genommen hat, wird nunmehr verzichtet, da hieraus eine Konkurrenz zum Gesellschafts- und Politikkonzept des Staates befürchtet wird (vgl. Bauch 1996:41f.). Bis in die heutigen Tage lebt das korporatistische Modell im Gesundheitswesen von der weitgehenden professionsspezifischen Selbstbeschränkung. Für die Kammer gilt der Grundsatz (nach Bauch 1996:42): *"Je funktional-spezifischer die offiziellen Ärzte-Organisationen wurden, desto besser konnten sie kooperative Beziehungen zum Staat aufbauen"*.

---

<sup>8</sup>) In Berlin entsteht 1848 der 'Verein der Berliner praktischen Ärzte und Wundärzte', in Baden gründet sich 1864 die erste Ärztekammer, der Deutsche Ärztevereinsbund entsteht 1872.

Dies charakterisiert ein für die Mitte des 19. Jahrhunderts 'modernes' Politikkonzept. Zunächst werden ärztliche Organisationen von Regierungen häufig noch zurückgewiesen, die Ärzte nur als Einzelpersonen zugelassen. Viele Ärzte jedoch erkennen die Perspektive des körperschaftlichen Ansatzes. 1873 werden mit dem ersten 'Deutsche Ärztetag' in Wiesbaden und der Gründung des 'Deutschen Ärztevereinsbundes' als Dachverband von 170 ärztlichen Mitgliedsorganisationen wesentliche Konsolidierungsschritte der Profession vollzogen (Finkenrath 1928:20). Zweck der Dachorganisation ist dabei die für Verbände typische Verkoppelung von altruistischen an eigennützige Ziele. So nennt die Satzung als Vereinszweck die Förderung der Gesundheit des deutschen Volkes gleichrangig neben der Pflege der ärztlichen Wissenschaft und der Pflege aller sozialen und Standesinteressen der deutschen Ärzte. Diese vermeintliche Zielentsprechung wird ungebrochen postuliert, wengleich sie schon zu diesem Zeitpunkt nicht mehr ähnlich moralisch legitimiert ist, wie sie Virchow 1848 noch verbunden hat.

Im Zuge des wachsenden Einflusses des Ärztevereinsbundes konzentriert sich dieser zudem immer stärker auf primäre Standesinteressen. Sein Ziel- und Aufgabekatalog und das professionspolitische Mandat wird zunehmend verengt. Die Förderung der Gesundheit des Volkes wird schrittweise delegiert an den ebenfalls 1873 gegründeten 'Deutschen Verein für Gesundheitspflege', die Pflege der ärztlichen Wissenschaften übernehmen die entstehenden wissenschaftlichen Fachgesellschaften (vgl. Huerkamp 1985:249). Nach Bauch (1996:43) ist dies symptomatisch für den Übergang eines Verbandes von der Gründungs- zur Routinephase: *"Die anfangs weit gesteckten Ziele werden auf ein realistisches Maß zurückgestutzt, die 'überschießenden' Ziele der Gründerphase behalten allenfalls eine zusätzliche – nach außen hin orientierte – Legitimationsfunktion für den Verband"*. Ob es sich dabei um ein *"realistisches Maß"* handelt, mag dahingestellt sein. Sicherlich entspricht es jedoch der klassischen Konstitution einer korporatistischen Vereinigung, im Sinne eines Austausches von Macht und Einfluss die Interessen potenter Partner, insbesondere der Regierung, zu antizipieren<sup>9</sup>.

Der ärztlichen Selbstorganisation liegt von Beginn an ein systemischer Widerspruch inne. Einerseits wollen sich die Ärzte von direktem Staatszugriff emanzipie-

---

<sup>9</sup>) Reutter (1991:155) spricht hier unter Bezug auf Panitch (1977:7) von einer Verstaatlichung von Verbänden und Gesellschaft durch Inkorporierung, vgl. auch 2.5.1.

ren, was eine staatliche Anerkennung als Selbstverwaltungs–Körperschaft voraussetzt. Andererseits müssen sie genau jene staatlichen Auflagen, von denen sie sich zu distanzieren suchen, in der eigenen Verbandsstruktur internalisieren. So müssen sie selber die Disziplinargewalt durch entsprechende Sanktionsmöglichkeiten den eigenen Mitgliedern gegenüber ausüben. Diese partiell notwendige Verinnerlichung der staatlichen Außenkontrolle und des Aufgabenspektrums tritt schon mit Gründung der ersten Kammern in Konflikt mit der andererseits propagierten Freiberuflichkeit und Freiheitlichkeit der Berufsausübung. Zwischen Ärzteschaft und Staat entsteht ein ambivalentes Verhältnis: einerseits versorgt der Staat die Ärzteschaft mit zahlreichen Privilegien, die ihre Professionalisierung entscheidend begünstigen; andererseits bedient sich der Staat der ärztlichen Selbstverwaltung, um die Ärzte mit vielen Auflagen, Gesetzen, Regularien in die staatliche Gesundheitspolitik einzubinden. Der Staat hat nach wie vor ein Rationalisierungsinteresse bezüglich der gesellschaftlichen Lebensumstände. Solange sich dieses auf die Bevölkerung bezieht, die der medizinischen Behandlung in wachsendem Ausmaß zugeführt wird, besteht Interessenshomogenität zwischen Ärzteschaft und Staat. Der Rationalisierung der Lebensumstände folgt aber auch eine Rationalisierung des Medizinalwesens, was die Ärzteschaft als große Belastung empfindet und demnach bekämpft.

Ohnehin sind sowohl die Vorteile als auch die Sehnsucht nach staatlicher Anerkennung so groß, dass kein Weg an der Ständebildung innerhalb der Ärzteschaft vorbeiführt. So scheint für die Ärzteschaft wie auch für andere freie Berufe die Bildung sog. *"informeller Kollegennetze"* (Freidson 1975:72) konstitutiv, nach denen lokale Ärztegruppierungen über informelle Kontrollmechanismen verfügen. Sie können z.B. durch – mitunter auch unausgesprochenen – Boykott einzelne Ärzte, die sich dem informellen System in der jeweiligen Region nicht fügen, von der Patientenüberweisung ausschließen oder sie können den Ruf eines sich neu niederlassenden Kollegen massiv schädigen. Diese informellen Systeme der Kontrolle sind durch die Ärzteordnungen schon seit Mitte des 18. Jahrhunderts und durch die Ehrengerichtsbarkeit seit den 20er Jahren unseres Jahrhunderts in wesentlichen Punkten formalisiert und geregelt, ohne natürlich insgesamt die Existenz informeller Kontrollsysteme außer Kraft setzen zu können.

Mit der Installation von Kammern hat die Ärzteschaft einen wesentlichen Schritt zur professionellen Selbstkontrolle ihres Berufsstandes getan und damit einen we-

sentlichen Beitrag zur funktionalen Autonomie des Gesundheitswesens geleistet. Die Kammern als Körperschaften öffentlichen Rechts, mithin parastaatliche Organisationen, vereinen in sich die ambivalent zueinander stehenden Elemente von Staatsanlehnung und Selbstverwaltung. Im Prinzip können mit der Institutionalisierung von Kammern die Ärzte ihre berufsspezifischen Angelegenheiten in freier Autonomie selbst gestalten, das Prinzip der professionellen Selbstkontrolle ist realisiert. Diese Selbstkontrolle ist zudem noch gepaart mit der geliehenen Autorität staatlicher Organisationen. Der Ärzteschaft erhält also freiberufliche Selbstregulation bei gleichzeitiger hoheitlicher Privilegierung. Der Inhalt der Tätigkeit ist dadurch jedoch vorbestimmt und festgelegt auf einzelfallbezogene, kurativmedizinische Handlungsweise der Ärzteschaft. Ein gesundheitsförderndes Konzept, mit denen sie im Sinne Virchows auch gesellschaftlich und populationsbezogen heilend wirken, ist dabei ausgegrenzt.

Gegen Ende des 19. Jahrhunderts wächst die Bedeutung der Industriearbeit schlagartig. Die Sicherstellung der Arbeitsfähigkeit der Arbeiterschaft wird zu einem zentralen gesellschaftlichen Erfordernis. Die Ankoppelung der einzelfallbezogenen Kurativmedizin an diesen Sicherstellungsauftrag bringt einen weiteren Entwicklungsschub. Bis heute orientiert sich Kurativmedizin wechselseitig an Arbeitsfähigkeit, wie die bis heute gültige Definition des Krankheitsbegriffs in Anschluss an eine Entscheidung des Preußischen Oberverwaltungsgerichts von 1889 zeigt. Hier wird Krankheit definiert als *"regelwidriger Körper- oder Geisteszustand, dessen Eintritt entweder allein die Notwendigkeit einer Heilbehandlung oder zugleich oder ausschließlich Arbeitsunfähigkeit zur Folge hat"* (BMAS 1994:121). Diese Koppelung bringt ein neues Politikfeld mit neuen Akteuren hervor, die im folgenden Kapitel diskutiert werden.

### **2.1.4. Krankenkassen als neue Akteure**

Zur Umsetzung des gesellschaftlichen Auftrages der Sicherstellung der Arbeitsfähigkeit bedarf es neuer Institutionalisierungen im Gesundheitswesen. Zunächst wird ein professioneller Ärztestand gebraucht, der die Massenversorgung der Bevölkerung aktiv sicherstellen kann. Durch die Auflösung der klassischen sozialen Netze der Großfamilien auf dem Lande und dem großen Druck innerhalb der Familien, Geld zu verdienen, um einen oft minimalen Lebensstandard zu finanzieren, kann das klassisch–kurative Modell einer längeren Bettruhe weder für einen Erkrankten noch für sein pflegerisches Umfeld aufrecht erhalten werden.

Dazu wiederum bedarf es neuer Finanzierungsquellen, um die wachsende Zahl der Ärzte und eine expandierende Gesundheits– und Sozialversorgung, kurzum das entstehende Subsystem Gesundheitswesen, zu finanzieren. Reichskanzler Bismarck, der mit dem Verbot der Sozialdemokratischen Partei 1878 den Zorn der Arbeiterschaft auf sich gezogen hat, sieht in einem umfassenden Sozialversicherungsmodell eine Chance zur Gestaltung des Modernisierungsprozesses und zur Integration der oppositionellen Arbeiterschaft.

Das von ihm eingebrachte 'Gesetz betreffend der Krankenversicherung der Arbeiter' vom 15.6.1883 führt erstmals und einheitlich für das ganze Deutsche Reich eine allgemeine Versicherungspflicht für Industriearbeiter und Beschäftigte in Handwerks– und sonstigen Gewerbebetrieben ein. Die Hauptaufgabe der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), die sich gemäß dem Gesetz bildet, besteht zu jener Zeit in der wirtschaftlichen Sicherung bei krankheitsbedingter Arbeitsunfähigkeit, in der Gewährung freier ärztlicher Behandlung sowie der Zahlung von Sterbegeld. Die Beiträge werden vom Arbeitgeber entrichtet, wobei dieser ein Drittel beisteuert und zwei Drittel der Versicherungssumme mit dem Lohn des Arbeitnehmers verrechnet. Schnell entsteht ein differenziertes System von Gemeinde–, Orts– Betriebs– und Innungskrankenkasse sowie Knappschafts– und Hilfskrankenkassen. Der Eintritt der Krankenkassen als neue Akteure in das Feld der gesundheitspolitischen Auseinandersetzung bedroht die Privilegierung der Ärzteschaft. 1911 sind 10 Millionen Menschen (entspricht 18% der Bevölkerung) in 22 000 Krankenkassen versichert (BMAS 1994:114f.). Mit der im gleichen Jahr erlassenen und noch bis 1989 gültigen Reichsversicherungsordnung (RVO) wird die Kassenstruktur zentralisiert und die Versicherungspflicht erheblich ausgedehnt. Die RVO bestätigt das zu

diesem Zeitpunkt bereits etablierte Recht der Kassen, selbstständig die Vergütung zu regeln und Verträge mit einzelnen Ärzten abzuschließen (BMAS 1994:115). Das jedoch empfinden die Ärzte z.T. als Bevormundung und Erpressung, können sie den Kassen doch anfänglich kein adäquater Verhandlungs- und Vertragspartner sein.

Die entstandenen Krankenkassen werden kontrolliert und verwaltet von den Gewerkschaften und weiteren Vertretern der versicherten Arbeiter. Die Kasse vergibt an einzelne Ärzte eine sog. Kassenarztstelle bzw. den Kassenarztsitz. Die Versicherten werden dann von diesem Arzt behandelt. Die Honorierung dafür erhält er von den Krankenkassen im Rahmen seines Anstellungsvertrages. Die Zahl der Kassenärzte ist beschränkt und wird von der Krankenkasse bestimmt. Da es wesentlich mehr Anwärter auf eine Kassenarztstelle denn Stellen gibt, kann die Kasse die Vergütung – im Sinne von Angebot und Nachfrage – niedrig halten. Damit besitzen die Kassen eine machtvolle Position gegenüber der Ärzteschaft, die sich mit dem Anwachsen der Versichertenzahl sogar noch weiter verbessert. Allerdings entscheidet sich der Gesetzgeber schon vor der Jahrhundertwende gegen eine staatliche Einheitsversicherung<sup>10</sup>.

Im Zuge des Mitgliederzuwachses der Krankenversicherungen wächst auch das Interesse der Ärzteschaft an der GKV, denn die Zahl der Privatpatienten nimmt umgekehrt proportional ab. Wenn die Ärzte gleiche oder höhere Verdienste erlangen wollen, müssen sie mehr Mitsprache bzw. Kontrolle im Kassenarztwesen erlangen. Auf diesem Hintergrund entsteht der Leipziger Verband, später nach seinem Gründer Hermann Hartmann in 'Hartmann-Bund' umbenannt. Gegründet wird die Vereinigung im Jahre 1900 unter dem Namen 'Verband der Ärzte Deutschlands zur Wahrung ihrer wirtschaftlichen Interessen', und schon 1906 sind bereits 60% aller Ärzte hier organisiert.

Mit einem solchen Mitgliedervolumen kann der Leipziger Verband mit der bloßen Androhung eines Streiks 1913 das sog. 'Berliner Abkommen' mit den Krankenkassen erzwingen. Durch dieses erst im späteren Poliklinikenstreit gekündigte Abkommen, das im eigentlichen Sinne ein Zusatzprotokoll zur

---

<sup>10)</sup> Massive Fürsprecher einer Einheitsversicherung sind vor allem die Gewerkschaften und sozial engagierte Ärzte. Sie versprechen sich davon, dass eine solche Einheitskasse sozial- und umweltschutzbezogene, verhältnisbezogene Maßnahmen leichter anregen und durchsetzen und dadurch auch Krankheitskosten präventiv verhindern könne.

Reichsversicherungsordnung darstellt, erhält der Leipziger Verband Mitsprache bei der Zulassung der Kassenärzte, bei der Anzahl der Kassenarztstellen und vor allem bei der Verteilung der Honorare. Der Verband hat damit eine fast gesetzliche Anerkennung erreicht, obgleich er formaljuristisch lediglich die Rechtsform einer privatrechtlichen Vereinigung besitzt (Clever 1983:77).

Die Inflationsjahre 1923/24 sehen die Krankenkassen bankrott; die Ärzte erhalten nur quartalsweise ihre Honorarabrechnungen auf Grund der Krankenscheine, d.h. erst dann, wenn das Geld einen Großteil seines Wertes durch Inflation eingebüßt hat. Nutznießer dieser Regelungen sind zunächst die Arbeitgeber, die die Beiträge abzuführen haben und die durch die Spätauszahlung der Kassenbeiträge Inflationsgewinne erzielen.

Die Regierung erlässt eine Notverordnung zur Sanierung der Kassen mit dem Ziel einer Kostendämpfung im Gesundheitswesen. Diese Notverordnung schreibt höhere Selbstbeteiligung der Kranken vor.

Die vom Hartmann-Bund geführte Ärzteschaft fühlt sich zu diesem Zeitpunkt wieder stark genug, eine offene Konfrontation einzugehen: sie beschließt wegen der prekären finanziellen Lage einen Streik, der gegen die Kassen gerichtet ist. Dieser Ärztestreik beginnt im Dezember 1923 und dauert bis zum 4. Januar 1924; in dieser Zeit wird kein Patient auf Krankenschein, sondern nur gegen Barzahlung behandelt.

Die Krankenkassen reagieren auf den Streik, indem sie zum ersten Male Ambulatorien und Polikliniken einrichten, d.h. die einzelnen Krankenkassen stellen Ärzte ein, die willens sind, als Angestellte der Krankenkasse die Patienten in einem Ambulatorium dieser Kasse zu behandeln. Die hier beschäftigten Ärzte werden zur Zielscheibe der Angriffe der ärztlichen Standesverbände; so veröffentlichen die Ärztezeitschriften schwarze Listen der Ambulatoriumsärzte. Selbst die KPD hat Schwierigkeiten, auf welche Seite sie sich stellen soll; nach anfänglicher Unterstützung des Ärztestreiks schließt sich die KPD der SPD und den meisten linken Ärzten an, die die Selbstverwaltung der Kassen durch die Versicherten und die Polikliniken unterstützen.

Die Polikliniken bekommen durch das Reichsschiedsamt im April 1924 ihre prinzipielle staatliche Anerkennung. Sie bestehen noch bis zum Dezember 1933, als die dann regierende NSDAP die letzten 38 verbliebenen Polikliniken zwangsweise schließen lässt (Clever 1983:78).

Neben dem Aufbau der Polikliniken erzielen die Kassen auch auf dem Gebiet der ärztlichen Honorarabrechnung einen bemerkenswerten Erfolg. 1925 bildet sich aus Unzufriedenheit mit der willkürlichen, monopolisierten Abrechnungsweise des Hartmannbundes der Reichsverband der Kassenärzte (RDK), der per Gerichtsentcheid das Abrechnungsmonopol des Hartmann-Bundes durchbricht. Damit verliert der Hartmann-Bund seinerseits ein Instrument zur Disziplinierung in den eigenen Reihen.

Im Vorfeld der nationalsozialistischen Machtübernahme wird in einer Notverordnung des Jahres 1931 gerade dieses Urteil wieder aufgehoben. Der Hartmann-Bund richtet daraufhin seine quasi kassenärztlichen Vereinigungen zur Krankenscheinabrechnung mit den Versicherungen wieder ein. Damit bekommt die Landesführung wieder ein Mittel in die Hand, um gegenüber den insgesamt zersplitterten Kassen als monolithischer Ärzteblock auftreten zu können. An Stelle des früheren Nachfragemonopols der Kassen tritt nun das Anbietermonopol der Ärzteschaft. Der Hartmann-Bund kann gegenüber den zersplitterten und immer schwächer werdenden Kassen den Modus und die Höhe der Gebührenordnung mehr und mehr festsetzen (Clever 1983:79).

Als dann Joseph Goebbels von dem *"Saustall der roten Ortskrankenkassen"* (zitiert nach Clever 1983:79) spricht, den er auszumisten gedenkt, steht die Zwangsauflösung der Kassenselbstverwaltung unmittelbar bevor. Schon 1933 ist sie so gut wie funktionsuntüchtig geworden, nachdem jüdische und linke Kassenangestellte und Ärzte aus ihren Ämtern und Praxen geworfen werden. Durch das Kostenerstattungsprinzip sind viele Patienten von dem Zusammenbruch der Kassenverwaltungen existenziell betroffen, denn sie müssen oft monatelang auf Erstattung ihrer Arztkosten verzichten.

In der Frage des Kassenarztrechtes werden im Herbst 1933 die bisher vom Hartmannbund organisierten kassenärztlichen Vereinigungen (KV) von der NS-Gesundheitsführung zu 'Körperschaften des öffentlichen Rechts' aufgewertet, wie sie es auch heute noch sind. Unter Aufsicht des Hartmann-Bundes werden die KVen 1934 zur gleichgeschalteten Reichsvereinigung zusammengefasst.

In der Reichsärzteordnung von 1935 wird diese Reichs-KV als Unterabteilung der Reichsärztekammer zugeordnet. Mit diesem Instrument können Kassenzulassungen

für nicht-ärische sowie kommunistische, sozialdemokratische oder anderweitig missliebige Ärzte versagt bzw. eingezogen werden (Clever 1983:79).

Dies ist Teil des umfassenden Versuches der regierenden NSDAP, die Krankenversicherung gemäß ihren politischen Staats- und Wirtschaftsideen umzugestalten. Das Gesetz zum Aufbau der Sozialversicherung von 1934 löst die Selbstverwaltungsgremien der Krankenkassen auf, die durch das sog. 'Führerprinzip' ersetzt werden. Im Zuge der sog. Aufbaugesetzgebung mit vierzehn Verordnungen von 1934 bis 1938 werden zahlreiche Organisationsveränderungen vorgenommen. So werden die Gemeinschaftsaufgaben der Krankenkassen wie der Vertrauensärztliche Dienste den Landesversicherungsanstalten übertragen. Insgesamt ist zu beobachten, dass *"Gesundheit zur Pflicht der Volksgemeinschaft gegenüber"* erklärt wird (Graessner 1983:146). Mit einem engmaschigen Netz an Kontrollsystemen soll die Arbeitsfähigkeit und später auch die Kriegsteilnahme sichergestellt werden. Besonders gefürchtet sind hier die Betriebsärzte (ebd.:148ff.)<sup>11</sup>.

Nach 1945 wird im Westteil der Zustand der NS-Gesetzgebung z.T. geändert, z.T. beibehalten. Zwar sind KVen und Ärztekammern nach 1945 als nazistische Organisationen durch die Alliierten als Bundesverband verboten, es erfolgen jedoch lokale Neugründungen und später auch die Gründung einer Bundesärztekammer, jedoch mit dem juristisch relevanten Zusatz eines eingetragenen Vereins, womit das Alliiertenverbot umgangen wird. Das Sozialversicherungsgesetz von 1934 wird aufgehoben, stattdessen wird im Westteil 1951 die Selbstverwaltungsstruktur gemäß Reichsversicherungsordnung wieder und eine Sozialgerichtsbarkeit neu eingeführt. 1955 wird mit dem Gesetz über das Kassenarztrecht die Aushandlungspflicht zwischen Kassen und KV wieder etabliert. In der DDR werden die verschiedenen Sozialversicherungen zusammengeführt und eine Einheitsversicherung gegründet (BMAS 1994:116).

Im folgenden Abschnitt wird zunächst noch einmal Bezug genommen auf die inhaltlichen Auseinandersetzungen innerhalb des Subsystems Gesundheitswesen und speziell der Ärzteschaft, die die organisatorische Strukturbildung maßgeblich bestimmen.

---

<sup>11)</sup> Zur Ausdehnung der Kontrolle sind auch 'Ortsgesundheitszentren' geplant (Roth 1983:163).

## 2.2. Von der Sozial– zur Rassenhygiene

Wie bereits angesprochen, ist Bevölkerungswachstum und Industrialisierung im 19. Jahrhundert mit einer gesellschaftlichen Neustrukturierung verbunden. Dabei wird als gesellschaftsbedrohlich diskutiert, dass die unteren Schichten zahlenmäßig zur Mehrheit werden. Unhygienische, enge, schlecht belüftete und beleuchtete Wohnverhältnisse und Mangelernährung führen zu Epidemien etwa der Lungentuberkulose und neuartigen Krankheitsbildern und Berufskrankheiten wie etwa die sog. Schleiferkrankheit, Blei-, Arsen- und Quecksilbervergiftungen oder Lungenkrebs bei Bergarbeitern (Bergmann 1992:62).

Zahlreiche Armenärzte engagieren sich unter Bezug auf Virchow für eine staatliche Gesundheitspolitik. Gefordert wird Arbeitsschutz, Grünanlagen, Seuchenbekämpfung, Stillpropaganda, Schutzimpfungen, Einrichtung von Lungenheilstätten, Gewerbe- und Schulhygiene, Kanalisierung der Städte und Verbesserung der Trinkwasserversorgung (Tamsey 1997:112f.). Bismarck folgt diesem Ansatz schon vor der Sozialgesetzgebung mit dem Reichsimpfgesetz 1874 sowie der Gründung des Kaiserlichen Gesundheitsamtes 1876 (Bergmann 1992:62f.).

Diese Maßnahmen zeigen Erfolg, wie die rückläufige Säuglings- und Kindersterblichkeit und die gestiegene Lebenserwartung seit den siebziger Jahren des 19. Jahrhunderts statistisch signifikant zeigt. Dies hat jedoch auch zur Folge, dass bei gleichbleibend hoher Geburtenrate (Fertilität) das Bevölkerungswachstum ansteigt, und zwar vorrangig in den sozial schwachen Schichten.

Das greifen verschiedene Rassenhygieniker um die Jahrhundertwende auf. Sie erklären es zu einem neuen, von der Medizin selbst produzierten gesellschaftlichen Problem, indem sie die Frage nach dem 'Wert' dieses Bevölkerungswachstums bzw. nach der 'Qualität' der Menschen aufwerfen, die durch die Hygienemaßnahmen neue Lebenschancen hinzugewonnen haben.

Dies deutet auf einen gravierenden inhaltlichen Widerspruch zwischen den Fraktionen der Sozial- und der Rassenhygiene, der praktisch-politisch jedoch nur wenig zum Ausdruck kommt. Im Folgenden werden die beiden Protagonisten der jeweiligen Denkrichtung dargestellt: Alfred Grotjahn als Begründer der Sozialhygiene und Alfred Ploetz als Begründer (Bergmann 1992:57) oder, wie es Segal (1991:26) schreibt, "*Vater der Rassenhygiene*".

### 2.2.1. Alfred Grotjahn und das Konzept der Sozialhygiene

Zeitgleich mit dem ersten Vermarktungsschub bakteriologischer Erkenntnisse durch Behring u.a. entwickelt der damalige Medizinstudent Alfred Grotjahn<sup>12</sup> den Gedanken, medizinische Probleme systematisch unter dem Aspekt der Sozialwissenschaft darzustellen. Er formuliert eine Theorie der sozialen Pathologie und Hygiene, die mit ihren eigenen Methoden zur Untersuchung der Abhängigkeit des Lebens und der Gesundheit, insbesondere der ärmeren Schichten, von gesellschaftlichen Bedingungen genutzt werden soll. Um die Jahrhundertwende sind bereits verschiedene Untersuchungen vor allem in Großbritannien erschienen, die die Armut der dortigen Arbeiterschaft aufzeigen. Je gründlicher dabei die Lage der ärmeren Schichten untersucht wird, desto dramatischer stellt sich ihre gesundheitliche und soziale Lage dar. Auch wenn die tatsächlichen (Netto-) Sterblichkeitsziffern schrittweise zurückgehen, bleiben wichtige Indikatoren wie beispielsweise die Müttersterblichkeit hoch. Und obwohl die Säuglingssterblichkeit abnimmt, ist der Gesundheitszustand von Schul- und Vorschulkindern schlecht, es gibt viele Fälle von Unterernährung. Sozialdemokraten, Gewerkschafter und Kommunisten, aber auch bürgerliche Politiker und Ärzte begreifen diese Entwicklung zunehmend als Teil der sich durch Technik und Industrie verändernden Gesellschaft. Der moderne Staat sieht sich auch als Vertreter der Interessen der Einzelnen und der Familien hinsichtlich organisierter sozialer Versorgung und der Gesundheitsdienste. Armut wird als soziale Krankheit diagnostiziert, die überdeterminierte Sichtweise von der Armut als gottgegebene oder anderweitig 'natürliche' Bestrafung der Armen für ihre Unzulänglichkeiten wird brüchig (Rosen 1975:110). Aus diesem Zusammenhang entwickelt sich die Erkenntnis über die sozialen und gesundheitlichen Missstände zu der Wissenschaftsrichtung der Medizinischen Soziologie, die ärztliche Versorgung der Armen zur Sozialmedizin. In Ergänzung hierzu postuliert Grotjahn (1911) in seinem Standardwerk 'Die soziale Pathologie' eine Reihe von Prinzipien, die grundlegend für eine systematische Untersuchung menschlicher Krankheiten unter

---

<sup>12)</sup> Alfred Grotjahn (1869–1931), zunächst als praktischer Arzt im Berliner Arbeiterbezirk Wedding tätig, habilitiert 1912 in Sozialhygiene. Mit seiner Berufung auf den ersten Lehrstuhl für Sozialhygiene in Deutschland 1920 an der Berliner Charite etabliert er diese Fachrichtung – mit Unterstützung der SPD, aber gegen den nachdrücklichen Willen der Medizinischen Fakultät (Niehoff/Schneider 1992:60) – als akademische Lehrdisziplin. Er sieht die Richtung der Rassenhygiene jedoch nicht als Widerspruch, und akzeptiert die Unterordnung seines Fachs unter die Rassenhygiene (vgl. Schneck 1984:35, Deppe 1989). Als sozialdemokratischer Reichstagsabgeordneter befürwortet er auch Zwangssterilisierung und Asylierung sog. 'Minderwertiger'.

sozialen Gesichtspunkten sind: Nach Grotjahn ist dabei die Bedeutung einer Krankheit vom sozialen Gesichtspunkt aus in erster Linie von der Häufigkeit bestimmt, mit der sie auftritt. Dazu ist es nötig, die Form ebenso wie die Häufigkeit zu kennen, in der die spezielle Krankheit auftritt. Dabei kann die ätiologische Beziehung zwischen sozialen Lebensbedingungen und Krankheit unterschiedlich ausgedrückt werden: soziale Lebensbedingungen können eine Prädisposition für eine Krankheit schaffen oder begünstigen, sie können selbst die Krankheit unmittelbar verursachen, sie können die Krankheitsursachen übertragen und sie können den Verlauf einer Krankheit beeinflussen.

Weiter geht Grotjahn davon aus, dass Ursprung und Ursachen von Krankheiten nicht nur von sozialen Faktoren bestimmt werden, sondern diese Krankheiten ihrerseits auch Einfluss auf soziale Lebensbedingungen haben können. Im Falle einer Krankheit, die vom sozialen Standpunkt aus wichtig sei, muss nach Grotjahn festgestellt werden, ob ärztliche Behandlung einen spürbaren Einfluss auf ihr Vorkommen ausübt und ob ein möglicherweise erreichbarer Therapieerfolg vom sozialen Standpunkt aus von Bedeutung ist. Insbesondere meint Grotjahn, dass das Verhüten von Krankheiten oder die Einflussnahme auf den Krankheitsverlauf durch soziale Maßnahmen Beachtung der sozialen und ökonomischen Umweltbedingungen des Patienten erfordere (Grotjahn 1911).

Grotjahn entdeckt, dass viele Krankheiten von sozialer Bedeutung chronischer Art sind. Eine große Zahl davon scheint vermeidbar oder zumindest kontrollierbar. Eine Gegenstrategie nach Grotjahn ist die der Gesundheitserziehung. Dem Arzt komme dabei die Aufgabe zu, Entwicklungen in der Sozialhygiene zu fördern, so dass die Vorteile ärztlichen Wissens dem gesamten Volk nützlich seien. Daher müsse die Lehre von der sozialen Hygiene Teil des medizinischen Lehrplanes werden, damit der Arzt diese Verantwortung begreife.

Grotjahn betont, dass Untersuchungen auf dem Gebiet der sozialen Hygiene sich auf Methoden der Statistik, der Anthropologie, Ökonomie und Soziologie stützen. Als wesentliche Probleme der sozialen Hygiene benennt Grotjahn körperliche und soziale Degeneration. Hieraus schlussfolgert er auf die Bedeutung der Eugenik, d.h. der 'Lehre vom guten Erbgut' (ebd.).

Obwohl Grotjahn auf der Notwendigkeit einer soziologischen Analyse von Gesundheitsproblemen besteht, kann er nicht über den wissenschaftlichen Stand seiner Zeit hinausgehen. Die Soziologie in Deutschland ist formal, theoretisch und bein-

haltet Kontroversen über Werturteile: So betont Max Weber (1973) eine scharfe Trennung zwischen grundlegender Forschung und angewandter Wissenschaft. Es kann danach nicht viele Berührungspunkte zwischen Sozialhygiene und Sozialwissenschaft geben. Die Sozialhygiene hat nach Grotjahn zwei Aspekte: den deskriptiven und den normativen. Für Grotjahn erreicht die Sozialhygiene ihren Höhepunkt in ihrem bewussten Ziel, hygienische Maßnahmen, die anfangs immer einer bevorzugten Minderheit zugute kommen, auf die gesamte Bevölkerung auszudehnen, um so eine allmähliche Verbesserung der bestehenden Bedingungen zu erreichen. Vom soziologischen Standpunkt aus bleibt die Sozialhygiene jedoch unvollständig (vgl. Deppe 1975).

Grotjahn ist die hervorragende Persönlichkeit in einer Gruppe von Männern, die während der ersten drei Jahrzehnte des 20. Jahrhunderts ein Konzept der Sozialmedizin für ärztliche Ausbildung und ärztliche Praxis entwickeln. Ein wichtiger Ausgangsimpuls für die Weiterentwicklung auf diesen Gebieten besteht in der Gründung der Krankenkassen. Eine Anzahl von Ärzten erkennt jedoch, dass der Ansatz zu sehr begrenzt sei, wenn sich die Sozialmedizin auf die medizinischen Aspekte der Krankenversicherung beschränke. Daher versuchen viele, die sich mit Sozialmedizin befassen, das Gebiet genau zu umreißen es zu erweitern und dennoch innerhalb klarer begrifflicher und praktischer Grenzen zu halten.

Speziell zu Beginn des Jahrhunderts kommt es zu zahlreichen Veröffentlichungen in diesem Zusammenhang, und schon 1913, noch sieben Jahre vor Berufung des ersten Lehrstuhls, bilanziert Grotjahn die akademische Etablierung seiner Methode: *"Die soziale Ätiologie kann jetzt als akzeptiert betrachtet werden"* (zitiert nach Rosen 1975:113).

Es sollte jedoch berücksichtigt werden, dass das Methodenprogramm der Sozialhygiene unklar geblieben ist. Zwar erinnert mancher Ansatz an die empirische Methodik der heutigen Sozialepidemiologie (Badura 1993, Mielck/Bloomfield 1999), in der wissenschaftlichen Anwendbarkeit scheint es jedoch beliebig verwendbar für unterschiedliche Ideologien. In diesem Sinne kann die Verschiebung der Sozial- zur Rassenhygiene verstanden werden: statt der Unterstützung und Pflege des Bedürftigen wird die Pflege der Volksgesundheit in den Vordergrund gestellt, die in der Rassenhygiene durch ein gesundheitliches Leitbild von Schönheit, Reinheit, Jugendlichkeit, das Begriffspaar Männlichkeit – Mütterlichkeit und letztlich Eignung für Industriearbeit und Krieg geprägt ist.

In diesem Sinne erläutern Niehoff/Schneider (1992:59) das Weltbild Grotjahns unter Bezug auf Tutzke (1975): *"Durch den Geburtenrückgang auch unter der Arbeiterschaft befürchtete er eine Einbuße der politischen und wirtschaftlichen Macht des Proletariats, die für ihn die Gefahr der Einwanderung und des Lohndrucks aus dem Osten heraufbeschwor. Um dies zu verhindern, forderte er Geburtenregelung und wirtschaftliche Bevorrechtung der Kinderreichen. Die Höhe der Kindergelder sollte jedoch möglichst niedrig gehalten werden, weil die Fortpflanzung unter keinen Umständen zu einem rentablen Geschäft proletarischer Schichten gemacht werden dürfe. Die Arbeitslosigkeit hielt er für ein episodales Ereignis, das beseitigt werden konnte, wenn man alle erwerbstätigen verheirateten Frauen aus den Betrieben entließe und dafür arbeitslose Männer einstellte. Den materiellen Ersatz für die Einbuße des Lohns der nicht mehr berufstätigen Frauen sollte die von ihm propagierte Elternschaftsversicherung bilden. Er empfahl aber nicht nur die Herausnahme der Frau aus dem Erwerbsleben, sondern ebenso die Beschränkung der Bildungsmöglichkeiten für Mädchen. In beiden Fällen ließ er sich von der Absicht leiten, daß die Frau in erster Linie zur Erfüllung ihrer biologischen Aufgabe bestimmt sei."*

Diese Zielvorstellung, nach der Sozialhygiene letztlich in Eugenik mündet, verkehrt den ethischen Anspruch der Sozialhygiene, der auf sozialkompensatorische Gesundheitsförderung weist, in sein Gegenteil. Wird die Angleichung der Lebenserwartung für alle sozialökonomischen Schichten zunächst durch Förderung der sozial Schwachen postuliert, kehrt es sich um zur Bekämpfung der Schwachen. Nicht die – soziale – Krankheit wird bekämpft, sondern der Kranke. An diesem Punkt wird der sozialhygienische Ansatz überlagert von einer rassenhygienischen Orientierung, in die es im Zuge der nationalsozialistischen Machtergreifung in Deutschland zunehmend übergeht.

Auch diese rassenhygienische Denkrichtung hat einen eigenständigen Vorlauf mit unterschiedlichen Institutionalisierungen. Im folgenden Kapitel wird der Protagonist der Rassenhygiene, Alfred Ploetz, vorgestellt und diskutiert.

### 2.2.2. Alfred Ploetz und das Konzept der Rassenhygiene

Der Arzt Alfred Ploetz<sup>13</sup> gilt als Begründer der Rassenhygiene. Der Terminus der Rassenhygiene wird mit seiner Veröffentlichung 'Grundlinien einer Rassen-Hygiene' 1895 eingeführt.

Eugenische Gedanken gelten gegen Ende des 19. Jahrhunderts in weiten Kreisen von Politik und Wissenschaft als Inbegriff zivilisatorischen Fortschritts. Durch Unterstützung "*positiven Erbgutes*" soll die Menschheit verbessert werden. Eine solche Umsetzung denkt sich Ploetz in einer sozialistisch-pangermanischen Kolonie, die er mit Unterstützung des bekannten Dramatikers Gerhard Hauptmann in Amerika gründet. Nach vier Jahren in den USA kehrt Ploetz zwar enttäuscht zurück, behauptet jedoch, mit geschärftem Blick für das dafür notwendige 'Menschenmaterial' zurückgekehrt zu sein und entwickelt in der Folge Gedanken zur Menschenzüchtung als Umsetzung seiner gesellschaftlichen Utopien (Weingart/Kroll/Bayertz 1988:189).

Der sozialgeschichtliche Kontext um die Jahrhundertwende ist oben bereits beschrieben. Der durch die Industrialisierung forcierte Effektivitätsgedanke drückt sich auch in der eugenischen Debatte aus, in der der Wert eines Menschen an seiner Arbeitsfähigkeit und -leistung, also nach utilitaristischen Kriterien, bemessen wird. Im Standardwerk der rassenhygienischen Bewegung 'Grundlinien einer Rassen-Hygiene: Die Tüchtigkeit unserer Rasse und der Schutz der Schwachen' entwirft Ploetz 1895 eine utopische Gesellschaftsordnung, in dem er einerseits sozialistische Gerechtigkeitsprinzipien wie Aufhebung des Privateigentums an Produktionsmitteln und Abschaffung des Erbrechts fordert, andererseits die Einschränkung von Sozialfürsorge und ärztlicher Versorgung für Schwache. Hintergedanke ist dabei, dass nur starke Menschen in der Lage seien, Freiheitlichkeit und Brüderlichkeit umzusetzen.

Die grundlegende Kategorisierung, die Ploetz in seinem Buch vornimmt, ist die zwischen Rassenhygiene und Individualhygiene, wobei letztere nur auf die Gesundheit des Einzelnen gerichtet sei und damit mitunter bevölkerungsbezogen kontraproduktiv sein könne. Die Rassenhygiene hingegen solle "*lehren, wie eine organische Gesamtheit von Menschen sich möglichst lebenskräftig erhält und ihr*

---

<sup>13)</sup> Alfred Ploetz (1860–1940), Arzt und Anthropologe, Gründer der Zeitschrift 'Archiv für Rassen- und Gesellschaftsbiologie' und der Gesellschaft für Rassenhygiene, ab 1936 Mitglied der NSDAP und Professor für Rassenhygiene (Segal 1992).

*Vergehen möglichst lange hinausschiebt*" (Ploetz 1895:2). Durch die individualhygienischen Ansätze der Medizin sei dies unterlaufen: *"Das Christentum und die moderne Demokratie mit ihren Gleichheitslehren und Forderungen haben in den Massen den Sinn für Rasse so abgeschwächt, dass der Conflict zwischen den humanitär-socialistischen Forderungen und dem Rassenwohl gar nicht mehr in ihr Bewusstsein dringt"* (Ploetz 1895:8).

Mit dieser Kritik zielt er tagespolitisch auf die damalige Sozialdemokratie. Ploetz erkennt zwei gegensätzliche ideologische Richtungen. Die Sozialdemokraten fordern den Schutz jedes einzelnen Individuums und Chancengleichheit, d.h. möglichst gleiche Entfaltungsbedingungen. Dahinter verbirgt sich seiner Meinung nach *"nichts weiter als die auf die Politik angewandte Individualhygiene"* (ebd.:9). Dieser Richtung, die das Gleichheitsprinzip vertrete, stehe der 'Darwinismus'<sup>14</sup> gegenüber. Dessen Prinzip sei die *"natürliche Auslese"* und der *"Kampf ums Dasein"*. Nur wer diesen *"Kampf"* besteht, sei würdig, weiterzuleben bzw. sich fortzupflanzen. Was Ploetz als 'Darwinismus' bezeichnet, wird in den Gesellschafts- und Sozialwissenschaften heute einhellig als Sozialdarwinismus definiert. Es zeigt sich bereits die ungemaine Simplifizierung, mit der der Sozialdarwinismus gesellschaftliche Tatsachen und Wertmaßstäbe biologisiert.

Die Individualhygiene kritisiert Ploetz als verantwortungslos und ungeeignet, für das Wohl künftiger Generationen zu sorgen, da sie nur den Einzelnen, jetzt Lebenden schützt und damit bevorzugt. Die Rassenhygiene sei hingegen auf das Wohl zukünftiger Generationen gerichtet und somit als *"Hygiene für die Zukunft"* zu bezeichnen (Ploetz 1895:11). In diesem Zusammenhang bestehe eine gewisse Übereinstimmung zwischen Rassenhygiene als dem *"höchsten Wohl möglichst Vieler"* und der Individualhygiene: die Rassenhygiene Sorge für ein Glücksgefühl zukünftiger Generationen, indem sie ihnen möglichst gute Erbanlagen zur Verfügung stelle (ebd.). *"Die Rassenhygiene, das Bestreben, die Gattung gesund zu erhalten und ihre Anlagen zu vervollkommen, muss also das herrschende Princip bleiben, und die Individual-Hygiene sammt ihren socialen und politischen Ausläufern muss sich unterordnen, sobald sie dies Princip ernstlich gefährdet"* schreibt Ploetz (ebd.).

---

<sup>14</sup> Inwieweit sozialdarwinistische Thesen bereits in Darwins Standardwerk 'The Origins of the Species' (1859) angelegt ist, ist umstritten; ausführlich diskutiert bei Anna Bergmann (1992:91ff.).

Ploetz verbreitet seine rassenhygienischen Gedanken nicht nur in seinen Veröffentlichungen, sondern ist darüber hinaus Mitbegründer und führendes Mitglied zahlreicher rassenhygienischer Organisationen und in diesen Funktionen seit 1904 auch Herausgeber der nach und nach stärker Verbreitung findenden Zeitschrift 'Archiv für Rassen- und Gesellschaftsbiologie' (Weingart/Kroll/Bayertz 1988:201).

Im Jahre 1905 wird die 'Gesellschaft für Rassenhygiene' gegründet. Eine wichtige Aktivität dieser Organisation ist der Aufbau von Auslandskontakten. Maßgeblich für die Auslandskontakte ist Ernst Rüdin, der seinerseits Kontakte zu Francis Galton knüpft, dem Gründer der englische 'Eugenics Education Society' im Jahre 1908, sowie nach Norwegen, Holland, USA und Frankreich (Weingart/Kroll/Bayertz 1988:201). 1907 gibt sich die 'Gesellschaft für Rassenhygiene' dann auch den Namen 'Internationale Gesellschaft für Rassenhygiene'; 1916, als der Erste Weltkrieg den angestrebten internationalen Charakter zunichte macht, wird sie in 'Deutsche Gesellschaft für Rassenhygiene' zurückbenannt (Schneck 1984:40).

Alfred Ploetz sieht die Deutsche Gesellschaft für Rassenhygiene nicht nur als einen wissenschaftlichen Fachverein, sondern als eine einem 'Orden' ähnliche Gemeinschaft. Die Mitglieder der Gesellschaft sollen sich auch in ihrem Privatleben nach den Zielsetzungen der Rassenhygiene verhalten (Schmuhl 1987:92f.). Ploetz charakterisiert die Gemeinschaft als *"Gemeinschaft Gleichstrebender von hervorragender sittlicher, intellektueller und körperlicher Tüchtigkeit, deren Lebensführung selbst die Grundzüge der neuen Wissenschaft zu verwirklichen helfen soll"* (Ploetz 1909, zitiert nach Weingart/Kroll/Bayertz 1988:202). So ist geplant, durch Selbstuntersuchung erlangte Daten als Vorbilder weiterzuverbreiten. Aus diesen Daten wollen sie außerdem mit der Sammlung von *"biologisch und rassenhygienisch wichtigen normalen und krankhaften körperlichen und geistigen Eigenschaften einen Grundstock von wissenschaftlichem Material schaffen, aus dem später Gesetze und Regeln gefolgert und praktische Maßnahmen und Empfehlungen abgeleitet werden können"* (ebd.).

Eine weitere frühe Institution aus dem Umfeld der Rassenhygiene ist die im Jahre 1904 in Leipzig gegründete 'Zentralstelle für deutsche Personen- und Familiengeschichte'. Sie arbeitet der Rassenhygiene zu, indem sie mit Hilfe von Geschichtswissenschaftlern, Familienforschern und Genealogen Bevölkerungsstatistiken anlegen, die zwischen 1904 und 1914 alphabetisch geordnet Familiennamen nach Stammbaumkriterien erfassen, wobei in diesem Zeitraum 300 000 Einträge als Datensätze für rassenhygienische Planungen zusammengetragen werden. Die Zentral-

stelle beurteilt diese Arbeit als *"für die Erforschung medizinisch–biologischer und soziologischer Probleme (ein) unschätzbares Material"* (zitiert nach Weingart/Kroll/Bayertz 1988:181).

Zu Beginn des Ersten Weltkriegs sind die Rassenhygieniker vielfach miteinander verflochten und haben eine gute Infrastruktur ihrer Organisationen aufgebaut. Nachdem Ploetz die Deutsche Gesellschaft für Rassenhygiene gegründet hat, vergisst er seine frühen Freunde und Diskussionspartner nicht, sondern räumt ihnen Führungspositionen ein. Die Biologen Ernst Haeckel und August Weismann ernannt er beispielsweise zu Ehrenpräsidenten der Deutschen Gesellschaft für Rassenhygiene (ebd.:191). Beim Aufbau neuer Ortsgruppen arbeitet er mit den jungen Rassenhygienikern Eugen Fischer und Fritz Lenz zusammen, die maßgeblich an der Popularisierung der Rassenhygiene in der Weimarer Republik teilhaben. Ersterer arbeitet auch an der Zeitschrift 'Archiv für Rassen– und Gesellschafts–Biologie' mit. Gerade sie dient der Vernetzung der Rassenhygieniker. Ignaz Knapp, der hier regelmäßig veröffentlicht, ist gleichzeitig mit dem Sozialhygiener Alfred Grotjahn befreundet und mit diesem Herausgeber des 'Handwörterbuches der sozialen Hygiene' (Grotjahn/Knapp 1912). Alfred Grotjahn hat seinerseits wiederum Verbindung zur 'Ärztlichen Gesellschaft für Sexualethik und Eugenik', in der auch der Arzt und Sexualwissenschaftler Magnus Hirschfeld<sup>15</sup> Mitglied ist, dessen Position in der Frage der Rassenhygiene bis heute ungeklärt ist.

Mit diesen Verflechtungen der Strukturen und Organisationen hat Alfred Ploetz nicht nur den Begriff Rassenhygiene geschaffen, sondern auch die Rassenhygiene institutionalisiert (Weingart/Kroll/Bayertz 1988:196).

Die Rassenhygieniker wenden sich mit ihrer Arbeit zunächst vor allem an das Bildungsbürgertum. Die starke Orientierung auf Öffentlichkeit und Umdenkungsprozesse innerhalb der Gesellschaft drückt sich im überwiegend populärwissenschaftlichen Charakter der späteren rassenhygienischen Publikationen aus. Dies deutet bereits an, dass die gesellschaftliche Brisanz der Rassenhygiene – in der konträren Beziehung zu jeglichen Bestrebungen nach Sozialismus oder anderen Formen der Emanzipation – auch von Ploetz so begriffen ist. Die von ihm erwünschte Integration der rassenhygienischen Ideen innerhalb einer sozialistischer

---

<sup>15</sup> Magnus Hirschfeld (1886–1935) gründet 1918 das Institut für Sexualwissenschaft in Berlin und profiliert sich als Verfechter einer Sexualreform.

Gesellschaft scheint durchaus symptomatisch für die Vorlaufentwicklungen zur Errichtung der nationalsozialistischen Diktatur.

Allerdings erfährt die Rassenhygiene zunächst eher wenig öffentliche Resonanz. Das beschriebene Hauptwerk von Alfred Ploetz erlebt beispielsweise nicht einmal eine zweite Auflage (Weingart/Kroll/Bayertz 1988:197f.). Bei der Gründung der Gesellschaft für Rassenhygiene im Jahre 1905 werden zunächst nur 31 Mitglieder registriert. Auch 1914 verfügt die Organisation erst über 350 eingeschriebene Mitglieder. Dabei handelt es sich jedoch zum großen Teil um Universitätsprofessoren und andere einflussreiche Persönlichkeiten (Klee 1983:17f.).

Noch 1910 wird die Rassenhygiene auf dem Soziologentag abgelehnt, doch schon 1911 hat sie größere Resonanz. Als nämlich in Dresden eine Internationale Hygiene-Ausstellung stattfindet, organisieren Alfred Ploetz, Ernst Rüdin und Max von Gruben in Eigeninitiative *"die erste Ausstellung der jungen Wissenschaft Rassenhygiene"* (Weingart/Kroll/Bayertz 1988:206).

Erst nach dem Ersten Weltkrieg gewinnen rassenhygienische Gedanken in breiten Kreisen an Popularität. Wie noch einmal während der tiefen Wirtschaftskrise Ende der 20er Jahre besteht nun auch eine günstigere Atmosphäre für die Akzeptanz von rassenhygienisch geprägten Kosten-Nutzen-Rechnungen. Die Rassenhygieniker verweisen zum Beispiel auf die hohen Reparationskosten an die Siegermächte und vergleichen diese mit den Kosten für die Unterbringung und Verpflegung der sog. 'Minderwertigen'. Generell ist zu bemerken, dass die rassenhygienische Diskussion in der Zeit der Weimarer Republik unter dem Eindruck des durch den Krieg hervorgerufenen Gefühls stattfindet, als Mensch nur noch ein kleines Teilchen eines großen Volksorganismus zu sein (Schmuhl 1987:117).

Unter diesen Bedingungen erfährt die Rassenhygiene in den 20er Jahren eine zunehmende Verbreitung unter Medizinern und Wissenschaftlern und findet Eingang in die politische Diskussion und in die Programmatik der aufstrebenden Nationalsozialistischen Deutschen Arbeiterpartei (NSDAP). In diesen Verflechtungen liegen entscheidende Faktoren für die mörderische Umsetzung des Konzeptes der Rassenhygiene im Nationalsozialismus.

Peter Schneck stellt an einzelnen Bereichen der medizinischen Wissenschaft dar, wie sich die Rassenhygiene über führende Vertreter dieser Fachrichtungen in der medizinischen Praxis und Wissenschaft etabliert hat. So zollen etwa, wie oben be-

schrieben, zahlreiche Sozialhygieniker *"in einem mehr oder weniger hohen Maße der Eugenik Tribut und propagierten und betrieben z.T. schließlich selbst die Sozialhygiene von rassenhygienischen Positionen aus"*, wie Schneck (1984:35) bilanziert. Insbesondere die oben beschriebene Parteinahme Grotjahns für die Rassenhygiene entzieht einer sozialhygienischen Gegenposition weitgehend der Boden (ebd.).

In historischer Betrachtung ist jedoch auch die Position von Eckart (1990:259) beachtenswert, der weniger die Überlappungen als die grundsätzlichen Ziele sieht und daher einen diametralen Gegensatz behauptet:

*"Während sich die Sozialhygiene in den Metropolen Deutschlands und Österreichs in den zwanziger Jahren zur vollen Blüte entfaltet und unmittelbar am Beginn der nationalsozialistischen Diktatur als charitative, gleichmacherische Disziplin diffamiert und von den neuen Machthabern vernichtet wird, leitet der gleiche politische Umbruch den kometenhaften Aufstieg der Rassenhygiene, der neuen Rassenideologie, ein"*.

Auch bei Zustimmung zu dieser theoretischen Grundposition darf nicht übersehen werden, dass sich die beiden Richtungen auf der Akteursebene weitgehend zur Unterstützung der Rassenhygiene verschmelzen. Die historisch bemerkenswerte Erkenntnis eines – im weiteren Verlauf – sich auf der Akteursebene zunehmend perfektionierenden Mordsystems haben am Beispiel der nationalsozialistischen Politik in den eroberten Ostgebieten Heim/Aly (1993) analysiert. Hier zeigt sich die Logik einer als 'modern' deklarierten Ideologie, die zum Selbstläufer wird, da nur auf ihrer Akzeptanz wissenschaftliche Karrieren begründbar sind.

Ein besonderes Beispiel für die wissenschaftliche Verbreitung und gleichzeitig Radikalisierung der Rassenhygiene zeigt die 1920 veröffentlichte Schrift des international bekannten Straf- und Staatsrechtlers Karl Binding (1841–1920) und des Psychiatrie-Professors Alfred Erich Hoche (1865–1943) 'Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens' 1920. Binding/Hoche prägen hier die später von der NSDAP aufgegriffene Parole von der *"Vernichtung lebensunwerten Lebens"*. ~~Die~~ **Deutsches** ~~setzen~~ kann sich der Euthanasie-Gedanke im Sinne Binding/Hoches trotz zustimmender Äußerungen aus verschiedenen gesellschaftlichen Bereichen zunächst zwar nicht. *"Das große Thema der Zwanziger Jahre ist für die Rassenhygieniker die Sterilisierung. (...) Es ist ein Argumentationsgebräu, das sich aus Ideen der Rassenveredelung (Aufnordung), zur Verbrechensbekämpfung und überhaupt*

zur Verhinderung 'lebensunwerten Nachwuchses' zusammenquirlt. Für viele stellt die Sterilisierung gegenüber der 'Euthanasie' nur eine Minimalforderung dar" (Klee 1983:29). Von Anfang an wird aber, ob nun jeweils als Tötung, Sterilisierung oder Asylisierung verstanden, die 'Ausmerze' nicht nur der Geisteskranken, sondern aller 'Volksschädlinge' ins Auge gefasst (ebd.:30).

Damit ist in der rassenhygienischen Diskussion der 20er Jahre schon die Eskalation der nationalsozialistischen Rassen- und Bevölkerungspolitik in den 30er Jahren angelegt.

Die Gründung des 'Kaiser-Wilhelm-Institut für Anthropologie, menschliche Erblehre und Eugenik' (KWI) in Berlin-Dahlem (1927 bis 1945) im Nebengebäude des heutigen Otto-Suhr-Instituts der FU ist ein weiterer wichtiger Schritt in der Geschichte der Rassenhygiene. Dieses Institut erlangt unter seinem Direktor Eugen Fischer schnell Reputation und entwickelt sich im Nationalsozialismus zu einem ideologischem Zentrum.

### **2.2.3. Rassenhygiene als politisches Thema**

Ab Mitte der 20er Jahre ist insgesamt eine Zunahme der erbbiologischen Datenerfassung und statistischer Forschungsvorhaben auf rassenhygienischem und erbbiologischem Gebiet zu verzeichnen. Dabei besteht ein breiter Konsens zwischen Rassenhygienikern, Psychiatern, Bevölkerungspolitikern und Sozialpolitikern. Den rassenhygienisch beeinflussten Wissenschaftlern geht es darum, mit Hilfe von statistischem Material ihre Forschungen voranzutreiben und ihre Thesen von der Vererbbarkeit bestimmter Krankheiten zu untermauern. Die Bevölkerungspolitiker wollen mit Hilfe der erbbiologischen Statistiken Grundlagen für eine rassenhygienisch orientierte Sozialtechnik schaffen (Schmuhl 1987:146). Die Sozialpolitiker suchen nach Möglichkeiten, um Einsparungen auf dem Gebiet der Wohlfahrtspflege begründen zu können.

Karl Heinz Roth (1984, 1986) hat den verhängnisvollen Einfluss der wissenschaftlichen Entwicklung der Genetik auf die Bevölkerungspolitik des Nationalsozialismus untersucht. Bereits in den 20er Jahren bewirkt die gemeinsame Überzeugung

von der drohenden erbbiologischen 'Entartung' menschlicher Populationen eine starke personelle und bald auch institutionelle Verflechtung zwischen Rassenhygiene einerseits und Vererbungslehre andererseits. Unter dem Eindruck der Erschütterung des Weltbilds der Anthropologie seit Mitte der 20er Jahre und als Konsequenz aus einem Evolutionsmodell, dass im Verlauf der zweiten Hälfte der 30er Jahre von der internationalen Hygieniker-Gemeinde erneuert wird (Roth 1986:52ff.), nimmt die Vision des drohenden Untergangs des menschlichen Erbguts apokalyptische Züge an. Ausgehend von der Annahme nahezu ungehinderter schädlicher Mutationsflüsse in menschlichen Populationen, erscheint den Bevölkerungspolitikern der herkömmliche Katalog rassenhygienischer Forderungen unzureichend. Nicht nur die sichtbar 'Erbkranken', sondern auch ihre äußerlich gesunden Angehörigen als potenzielle Überträger 'krankter Gene' müssten erfasst und in rassenhygienische Maßnahmen einbezogen werden: *"Schädliche Mutationsflüsse sollten mit Hilfe eines erweiterten Instrumentariums der Geburtenkontrolle und von Absonderungsmaßnahmen weiter gezielt ausgeschaltet, vor allem aber die Reproduktion von höherwertigen Genbeständen beschleunigt werden. Das Ziel war ein systematischer, aller Klassenschranken entledigter biologischer Zugriff auf die menschliche Gesellschaft"* (ebd.:55).

Somit haben die Rassenhygieniker der nationalsozialistischen Bevölkerungspolitik und der kontinuierlichen Ausweitung der Opfergruppen eine wissenschaftliche Legitimation gegeben.

Mit der zunehmenden Popularität rassenhygienischen Denkens in Deutschland nach dem Ersten Weltkrieg und dann noch einmal verstärkt durch die Wirtschaftskrise ab 1929 findet die Rassenhygiene in der Weimarer Republik auch Eingang in die politische Diskussion. Alfred Grotjahn ist nur ein besonders augenfälliges Beispiel dafür, dass die Rassenhygiene auch in Kreisen der politischen Linken Unterstützung findet. So ist trotz des Scheiterns mehrerer Entwürfe für ein rassenhygienisch begründetes Sterilisationsgesetz seit 1923 *"zu Beginn der 30er Jahre die Zeit herangereift, die Ausarbeitung eines Sterilisierungsgesetzes offiziell auf die Tagesordnung (sowohl des Reichstags wie auch des Preußischen Landtags) zu setzen"* wie Schneck (1984:39) analysiert. Dieses Gesetz kann zwar vor der 'Machtergreifung' der Nationalsozialisten nicht mehr verabschiedet werden; über seine Notwendigkeit besteht zu dieser Zeit aber ein weitgehender Konsens, der die große Mehrzahl der politischen, sozialen und kirchlichen Organisationen verbindet:

*"Während der letzten Jahre vor der Machtergreifung durch die Nationalsozialisten – eine Zeit wirtschaftlicher Not bei steigenden Fürsorge-Kosten – besteht im Grunde bei allen Beteiligten eine diffuse Einigkeit: Es muß etwas geschehen, so geht es nicht weiter"* (Klee 1983:31).

Konsequent nimmt allerdings nur die Nationalsozialistische Deutsche Arbeiterpartei (NSDAP) das rassenhygienische Denken in ihr Programm auf, weshalb diese Partei bald zum Hoffnungsträger der meisten Rassenhygieniker wird. Eugen Fischer, Fritz Lenz, Ernst Rüdin u.a. begrüßen und unterstützen das 'erb- und rassenpflegerische' Programm der NSDAP bereits, bevor sie nach 1933 die nationalsozialistische Politik aktiv mitbestimmen. Auch Alfred Ploetz wird Mitglied der NSDAP und des 1933 geschaffenen Sachverständigenbeirates für Bevölkerungs- und Rassenpolitik (Schneck 1984:42f.). Hitler seinerseits wird bei der Herausbildung und Formulierung seiner rassenideologischen Gedanken durch die Lektüre des zweiten Bandes von Baur/Fischer/Lenz's 'Grundriss der menschlichen Erblchkeitslehre und Rassenhygiene' während der Haft beeinflusst und in der Folge selbst zu einem Protagonisten der Rassenhygiene. So erklärt er etwa 1929 in seiner Schlussrede auf dem NSDAP-Parteitag in München die 'Beseitigung' von 700.000 bis 800.000 der Schwächsten für sinnvoll (Klee 1983:31f.).

Im *"Grunddogma der faschistischen Rassentheorie, (...)(der) These von der Ungleichwertigkeit sowohl der Rassen als auch der Einzelindividuen"* (Schneck 1984:43) sind nationalistisch-chauvinistische Rassenideologie und rassenhygienisches Gedankengut weitgehend verschmolzen. Alfred Rosenberg, einer der wichtigsten nationalsozialistischen Rassenideologen, stellt Rassenschutz, Rassenzucht und Rassenhygiene in den Mittelpunkt seines 1930 in München erscheinenden Buches 'Der Mythos des 20. Jahrhunderts'. Er vertritt die Ansicht, dass ohne das 'nordische Blut' das deutsche Volk unweigerlich degenerieren würde und fordert deswegen eine strenge Gesetzgebung zur Förderung der 'nordischen Rasse' im deutschen Volk (Nowak 1980:35). Walther Darré, der spätere Reichsbauernführer und Reichslandwirtschaftsminister, schreibt in seinem ebenfalls 1930 in München publizierten Buch 'Neuadel aus Blut und Boden' auch über Menschenzüchtung. Für ihn ist die 'nordische Rasse' Zielpunkt züchterischer Maßnahmen, andere Rassen klassifiziert er als 'minderwertig' (ebd.:35).

Die mörderische Radikalität der nationalsozialistischen Rassenpolitik zeichnet sich bereits in Veröffentlichungen vor 1933 ab. So titelt das Parteiorgan 'Nationalsozialistische Monatshefte' 1930: "*Tod dem lebensunwerten Leben!*" (Klee 1983:32).

Trotz der Institutionalisierung in vielfältiger Weise und dem Aufstieg zu einer einflussreichen Ideologie sind die deutschen Rassenhygieniker bis dahin ähnlich theoretisch und von praktischen Erfahrungen noch unberührt wie die Eugeniker in den angelsächsischen Ländern.

Das ändert sich ab 1933 allerdings schlagartig: Der nationalsozialistische Staat stellt nach einer tiefgreifenden Umstrukturierung des Gesundheitswesens seinen Machtapparat in den Dienst der Rassenhygiene. Ein interessanter Aspekt dabei ist auch, dass die Aufwertung der Rassenhygiene gleichzeitig als Legitimation seiner Rassenpolitik fungiert und insgesamt der Mobilisierung und Aufrüstung des Krieges nach innen und außen in der nationalsozialistischen Diktatur dient.

Mit dem 'Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens' vom Juli 1934 werden die Gesundheitsbehörden praktisch gleichgeschaltet: Die Gesundheitsämter werden direkt dem Reichsministerium des Innern unterstellt und zu Organen der 'Erb- und Rassenpflege' umfunktioniert.

Die Einverleibung der Kassenärztlichen Vereinigung Deutschlands mit der Reichsärztekammer vom Dezember 1935 durch die Reichsärztekammer und die Auflösung der Selbstverwaltung der Krankenkassen ist bereits erwähnt<sup>16</sup>.

Zwischen staatlichen Stellen, insbesondere dem Reichsausschuss für Volksgesundheit im Reichsinnenministerium, und Parteieinrichtungen auf dem Gebiet der Gesundheits- und Rassenpolitik kommt es allerdings wiederholt zu Rivalitäten. Das 'Rassenpolitische Amt' der NSDAP ist allen Verwaltungen und auch den Universitäten gegenüber weisungsberechtigt und bildet eine Art rassenhygienischer Oberbehörde im Nationalsozialismus (Schneck 1984:46).

Gewissermaßen die Schnittstelle zwischen Staat bzw. Partei und Wissenschaft ist der 1933 vom Reichsinnenminister einberufene 'Sachverständigenrat für Bevölkerungs- und Rassenpolitik'<sup>17</sup>, der alle einschlägigen Gesetzesentwürfe vor der Beschlussfassung auf ihre bevölkerungs- und rassenpolitischen Auswirkungen und

---

<sup>16</sup>) Ausführlich bei Schmuhl 1987:138ff.

<sup>17</sup>) Zur Arbeit dieses Beirats vgl. Kaupen-Haas 1986.

auf Fragen der politischen Durchsetzbarkeit hin prüfen soll. In seiner Arbeitsgemeinschaft 'Rassenhygiene und Rassenpolitik' arbeitet neben den Rassenhygienikern Fritz Lenz und Ernst Rüdin auch Alfred Ploetz daran mit, dass unter der nationalsozialistischen Gewaltherrschaft der *"heutige Rassenprozess"* dem *"idealen"* (nach Ploetz 1895) näher käme. Charakteristisch für die Beteiligung führender Wissenschaftler und Rassenhygieniker an der Konzeption und Begründung der nationalsozialistischen Vernichtungspolitik erscheint folgende Aussage eines Anthropologen des Kaiser–Wilhelm–Instituts<sup>18</sup> von 1939: *"Wir Erbbiologen und Rassenhygieniker haben mit Beglückung erlebt, daß der stillen Arbeit in Gelehrtenstube und wissenschaftlichem Laboratorium die Auswirkung im Leben des Volkes zuteil wird. Unsere Verantwortung ist dadurch ins Riesengroße gewachsen. Wir bleiben in der Stille unserer wissenschaftlichen Forschungstätigkeit aus der inneren Überzeugung heraus, daß auch auf diesem Felde Schlachten geschlagen werden, die für den Fortbestand unseres Volkes von größter Bedeutung sind"* (zitiert nach: Roth 1986:11).

Ein konkretes Experimentierfeld der Menschengzucht gibt der vom 'Reichsführer SS' Heinrich Himmler gegründete Verein 'Lebensborn e.V.', in dem bis 1945 Kleinkinder elternlos in Heimunterbringung aufgezogen werden, die von als 'arisch' klassifizierten Männern und Frauen anlässlich der Kampagne 'Schenkt dem Führer ein Kind!' gezeugt werden (Schneck 1984:46).

Von den gesetzgeberischen Maßnahmen zur Durchsetzung der nationalsozialistischen erb- und rassengepflegerischen Vorhaben ist wegen seiner Bedeutung für die späteren Euthanasie–Morde das im Juli 1933 beschlossene 'Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses' besonders erwähnenswert<sup>19</sup>. Es führt zur Freigabe der Zwangssterilisierung eines großen Personenkreises (nach Bock 1986 insgesamt

---

<sup>18)</sup> zitiert wird hier Otmar von Verschuer (1896–1969), Anthropologe und Genetiker, der nach dem Zweiten Weltkrieg im Rahmen der 'Neu'–Begründung der Humangenetik in der Bundesrepublik Deutschland wieder zu Amt und Würden kommt.

<sup>19)</sup> Weitere rassenhgienisch motivierte Gesetze sind insbesondere das 'Gesetz zum Schutz des deutschen Blutes und der deutschen Ehre' vom 15. September 1935, das 'Gesetz zum Schutz der Erbgesundheit des deutschen Volkes' (Ehegesundheitsgesetz) vom 15. Oktober 1935 sowie verschiedene Verordnungen über die Gewährung von Ehestandsdarlehen oder Kinderbeihilfen an kinderreiche Familien.

400.000 zwangssterilisierte Menschen) wegen körperlichen, psychischen oder verhaltensmäßigen Abweichungen (Koch 1994, Kaminsky 1995).

Diese grausame Politik steigert sich in die staatsterroristisch durchgeführte Massenmordung Behinderter, die als sog. 'Euthanasie' verklärt wird. Dabei werden über 70.000 Menschen ermordet (Klee 1983). Auf ideeller und struktureller Basis dieser Morde entwickelt sich anschließend der Holocaust (Aly 1987, auch Winau 1993:172f.)).

Es dürfte keiner weiteren Erläuterung erfordern, dass sich jede Diskussion über eine Neubelebung des bevölkerungsbezogenen Ansatzes der Gesundheitspolitik in Deutschland zunächst verboten hat und der soziale Anspruch der Sozialhygiene, wie es Rosenbrock (1993) schreibt, auf Jahrzehnte hinaus diskreditiert ist.

## **2.3. Systemkonstituierung nach 1945**

Nur in kurzen Phasen gesellschaftlichen Umbruchs lebt der Gedanke einer gesundheitsförderlichen Gestaltung der Lebenswelten als explizites Thema wieder auf. Die zumeist dominierende fiskalpolitische Debatte reduziert den Gesundheitsbegriff jedoch immer wieder auf die Kurativmedizin. Die Aufwertung der Gesundheitsförderung seit 1989 knüpft an die Erkenntnisse der AIDS-Prävention an.

Nach 1945 bleiben die wesentlichen Strukturprinzipien im Gesundheitswesen der Bundesrepublik Deutschland gegenüber der Weimarer Republik unverändert. Zwar werden spezifisch nationalsozialistische Gesetze gemäß alliierter Vorgabe außer Kraft gesetzt, in dieser Ideologie entstandene Rechtsvorschriften wie das 'Gesetz zur Vereinheitlichung des Gesundheitswesens' von 1934 sowie rassenhygienisch motivierte wie das 'Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses' von 1933 bleiben aber zunächst bestehen. Die Frage der Anerkennung von Zwangssterilisationen als rassistisches oder nazistisches Unrecht beschäftigt bis heute die Wiedergutmachungspolitik (Neppert 1993).

### **2.3.1. Sozialhygiene in der DDR**

In der sowjetischen Besatzungszone und der späteren DDR wird Gesundheitspolitik staatlich-zentralistisch gestaltet. So wird eine Einheitsversicherung und ein zentrales Ministerium für das Gesundheitswesen der DDR eingeführt. Der Ansatz der Sozialhygiene wird durch Gründung zahlreicher Institute und Ansiedlung beim Ministerium wiederbelebt. Wesentlicher Grund für die sozialhygienische Orientierung ist nach Niehoff/Schneider (1992:62ff.) die Rückkehr von Emigranten und Widerstandskämpfern, die nach dem Kriege an ihre eigene Arbeit in der Weimarer Republik anknüpfen und als Antifaschisten in der DDR, anders als im Westen, hohes Ansehen genießen. Schon im September 1945 wird im Deutschen Hygiene-Museum in Dresden das 'Institut für hygienisch-medizinische Propaganda' als Zentraleinrichtung für Volksgesundheitspflege und gesundheitliche Volksbelehrung (ab 1967 als Zentraleinrichtung für Gesundheitserziehung) eingerichtet (Franzkowiak/Sabo 1993:38).

Zugleich stabilisiert sich der ärztliche Stand auch in der DDR, denn der Versuch einer konsequenten Entnazifizierung scheitert, und anders als in anderen sozialistischen Ländern bleibt die Ärzteschaft eine deutlich privilegierte Schicht, wie Anna Sabine Ernst (1997) rückblickend analysiert. Trotz Verstaatlichung des Gesundheitswesens bleiben die überkommenen Strukturen der ärztlichen Profession und der medizinischen Fakultäten weitgehend unverändert.

Im Zuge der Veränderung des innenpolitischen Klimas in der DDR nach 1953 sehen sich die Repräsentanten der Sozialhygiene eines wachsenden Druckes wegen 'sozialdemokratischer Positionen' und Anwürfen sowohl aus der Politik als auch der Ärzteschaft ausgesetzt. Auch intern zeigen sich Zersetzungserscheinungen, die aus dem Defizit der Sozialhygiene resultieren, über keine eigene Methodik zu verfügen. Ein deutliches Beispiel für die konträren Denkrichtungen geben die unterschiedlichen Strategien in der Fertilisationspolitik: Hier steht ein emanzipationsorientierter Ansatz der freien Entscheidung über Schwangerschaft oder Abbruch einem paternalistischen Konzept der Gesundheitserziehung und –überwachung entgegen. Wenngleich das Strafgesetzbuch der DDR mit der Freigabe des Schwangerschaftsabbruches liberal scheint, sieht die gesellschaftliche Realität anders aus, denn insgesamt hat sich analog zur Gesundheitspolitik in der stalinistisch geprägten Sowjetunion die Kontrollorientierung durchgesetzt. Dieses paternalistische Konzept vermittelt sowohl der Politik als auch der Ärzteschaft ein konkretes Gefühl der Handlungsfähigkeit. So werden präventivmedizinische und diagnostische Maßnahmen wie Durchimpfung und Reihenuntersuchungen in Schulen und Betrieben zu zentralen Instrumenten der Gesundheitsvorsorge, während möglicherweise effektivere Maßnahmen der zielgruppenspezifischen Verhältnisprävention aus sachfremden Erwägungen nicht ergriffen werden. So werden Gesundheitsprobleme von marginalisierten Menschen wie beispielsweise von Alkoholerkrankten nicht systematisch aufgegriffen oder gar therapiert, weil die Existenz dieser Gruppen von Seiten der Politik verleugnet wird. Zu einem vergleichbaren Ergebnis kommt Köhler (1999) in seiner Analyse der Psychiatriepolitik in der DDR.

Deutlich wird hier der *"Doppelcharakter von Emanzipation und Sozialtechnologie"* (Kaupen–Haas/Rothmaler 1995), der in der DDR eindeutig zu Gunsten Letzterem belastet ist.

Der allmähliche Bedeutungsverlust der Sozialhygiene in der DDR begründet sich nicht nur durch die Stabilisierung konkurrierender biomedizinischer Strukturen, sondern auch aus dem Faktum, dass die konkrete Gestaltungsfunktion der Sozialhygiene gering ist. Im Zuge der deutschen Vereinigung suchen ihre VertreterInnen Anschluss an die Entwicklung zu Public Health. Die Sozialhygiene als eigenständige Wissenschaftsrichtung verliert jetzt völlig an Bedeutung. Niehoff/Schneider (1992:77) ziehen nach der Umbenennung ihres 'Instituts für Sozialhygiene' an der Berliner Humboldt–Universität in das inzwischen aufgelöste 'Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie' die bittere Bilanz: *"Nach Lage der Dinge ist zu konstatieren, daß die deutsche Sozialhygiene ihren historischen Weg zu Ende gegangen ist"*.

### **2.3.2. Sozialversicherungssystem in der BRD**

In der Bundesrepublik wird der sozialhygienische Ansatz nach 1945 nicht verfolgt. Die rassenhygienischen Institute werden aufgelöst, wenngleich die ärztlichen Drahtzieher des Behinderten– und Völkermordes kaum zur Verantwortung gezogen werden, sondern vielmehr neue wissenschaftliche und medizinische Tätigkeiten übernehmen (im Überblick: Klee 1986, Jäckle 1991, vgl. auch Mitscherlich/Mielke 1960 sowie die Dokumentation des sich erst spät formierenden Protestes gegen die Kontinuität der NS–Medizin auf dem Berliner Gesundheitstagen 1980 in: Baader/Schultz 1980). Bevölkerungsbezogene Ansätze finden erstmals in der Deutschen Herz–Kreislauf–Präventionsstudie ab 1982 Berücksichtigung, basieren jedoch auf einem behavioristischen, präventivmedizinischen Konzept mit begrenzter Wirkungsmöglichkeit<sup>20</sup>.

Soziale Angleichung wird vor allem durch Stärkung der Sozialversicherung angestrebt. Die Gesundheitspolitik im Westteil Deutschlands zeichnet sich strukturell durch eine starke Segmentierung der Macht– und Funktionsbereiche aus. So werden statt einer Einheitsversicherung, die nicht nur die sowjetischen, sondern auch die britischen Behörden fordern, gesetzliche Krankenversicherungen (GKVen) er-

---

<sup>20)</sup> Ein eindrucksvolles Beispiel der mangelnden Effizienz individualmedizinischer Präventionsstrategien gibt Borgers (1993).

richtet, in der heute etwa 90 % der bundesdeutschen Bevölkerung versichert sind. Das Leitbild dieser Zuordnung wird im Föderalismus gesehen. Das Grundgesetz ordnet die Sozialversicherung als Gegenstand der konkurrierenden Gesetzgebung in den Katalog des Art. 74 GG, wobei jedoch die Gesetzgebungskompetenz durch die Fortschreibung der RVO und spätere Ablösung durch die Sozialgesetzbücher beim Bund verbleibt. Gleichzeitig bedeutet die konkurrierende Gesetzgebung, dass den drei den Föderalismus bestimmenden Trägern – Bund, Länder und Kommunen – Gestaltungsmöglichkeiten im Gesundheitswesen eingeräumt wird. Auch wenn die Schlüsselfragen in Bundeshoheit liegen, bildet sich doch eine differenzierte Verantwortungs- und Entscheidungsstruktur. Dieser Pluralismus spiegelt sich in einer analogen Segmentierung in öffentliche, freigemeinnützige und private Trägerschaften und der expliziten Sektoralisierung der Funktionen in ambulante und stationäre Versorgungsangebote sowie in den Ausgestaltungen des öffentlichen Gesundheitsdienstes. Die spätere Entwicklung von Laienpotenziale, insbesondere Selbsthilfegruppen, wird dadurch begünstigt (vgl. dazu ausführlich: Schwartz/Kickbusch/Wismar 1998:173f.).

Die GKV ist einem dynamischen Wandel unterworfen. So wird nach Arbeitskämpfen durch die Arbeitgeber die sechswöchige Lohnfortzahlung im Krankheitsfall eingeräumt. Dies forciert die Umwandlung der Krankenkassen von einer Lohnausfall- hin zu einer Behandlungsversicherung und eröffnet mit der Entlastung der Krankenkassen große finanzielle Spielräume für das Gesundheitssystem. Schon 1955 wird das Kassenarztrecht wiedererrichtet, womit das Behandlungsmonopol der niedergelassenen Ärzteschaft und in der Folge auch eine großzügige Finanzierung festgeschrieben ist (Hofmann/Schwartz 1992:10). Eine Modernisierung des Krankenversicherungsrechtes gelingt zunächst nicht, entsprechende Initiativen des damaligen Bundesministers Theodor Blank scheitern 1959/60 in der dritten und 1962/63 in der vierten Legislaturperiode des Deutschen Bundestages, während Renten- (1957), Unfall- (1963) und Arbeitslosenversicherung (1969) grundlegend neu gestaltet werden können (BMAS 1994: 124). Hier findet sich wieder ein deutlicher Verweis auf die standespolitische Stärke der Ärzteschaft. Im Vergleich zu den anderen Sozialversicherungssystemen ist offenkundig, dass Gesundheitspolitik vor allem durch die Ärzteschaft, aber auch durch die Gewerkschaften und Krankenkassen über die umfangreichste und demnach auch stabilste Akteurskonstellation aller Sozialversicherungssysteme verfügt.

### **2.3.3. Steuerungsprobleme in der gesetzlichen Krankenversicherung**

Naschold (1982) hat herausgearbeitet, dass die Entwicklung der Sozialpolitik in Deutschland keinem geschlossenen weltanschaulichen Konzept und keiner linearen Modernisierungslogik folgt. Dies gilt insbesondere für das (west)deutsche, von Rosenbrock (1998:11f.) in Anlehnung an Esping-Andersen (1990) als 'konservativ' bezeichnete sozialpolitische Modell, das sich im Gegensatz zum wirtschaftsliberalen Modell der USA oder zum sozialdemokratischen der skandinavischen Länder weniger auf übergeordnete Leitideen bezieht, sondern in dem die Steuerungsimpulse Ausdruck konkreter Akteursinteressen sind. Solche Interessen werden weniger von den Sozialparteien als VertreterInnen der Versicherten sowie der Arbeitgeber im Rahmen der Selbstverwaltung der Sozialsysteme formuliert, sondern wesentlich durch die Anbieter von Gesundheitsleistungen und ihre berufspolitischen Standesvertretungen bestimmt.

Auch Hofmann/Schwartz (1992:9) weisen darauf hin, dass die Entwicklung des Gesundheitswesens den allgemeinen sozialen Wandel weniger widerspiegelt als vielmehr selber originär vollzieht. Ihre Analyse gibt in diesem Sinne schon einen deutlichen Hinweis darauf, dass Gesundheitspolitik nicht nur reagiert, sondern auch selber gestaltet. Schon die Auswahl darüber, welche Gesundheitsprobleme thematisiert werden, spiegelt die Bedeutung gesellschaftlicher Themenfelder und Akteure wieder. Während beispielsweise das zentrale gesellschaftliche Problem der höheren Vulnerabilität und erhöhten Morbidität und Mortalität sozial Schwacher weitgehend dethematisiert wird (Mielck 1994, Trabert 1999), finden andere Problemstellungen Beachtung, die mitunter weder bevölkerungsbezogen noch durch ihre individuellen Gefahrenpotenziale begründbar sind. Skandalisierte Einzelfälle und eine primäre Forschungsorientierung an berufsbezogener Standardisierung statt an Qualitätsverbesserung geben deutlich Hinweis auf Fehlsteuerungen und eine Verselbstständigung des Medizinapparates (Heyll 1993).

Diese Fehlsteuerung bedingt eine ständige Ausweitung ärztlicher Leistungen (Krämer 1993), die durch die Medien, aber auch durch die Bundesregierung wiederholt als 'Kostenexplosion' thematisiert wird (BMAS 1994:124, Stein 1997). Im Zuge wachsender struktureller Arbeitslosigkeit finden sich in allen Industrienationen zunehmend Debatten um Wachstumsdynamik und Ressourcenverbrauch des Gesundheitswesens. Der Wohlfahrtsstaat und der öffentlich oder parafiskalisch (ü-

ber gesetzliche Beiträge) finanzierte Teil des Gesundheitswesens wird mitverantwortlich gemacht für abnehmende Investitionstätigkeit, nachlassende Konkurrenzfähigkeit der Unternehmen und einem schwächer werdenden Leistungswillen der Arbeitnehmer (Schwartz/Kickbusch/Wismar 1998:174).

Tatsächlich steigen die Beitragssätze für alle Bereiche der Sozialversicherung und auch für die GKV in Deutschland mit leichten Schwankungen kontinuierlich an (Reiners 1993, SVR 1991, BMG 1997).

Bei genauer Betrachtung zeigt sich aber auch, dass diese Steigerung nicht nur aus inneren Gesetzmäßigkeiten des Gesundheitswesens resultiert. Stein (1997) und ausführlich Braun/Kühn/Reiners (1998) widersprechen der These einer Kostenexplosion grundsätzlich, da der Anteil der Gesundheitskosten insgesamt und auch der GKV-Ausgaben am Bruttosozialprodukt, oder, wie Leidl (1998) berechnet, am Bruttoinlandsprodukt, nahezu konstant ist.

Wie erklärt sich also der Anstieg des Beitragssatzes für die GKV? Zunächst einmal ist er durch sozialpolitische Maßnahmen wie die Ausdehnung des Versichertenkreises und die Erhöhung der Beschäftigtenzahl im Gesundheitswesen (*"Gesundheitswesen als Wachstums- und Beschäftigungsbranche"*, SVR 1995) bedingt. Der Anstieg der Arbeitslosigkeit und die Deregulierung des Arbeitsmarktes führen zudem zu Beitragsausfällen der Sozialkassen (Dressler 1996). Ein wichtiger Aspekt ist auch die Zunahme praktizierender Mediziner und die damit einhergehende Steigerung der Angebote (Klein-Lange 1998:217f., bereits frühzeitig analysiert von Herder-Dorneich/Schuller 1984). Inwieweit die demografische Entwicklung die Kosten erhöht, ist umstritten (Kühn 1994:11ff.). Der Anstieg der Lebenserwartung ist mit einer Veränderung des Krankheitspanoramas hin zu chronisch-degenerativen Erkrankungen verbunden, die kurativ kaum zu therapieren sind und andere Formen der Versorgung (pflegerisch, psychosozial, selbsthelfend) benötigen (Kleiber 1992:221). Diese sind im Finanzierungsrahmen der Krankenkassen zum Teil nicht vorgesehen. Die starke Hinwendung älterer Menschen an kurativmedizinische Einrichtungen hängt an unterschiedlichen Einflussfaktoren wie fehlenden Versorgungsalternativen, dem Überweisungs- oder Einbestellungsverhalten der Mediziner sowie Gewöhnungseffekten durch die Patienten (Jäger 1999:270f.).

Gesundheitsökonomisch analysieren Badura/Hellberger (1994:82), dass das Gesundheitswesen allerdings weniger einem veränderten Versorgungsbedarf Rechnung trägt als vielmehr nach eigenen Gesetzmäßigkeiten und Interessen handelt:

*"Inzwischen verschlingt der in den letzten hundert Jahren rasch gewachsene und weitläufige Bereich kurativer Dienste und Leistungen, verschlingen Kliniken, Praxen, Medizintechnik und Medikamente einen beträchtlichen Anteil des Sozialproduktes. Dadurch wurde das Gesundheitswesen zu einem lukrativen Sektor unserer Volkswirtschaft, der keinesfalls nur der Krankheitsbekämpfung dient, sondern auch in großem Umfang Beschäftigung und Wohlstand sichert".* Badura (1993) nennt dies an anderer Stelle ein Charakteristikum eines *"referentiellen Systems"*, in dem sich die Akteure gegenseitig bestätigen und gegen *"Fremdeinflüsse"* abgrenzen.

Solche multiplen und oft partikularen Interessen im Gesundheitssystem – implizite Folgen – drängen dabei häufig die expliziten Themen – welche Gesundheitsangebote sinnvoll und gewollt sind – an den Rand. Diffus bleibt häufig auch, wessen Kriterien und Interessen über Angebot und Nachfrage entscheiden.

Ein grundsätzliches Steuerungsproblem besteht darin, dass der dem Solidar- und Sachleistungsprinzip der GKV innewohnende Grundsatz der angebotsorientierten Nachfrage zu einer ständigen Leistungsmengenausweitung führt. Im Gesundheitswesen handelt es sich um einen unvollkommenen, nicht-transparenten Markt, in dem nicht die Nachfrage das Angebot bestimmt. Vielmehr wird die Nachfrage durch Zu-, Über- und Abweisungsverfahren so reguliert, dass sie dem Angebot passgenau entspricht und ständig nach weiterer Nachfrage verlangt, mithin kein nachfrageorientiertes Angebot besteht, sondern eine angebotsinduzierte Nachfrage (Schulenburg 1981:129, 1992:127f., Scharf 1985:144, Andersen 1992:18ff., Deutscher Bundestag 1990c:153f.).

### **2.3.4. Strukturveränderungen in der gesetzlichen Krankenversicherung ab 1969**

Nach der Bundestagswahl 1969 kommt es in der Bundesrepublik Deutschland zur ersten Regierungsbildung von SPD und FDP. Zu Beginn dieser dreizehn Jahre dauernden Regierungsphase stehen mehrere wichtige Strukturentscheidungen, die einerseits die bisherigen Aufgabenverteilung in der Gesundheitsversorgung abrunden, andererseits zentrale Fragen der Umorientierung in Medizin und Gesundheitswesen betreffen. Schon 1971 wird eine 'Sachverständigenkommission für die Weiterentwicklung der sozialen Krankenversicherung' eingesetzt, die der Regierung eine Bestandsaufnahme des wirtschaftlichen und sozialen Wandels ausarbeitet mit dem Ziel, gestaltend auf Umwälzungen Einfluss zu nehmen.

Tatsächlich leitet die Regierung eine Reihe sozialpolitischer Maßnahmen ein. So wird 1970 die Krankheitsfrüherkennung in den Leistungskatalog der GKV aufgenommen. Erstmals wird damit im Westen Deutschlands Prävention zu einer explizit gleichberechtigten Aufgabe der kassenärztlichen Versorgung erklärt. Bedeutung haben dabei im Wesentlichen die – allerdings beständig ausgeweiteten – Kinderuntersuchungen sowie die Maßnahmen zur Krebsfrüherkennung.

Neugeregelt wird 1972 auch die Krankenhausfinanzierung. Die strukturelle Entscheidung für eine Doppelfinanzierung<sup>21</sup> ist mit einem Ausbau der politischen Kompetenz zur Regulierung des Angebotes der Krankenhausbetten und damit einem starken Steuerungsinstrument in den Krankenhäusern – nach Foucault (1973) Ursprung und Domäne der Biomedizin – verknüpft.

Mit der Einführung der Krankenversicherungspflicht für Studierende und Landwirte werden weitere Bevölkerungsteile in die Krankenversicherungspflicht integriert.

Diese unterschiedlichen Maßnahmen weichen einige Grundprinzipien des Bismarck'schen Sozialgedanken auf. Der Lohnbezug des Kassenbeitrages und die Ori-

---

<sup>21</sup>) Doppelfinanzierung, im Fachjargon 'dualistische Finanzierung', bedeutet, dass die Betriebskosten eines Krankenhauses über die Pflegesätze durch die Kassen finanziert werden, die Investitionskosten hingegen über die öffentliche Hand in Form der Bundesländer, womit dem Land gewisse Gestaltungsmöglichkeiten ob des Angebots der Häuser zufallen. Diese Finanzierungsform soll gemäß Koalitionsvertrag der rot-grünen Bundesregierung bis zum Jahr 2006 schrittweise wieder abgebaut und durch eine sog. 'monistische Finanzierung' durch die Krankenkassen ersetzt werden (BMG 1999a). Das Vorhaben findet jedoch im Bundesrat keine Mehrheit und bleibt damit bis auf Weiteres ungeklärt (AOK 1999).

entierung auf die Sicherstellung der Arbeitsfähigkeit des Versicherten werden abgeschwächt, die staatliche Steuerung des Angebotes und das Solidarprinzip hingegen gestärkt.

Durch diese Politik steigen die Ausgaben der Krankenkassen und ihre Beitragssätze trotz der Entlastung durch das noch von der Vorgängerregierung Kiesinger/Brandt 1969 durchgesetzte Lohnfortzahlungsgesetz stark an (Reiners 1993:5). Schon bald steht die Ausgabenpolitik der sozialliberalen Koalition mit ihrer Orientierung auf einen nachfragenden und regulierenden Staat in der gesellschaftlichen Kritik<sup>22</sup>.

Tatsächlich steigen die Ausgaben der GKV von 25 Mrd. DM 1970 um weit mehr als 100% auf 61 Mrd. DM 1975 an (BMAS 1994:125). Auf dem Hintergrund dieser Entwicklung formuliert die sozialliberale Regierung ab 1975 eine Politik der sog. 'Kostendämpfung'. Kernstück der neuen Politik ist es, die Ausgaben der Kassen an den Einnahmen auszurichten ('Grundlohnorientierung'), damit sich der prozentuale Anteil der Krankenversicherungskosten nicht erhöht ('Beitragssatzstabilität'). Dieser Grundsatz wird mit dem Krankenversicherungs–Kostendämpfungsgesetz von 1977 und zwei Kostendämpfungsgesetzen 1981 festgeschrieben. Danach werden die Einnahmen begrenzt und die Ausgaben entsprechend festgeschrieben, also 'budgetiert'. Abgesehen von zahlreichen haushaltstechnischen Operationen, die den Versicherten Mehrausgaben bei formal stabilem Beitragssatz abverlangen<sup>23</sup>, zeigt sich deutlich die Überlagerung gesundheitspolitischer Zielvorstellungen durch wirtschaftliche Interessen. Mit dem politischen Rückzug hin zu einer Selbstregulierung des Gesundheitssystems bei festem Finanzrahmen verliert sich das zu Beginn der sozialliberalen Regierung an den Tag gelegte Gestaltungsinteresse. *"Eine seit 1977 so praktizierte Kostendämpfungspolitik wirkte ausgesprochen strukturkonservativ und behinderte faktisch das Bemühen um mehr Effizienz und Effektivität im Gesundheitswesen"* analysiert Reiners (1993:8).

---

<sup>22)</sup> Es kommt schließlich zum Misstrauensvotum der Opposition gegen die Bundesregierung Brandt/Scheel, das zwar scheitert, aber dennoch 1972 zur vorgezogenen Neuwahl des Bundestages führt. Bei der Wahl wird die Regierung Brandt/Scheel bestätigt.

<sup>23)</sup> siehe hier insbesondere Erhöhung der Selbstbeteiligung der Patienten, Erweiterungen der beitragspflichtigen Einnahmen wie z.B. Weihnachtsgeld und die Absenkung des (kostendeckenden) Beitragssatzes für die Krankenversicherung der Rentner von 17% auf 11% bei gleichzeitiger Senkung des Bundeszuschusses an die gesetzlichen Rentenversicherungsträger (Reiners 1993:8f.).

Häufig wird in Politik und Wissenschaft die These vertreten, eine fiskalpolitische Diskursivierung des Gesundheitswesens sei weniger eine Existenzbedrohung, sondern biete vielmehr auch eine Politikarena an zur Propagierung innovativer Ideen („*Krise als Chance*“ sagt z.B. Huber 1994, 1997a)<sup>24</sup>. Bezogen auf die Kostendämpfungsdebatten im Gesundheitswesen lässt sich aber eindeutig feststellen, dass der ökonomische Druck Reformdiskussionen erstickt. So ist die Durchsetzung der Budgetierung mit einem Zugeständnis an die Leistungserbringer verbunden, die Begrenzung ihrer Einnahmesteigerung durch erhöhte Autonomie in der internen Mittelverwendung zu kompensieren (zur internen Logik solcher verbandsbezogenen, korporatistischen Aushandlungen vgl. auch 2.5.1.).

Weil sie den gestaltenden Ansatz an die Selbstverwaltung abtreten, erweisen sich Kriseninterventionen zur Kostendämpfung wiederholt als längerfristig nicht tragfähig.

Das Schicksal der sozialdemokratischen Kostendämpfungsbemühungen, die alleamt scheitern, erfahren auch die zahlreichen Gesundheitsminister in der CDU/CSU/FDP-Regierung der sog. 'Ära Kohl'. Weder das Gesundheitsreformgesetz 1989 (GRG, 1. Stufe) noch das Gesundheitsstrukturgesetz 1993 (GSG, 2. Stufe) oder die Beitragsentlastungs- und Neuordnungsgesetze 1996/97 (BEG/NOGs, 3. Stufe) bewirken eine dauerhafte finanzielle Entspannung. Es handelt sich offensichtlich um ein Strukturproblem. Immer wieder ist es nur eine Frage kurzer Zeit, bis die gleichen Themen der 'Kostenexplosion' erneut auf der politischen Agenda stehen. Ein Grundproblem mag darin bestehen, dass die Ausgabenströme zu den Leistungserbringern und den Produzenten von Arzneimitteln, Heil- und Hilfsmitteln keinen ausreichenden Kontrollen unterworfen werden und somit das ökonomische Ungleichgewicht einer Selbststeuerung der Leistungserbringung weitgehend unangetastet bleibt.

Die politischen Auseinandersetzungen um die Gesundheitsreformen zeigen dabei, wie schwierig es für die Politik in Parteien, Parlament und Ministerialbürokratie ist, grundlegende und anstehende Reformprojekte gegen ständigen Druck von einflussreichen Interessengruppen durchzusetzen. Döhler/Monow-Borgwaldt (1992:64) sprechen hier von einer „*Reformblockade*“ durch eine „*ausgeprägte Verbändedominanz*“.

---

<sup>24</sup>) Die These vertritt in der AIDS-Debatte u.a. Clement (1986a).

Dennoch zeichnen sich Ende der 80er Jahre in der gesundheitspolitischen Debatte Reformlinien ab. Die laufende Wiederholung der Kostendebatte zeigt deutlich, dass vor allem auf der Steuerungsebene Handlungsbedarf besteht. Weil die kurative Bekämpfung chronischer Erkrankungen und umweltbedingter Gesundheitsstörungen an ihre Grenzen geraten ist oder hoher kurativer Zeitaufwand nur noch geringen marginalen, kaum objektivierbaren Behandlungsfortschritt generiert, wächst die Forderung nach Verschiebung des Versorgungsangebotes auf Grundlage einer umfassenden analytischen Bestandsaufnahme.

In diesem Zusammenhang ist auch die Etablierung der Gesundheitswissenschaften / Public Health in der Bundesrepublik Deutschland zu sehen. Die Politik sucht sich seit Ende der 80er Jahre mit Public Health einen Bündnispartner, der unabhängigen Sachverstand entwickeln und einbringen kann. Denn zunächst erfordert jede Neuregelung eine Bestandsaufnahme und damit unparteiliche, umfassende, kontinuierliche problemanalytische Information. Für die Akteure des Gesundheitswesens werden insbesondere in Zeiten sich zuspitzender Verteilungskämpfe genaue Informationen über den Gesundheitszustand der Bevölkerung, über die Nachfrage und die erbrachten Leistungen sowie ihre Qualität, über Ressourcen, Ausgaben und Finanzierungsströme zunehmend bedeutsamer. Die Einrichtung eines Sachverständigenrates (SVR) für die Konzertierte Aktion durch den damaligen Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung Norbert Blüm im Jahre 1984 stellt einen Schritt zur Realisierung dieses Anspruches nach kompetenter Sammlung und Auswertung des Status Quo dar. Dabei ist erwähnenswert, dass der SVR nicht nur informell einberufen, sondern durch gesetzliche Regelung nach §§ 141f. im SGB V in hohem Maße legitimiert und ausgestattet ist (Eberle 1985).

### **2.3.5. Der öffentliche Gesundheitsdienst**

Neben der parafiskalisch finanzierten GKV existiert als weitere Säule des bundesrepublikanischen Gesundheitssystems der von den Kommunen getragene, rein steuerfinanzierte öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD). Im Vergleich mit der GKV nimmt der ÖGD allerdings nur einen minimalen Stellenwert ein. So errechnet Lei-

del (1989:50) die Ausgaben für den öffentlichen Gesundheitsdienst als 0,86% der Gesamtausgaben des Gesundheitswesens und schlussfolgert: *"Es wirkt angesichts dieser Zahlen als Hohn, wenn der öffentliche Gesundheitsdienst vollmundig als 'dritte Säule' des Gesundheitswesens apostrophiert wird"* (ebd.). Ellis Huber (1997:164) meint mit einem Anflug von Sarkasmus, die *"Gesamtausgaben für den ÖGD in der Bundesrepublik liegen in der Größenordnung der Gesamtausgaben der Pharmaindustrie für die Pharmareferenten"*.

Tatsächlich ist im Bereich des öffentlichen Gesundheitsdienstes nach 1945 weitgehend Bewegungslosigkeit eingetreten. Das Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens von 1934 gilt zunächst unverändert und bildet mit seinen Durchführungsverordnungen die Rechtgrundlage für die Arbeit der Gesundheitsämter und der höheren Gesundheitsfachverwaltungen. Dadurch wird die in den 30er Jahren geschaffene Zusammenfassung der staatlichen Gesundheitsaufsicht und der kommunalen Gesundheitsfürsorge fortgeschrieben, *"eine Maßnahme, die schon aus strukturell-organisatorischen Gründen die Gesundheitsfürsorge gegenüber den staatlichen Maßnahmen benachteiligen mußte"* (Labisch 1991:90). Neben den vielfältigen Amtsarztaufgaben, die der Gesundheitsüberwachung dienen, bleiben die Gesundheitsämter im Westen wie auch in der DDR (vgl. 2.3.1.) lediglich durch Impfkampagnen und periphere Fürsorgeaufgaben wie dem Kinder- und Jugendgesundheitsdienst öffentlich wahrnehmbar. Durch die Übertragung der Schwangerschafts- und Kindervorsorge auf die gynäkologischen und pädiatrischen Kassenärzte sowie der gesetzlichen Zuweisung der Krankheitsfrüherkennung und der Vakzine auf die Gesetzlichen Krankenkassen 1970 bleiben dem ÖGD nur noch untergeordnete Funktionen.

Unterentwickelt sind daher auch die schon im Kaiserreich und in der Weimarer Republik mit beträchtlicher sozialpolitischer Resonanz entwickelten Aufgaben einer Gesundheitsberichterstattung unter einer epidemiologischen, sozialepidemiologischen und sozialmedizinischen Perspektive (Hofmann/Schwartz 1992:11, Borgers 1997). Die jährlichen Gesundheitsberichterstattungen sind weitgehend zu Tätigkeitsberichten des ÖGD verkommen. Diese Vernachlässigung solch tragender Bereiche erklären sich Hofmann/Schwartz (1992:11) damit, dass der Irrglaube bestehe, *"über ein endgültiges, sich selbst tragendes und regulierendes System der Krankheitsvorsorge zu verfügen"*.

In der Gesundheitsberichterstattung und insbesondere in den daraus ableitbaren Gesundheitszielen (im Überblick: Geene/Luber 1999) steckt jedoch ein erhebliches Gestaltungspotenzial für die Politik, die mittels der Vorlage von Daten und Berichtsbefunden gesundheitspolitische Entscheidungen generieren und argumentativ untermauert durchsetzen kann, die ansonsten im Gestrüpp lobbyistischer Schwerpunktsetzungen kaum erkannt werden und noch weniger durchzusetzen sind (Janßen/Dechert–Knarse 1994, Geene 1999b:56). Als wesentliches Instrument zur Erarbeitung der Gesundheitsberichte werden seit Mitte der 90er Jahre in zahlreichen Kommunen Gesundheitskonferenzen eingerichtet (Höwer 1996, Geene 1997, Zamora 1998).

Wichtig ist hier auch die Erkenntnis, dass der öffentliche Gesundheitsdienst – anders als die Gesetzliche Krankenversicherung, die trotz Solidarverständnis dem Versicherungsprinzip unterliegt – die strukturelle Verbesserung der gesundheitlichen Verhältnisse im Visier haben kann, also geeigneter Akteur für die verhältnispräventive Gesundheitsförderung ist (Luber 1997).

Solche Modernisierungsprozesse des ÖGD betonen durchgängig das Leitbild von Public Health (im Überblick Deppe/Friedrich/Müller 1991 oder als konkrete Handlungsanleitung Dornier 1993) bzw. explizit New Public Health (Schmacke 1997). Demnach liegt die Zukunftsaufgabe des ÖGD darin, die Gesundheitsversorgung vor allem für die Menschen sicherzustellen, die aus sozialen Gründen durch das Netz der Pflichtversicherung durchgefallen sind. Regionale Gesundheitsgefahren können vor Ort durch Aktivierung der Menschen in ihrem unmittelbaren Lebensumfeld erkannt werden. Das gesundheitliche Angebot soll durch ortsnahe Koordination sichergestellt werden (Zamora 1998). Dabei sind insbesondere die sozialen Segregationstendenzen in den Städten als Ausgangspunkt neuer und zunehmender Gesundheitsprobleme zu berücksichtigen (Häußermann/Siebel 1987, Häußermann 1998).

Traditionellen Aufgaben der Gesundheitsämter wie Schuleingangsuntersuchungen und Hygienebescheinigungen entfallen hingegen zunehmend, da besonders belastete und gefährdete Bevölkerungsgruppen nur durch zielgruppenspezifische Angebote erreicht werden können. Bei nicht-gefährdeten Bevölkerungsgruppen sind die Untersuchungsmaßnahmen des ÖGD hingegen in aller Regel überflüssige Zweituntersuchungen.

---

Auf Grund der langjährigen Aushöhlung des ÖGD hat sich die kommunale Gesundheitsförderung zu einem diffusen Feld entwickelt. Erst dem Healthy-City-Programm der WHO ist es gelungen, hier wieder ansatzweise Leitbilder und Handlungsrahmen vorzugeben (vgl. 2.4.4.). Dieser Einfluss eines Leitgedankens der Gesundheitsförderung verläuft dabei weitgehend unabhängig vom Bekenntnis zum WHO-Programm (Müller 1994, Rosenbrock 1997:56). Insgesamt ist zu konstatieren, dass die wesentliche Arbeit im Tätigkeitsfeld sozialkompensatorischer Gesundheitsversorgung von SozialarbeiterInnen aus anderen Ressorts und in der Regel ohne expliziten Gesundheitsbezug geleistet wird (ebd.), der öffentliche Gesundheitsdienst also kaum in seinen originären Funktionen wahrgenommen wird.

## **2.4. Orientierung auf ein verändertes Gesundheitsverständnis**

### **2.4.1. Aufweichung der kurativmedizinischen Orientierung**

Trotz der monolithischen Struktur im Gesundheitswesen entwickeln sich zunehmend Bedarf, Anspruch und in der Folge auch theoretische Konzeptionen für grundlegende Veränderungen im Gesundheitsversorgungssystem. Schwartz/Kickbusch/Wismar (1998:173) sprechen hier von einer *"neuen historischen Phase der gesundheitspolitischen Diskussion und Zielsetzung"*, die in den 70er Jahren allmählich beginnt. Zunächst formuliert sich Kritik an den Strukturen der Versorgung aus dem Randbereich der Sozialmedizin. Hier wird dem Gesundheitswesen vorgeworfen, inadäquat auf den Wandel des Morbiditäts- und Mortalitätsspektrums zu reagieren. Durch eine zu starke kurative Orientierung der Medizin, einen hohen Grad an Medikalisierung der Bevölkerung und eine kaum reflektierte Technisierung von Krankenhaus und Arztpraxis werde zwar die Diagnostik perfektioniert, jedoch nicht die Interessen der Patienten vertreten (Deppe 1975, Rosen 1975). Patienten- und bevölkerungsbezogener Nutzen lasse sich, so die Kritik, eher durch Prävention und gesundheitsfördernde Gestaltung der zentralen Lebensbereiche Arbeit, Schule, Familie und Umwelt erreichen.

Auf der institutionellen Ebene wird dabei deutlich, dass die wenigen sozialmedizinischen Institute in den medizinischen Fakultäten wenig integriert sind. Überhaupt zeigt sich ein weitverbreitetes Desinteresse der akademischen Humanmedizin an bevölkerungsbezogener Perspektive. Augenscheinliche Erfolge der kurativen Medizin, ihr technischer Modernisierungsschub und nicht zuletzt die Standespolitik verstärken diese Abwehr gegenüber Außeneinflüssen. Den häufig schlecht ausgestatteten sozialmedizinischen Instituten, die kaum Karrierechancen eröffnen, fehlt zudem der Zustrom interdisziplinär ausgebildeter Nachwuchswissenschaftler, die sich für Fragen des Gesundheitswesens und eine kritische Analyse des vorhandenen Systems der Gesundheitsversorgung gewinnen lassen, analysieren Hofmann/Schwartz (1992:15).

Wie in 2.1.1. bereits angesprochen, veröffentlicht der britische Sozialmediziner Thomas McKeown 1976 sein Buch 'The Role of Medicine', in dem er aufzeigt, dass die Rolle der Medizin weit überschätzt werde. Gerade der Rückgang der Infektionskrankheiten, auf dem der Ruhm der Biomedizin gründet, sei weniger medizini-

scher Verdienst. Als wichtigste Determinanten von Gesundheit und Lebenserwartung haben sich vielmehr Faktoren wie Ernährung, Hygiene, Geburtenkontrolle erwiesen, bedeutsamer als individuelle medizinische Intervention seien Umwelteinflüsse und persönliches Verhalten, also Verhältnis- und Verhaltensprävention.

Die Arbeit von McKeown gilt als wissenschaftlicher Durchbruch einer fast hundert Jahre alten Debatte und ist im Folgenden durch zahlreiche sozial- und medizinhistorische Arbeiten bestätigt (insbesondere Göckenjan 1985 und im Überblick Schmacke 1999, aber auch Gill 1983:72f.; Winau 1987:11ff.; Evans 1988:103f.; Gorsboth/Wagner 1988:123ff., Kickbusch 1992:96 u.a.)<sup>25</sup>.

In Deutschland formuliert zunächst Hans Schäfer (1972, 1993) Notwendigkeit und Möglichkeiten der Prävention, wenngleich er dabei der Verhaltensprävention und dem Risikofaktorenmodell verhaftet bleibt. Auch die Gewerkschaften nehmen sich der Neuorientierung im Gesundheitswesen an, wovon insbesondere das Grundsatzpapier 'Sozialpolitik und Selbstverwaltung' (Standfest u.a. 1977) sowie der schon auf die sozialen Bewegungen abzielende Marburger Kongress 'Medizin und Gesellschaft' 1973 (Deppe et al. 1973 sowie im Rückblick Regus 1981) Zeugnis gibt.

Einen starken Auftrieb erlebt der sozialmedizinische Ansatz in Deutschland mit der Entstehung der sog. Gesundheitsbewegung im Rahmen der 'Neuen sozialen Bewegungen'. Die Gesundheitsbewegung konstituiert sich interessanterweise gerade an der Frage der Verwicklung der Medizin mit den Verbrechen des Nationalsozialismus: Die plötzliche und weitgehend überraschende Entstehung der Gesundheitsbewegung datiert auf den Berliner Gesundheitstag 1980, der unter dem Motto 'Medizin und Nationalsozialismus – Tabuisierte Vergangenheit, ungebrochene Tradition?' (dokumentiert in: Baader/Schultz 1980) als Gegenveranstaltung zum Bundesärztertage konzipiert ist. Gerade dieser erste deutsche 'Gesundheitstag' 1980 in Berlin gilt als *"eindrucksvoller Höhepunkt der Gesundheitsbewegung, (...) an dem sich rund 10.000 Beschäftigte des Gesundheitswesens in Aufbruchstimmung"* (Stein 1994:9) beteiligen. Die Teilnehmerzahlen erhöhen sich sogar noch auf gut 20.000 bei den Hamburger Gesundheitstagen 1981 und 1982, deren weitere in Bremen,

---

<sup>25</sup> Einen etwas anderen Akzent legt Sagen (1992) in seiner umfangreichen Studie zur ‚Gesundheit der Nationen, Die eigentlichen Ursachen von Gesundheit und Krankheit im Weltvergleich‘, in dem er soziale Faktoren wie Schichtzugehörigkeit, Einbindung in soziale Netzwerke sowie den Bildungsstand als entscheidende Gradienten des Gesundheitszustandes von Einzelnen, Populationen und Gesellschaften identifiziert.

(1984) und Kassel (1985) folgen. Allerdings stagniert die Bewegung nach den Hamburger Gesundheitstagen und verläuft sich nach der letzten Großveranstaltung in Kassel, die Trägerstruktur der Gesundheitstage löst sich wegen finanzieller Belastung auf. Übrig bleibt das monatliche Diskussionsforum 'Dr. med. Mabuse', das sich von der Fachschaftszeitung von Frankfurter MedizinstudentInnen zur bundesweiten *"Zeitschrift im Gesundheitswesen"* weiterentwickelt sowie 1988 die Einrichtung der Gesundheitsakademie (1990, 1996, Vogt 1989) als institutionellem Rahmen, um Inhalte und Strukturen der Gesundheitsbewegung fortzuführen.

Es gelingt der Gesundheitsbewegung jedoch nicht, eine gemeinsame organisatorische oder wenigstens programmatische Plattform herzustellen. Vielmehr zersplittert sich die Bewegung in heterogene Selbsthilfegruppen und soziale und berufliche Projekte sowie vor allem – ein zentraler Streitfall der Bewegung – in den Bereich der Esoterik (Kesel 1989:57)

Andererseits findet sich der Ansatz der Gesundheitsbewegung auf allen institutionellen Ebenen wieder. So sieht Huber (1997a) auch die Politik der Weltgesundheitsorganisation als Ausläufer dieser Bewegung: 1986 tagt auf Betreiben des Europäischen Regionalbüros im kanadischen Ottawa die erste Internationale Konferenz zur Gesundheitsförderung, an deren Ende die Verabschiedung der bahnbrechenden 'Ottawa-Charta' (WHO 1986/1994) steht. Diese Charta stellt eine Konzeptionierung dar, die zahlreiche Ideen und Ansätze der bundesdeutschen Gesundheitsbewegung aufgreift (vgl. 2.4.4.). Tatsächlich ist sie wesentlich von Ilona Kickbusch und Herbert Milz formuliert, die an den Gesundheitstagen der 80er Jahre beteiligt sind (ebd.:8, vgl. 5.1.1.).

Die auf den Gesundheitstagen kritisierten Mängel sind nicht technischer Natur, sondern Teil der politischen Nachkriegsverhältnisse. Die auf den Gesundheitstagen entwickelten Reformvorschläge zielen auf eine Entgrenzung des Gesundheitswesens, vor allem hinsichtlich der individualmedizinischen, personalbezogenen, traditionellen Aufgabenteilung bei Einschluss aller wichtigen Lebensbereiche (Schwartz/Kickbusch/Wismar 1998:173f.). Der Arzt und Psychologe Horst-Eberhard Richter (1986:217) beschreibt anschaulich die Vision dieser Bewegung: *„Aber es gibt ja eine andere Medizin, die sich zunächst als soziale und ökologische Medizin darum kümmert, daß Menschen nicht infolge widernatürlicher Lebens-, Arbeits- und Ernährungsweisen millionenfach künstlich Krankheiten produzieren.*

*Es gibt eine sanfte Medizin, die eher die natürlichen Heilkräfte des Organismus zu stärken versucht. Es gibt eine verstehende Medizin, die Menschen hilft, die hinter einer Vielzahl von Krankheit verborgenen psychosozialen Probleme anzugehen. Es gibt eine behutsame, schonende Chirurgie, die nicht Krankheiten mit Mitteln beherrschen will, die am Ende mehr Elend als jene verursachen“.*

Die Kritik der Gesundheitsbewegung führt zu einer massiven Verunsicherung nicht nur der Standesvertreter, sondern der gesamten Ärzteschaft. Insbesondere die nachgewiesene *"ungebrochene Kontinuität"* (Baader/Schultz 1980) zur nationalsozialistischen Mordpolitik führt zu einer Legitimationskrise. Das breite Spektrum der Kritikansätze ist zudem für die Ärzteschaft kaum verstehbar, hat sie sich doch durch ihre verbandspolitische Isolierung in korporatistische Verbände und ihre Selbstzentrierung auf eigene Standardisierung weitgehend vom gesellschaftlichen Dialog entfernt.

Der Kulturwissenschaftler und Vizepräsident der FU Berlin Dieter Lenzen hat in seinem 1991 erschienen Buch 'Krankheit als Erfindung' die Literaturgattung der Medizinkritik ausgewertet und sie in neun zentralen Widersprüchen zusammengefasst. Hierbei handelt es sich u.a. um den Entzug der Medizin vor Leistungskontrolle, Kritik und Veränderung, die zunehmende Verrechtlichung anstelle ärztlicher Beziehungen, die Normierung der Menschen, die beständige Ausweitung der eigenen Aufgabenfelder und die wachsende Herrschaft und Sozialkontrolle bis hin zur Compliance-Forschung<sup>26</sup> (Lenzen 1991). Aber so sehr überzeugend diese Vorhalte aus unbefangener Sicht sein mögen, können sie die Professionsvertreter doch kaum erreichen, weil sie nicht mit, sondern gegen den biomedizinischen Ansatz gedacht sind. Wie jede andere Wissenschaftsdisziplin auch – wenn auch nicht immer auf derart hohem weil umfassenden Niveau – bemüht sich die Biomedizin um Expansion des eigenen Denksystems, wenngleich es sich bei den medizinischen Expansionsbemühungen um besonders massive handelt.

Die Kritik der Gesundheitsbewegung ist aber auch wesentlich getragen von einem Generationskonflikt. Während die Ärzteschaft als Vertreter der 'Elterngeneration'

---

<sup>26)</sup> Die Compliance-Forschung, eine relativ junge Richtung der Sozialmedizin, befasst sich mit der Erforschung der Gründe für die Verweigerung ärztlicher Maßnahmen und entwickelt Methoden, dieser Verweigerung zu begegnen. 'Compliance' heißt wörtlich 'Einwilligung', 'Willfährigkeit', 'Unterwürfigkeit' (Lenzen 1991:26).

mit Stolz auf das aufgebaute hohe Niveau der medizinischen Versorgung verweist, hält die 'Bewegung' mit moralischen Anwürfen dagegen. Dabei wird ein Subjektbegriff in die Diskussion eingeführt, den die Nachkriegsgeneration insbesondere im Hinblick auf ihre eigene Verantwortung im Nationalsozialismus ablehnt.

Dieser Subjektbegriff wird jedoch nicht nur taktisch angenommen oder abgelehnt. Vielmehr handelt es sich dabei um Ausdruck eines gestiegenen Individualbewusstseins und eines erweiterten Gedanken von Freiheit und Selbstverwirklichung. Mit diesen Leitbegriffen trägt die nachwachsende Generationen auch den Anforderungen eines beschleunigten gesellschaftlichen Lebens Rechnung, das sich mit Begriffen wie Deregulierung oder Globalisierung der sog. 'Risikogesellschaft'<sup>27</sup> immer deutlicher abzeichnet. Unter solchen Zukunftsfragen betrachtet, zeigen sich auch wiederum die Grenzen des kurativmedizinischen Methodenprogramm besonders deutlich.

Die Auseinandersetzung um affirmative oder kompensierende Strategien der Gesundheitsziele bildet sich in der bundesdeutschen Debatte über alternative Heilmethoden und Esoterik versus sozialkompensatorischen Versorgungsansätzen, die zur Spaltung der Gesundheitsbewegung Mitte der 80er Jahre beigetragen hat (Kesel 1989:57) ebenso ab wie in der us-amerikanischen Life-Style-Debatte (Kühn 1993, Elder 1997).

## **2.4.2. Gesellschaftliche und demografische Entwicklungstrends**

In Deutschland zeichnet sich eine einschneidende demografische Veränderung mit einem stetig wachsenden Anteil älterer Menschen ab (Deutscher Bundestag 1994), mit dem eine entsprechende Verlagerung des Krankheitspanoramas hin zu chronisch-degenerativen Erkrankungen einhergeht, welche die Form des "*Lebens mit bedingter Gesundheit*" (Bals 1996:41) mit sich bringen. Die veränderte Demografie trifft auf eine gesellschaftliche Situation sich verändernder oder sogar auflösender

---

<sup>27)</sup> Noch immer stellt das gleichnamige Buch von Ulrich Beck (1986) eine besonders präzise Diagnose dieser Entwicklungen. Eine umfassende Analyse der Deregulierungsprozesse findet sich bei Heise (1999).

sozialer Netzwerke (wie beispielsweise Großfamilien) als Teil eines umfassenden Strukturwandels der Lebens- und Arbeitsbedingungen, die sowohl wirtschaftlich-technisch als auch soziostrukturell bedingt sind (Rosenbrock/Noack/Moers 1993). Ungeachtet der kontrovers diskutierten Frage, ob die demografische Veränderung zwangsläufig zu einer Leistungsmengenausweitung und einem Kostenanstieg der medizinischen Versorgung führt (Kühn 1994:11ff.), ist ein umfassender kultureller Wandlungsprozess zu konstatieren.

In diesem Prozess erfolgt eine weitere Differenzierung und Individualisierung der Lebensstile mit regionalen und sozialen Spezifitäten (Habermas 1985, Beck 1993, Honneth 1994, empirisch entwickelt zuletzt in: Spellerberg 1996). Der einschneidende Parameter für gesundheitliche Entwicklung bleibt aber auch in unterschiedlichen gesellschaftlichen Subsystemen zentral die soziale Ungleichheit<sup>28</sup>. Es finden sich deutlich spezifizierte Entwicklungen hinsichtlich einer Abnahme lebensstilbezogener Gesundheitsrisiken in sozialen Oberschichten und Zunahme bei sozial Benachteiligten (Mielck 1994, Henkel 1998, Hanesch 1998). Auf Grund der kontroversen Debatte um Auswirkungen sozialer Widersprüche "*jenseits von Stand und Klasse*" (Beck 1994) wird die Frage des 'Lebensstils' im Folgenden etwas ausführlicher behandelt.

Zwar werden Lebensstile subjektiv als individuell ausgestaltete Orientierungs- und Handlungsmuster empfunden, sie sind jedoch wesentlich durch die sozialen und materiellen Verhältnisse der Gesellschaft und ihrer Lebens- und Arbeitswelten bestimmt. Sie sind daher kollektive Verhaltensmuster (Bourdieu 1987 nennt sie "*Habitus*"), deren Aneignung weitgehend dem Ressourcenpotenzial entspricht: Hurrelmann (1988) zeigt auf, dass sich Lebensstile im Verlaufe soziostrukturell und institutionell vermittelter Sozialisationsprozesse entwickeln.

---

<sup>28)</sup> In der Denkschrift der Deutschen Forschungsgemeinschaft zur Zukunft der Gesundheitssystemforschung in Deutschland heißt es zur Rolle der Politikwissenschaft, sie müsse der Chancengleichheit "*soziale Priorität*" einräumen (Döhler/Blanke/Haase 1995:101). Tatsächlich haben arme Menschen gegenüber reichen eine bis zu sieben Jahre kürzere Lebenserwartung (Geene 1999a). Badura (1999:351) schlüsselt diese Ungleichheit folgendermaßen auf: „*Vorliegende Daten zeigen, dass in Nordamerika und Europa das reichste Fünftel der männlichen Bevölkerung eine um 6,3 Jahre längere Lebenserwartung und eine um 14,3 Jahren längere Erwartung an behinderungsfreien Lebensjahren hat als das ärmste Fünftel, die entsprechenden Werte für Frauen sind 2,8 bzw. 7,6 Jahre*“.

Diese Problematik gesundheitsfördernder oder –hemmender Lebensstile ist weder durch Kurativ– noch durch Präventivmedizin zu beeinflussen.

Aber auch für die Frage der Anwendung aufklärender Gesundheitserziehung (Verhaltensprävention) ist die Erkenntnis wesentlich, dass zwar bildungs– und einkommensstarke Gruppen Gesundheitserziehungsmaßnahmen zur Reduktion von Zigaretten und Alkohol, Missbrauch von Drogen und Medikamenten, Anwendung körperlicher und psychischer Gewalt und zur Verbesserung der Ernährung und körperlicher Bewegung umzusetzen verstehen (Rosenbrock/Noack/Moers 1993:7ff.), sozial Schwache diese Appelle aber z.T. als weitere Demoralisierung ihres ohnehin inkohärenten, belastenden Lebensstils empfinden (Kühn 1993:32f.). Statt der Demoralisierung entgehen zu können, erfolgt vielmehr sogar eine Verstärkung des belastenden Verhaltens durch soziale Zuschreibung, wie Spellerberg (1996) in ihrem Ost–West–Vergleich empirisch belegt.

Als Gegenstrategie gegen dieses weitere Auseinanderklaffen der Schere sozialer Ungleichheit in der Gesundheit ist die verhältnispräventive Strategie der Stärkung des Ressourcenpotenzials angezeigt ('Empowerment'<sup>29</sup>) bzw. ein *"Konzept der lebensweltorientierten Gesundheitserziehung, das sich um die Herstellung von Sinnzusammenhängen, um die Stabilisierung der soziokulturellen Voraussetzungen für die Entwicklung gesundheitsförderlicher Lebensstile bemüht"* (Müller–Doohm 1995:134f.).

In der Public–Health–Forschung hat sich insgesamt die Erkenntnis herausgebildet, dass das Gesundheitssystem den Wandel des Mortalitäts– und Morbiditätsspektrum von akuten zu chronisch–degenerativen Erkrankungen zu wenig berücksichtigt hat. Statt Chronifizierungen einzelfallbezogen durch die sprechende Medizin und bevölkerungsbezogen durch eine präventiv ausgerichtete Gesundheitsförderung zu begegnen, beschäftigt sich die Medizin vorrangig mit Ausweitung der Diagnostik, einer Technisierung von Krankenhaus und Arztpraxis und der Medikalisierung der Gesellschaft auf hohem Niveau (Schwartz/Kickbusch/Wismar 1998:173). Vernachlässigt werden hingegen – wie eben allen voran die Weltgesundheitsorganisation immer wieder beklagt – die Lebensbereiche wie Arbeit, Schule, Haushalt und Umwelt, in denen sich Krankheiten entwickeln, aber auch, wie das Salutogenese–Konzept nach Antonovsky (1979, 1997) offenbart, Gesundheit entsteht (Kleiber 1992:220).

---

<sup>29</sup>) Zum Begriff des Empowerments vgl. Rappaport 1985.

Wie in der Strukturbeschreibung schon angedeutet, ist das Gesundheitswesen dominiert durch ein, wie Badura (1994:11) es nennt, "*selbstreferentielles System*", in dem sich die Akteure gegenseitig bestätigen und gegen 'Fremdeinflüsse' abgrenzen. Die Akteure sind hier wesentlich die Ärzteschaft, die im korporatistisch organisierten System über eine Monopolstellung wachen, die nicht immer sachdienlich ist (im Überblick Gäfgen 1987). 'Fremdeinfluss' in diesem Sinne sind zumeist die Patienteninteressen, die im Prinzip der angebotsinduzierten Nachfrage hinten anstehen. Insbesondere zeigt sich dies an den Fällen der Unterversorgung (vgl. 2.3.3. sowie zur Frage von Patientenrechten und -interessen im Überblick Gold/Geene/Stötzner 1999, Kranich/Böcken 1997 sowie Francke/Hart 1999).

### **2.4.3. Politische Strategien angesichts des Strukturwandels**

Diese gesundheitliche Problem- und Bedürfnislage verlangt nach einem stark modifizierten Versorgungssystem. Gegenwärtig ist das Gesundheitssystem nur sehr begrenzt in der Lage, den Erfordernissen gerecht zu werden. In einer zunehmend individualisierten und deregulierten Gesellschaft werden sich soziale Widersprüche weiter verschärfen. Durch den massenhaften Verlust von Arbeitsplätzen und damit verbundenen Rückgang an Produktivität und die sich ins Rentenalter verschiebende Altersstruktur werden die gesellschaftlichen Ressourcen für die Gesundheitsversorgung, insbesondere für die GKV, weiter abnehmen (Dressler 1996:63).

Hierauf scheint das Gesundheitswesen nicht vorbereitet – dieses Bewusstsein wird quer durch alle wissenschaftlichen und ideologischen Lager geteilt: "*Das derzeitige System führt bei sich wandelnden Rahmenbedingungen zur Instabilität*", schreibt beispielsweise der damalige Vorsitzende der Konzierten Aktion im Gesundheitswesen (KAiG), Klaus-Dirk Henke (1996:65).

In der Fachdiskussion herrscht Einvernehmen über eine mit dem Begriff des 'Primary Health Care' (WHO 1978, 1992b) umschriebene Zielprojektion für die künftige Versorgungsstruktur. Statt stationärer Krankenhausversorgung bemühen sich

die Beteiligten heute weitgehend um ambulante bzw. halbstationäre Versorgungsformen, Krankenhäuser werden in Gesundheitszentren verwandelt (siehe im Überblick Pelikan/Lobnig 1993)<sup>30</sup>. Im ambulanten Bereich wächst die Bedeutung vernetzter Praxen, psychosozialer Einrichtungen und Sozialstationen.

Im Mittelpunkt dieser Umbruchsituation steht momentan der Pflegebereich, denn hier drücken sich die Veränderungen des sozialen Wandels deutlich ab (Prognos 1992, Garms–Homolova 1999). So fühlen sich beispielsweise die heute vergleichsweise kleinen Familien den pflegerischen Anforderungen hinsichtlich der Betreuung ihrer älteren Angehörigen vielfach nicht gewachsen, eine professionelle Unterstützung in der Pflege ist nicht immer gewährleistet. Diese zeitweise Unterversorgung ist unter dem Stichwort 'Pflegenotstand' diskursiviert und mit Hilfe verschiedener Implementationen im Pflegebereich angegangen (vgl. Schaeffer/Moers/Rosenbrock 1994).

Durch das Inkrafttreten des Pflegeversicherungsgesetzes ist ein enormer Expansionsschub erfolgt hin zu einer Wachstumsbranche mit Dienstleistungen und Pflegeprodukten, in der durch das Auftreten privater Anbieter ein Leistungs- und Qualitätswettbewerb um die Partizipation an den im Jahr 1994 von Krankenversicherungen und Sozialhilfeträgern bereitgestellten Umsätzen herrscht (Dehn 1995:445). Um diesen Markt überhaupt regulieren zu können, bedarf es einer kommunalen Aufsicht. In Kontrolle, Regulierung und möglicherweise auch Steuerung der lokalen Gesundheitsanbieter wird zukünftig ein zentrales Aufgabengebiet für den öffentlichen Gesundheitsdienst liegen (Badura 1990:56), wenn gleich die bisherige Erfahrung nicht nur ermutigend ist (Müller 1994).

Mit Rosenbrock/Noack/Moers (1993:14f.) lässt sich ein "*gesundheitstheoretischer Konsens*" dahingehend feststellen, dass die Gesundheit der Bevölkerung wesentlich von den ökonomischen, ökologischen und sozialen Bedingungen der Lebensgestaltung, von den Lebensweisen und im Krankheitsfalle von bedürfnisorientierten und wirksamen Dienstleistungen des Medizinsystems abhängt. Ergänzt ist diese Bünde-

---

<sup>30)</sup> Stein 1996 beschreibt Beispiele solcher Reformprozesse in Krankenhäusern in Berlin. Ein besonders eindrucksvolles Beispiel von Übernahme gemeinderelevanter Versorgungsaufgaben durch ein Krankenhaus berichtet Kickbusch (1993:10f.) aus Washington D.C./USA. Der ehemalige Berliner Staatssekretär für Gesundheit, Detlef Orwat (1994:38) formuliert gar die These, "*daß das heutige Krankenhaus – so wie wir es alle kennen – keinerlei Zukunftschancen haben wird*".

lung um einen *"strategischen Konsens"*, nach dem der Staat eine umfassende Gesundheitspolitik initiiert, in der durch Gesundheitsförderung und Prävention die Gesundheitsrisiken reduziert und die ökologischen, institutionellen und sozialen Gesundheitsressourcen mobilisiert werden. Neben gesetzlicher Normierung auf der *"obersten politischen Ebene"* und Expertise und Marktmechanismen auf der *"Ebene der Erbringung von Versorgungsleistungen"* besteht die Funktion der *"mittleren Ebene"* in Aushandlung zwischen Interessengruppen und in Formen der Partizipation (ebd.:16).

Ausgehend von der Definition der WHO, die in ihrer Gründungserklärung 1946 Gesundheit nicht als Abwesenheit von Krankheit, sondern als physisches, psychisches und soziales Wohlbefinden definiert (ausführlich zur Entwicklung dieser Definition: Franzkowiak/Sabo 1993, siehe auch 2.4.4.)), fragt eine bevölkerungsbezogene Gesundheitsforschung nach den Determinanten dieses Zustandes. Gesundheit ist demnach weniger der gesundheitlichen Versorgung im engeren Sinne geschuldet als vielmehr abhängig *"von der sozialen, von der technischen und der natürlichen Umwelt, von Anlagen und vom individuellen Verhalten, vom Lebensstil und der Erwerbsarbeit, von der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen und deren Wirksamkeit, von der subjektiven Wahrnehmung und den sie beeinflussenden Wertvorstellungen. Die Aufgabe dieses Beziehungsgeflechtes ist die Forschungsaufgabe, die gesundheitsfördernde Umsetzung der Erkenntnisse stellt die praktische Aufgabe von Public Health dar"* (Hofmann/Schwartz 1992:6).

Das Gesundheitssystem darf also nicht auf das antiquierte Bild eines medizinischen Reparatursystems degradiert werden. Die für das Gesundheitssystem aufgewendeten *"gigantischen Summen"*, deren im Detail ungeklärte Verwendung in der Debatte um Ziele der Gesundheitspolitik durch Bergmann/Baier/Meinlschmidt (1996:2) sowie im Überblick durch Geene/Luber (1999) diskutiert wird, finanzieren aber in weit überragendem Ausmaß dieses kurativ ausgerichtete Medizinwesen.

Vordergründig scheint die Gesellschaft auch gerne bereit, 10% des Bruttonettoproduktes für das Gesundheitssystem zu verwenden, denn der Gedanke an Unvorhergesehenes wird beruhigt durch eine breite Palette von Möglichkeiten durch die Notfall- und Akutmedizin.

Doch durch den sozialen und demografischen Wandel bedingt, sind inzwischen rund 80 % aller Erkrankungen chronisch–degenerativer Art, und können mithin zwar in manchen Fällen schmerzgelindert, in aller Regel jedoch nicht kuriert werden. Auffällig ist vor allem, dass der soziale Status des Menschen die entscheidende Größe ist in der Frage statistischer Wahrscheinlichkeit des Eintritts von Krankheiten und Tod (Geene 1996c, Siegrist/Möller–Leimkühler 1998). Trotz großem gesamtgesellschaftlichen Reichtum stellt sich das Problem, dass manche überversorgt, etliche unterversorgt und insgesamt ein vielleicht sogar großer Teil der Bevölkerung fehlversorgt wird (Rosenbrock 1998:70ff.).

Wird nun der Reformbedarf durch Stärkung neuer Akteure erkannt, besteht die Möglichkeit politischer Einflussnahme. Bauch (1996:158) beschreibt die Unmöglichkeit, mit rein ökonomischen Daten politische *"Dauerinterventionen zu eröffnen, weil die Beobachtung des Gesundheitswesens in einer systemfremden Perspektive erfolgte"*. Erst die zumindest teilweise Einnahme der Systemperspektive des Gesundheitswesens, eine *"partielle Übernahme der speziellen Systemperspektive"* (ebd.:159) eröffnet der Politik Steuerungsoptionen. Politik kann dann – zumindest in Ergänzung des Medizinalwesens – die Initiative ergreifen, indem Rahmenbedingungen gesetzt werden, die einem veränderten Versorgungsbedarf Rechnung tragen. Sie kann die Sicht der Anbieter erweitern um Erscheinungen, die anfangs nur aus Betroffenenperspektive offensichtlich sind. Gewalt gegen Frauen und Kinder, Benachteiligung von sog. Randgruppen wie ethnischen oder sozialen Minderheiten, Arbeits– oder Obdachlosigkeit, strukturelle Gewalt und Beschneidung der Lebensräume für Alte, Kinder und Jugendliche durch Verkehr, Zersiedlung, Umstrukturierung wie Entmietung oder auch Privatisierung der Innenstädte sind nur einige Beispiele für Gesundheitsgefahren, die erst allmählich in das Blickfeld der öffentlichen Meinung treten<sup>31</sup>. Nach diesem Modell kann eine integrierte Gesundheits– und Sozialversorgung von Betroffenen aufgebaut und staatlicherseits unterstützt werden.

Wichtig für einen solchen Prozess ist insbesondere eine regelmäßige Gesundheitsberichterstattung (Borgers 1997) und die nachdrückliche Formulierung von Gesundheitszielen (Geene/Luber 1999).

---

<sup>31)</sup> Besonders relevante Themengebiete sind etwa Verkehr (Spatz 1996, 1998) und psychosomatisch bedingte Muskel– und Skeletterkrankungen (Osterholz 1995, Eberstein 1996, Müller 1998). Statistisch weniger nachweisbar, jedoch nach sozialepidemiologischen Erhebungen ebenfalls besonders relevant sind Gewalt gegen Kinder (Bange 1992, Fastie 1994) und Frauen (Hagemann–White 1997) oder Nikotin– und Alkoholenuss (Henkel 1998).

Wie oben beschrieben, fehlt es Mitte der 80er Jahre zur 'Übernahme einer partiellen Systemperspektive', zur Einleitung einer perspektivischen Neuorientierung und selbst zum effektiven Management der vorgegebenen Probleme sowohl an ausreichender Transparenz, an wissenschaftlichem Know-How, an gut ausgebildetem wissenschaftlichen Nachwuchs in der Forschung und in der Praxis, an politisch durchsetzbaren Konzepten und an planerischer Kompetenz.

Seit 1985, also etwa zeitgleich mit der breiten gesellschaftlichen Thematisierung von AIDS, werden eine Reihe von Vorstößen unternommen zur Systematisierung eines gesundheitswissenschaftlichen Ansatzes. Konzepte entfalten sich auf drei Ebenen: neue Modelle der universitären Ausbildung, die Initiierung und Förderung von anwendungsbezogener Grundlagenforschung sowie Umsetzung Public-Health-orientierter gesundheitspolitischer Strategien.

Wesentlicher Träger der gesundheitswissenschaftlichen Innovationen ist jedoch weniger das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) als vielmehr das Bundesministerium für Forschung und Technologie (BMFT) mit dem Förderprogramm 'Gesundheitsforschung 2000'. Nach der Definition, die diesem Programm zugrunde liegt, umfasst Public Health dabei 'Gesundheitsvorsorge und Prävention' sowie 'Forschung zum Gesundheitswesen' (Keyser 1994).

Dies konkretisiert im Jahre 1989 wiederum das BMFT (1993), in dem es den Ländern eine projektbezogene Anschubfinanzierung zum Aufbau einer Public-Health-Infrastruktur anbietet<sup>32</sup>. Diese Mittel führen zur Gründung von zunächst drei, später fünf Public-Health-Forschungsverbänden mit angeschlossenen Studiengängen. Auch die Deutsche Forschungsgemeinschaft DFG, der Stifterverband der Deutschen Wissenschaft sowie ein Programm des Deutschen Akademischen Austauschdienstes (DAAD) ergänzen den Vorstoß (Stein 1994:13f.).

---

<sup>32)</sup> Für die erste dreijährige Förderphase werden ab 1992 ca. 120 Projekte mit insgesamt 55 Mio. DM unterstützt (Troschke 1997:28).

#### 2.4.4. Konzepte der Weltgesundheitsorganisation

Eine kaum zu überschätzende Initialfunktion kommt der Weltgesundheitsorganisation WHO zu. Die WHO ist eine Unterorganisation der Vereinten Nationen. In ihrer Präambel definiert sie Gesundheit als *"Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur des Freiseins von Krankheit und Gebrechen"* (WHO 1946). Dabei wird Gesundheit als umfassendes Menschenrecht beschrieben. Mit der EntschlieÙung 'Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000' wird dieser umfassende Anspruch auf der 30. Weltgesundheitsversammlung 1977 zum politischen Handlungsansatz aktualisiert und konkretisiert (O'Neill 1984, Mahler 1989). Dabei wird insbesondere die *"unzureichende und unerträglich ungerechte Verteilung von Gesundheitsressourcen in der Welt heute"* kritisiert und Gleichstellung und Gleichberechtigung in den Mitgliedsländern postuliert. Die Deklaration von Alma-Ata 1978 fordert ein ökologisches und emanzipatorisches Gesundheitsverständnis unter dem Leitbegriff einer 'primären Gesundheitsversorgung' (Primary Health Care, PHC). Dies meint eine umfassende Sicherstellung notwendiger Gesundheitsbetreuung und -pflege, die Sicherung von Ressourcen in den medizinischen und außermedizinischen Rahmenbedingungen, eine breit gefächerte Gesundheitserziehung, eine intersektorale und ressortübergreifende Ausrichtung aller beteiligten Dienste und Einrichtungen, bedürfnisorientierte, alltagsnahe und niedrigschwellige Angebote der Gesundheitsversorgung sowie den partizipativen Einbezug in Form einer *"maximalen kollektiven und individuellen Eigenständigkeit und Mitwirkung an der Planung und Kontrolle der primären Gesundheitsversorgung"* (WHO 1977). Die Alma-Ata-Erklärung deutet eine Ablösung vom medizinischen Erklärungs- und Behandlungsmonopol an, denn im Zentrum steht nicht mehr die Medizin, sondern sog. Gesundheits- und Gemeinschaftsarbeiter (health and community workers). Mit diesen Begriffen wird Bezug genommen auf Betroffene, Laien und Selbsthilfe und – im Kontext einer Umorientierung der Gesundheitspolitik in sog. Entwicklungsländern – auf das Erfahrungswissen nicht-medizinischer, traditioneller Heiler (Lenz/Haag 1980).

Im Regionalprogramm über Gesundheitserziehung und Lebensweisen des Europäischen Regionalbüros der WHO wird dieser Ansatz 1981 fortgeschrieben mit den Schwerpunkten Gesundheitsförderung, präventive Gesundheitserziehung und unterstützende Gesundheitserziehung. Gesundheitsförderung, der hier erstmals ein eigenständiger Rang eingeräumt wird, wird dabei beschrieben als *"eine Vielfalt von*

*Ansätzen und Maßnahmen, die die unspezifische Krankheitsverhütung und die Förderung einer positiven Konzeption der Gesundheit im Zusammenhang mit Lebensqualität zum Gegenstand haben" (WHO 1981). Dies soll dazu führen, "allen Menschen ein besseres Maß an Gesundheitsmöglichkeiten zu geben, um damit ihr jeweils höchstmöglichstes Potential in Hinblick auf ein sozial und wirtschaftlich produktives Leben verwirklichen zu können" (ebd.).*

Auf dieser Grundlage findet 1986 die erste internationale Konferenz zur Gesundheitsförderung im kanadischen Ottawa statt, auf der die 'Magna-Charta der Gesundheitsförderung' verabschiedet wird. Diese sog. 'Ottawa-Charta' (WHO 1986/1994) gilt als internationaler Durchbruch des Gesundheitsförderungsgedankens (Geene 1996b, Hildebrandt 1992<sup>33</sup>). Die Charta betont die Bedeutung gesellschaftlicher Voraussetzungen für Gesundheit wie saubere Umwelt und soziale Gerechtigkeit. Dies formuliert einen Ansatz für ein modernes Gesundheitswesen durch ein *"bio-psycho-sozio-kulturelles Paradigma Gesundheitsförderung"*, welches ein integrierendes Konzept für eine *"koordinierende Metaperspektive"* darstellt (Milz 1996:88f.).

Die Ottawa-Charta ist stark handlungsbezogen und schlägt der Politik fünf sog. 'Aktionsstrategien' vor. Mit der Forderung nach *"Schaffung gesundheitsförderlicher Lebens- und Arbeitswelten"* werden die sozialen und ökologischen Umweltbedingungen angesprochen, die im Interesse der Gesundheit der Menschen zu gestalten sind. Die *"Befähigung zu gesundheitsförderlichem Handeln"* und die *"Stärkung entsprechender Gemeinschaftsaktivitäten"* zielt darauf ab, den Menschen die Möglichkeit zur aktiven Gestaltung ihrer Gesundheitsbedingungen zu ermöglichen (*"enabling"*) und soziale Netzwerke zur gegenseitigen Unterstützung aufzubauen und zu unterstützen. Die vorgeschlagene *"Entwicklung einer gesundheitsförderlichen Gesamtpolitik"* soll die Gesundheitsförderung zum Leitbegriff der Gesundheitspolitik aufwerten und darüber hinaus auch in alle anderen Politikfelder einwirken. Um in den zentralen Bereiche politischer und administrativer Verantwortung wirken zu können, ist die *"Neuorganisation der Gesundheitsdienste"* vorgesehen. Dabei sollen die Gesundheitsdienste zunächst ihre eigene

---

<sup>33)</sup> Zum zehnten Jahrestag der Ottawa-Konferenz finden in Deutschland drei Tagungen statt, die die Umsetzung diskutieren und deren Ergebnisse jeweils als Sammelband dokumentiert sind: Altgeld/Laser/Walter 1997, Geiger/Kreuter 1997 und Troschke/Reschauer/Hoffmann-Markwald 1997.

Organisationsform und ihr Angebot weiterentwickeln, um sodann die verschiedenen Ansätze und Interessengruppen zusammenzuführen und zu koordinieren (WHO 1986/1994).

Als sozialer Ort für die Verwirklichung dieser Strategien wird die Stadt bzw. Region angesehen, in der die Menschen leben. Dort können die Probleme von sozialem Wandel, Veränderung der Familienstruktur und Entwicklung neuer Lebensstile sichtbar zum Ausdruck kommen. Als Initiative zur praktischen Umsetzung auf lokaler Ebene mobilisiert die WHO seit 1987 für ein 'Healthy-City-Project' (dt.: Gesunde-Städte-Projekt). Das Projekt soll in kleinteiligen Schritten vor Ort den Ansatz der Gesundheitsförderung einbringen, um- und durchsetzen (WHO 1991, 1992a). Die WHO setzt dabei auf ökologische und kulturelle Vielfalt, auf die Diskussion zwischen den verschiedenen Interessengruppen und auf die Förderung von Gesundheit: *"Eine gesunde Stadt verbessert kontinuierlich jene physischen und sozialen Umwelten und stärkt all jene kommunalen Potentiale, die es seinen Bürgerinnen und Bürgern erlauben, sich in allen Lebenslagen gegenseitig zu unterstützen und sich ihren Anlagen entsprechend maximal zu entfalten"* (WHO 1991:20).

Dem 1989 gegründeten bundesdeutschen Gesunde-Städte-Netzwerk gehören etwa fünfzig Kommunen an, die per Selbstverpflichtungserklärung beigetreten sind, darunter die Großstädte Hamburg, Köln, Frankfurt/Main, München, Dresden und Rostock (Geene 1996a). Europaweit sind etwa sechshundert, weltweit über tausend Städte im Verbund organisiert (BfGe 1996:5). Analoge Projekte entwickelt die WHO gemäß ihrem sog. 'Setting-Ansatz' auch unter Leitbegriffen wie 'Gesundheitsfördernde Schulen', 'Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz' oder 'Gesundheitsförderndes Krankenhaus' (Conrad 1996). In 'Settings' (dt. Rahmen oder Schauplatz und hier vor allem: Lebensbereich) werden Gesundheitsziele in sozialen Gefügen und Organisationsstrukturen nach den spezifischen Lebensbedingungen formuliert. Die Menschen verbringen den größten Teil ihrer Zeit in ihren beruflichen, regionalen und sozialen Lebensbereichen. Der 'Setting-Ansatz' der Gesundheitsförderung zielt darauf ab, mit Hilfe möglichst vieler Beteiligter die jeweiligen Gesundheitspotenziale im Lebensbereich aufzuspüren und zu entwickeln. Durch aktive Beteiligung der Menschen soll deren Sachverstand und Handlungsfähigkeit für die Gesundheitsfragen vor Ort genutzt (Partizipation) und gestärkt (Empowerment) werden. Dies basiert auf der Erkenntnis, dass die Beteiligung der Bürger, als Betroffene oder Patienten, der Schlüssel für Formulierung wie Durchsetzung von

Reformprozessen im Gesundheitswesen sein kann (Brösskamp–Stone/Kickbusch/Walter 1998).

Bürgerbeteiligung ist dabei nicht als ideologischer Ansatz misszuverstehen. Vielmehr ist die Meinung der Bürger und Patienten das Kriterium zur Beurteilung von Qualität und Angemessenheit gesundheitlicher Versorgung. Durch Bürgerbeteiligung und Diskussion in der Öffentlichkeit können Gesundheitsprobleme erkannt werden, so der Grundgedanke der Ottawa–Charta und seiner Umsetzungsprojekte.

Perspektivisch kann in dieser Entwicklung die Mobilisierung weiterer Akteure im Gesundheitswesen erreicht werden, um den Ansatz der Gesundheitsförderung zum Leitbild des Versorgungssystems aufzuwerten (Geene/Denzin 1997:11).

In der Kommune trifft sich der Ansatz der Gesundheitsförderung mit anderen Akteuren insbesondere aus den Bereichen Soziales, Stadtentwicklung und Umweltschutz, darüber hinaus aber auch mit den Ressorts Schule, Verkehr, Bauen und Wirtschaft (Böhm/Janßen/Legewie 1999:9f.). Tatsächlich verfolgen auch die Konzepte der ‘nachhaltigen Entwicklung’ (sustainable development) der Weltkommission für Umwelt und Entwicklung (1997) und die ‘Erklärung von Rio’ (1992) mit der sog. ‘Agenda 21’ weitgehend identische Ziele wie das Gesunde–Städte–Programm der WHO mit seinem sozialökologischen Gesundheitsbegriff, und insbesondere in den Forderungen nach ressortübergreifender Kooperation und breiter Bürgerbeteiligung sogar die gleichen Handlungsstrategien (Rösler 1998).

Unterstützt wird dieser Prozess auch durch den europäischen Einigungsvertrag. Luetkens (1997:50) meint, in der Europäischen Union habe *"ein ähnlicher Quantensprung stattgefunden, wie vor zehn Jahren bei der WHO"*. So beinhaltet der Art. 129 des Maastrichter Vertrages mit einem sog. ‘limitierten Public–Health–Mandat’ die Einführung von Gesundheitsverträglichkeitsprüfungen. Die Europäische Union ist zukünftig darauf festgelegt, jeden Richtlinienenerlass mit einer Prüfung seiner Auswirkungen auf die Gesundheit der Bevölkerung zu verbinden (SVR 1994:36)<sup>34</sup>.

---

<sup>34)</sup> Zur Diskussion um Gesundheitsverträglichkeitsprüfungen und analoge Bestimmungen im BauGB vgl. Trojan 1996a:51, Wischer/Kliemke 1989:297, im Überblick Jaeschke 1994 sowie Kobusch/Fehr 1994.

Angelehnt an den Begriff des Paradigmenwechsels (Kuhn 1976), der eine grundsätzliche Veränderung der Perspektive des Denkens einfordert, spricht Milz (1989:37ff.) von einem solchen Wandel durch den WHO-Begriff der Gesundheitsförderung. Wie schon bei Batesons (1981) *"Ökologie des Geistes"* formuliere sich eine Verschiebung von einem *"ausschließlich kausal-mechanistischen Betrachtungsweise hin zu einem systemisch-ganzheitlichen Verständnis"* (ebd.). In diesem Sinne könne sich auch das hier vorliegende sozialökologische Verständnis von Gesundheit als *"verbindendes Muster prozeßhaft entwickeln"* (ebd.).

Auch die damalige WHO-Direktorin Ilona Kickbusch unterstützt diesen Gedanken eines grundsätzlichen Perspektivwandels und erachtet ihn als weitgehend vollzogen. In ihrem Vorwort zum Arbeitshandbuch 'Gesundheitsförderung in Settings' von Leo Baric und Günter Conrad (1999) schreibt sie zur Ottawa-Charta: *„Sie legte die Grundlagen für die Verlagerung der Schwerpunkte von den Krankheiten und Gesundheitsgefahren (Medizinisches Modell der Gesundheitsförderung) zu den Gesundheitsproblemen der Menschen, die in den verschiedenen Settings leben, arbeiten und spielen (Settingsansatz der Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung). Es ist ermutigend festzustellen, daß diese Verlagerung gerechtfertigt war und mittlerweile auch weltweit akzeptiert ist“* (Kickbusch 1999:5).

Während die WHO Gesundheitsförderung als Kerngedanken zukünftiger Gesundheitspolitik begreift (Abholz 1989, WHO/BMG/EU 1991, Kickbusch 1997), wird dieser Ansatz heute von zahlreichen Akteuren eher als *"Randthema"* begriffen und behandelt, wie Petra Müller (1994:68) in einer Studie über den öffentlichen Gesundheitsdienst herausarbeitet. Trojan (1996b:61) betont, dass die Abgrenzung zwischen Gesundheitsförderung und Krankenversorgung im Text der Ottawa-Charta z.T. unklar bleibt. Solche Mehrdeutigkeiten scheinen dem Spagat der *"visionären Utopie mit pragmatischer Orientierung"* (Milz 1996:88f.) geschuldet. Die Doppeldeutigkeit trägt allerdings auch der Erkenntnis Rechnung, dass Gesundheitssysteme nicht schlagartig, sondern nur systemisch verändert werden können. Hier eröffnet das Konzept die Möglichkeit, sich zunächst komplementär zu etablieren, um später auch als Reformmodell in der Kurativversorgung zu dienen.

Wenngleich auch in Zeiten christlich-liberaler Koalition die Bundesregierung und auch der damalige Bundesgesundheitsrat die WHO-Politik formal unterstützen,

formuliert sich aus der Ärzteschaft auch vereinzelter Widerstand. *"Bonn sollte diesen Schwachsinn stoppen"* (Schwerdtfeger 1985, zitiert nach Spatz 1999) heißt es beispielsweise in einem Beitrag in der Medical Tribune, und im Deutschen Ärzteblatt wird vor einem *"Irrweg der WHO"* (Burkart 1986 nach Spatz 1999) gewarnt. Allerdings führen diese Kritiken nicht zu übergreifenden Diskussionen.

Dies liegt sicherlich wesentlich daran, dass Gesundheitsförderung vorrangig eine Frage der Kommunen ist und diese insbesondere im Tätigkeitsfeld Gesundheit kaum Ressourcen zu verteilen haben.

Die Konzeptionen der Weltgesundheitsorganisation zur Gesundheitsförderung werden in Deutschland – wie auch in anderen Ländern mit hochentwickeltem Medizinsystem und lobbystarken Ärzteverbänden – in ihrer praktischen Umsetzung auf einen Randbereich degradiert. Zwar eröffnen Ergebnisse aus diesen Nischen Perspektiven zur Weiterentwicklung, dennoch scheinen sie in Anbetracht des Problemumfanges äußerst marginal.

### **2.4.5. Internationale Erfahrungen**

Neue Schwerpunkte in der Diskussion um Gesundheitsförderung formuliert die WHO auf ihrer 4. internationalen Konferenz zur Gesundheitsförderung 1997 in Jakarta/Indonesien, die unter dem programmatischen Titel steht 'New Players for a New Era: Leading Health Promotion in the 21st Century' (Plümer 1997).

Die damalige WHO-Direktorin für Gesundheitsförderung Ilona Kickbusch (1996), bereits Initiatorin der Ottawa-Charta und des Healthy-City-Programms, beschreibt den Jakarta-Ansatz in einem Strategiepapier. Hier spricht sie von der Dynamik des rapiden sozialen Wandels, der durch wirksame Strategien zur Gesundheitsförderung und zur Umkehrung gesundheitsgefährdender Trends gestaltet werden müsse. Ihre Vision ist dabei die von *"strategischen Allianzen und Partnerschaften"*, erreicht über gesellschaftliche Kommunikationsprozesse. Sie identifiziert drei Schlüsselindustrien, die in den kommunalen Aushandlungsprozess einbezogen werden müssen. Der erste Bereich ist jener der expandierenden 'Gesundheitsindustrie', der von der Medizintechnik und der Pharmaindustrie über expandierende private Versicherungen bis zu Gesundheitsberatungen und beruflicher

vate Versicherungen bis zu Gesundheitsberatungen und beruflicher Weiterbildung in gesundheitlichen Teilfeldern reicht. Die Medien- und Kommunikationsindustrie als zweiter Bereich formt und strukturiert Denken und Lebensweise. Als dritte Schlüsselindustrie sieht sie den 'Lebensstil'-Bereich der Produktion von Konsumgütern, Tabak und 'Light'-Produkten aller Art bis zu Sport-, Fitness- und Freizeitartikeln und den angebundnen Servicebereichen. Diese Schlüsselindustrien sollen in einen Diskussionsprozess einbezogen werden, um "*tragfähige Bündnisse für Gesundheitsförderung*" zu schließen, wobei die Kernziele im Abbau gesundheitlicher Chancenungleichheiten und der Wahrung der Grundprinzipien der Solidarität, Partizipation und des Empowerments bestehen. Das erfordere die Mobilisierung eines gesellschaftlichen Konsenses, der Politik, Wissenschaft und nichtstaatliche Organisationen mit der Industrie zusammenführe<sup>35</sup>.

Dass in den Trendbereichen – und nicht nur im toxischen Sinne z.B. durch die Tabakindustrie, sondern auch im ideologischen Bereich – Gesundheitsgefahren drohen, belegen Erfahrungen vor allem aus den USA. Es ist zu befürchten, dass sich diese Entwicklung in Deutschland reproduziert.

Kühn (1993) bringt es in seiner Analyse der Gesundheitsbegriffes in der US-amerikanischen Gesellschaft auf den Begriff des 'Healthismus'. Durch den Rückzug staatlicher Verantwortung aus der Gestaltung des Gesundheitssystems habe sich ein 'Fitness-Kult' entwickelt, der den Menschen mit moralischem Impetus einen Lebensstil vorschreibt, der zwar mit geringeren Gesundheitsrisiken korreliert, auf Grund fehlender Ressourcen jedoch von marginalisierten Teilen der Bevölkerung zum Teil nicht angenommen werden könne. So führt nach Kühn (ebd.) diese Gesundheitsdoktrin des Healthismus sogar noch zur weiteren Belastung derjenigen, die den Gesundheitskult nicht bedienen können ('blame the victim'). Die soziale Ungleichheit vor Krankheit und Tod werde dadurch sogar noch verstärkt (vgl. auch 2.4.2.).

Indem die WHO die ökonomischen Akteure zu neuen Partnern für einen Konsens zur Gesundheitsförderung erklärt, bemüht sie sich um Meinungsvorherrschaft und Beeinflussung potenzieller Multiplikatoren. Dies weicht ab von dem stark regulatorischen Konzept, das die Gesundheitspolitik zumeist dominiert.

---

<sup>35)</sup> Habermas hat eine solche "*tendenzielle Verzahnung der öffentlichen Sphäre mit dem privaten Bereich*" (1976:172) schon frühzeitig analysiert.

'Gesundheit zwischen wirtschaftlicher Macht und sozialer Verantwortung' wird beispielsweise auf der europäischen Jakarta–Nachfolgekonferenz 1998 in Magdeburg thematisiert. Gerade die Unternehmensvertreter bestätigen hier den Anspruch der Jakarta–Erklärung, indem sie darlegen, wie bedeutsam die Arbeitsplatzzufriedenheit und damit die Unternehmensbindung der Angestellten ist. Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung dienen daher nicht nur der Senkung der Fehlzeiten, sondern auch der Identifizierung mit dem Unternehmen, der sog. 'Corporate Identity' nach innen und außen (vgl. auch Lenhardt 1997, Müller 1998).

Ziel der 'New Player' ist also nicht Sponsoring im traditionellen Sinne, sondern eine Zusammenarbeit im gegenseitigen Interesse. Die WHO sieht sich dabei als Vorbild lokaler Gesundheitskoordinatoren. Solche Koordinatoren können Institutionen oder Einzelpersonen sein, die Impulse geben, aber auch die Rolle eines Auspreisers oder Zertifikators übernehmen, der Problemstellungen aufwirft und Umsetzungen anerkennt. Dabei wird nicht mehr der Staat, sondern eher die Privatwirtschaft als Adressat gesehen. Diese Orientierung mag einerseits der Erkenntnis geschuldet sein, dass die öffentliche Hand zunehmend an Bedeutung und Resonanz verliert, andererseits an der größeren Flexibilität der Industrie liegen, mit der Innovationen leichter umzusetzen sind.

Eine solche Perspektive der Gesundheitsförderung überschreitet bei weitem die Ziele und Methoden, die in der AIDS–Prävention in den 80er Jahren angewendet werden. Gleichzeitig ist besonders die AIDS–Politik ein frühes Beispiel, wie es gelingen kann, ein gesundheitspolitisches Thema an die Spitze der gesellschaftlichen Agenda zu etablieren und alle Akteure zu umfassender Verantwortung zu verpflichten. Insofern kann die Jakarta–Strategie auch als Weiterentwicklung der AIDS–Präventionspolitik interpretiert werden.

#### **2.4.6. Entwicklung und Begriff des New Public Health**

Die Jakarta–Erklärung ist eine Gesundheitsförderungsstrategie des 'New Public Health', entwickelt im Rahmen der Diskussionen in den Gesundheitswissenschaften, die in Deutschland seit Ende der 80er mit dem Namen 'Public Health' als Forschungsverbünde und Studiengänge eingerichtet werden. Auf Public Health wird

im Laufe dieser Arbeit immer wieder Bezug genommen. Aber was genau meint Public Health?

New Public Health, das im Deutschen mitunter als 'Gesundheitspolitik' übersetzt (Rössler/Kirch 1996) und als neu etablierte Wissenschaftsdisziplin nunmehr 'Public Health' genannt wird (Brenner 1998), bemüht sich im Gegensatz zum kurativmedizinischen Modell um die Verhinderung von Krankheit durch Verhaltensbeeinflussung (Verhaltensprävention), aber auch und vor allem durch Verbesserung der Lebensverhältnisse (Verhältnisprävention), um gesellschaftlichen Gruppen, aber auch Einzelnen zu neuen Ressourcen zu verhelfen, die im salutogenetischen Modell der 'Generalized Resistance Resources' (dt.: allgemeine Widerstandsressourcen) zur Produktion von gesundheitsförderlichen und Bewältigung von krankmachenden Einflüssen helfen (vgl. 3.1.2., hier auch Faltermaier 1994 sowie Badura/Hellberger 1994).

Ashton (1992:4) definiert New Public Health als *"approach which draws crucially from the environmental, personal preventive and therapeutic eras and seeks a synthesis. Its focus is on public policy as well as on individual behaviour and lifestyle and increasingly it is being seen in an ecological context which has a focus on holistic health"*.

New Public Health ist ein sozialökologisch–systemisches Konzept und definiert als *"Gesundheitsförderung durch aktive Gestaltung von Lebenswelten und Lebensräumen"* (Franzkowiak/Sabo 1993:16). Es zielt ab auf die Stärkung der eigenen Entscheidungs– und Handlungskompetenzen der Menschen durch Empowerment und Emanzipationsprozesse in kooperativ–koordinierender Zusammenarbeit aller Beteiligten. Abgegrenzt ist der Begriff des 'New Public Health' gegen den des 'Old Public Health', der Sozialhygiene im sozialmedizinischen Konzept meint und gegen den weiterentwickelten Public–Health–Gedanken eines durch Gesundheitserziehung beeinflussten biomedizinischen Risikofaktorenmodells. Statt dessen ist New Public Health konzipiert als Weiterentwicklung der 'Community Intervention', die das biomedizinische Modell um die Einflusskomponente des Psychosozialen erweitert und Prävention auf Gemeindeebene anstrebt (ebd.)<sup>36</sup>.

---

<sup>36</sup>) Eine ausführliche Literaturübersicht stellt Stein (1994:111ff.) bereit.

Mit den unterschiedlichen Profilen der Public-Health-Studiengänge sind differierende Umsetzungsschritte von der Lehre und Forschung zur Praxis angezeigt. Zum einen gehört Public Health an die Basis, muss sich bewähren in lebensnaher Gesundheitsförderung, in konkreten Einzelprojekten mit professioneller Trägerschaft durch Kassen, Kommunen oder auch Institutionen oder in der Unterstützung von Selbsthilfenetzwerken, in Gesundheitsfürsorge und Gesundheitsschutz.

Wesentlich schwieriger ist jedoch die Aufgabe der Public-Health-Verbände, Studierende zu "*Change agents*" (Rosenbrock/Noack/Moers 1993:33) auszubilden, die sich in den leitenden Führungspositionen, an den Spitzen der Ministerien und Verbände, in den Vorstandsetagen des medizinisch-industriellen Komplexes durchsetzen können. Denn entscheidend ist hier die schwierige Aufgabe, sich bei der Gestaltung der Gesundheitsversorgung, bei der unausweichlichen Strukturreform und ebenso in den gesundheitsrelevanten Ausbildungscurricula eine bevölkerungsbezogene Perspektive zu erschließen und diese behaupten zu können.

Zwar ist in allen genannten Akteursbereichen in den letzten Jahren eine behutsame Hinwendung zu Public Health zu erkennen. Zunächst jedoch schwanken viele der verschiedenen Interessengruppen zwischen Vereinnahmung und Skepsis. Die integrierten Studiengangskonzepte zeigen einen Weg, den wichtigen Kontakt zwischen den gesundheitspolitisch Handelnden und der akademischen Forschung und Lehre dauerhaft herzustellen.

Public Health kann dabei eine Leitidee sein, wenn andere gesundheitsrelevante gesellschaftliche Bereiche mit einbezogen oder, wie es der seit 1999 amtierende Vorsitzende der Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen Friedrich Wilhelm Schwartz (Hofmann/Schwartz 1992:19f.) schreibt, "*mit ins Boot genommen werden können*".

Zusammenfassend ist festzustellen, dass das Konzept des New Public Health als Zielorientierung eines modernen Gesundheitswesens konzipiert ist. Der Begriff wird in dieser Arbeit als Kontrapunkt zum kurativmedizinischen Modell gesetzt und auf seine modellhafte Anwendung in der AIDS-Präventionspolitik überprüft. Nicht nur Vertreter der Wissenschaft (Rosenbrock 1992:107, Troschke 1995:194),

sondern auch von verschiedenen Akteursebenen des AIDS–Diskurses<sup>37</sup> wie der ehemalige Medizinreferent der Deutschen AIDS–Hilfe Matthias Wienold (1997:426), Harald Lehmann (1997:38) von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung oder Norbert Schmacke und Hubertus von Schwarzkopf (1992:115ff.) als damalige Mitarbeiter des öffentlichen Gesundheitsdienstes vertreten diese These.

---

<sup>37)</sup> Mit 'AIDS–Diskurs' meine ich zunächst mit Dieter Lenzen (1991:91) die öffentliche Verarbeitung, aber darüber hinaus auch die Betrachtung der "*materielle(n) medizinische(n) Tatsachen*" der Krankheit.

## 2.5. Steuerungsprozesse im Gesundheitswesen

An dieser Stelle soll zunächst grundsätzlich auf die Frage eingegangen werden, welche Entscheidungsstrukturen gesundheitspolitischen Maßnahmen in der Bundesrepublik Deutschland zu Grunde liegen.

### 2.5.1. Korporatistische Steuerung

Das theoretische Modell der demokratischen Gesellschaft geht davon aus, dass die BürgerInnen ihre Meinungsbildung in Form von Wahlen kundtun und Abgeordnete mit ihrer Interessenvertretung beauftragen, die ihrerseits nach Koalitionen zur Umsetzung des jeweiligen Auftrages suchen.

Dieses Modell ist jedoch nur wenig praxistauglich. So warnt Flinn (1992) in seiner Analyse US-amerikanischer Gesundheitspolitik vor dem falschen Glauben an eine Demokratie, nach der alle Menschen gleichermaßen für ihre Interessen einzeln oder in "*pressure groups*" (Flinn 1992:50) aktiv werden könnten. Tatsächlich sei die politische Szene durch andere Faktoren bestimmt: "*In reality, pluralism is an imperfect form of representation as not all interest groups have equal resources or equal access to policymakers*" (ebd).

Zur Füllung dieses offensichtlichen theoretischen Vakuums ist in der politikwissenschaftlichen Debatte der Begriff des 'Korporatismus' entwickelt worden, der die Einbindung ('Inkorporierung') von organisierten Interessen in Politik und ihre Teilhabe an der Formulierung und Ausführung von politischen Entscheidungen (Voelzkow 1994:394f.) bezeichnet. Die beteiligten Interessenvertreter handeln die finanziellen und organisatorischen Rahmenbedingungen mithin weitgehend untereinander aus, der Staat beschränkt sich auf die Rolle der Rahmensetzung aus dem Bewusstsein heraus, dass Gesetze und Verordnungen als zentrales Steuerungsmedium des Staates nur begrenzt einsetzbar sind<sup>38</sup> (Reutter 1991:95). Als Musterbeispiel solcher korporatistischen Aushandlungen gilt die Konzertierte Aktion im

---

<sup>38</sup>) Döhler (1990:160f.) zeigt auf, dass es als Reaktion auf mögliche staatliche Interventionen innerhalb korporatistischer Strukturen sogar zu einem besonders großen Selbstregulierungspotential kommt.

Gesundheitswesen (Döhler/Manow–Borgwardt 1992:65, Henke 1988:129f., Lehmbuch 1988:27f.). Der Staat verliert durch korporatistische Aushandlungsstrukturen zumindest einen Teil der Feinsteuerung, gewinnt andererseits Unterstützer bei der Erfüllung öffentlicher Aufgaben und damit auch an Legitimation. Die Verbände gewinnen jedoch durch die Übernahme öffentlicher Aufgaben an Einfluss, mit dem sie bei ihren Mitgliedern wuchern und diese gleichermaßen disziplinieren können im Sinne einer politischen Ausrichtung der Verbandsziele, die dem jeweiligen staatlichen Ziel angepasst werden (vgl. Lehmbuch 1988:11), was wiederum zu Vereinheitlichung und Kartellbildung führt. Hierarchische Strukturen, Repräsentationsmonopol und eine geringe Anzahl an Akteuren gelten als funktionale Voraussetzungen (Döhler 1990:23).

Die Funktion der sozialen Ordnungstiftung und die Reduktion staatlichen Verwaltungsaufwandes gelten mithin als die wichtigsten Argumente für korporatistische Steuerung.

Auf der anderen Seite ist festzustellen, dass diesen Strukturen, die in der Regel informell und ohne politisch entwickelte Konzeption entstanden sind, ein hoher Selbsterhaltungstrieb innewohnt. Dies hat Badura (1994:11) auch für das Gesundheitssystem herausgearbeitet, das er als *"referentielles System"* bezeichnet, *"welches weitgehend seiner eigenen Logik folgt, gesteuert von seinen internen Strukturen, Handlungsimperativen und Erfolgsmaßstäben"*, wobei es neben den expliziten Zielen (Erhöhung der Gesundheit und Wohlfahrt) auch implizite, sog. 'Tabuziele' vor allem in der eigenen Existenzsicherung gebe<sup>39</sup>. Wenngleich sich das Versorgungssystem normativ auf die Verbesserung der Situation des Patienten ausrichtet, bestehen die praktischen Orientierungen anbieter- und nicht patientenbezogen (Kranich/Böcken 1997, Garms–Homolova 1999).

Hier ist mit Scharpf (1983:14f.) zu befürchten, dass sich Strukturen verfestigen, die *"eine jeweils spezifische Selektivität gegenüber Handlungsalternativen (entwickeln): sie begünstigen einige davon, behindern andere und schließen viele von vornherein aus"*, denn sie bilden *"interorganisatorisch abgestimmte Verhaltensstrategien"*, die sich als *"resistent gegenüber Veränderungen"* erweisen. Reutter (1991:210) analysiert, dass es sich hierbei jedoch nicht um Fehlentwicklungen und Auswüchse handelt, sondern um eine konstitutive Bedingung korporatistischer

---

<sup>39)</sup> Zur Selektivität selbstreferentieller Zirkel vgl. Luhmann 1984:617.

Aushandlung: *"Eine ungleiche Machtverteilung und die ungleiche Chance, sich politisch durchzusetzen sind daher Voraussetzungen korporatistischer Interessenvermittlung"*.

1988 finden sich wesentliche Akteure korporatistischer Modelle aus Wissenschaft und Praxis zur Konferenz 'Neokorporatismus und Gesundheitswesen' (dokumentiert in Gäfgen 1988) zusammen. Die Referenten äußern sich durchweg kritisch über ihre Erfahrungen in korporatistischen Gremien, die als *"Elitenkartelle"* (Lehmbruch 1988:30) bezeichnet werden mit *"demokratischem Legitimationsdefizit"*, weil die organisierten Interessen zwar über politische Macht verfügen, aber *"keine politische Verantwortung für deren Ausübung übernehmen, womit einflussreiche Verbandsfunktionäre hinsichtlich der Nutzungsmöglichkeiten staatlicher Macht Feudalherren zunehmend nahe kommen"* (Streit 1988:33f.). Im Schlusswort der Tagung heißt es ernüchert, dass eine korporatistische Ordnungsform in komplexen Problemzusammenhängen nicht geeignet sei, da *"ein solches System inhärent funktionsuntüchtig wäre"* und als *"Instrument einer auf Wirtschaftlichkeit ausgerichteten Strukturreform, die die Bedürfnisse der Bevölkerung ernst nimmt und für deren Befriedigung eine kostenminimale Versorgungsstruktur sucht, (...) nicht geeignet sei"* (Münnich 1988:297f.).

Zu ähnlichen Ergebnissen führt auch die gewerkschaftliche Diskussion, in der unisono ein Ende der korporatistischen Ära festgestellt wird, weil sie auf Grund ihrer Reforminsuffizienz einen komplexen Modernisierungsprozess eher blockieren<sup>40</sup> (Koch 1996b, Heße 1996).

---

<sup>40)</sup> Gerade innerhalb der Gewerkschaften findet das Modell korporatistischer Aushandlung viele Anhänger, sind doch in dieser Struktur zahlreiche arbeitsrechtliche Verbesserungen und die sog. 'Sozialpartnerschaft' errungen. Nach dem Zusammenbruch der realsozialistischen Länder, der Massenarbeitslosigkeit in Deutschland und der sich abzeichnenden Konjunkturkrise sind die GewerkschaftsvertreterInnen zum Teil diskreditiert und das labile Gleichgewicht ist aus den Fugen geraten. In Ermangelung realer Tauschwerte für die Arbeitgeberseite entwickelt diese eine Deregulierungspolitik bis hin zur Kündigung zahlreicher Tarifverträge und dem Ausstieg aus den Tarifverbänden, um dezentrale Verträge gestalten und einzeln vom Überangebot an Arbeitskräften lohndrückend profitieren zu können (Schröder/Ruppert 1996). Der unter der Kohl-Regierung 1995 gescheiterte Versuch, ein bundesweites 'Bündnis für Arbeit' zu initiieren, gilt als letzter Versuch korporatistischer Regulierung (Heise 1996:306). In der gewerkschaftlichen Debatte herrscht

## 2.5.2. Partizipative Steuerung

Zunächst gilt nach Vilmar (1999:5f.) weniger die korporatistische Steuerung als vielmehr die *"partizipative Weiterentwicklung von Demokratie"* als eine der Funktionsbedingungen demokratischer politischer Systeme. Demokratie interpretiert Vilmar als *"außerordentliche junge, noch wenig ausgereifte Errungenschaft"* der Zivilisation, die im Sinne einer weiteren Demokratisierung zu einer *"kritischen demokratischen Beteiligung möglichst vieler im politischen Prozeß"* (ebd.:6) führen soll, da andernfalls Demokratie Gefahr laufe, zur *"demokratischen Elitenkonkurrenz"* (nach Schumpeter 1950, vgl. auch Hickel 1976) zu verkommen. – Soweit im normativen theoretischen Sinne diese Grundposition eines sozialdemokratischen Vertreters der reformorientierten Politikwissenschaft (Scherer/Wasmuht 1994).

Ungeachtet dieses idealistischen Postulats wird die korporatistische Machtstellung des politischen Lobbyismus auch unter funktionalen Aspekten in den USA schon in den 70er Jahren unter dem Stichwort der 'Iron Triangles' kritisiert (Döhler 1990:28f.). Die Beobachtung einer Aufweichung und Gegenbewegung formuliert Heclo (1978) in dem Begriff der sog. 'Issue networks': solche Netzwerke bestehen aus einer großen Zahl von Akteuren, die um ein politisches Thema herum gruppiert sind und kaum klare Grenzlinien erkennen lassen. Hierzu gehören gleichermaßen Experten, Bürokraten und politische Aktivisten, die durch ein gemeinsames Interesse und die Bestrebung zusammengehalten werden, unvorhergesehene politische Veränderungen zu minimieren. Ihre interne Hierarchie ist diffus und verdeckt wegen größerer Umweltoffenheit, geringer Stabilität und mitunter vielen, zumeist diskontinuierlichen Akteuren. Die 'Issue Networks' scheinen als charakteristisches Symptom für die zerfließenden Grenzen zwischen öffentlichem und privatem Sektor. Insgesamt wird in der Politikwissenschaft die Tendenz zu neuen Formen der Politikformulierung und –durchsetzung beobachtet mit variablen bzw. instabilen Beziehungen zwischen Inhalten, Akteuren und Institutionen, die in der amerikanischen Diskussion auch mit den Begriffen des 'overcrowding' und der 'unconventional participation' belegt wird (vgl. Döhler 1990:30f.). Das Bemühen zur Integration solcher Beteiligungsformen dokumentieren gesetzliche Vorgaben in den USA (aber

---

heute Einigkeit über das *"Ende des korporatistischen Modells"* (Koch 1996b:497). Eine Wiederbelebung des Bündnisses für Arbeit und ähnlicher Findungsrunden durch die Schröder–Regierung 1999 orientiert sich eher am holländischen 'Polder–Modell' eines Konsenses, der weniger über die korporatistischen Verbände als stärker gesamtgesellschaftlich ermittelt wird (Putzhammer 1999).

auch in Großbritannien und den Niederlanden) über 'consumer participation' (Trojan 1985). In Deutschland hingegen wird Bürgerbeteiligung sowohl von der Politik als auch der Industrie in der Regel auf den Aspekt der Akzeptanzförderung reduziert und funktionalisiert<sup>42</sup> (Stark 1996:81, Forschungsschwerpunkt 1996:27, vgl. auch Löhr 1996).

Die Zunahme von Formen der 'unconventional participation' drückt eine Entwicklung aus, die sich eher vom Blockdenken zwischen Herrschaft und Opposition entfernt, hin zum Ausnutzen der kreativen Fähigkeiten aller in Interessenkonstellationen Beteiligter (Stark 1996:87f.). Als Aufgabe stellt sich für die Politiktheorie und –praxis demnach die Systematisierung und Weiterentwicklung unterschiedlicher Partizipationsformen, die einen "*Gewinn an Rationalität*" (WZB 1996) versprechen. Dabei besteht Einigkeit in der Notwendigkeit einer "*konsequenten Regionalisierung des Gesundheitswesens*" (Neumann 1996:89) als wichtiger Voraussetzung für Formen der Mitbestimmung.

Die Zielstellungen der Regionalisierung und der Partizipation bei Neuaufbau und Sicherstellung sozialer Netzwerke hat in der parteiübergreifenden Bewegung<sup>43</sup> des 'Kommunitarismus', welche die "*Wiederentdeckung des Gemeinsinns*" (Etzioni 1994, 1995) propagiert, eine eher informelle politische Organisation gefunden. In seinen „*Szenarien für die Gesundheitsförderung*“ entwickelt Eberhard Göpel (1997:70f., 1999:223f. sowie Göpel/Hölling 1999), der eine der wenigen Professuren für Gesundheitsförderung in Deutschland inne hat, eine „*kommunitaristische Initiative*“ als hoffnungsvollstes Modell zukünftiger Entwicklung der Gesundheitspolitik. Aber auch zahlreiche andere Akteure der Public Health–Forschung beziehen sich auf kommunitaristische Diskussionen (so Stark 1996:68ff., Legewie/Janßen 1996, Kliemke 1999).

Als ein Vordenker dieser Bewegung gilt Ulrich Beck (1996), der den Gefährdungen der Demokratie begegnen will, indem er öffentliches Engagement durch Un-

---

<sup>42)</sup> Gronemeyer (1988) warnt in diesem Zusammenhang vor Vereinnahmung und 'Domestizierung', denn Gegenmacht könne Teil der Macht werden, ohne die Definitionsmacht der Verhältnisse in Frage zu stellen (vgl. dazu grundsätzlich Foucault 1977a).

<sup>43)</sup> Als wichtige Fürsprecher des kommunitaristischen Ansatzes gelten beispielsweise Bundespräsident Johannes Rau (SPD), Bundesaußenminister Joschka Fischer (Bündnis 90/Grüne) und der sächsische Ministerpräsident Kurt Biedenkopf (1997, CDU).

terstützungs- und Fördermaßnahmen gesellschaftlich so weit aufgewertet sehen will, dass es ein Äquivalent zur tendenziell abnehmenden Form der Erwerbsarbeit darstellt.

Auch Butterwegge (1996:217) weist darauf hin, dass der Sozialstaat in Deutschland der politischen Demokratie voranging und ihre Voraussetzung bildet. Der jetzigen *"Erosion des Sozialen in der Konkurrenzgesellschaft"* müsse entschieden begegnet werden durch mehr und weitere Formen direkter Demokratie als Modell einer 'offenen Bürgergesellschaft' mit sozialen und politischen Teilhaberechten, und zwar sowohl zur Sicherstellung des sozialen Friedens als auch als demokratietheoretische Legitimierung der Fortentwicklung des Wohlfahrtsstaates.

Erfahrungen über partizipative Aushandlungsformen und Diskursivierung gibt es im Gesundheitsbereich insbesondere im Feld der umstrittenen Etablierung der Gentechnologie, bezeichnenderweise zumeist von der Industrie initiiert zur Legitimationsbeschaffung, aber auch zur Abschätzung gesellschaftlicher Rahmenbedingungen (Löhr 1996, Stark 1996). Eine Forschungsgruppe des Berliner Wissenschaftszentrums für Sozialforschung um den früheren Gentechnologie-Kritiker Wolfgang van der Daele (1995) hat als Modell ein mehrjähriges Kooperationsprojekt unter dem Titel ‚Verfahren zur Technikfolgenabschätzung‘ (WZB 1990) durchgeführt. In der Auswertung bescheinigt die Forschungsgruppe solchen *"runden Tischen (...) Gewinne an Rationalität"*. Zur Begründung heißt es: *"In einem sozialen Raum, in dem alle relevanten Gegenargumente und Zusatzinformationen sozusagen physisch präsent sind, lassen sich strategische Selektivitäten nicht durchhalten; man kann unbequeme Einwände nicht einfach übergehen und Informationen nicht ignorieren. (...) Diskurse erzielen Rationalitätsgewinne, weil sie Begründungslasten aktualisieren. Genau genommen setzen sie Begründung als Standard der politischen Auseinandersetzung erst einmal durch. Sie sind insoweit ein notwendiges Korrektiv zur strategischen (parteilichen) Intellektualität und zur argumentativen Propaganda, die in der öffentlichen Auseinandersetzung gang und gäbe ist"* (WZB 1996:26).

Diese Bilanz ist jedoch keineswegs unumstritten; vielmehr führt die Kritik am WZB-Verfahren zum Ausstieg der beteiligten Umweltgruppen, über deren Motivationslage Weber (1996) berichtet. Dabei ist, der Kritik Zeuners (1976) an einer *„etatozentrischen Orientierung“* der Interessengruppenforschung folgend, von

wichtiger Bedeutung, dass die Aushandlung hier zwar unmittelbar zwischen den Interessengruppen und unter teilweiser Umgehung staatlicher Macht erfolgt, die Ungleichheit der Verhandlungspartner aber nicht zufrieden stellend aufgefangen wird. Trotz allem wird auch in den kritischen Stellungnahmen zum WZB-Verfahren (u.a. Gill 1996, Gleich 1996) die Methode der Konsensgespräche, wenngleich optimierungsbedürftig, grundsätzlich befürwortet<sup>44</sup>.

Niklas Luhmann (1990:70f.) weist am Beispiel der Ökologie darauf hin, dass gesellschaftliche Probleme angesichts des hohen Ausdifferenzierungsgrades nur durch direkte Kommunikation gelöst werden können, wenn sie *"in die jeweils interne Logik der gesellschaftlichen Subsysteme, der Politik, des Rechts, der Wirtschaft, der Wissenschaft übersetzt werden"*.

Auch die Kritik Rosenbrocks (1996:41) an der Dominanz medizinischer Logik weist auf die Gefahr selektiver Wahrnehmung und den Bedarf an partizipativen Aushandlungsformen hin: *"Markt- und medizingängige Konzepte für Gesundheit haben erheblich bessere Realisierungschancen und mit weniger Kritik und Mißtrauen zu rechnen als populationsbezogene Projekte sozialer Prävention, weil sie sich in der 'Sprache' des Systems, nämlich als Angebot und Waren ausdrücken"*.

Aus solchen Erfahrungen lässt sich die Annahme ableiten, dass eine partizipative Aushandlung den Zukunftsaufgaben der Gesundheitspolitik – im Gegensatz zu korporatistischen Strukturen – eher gerecht werden könnte. Wenngleich sich diese Steuerungsarten in der Praxis häufig mischen, handelt es sich zunächst um zwei verschiedene Herangehensweisen.

Die zum Teil diffuse Inkorporierung von Betroffenenvertretern im AIDS-Bereich, die im Folgenden noch mehrfach angesprochen wird, belegt die Vermischung die-

---

<sup>44</sup>) Grundsätzlich und im Überblick schreiben hierzu Gill/Bizer/Roller (1998) sowie Daele/Neidhardt (1996), die durchgängig auf diskursive Verfahren und öffentlichen Meinungsbildungsprozess hin orientieren.

ser Handlungsweisen, wobei sie nach innen, d.h. innerhalb der Gremien eher funktional begründet und als Teil korporatistischer Steuerung vermittelt werden, gegenüber der Öffentlichkeit jedoch durchgehend als Partizipationsform.

### 3. AIDS–Politik

Im folgenden Kapitel wird nun das Auftreten der Krankheit AIDS zunächst in der öffentlichen Wahrnehmung und dann in der Bearbeitung durch die AIDS–Enquete–Kommission des Deutschen Bundestages beschrieben und analysiert. Dabei und bei der anschließenden Kontrastierung mit kritischen Ansätzen wird insbesondere der Frage nachgegangen, ob und inwieweit ein partizipativer Politikansatz entwickelt wird.

#### 3.1. Krankheitsentstehung und Politikformulierung

##### 3.1.1. Ätiologie<sup>1</sup>

Seit Mai 1981 sammelt die amerikanische Seuchenkontrollbehörde Centers for Disease Control (CDC) verschiedene Fälle besonders schwerwiegender Erkrankungen bei schwulen Männern. Hintergrund ist die gehäufte Anfrage nach dem Medikament Pentamidin, das nicht über den Pharmamarkt, sondern nur über die Behörde direkt bezogen werden kann und gegen schwere Lungenentzündungen eingesetzt wird (Heyward/Curran 1988:78). Im wöchentlichen Mitteilungsblatt der CDC, dem *MORBIDITY AND MORTALITY WEEKLY REPORT (MMWR)* vom 5. Juni 1981, berichten die Immunologen Michael Gottlieb und Howard Schanker von fünf schwulen Patienten in Los Angeles, die an der seltenen Lungenentzündung Pneumocystis-carinii–Pneumonie (PCP) erkrankt sind. Ihre Veröffentlichung deutet an, dass zwischen Lebensstil, sexuell übertragbaren Krankheiten und der Lungenentzündung ein Zusammenhang bestehen könnte. Am 3. Juli 1981 erscheint im gleichen Blatt ein Bericht von Alvin Friedman–Kien, der zwanzig Fälle des seltenen Hautkrebs Kaposi–Sarkom (KS) bei schwulen Männern in New York beschreibt und mit der Veröffentlichung von Gottlieb/Schanker in Beziehung setzt. Friedman–Kien gelingt es, seine Beobachtung der *NEW YORK TIMES* schon im Vorfeld zu übermitteln, die zeitgleich zur *MMWR*–Veröffentlichung ebenfalls berichtet. In der *NEW YORK TIMES* ist dabei von wissenschaftlichen Hypothesen die Rede, denen zufolge es sich um ein neues Krankheitsphänomen handelt. Gemeinsamer Hinter-

---

<sup>1</sup>) Ätiologie ist die "Lehre von den Ursachen der Krankheiten" (Dressler/Wienold 1992:2)

grund scheint eine Immunschwäche zu sein, die die Patienten für diese seltenen Krankheiten anfällig gemacht hat. Diese Immunschwäche korreliert mit exzessiver Promiskuität und verschiedenen Infektionen durch Viren und Parasiten (Rühmann 1985:23). Es wird davon ausgegangen, dass es sich hierbei um tödlich verlaufende Erkrankungen handelt.

Im Nachgang dieser Veröffentlichung setzt in den USA eine breite Diskussion ein. Ärzte berichten über ähnliche Krankheitsverläufe, in New York gründet sich die Selbsthilfegruppe 'Gay Men's Health Crisis' (GMHC), insbesondere die schwulen Medien diskutieren intensiv und kontrovers über das Krankheitsphänomen, wobei zum Teil große Erschütterung und Angst zu verzeichnen sind, zum Teil aber auch Widerspruch artikuliert wird gegen eine mutmaßlich homophobe Berichterstattung. Innerhalb des CDC wird zunächst die Hypothese verfolgt, dass AIDS infektiös sei, weil es nach Ansicht der CDC durch sexuellen Kontakt oder verunreinigtes Blut übertragbar scheint, wobei zunächst das Zytomegalievirus (CMV)<sup>2</sup> oder auch verschiedene Bakterien vermutet werden. Alternativ wird jedoch auch spekuliert, dass nitrathaltige Inhalationsmittel wie 'Poppers', eine sogenannte 'Schnüffeldroge', die Immunschwäche bedingen könnten (Shilts 1988:132). Auch weitere psychoaktive Drogen werden besonders als Ursache für einige der schwersten opportunistischen Infektionen (OI)<sup>3</sup> des AIDS wie dem Kaposi-Sarkoma oder der Lungenentzündung PCP vermutet (CDC 1982; Reger/Haimhausen 1983; Leibowitch 1985).

In der medizinischen Literatur bildet sich für dieses Krankheitsphänomen die Bezeichnung 'gay-related immunodeficiency' (GRID, etwa: schwulenbezogene Immunschwäche) heraus (Deutscher Bundestag 1988:115), die allerdings vom CDC nicht verwendet wird (Rühmann 1985:26). Nachdem vergleichbare Krankheitsfälle bei Hämophilen (Blutern) auftreten, lädt das CDC am 27. Juli 1982 Abgesandte von der Food and Drug Administration (FDA) und Vertreter von Schwulen- und Bluterverbänden zu einer gemeinsamen Konferenz ein. Von Seiten des Hämophilenverbandes wird der Zusammenhang von eigenen Gesundheitsproblemen und HIV-

---

<sup>2</sup>) Das CMV ist ein Virus aus der Gruppe der Herpesviren, das bei Menschen zu Infektionen führen kann, mit denen jedoch häufig keine Krankheitsanzeichen einhergehen (vgl. Dressler/Wienold 1992:119).

<sup>3</sup>) Als OI gilt eine Infektion bei HIV-positiv getesteten Menschen, deren Ausbruch mit der Immunschwäche erklärt wird (vgl. Dressler/Wienold 1992:78).

Infektionen bestritten; vielmehr wird darauf verwiesen, dass die Immunschwäche bei Schwulen als Folge einer Überbelastung der Patienten durch mehrere Infektionskrankheiten auftritt. Dies könne auch bei den erkrankten Blutern der Fall sein, die durch Blutübertragungen mit ähnlichen Belastungen des Immunsystems konfrontiert seien (Shilts 1988:246). Vertreter der FDA kritisieren auf der Konferenz den CDC, dieser habe einige Krankheiten, zwischen denen keinerlei Zusammenhang bestehe, willkürlich zu einem Syndrom zusammengefasst. Obgleich also grundsätzliche Meinungsverschiedenheiten im Raum stehen, einigt sich diese Konferenz auf den neuen Namen 'AIDS' als Acquired Immune Deficiency Syndrom (Erworbenes Immunschwächesyndrom) (ebd.:248).

1983 schlägt eine Forschergruppe um Luc Montagnier am Pariser Pasteur-Institut das von ihnen entdeckte Lymphadenopathie assoziierte Virus (LAV) als Ursache für AIDS vor. Es kommt jedoch zu Problemen mit der Veröffentlichung.

Im April 1984 kursieren unter den Molekularbiologen offenbar verschiedene Gerüchte, welche Kollegen zuerst die wissenschaftliche Entdeckung eines AIDS-Erregers proklamieren. Nach dem die *NEW YORK TIMES* am 23.4.1984 in einer Titelschlagzeile dem französischen Pasteur-Institut die Isolierung eines Erregers zugesprochen hat, veranstalten einen Tag später der Leiter des Nationalen Krebs-Instituts der USA (NCI), Robert Gallo und die amerikanische Gesundheitsministerin Margret Heckler eine Pressekonferenz, in der sie das Humane T-Zellen-Leukämie-Virus Typ 3 (HTLV-3)<sup>4</sup> als Ursache für AIDS erklären. Heckler spricht in pathetischen Worten von einem *"weiteren Wunder zur langen Ehrenliste der amerikanischen Medizin und Wissenschaft"* und von einem *"Triumph der Wissenschaft über eine gefährliche Krankheit"* (zitiert nach: Albonico 1997:60). Heckler prognostiziert darüber hinaus die Entwicklung eines Impfstoffes innerhalb von zwei Jahren. Zeitgleich zur Pressekonferenz wird von Gallo ein Antikörpertest als sog. 'AIDS-Test' zum Patent angemeldet.

All dies geschieht ungewöhnlicherweise ohne vorherige Erörterung in Fachkreisen, in denen zu diesem Zeitpunkt noch keine Studie über das Virus veröffentlicht ist (ebd.). Gallo (1991:269ff.) rechtfertigt es in seiner populärwissenschaftlichen Biografie 'Virus-Hunting' (dt. Die Jagd nach dem Virus) mit den sich überschlagenden

---

<sup>4</sup>) HTLV ist ein bei Menschen isoliertes Retrovirus, von dem zwei Gruppen (-1 und -2) als Auslöser bestimmter Leukämieformen angenommen werden (vgl. Dressler/Wienold 1992:48).

Ereignissen in dieser Zeit. Indirekt räumt er aber auch ein, dass er selber lange zweifelnd und unsicher gewesen sei (ebd.:226ff.).

Später wird jedoch nachgewiesen, dass das von Gallo beschriebene HTLV-3 mit dem von Montagnier beschriebenen LAV identisch ist.

Nach einem mehrjährigen Rechtsstreit um die Urheberrechte des Virus einigen sich der damalige französische Regierungschef Chirac und der damalige US-amerikanische Präsident Reagan im März 1987 auf einen Kompromiss, der eine Verteilung der immensen Einkünfte an die beiden Institute sowie an ein zu gründendes, gemeinsames Forschungsprojekt vorsieht. In diesem Vertrag verpflichten sich Gallo und Montagnier zur einheitlichen Darstellung des Wissenschaftsprozesses (Palca 1987). Ausdruck dieser Vereinbarung ist der gemeinsame, allerdings sehr allgemein gehaltene Text von Gallo/Montagnier (1988), den die *Scientific American* im Dezember 1988 veröffentlicht.

Einige Jahre später wird die Auseinandersetzung jedoch neu belebt. Auf Grund verschiedener öffentlicher Anschuldigungen gegen Gallo wegen wissenschaftlicher Fälschung wird eine Untersuchungskommission bei der staatlichen Nationalen Gesundheitskommission (NIH) eingeleitet. Der 1992 veröffentlichte Untersuchungsbericht kommt dabei bezüglich der HIV-Isolierung zu dem Ergebnis, dass Gallo in seinen Veröffentlichungen Virusstämme charakterisierte, die Montagnier isoliert und ihm gutgläubig übersandt habe. Es wird empfohlen, die Forschungstätigkeit von Gallo und seinen Mitarbeitern über drei Jahre lang zu überwachen, um deren Genauigkeit sicherzustellen (Hilts 1992). Ungeklärt bleibt die Forderung des französischen Forschungsministeriums nach Neuverhandlung des Vertrages (FR vom 2.1.93).

1985 wird auf der Ersten Internationalen Konferenz über das Erworbene Immunschwächesyndrom in Atlanta die Bezeichnung des Virus auf HIV vereinheitlicht (Shilts 1988:781).

### 3.1.2. Politikrezeption in Deutschland

1982 werden in Frankfurt/Main die ersten Fälle der Krankheit AIDS bei schwulen Männern in der Bundesrepublik Deutschland diagnostiziert (Canaris 1987b:270; L'age–Stehr/Koch 1987:52). Die zuständigen staatlichen Forschungsinstitute, das Robert–Koch–Institut (RKI) des damaligen Bundesgesundheitsamtes in Berlin und das Paul–Ehrlich–Institut für Sera und Impfstoffe in Frankfurt/Main als nachgeordnete Behörden des Bundesministeriums für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit (BMJFFG) greifen die Beobachtung der CDC durch Einrichtung entsprechender Arbeitsgruppen in Eigeninitiative auf. Das RKI beginnt eine epidemiologische Studie<sup>5</sup> zur AIDS–Ausbreitung (die später scheitert, vgl. 6.6.3.). Damit einhergehend bietet das RKI auch Beratungs– und Untersuchungsmöglichkeiten für Angehörige jener Gruppen, die in den USA als Risikoträger identifiziert sind. Eine erste Informationsschrift des RKI erscheint Ende 1983 und richtet sich an die Ärzteschaft.

Noch weitgehend unabhängig von der AIDS–Diskussion zeichnet sich auf der 50. Gesundheitsministerkonferenz der Bundesländer (GMK) im Dezember 1982 ein *"klarer Wendepunkt"* (Franzkowiak/Sabo 1993:51) ab. In der EntschlieÙung der GMK wird erstmals der Begriff der Gesundheitsförderung als deutsche Übersetzung des international etablierten Begriffes *„Health Promotion“* (Salmon 1989) eingeführt und die bundesdeutsche Gesundheitspolitik auf die Priorität primärer Prävention verpflichtet. Die entsprechenden WHO–Programmatiken werden ausführlich dargestellt, ihre *"schrittweise Verwirklichung"* als *"erforderlich"* (ebd.) erklärt. Im Anhang zu dieser EntschlieÙung wird dabei auch erstmals die Bedeutung von Selbsthilfegruppen herausgestellt (dokumentiert in: Franzkowiak/Sabo 1993:151ff., vgl. auch Canaris 1987a).

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) ist auch Vorreiter in der Thematisierung von AIDS. Schon in einer EntschlieÙung am 9. Mai 1983 erklärt die WHO AIDS zu einem Schwerpunkt ihrer Arbeit. Dies nimmt der damalige Bundesgesundheitsminister Heiner Geissler zum Anlass, am Ende seiner Ansprache vor dem 86. Deutschen Ärztetag am 10. Mai 1983 die Ärzteschaft aufzufordern, sich auch dem Thema zu widmen. Ende 1983 lädt Geissler die Bundesärztekammer, die Deutsche

---

<sup>5</sup>) Epidemiologie ist die Wissenschaft, die sich mit den Verbreitungswegen von Krankheiten befasst (vgl. Dressler/Wienold 1992:32).

Krankenhausgesellschaft sowie Vertreter medizinischer Fachgesellschaften, des Blutspendedienstes und des öffentlichen Gesundheitsdienstes zu einem Expertengespräch. Dieser Kreis kommt jedoch einmütig zu der Überzeugung, dass keine allgemeine Infektionsgefahr bestehe und keine seuchenhygienischen Maßnahmen erforderlich seien. Handlungsmaßnahmen werden angedacht in Richtung Information des Krankenhauspersonals sowie im weiteren Sinne auch der Bevölkerung.

Auf dem Hintergrund dieser rein medizinischen Beratung legt das Bundesministerium für Forschung und Technologie (BMFT) 1984 ein Forschungsförderungsprogramm auf, mit dem epidemiologische und virologische Expertisen finanziert werden. Das Fördervolumen steigt dabei von zwei Millionen DM (1984) auf zehn (1985) und 1987 gar fünfzehn Millionen DM. Sozial- und sexualwissenschaftliche Fragestellungen sind jedoch nicht vorgesehen (Canaris 1987b:270, Koch/Bunikowski 1990:11ff.)<sup>6</sup>.

Der Ausschluss nicht-medizinischer Forschungsansätze ist symptomatisch für die bundesdeutsche AIDS-Politik in den Jahren 1983 und 1984. Es existiert zu diesem Zeitpunkt noch keine eigenständige Politikformulierung zum AIDS-Komplex. Die aufkommende öffentliche Diskussion wird von der Politik zunächst ignoriert und, wo dies nicht mehr opportun ist, zum Teil auch banalisiert. Als medizinische Frage bleibt das Thema für Parteien, Verbände und die Administration strukturell ein Problem des autarken Medizinwesens. Einzelne Medien und Vertreter der sozialen Bewegungen, insbesondere aus der Schwulenbewegung, greifen jedoch bereits die Frage nach einer AIDS-Politik auf.

Dem Expertengespräch folgend, bemüht sich das Bundesministerium um Rahmenbedingungen für die Epidemiologie. Im BMJFFG-Pressedienst Nr. 164 vom 9. November 1984 wird ein 'Bundesgesetz zur Bekämpfung übertragbarer Krankheiten durch Intimkontakte' angekündigt. Dieser Gesetzesentwurf sieht anonyme und namentliche Meldepflicht und Verhaltensaufgaben mit Sanktionsdrohungen für Infizierte vor. Auch die vielfach von Mitgliedern der Sozialdemokratie gestellten VertreterInnen der Bundesländer in der Gesundheitsministerkonferenz unterstützen diese Haltung zunächst. Auf der 52. GMK im gleichen Monat wird eine schnelle

---

<sup>6</sup> 1983 wird durch das BMFT der Förderschwerpunkt biomedizinische Aids-Forschung eingerichtet. 1987 wird der Forschungsschwerpunkt ergänzt durch verschiedene Modellprogramme durch das BMJFFG und 1989 durch sozialwissenschaftliche AIDS-Forschung durch das BMFT (Hoffmann-Markward/Koch/Weise/Troschke 1993:375).

und umfassende Erhebung aller Infizierten mit dem gerade auf den Markt gekommenen Antikörpertest angestrebt.

Hier heißt es: *"Die GMK hält im Hinblick auf besonders gefährdete Personengruppen alle Bemühungen, die der Verhütung der weiteren Ausbreitung der Erkrankung und der Unterbrechung der Übertragungswege dienen, für vordringlich"* (GMK 1984). Hintergrund dieser rigiden Haltung ist insbesondere die Sorge um Hämophile, die auf gespendetes Fremdblut angewiesen sind. Eine Sterilisierung der Blutspenden ist 1984 noch nicht vorgesehen. Es ist eine lange umstrittene Frage, ob dies schon 1984 möglich gewesen wäre. Ein entsprechender Entwurf des Bundesgesundheitsamtes scheitert an einer Dienstaufsichtsbeschwerde des Blutspendedienstes des Deutschen Roten Kreuzes wegen des Verdachts auf *„gemeingefährliche und fachlich unqualifizierte Eingriffe in die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung“* (zitiert nach: Meichsner 1995) auf Grund der Sorge um einen Zusammenbruch der Blutkonservenversorgung.

Im Zuge der Auflösung des Bundesgesundheitsamtes 1993 erhebt der dann amtierende Bundesgesundheitsminister Seehofer schwere Vorwürfe gegen die ihm nachgeordnete Behörde und versetzt den Präsidenten des Bundesgesundheitsamtes und den zuständigen Abteilungsleiter in den einstweiligen Ruhestand (Koch/Meichsner 1994:186)<sup>7</sup>.

Die Meinung von Ministerium und GMK 1984, die Unterbrechung der Übertragungswege durch Identifizierung der Testpositiven erreichen zu können, findet eine indirekte Bestätigung auch in der großen Nachfrage nach dem Test insbesondere

---

<sup>7</sup>) Nach der höchstgerichtlichen Klärung, dass eine erfolgte Infektion eines Partners außerhalb der Ehe als Körperverletzung anzusehen ist, richtet der Deutsche Bundestag einen Untersuchungsausschuss ein über die Schuldhaftigkeit des Verhaltens von Herstellern, Ärzten und Aufsichtsbehörden im Zusammenhang mit der Infektion von Hämophilen durch Faktorenpräparate. Zwar kann keine individuelle Schuld ermittelt werden (Monath 1994). Der Nachweis schwerer Versäumnisse aller Verantwortlichen führt jedoch zur Zahlung von Entschädigungssummen an die betroffenen Hämophilen gemäß dem am 14.7.1995 vom Deutschen Bundestag beschlossenen 'Gesetz über die humanitäre Hilfe für durch Blutprodukte HIV-infizierte Personen' (Meichsner 1995). Überraschend ergreift der Bundesgesundheitsminister Horst Seehofer im Oktober 1993 im Vorgriff die Initiative und versetzt den Präsidenten des Bundesgesundheitsamtes Dieter Großklaus ebenso wie den zuständigen Abteilungsleiter Manfred Steinbach in den vorzeitigen Ruhestand und löst das Bundesgesundheitsamt als einheitliche Behörde auf (Kriener 1993a). Inwieweit es sich dabei um eine gezogene Konsequenz oder eher um einen Vorwand zur Versetzung unliebsamer Mitarbeiter und gewünschter Strukturveränderung durch den Bundesminister handelt, ist umstritten (Dressler 1993, Koch/Meichsner 1994).

durch schwule Männer als Vertreter der Hauptrisikogruppe. Zu diesem Zeitpunkt bleibt die Diskussion um AIDS jedoch noch weitgehend im eingeschränkten medizinorientierten Akteursspektrum. Abgesehen von der erkannten Gesundheitsgefährdung für Hämophile wird eine allgemeine gesellschaftspolitische Bedeutung und damit eine Politisierung des AIDS–Diskurses noch nicht gesehen. In dem noch bis 1985 von Geissler geleiteten Bundesministerium für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit (BMJFFG) wird noch im Oktober 1985 davon ausgegangen, dass eine allgemeine Gefährdung der Bevölkerung nicht gegeben ist (vgl. Canaris 1987:270). Dies beschränkt sich aber nicht nur auf die Politikformulierung durch die Regierung. Auch die vielfach von Mitgliedern der Sozialdemokratie gestellten VertreterInnen der Bundesländer in der Gesundheitsministerkonferenz unterstützen diese Haltung bis zur 54. GMK im Oktober 1985. Hier wird in einer ebenfalls parteiübergreifenden Entschließung AIDS erstmals als eine *"sehr ernste Herausforderung"* bezeichnet. Auf der 56. Gesundheitsministerkonferenz im November 1986 wird formuliert, AIDS gebe zu *"großer Besorgnis Anlaß"*.

Zu diesem Zeitpunkt hat sich das öffentliche Bewusstsein vollständig gewandelt. In der Koalitionsvereinbarung der CDU/CSU/FDP–Bundesregierung vom März 1987 wird AIDS dann sogar als eine *"Weltseuche"* und eine *"neue Bedrohung für die Menschheit"* angesehen (BMJFFG 1990:84).

Obwohl die Weichen in Richtung Aufklärungskampagnen gestellt sind, dominiert zumindest bis 1985 eine rein medizinorientierte Linie die politische Diskussion. Durch die ab diesem Zeitpunkt kommerzielle Verfügbarkeit des Testverfahrens zur Identifizierung von Antikörpern gegen den mutmaßlichen AIDS–Erreger HIV, der durch die Medien unter der falschen Bezeichnung eines sog. 'AIDS–Tests' in den Diskurs eingeführt wird, entsteht die Forderung nach einem 'Massenscreening'<sup>8</sup>.

Dies zeigt insgesamt, dass die Politik in Deutschland das Thema AIDS erst spät und zunächst eher zögerlich aufgreift. Diese Verzögerung hat seine Ursache in der korporatistischen Struktur des fast ausschließlich kurativ ausgerichteten Gesundheitsversorgungssystems. Hier wird – der Struktur des eigenen Systems folgend – einem Gesundheitsproblem erst dann begegnet, wenn es klinisch manifest ist, d.h. der

---

<sup>8</sup>) Das im AIDS–Zentrum des Robert Koch–Instituts (damaliges BGA) erstellte 'AIDS Taschenwörterbuch' definiert 'Screening' folgendermaßen: *"Suchtest im Rahmen einer Vorfelddiagnostik, z.B. Reihenuntersuchungen oder Untersuchung einer großen Zahl von Personen (Massenscreening) anhand bestimmter Kriterien"* (Dressler/Wienold 1992:97).

Krankheitsfall eintritt. Tatsächlich treten AIDS-Erkrankungen zunächst nur sehr vereinzelt auf. Einer vorbeugenden Haltung fehlen zunächst nicht nur die verbandlichen, politischen und/oder wissenschaftlichen Strukturen, sondern auch die Kostenträger. Wie schon in der Einführung problematisiert, wird die Regulierung im Gesundheitswesen dem weitgehend autonom agierenden Medizinsystem überlassen. Dieses ist in der Logik korporatistischer Aushandlung wenig flexibel, denn jede Veränderung gefährdet potenziell das eingefahrene Gleichgewicht der Akteure. Insbesondere sind dadurch auch der Politik die Hände gebunden, denn ihr Gestaltungsspielraum wird zugunsten einer befriedeten und sich selbstregulierenden Aushandlung weitgehend abgetreten. Parlamentarische Gesundheitspolitik kann dann bestenfalls mittels Bereitstellung finanzieller Mittel der öffentlichen Hand für die medizinische Forschung ausdrücken, wie wichtig der Politik ein neues medizinisches Problem erscheint, meint die damalige Leiterin der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), Ute Canaris (1987:266), in ihrem Bericht über die Entwicklung der AIDS-bezogenen Gesundheitspolitik.

### 3.1.3. Medienrezeption

Der erste Artikel in einer deutschen Tageszeitung erscheint in der *BILD*-Zeitung vom 12.12.1981 unter dem Titel *"Neue Krankheit unter Homosexuellen – schon vierundsiebzig tot"*. Weiter heißt es hier: *"Da zum Beispiel auch Hepatitis-B-Viren durch Sperma übertragen werden, ist es denkbar, dass sich die Männer bei Sexspielen angesteckt haben"* (ebd.). Erst am 15.4.1982 folgt das Wochenmagazin *STERN* (14/82) mit dem Titel *"Gefährliche Gene. Bei Prostituierten und Homosexuellen in den USA grassieren neue Geschlechtskrankheiten"*. Im Text wird dann von einem 'Schwulenkrebs' gesprochen und einer möglichen Verursachung durch den Zytomegalie-Virus, der zu 94% mit den Erkrankungen korreliert. Der *SPIEGEL* (39/82; 21/83) belässt es nach seiner Erstmeldung vom 'Schreck von drüben' nicht bei der sporadischen Berichterstattung wie die zuvor erwähnten Blätter, sondern beschäftigt sich ab Sommer 1983 in zahllosen Storys mit AIDS (vgl. Halter 1985). Besonders Aufsehen erregend ist hierbei die Titelgeschichte *„Tödliche Seuche – AIDS – Die rätselhafte Krankheit“* am 6.6.1983 (*SPIEGEL* 23/83). Schon im gleichen Monat

wird dieses Titelblatt auf der Christopher–Street–Day–Demonstration in Berlin mit dem Transparent „*Nie war der „SPIEGEL“ so aidsend wie heute*“ kritisiert. „*In der Folge übernahm das Hamburger Nachrichtenmagazin in der Bundesrepublik bis heute die Funktion des Leitblattes in Sachen AIDS*“ kommentiert Kruse (1987:307) diese dominante Themenbesetzung, die auch bei abklingender Intensität in den späten 80er und 90er Jahren fortbesteht.

Diese deutliche Linie rückt den *SPIEGEL* in die Nähe der Boulevardpresse, die insbesondere im Zuge verstärkten öffentlichen Interesses ihrerseits mit zahlreichen alarmierenden Schlagzeilen aufwartet. So titelt die *BILD*–Zeitung am 14.11.84 „*AIDS–Kranker im Bus – Angst in Hamburg*“, am 29.8.86 heißt es „*Aids! Jetzt greift die neue Pest jeden an*“. Oft bestätigen die jeweiligen redaktionellen Texte die Titelzeilen nicht. So ist am 22.7.88 unter der Überschrift „*Gauweiler: Aids durch Zungenkuss*“ zu lesen: „*Die Ansteckungsgefahr sei allerdings gering*“ (Jans 1988).

Am 18.7.86 ist jedoch nach dem Titel „*Die Aids–Katastrophe – Bis zu 2000 Fälle täglich*“ weiter zu lesen: „*„Eine riesige AIDS–Lawine rollt auf uns zu!“ befürchtet der Rechts– und Sexualmediziner Dr. Wolfgan Kröhn (38) von der Universität Kiel. Seine alarmierenden Berechnungen: „Jeden Tag können in Deutschland 2000 Menschen angesteckt werden – pro Jahr eine halbe Millionen!*“, ähnlich am 9.12.86, wo der Münchner Mediziner Frösner mit der irreführenden Aussage im Titel zitiert wird „*In 14 Jahren stirbt jeder 10. an AIDS*“.

Die eher seriösen Zeitungen wie die *FRANKFURTER RUNDSCHAU (FR)*, *DIE WELT (DW)* oder die *FRANKFURTER ALLGEMEINE ZEITUNG (FAZ)* bieten ein widersprüchliches Bild: Titelt die *FR* am 17.8.83 „*Aids greift auch in der Bundesrepublik um sich*“, so warnt sie im 13.9.85 vor einer publizistischen Überbewertung und rechnet hoch, dass die Erkrankung mit Hepatitis weltweit wesentlich mehr Tote fordere als AIDS. Am 17.1.86 wiederum berichtet sie von einer „*dramatisch gestiegenen Zahl der Aids–Kranken*“. Allein für den Raum Südhessen sei in den nächsten Jahren damit zu rechnen, dass 5.000 Menschen an AIDS versterben werden, heißt es hier. Keine zwei Monate später wird im gleichen Blatt hingegen „*Gelassenheit statt Panikmache*“ (*FR* vom 4.3.86) postuliert.

Eine inhaltsanalytische Studie der beiden Tageszeitungen *DIE WELT* und der *FRANKFURTER ALLGEMEINEN ZEITUNG* durch den Medizinpublizisten Ulf

Boes (1991) belegt, dass AIDS – zumindest in diesen beiden Zeitschriften – vor allem ein politisches Thema ist und weniger wissenschaftlich dargestellt wird. Dies zeigt sich zunächst schon daran, dass die überwiegende Mehrzahl der Beiträge nicht im Wissenschafts- oder Gesundheitsbereich, sondern im Ressort Politik publiziert werden. Stimmen aus der Wissenschaft werden auch erst in zweiter Linie zitiert, einen qualitativ und quantitativ höheren Quellenwert besitzen PolitikerInnen. Betroffene kommen in diesen Zeitschriften nur sehr vereinzelt zu Wort.

Dabei handelt es sich überwiegend nicht um sachbezogene Meldungen mit konkretem Aktualitätsbezug, sondern zumeist um verschiedene Formen der Hintergrundberichterstattung. Als Gründe für die skandalorientierte Berichtsform auch in diesen beiden als 'seriös' geltenden Tageszeitungen analysiert Boes das Interesse an Auflagensteigerung, demagogische Mobilisierung und metaphysische Aspekte (ebd.:11). Vor allem dürfte sich in dieser Häufung der Zeitgeist abbilden, der stark mit dem Krankheitsphänomen belastet ist (eben der „*Krankheit zur Wende*“), wenngleich auf einem thematischen Level von Moral und Betroffenheit, der für die seriöse Tagespresse nicht leicht integrierbar ist.

Boes arbeitet heraus, dass dabei explizit andere Botschaften vermittelt werden als implizit. So wird in der *WELT* die Angst vor AIDS zumeist als nicht berechtigt bezeichnet. Gleichwohl sind skeptische Äußerungen dazu angetan, eine solche Verunsicherung sehr wohl herzustellen. Insbesondere die häufige Betonung des AIDS als unheilbare und tödliche Krankheit konterkariert die eingeforderte Angstabwehr.

Die Tagespresse bezieht sich in den Jahren 1983 und 1984 schwerpunktmäßig auf die Frage nach dem Entstehen der Krankheit. Ausgehend von der Theorie der biologischen Ansteckung durch ein Bakterium oder einen Virus ranken sich verschiedene Mutmaßungen und Spekulationen um den Ursprung des zunächst Unbekannten. Diese Ursprungsdebatte wird im Jahre 1983 in der Tageszeitung *DIE WELT* in insgesamt 24 Artikeln thematisiert. Dies entspricht einem Gesamtanteil von knapp einem Viertel der gesamten Berichterstattung über AIDS. Dabei werden in der *WELT* als mögliche Herkunftsländer Haiti, Afrika und die USA diskutiert (Boes 1991:100f.). Etwas mehr als die Hälfte der Berichterstattung bezieht sich dabei auf Haiti, ein gutes Drittel auf Afrika und vier Artikel auf die USA. In der *FRANKFURTER ALLGEMEINEN ZEITUNG* finden sich insgesamt weniger Artikel zur Herkunftsfrage, die sich aber alle ausschließlich auf Afrika beziehen. Auch 1984

nimmt die Ursprungsdebatte einen nennenswerten Anteil von 8% und 15% in der gewachsenen AIDS–Berichterstattung der Zeitschriften ein.

VertreterInnen von Betroffenengruppen und deren UnterstützerInnen erheben in dieser Zeit massive Vorwürfe gegen Medien wegen Dramatisierung bis Hysterisierung sowie Diskriminierung von Schwulen, Drogenabhängigen, Prostituierten sowie allen Menschen aus Afrika (Frings 1986, Gremliza 1986, im Überblick: Kruse 1987). Dabei wird insbesondere dem für die AIDS–Berichterstattung im SPIEGEL zuständigen Redakteur Helmut Halter (1985) vorgeworfen, Hysterie und Ausgrenzung zu schüren (Paul 1993:64).

Frühe Spuren der AIDS–Debatte sind in der Schwulenszene zu finden. Hier wird unisono eine Zunahme von Diskriminierung befürchtet (*TORSO* 3/83, *ROSA FLIEDER* 31, *SIEGESSÄULE* 4/84), da AIDS zunächst als reine Schwulenkrankheit gilt. Aus dieser Motivationslage erklärt sich die Gründung der Deutschen AIDS–Hilfe (DAH) im Sommer 1983 in Berlin/West als vor allem schwule Selbsthilfegruppe und folgend ihre bundesweiten Ausdehnung durch die Gründung zahlreicher regionaler AIDS–Hilfen (vgl. 5.2.2.). Ihr erklärtes Ziel ist neben der Betreuung AIDS–Kranker die Entwicklung einer sog. 'Gegenaufklärung' (Nolden 1987:135f.; Cruse 1987:162). Es drückt sich das misstrauische Verhältnis der Schwulenbewegung zur Gesellschaft aus. Auch die Medien werden dabei als Ausdruck der gesellschaftlichen Verhältnisse gesehen. Das Thema AIDS wird zunächst interpretiert als Vorwand, um die Unterdrückung der Homosexualität zu legitimieren und zu verstärken.

Innerhalb der schwulen Szene ist die starke Beachtung von AIDS jedoch keineswegs unumstritten. So wird der *SIEGESSÄULE* vorgeworfen, zur „Aids–Postille“ zu verkommen, und einige schwule Zeitungen meiden das Thema weitgehend, wie DAH–Pressereferent Jürgen Neumann (1991) beklagt. Tatsächlich laufe die Berichterstattung Gefahr, schwules Leben auf AIDS zu reduzieren, wie Frings (1985) und Becker (1989) anmahnen. Dies bezieht sich insbesondere auf Mitteilungen der Deutschen AIDS–Hilfe mit ihren zunächst sehr umfassenden Verhaltensaufforderungen, nach der auch vom Küssen abgeraten wird<sup>9</sup>.

---

<sup>9</sup>) So heißt es in der ersten Aufklärungsschrift der AIDS–Hilfe: „Mund zu! Da alle Körperflüssigkeiten, also auch Speichel (Spucke) Viren enthalten, ist jeder feuchte Kuß (also alles, was über den flüchtigen Begrüßungskuß auf die Wange hinausgeht) schon gefährlich, selbst wenn es noch nicht mal Knutschflecken gibt“ (DAH 1985).

Ein Umbruch in der Wahrnehmung von AIDS sowohl durch die schwule Szene als auch durch die Allgemeinbevölkerung erfolgt anlässlich des Todes des populären amerikanischen Schauspielers Rock Hudson im September 1985. AIDS wird nun zu einem zentralen Thema der gesamten Berichterstattung und avanciert in dieser Zeit zur 'globalen Bedrohung für die gesamte Menschheit'. Damit ist vor allem ausgedrückt, dass nicht nur einzelne Risikogruppen wie Schwule, sondern auch Heterosexuelle und mithin die gesamte Bevölkerung betroffen sein könnten (Maßholder 1989:27). Neben der quantitativen Erhöhung der Berichterstattung verändert sich auch qualitativ die befürchtete oder aus Gründen der Sensationsverbreitung heraufbeschworene Dramatik. Auffällig dafür ist auch die Aneignung des Begriffes, die nun in vielen Zeitungen als eigenständiger Begriff 'Aids' und nicht mehr als medizinisches Kürzel in Großbuchstaben geschrieben wird.

### 3.1.4. Selbsthilfeförderung

Anders als im parlamentarischen Raum besteht in der schwulen Szene zunächst große Verunsicherung und auch die konkrete Angst, durch AIDS zum *"Opfer und Objekt einer neuen Hexenjagd unter dem Deckmantel gesundheits- und seuchenpolitischer Strategie zu werden"*, wie es der Gründer und erste Vorsitzende der DAH, Gerd Paul (1993:64) beschreibt. Bereits ausgelöst durch diskriminierende Medienberichterstattung, wird diese Befürchtung durch das Gesetzesvorhaben des Ministeriums zur Bekämpfung übertragbarer Krankheiten vom 9.11.84 (vgl. 3.1.2.) nachhaltig bestärkt. Dabei wird Politik wie Medizin von Betroffenenenseite vorgeworfen, AIDS als Problem von Randgruppen und Minderheiten abzuwerten, sich jedoch nicht intensiv mit der Krankheit oder gar der Lage der Patienten zu beschäftigen (Nolden 1987:134). Die Gründung der DAH erläutert Paul (1993:66) auf dem Hintergrund der Behandlung eines der ersten AIDS-Erkrankten, der im Krankenhaus weder medizinisch noch pflegerisch angemessen behandelt wird. Fehlende Empathie, homophobe Grundhaltung des ärztlichen Leiters und diffuse hysterische Angst vor Ansteckung beim Personal werden als Grund vermutet. Paul engagiert sich dabei für eine Berichterstattung über diese Unterversorgung im regionalen Berliner Fernsehen SFB. Diese konkrete Erfahrung einer 'Gegenöffentlichkeit', verbunden

mit dem Interesse, sich selber sachkundig zu machen, führt zur bereits angesprochenen Gründung der DAH im Sommer 1983 als eine Art klassischer Selbsthilfegruppe. Nolden (1987:135) analysiert dies als *"Variante oder Fortsetzung einer seit vielen Jahren bestehenden 'neuen' gesundheits- oder krankheitsbezogenen Selbsthilfebewegung"*, anknüpfend an die Erfahrungen der Gesundheitsbewegung seit 1980. Dabei verbleibt die neu entstandene AIDS-Selbsthilfe aber nicht in Oppositionshaltung, sondern sucht den Kontakt mit medizinischen Institutionen und insbesondere der Politik. Ohnehin unterscheidet die AIDS-Hilfe sich von anderen Selbsthilfegruppen insofern, als dass sie mit der schwulen Szene auf eine soziale Basis setzen kann, die nicht unmittelbar, aber potenziell von der Krankheit bedroht ist. Insbesondere im Feld der Aufklärung sieht die AIDS-Hilfe eine Möglichkeit, eigene Interessen einzubringen. Im Rahmen dieser Aufklärungsarbeit sucht die DAH schon frühzeitig den unmittelbaren Kontakt zum Bundesministerium.

So kommt es im März 1985 zu einem informell gehaltenen Treffen zwischen Klinikern, Medizinalbeamten und Vertretern der gerade entstandenen DAH mit der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). Die BZgA ist eine dem Bundesministerium für Gesundheit nachgeordnete Behörde, die 1967 eingerichtet wird mit dem Ziel der gesundheitlichen Erziehung und Aufklärung der Bevölkerung (im Überblick: Franzkowiak/Sabo 1993:41f.).

Dieses erste, wie Canaris (1987:273) betont, *"bewußt informell gehaltene Treffen"* verläuft überaus positiv: *"Trotz Unsicherheiten und Mißtrauen auf beiden Seiten überwog nach dem Treffen das Gefühl, daß man durchaus zusammenarbeiten könne"* (ebd.).

Konkret vereinbaren BZgA und DAH in diesem und folgenden Gesprächen eine Arbeitsteilung in der gesundheitlichen Aufklärung, nach der die Bundeszentrale sowie bestehende Landeszentralen für gesundheitliche Aufklärung ihren Schwerpunkt auf die Information der Allgemeinbevölkerung sowie spezieller, mit AIDS befasster Berufsgruppen legen, während der DAH weitgehend die Zuständigkeit für die Aufklärungsarbeit der Hauptbetroffenengruppe der Schwulen und später auch der FixerInnen und Prostituierten zugestanden wird (ebd.; Reutter 1992:16ff.).

Die Vertreter der DAH, die sich gerade erst ein improvisiertes Büro in einem nächstlich nicht genutzten Berliner Architekturbüro eingerichtet haben (Paul 1993:61), sind von dieser politischen Anerkennung überrascht. Mit den Mitteln einer ersten öffentlichen Benefizveranstaltung am 17. Juni 1985 in einer Berliner Szenelokalität

drucken sie das erste Aufklärungsplakat mit der Überschrift 'Safer Sex'<sup>10</sup>. Die Finanzierung des Plakats aus Bundesmitteln lehnt Rita Süßmuth, die Heiner Geissler als Gesundheitsministerin 1985 nachfolgt, mit den Worten ab: *"Wenn ich das finanziell unterstütze, habe ich morgen die Repräsentanten der katholischen Kirche am Telefon"* (zitiert nach Paul 1993:61).

Diese unterschiedlichen Welten zwischen Selbsthilfe und Ministerium sind der Kooperation aber offenbar nicht abträglich, sondern eher förderlich, da sie sich einen gegenseitigen Zugang zu ihren jeweiligen Denklogiken verschaffen. Ohnehin präsentiert sich die neue Ministerin in der AIDS-Frage engagiert. Die Zusammenarbeit mit der AIDS-Hilfe erscheint ihr nützlich, denn sie sieht sich, wie sie in ihrem programmatischen Buch 'Wege aus der Angst' schreibt, zur *"Aufklärung 'verurteilt'"* (Süßmuth 1987:71). An anderer Stelle betont sie, *"viele Mitarbeiter der AIDS-Hilfe stimmen an diesem Punkt nicht mit mir überein, ich halte sie aber dennoch für richtig"* (ebd.:77). Sie begreift den strategischen Vorteil, Aufklärungsbotschaften zielgruppengenau verbreiten zu können, ohne sie unmittelbar verantworten zu müssen: *"Die regionalen AIDS-Hilfen und ihr Dachverband verfügen über besondere und äußerst wertvolle Erfahrungen im Umgang mit den 'Risikogruppen' und genießen dort großes Vertrauen"* (ebd.).

Mit ihrer strategischen Entscheidung, der DAH schon 1985 eine Erstfinanzierung von 300.000 DM zu bewilligen, wertet sie den bis dato eher losen Zusammenschluss stark auf, und lenkt gleichzeitig die Aktivität der DAH von der Ebene der Betroffenenvertretung und der 'Gegenaufklärung' hin zu einer primärpräventiven Dienstleistung für das Gesundheitssystem.

Diese Delegation von Verantwortung ist keinesfalls typisch. Nicht nur die Administrative zeichnet sich selten durch solch unkonventionelle Lösungen ab. Auch umgekehrt sind primärpräventive Aktivitäten für Selbsthilfegruppen eher ungewöhnlich. Üblicherweise beschränken sie sich auf Maßnahmen der Bewältigung ('Coping'<sup>11</sup>) und Linderung ihrer Krankheit (Sekundär- und Tertiärprävention). Auch die AIDS-Hilfe, deren Name in Anlehnung an die etablierte Deutsche Krebs-Hilfe gewählt wird, beschäftigt sich zunächst mit dem eigenen Klientel der Betroffenen. Dass sie

---

<sup>10</sup> Safer Sex meint ein *"Sexualverhalten zur Minderung des Risikos einer HIV-Übertragung durch Geschlechtsverkehr, z.B. durch Verwendung von Kondomen"* (Dressler/Wienold 1996:127).

<sup>11</sup> 'Coping' meint ein *"Bewältigungsverhalten, Bewältigungsstrategie. Bez. aus der Psychologie für die Bewältigung psychisch belastender Situationen"* (Dressler/Wienold 1996:30).

darüber hinaus die Verantwortung für die Aufklärung der Hauptbetroffenengruppe der schwulen Szene übernimmt, liegt wesentlich an der Inkorporierung durch die Ministerin.

Trotz der unmissverständlichen Orientierung der Ministerin auf Zusammenarbeit bleibt das Verhältnis ihrer nachgeordneten Behörde zur AIDS-Hilfe über Jahre angespannt. Paul (1993:62) berichtet, dass von Seiten der Bundeszentrale 1985 gehofft und erwartet wird, die AIDS-Hilfe könne die ihr zugewiesenen Mittel ohnehin nicht ordnungsgemäß verwenden und abrechnen. Aber auch nach der haushaltsrechtlichen Bestätigung bleibt die Konkurrenz bestehen, wobei die BZgA nun *"das Ziel einer eher staatlich gelenkten und eingebundenen AIDS-Hilfe"* (ebd.) verfolge.

Diese Konkurrenz besteht jedoch gegenseitig. Im Zuge zunehmender Professionalisierung tritt die DAH selbstbewusster auf und wirft der BZgA Ängstlichkeit vor sowie Diffusität durch unklare Botschaften und Verfestigung einer tradierten, aber nicht mehr tragfähigen Treue-Moral.

### **3.1.5. Aufklärungsstrategie**

In Ablehnung des geplanten 'Bundesgesetzes zur Bekämpfung übertragbarer Krankheiten durch Intimkontakte' entwickelt sich Anfang 1985 ein gesundheitspolitisch motivierter Widerstand gegen die medizinorientierte Testempfehlung. Als Begründung wird angeführt, die AIDS-Bekämpfungsstrategie müsse auf Zwang und Kontrolle verzichten, weil nur durch eine Kooperation mit den Betroffenen und Gefährdeten eine Präventionsbotschaft an diese herangetragen werden könne. Auch die mangelnde Aussagekraft des Testergebnisses sowohl in Hinblick auf einen Virennachweis als auch für das tatsächliche Erkrankungsrisiko eines Infizierten wird in dieser zugespitzten Debatte um das Begriffspaar *„Testermutigungs politik“* versus *„Testentmutigungs politik“* genannt (Rosenbrock 1986; Telge 1986; Canaris 1987b).

In dieser Argumentation deutet sich bereits eine Loslösung vom Glauben an die medizinische Regulierungsfähigkeit an. Da keine kurzfristigen Erfolge der Medizin

erwartet werden, wenden sich Gesundheitspolitiker dem Präventionsgedanken zu. In der Begründung der 54. GMK im Oktober 1985 heißt es dazu einleitend: *"Da rasche Erfolge bei der ursächlichen Bekämpfung des Krankheitserregers jedenfalls in naher Zukunft nicht zu erwarten sind, muß der Schwerpunkt der Bekämpfung dieser gefährlichen Krankheit in der Verhütung ihrer Ausbreitung liegen"* (GMK 1985, zitiert nach: Canaris 1987b:272). Die GMK erklärt nunmehr Aufklärung ausdrücklich zur zentralen Strategie in der AIDS–Politik, während die kurz zuvor noch vom Bund und auch von der vorangegangenen Gesundheitsministerkonferenz favorisierte *"Einführung einer gesetzlichen Meldepflicht als Voraussetzung für seuchenpolizeiliche Maßnahmen nach heutigem Erkenntnisstand abzulehnen (sei), da bei Abwägung aller Gesichtspunkte von einer solchen Regelung mehr Schaden als Nutzen zu erwarten wäre"* (ebd.).

Protagonist dieser Haltung wird der damalige Westberliner Gesundheitssenator Ulf Fink (CDU), dessen Behörde schon zu diesem Zeitpunkt institutionell mit Selbsthilfegruppen zusammenarbeitet<sup>12</sup>.

Diese Politisierung des AIDS–Diskurses<sup>13</sup> gilt als Grundstein dafür, dass die nach Finks Argumentation zunächst 'Berliner Linie' genannte Politik, also das Vertrauen in die Selbsthilfepotenziale der Betroffenen, in den Selbstschutz der Bevölkerung und die Freiwilligkeit bei der Wahrnehmung angebotener Maßnahmen zur Leitlinie der weiteren AIDS–Politik der Bundesregierung und der Bundesländer wird (Bargstedt 1991:32f.).

Diese Positionsklärung ist auch dadurch begünstigt, dass sich die GMK, wie bereits in 3.1.3. dargestellt, schon 1982, also vor der öffentlichen Wahrnehmung der AIDS–Problematik, unter Bezug auf die WHO–Programmatik grundsätzlich für eine Anregung und Beteiligung von Selbsthilfe im Gesundheitswesen ausgesprochen hat (Canaris 1987a; Reutter 1992:16). Weiterhin gestützt wird diese Position durch eine Sachverständigenanhörung im Bundestagsausschuss für Jugend, Familie, Frauen

---

<sup>12)</sup> Die Berliner Senatsverwaltung für Gesundheit unter Leitung von Fink (1986) ist 1983 die erste bundesdeutsche Behörde, die Selbsthilfegruppen finanziell unterstützt (im Rückblick Wieland–Eckelmann/Scherrer 1996).

<sup>13)</sup> Mit Karl Rohe verstehe ich unter Politisierung die *"Steigerung der 'politics'–Dimension von Politik, Verlagerung von gesellschaftlichen Sachverhalten aus dem Bereich des Unstrittigen in den Bereich des Umstrittenen und damit eine Steigerung jener Aktivitäten, die notwendig sind, um trotz fehlender Übereinstimmung gemeinsames Handeln zu ermöglichen"* (Rohe 1978:80).

und Gesundheit im März 1986, zu der auch erstmals in der bundesrepublikanischen Parlamentsgeschichte VertreterInnen verschiedener Schwulen- und Prostituierten-gruppen eingeladen sind. Die Beschlussempfehlung dieses Hearings wird im Bundestag im November 1986 nur wenig verändert als Gesamtkonzept gegen AIDS verabschiedet (Süssmuth 1987:30ff., Reutter 1992:19).

Die praktische Umsetzung dieser Strategie besteht im Aufbau eines Aufklärungs- und Beratungssystems. Das Bundesministerium unterstützt dabei sowohl den Aufbau der Deutschen AIDS-Hilfe, deren Eingangsförderung 1986 bereits auf zwei Millionen und 1987 gar auf acht Millionen DM aufgestockt wird (Paul 1993:63). Aber auch die Länder und Kommunen erhalten Mittel im Rahmen von Modellmaßnahmen zur AIDS-Aufklärung und -Beratung, wovon insbesondere die Großstädte profitieren und zusätzlich ihrerseits Beiträge in insgesamt nicht erhobener Höhe aus kommunalen Haushalten bereitstellen. Aus Bundesmitteln wird das 'Großmodell Gesundheitsämter' mit einer Laufzeit von vier Jahren finanziert, nach dem ab Juni 1987 an jedem der 309 bundesdeutschen Gesundheitsämter die Einstellung je einer AIDS-Fachkraft (Arzt, Psychologe oder Sozialarbeiter) ermöglicht wird (EK 1990:505f.). Dadurch entsteht kurzfristig ein flächendeckendes Beratungsangebot (Brand/Schmacke 1997:262).

### 3.1.6. Strategie der Meldepflicht

Anlässlich der 55. Gesundheitsministerkonferenz im November 1986 und schon deutlich mit Blick auf die bevorstehende Bundestagswahl im März 1987 verlässt die bayerische Landesregierung den erarbeiteten partei- und länderübergreifenden gesundheitspolitischen Konsens und stimmt gegen eine Entschließung zu AIDS, in der wesentlich die inzwischen angestammte Position untermauert werden soll. Vorausgegangen sind dem zahlreiche Veröffentlichungen vor allem des damaligen CSU-Kommunalpolitikers Peter Gauweiler<sup>14</sup> im Nachrichtenmagazin *DER SPIEGEL* (z.B. 3/86, 6/86) und in der Fachzeitschrift *AIDS-FORSCHUNG (AIFO)*<sup>15</sup>, in denen er eine entschiedene Anwendung der Instrumente der Seuchenbekämpfung fordert. Im Februar 1987 wird der Ausstieg aus dem GMK-Konsens durch Beschluss der bayerischen Landesregierung manifest. Eine sog. 'Bayerische Linie' setzt auf Beobachtung und Überwachung von Infizierten, Gefährdeten und Angehörigen von Risikogruppen, die auf Grund ihrer Zugehörigkeit zu einer Gruppe oder ihres Aufenthaltes an bestimmten Orten ansteckungsverdächtig im Sinne des Bundesseuchengesetzes (BSeuchG) sein können. Auf dem Verwaltungsweg werden Zwangstestungen für BeamtenanwärterInnen sowie für Prostituierte, Drogenabhängige, Stricher, für 'auffällig Homosexuelle', für AusländerInnen und für weitere möglicherweise Verdächtige vorbereitet. Einrichtungen, die die Verbreitung von AIDS begünstigen könnten, sollen geschlossen werden. Für sog. 'Unbelehrbare' sind sogar Zwangsmaßnahmen bis zum Entzug der Freiheit vorgesehen (Reutter 1992:25f.). Die bayerische Staatsregierung argumentiert dabei rechtsdogmatisch mit der Schutzpflicht für die Allgemeinheit. Was also individuell gefährde, müsse verboten sein, und ein Verbot wiederum müsse mit allem Nachdruck durchgesetzt werden. Effektivitäts- und Praktikabilitätsgründe können diese Grundhaltung nach Meinung der Regierung des Freistaates nicht außer Kraft setzen. Der von ihnen erwartete exponentiale Anstieg der Erkrankungen werde ohnehin in eine Situation führen, in der

---

<sup>14</sup> Im September 1985 veröffentlicht Gauweiler eine Broschüre mit dem Titel 'AIDS: Die Zeit drängt', in der die bayerische Position bereits in Grundzügen dargelegt ist. Der Jurist avanciert später zum Gesundheitsminister des Freistaates.

<sup>15</sup> Die AIFO, 'Monatszeitschrift über Ätiologie, Diagnostik, Klinik, Therapie, Prophylaxe und Epidemiologie von AIDS und verwandten Viruserkrankungen mit Beiträgen für Gesundheitswesen und Rechtspflege' ist die erste Fachzeitschrift zu AIDS und bleibt auch in den folgenden Jahren konkurrenzlos, obgleich es von Gauweiler und anderen zumeist CSU-nahen Medizinern und Juristen herausgegeben und redigiert wird, also nur einen Teil des Diskursspektrums repräsentiert.

der Staat stark regulierend eingreifen und entsprechend sein ganzes Potenzial an Steuerungsmechanismen einsetzen müsse (Stoiber 1989, Beckstein 1990).

### 3.1.7. Koalitionsvereinbarung 1987

Es gelingt der CSU, ihre Position in die Koalitionsvereinbarung zur Bildung der neuen Bundesregierung Kohl 1987 einzubringen. Die Vereinbarung stellt "*eine typische Kompromißlösung*" (Reutter 1992:20) dar, werden doch gegensätzliche Positionen in vager Form so zusammengestellt, dass eine deutliche Orientierung nicht zu erkennen ist. Programmatisch wird sowohl der 'Bayerischen Linie' Rechnung getragen als auch der 'Berliner', wobei diese jetzt vor allem von Rita Süßmuth (CDU) repräsentiert wird. Süßmuth kann sich vor allem durch ihr Buch 'AIDS – Wege aus der Angst' (Süßmuth 1987) als vehemente Gegnerin der bayerischen Strategie profilieren. Inhaltlich ist in der Koalitionsvereinbarung neben einer Orientierung auf Information und Aufklärung auch die Prüfung der einheitlichen Anwendung des Bundesseuchengesetzes und der Zwangstestung bestimmter Bevölkerungsgruppen sowie der Erlass einer Verordnung für eine Laborberichtspflicht über HIV-positive Tests und repräsentative Bevölkerungsstichprobentests festgeschrieben samt der Perspektive, eventuell später weitere Erfassungsmaßnahmen vorzunehmen. Die Ausformulierung lässt zwar die Interpretation zu, dass die Regierung die Politik ihrer Gesundheitsministerin stützt, jedoch gleichzeitig eine zukünftige Abkehr als Möglichkeit besteht.

Im Gegensatz zur Bundesregierung zeigt sich die wegen der bayerischen Abweichung Ende März, also direkt nach der Bundestagswahl einberufene Sondersitzung der GMK gegen den repressiven Maßnahmenkatalog eindeutig resistent. Lediglich die Forderung nach einer Laborberichtspflicht wird aufgenommen. Auch die spätere sog. 'AIDS-Initiative Bayerns' im Bundesrat (Ds. 292–296/87) stößt auf "*einhellige Ablehnung*" (DAS PARLAMENT 42/87).

So kommt es zur Spaltung in der staatlichen Gesundheitspolitik. Im Mai 1987 erlässt das bayerische Innenministerium gemäß dem Regierungsbeschluss vom Februar und untermauert durch eine eigenständige Expertenanhörung im Münchner Landtag im April entsprechende Durchführungsverordnungen zum Seuchen-, Aus-

länder- und Polizeirecht. Auch auf Bundesebene werden einige vergleichbare Regelungen wie der sog. 'AIDS-Erlass' für den Bundesgrenzschutz und die Speicherung HIV-Infizierter im Zentralcomputer des Bundeskriminalamtes durch den Bundesinnenminister verfügt (vgl. 6.5.). Die Innenminister aller Länder stimmen ungeachtet ihrer Parteizugehörigkeit einer solchen Speicherung auf den jeweiligen Ebenen zunächst zu (*SZ* vom 8.7.87, *TAZ* vom 9.7.87).

Der aus diesen etwas turbulenten Entwicklungen resultierende Konsens- und Legitimationsbedarf schlägt sich in den Anträgen aller Parteien nieder, im neu konstituierten Bundestag eine AIDS-Enquete-Kommission einzurichten.

Damit ist der Meinungsbildungsprozess schon vor der Einrichtung der EK in seinen grundsätzlichen Aspekten abgeschlossen. Das Thema AIDS verliert im Folgenden rasch an Bedeutung (Reutter 1992:21f.).

Die Strukturmaßnahmen der Bundesregierung nach der Einrichtung der EK tragen den Titel 'AIDS-Offensive'. Zur Umsetzung benennt das BMJFFG im Oktober 1987 einen 'Koordinierungsstab AIDS', der die bundespolitischen Maßnahmen konzipiert und die Aufgabenverteilung zwischen Bund, Ländern und Kommunen abstimmt.

Zur Beratung des Ministeriums wird ein 'Nationaler AIDS-Beirat' einberufen, in den Fachleute unterschiedlicher wissenschaftlicher Richtungen sowie Verbands- und OrganisationsvertreterInnen von Versicherungsträgern, Arbeitgebern, Gewerkschaften, Kirchen sowie aus der DAH als ständige Mitglieder eingeladen werden.

Im Zuge des Konfliktes um die polizeiliche Registrierung HIV-Infizierter wird noch eine 'Interministerielle Arbeitsgruppe' gebildet zur Abstimmung AIDS-relevanter Maßnahmen zwischen den Bundesressorts. Schließlich wird beim Bundesgesundheitsamt ein AIDS-Zentrum als interdisziplinäres wissenschaftliches Beratungsinstitut zum 1. Januar 1988 (EK 1990:527f.) eingerichtet, an welches der umstrittene deutsch-amerikanische sexologisch ausgerichtete Sozialwissenschaftler Erwin J. Häberle berufen wird. Das AIDS-Zentrum soll vor allem die epidemiologische Entwicklung von AIDS überwachen.

Die Umsetzung dieser 'AIDS-Offensive' erfolgt jedoch nur im Rahmen von 'Modellprojekten', die in der Regel auf fünf Jahre befristet sind. Reguläre Maßnahmen der Gesundheitsförderung fallen in das Aufgabengebiet der Bundesländer und dürfen daher vom Bund nicht finanziert werden. Ab 1987 erhält das BMJFFG jährlich

120 Millionen DM zur Umsetzung der Modellmaßnahmen (EK 1990:498). Ein Großteil dieser Summe fließt in die Entwicklung und Verbreitung von Aufklärungskampagnen, wobei vor allem massenmediale Aufklärung, aber auch personalkommunikative Methoden eingesetzt werden.

Im Übrigen beschränkt sich die politische Diskussion um AIDS seit Einrichtung der Enquete-Kommission weitgehend wieder auf den klassischen Kern staatlicher Politik, nämlich die Feinsteuerung mittels finanzieller Zuwendungen, mit einem allerdings um die AIDS-Selbsthilfe sowie nicht-medizinische Wissenschaftsbereiche erweiterten Akteurskreis.

Ich werde im Folgenden nicht mehr von 'Bayerischer' bzw. 'Berliner' oder 'Süssmuth-Linie' sprechen, da sich diese Bezeichnungen in der späteren, weniger polarisierten Auseinandersetzung wegen zahlreicher Schwankungen nicht mehr aufrecht erhalten lassen. Angelehnt an Rosenbrock (1990:20, Forschungsgruppe Gesundheit 1992:35) benutze ich statt dessen die Konzeptionsbezeichnungen der 'individuellen Such-' bzw. 'gesellschaftlichen' oder später auch 'zielgruppenspezifischen Lernstrategie', kurz Such- bzw. Lernstrategie. In einer verkürzten, aber prägnanten Bezeichnung werden die VertreterInnen der Strategien angelehnt an Frankenberg (1990) auch als 'Maximalisten' und 'Minimalisten' bezeichnet, da sie, bezogen auf die aktive normative Intervention der staatlichen Organe, tendenziell extrem weit auseinander liegende Positionen vertreten, nämlich von möglichst umfassender staatlicher Intervention bis zu möglichst wenig Maßnahmen<sup>16</sup>.

Der beschriebene intensive Diskussions- und Entscheidungsprozess im Politikfeld AIDS kann nicht nur sachbezogen interpretiert werden, sondern ist wesentlich seiner Aufwertung zum Wahlkampfthema geschuldet. Das verdeutlicht auch ein wesentliches Problem der Analyse: AIDS ist als Thema politikwissenschaftlicher Betrachtung nur schwer zu greifen, weil es umrankt wird von politisch-symbolischen Entscheidungen, die aus seiner metaphorischen Bedeutung resultieren (Sontag 1989).

---

<sup>16</sup> In der us-amerikanischen Diskussion werden diese auch dort kontrovers diskutierten strategischen Ansätze mit den Bezeichnungen der „*inclusion and cooperation*“ versus „*control- and containment*“ belegt (Kirp/Bayer 1992).

### 3.2. Innovationen der AIDS–Politik

In der vorangegangenen Beschreibung ist deutlich geworden, dass AIDS eine Vielzahl politischer Aktivitäten (Politics) motiviert hat, die für die üblicherweise eher randständige Behandlung von Gesundheitspolitik ungewöhnlich ist. Solche Politics sind jedoch weniger am Inhalt als vielmehr an der symbolhaften Aufladung des Themas orientiert. Die in dieser Arbeit zu diskutierende Frage nach dem besonderen Stellenwert der AIDS–Debatte kann aber nicht auf einen Funktionalismus im Bereich politischer Symbolik reduziert sein, sondern will sich wesentlich auch mit den Fragen konkreter politischer Ausgestaltung, also den Inhalten, der Policy, sowie den Strukturen und Aktivitäten (Polity) beschäftigen.

Ungeachtet aller Differenzen der verschiedenen Ansätze gibt es wesentliche Besonderheiten des AIDS–Diskurses, die nicht nur in Deutschland, sondern international beobachtet werden können. Rosenbrock et al. (1999) sprechen hier unter Verweis auf Kirp/Bayer (1992/1994) von einem „*exceptionalism*“ der Gesundheitspolitik, nach dem für die Bekämpfung von AIDS die etablierten Methoden des Gesundheitswesens nicht ausreichen, sondern es vielmehr der Ergreifung weiterer Maßnahmen bedürfe.

In den folgenden Abschnitten wird daher zunächst die konkrete Ausgangssituation in Deutschland beschrieben, um daran anknüpfend Erfolge und Besonderheiten, aber auch Defizite der AIDS–Politik herauszuarbeiten.

#### 3.2.1. Gesellschaftlicher Kontext und strategische Ausgangssituation

Die besondere Bedeutung von AIDS liegt zunächst daran, dass hier ein unbekanntes Gesundheitsproblem aufgetaucht ist, für das die Medizin kein Handlungsrepertoire aufweisen kann. Dies führt zu einem Vertrauensverlust der Bevölkerung in die Medizin und geht einher mit einer schweren Legitimationskrise dieser Disziplin.

Vertrauensverlust und Legitimationskrise werden noch dadurch verschärft, dass im Nachkriegsdeutschland zunächst das Bewusstsein besteht, dass die Bevölkerung vor

schwerwiegenden Infektionskrankheiten geschützt sei. Dieses Bewusstsein beruht auf der fraglichen Annahme, dass mit der Einführung des Penicillins dieser Schutz garantiert sei (vgl. 2.1.1.). Die tatsächlich weiterhin bestehenden Infektionskrankheiten wie Tuberkulose und Geschlechtskrankheiten beeinflussen dieses Sicherheitsgefühl nicht, da sie weitgehend auf artikulationsschwache Menschen mit niedrigem sozialen Status reduziert sind, mithin kaum in das öffentliche Bewusstsein vordringen. Dass ein solcher Schichtgradient auch die Inzidenz von AIDS wesentlich bestimmt, wird in der Debatte um AIDS dethematisiert.

Die schwulen Männer als die durch AIDS vorrangig betroffene Bevölkerungsgruppe nehmen hier einen Zwischenstatus ein. Obgleich sie einerseits auf dem Hintergrund jahrhundertelanger Diskriminierung eine sozial eher schwache Gruppe darstellen, führt die weitgehende Entkriminalisierung der Homosexualität in Deutschland seit 1969 zu einem Erstarren der Schwulenbewegung und einer damit einhergehenden Aufwertung ihres sozialen Status (vgl. 5.2.1.). Sozioökonomisch drückt sich dieser Aufstieg so aus, dass die Subkultur die sozialen Lagen der männlichen Bevölkerung mit einem leichten Überhang in den mittleren Positionen repräsentiert (Bochow 1989). Der Prozess schwuler Emanzipation spiegelt dabei eine gesamtgesellschaftliche Tendenz zur Individualisierung, der das schwule Lebensmodell familiärer Ungebundenheit durchaus als Leitbild entspricht, kann es doch vor allem im Sinne optimaler Flexibilität im Arbeitsprozess nutzbar sein.

Diese Entwicklung korreliert wiederum mit dem Aufkommen der Gesundheitsbewegung, die vor allem auch Inhalte psychischer und sozialer Gesundheit thematisiert (vgl. 2.4.1.), flankiert durch die Bürgerrechtsbewegung, die die Diskriminierung der Homosexualität als ein Beispiel demokratischen Defizits anprangert. Im Zusammenhang mit AIDS kommt besonders das durch die Kampagne der Bürgerrechtsbewegung gegen die Volkszählung 1984 gestiegene Datenschutzbewusstsein zum Tragen, das der ordnungspolitischen Perspektive der epidemiologisch ausgebildeten Mediziner diametral entgegensteht (Wienold 1997:425). Die spontane Abwehrhaltung der schwulen und anderer sozialer Bewegungen und der ihnen nahestehenden Partei der Grünen zur AIDS–Debatte liegt zunächst in diesem bürgerrechtlichen Selbstverständnis begründet.

In diesen Auseinandersetzungen zeichnet sich ein massiver Generationskonflikt ab, der noch dadurch verstärkt wird, dass es sich um eine vorrangig sexuell übertragbare

Krankheit handelt, mithin der Tabubereich Sexualität thematisiert wird. Die hier angesprochenen Themenfelder wie Homosexualität und Prostitution werden von der älteren Generation tendenziell geächtet, für die jüngere sind sie jedoch im Zuge der gesellschaftlichen Modernisierung (Stichwort: sexuelle Freizügigkeit) neutral und z.T. sogar positiv besetzt. Daher kann und wird AIDS sowohl von der konservativen Perspektive der Rechten als auch aus einem modernistischen Blickwinkel der Linken und insbesondere der jugend- und bewegungsorientierten Partei der Grünen als Mobilisierungsthema in den eigenen Reihen verwandt.

Dafür eignet sich die AIDS-Thematik auch deshalb so gut, weil die Krankheit mangels klarer Abgrenzung durch standardisierten Krankheitsverlauf in seiner Inzidenz nicht offen liegt. Auch wenn die reale Datenlage die dramatisierenden Prophezeiungen zu keinem Zeitpunkt legitimiert, kann sie zumindest in der Phase bis Ende der 80er Jahre die Hysterie nicht evident widerlegen. Allerdings verliert die Frage schnell an Bedeutung, da sich mit der Herausbildung von Selbsthilfe und verschiedenen wissenschaftlichen und politischen Inbezugnahmen ein eigenständiger Komplex bildet. Teil dieses Komplexes sind u.a. medizinische ebenso wie juristische oder sozialwissenschaftliche Fachpublikationen oder Forschungsinstitutionen ebenso wie auch Arbeitskreise und Solidaritätsgruppen zu AIDS innerhalb von Parteien und Verbänden, deren Bedeutung und Finanzierung durch die Existenz einer epidemiologisch relevanten Krankheit legitimiert wird. Diese epidemiologische Relevanz basiert auf kumulativen<sup>17</sup> (also angehäuften) und von dieser Hypothese ausgehenden Prognosen<sup>18</sup>. Diese in der Epidemiologie ungewöhnliche Verwendung kumulierter Zählweisen, d.h. die Gesamtaddition aller jemals an AIDS Erkrankter, zeigt ebenso, dass innerhalb des sich etablierenden AIDS-Diskurses niemand nachdrücklich an Dehysterisierung interessiert ist.

Andererseits wird außerhalb des AIDS-Diskurses z.B. von Statistikern deutliche Kritik an der kumulativen Methode formuliert. So spricht Krämer (1992:8) von „*Mani-*

---

<sup>17)</sup> „*kumulativ: anhäufend, steigend, z.B. kumulative Wirkung eines Medikaments durch Anhäufung im Körper*“; „*kumulierte Inzidenz: zusammengerechnete Zahl sämtlicher auftretender bzw. bekannter Krankheitsfälle in einem bestimmten Gebiet, absolut oder in bezug auf die Bevölkerungszahl*“ (Dressler/Wienold 1996:84).

<sup>18)</sup> Erst durch die Kumulation ergibt sich ein höherer Wert, der in prognostischen Hochrechnungen dann weiter gesteigert und schließlich zur drohenden Epidemie erklärt werden kann. Die nüchternen Zahlen der effektiv auftretenden Neuerkrankungen können eine solche Gefahr in keiner Weise begründen.

*pulationsversuch*“, Ulmer (1992) kritisiert „die Absurdität aller AIDS-Prognosen, die auf statistischen Modellrechnungen beruhen“ und Wittowski (1988:306f.) prangert einen von den Medien gedeckten medizinisch-industriellen Komplex an, der mit irreführenden AIDS-Statistiken Politik mache: „Mitverantwortlich dafür ist auch ein Gentlement's Agreement unserer Medien, daß im Dienste einer guten Sache die Wahrheit nicht so wichtig ist. So rechtfertigte das Deutsche Ärzte-Blatt einen Fehler in der AIDS-Statistik – nämlich durch sog. 'Kumulieren' die aktuellen Krankenstände höher darzustellen als sie wirklich sind – mit den Forschungsgeldern, die so leichter einzuwerben seien. 'Wenn die Kumulierung zu diesem Effekt beiträgt', lesen wir dazu schwarz auf weiß, 'Dann sollten wir es noch eine Weile dabei belassen'“. Müller-Doohm (1994:127) kritisiert, dass die Zahlen kumuliert und unkommentiert verbreitet werden: aus der Summe von 3.972 AIDS-Fällen in Deutschland lasse sich eine Epidemie heraufbeschwören – aus der durchschnittlich jährlichen Neuerkrankungsrate von 300 Fällen in ganz Deutschland hingegen kaum. Längst habe sich hier ein nicht mehr zu stoppender Selbstläufer entwickelt, meinen Herzlich/Pierret (1991:88): „Da AIDS von Anbeginn an als Epidemie dargestellt wurde, kann man es nicht mehr anders wahrnehmen, trotz der nüchternen Sprache der Zahlen, trotz aller Versuche einer entdramatisierenden Richtigstellung. Hier entkommt man der Symbolik der Sprache nicht mehr“. Doch bleibt zunächst zu fragen, wer der Symbolik überhaupt entkommen will.

Ist jedoch der AIDS-Diskurs mit der Etablierung entsprechender Akteure konstituiert, beantwortet sich die strategische Frage auf Eindämmung einer Infektionskrankheit ungeachtet der epidemiologischen Relevanz eindeutig mit Orientierung auf Prävention. Da keine präventivmedizinische Möglichkeit (kein Impfstoff) zur Verfügung steht, müssen insbesondere die Infizierten dazu gebracht werden, die Infektionskette nicht zu verlängern. Jedoch haben die vormals und aktuell bestehenden gesetzlichen Verbote von Homosexualität, Prostitution und Drogengebrauch nicht zum Unterlassen des inkriminierten Verhaltens geführt. Somit ist hier auch von einer weiteren Verbotsstrategie keine durchschlagende Wirkung zu erwarten. Vielmehr deutet dieser Umstand eher darauf hin, dass Verbot und Diskriminierung insbesondere von Homosexualität und Drogenkonsum zur Ausbreitung der Krankheit geführt haben. Im Ergebnis kann davon ausgegangen werden, dass eine Entkriminalisierung und der Aufbau gesundheitsunterstützender Einrichtungen die Krankheitsprogression innerhalb dieser Betroffenengruppen verringern kann. Um überhaupt in die Lage versetzt zu werden, Gesundheitsrisiken zu erkennen und zu

verringern, werden Ressourcen benötigt. Diese können hergestellt werden durch Reduktion der Belastungen wie Verfolgungs- oder Diskriminierungsängste und Stärkung der Handlungsoptionen durch Aufbau von Kommunikationsmitteln und –orten. Eine Alternative im Sinne von Eingrenzung und Eliminierung der ‚Infektionsherde‘ stellt sich nur theoretisch, da weder rechtsstaatlich noch gesundheitspolitisch entsprechende Handlungskonzepte zur Verfügung stehen. Insofern ergibt sich ein Ansatz des New Public Health (vgl. 2.4.6.) aus der unmittelbaren Logik des konsensual verständigten Sachverhaltes, nämlich dem dringenden Bedarf, Infektionsketten abzubrechen.

### **3.2.2. Spezifische Antworten im Gesundheitssystem**

Die gesundheitspolitische Antwort auf AIDS ist also in erster Linie keine medizinische, sondern eine der Gesundheitsförderung, verortet im Bereich der massenmedialen und zielgruppenspezifischen Aufklärung und der verhältnisbezogenen Verhaltensprävention im Sinne von New Public Health. Die ordnungspolitischen Konzepte des Old Public Health, die auf seuchenrechtliche Kontrolle setzen, lassen sich mangels Praktikabilität von wenigen Ausnahmen wie dem – jedoch anonymen – Melderegister mittels Laborberichtspflicht nicht umsetzen.

Ein Schwerpunkt der Gesundheitsförderungsmaßnahmen besteht dabei in der Unterstützung beim Aufbau einer Kommunikationsstruktur. Solche Aktivitäten des sog. „*Community Building*“ (Paul/Walz 1985, aber auch Flinn 1992, Salmon 1989) begünstigen das Anwachsen der gesamten schwulen Szene insbesondere in den Großstädten (vgl. 5.2.1.). Eine solche Politik des New Public Health ist in der Bundesrepublik Deutschland zuvor nicht angewendet. Im Zuge der AIDS–Debatte finden damit die theoretischen Konzepte der Gesundheitsbewegung erstmals einen konkreten Anwendungsfall, und zweifelsohne ist es nur auf dem Hintergrund der breiten öffentlichen Aufmerksamkeit zu erklären, dass der Gesetzgeber solch weitreichenden Konzepte finanziert, wie sie im Sonderprogramm der Bundesregierung begonnen werden. Dabei kommt beispielsweise der Finanzierung von AIDS–Beratern bei allen bundesdeutschen Gesundheitsämtern eine Pilotfunktion zu, die einem modernen Verständnis von regionalen Gesundheitsdiensten im Sinne von

New Public Health entspricht. Insofern ist der These zuzustimmen, dass die breite Skandalisierung ein Fenster für gesundheitspolitische Innovationen öffnet. Auch wenn der Begründungszusammenhang nicht unbedingt rational ist, ist er aber gesundheitspolitisch produktiv.

Die Koalitionsvereinbarung 1987 stellt die Rahmenbedingungen für die Orientierung auf Information und Aufklärung, die durch solche zielgruppenspezifischen Maßnahmen konkretisiert wird. Dabei gelingt es insbesondere durch die Inkorporierung der AIDS-Hilfe, einen neuen Akteur einzuführen, der sich durch seine Nähe nicht nur zu Betroffenen, sondern auch zu den zeitgeistorientierten Medien zu einer gestaltenden Kraft der Gesundheitsförderungspolitik entwickelt.

Die Prüfung der einheitlichen Anwendung des Bundesseuchengesetzes, die Zwangstestung einzelner Bevölkerungsgruppen sowie der Erlass einer Verordnung für eine Laborberichtspflicht über HIV-positive Tests und repräsentative Bevölkerungstichprobentests, die ebenfalls im Koalitionsvertrag 1987 festgeschrieben sind, bestimmen die weitere Entwicklung hingegen kaum, da dieser Politikansatz weder durchsetzungsfähige Bündnispartner findet noch konkrete Handlungsperspektiven darlegen kann. Auch der erwähnte sog. 'AIDS-Erlass' des Bundesinnenministeriums zur Speicherung HIV-Infizierter im Zentralcomputer des Bundeskriminalamtes beschränkt sich auf die Ebene symbolischer Politik, weil die Fallzahlen dabei zu gering bleiben, um weitere Maßnahmen abzuleiten. Die im Nachgang zu diesem Erlass eingesetzte 'Interministerielle Arbeitsgruppe' findet mangels Konfliktthemen kein Tätigkeitsgebiet, sondern kann eher verstanden werden als prophylaktisches Gremium.

Ähnlich ergeht es weiteren Abstimmungsrunden, die im Rahmen der sog. 'AIDS-Offensive' eingerichtet werden wie der 'Koordinierungsstab AIDS', der 'Nationale AIDS-Beirat' sowie das beim Bundesgesundheitsamt eingerichtete AIDS-Zentrum, das im Rahmen der Auflösung des BGAs 1993 wieder aufgelöst wird. Das gleiche Schicksal wiederfährt auch der monatlichen Fachzeitschrift *AIDS-FORSCHUNG*, deren Erscheinungsrhythmus zunächst auf vierteljährlich verlängert werden, um schließlich 1994 das Erscheinen ganz einzustellen.

Im Bereich der Versorgung entsteht mit dem Aufwerten von Pflege, Gesundheitsförderung und Selbsthilfe ein größeres und differenziertes Angebot von Leistungen. Die Entwicklung von Qualitätsstandards für die Versorgung orientiert sich dabei neu, weil es noch keinen eingefahrenen Umgang mit AIDS gibt. Dieses eröffnet eine Chance zur Berücksichtigung von Patienteninteressen, deren Wahrnehmung zum Maßstab der Qualität wird. Insbesondere die Vorstellung eines tödlichen Verlaufs der Krankheit bringt mit sich, dass der Lebensqualität während der Behandlung ein hoher Stellenwert eingeräumt wird, der in anderen Krankheitsfällen hinter den vorgeblich objektiven Behandlungsansprüchen oder den Eigeninteressen oder Strukturproblemen des Leistungsanbieters zurücksteht.

Die Vielschichtigkeit des Krankheitsbildes AIDS führt dabei zu multidisziplinären Konsultationen nicht nur innerhalb des medizinischen Versorgungsspektrums, sondern auch zu anderen Betreuungspeditionen (Wienold 1997). Dabei werden sowohl Kooperationen wie die zwischen Medizin und Psychologie verstärkt als auch neue gebildet und schließlich gar, wie im Bereich der Psychoneuroimmunologie (vgl. 5.5.6.), zu neuen wissenschaftlichen Ansätzen zusammengesetzt. Die sich daraus ableitende Anforderung einer persönlichen Fallbetreuung durch den Dschungel der Angebote wird sowohl durch den Gesetzgeber mit der Stärkung der Lotsenfunktion des Hausarztes<sup>19</sup>, durch die Krankenkassen über entsprechende Modellregelungen (Zielinski/Fenzau/Geene 1997) als auch insbesondere aus den AIDS-Hilfen (Krey 1999, Traute 1999) angestrebt.

Insbesondere erfährt die Pflege in diesem Zusammenhang einen Bedeutungsschub, ist sie doch letztlich das strukturtragende Element der AIDS-Krankenbehandlung. Dabei bilden sich spezialisierte Pflegedienste, die ihr Angebot ausschließlich an AIDS-Kranke richten. Diesen spezialisierten Einrichtungen gelingt es auch, den besonderen Versorgungsbedarf von AIDS-Kranken öffentlichkeitswirksam herauszuarbeiten. Der Prozess der Professionalisierung der Pflege wird dadurch verstärkt (Moers 1990). Einen Bedeutungsschub erfährt auch der eher in Randbereichen existierende Hospizansatz zur Finalpflege Schwerstkranker, dem im Zuge der Neuordnungsgesetze 1996/97 Finanzierungswege in die Gesetzliche Krankenversicherung gebnet werden (Schaeffer 1997).

---

<sup>19)</sup> Sowohl das Gesundheitsstrukturgesetz (Reiners 1993) als auch das Gesundheitsreformgesetz 2000 (BMG 1999b) verfolgen explizit dieses Konzept.

Für die Gesundheitsberichterstattung ergibt sich aus der unklaren Datenlage das Erfordernis, sie bezüglich ihrer Formen stärker zu systematisieren (vgl. 2.3.4. sowie 2.4.3.). Rosenbrock (1994:163) spricht davon, dass es in Anbetracht der politischen Priorisierung von AIDS dazu gekommen sei, „*Orte und Verfahren der Gestaltung von auf Rationalität zielenden Verständigungsprozessen über unterschiedliche Klassen von Gefahren und Risiken aus verschiedenen Verursachungssphären*“ zu erproben. Ein solcher Ort kann in der Aufnahme von Risiken in die Gesundheitsberichterstattung liegen und die Grundlage bieten für ein rationales Verständnis von Krankheitsrisiken mit dem „*Ergebnis einer erhöhten Kritikfähigkeit gegenüber Verharmlosung und Katastrophenmalerei sowie insgesamt zu einer höheren Sensibilität gegenüber Gesundheitsgefahren*“ (ebd.). Dies deutet ein neues Verständnis von Gesundheitsberichterstattung an, das sich den konkreten gesundheitlichen und sozialen Problemen der Menschen nähert und sich damit positiv abhebt von etablierten Formen medizinischer Statistik und als Berichterstattung deklarierten Tätigkeitsberichten der Gesundheitsämter (Borgers 1997). Gleichwohl aktiviert eine solche qualitative (statt quantitative) Form der Berichterstattung den alten Streit in der Epidemiologie zwischen „*Feuilletonisten*“ und „*Erbsenzählern*“ (Fülgraff 1998). In einer vergleichenden Untersuchung kommen Welteke/Menke/Brand (1999:95) zu dem Ergebnis, dass „*überwiegend quantifizierte Zielprogramme kaum soziale Inhalte verfolgen*“, mithin dem zentralen gesundheitlichen Problem sozialer Belastung nicht gerecht werden.

### **3.2.3. Defizite der AIDS–Politik**

Siegrist/Möller–Leimkühler (1997:97) weisen darauf hin, dass – auch für AIDS – der Schichtgradient eine wesentliche Rolle spielt. Es gelte der Grundsatz: „*je ungünstiger der sozioökonomische Status, desto höher die Sterblichkeit. Faktoren wie Verfügbarkeit, Inanspruchnahme und Qualität medizinischer Leistungen spielen bei der Erklärung lediglich eine untergeordnete Rolle. Das Hauptgewicht kommt schichtenspezifischen Lebens– und Arbeitsbedingungen, insbesondere differentiellen gesundheitsbezogenen Lebensstilen und physischen sowie sozioemotionalen Belastungskonfigurationen zu*“. Dies deckt sich auch mit der Beobachtung von Rosenbrock (1994:162), der die Zukunftsentwicklung bereits zur Bestandsaufnahme

erklärt: „*Wie noch alle Infektionskrankheiten wird Aids in der Tendenz zu einer Krankheit der Armen und der Armut, bei globaler Betrachtung ist es dies längst*“. Hier bedürfe es Formen „*positiver Diskriminierung*“ (ebd.), nach der Unterstützungssysteme aufgebaut werden sollten, die der höheren Verwundbarkeit und der geringeren Bewältigungsressourcen in den Hauptbetroffengruppen Rechnung tragen, durch die „*schichten- und lebenslagenspezifischen Faktoren*“ (ebd.) kompensiert werden.

In diesem Feld sind die wesentlichen Innovationen der AIDS–Politik bei der Betroffenenengruppe der Schwulen zu verzeichnen. Insbesondere die über die AIDS–Hilfen organisierte Präventionspolitik geht in Teilen einher mit dem Aufbau von schwulen Kommunikationsformen, –orten und –zentren, was zu einer Verringerung der Gesundheitsgefahren und einer grundlegenden Verbesserung der Lebensbedingungen im schwulen Milieu führt. So besteht durch den Aufbau einer ‚sprechenden Subkultur‘ erstmals die Möglichkeit, Gesundheitssrisiken und gesundheitsfördernde Lebensstile im solidarischen Umfeld der Szene glaubwürdig zu kommunizieren. Dies eröffnet auch jenen, die bislang sozial im Abseits standen und besonderen „*sozioemotionalen Belastungskonfigurationen*“ (Siegrist/Möller–Leimkühler 1997:97) ausgesetzt sind, Zugang zu persönlichen, sozialen und gesundheitlichen Hilfssystemen. Wenn im internationalen Vergleich beklagt wird, dass Diskriminierungsverbote wie beispielsweise in einigen Bundesstaaten der USA in Deutschland nicht gesetzlich verankert werden (Wienold 1997:425), deutet dies möglicherweise weniger auf den Inhalt als die Struktur bundesrepublikanischer Politikgestaltung, die weniger legislativ wirken kann als vielmehr administrativ durch die Zusammenführung der korporatistischen Akteure, und hier durch Etablierung der AIDS–Hilfen einen wichtigen Gestalter entsteht.

Im Ergebnis zeigt sich dabei, dass der bundesrepublikanische Weg nicht nur bezogen auf die Verbreitung von AIDS, sondern insbesondere bezogen auf die Vielfalt und die Ausdifferenzierung der Schwulenszene weiter entwickelt ist als die us–amerikanische. Dies verwundert besonders auf dem Hintergrund, dass die Schwulenszene in Deutschland vor dem Auftreten von AIDS klein und öffentlich kaum sichtbar ist. In den USA stagniert die Schwulenszene vergleichsweise, und öffentliche Fördergelder zur Verstärkung der AIDS–Präventionsarbeit können kaum eingeworben werden.

Ein Problembereich der AIDS–Politik besteht in der soziodemografischen Besonderheit des oft jungen Alter der AIDS–Betroffenen, für die die Gesetzliche Rentenversicherung keine ausreichende Absicherung darstellt, weil es an eingezahlten Versicherungsbeiträgen mangelt. Um die soziale Notlage aus den meist nur geringen Ansprüche an die Rentenkasse zu kompensieren, werden die Nationale AIDS–Stiftung und die Deutsche AIDS–Stiftung Positiv Leben gegründet, um Erkrankten helfen zu können (Wienold 1997:425, im Überblick: Heide 1994; 1996 kommt es zur Fusion der Stiftungen).

Die Gesundheitsförderungsstrategie zur AIDS–Prävention bei schwulen Männern in Deutschland kann also als insgesamt erfolgreich angesehen werden.

Allerdings beschränken sich diese gesundheitspolitischen Innovationen des Community–Buildings auf die Schwulen. Bei den anderen Betroffenenengruppen bestehen hingegen große Defizite, sie verfügen über keine vergleichbare Förderung und verbleiben im Tabu– und Illegalitätsbereich.

Eine bedrohte Gruppe sind dabei die Prostituierten. Nach der Analyse von Claudia Ritter (1992:275) haben sich die Arbeitsbedingungen in der Prostitution seit Bekanntwerden von AIDS kaum verändert. So schreibt sie: *„So wie auch schon früher in weiten Teilen der etablierten Prostitution Kondome zum Schutz und zur Hygiene eingesetzt wurden, bestehen auch heute die Zwangslagen vieler weiblicher wie männlicher Prostituerter fort, die wenig Spielraum für eine Verwendung von Kondomen lassen“*. In der Haltung wiederum spiegele sich der gesellschaftliche Status des jeweiligen Freiers. Sie problematisiert dabei insbesondere die mangelnde Berücksichtigung der sozialen Unterschiede zwischen den verschiedenen Sex–AnbieterInnen, denn während der Call–Boy oder die Prostituierte durchaus über Möglichkeiten verfügen, sich abzugrenzen und zu schützen, seien obdachlose oder drogenabhängige Frauen häufig der Willkür ihrer Freier bedingungslos ausgeliefert. Freier mit Präventionskampagnen anzusprechen sei jedoch nicht nur ohnehin schwer, es fehle zudem an politischem Willen, diese zu erreichen, meint Ritter (1992:275) weiter: So *„avancieren die Freier zum einzig hoffnungslosen Fall der Aidsprävention“*. Analoge Probleme stellen sich in der Präventionsarbeit mit sog. *„Sex–Touristen“* (Kleiber 1991).

Die Drogenpolitik bildet schon seit Einführung des Betäubungsmittelgesetzes eine eigenständige Politikarena mit Akteuren aus dem Bereich der Jugend- und Sicherheitspolitik. Der Sozial- und Gesundheitsbereich ist in dieser Diskussion nur schwach vertreten. Trotz der AIDS-Debatte verbleibt die Zuständigkeit auf Bundesebene im Innenressort und wird dadurch in erster Linie als Sicherheitsproblem behandelt.

Die Innenpolitik verlangt dabei die rigorose Verhinderung der Straftat des Drogengebrauches im Sinne einer Abstinenzpolitik. Das Konzept der „*harm reduction*“, das zunächst einfach nur auf lebensrettende und schadenmindernde Therapie abzielt, wird diesem normativen Anspruch der Abstinenzpolitik untergeordnet, Drogenfreiheit wird als Voraussetzung für Hilfe und Therapie verlangt (Gölz 1997).

Dabei sind, wie eine Public-Health-Studie des Instituts für Soziale Medizin an der Freien Universität Berlin eindrucksvoll belegt, vor allem Haftgefangene einem enorm höheren Infektionsrisiko ausgesetzt, da im Gefängnis Heroin leichter zu schmuggeln ist als Spritzbestecke, und demnach der Suchtstoff nur mit gemeinsamer Nadel verwendet werden kann. Dieses „*needle-sharing*“ gilt als größtes Risiko für eine HIV- oder auch Hepatitis-Infektion, der in einzelnen Modellprojekten außerhalb der Gefängnisse mit sozialarbeiterischer Betreuung über Drogenmobile (Müller 1997), Spritzentauschprojekte und sog. ‚Druckräume‘ (Gölz 1997) begegnet wird. Diese gesundheitspolitisch erfolgreichen Konzepte stoßen bereits in der politischen Debatte auf Widerstände und können sich gegenüber dem Sicherheitspostulat in der Justizpolitik nicht behaupten, die Drogenabhängigen in den Gefängnissen werden der Gefahr mithin schutzlos ausgeliefert (Clasen 1995).

Bündnisse von Teilen der Ärzteschaft mit den AIDS-Hilfen führen zur Zulassung von kontrollierten Methadonprogrammen zur Heroin-Substitution in spezialisierten Arztpraxen. Dies bedeutet zumindest eine gewisse, wenn auch dem Problem unangemessene Verbesserung der Versorgungssituation. (Moers/Schaeffer 1992).

Auf größeren Widerstand stoßen hingegen die nicht-medizinische Interventionen, von denen lediglich im Rahmen der AIDS-Hilfen einige wenige Modellprojekte durchsetzen können, nicht kriminalisiert zu werden. Dringend benötigte Rechtsgrundlagen, die Hilfen und Therapien auch bei Drogenakzeptanz straffrei erklären, fehlen bislang. Der von Rosenbrock u.a. (1999:43) in diesem Zusammenhang postulierte „*Politikwechsel*“ im Drogenbereich kann allenfalls behauptet werden bei einer

sehr langfristigen Sichtweise und einem Hoffen darauf, dass entsprechende Reformvorstellungen (Michels 1998) der seit 1998 amtierenden und auch erstmals für die Drogenpolitik zuständigen Bundesgesundheitsministerin<sup>20</sup> Andrea Fischer (Bündnis 90/Die Grünen) nachhaltig umgesetzt werden können. Im Vergleich mit Wertewandel und Akzeptanz, die den Schwulen im Zusammenhang mit AIDS begegnet, sind die Hilfsmaßnahmen für die Drogenkranken allerdings minimal und völlig unzureichend.

---

<sup>20)</sup> In den vorangegangenen Legislaturperioden liegt die Zuständigkeit der Drogenpolitik beim Innenministerium.

#### 4. Die AIDS-Enquete-Kommission des Deutschen Bundestages

Wie bereits beschrieben, steht das Thema AIDS seit 1985 im Mittelpunkt des öffentlichen Interesses. Diese für ein Gesundheitsthema vollkommen ungewohnte Bedeutung motiviert zahlreiche neue Akteure, sich dem Politikfeld Gesundheit zu widmen. In der öffentlichen Diskussion um das Phänomen AIDS entsteht eine eigenständige Politik-Arena mit zahlreichen neuen Akteuren, denen konventionelle Formen korporatistischer Politikaushandlung fremd und zum Teil auch suspekt sind.

Aber auch diese neue und eigenständige Politik-Arena kann Fragestellungen zu meist nicht systematisch behandeln, sondern nur unter dem Blickwinkel eines professionellen Teilaspektes. Eine wissenschaftliche Verständigung zwischen den Disziplinen findet kaum statt.

Hier stellt die Enquete-Kommission 'Gefahren von AIDS und wirksame Wege ihrer Eindämmung' des 11. Deutschen Bundestages einen Sonderfall dar, weil sie sich von verschiedenen Wissenschaftsdisziplinen ausgehend um Durcharbeitung der Problematik bemüht. Wenngleich die Grundzüge der AIDS-Politik der Bundesregierung sowie der Bundesländer mit Ausnahme Bayerns bereits im Koalitionspapier der CDU/CSU/FDP-Bundesregierung 1987 festgelegt sind, wünscht sich der Bundestag eine umfassende wissenschaftliche Absicherung.

Eine solche Fundierung verlangt jedoch nach mehr als einer Stellungnahme des zuständigen Ministeriums, einer wissenschaftlichen Expertise oder eines Untersuchungsausschusses. Vielmehr wird in Anbetracht der Komplexität des Themas eine Enquete-Kommission eingerichtet, von der neben Bestätigung und Legitimationsbeschaffung auch Artikulation unterschiedlicher Interessen und ihre Integration in die AIDS-Politik angestrebt wird. Die Einrichtung der Enquete-Kommission ist insofern ein deutlicher Ausdruck des Bemühens und der Notwendigkeit eines partizipativen Politikstils.

Weil innerhalb dieser Enquete-Kommission die AIDS-Diskussionen aus den verschiedenen Wissenschaftsdisziplinen und Politikformen intensiv zusammengeführt sind, eignet sie sich in besonderer Weise für eine umfassende Betrachtung der AIDS-Politik in der Bundesrepublik Deutschland. Mit einer Analyse der AIDS-

Enquete-Kommission wird zwangsläufig auch die Frage diskutiert, inwieweit sich eine Veränderung des Politikstils im Gesundheitssystem weg von korporatistischer Aushandlung, hin zu partizipativen Steuerungsformen abzeichnet. Schließlich zeigt sich im Abgleich der Ergebnisse der Enquete-Kommission mit Tabuthemen und anderen Akteuren des AIDS-Diskurses, welche Grenzen der Offenheit auch in diesem partizipativ angelegten Beratungsorgan gezogen werden.

#### **4.1. Rahmenbedingungen einer Enquete-Kommission**

Enquete-Kommissionen sind parlamentarische Gremien, die aus Abgeordneten und externen Sachverständigen bestehen. Dieses 1969 vom Deutschen Bundestag im Zuge des gesellschaftlichen Demokratisierungsschubes geschaffene Instrument stellt im parlamentarischen Raum die erste institutionalisierte Form wissenschaftlicher Politikberatung dar.

Gemäß § 56 der Geschäftsordnung des Deutschen Bundestages können auf Antrag von mindestens einem Viertel der Bundestagsabgeordneten Enquete-Kommissionen zur Vorbereitung von gesetzgeberischen Entscheidungen eingerichtet werden. Sie sind der formal höchste und öffentlich sichtbarste Ort wissenschaftlicher Politikberatung des Deutschen Bundestages. Da dies nur zu Problemen geschieht, die als wichtig und komplex angesehen werden und darüber hinaus die Gefahr der öffentlichen Abnutzung verhindert werden soll, wird von diesem politischen Instrumentarium relativ selten Gebrauch gemacht. So werden solche Organe zunächst nur zögerlich eingerichtet; in der sechsten bis zehnten Legislaturperiode werden jeweils nur eine bis zwei Enquetes gebildet. Dass jedoch in der 11. Legislaturperiode immerhin vier Kommissionen eingerichtet werden, zeigt, dass solcher wissenschaftlichen Politikfundierung zunehmend größere Bedeutung beigemessen wird und diese besser in der Lage sind, ihr Arbeitsfeld eingegrenzt und konkret zu bearbeiten<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup>) Bis einschließlich der 13. Legislaturperiode sind bislang folgende Enquete-Kommissionen eingerichtet worden:

- Auswärtige Kulturpolitik (6. und 7. Wahlperiode 1969–1976),
- Fragen der Verfassungsreform (6. Wahlperiode 1969–1973),
- Frau und Gesellschaft (7. und 8. Wahlperiode 1972–1980),

Wesentliche Quelle der Problemanalyse einer Enquete-Kommission ist nach der Geschäftsordnung des Deutschen Bundestages (§ 70 GOBT) das Instrument der Anhörung. Danach *"kann ein Ausschuß bzw. eine Enquete-Kommision zur Information über einen Gegenstand seiner Beratung öffentliche Anhörungen von Sachverständigen, Interessenvertretern, und anderen Auskunftspersonen vornehmen"*, wobei in den weiteren Passagen auch das Minderheitenrecht zur Erzwingung einer Anhörung geregelt wird.

In der parlamentarischen Praxis hat sich die Regel entwickelt, dass die Kommissionen aus neun nach Fraktionsproporz entsandten Abgeordneten sowie acht ExpertInnen, die der oder die BundestagspräsidentIn auf Vorschlag der Fraktionen beruft, bestehen. Den Vorsitz bei den mit Ausnahmen nichtöffentlichen Sitzungen der Enquete-Kommission führt ein/e Abgeordnete/r. Produkte einer Enquete-Kommission sind schriftlich vorgelegte End- bzw. Zwischenberichte, die in Empfehlungen an den Bundestag münden und dort im Plenum sowie in den entsprechenden Ausschüssen thematisiert werden. Die Berichte dienen weiterhin als öffentlich zugängliche Übersicht der Bestandsaufnahme und Debatte des entsprechenden Themas im parlamentarischen Raum (Rosenbrock 1990a).

- 
- Zukünftige Kernenergiepolitik (8. und 9. Wahlperiode 1976–1983),
  - Neue Informations- und Kommunikationstechniken (9. Wahlperiode 1980–1983),
  - Jugendprotest im demokratischen Staat (9. Wahlperiode 1980–1983),
  - Chancen und Risiken der Gentechnologie (10. Wahlperiode 1983–1987),
  - Einschätzung und Bewertung von Technikfolgen; Gestaltung von Rahmenbedingungen der technischen Entwicklung (10. Wahlperiode 1983–1987),
  - Gefahren von AIDS und wirksame Wege zu ihrer Eindämmung (11. Wahlperiode 1987–1990),
  - Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung (11. Wahlperiode 1987–1990),
  - Vorsorge zum Schutz der Erdatmosphäre (11. und 12. Wahlperiode 1987–1994),
  - Technikfolgenabschätzung und -bewertung (11. Wahlperiode 1987–1990),
  - Zukünftige Bildungspolitik – Bildung 2000 (11. Wahlperiode 1987–1990),
  - Schutz des Menschen und der Umwelt – Bewertungskriterien und Perspektiven für umweltverträgliche Stoffkreisläufe in der Industriegesellschaft (12. und 13. Wahlperiode 1990–1998),
  - Aufarbeitung von Geschichte und Folgen der SED-Diktatur (12. und 13. Wahlperiode 1990–1998),
  - Demographischer Wandel – Herausforderungen unserer älter werdenden Gesellschaft an den Einzelnen und die Politik (12. und 13. Wahlperiode 1990–1998),
  - Zukunft der Medien in Wirtschaft und Gesellschaft . Deutschlands Weg in die Industriegesellschaft (13. Wahlperiode 1994–1998),
  - Sogenannte Sekten und Psychogruppen (13. Wahlperiode 1994–1998).

### 4.1.1. Entstehung des parlamentarischen Instruments Enquete-Kommission

Betrachtet man Enquete-Kommissionen in ihrer historischen Entwicklung, so sind sie zunächst als eine Art Untergruppe der verschiedenen Formen eines Untersuchungsausschusses anzusehen. Diese Form parlamentarischer Politikberatung ist im Zuge von Restaurationen mehrfach zurückgeworfen worden. Während die – nie in Kraft getretene – Paulskirchenverfassung von 1849 im § 99 ein parlamentarisches Untersuchungsrecht auf Reichsebene vorsieht (vgl. Steffani 1960:47), fehlt ein solches Organ in der Reichsverfassung von 1871. Die Reichsverfassung erwähnt jedoch sog. Legislativenqueten zur Vorbereitung von Gesetzgebungsverfahren (ebd.:68). In der Weimarer Reichsverfassung findet sich dann in Art. 34 die Bestimmung, nach der der Reichstag das Recht und auf Antrag von einem Fünftel der Mitglieder die Pflicht habe, Untersuchungsausschüsse einzusetzen. Solche Ausschüsse werden vor allem zur Klärung von Skandalen und anderen akuten Missständen konstituiert. Besonders auffällig sind hier der Ausschuss für die Schuldfragen des ersten Weltkrieges (vgl. Fischer-Baling 1954) und der mittels eines eigenen Gesetzes eingerichtete Ausschuss zur Untersuchung der deutschen Wirtschaft (Gayl 1993:7ff.). Diese Ausschüsse weisen jedoch über den begrenzten Rahmen des Art. 34 WRV bereits hinaus. Wie auch bei den heutigen Enquete-Kommissionen des Deutschen Bundestages, sind sie in ihrer Fragestellung eher offen, ihre Zielrichtung mithin multifunktional: sie ist gleichermaßen ein Mittel symbolischer Politik wie auch ein Medium zur Kanalisierung, sie erfüllt Informations-, Artikulations- und wesentlich auch Legitimationsfunktion für bereits beschiedene Gesetzgebungsverfahren, besitzt jedoch kaum Möglichkeiten der unmittelbaren Politikgestaltung, wie Gayl (1993:33) analysiert.

In der Bonner Republik erhält der Art. 34 WRV eine Entsprechung durch Art. 44 GG. Hier wird jedoch zunächst nicht an oben beschriebene Erfahrungen angeknüpft, sondern vielmehr ein eher klassischer Typus des Untersuchungsausschusses avisiert, der sich ausschließlich aus ParlamentarierInnen zusammensetzt. Obgleich sein Gegenstand nicht eindeutig festgelegt ist, ergibt sich mittelbar aus den Zielsetzungen wie Erhebung der *"erforderlichen Beweise"* oder der analogen Anwendung der Strafprozessordnung der Charakter einer, wie Gayl (1993:9) es nennt, *"Skandal- bzw. Mißstands-enquete"*.

Erst 1969 nach zwanzig Jahren parlamentarischer Arbeit der Bonner Republik entsteht ein Beratungsgremien, das externe wissenschaftliche Politikberatung vorsieht. Damit wird eine Forderung der SPD aufgegriffen, die als langjährige Oppositionspartei immer wieder die Entwicklung von erweiterten Möglichkeiten parlamentarischer Untersuchungstätigkeit einklagt. Die Einführung soll dem Anspruch auf erweiterte Handlungs- und Mitbestimmungsmöglichkeiten der parlamentarischen Opposition Rechnung tragen. Die SPD-Forderung ist von leidvollen Erfahrungen der Ohnmacht und dem Wunsch nach Verbesserung der Arbeitssituation in der Opposition getragen. Sie ist jedoch auch zu verstehen als Teil des Bemühens um gesellschaftliche Demokratisierung, da die Öffentlichkeit über solche Kommissionen stärker an zentralen Gesetzesvorhaben teilhaben könne und umgekehrt die Rolle des Parlaments bei der öffentlichen Willensbildung erhöht werde. Insgesamt, so stellt damals der sozialdemokratische Politiker Karl Mommer (1969) fest, verfüge die Bundesregierung über rund zweihundert Beratungsgremien, das Parlament hingegen über keine. Flankiert werden diese Forderungen durch Einschätzungen aus der Wissenschaft, wonach die damals schon wachsende Bedeutung der populistischen und wissenschaftlich höchst fragwürdigen Meinungsumfragen drohe, die fundierte wissenschaftliche Beratung der Politik zu verdrängen (Hennis 1968:158).

Der SPD-Politiker Horst Ehmke entwickelt auf dem 45. Deutschen Juristentag 1964 konkrete Vorschläge für eine solche Form institutionalisierter Zusammenarbeit von Parlamentariern und externen Fachleuten. Nach dem Eintritt der Sozialdemokraten in die Regierungskoalition mit der CDU (sog. 'Große Koalition' Kiesinger/Brandt 1966–1969) beantragt die SPD, dass der Deutsche Bundestag durch Ergänzung seiner Geschäftsordnung "*zur Erhebung und Analyse des für eine politische Entscheidung des Bundestages, insbesondere für die gesetzliche Regelung eines umfassenden Sachkomplexes, erforderlichen Tatsachenmaterials*" Enquete-Kommissionen konstituieren kann. Hierbei bestehen die Möglichkeiten einer 'Mehrheitsenquete', die von mindestens fünf, jedoch weniger als 25% der Abgeordneten beantragt und dann per Mehrheitsbeschluss eingerichtet werden kann (heute § 48 Abs. 2 GOBT), oder einer 'Minderheitsenquete', die auf Antrag von mindestens 25% der Abgeordneten eingerichtet werden muss (heute § 56 Abs. 1 (2) GOBT). Im zuständigen Ausschuss für Wahlprüfung, Geschäftsordnung und Immunität wird der Antrag insoweit modifiziert, als dass die Bestimmungen offener gehalten werden. So wird die alleinige Orientierung auf Gesetzesvorbereitung ebenso wie der Ein-

schränkung auf "*Erhebung und Analyse*" gestrichen, was die Regelung einerseits unverbindlicher hält, andererseits die potenziellen Funktionen und Arbeitsbereiche dieser Kommissionen erheblich erweitert (Gayl 1993:13f.). In dieser Form wird der Antrag im Juni 1969 als § 74a (heute § 56) in die Geschäftsordnung des Deutschen Bundestages (GOBT) eingefügt (BT-Drs. V/3990, vgl. auch Heyer/Liening o.J.).

Diese Regelung ist zunächst ein Kompromiss, denn es handelt sich bei der GOBT nicht um ein Gesetz, sondern um autonomes Satzungsrecht, welches aus Art. 40 Abs. 1 (2) GG folgt und im Range dem Gesetz und der Verfassung nachsteht. Durch solche Normen können nur die Mitglieder des Bundestages im sog. Innenrechtsverhältnis legitimiert werden. Zudem besteht die Gültigkeit der Geschäftsordnung jeweils nur für die Wahlperiode, die sie beschlossen hat. Inwieweit die Einrichtung einer Enquete-Kommission darüber hinaus unter den Art. 44 GG subsumiert werden kann, ist strittig und wird in der Fachdebatte mehrheitlich ablehnend diskutiert (Maunz 1990). Die Mitglieder der Enquete-Kommission AIDS einigen sich beispielsweise in ihrer ersten Sitzung darauf, dass für die Kommission auch die Rechte und Pflichten des Art. 43 GG Geltung haben soll (Kommissionsunterlagen der Enquete-Kommission vom 16.6.87, S. 7).

Grundsätzlich zeigt sich in diesem gesetzlichen Vakuum, dass Enquete-Kommissionen kein eigenständiger Status zugebilligt wird und sie sich nach wie vor in einer Art 'Versuchsstadium' befinden. Hierin ist als Vorteil zu sehen, dass sie in ihrer Entwicklungsmöglichkeit frei und flexibel sind und sich den gesellschaftlichen Anforderungen in immer wieder unterschiedlicher Weise stellen können. Ihre Bedeutung im gesellschaftlichen Demokratisierungsprozess ist offen. Die politische Tragweite kann sich grundsätzlich aus der inneren Kohärenz ihrer Ergebnisse ableiten. Faktisch scheint es vor allem eine Frage der öffentlichkeitswirksamen Vermarktung zu sein.

Dies eröffnet gleichermaßen die problematische Seite der gesetzlichen Unverbindlichkeit, ist doch die Ergebnisakzeptanz immer auch eine Frage politischer Opportunität.

### 4.1.2. Aufgabe und Auftrag der Enquete-Kommissionen

Die Offenheit einer Enquete-Kommission in verfassungsrechtlicher Stellung, Aufgaben- und Zielbestimmung spiegelt sich im rechtlichen Rahmen der Enquete-Kommissionen. Zwar sieht der § 56 GOBT die *"Vorbereitung von Entscheidungen über umfangreiche und bedeutsame Sachkomplexe"* als Aufgabe, was bedeutet, dass die Enquete parlamentarische Entscheidungen vorzubereiten und sich demnach auf die verfassungsmäßige Zuständigkeit des Bundestages zu beschränken habe. Die Komplexität der zu untersuchenden Sachverhalte lässt eine solche Beschränkung jedoch in der Regel nicht zu, so dass sie sich diese Umgrenzung nicht zu eigen machen. Im Falle der AIDS-Enquete-Kommission ist festzustellen, dass die Grenzüberschreitung als solche nicht einmal mehr wahrgenommen wird, so sehr ist der umfassende Untersuchungsanspruch verinnerlicht. Gerade umgekehrt verläuft die Arbeit der Untersuchungsausschüsse in der Praxis, denn hier wird nur ein klar abgegrenzter Sachverhalt aus der Vergangenheit abgearbeitet. Die Themen der Enquete-Kommissionen sind hingegen in der Regel prospektiv angelegt, so dass sich ihr Auftrag nur schwer konkret bestimmen lässt. Der gewählte Titel *"Gefahren von AIDS und wirksame Wege ihrer Eindämmung"* formuliert eher eine allgemeine Zielrichtung. Hier argumentiert Kretschmer (1993), dass Bestimmtheitsanforderungen kontraproduktiv seien, da Enquete-Kommissionen Spielraum für die Ausgestaltung ihrer Aufgabenerfüllung benötigen.

Formale Aufgabe der Enquete-Kommissionen ist die Erstellung eines Berichtes innerhalb der laufenden Wahlperiode. In der Praxis hat sich hierbei eine übliche Differenzierung in einen Analyse- und einen Empfehlungsteil herausgebildet. Die Empfehlungen besitzen jedoch keine Rechtsverbindlichkeit, da sie keinen Antragscharakter haben (Metzger 1995). Entsprechend kommt es in den Empfehlungen auch häufig zu kontrastierenden Voten, die zum Teil in geschlossene Formulierungen gegossen sind (*"Während die einen meinen, ... , meinen die anderen, ..."*). Bei deutlicher akzentuierten Unterschieden werden Mehrheits- und Minderheitsvoten gegenübergestellt. Es wird jedoch übereinstimmend als politische Schwäche eines Berichtes angesehen, wenn er über viele abweichende Voten verfügt, da den Empfehlungen in diesem Dissensfall die nötige politische Durchsetzungskraft fehlt.

Nach der Abgabe des Berichts ist die Kommissionsarbeit beendet. Die Berichte werden im Falle einer entsprechenden parlamentarischen Initiative wie hier der Großen Anfrage der SPD-Fraktion im Plenum beraten, an einen der zuständigen

Ausschüsse überwiesen oder auch gar nicht mehr behandelt. Die parlamentsexternen Mitglieder haben dann keine interne Möglichkeit der Einflussnahme mehr. Während der Kommissionsarbeit sind jedoch nur die externen Mitglieder zwingender Bestandteil der Enquete-Kommission, während die Teilnahme von Abgeordneten lediglich im Rahmen einer Kann-Bestimmung vorgesehen ist. Der Regelfall bezieht sich sogar auf nur einen Parlamentarier pro Fraktion (§ 56 Abs. 2/3 GOBT). Bislang haben die Fraktionen bei allen Enquete-Kommissionen von ihrem Recht zur Entsendung Gebrauch gemacht. Es sind sogar jeweils mehrere Abgeordnete im Proporz der Sitzverteilung des Bundestages benannt. Analog dazu werden auch die Sachverständigen auf Vorschlag der verschiedenen Fraktionen von dem oder der Bundestagspräsidenten/in vorgeschlagen und von ihm oder ihr dann benannt. Auch bei dieser Proporzzuschreibung handelt es sich nicht um gesetzliche Vorgabe, sondern um eigenständig, sozusagen 'urwüchsig' entwickelte Praxis der Konstituierung von Enquete-Kommissionen (Metzger 1995).

Zeitgleich zur verstärkten Einrichtung von Enquete-Kommissionen setzen die Bundesministerien auch zunehmend eigene Sachverständigenräte ein. Hier werden jedoch zumeist nur externe Experten berufen<sup>2</sup>. Im Gesundheitsbereich ist ein solcher Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion sogar im fünften Sozialgesetzbuch (§§ 141, 142 SGB V) als Pflichtaufgabe des Bundesministeriums festgeschrieben. Interessanterweise sieht also die Exekutive ihrerseits weniger Bedarf für eine direkte Einbindung des Parlaments in ihre Beratung.

### **4.1.3. Parlamentarische und externe Mitglieder der Enquete-Kommission**

Hoffmann-Riem/Ramcke (1989) spekulieren, dass die externen Mitglieder nach politischer Opportunität der jeweils sie benennenden Partei bestellt werden, und dass sich ihr Abstimmungs- und Argumentationsverhalten mit dem der entsendeten Ab-

---

<sup>2</sup>) Eine Ausnahme, die möglicherweise auf eine Neuentwicklung hinweist, besteht in dem Experten Ausschuss zur Zukunft der Bundeswehr, eingerichtet und berufen von Bundesminister Scharping 1999 mit Experten sowie aktuell tätigen und ehemaligen Politikern.

geordneten deckt. Meine Untersuchungen zur AIDS-Enquete-Kommission bestätigen diese Hypothese.

Die parteipolitische Determination der Enquete-Kommission-Arbeit zeigt sich neben der fraktionsgebundenen Bestellung der Sachverständigen und der hohen Zahl der Parlamentarier auch darin, dass noch kein Parlamentsexterner den Vorsitz einer Enquete-Kommission angetragen bekommen hat, obwohl dies rechtlich vorstellbar und wohl auch im Sinne der GOBT der Regelfall zu sein hätte: da hier lediglich von einem Abgeordneten pro Fraktion ausgegangen wird, könnte dieser kaum in der Lage sein, den Vorsitz zu übernehmen. In der Praxis hat sich allerdings ein festes Ritual wechselnder Vorsitze nach Fraktionsstärke etabliert (Gayl 1993:23).

Ohnehin erscheint die parteipolitische Anbindung der Sachverständigen fragwürdig, wie Hoffmann-Riem/Ramcke (1989) aufzeigen. Das jeweilige Vorschlagsrecht der Fraktionen führe dazu, dass Sachverständige nicht nur ihres unabhängigen Sachverständes wegen, sondern primär aus parteipolitischen Erwägungen benannt würden. Da in einigen Kommissionen – und auch im vorliegenden Fall der AIDS-Enquete-Kommission – bereits parteipolitische Positionen festgelegt sind, werde die Kommissionsarbeit dann in ihrer weiteren Arbeit auf die Realisierung und detaillierte Ausführung der jeweiligen Position ausgerichtet. Somit stehe also nicht die zweckfreie Analyse im Vordergrund, sondern die Ausrichtung an der "Verwendungstauglichkeit" der Ergebnisse. Es entstehe eine Konzentration auf zeitlich nahe politische Ereignisse oder vorhersehbare Konfliktkonstellationen. Die Analyse langfristiger Zukunftsprobleme tritt dabei in den Hintergrund. Zusammengefasst gebe es also eine umgekehrte Proportionalität zwischen Verwendungstauglichkeit und sachverständiger Analyse (ebd.).

Dies spitzt Vowe (1986:566) in seinem Beitrag für *DAS PARLAMENT* dergestalt zu, dass er dem Anspruch einer wissenschaftsorientierten Arbeitsstruktur einer Enquete-Kommission entgegen tritt und Enquete-Kommissionen als einen "auf Interaktion angelegten Problembearbeitungsprozess" bezeichnet. In diesem Sinne kann dann kaum mehr von wissenschaftlicher Politikberatung gesprochen werden, sondern eher von gesellschaftlichem Dialog.

#### 4.1.4. Implizite Funktionen einer Enquete-Kommission

In der juristischen Debatte findet sich eine umfangreiche Diskussion über die Stellung der Enquete-Kommissionen im parlamentarischen System, die von Gayl (1993:28ff.) zusammengestellt ist. Durch Klassifikationen von *"nichtständigen Ausschüssen ähnlich"* (Achterberg 1984:160) über *"faktische Ausschüsse"* (Rehfeld 1981:197) und *"Hilfsorgane des Bundestages"* (Kissler 1977:81) bis hin zum *"parlamentarischen Beratungsgremiums sui generis"* (Schmittner 1972:209) wird die große Spannbreite von Zuschreibungen deutlich. Eine tatsächliche Einordnung kann jedoch erst dann erfolgen, wenn die Befugnisse der Enquete-Kommission gesetzlich geregelt werden, stellt Steiger (1973:150) zutreffend fest.

Wichtige Hinweise ergeben sich aus den verschiedenen Zuschreibungen, die den Enquete-Kommissionen seit ihrer Einführung 1969 erteilt werden. Werden zunächst Zielprojektionen, Gesamtkonzeptionen und Lösungsvorschläge erwartet, die Enquete-Kommissionen mithin als Instrumente des Bundestages zur Mitregierung gesehen (Steiger 1973:151), nennt Klatt (1981:12) die Arbeitsziele Initiativfunktion, Informationsfunktion und Öffentlichkeitsfunktion. Klatt sieht also bereits die gewünschte Vermischung parlamentarischer und gesellschaftlicher Fragen, die Kretschmer (1993:265) noch deutlicher als Artikulation und Integration politischer Meinungen ansieht. Eine solche Funktionsbestimmung des Instruments Enquete-Kommission entsteht vor allem durch die Enquete-Kommission 'Jugendprotest und demokratischer Staat' unter Vorsitz des damaligen Vorsitzenden der CDU-Nachwuchsorganisation Jungen Union und späteren Bundesverkehrsministers Matthias Wissmann, der neue, öffentlichkeitswirksame Methoden wie die Fernsehübertragung einzelner Anhörungen etabliert und damit die Enquete-Kommission zu einer Art öffentlichem Diskursraum entwickelt. Dieser Ansatz findet sich heute verstärkt auch auf anderen Ebenen politischer Entscheidungsbildung. Als partizipatives Politikkonzept in Form sog. 'Runder Tische' in der sich auflösenden DDR 1989/90 ist ein vergleichbarer Ansatz zur Diskursivierung zum Tragen gekommen und bekannt geworden.

Im Anschluss an die Enquete-Kommission AIDS bilanziert Hampel (1991:120), dass es bei den Enquete-Kommissionen immer mehr darauf ankomme, *"den Ver-*

*such zu unternehmen, eingetretene oder sich abzeichnende Legitimationsdefizite für das politische System mit Hilfe des Instruments Enquete-Kommission (als ein Mittel unter anderen) zu artikulieren, mögliche Lösungsvorschläge gemeinsam (überparteilich) zu erarbeiten, konsensual zu formulieren und die entstandenen Partikularinteressen dadurch kohäsiv an das politische System zu binden, kurz: mittels Kommunikation gleichzeitig integrativ und legitimativ zu wirken".*

Abschließend kommt er zu dem Ergebnis, dass *"Enquete-Kommissionen sozusagen multifunktional verwendbare und zu interpretierende, sich dynamisch entwickelnde gesellschaftspolitische Vermittlungsinstanzen sind, deren komplexe Mechanismen und Wirkungsweisen kaum monokausal zu bestimmen sind"* (ebd.:133).

In diesem Sinne hat dann eine Kommission kaum Möglichkeiten zur unmittelbaren Politikbeeinflussung. Ihre Arbeit hat dann mitunter eher symbolischen Charakter.

Insgesamt ist zu beobachten, dass sich Selbstverständnis von und Erwartungen an die Kommissionen verändern. Wird von den ersten Enquetes noch erwartet, die Politik direkt zu beraten und Gesetzgebung anzuregen, verändert sich das Arbeitsspektrum zunehmend in Richtung auf gesellschaftliche Information, Artikulation unterschiedlicher Standpunkte und partizipative Inkorporierung kritischer oder besonders betroffener sozialer Gruppen.

Inwieweit dieser Ansatz als eigenständiger Faktor die AIDS-Enquete-Kommission bestimmt hat, wird im Folgenden zu prüfen sein, wobei in diesem Fall verstärkend zu berücksichtigen ist, dass bereits vor dem Einsetzungsbeschluss eine in den wesentlichen Zügen formulierte politische Konzeption zur AIDS-Bekämpfung vorliegt (vgl. 3.1.7.). Der Enquete-Auftrag bezieht sich also primär auf Legitimierung der Politik. Die Funktion, Betroffenen ein Feld der Artikulation zu eröffnen, kann als eine Art nachholende Partizipierung angesehen werden.

## **4.2. Entstehung der AIDS–Enquete–Kommission**

Die Zielbestimmung der Enquete–Kommission ist die inhaltliche Fundierung der bereits auf den Weg gebrachten Präventionspolitik.

### **4.2.1. Anträge der Bundestagsfraktionen auf Einrichtung einer AIDS–Enquete–Kommission**

Die gesellschaftliche Diskussion um AIDS seit 1985 hat, wie bereits ausgeführt, im Zuge der Bundestagswahl 1987 erheblich an politischer Bedeutung gewonnen. Kurz nach Konstituierung des 11. Deutschen Bundestages im Frühjahr 1987 stellen die Fraktionen von CDU/CSU und der FDP, die Fraktion der SPD und die Fraktion der Grünen jeweils eigene Anträge auf Einrichtung einer Enquete–Kommission. Der SPD–Antrag setzt sich für die Benennung 'Gefahren von AIDS und wirksame Wege zu ihrer Eindämmung' ein und sieht in der Aufgabenbeschreibung die Verbesserung des Wissens– und Informationsstandes des Parlaments über die Krankheitserscheinung und ihre Gefahren sowie Möglichkeiten der Bekämpfung vor. Als Zielbestimmung wird die Vorbereitung politischer Beratungen und Entscheidungen genannt, wobei insbesondere die von AIDS ausgehenden Gefahren herausgearbeitet, die Folgen für die Gesellschafts– und Gesundheitspolitik bewertet und Vorschläge unterbreitet werden sollen, wie diesen Gefahren begegnet oder sie abgewendet werden können (BT–Drucksache 11/117).

Der Antrag der Regierungsfractionen, der insgesamt weniger spezifisch formuliert ist, fragt über den SPD–Antrag hinausgehend auch nach Prüfung administrativer und seuchenrechtlicher Maßnahmen zur Verhinderung einer möglichen Ausbreitung der Krankheit (BT–Drucksache 11/120).

Die Fraktion der Grünen setzt in ihrem Antrag auf Einrichtung einer Kommission einen deutlich anderen Schwerpunkt, wie sich bereits in der Formulierung 'Möglichkeiten der Menschen in der Bundesrepublik Deutschland, mit AIDS zu leben' ausdrückt. Zielsetzung der Grünen ist die Unterstützung des Ausschusses für Jugend, Familie und Gesundheit in der Vorbereitung einer Vorlage für eine Debatte des Deutschen Bundestages zum Thema AIDS, die für Herbst 1987 vorgeschlagen wird.

Die Kommission soll gemäß diesem Antrag vorrangig aus Persönlichkeiten bestehen, die mit der AIDS-Problematik besonders berührt und vertraut sind (BT-Drucksache 11/122). Mit diesem Rahmenvorschlag zur personellen Besetzung beziehen sich die Grünen durchaus auf den Geist der Enquete-Einrichtungen. Statt wissenschaftlicher Qualifikation wird von Sachverständigen vor allem Betroffenen-nähe eingefordert. Dadurch wird ein impliziter Vorbehalt der Grünen gegen einen Kreis sog. 'Expertokraten' deutlich. Gleichzeitig fordern die Grünen, den Auftrag der Enquete-Kommission explizit auf die Vorbereitung parlamentarischer Debatten zu beschränken. Auch hier schimmert ein Misstrauen durch, dass Politik in Unterausschüsse delegiert werden könne. Dieses Misstrauen jedoch resultiert meiner Beobachtung nach aus politischer Unerfahrenheit der Grünen, die die Einschätzung erschwert, welche Funktionen einer solchen Kommission zukommen können. Inhaltlich besteht bei den Grünen die Sorge, die Enquete könne bayerische AIDS-Konzepte im Namen des Parlamentes propagieren. Gerade aus der pessimistischen Selbsteinschätzung heraus, die Arbeit der Kommission nicht maßgeblich gestalten zu können, wird ihr möglicher Einfluss in einem Bedrohungsszenario deutlich überhöht. So betiteln die Grünen in einer späteren Presseerklärung die Enquete etwas ironisch mit *"Gefahren der CSU und wirksame Wege ihrer Eindämmung"* (Beck 1991.)

Nach parlamentarischer Überweisung in den Ausschuss für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit legt dieser eine weitere Beschlussvorlage auf der Grundlage der Anträge von CDU/CSU/FDP und der SPD vor. Es soll herausgestellt werden, dass die besondere Herausforderung durch die Krankheit AIDS ein gemeinsames Handeln möglichst aller politisch Verantwortlichen gebiete (BT-Drucksache 11/244). Vom Wortlaut gehen die Voranträge der Regierungsfaktionen und der SPD jeweils zur Hälfte in die gemeinsame Beschlussvorlage ein. Es fehlt jedoch die Arbeitsaufgabe der Überprüfung *"administrativer und seuchenrechtlicher Maßnahmen zur Verhinderung der weiteren Verbreitung der Krankheit"* (BT-Ds. XI/120), an der der CSU besonders gelegen ist. Dadurch, dass diese Anforderung nicht mehr explizit genannt wird, ist der zentrale Ansatz der bayerischen Staatsregierung zunächst ausgeblendet. Nach internen Berichten wird der CSU dieser Kompromiss dadurch abgerungen, dass ihr in einer unionsinternen Regelung als Ausgleich das Vorschlagsrecht für alle drei externen Sachverständigen, die die Fraktion der CDU/CSU benennen kann, zugestanden wird (s.u.).

Die Fraktion der Grünen kann jedoch in den gemeinsamen Antrag nicht einbezogen werden, sie besteht auf ihrem Antrag. In ihrer Ablehnung des Kompromissvorschlages insistieren sie, der Enquete-Kommission nur die Vorbereitung eines eigenen Meinungsbildungsprozesses aufzutragen, der dann im öffentlichen Raum des Parlamentes entwickelt werden müsse. Sie formulieren also auch schon methodisch ein anderes Verständnis der Arbeit. Insbesondere sehen sie nämlich die Betroffenennähe nicht sichergestellt. Hier geben die Grünen wiederum ihrer Skepsis gegenüber einer solchen Form der eher internen Meinungsbildung entsprechender Gesundheitsfachleute Ausdruck. Besondere Bedeutung kommt dagegen nach Auffassung der Grünen der Sicherung der Grundrechte und des Datenschutzes zu. Diese Zielvorgaben sehen sie im Antrag des Ausschusses nicht genügend berücksichtigt (Deutscher Bundestag 1990a:41f.).

Angenommen wird am 8. Mai 1987 die Beschlussempfehlung des Ausschusses, in welchem die Kommission unter den von der SPD-Fraktion eingebrachten Namen 'Gefahren von AIDS und wirksame Möglichkeiten ihrer Eindämmung' gestellt wird. Aufgabe dieser Enquete-Kommission ist es dem Antrag zufolge, durch Verbesserung des Informations- und Wissensstandes des Deutschen Bundestages über die Immunschwächekrankheit AIDS, ihre Gefahren und Bekämpfungsmöglichkeiten seine gesellschafts- und gesundheitspolitischen Beratungen und Entscheidungen vorzubereiten und wissenschaftlich zu fundieren. Der Beschluss sieht vor, Sachverständige aus den Bereichen der medizinischen und der Gesellschaftswissenschaften, der Rechts-, Sexual- und Kommunikationswissenschaften und aus dem Bereich der Selbsthilfe zu berufen.

In der Sichtweise des Kommissionenvorsitzenden Hans-Peter Voigt (CDU) handelt es sich bei dem Beschluss um den weitreichenderen Antrag. Seiner Meinung nach ist der Erkenntnisanspruch der Grünen hier integriert, ergänzt jedoch um die Erörterung der Eindämmungsmöglichkeiten (Kommissionsunterlagen vom 16.6.1987, S. 7).

Die Problembeschreibung der Immunschwächekrankheit ist in dem Beschluss deutlich von der Fokussierung auf eine medizinische Lösung in Form eines Gegenmittels geprägt. Dies drückt sich bereits in der Erstnennung aus: *"Alle Anstrengungen müssen darauf gerichtet werden, die Forschung zur Entwicklung eines Gegenmittels und eines Serums zu forcieren,..."*. Diese Orientierung wird auch zur Prämisse der

Kommissionsarbeit erklärt: *"Der Deutsche Bundestag ist sich darüber im Klaren, dass die Kommission keine abschließenden Vorschläge erarbeiten kann, solange kein wirksames Gegenmittel gegen die Krankheit gefunden ist"* (Deutscher Bundestag 1990a:43). Die sich der Kommission unmittelbar stellenden Fragen nach Hilfen für die Erkrankten<sup>3</sup> und Verhinderung der Weiterverbreitung (Primärprävention) erscheinen hier nur untergeordnet aufgeführt. Im folgenden Beschlusstext wird die Kommission, in sechs Fragestellungen aufgeschlüsselt, um konkrete Vorschläge ersucht, die sich allerdings mit einer Ausnahme<sup>4</sup> ausschließlich auf Aspekte der Prävention und der gesellschaftlichen Situation der Betroffenen bezieht (Deutscher Bundestag 1990a:42ff.). Es ist also bereits im Beschlusstext das sich im Folgenden häufende Phänomen zu beobachten, dass die Debatte gemäß den Ansprüchen der zentralen Thesen um die eher klassischen Wissenschaftsfelder der Rechts- und Medizinpolitik kreisen soll, in der Detailbenennung dann aber stärker Lösungsstrategien der Sozial- und Gesundheitswissenschaften im engeren Sinne eingefordert werden. Wie im Folgenden (vgl. 4.4.) noch ausgeführt wird, zieht sich dieser Widerspruch durch die weitere Arbeit der Kommission.

---

<sup>3)</sup> An dieser Stelle ebenso wie in den späteren Berichten der Kommission zumeist mit der Erweiterung 'und Infizierten' aufgeführt.

<sup>4)</sup> Der Unterabschnitt *"– die Kommission soll ferner untersuchen, ob und wie die Forschung zu AIDS und die Umsetzungsmöglichkeiten von Forschungsergebnissen ausgebaut werden können und welche Schritte aus der Sicht der Deutschen Bundestages geeignet erscheinen, die internationale Zusammenarbeit enger und wirksamer zu gestalten"* (Deutscher Bundestag 1990a:43f.) impliziert zumindest (im Gegensatz zu den anderen Aufgabenstellungen) die Frage nach medizinischen Handlungsansätzen.

### 4.2.2. Die personelle Besetzung der Kommission

In die Kommission werden gemäß Einrichtungsbeschluss neun Abgeordnete und acht Sachverständige berufen. Nach dem internen Verteilungsschlüssel entsendet die CDU/CSU-Fraktion vier, die SPD drei Abgeordnete. Der FDP und den Grünen werden jeweils ein Sitz zugestanden.

Bei den parlamentsexternen Kommissionsangehörigen gestehen sich Union und SPD die Benennung von jeweils drei Sachverständigen zu. FDP und Grünen wird wiederum das Vorschlagsrecht für je eine Person eingeräumt.

Die CDU/CSU schlüsselt dabei ihre zu entsendenden Abgeordneten wiederum auf. Für die CSU nimmt der Jurist Norbert Geis<sup>5</sup> in der Enquete Platz. Die CDU entsendet den konservativen Mediziner Karl Becker und den ähnlich positionierten Juristen Joseph-Theodor Blank sowie den liberalen Pharmazeuten Hans-Peter Voigt, der auf stille Intervention der Bundesgesundheitsministerin Rita Süßmuth den Vorsitz der Kommission angetragen bekommt.

Die Sozialdemokraten stellen mit dem Psychologen Achim Grossmann den stellvertretenden Vorsitzenden. Darüber hinaus werden die Ärztin Margit Conrad und die spätere bayerische SPD-Landesvorsitzende Renate Schmidt benannt. Letztere wird wegen Arbeitsüberlastung ob ihrer gewachsenen politischen Bedeutung im September 1989 durch den Juristen Eckart Pick abgelöst.

Die Grünen benennen die Ärztin Heike Wilms-Kegel, die im Februar 1989 durch die Pädagogin Marie-Luise Schmidt ersetzt wird. Die FDP entsendet den bayerischen Abgeordneten und Statistiker Norbert Eimer.

In der Berufung der externen Kommissionsmitglieder fällt eine deutlich überproportionale Vertretung der CSU auf. So fallen die drei Expertensitze, deren Benennungsrechte der Union zustehen, an den Politikwissenschaftler Hans-Ullrich Gallwas, den Rechtsmediziner Wolfgang Spann und den Rechtswissenschaftler Nepomuk Zöllner. Alle drei lehren an der Ludwig-Maximilian-Universität in München und haben sich bereits im Vorlauf als entschiedene Verfechter der Suchstrategie ausgewiesen (Werner 1987). Intern wird diese Benennungsregelung als Ausgleich dafür gewertet, dass die CSU nicht nur im Koalitionspapier, sondern speziell auch in der gemeinsamen Beschlussvorlage der Regierungsfractionen mit der SPD zur Einrichtung dieser

---

<sup>5</sup>) Berufsbezeichnungen entnommen aus Deutscher Bundestag 1987.

Enquete zahlreiche Zugeständnisse gemacht hat (vgl. 4.2.1.). So wird also bereits die Verteilung von Sachverständigensitzen zum Teil einer politischen Aushandlung mit dem Ergebnis einer stark überrepräsentierten Vertretung der CSU-Politik.

Die SPD kommt der Forderung der Grünen nach, mit der Thematik besonders Vertraute und von ihr Betroffene zu benennen. Es sind dies der Bundesanwalt beim Bundesgerichtshof und bekannte Schwulenaktivist Manfred Bruns (1987), der Vorsitzende der Deutschen AIDS-Hilfe, Dieter Riehl und der Gesundheitswissenschaftler Rolf Rosenbrock vom Berliner Wissenschaftszentrum für Sozialforschung. Alle drei sind als offen homosexuell bekannt und gelten als Befürworter einer betroffenenennenden Aufklärungsstrategie. Die FDP nominiert den Frankfurter Mediziner Wolfgang Stille, der auf Grund seiner beruflichen Tätigkeiten in verschiedenen Ländern als einer der wenigen bundesdeutschen Experten im Bereich der Infektiologie gilt und 1982 die ersten AIDS-Fälle in Deutschland gemeldet hat (Kommissionsunterlagen vom 17.9.1987, S.9). In einem Memorandum positioniert sich Stille eindeutig für Massenscreening (Stille/Heim 1987). Die Grünen benennen die Psychologin Sophinette Becker, die zunächst an der psychosomatischen Klinik der Ruprecht-Karls-Universität in Heidelberg tätig ist und später an die Abteilung für Sexualwissenschaft am Klinikum der Johann Wolfgang Goethe-Universität in Frankfurt/Main wechselt. Becker ist Mitglied der Deutschen Gesellschaft für Sexualwissenschaft, die vehement gegen jede Form der Suchstrategie argumentiert. Wenngleich Becker diese Grundhaltung gleichermaßen vertritt (Becker 1986), positioniert sie sich in einigen Bereichen des AIDS-Diskurses deutlich anders als die unter 7.3. in dieser Arbeit erwähnten Kritiker insbesondere des damaligen Vorstandes der Gesellschaft und als der Leiter der sexualwissenschaftlichen Abteilung in Frankfurt, Volkmar Sigusch (vgl. 5.3.).

Insgesamt deutet diese Kommissionsbesetzung auf ein labiles Gleichgewicht hinsichtlich der Kontroverse Lern- versus Suchstrategie, wobei sich im Vorfeld eine Mehrheit für eine Testermutigungspolitik, aber gegen administrative Maßnahmen abzeichnet.

### 4.2.3. Die Konstituierung der Enquete-Kommission

In der konstituierenden Sitzung am 16.6.1987 beschließt die Enquete-Kommission zunächst Formalia wie die Anwendung der Geschäftsordnung des Deutschen Bundestages auf die eigene Arbeitsstruktur und den Ausschluss der Öffentlichkeit. Sie verständigt sich auf Grundregeln wie die Geheimhaltung analog zum Art. 3 der Geschäftsordnung des Deutschen Bundestages. Die Mitglieder von Bundestag und Bundesrat haben jederzeit Zutritt und Anhörungsrecht, Anwesenheits- und Auskunftspflicht besteht für geladene Mitglieder der Bundesregierung.

In seinem Einführungsbeitrag interpretiert der Vorsitzende der Kommission Hans-Peter Voigt diese Enquete als Sonderfall, da alle Fraktionen entsprechende Einrichtungsanträge gestellt haben. Der Erfolg liege demnach nicht in etwaiger Aufdeckung von Missständen oder anderen Formen der Skandalisierung, sondern in der Konsensfindung. Implizit findet sich hierin die Grundannahme, dass die gemeinsame Zielsetzung – Wege zur Eindämmung der Krankheit zu finden – nicht mehr zu hinterfragen ist, sondern dass sachorientiert Lösungen gefunden werden müssen.

Die erste Abstimmungsrunde der Kommission verdeutlicht bereits unterschiedliche Bezugnahmen. Hier möchte der CSU-nominierte Ullrich Gallwas mit einer Defizitanalyse und der CDU-Abgeordnete Theodor Blank mit einer Bestandsaufnahme analoger Gremien beginnen, womit sie taktisch vor allem auf die Anhörung des bayerischen Landtages abzielen, was in dramatisierter Art bereits einen entsprechenden ordnungspolitischen Handlungsdruck vorgeben könnte.

Offenkundig soll mit diesen Arbeitsvorschlägen Kritik an der Strategie des Bundesministeriums herausgearbeitet werden. Der SPD-nominierte Sachverständige Rosenbrock hingegen fordert im Sinne einer Kontrolle der Exekutive die Offenlegung und Analyse des Forschungsstandes des Bundesministeriums für Gesundheit, wodurch er sich offenbar neue Erkenntnisse erhofft oder zumindest die Möglichkeit der Forschungssteuerung mit entsprechender Produktion von gewünschten oder unerwünschten Ergebnissen. Mit seinem Vorschlag, zunächst den Forschungsstand des Bundesministeriums zu erfragen, handelt er jedoch grundsätzlich affirmativ im Sinne der Bundesregierung.

In der Grundintention überlappen sich aber ohnehin die Parteigrenzen, wie die ähnlich lautenden Forderungen von Geis (CDU/CSU) und dem SPD-nominierten Sachverständigen Bruns nach Überprüfung der bisherigen AIDS-Politik aufzeigt.

In ihrer 2. Sitzung werden die externen Kommissionsmitglieder dann um erste Stellungnahmen gebeten. Hier weist sich wiederum Wolfgang Stille als vehementer Befürworter des HIV-Antikörpertestes aus, von dem seiner Meinung nach gar nicht genug durchgeführt werden könnten. Die Verbreitung des Testes aus juristischen oder aus sozialwissenschaftlichen Gründen behindern zu wollen, sieht er als *"unerträgliche Beeinflussung der medizinischen Arbeit"* (Kommissionsunterlagen 17.6.87, S. 8). Vielmehr solle dem deutlichen Zusammenhang eines positiven Testergebnisses mit Krankheit nicht widersprochen werden. Stille betont immer wieder die seiner Meinung nach zentrale Rolle des Testes: *"Eine Zustimmung zum Test befindet sich in unseren Klinikaufnahmebedingungen. Wer in unserer Klinik aufgenommen wird, unterschreibt das automatisch. Wir machen das zwar nicht bei allen, aber wir machen es bei sehr vielen. Unsere Interpretation des Problems im Klinikbereich lautet: Testen, testen, testen, testen!"* (Kommissionsunterlagen vom 29.9.1987, S. 159).

Nepomuk Zöllner geht in seinem Einführungsstatement bereits auf Konfliktkurs mit dem Vertreter der DAH, deren Aufklärungsschriften er *"beschönigend"* (ebd.:9) nennt. Entgegen der zielgruppenspezifischen, akzeptierenden Präventionsarbeit der AIDS-Hilfen fordert er eine namentliche Meldepflicht, eine engmaschige Betreuung durch die Gesundheitsämter und eine Erfassung möglichst aller bereits infizierten Menschen.

Sophonette Becker hingegen plädiert gegen die Propagierung von HIV-Tests, da sie Depressionen als wesentliche Nebenwirkung eines positiven Testergebnisses benennt. Dem widersprechen jedoch spontan die Sachverständigen Zöllner, Spann und Stille, die unisono darauf hinweisen, dass eine erhöhte Suizidrate bei positiv Getesteten statistisch nicht belegt sei (ebd.). Auf dem Hintergrund seiner Beobachtung von ca. 5.000 HIV-positiven Fälle im Rahmen seiner Klinik Tätigkeit und der mit der Klinik assoziierten städtischen Ambulanz berichtet Stille davon, dass nur sehr wenig Frühsuizide vorgekommen seien, womit ein positives Testergebnis mit anschließendem Suizid gemeint ist. Häufiger trete hingegen ein 'Bilanzsuizid' auf, wenn sich der Patient selber tötet in Erwartung einer nur noch kurzen und schmerzhaften Restle-

bensdauer. Hier spricht Stille von einem *"im Grunde berechtigten Suizid"* (Protokoll vom 29.9.1987, S. 157). Eine dritte Form sei die des Suizid aus sozialer Not, wenn der Patient seine Sozialbezüge verliere. Dies finde in der Regel in einer 'Mittelphase' der HIV–Infektion statt. Dem widerspricht Manfred Bruns, der von Erfahrungen der AIDS–Hilfen berichtet, nach denen Suizide vertuscht werden aus Gründen der Pietät gegenüber Angehörigen, Freunden und Umgebung (Kommissionsunterlagen vom 29.9.1987, S. 179).

Es deutet sich an dieser Frage ein typischer Konflikt ab zwischen quantitativ und qualitativ orientierter Wissenschaft (Epidemiologie versus Sozialepidemiologie) als eine Variante des Konfliktes von Medizinern und Juristen versus den VertreterInnen gesellschaftswissenschaftlicher Ausbildungen. Die fachliche Zugehörigkeit der ExpertInnen führt auch zu unterschiedlichen Strategien der AIDS–Bekämpfung. So neigt der Mediziner eher zu medizinisch–technischen Lösungen. Für den Juristen zählen vor allem normative Regeln, insbesondere die Verhaltenspflicht des Einzelnen und die Schutzpflicht des Staates (vgl. z.B. Minderheitenvotum der Enquete–Kommission, Deutscher Bundestag 1988:229). Die SozialwissenschaftlerInnen argumentieren hingegen mit Effektivitätsüberlegungen auf der Grundlage empirischer Erkenntnisse.

So plädiert Rosenbrock in seinem Einführungsstatement für eine interdisziplinäre Betrachtung des Themas, wobei vor allem die Interferenzen zu untersuchen seien zwischen den Politikbereichen der Gesundheit, des Sozialen, der Forschung sowie der Rechts– und der ordnenden Gesellschaftspolitik, zugleich belastet mit rational nur bedingt zugängigen Themen der Sucht–, Moral– und Sexualpolitik. Diesen Problemaufriss belegt er mit einer Aufzählung von zahlreichen ungeklärten Rahmendaten, die ihn zu dem Ergebnis kommen lassen: *"Wir wissen nichts!"* (Kommis-

sionsunterlagen vom 17.6.1987, S. 15)<sup>6</sup>. Rosenbrock schlägt vor, zwei unterschiedliche Szenarien zu entwickeln nach den Eckpunkten 'worst case' und 'best-case'. Damit könne die ganze Spannbreite möglicher Sichtweisen integriert werden. Von den dann abgeleiteten Präventionsstrategien verspricht sich Rosenbrock eine besondere Umsetzungskraft, da so die Prämissen unterschiedlicher Sichtweisen berücksichtigt werden können (ebd.).

Dieter Riehl von der Deutschen AIDS-Hilfe betont zunächst, dass AIDS schwer übertragbar sei und sieht die vordringliche Aufgabe der Enquete-Kommission darin, der gesellschaftlichen Hysterie entgegenzutreten (Kommissionsunterlagen vom 17.6.1987, S. 19). Er formuliert die Sorge, dass *"die Auswirkungen auf das gesellschaftliche Klima längerfristig wesentlich gravierender sein können als die gesamten medizinischen, finanziellen oder sonstigen Probleme"* (Kommissionsunterlagen vom 29.9.1877).

In einer anschließenden Diskussion über ein mögliches Sondergutachten zu AIDS in Afrika wird auf dieser Sitzung mit dem Thema der inhaltlichen Konstituierung bereits deutlich, dass es ein Bewusstsein für die herausragende Rolle der afrikanischen Entwicklung gibt. Damit klingt bereits eine Sichtweise durch, die erst seit der Abnahme der Neuinfektionen seit 1989 in Deutschland breit diskutiert wird, dass nämlich der Schrecken der Krankheit vor allem die Staaten Afrikas sowie andere arme Länder treffe. Dieser elementare Zusammenhang zwischen sozialen und gesundheitlichen Problemen einer Bevölkerung wird jedoch kaum vertieft. Das Gutachten wird aus Kostengründen nicht angefertigt, jedoch unternehmen einzelne Mitglieder der

---

<sup>6</sup>) Rosenbrock führt im Einzelnen auf: *"Sämtliche Hochrechnungen oder Extrapolationen auf der Zeitachse weisen derart beträchtliche methodische und gravierende methodologische Schwächen auf, dass sie als Grundlagen für politische Entscheidungen ausfallen. Es gibt eine Reihe von Punkten, die jede dieser Hochrechnungen absolut unbrauchbar machen: Wir wissen nichts über die Größe und soziale Zusammensetzung der risikotragenden Populationen, nichts über die Verteilung des transmissionsrelevanten Verhaltens, nicht genug über die erforderlichen Dosierungen in der Blutbahn, fast nichts über die Rolle von Faktoren bei der körpereigenen Abwehr gegen das Virus, nichts über die generelle Wahrscheinlichkeit, sich in einer Risikosituation zu infizieren, nicht genug über die unterschiedliche Länge der Latenz und über die physiologischen und psycho-sozialen Faktoren, von denen die Latenz abhängt, nicht über die Wahrscheinlichkeit des Ausbruchs der Krankheit nach der Infektion, nicht über die Kofaktoren, von denen dies abhängt, nichts über die Wahrscheinlichkeit der Verfügbarkeit von Impfstoffen oder durchschlagender Therapeutika. Diese Faktoren bedeuten, dass das Problem AIDS mathematisch nicht modellierbar ist"* (Kommissionsunterlagen vom 17.6.1987, S. 15).

Kommission später eine Reise nach Uganda, um sich vor Ort einen Eindruck zu verschaffen. Da es hier jedoch zu keiner einheitlichen Sichtweise kommt, findet es auch keinen Niederschlag im Endbericht der Enquete-Kommission.

In der Fortsetzung der Eingangsstatements in der dritten Sitzung am 26.6.1987 betont der CSU-nominierte Wolfgang Spann wiederum die prioritäre Bedeutung der Medizin. Die Möglichkeiten einer umfassenden Diagnostik dürften nicht behindert werden. Auch gesetzliche Vorgaben hält er für notwendig, damit durch eine eindeutige Normsetzung der Schutz für alle Bürger sichergestellt sei.

Mit Spann schließt sich der Reigen der Experten, die sich zunächst eindeutig in zwei Lager teilen lassen. Es sind zum einen die von den Fraktionen der Regierungsparteien nominierten Juristen und Mediziner, die eine Vormachtstellung ihrer wissenschaftlichen Disziplinen verlangen. Konkret äußert sich dies in dem Verlangen nach möglichst umfangreichem epidemiologischen Datenmaterial und der entsprechenden juristischen Absicherung. Demgegenüber betonen die sozialwissenschaftlich ausgebildeten Experten, die von den Fraktionen der Opposition benannt sind, einen möglichst weitgehenden Schutz der Infizierten vor regulativen Maßnahmen und eine Orientierung auf subsidiäre Mittel der Gesundheitspolitik. Eine Ausnahme stellt hier lediglich der SPD-nominierte Jurist Manfred Bruns dar, der zwar einerseits über ein Strafgesetz nachdenkt, nach dem Geschlechtsverkehr nur noch mit Kondom statthaft sei, andererseits einräumt, dass vom Strafrecht kein effektiver Beitrag zur HIV-Prävention zu erwarten sei. Insbesondere die Klassifizierung einer HIV-Infizierung als Körperverletzung stehe vor dem großen Problem, kaum nachweisbar zu sein<sup>7</sup>.

---

<sup>7)</sup> An anderer Stelle gibt aber gerade Bruns Anstoß für ein typisches interdisziplinäres Problem, das sich spitzfindig bis in den Sprachgebrauch ausdrückt. Bruns schlägt vor, den Begriff der 'Prävention' bei Verfassen des Zwischenberichtes durch 'Primärprävention' zu ersetzen, woraufhin Zöllner entgegnet, bei Infektionskrankheiten gebe es nur den Begriff der Prävention. Er sei nicht damit einverstanden, wenn Begriffe aus der Soziologie in die Medizin übernommen werden (Kommissionsunterlagen vom 8.2.1988, S. 8). Bereits auf dieser vergleichsweise banalen Ebene der Begriffsfindung bestehen mitunter unterschiedliche Vorstellungen. Weder die Kommissionsunterlagen noch die persönlichen Nachfragen bei Kommissionsmitgliedern vermitteln eine Handlungsstrategie, wie solche oft stark gegensätzlichen Positionen letztendlich doch zusammenfinden können. Es deutet einiges darauf hin, dass Durchsetzungsformen am ehesten noch im Bereich von Erschöpfung und Grenzen der Konfliktbereitschaft zu sehen sind, wobei insbesondere bei den Abgeordneten und Sachverständigen von CSU und FDP eine gewisse Resignation einzutreten scheint.

Im ersten inhaltlichen Block beschäftigt sich die Kommission auf der vierten Sitzung am 14.7.1987 mit aktuellen tagespolitischen Fragen zu AIDS. Es beginnt mit der Behandlung eines Dringlichkeitsantrages des Bayerischen Staatsministeriums. Hier wird sich auf Pressemitteilungen berufen, nach denen HIV im Blut von Stechmücken isoliert worden sei. Daraus schlussfolgert Staatsminister Peter Gauweiler für den Antragsteller, dass die Bedrohung bislang dramatisch unterschätzt sei. Die Kommission verständigt sich hier jedoch mehrheitlich auf Nichtbefassung.

Zu dieser Sitzung ist auch eine Sonderanhörung anberaumt zu den Presseberichten, nach denen HIV-Infizierte in Fahndungscomputern der Polizei gespeichert werden. Tatsächlich bestätigt der vorgeladene Ministerialbeamte Schreiber vom Bundesministerium des Inneren, dass bereits 334 Speicherungen im Zentralcomputer des Bundeskriminalamtes den Zusatz 'Vorsicht Blutkontakte' führen. Er begründet dies mit der Fürsorgepflicht des Arbeitgebers gegenüber seinen Angestellten, die von der möglichen Infizierung einer ins Auge gefassten Person wissen müssen, um im Direktkontakt entsprechende Vorsichtsmaßnahmen treffen zu können. Diesem Verfahren haben nach seinen Angaben alle Bundesländer außer den Stadtstaaten Hamburg und Bremen zugestimmt.

Sowohl einige der Kommissionsmitglieder als auch der Bundesbeauftragte für den Datenschutz Hertel kritisieren diese Maßnahme, weil keine ausreichende gesetzliche Grundlage dafür vorliege. Der Staatssekretär im Bundesgesundheitsministeriums Werner Chory stellt in den Raum, dass die Datenspeicherung im Sinne des von seinem Haus angestrebten Vertrauensklimas für eine umfassend akzeptierte Präventionsbotschaft *"möglicherweise kontraproduktiv"* sei. Die Gesundheitsministerin Süßmuth ist auch im Vorfeld nicht von dieser Verfügung ihres Kabinettskollegen Friedrich Zimmermann (CSU) unterrichtet (Kommissionsunterlagen vom 14.7.87, S. 41).

Auf Nachfrage von Rosenbrock betont Schreiber, dass eine ressortübergreifende Betrachtung des Themas zunächst nicht angedacht worden ist: *"Die Innenminister des Bundes und der Länder haben keine Güterabwägung im Blick auf die allgemeine Gesundheitspolitik vorgenommen oder vornehmen müssen"* antwortet er und weiter: *"Bei der sektoralen, an dem Grundsatz der Fürsorgepflicht orientierten Maßnahme gab es aber keine gesundheitspolitische Güterabwägung"* (ebd., S. 35).

Die anwesenden Regierungsvertreter berichten von den Vorhaben, zur Klärung der umstrittenen Regelung eine interministerielle Arbeitsgruppe zu bilden. Damit ist die Erörterung der Fragestellung für die Kommission abgeschlossen.

Auf dieser 4. Sitzung werden weiterhin die Sachverständigen für die folgenden großen, jeweils zweitägigen Anhörungen zur Epidemiologie, zum medizinischen Krankheitsbild und zu den gesellschaftlichen Auswirkungen von AIDS vorbereitet. Dabei schlagen die Kommissionsmitglieder verschiedene Experten vor, die der Kommissionsvorsitzende dann auf dem Hintergrund informeller Absprachen zu einer fachlich, inhaltlich und politisch möglichst ausgewogenen Veranstaltung zusammenführt.

Für die Anhörung über die gesellschaftlichen Auswirkungen ist hier auch der Hamburger Sexualwissenschaftler Gunter Schmidt benannt, der jedoch nicht teilnimmt.

#### **4.2.4. Arbeitsschritte der AIDS–Enquete–Kommission**

Entsprechend ihrem Auftrag geht die Kommission in ihrer Tätigkeit auf eine Vielzahl von Fragestellungen aus den Bereichen Medizin, Epidemiologie, Prävention, Betreuung, Versorgung und Recht sowie Ethik ein. Dies geschieht in drei Schritten, beginnend mit Bestandsaufnahmen, die den notwendigen Wissensstand vermitteln sollen, über Auswertungen, um auf Basis der Bestandsaufnahmen Feststellungen über Wissensdefizite und Handlungsbedarf treffen sowie entsprechende Bewertungen vornehmen zu können, hin zu Schlussfolgerungen, die als Empfehlungen in die parlamentarische Beratung geleitet werden (Deutscher Bundestag 1990a:46f.).

Grundlage der Bestandsaufnahmen bilden Anhörungen von Sachverständigen, die im September 1987, drei Monate nach Aufnahme der Kommissionsarbeit, mit Vorträgen einiger der bekanntesten deutschen Virologen und Epidemiologen zu den Themen 'Epidemiologie 1987' und 'Medizinisches Krankheitsbild von AIDS' beginnen. Es folgen bis Dezember im ca. vierzehntägigen Rhythmus Anhörungen vorrangig zu Fragen der Präventionspolitik, wobei neben akademisch qualifizierten ExpertInnen auch eine Vertreterin einer Selbsthilfegruppe von Prostituierten befragt wird. Im Oktober 1988, also bereits nach Veröffentlichung des Zwischenberichtes, nimmt die Kommission in einem zweiten Anhörungsmarathon im Wesentlichen sozialmedizinische Fachbeiträge entgegen. Erst zum Jahreswechsel 1988/89 beginnt das Gremium, sich mit der Rechtsproblematik im Zusammenhang mit AIDS zu befassen. Die rückversetzte Behandlung verwundert zunächst insofern, als dass der

Antrag der Regierungsfractionen diese Fragestellung in den Vordergrund des Interesses gestellt hat (s.o.). Verwunderlich ist es auch in Anbetracht der Eigenangaben der Kommission, in denen betont wird, dass die öffentliche und politische Diskussion um die Ausgrenzung Betroffener sowohl in sozialer als auch in rechtlicher Hinsicht Veranlassung gibt, sämtliche Rechtsgebiete auf ihre Vereinbarkeit mit dieser Situation und auf Handlungsnotwendigkeiten zu überprüfen (Deutscher Bundestag 1990a:12). In der Analyse des juristischen Diskurses wird diese Fragestellung aufgegriffen (vgl. 4.6.).

Erst ab März 1989 widmet sich die Kommission dann weiteren Themen. Es folgt eine Anhörung zu Auswirkungen im Trikont sowie die zu 'AIDS und Ethik' geschrumpfte Erörterung der gesellschaftlichen Auswirkungen (vgl. 4.7.). Einer in acht Teilbereiche aufgegliederten Anhörung zu 'Stand und Entwicklung der AIDS-Forschung' im Oktober 1989 folgt abschließend die Entgegennahme eines Berichts der Bundesregierung und die Anhörung zu den Maßnahmen im Rahmen des Sofortprogramms zur AIDS-Bekämpfung (Deutscher Bundestag 1990a:492f.). Als ExpertInnen in den Anhörungen werden neben einer Vertreterin einer Selbsthilfegruppe von Prostituierten (vgl. 4.3.3.) noch ein Redakteur einer Strafgefangenenzeitung und mithin selbst Strafgefangener geladen sowie zwölf VertreterInnen von Betroffenenverbänden, die von der AIDS-Thematik selber berührt sind. Deren Anteil nimmt sich allerdings gegenüber der Gesamtzahl von insgesamt 231 Anhörungen bescheiden aus. Dennoch stößt insbesondere die Anhörung eines Strafgefangenen, ebenso wie die Einladung einer Prostituierten ein Novum in der Geschichte des Deutschen Bundestages, auf massiven Widerstand einiger Kommissionsmitglieder.

An internationaler Besetzung besteht nur eingeschränkt Interesse, wie die Teilnahme von nur acht ExpertInnen aus benachbarten EU-Staaten und der USA sowie von drei deutschen Vertretern der WHO dokumentiert (Deutscher Bundestag 1990a:48ff.). Internationale Beratung bedeutet jedoch mitunter auch ein Kostenproblem für den begrenzten Etat der Kommission.

Insgesamt macht sich die Enquete-Kommission schon in der Arbeitsplanung weitgehend die Prioritäten der zuvor entwickelten Regierungspolitik zu eigen und gestaltet die Anhörungen nach Umfang, Thematik und in der Proportionierung der im AIDS-Diskurs als relevant erachteten gesellschaftlichen Gruppen in Analogie zu vorherigen Anhörungen der Bundesministerien.

### **4.3. Fallbeispiele aus der Arbeit der AIDS–Enquete–Kommission**

Um die Arbeitsweise der Kommission und ihre Ergebnisse genauer darzustellen, wird im Folgenden die Arbeit an vier verschiedenen Themenblöcke exemplarisch dargestellt. Hierbei habe ich jene inhaltlichen Debatten ausgewählt, bei denen die inhaltlichen Kontroversen am deutlichsten heraustreten.

Es handelt sich neben den frühzeitig behandelten Themenbereichen der Epidemiologie, der gesellschaftlichen Auswirkungen von AIDS und der Primärprävention um den Themenkomplex 'AIDS und Ethik'. Die Inhalte werden von der Kommission jeweils in Form von Anhörungen mit anschließender Diskussion und Beratung erschlossen und münden – mit Ausnahme der Ethikdebatte – in Empfehlungen im Kommissionsbericht. Sie werden hier in den folgenden Fallbeispielen in grober Inhaltswiedergabe bei Herausarbeitung und Analyse der wesentlichen Kontroversen dargestellt.

#### **4.3.1. Die Anhörung zur Epidemiologie**

Im September 1987 findet nach zweimonatiger Arbeitspause der Enquete–Kommission eine erste Anhörung zum Thema Epidemiologie statt. Die Bedeutung der Epidemiologie besteht zunächst in der Einschätzung darüber, welche gesundheitlichen Folgen zu erwarten oder zu befürchten sind. Materielle Bedeutung hat dies allerdings weniger für die Politik der AIDS–Bekämpfung als eher für die Berechnung des Versorgungsbedarfes inklusive möglicher Schlussfolgerung für die Solidarsysteme der Kranken– und Rentenversicherung<sup>8</sup>.

---

<sup>8</sup>) Aber auch wenn der epidemiologische Verlauf der AIDS–Erkrankungen prognostizierbar wäre, bleibt der Versorgungsbedarf möglicherweise unkalkulierbar. Wienold (1997:426) verweist hier auf die Einführung der Primärprophylaxe gegen Lungenentzündung (Pentamidin, ab 1989 zugelassen) und insbesondere den ab 1995 verbreiteten Proteasehemmern (sog. Kombinationsherapie), die den grundsätzlichen Charakter des AIDS von einer tödlichen Infektionskrankheit hin zu einer chronischen Erkrankung bedingen (Westhoff 1998). Wienold (ebd.) argumentiert weiter, dass sich damit auch die Finanzierungsszenarien immer wieder verändern.

Dabei wird die schon angesprochene Problematik deutlich, dass die jeweiligen Statistiken auf Grund fehlender Grunddaten nur bedingt aussagekräftig sind. Entsprechend ist diese Anhörung weniger von der Präsentation eindeutig aufzeigbarer Entwicklungslinien bestimmt als vielmehr der Analyse unterschiedlicher Hypothesen. Eine solche Modellrechnung führt der Tübinger Biometriker Klaus Dietz vor. Besonders hebt sich in der Zeichnung dramatischer Szenarien der schwedische Arzt Michael G. Koch hervor, der ein sog. 'Transient'-Phänomen mathematisch beschreibt, nachdem es zu einem langsamen Aufbau epidemiologisch relevanter Befunde mit einer späten, aber heftigen Explosion komme. Diese Berechnungsart bewegt sich so eindeutig im Bereich des Futuristisch-Fiktiven, dass sie nahezu zum Glaubenssatz erstarrt. Wie die weitere Diskussion zu Kochs Thesen aufzeigt, entzieht sich dieser Gedankenansatz weitgehend einer rationalen Erörterung. Während die unterstützenden Kommissionsmitgliedern mehrfach die Dramatik dieser Hypothesen betonen, wird er von den anderen eher ignoriert (Kommissionsunterlagen vom 17.9.1987)<sup>9</sup>.

Der Epidemiologe Karl Überla kommt ebenfalls zu dramatischen Ergebnissen, die er jedoch untermauert, indem er konkrete Zahlen in den Raum stellt. So behauptet er in der Anhörung wörtlich: *"Mehr als 70 % der Homosexuellen in den Großstädten der USA sind seropositiv"* (Kommissionsunterlagen vom 17.9.1987, S. 87). Daraus abgeleitet ist seine Forderung, baldmöglichst eine Meldepflicht für alle HIV-Positiven einzuführen, wobei diese ohnehin komme, da das AIDS-Problem seiner Meinung nach weiter anwachsen werde. Er fordert auch ein eigenes 'AIDS-Gesetz'. Nun ist es im Rückblick leicht, diese These als überzogen zu widerlegen, während situativ nur entgegenzuhalten ist, dass die Grundgesamtheit der Schwulen unbekannt ist.

Auf diese Problematik weist Karl Otto Habermehl hin, der darüber hinaus auch auf die geringe Inzidenz verweist, die biostatistisch eindeutige Ergebnisse nicht zulasse. Meinrad Koch, der Leiter des damaligen AIDS-Zentrums im Bundesgesundheitsamt, stellt zunächst die in seinem Haus geführten Statistiken vor. Hier sei kein Anstieg der AIDS-Fälle festzustellen. Dies verzerre sich jedoch durch die Betrachtung der kumulativen Inzidenz, nach der nicht nur die neuauftretenden Fälle von Seropositivität oder gar AIDS-Erkrankung gezählt werden, sondern die Summe aller posi-

---

<sup>9</sup>) Flankierend zu seinen Berechnungen formuliert Koch auch abgeleitete politische Strategien, so beispielsweise die über die BILD-Zeitung transportierte Forderung nach Ordnungsmaßnahmen gegen Prostituierte: *„Aids-Experte Koch: Infizierte Prostituierte aus dem Verkehr ziehen!“* (Bier 1988), vgl. auch 5.4.1.)

tiven Diagnosen und Erkrankungen seit Beginn der Registrierung 1982/83. Eine Kohortenstudie des Bundesgesundheitsamtes bei homosexuellen Männern sei zudem fehlgeschlagen, weil die Zahl der Neuinfektionen bei den beobachteten Männern *"verschwindend gering"* gewesen sei (Kommissionsunterlagen vom 17.9.1987, S. 22). Trotz dieser geringen Zunahme berichtet Koch an anderer Stelle, dass der Schwulenanteil bei den Betroffenen kontinuierlich bei etwa 75% liege, so dass die befürchtete Ausbreitung in weitere gesellschaftliche Schichten nicht erfolgt sei.

Die Anhörung von Meinrad Koch macht das Dilemma in besonderer Weise sichtbar, dass die professionell so stark an eine Expansion der AIDS-Erkrankungen gebundenen Experten nicht in der Lage sind, die statistisch gebotene Entwarnung zu formulieren oder zumindest hysterische Schlussfolgerungen zurückzuweisen. Tatsächlich handelt es sich um rückläufigen Anstieg an Neuerkrankungen (Inzidenz), die jedoch durch ihre Summenbildung (kumulative Inzidenz) steigt. Auch Rosenbrock bedient diese Betonung der Relevanz, wenngleich er sie einschränkt mit der Bemerkung, es handele sich um *"fallende Zuwachsraten"* (Kommissionsunterlagen vom 17.9.87, S. 102). Jede andere Krankheit mit 'fallenden Zuwachsraten' wird unstreitig als Krankheit mit abnehmender Inzidenz behandelt.

Es zeigt sich darin wiederum ein Methodenproblem. Rosenbrock fordert statt der epidemiologischen Daten *"sozialepidemiologisch angelegte Kohortenstudien auf freiwilliger Basis auch in verschiedenen Betroffenenengruppen"* (Kommissionsunterlagen vom 17.9.87, S. 104). In dem augenblicklich zur Verfügung stehenden empirischen Material sieht er eine Vermengung von Epidemiologie mit Gesundheitspolitik, wobei die Daten jeweils in Hinblick auf die gewünschte Politik-Strategie interpretiert würden.

Diese Diffusität der Ergebnisse der Anhörung zur Epidemiologie bestätigen auch andere Teilnehmer. Karl-Otto Habermehl, der später dem 1993 in Berlin stattfindenden Welt-AIDS-Kongress vorsitzt, plädiert dabei für eine unabhängige Betrachtung und appelliert an alle Beteiligten, ihre Interessen zurückzustellen: *"Ich glaube, wir können bei AIDS inzwischen alles sagen. Und sämtliches Porzellan, das dabei zerschlagen werden könnte, ist bereits zerschlagen. Also völlige Offenheit, ohne Rücksicht auf Interessengruppen und eventuelle auch auf politische Gruppen"* (Kommissionsunterlagen vom 11.9.87, S. 178). Er meint also eine Unterminierung der Erkenntnisbereiche durch Partikularinteressen festzustellen.

Hans Pohle vom Berliner Rudolf-Virchow-Klinikum interpretiert diese unpräzise Datenlage eher selbstkritisch: *"Wir Ärzte ... haben bestimmte Bereiche der Volksgesundheit in den letzten Jahren sehr stark vernachlässigt. Die Drogenabhängigen sind für den niedergelassenen wie für den Klinik-Arzt ein Ärgernis. Da haben sich Berufsfremde etablieren können – Sozialarbeiter, Psychologen und so weiter. Die Ergebnisse sind nicht so, dass wir beschämt sein müssten. Auch in der Umweltmedizin ist es so. Auf dem AIDS-Gebiet sollte es aber auf keinen Fall so sein"* (Kommissionsunterlagen vom 18.9.87, S. 74).

Dem widerspricht Goebel vehement. Bezogen auf die Münchner AIDS-Hilfe sieht er eine große Gefahr für die Medizin: *"Wir driften in diese Situation aus einer – ich will es so sagen – Etabliertenmedizin in eine Situation, von der ich sehr viele Schwierigkeiten und Probleme erwarte. Wir kommen in eine Situation, in der im Heilwesen Leute tätig werden, die von der Sache wirklich nicht die Bohne Ahnung haben"* (Goebel in Kommissionsunterlagen vom 18.9.87, S. 35, sowie S. 61ff.).

Es zeigt sich, dass sich die Diskussion um die Epidemiologie des AIDS zunehmend zu einer Diskussion über die Indienstnahme der jeweils hypothetisch dargestellten Größenordnung wandelt. Die Kommission enthält sich in ihrer Bestandsaufnahme weitgehend der Bewertung. Zur Entstehung wird die Hypothese im Konjunktiv erwähnt, dass der AIDS-Erreger aus Zentralafrika stamme und schon Anfang der 60er Jahre existiert habe. Ende der 70er Jahre und zwei bis drei Jahre später sei eine entsprechende Epidemie entstanden, heißt es spekulativ weiter (Deutscher Bundestag 1988: 115f.). Hierbei distanzieren sich die Grünen in einem Minderheitenvotum vom Begriff der 'Epidemie' (ebd.:210).

In den nachfolgenden Empfehlungen beschränkt sich die Kommission – wiederum bei Veto der Grünen – auf die Forderung nach Ausbau epidemiologischer Methoden und für die gesetzliche Legitimierung des 'unlinked testing'<sup>10</sup>. Ergänzend findet sich noch die Forderung, *"in den Darstellungen zum Vorkommen und zur Verbreitung von AIDS zu den bewährten Kennziffern der Epidemiologie (zeitraum- beziehungsweise zeitpunktbezogene Inzidenz und Prävalenz zum Beispiel je Jahr, Halbjahr oder Stichtag) zurückzukehren und auf kumulative Darstellungen so weit wie sinnvoll*

---

<sup>10)</sup> Testung von Blutresten, die in anderem Zusammenhang von Krankenhäusern oder Labors entnommen sind.

zu verzichten" (Deutscher Bundestag 1988:133). Diese Empfehlung zielt auf den Kernpunkt der AIDS-Hysterie, die in allen Fällen kumulativ angelegt ist, also Auflistung sämtlicher Fälle zu einem Gesamtkomplex darstellt. Die Prävalenz der Krankheit ist hingegen auf Grund der extrem geringen Fallzahl im unteren Promillebereich nicht messbar, die Inzidenzrate ist schon zum Zeitpunkt der Kommissionsaufnahme stagnativ und seit 1989 stabil rückläufig (vgl. auch 3.2.1.). Gleichwohl schwächt die Einfügung "*so weit wie sinnvoll*" diese Kritik ab.

In der Anhörung zeigt sich insgesamt das Problem, dass sich nicht nur die Sachverständigen, sondern auch die Kommissionsmitglieder immer wieder selber zu Experten erklären und entsprechend auch so empfinden. Der epidemiologische Fachdiskurs in Deutschland ist offenbar so unklar abgegrenzt, dass kein einheitliches Methodenprogramm zur Verfügung steht, auf das sich eindeutig bezogen wird. Hans-Peter Voigt führt dies auf meine diesbezügliche Nachfrage nach professioneller Abgrenzung historisch darauf zurück, dass Deutschland kaum Kolonien besessen hat, entsprechend die Forschung zu Tropen- und anderen Infektionskrankheiten in Deutschland unterentwickelt sei. Dies reicht als Erklärung jedoch möglicherweise nicht aus, denn auch in der britischen oder us-amerikanischen Debatten sind ähnliche Konflikte zu erkennen (vgl. 5.5.3.).

#### **4.3.2. Die Anhörung zu gesellschaftlichen Auswirkungen von AIDS**

Noch im September 1987 beschäftigt sich die Kommission in einem zweiten Anhörungsblock mit Fragen der gesellschaftlichen Auswirkungen der Krankheit. Hier steht zunächst die Sexualwissenschaft auf dem Prüfstand. Statt dem zuvor benannten Gunter Schmidt stellt der Psychologe Ulrich Clement seine Thesen vor. Auch Clement ist Mitglied der führenden und einzig etablierten sexualwissenschaftlichen Fachgesellschaft 'Deutsche Gesellschaft für Sexualwissenschaft' (vgl. 5.3.), gleichzeitig aber auch Arbeitskollege und Co-Autor des Kommissionsmitgliedes Sophinette Becker.

Clement stellt heraus, dass sexuelle Erfahrungen von Jugendlichen inzwischen früher und weniger schuldbelastet gemacht werden als in ihrer Elterngeneration. In der Folge habe auch die Ehe ihre Eigenschaft als Privileg für sexuelle Handlungen verloren. Dies verändere den Status von Beziehungen. Waren sie früher in Form der Ehe zumeist als verbindliche Lebensgemeinschaft unhinterfragbar gesetzt, so zeichnet sich inzwischen eine stärkere Emotionalisierung von Partnerschaften ab. Die Partnerfluktuation und insbesondere die Promiskuität habe dabei, so Clement, wesentlich weniger abgenommen als allgemein vermutet. Die Sexualwissenschaft spreche dabei nach Sigusch und Schmidt von *"sequentiellen Monogamien"* (Kommissionsunterlagen vom 29.9.1987, S. 7). Nach Clements Meinung ist die Anzahl der Homosexuellen weitgehend konstant und liegt bei 4 bis 5% (männlich/schwul) bzw. 1 bis 3% bei Frauen (lesbisch)<sup>11</sup>. Er vertritt dazu die These, die Quote sei *"offenbar relativ unabhängig von zeitgeschichtlichen und kulturellen Einflüssen"* (ebd.:8). Betrachtet man diese These im Sinne Foucaults (1977), äußert Clement hier einen eklatanten inneren Widerspruch, da Sexualität und insbesondere die Spezifik der Homosexualität ja ein kulturelles, zeitgeschichtliches Konstrukt sei, das ohne Kontext gar nicht existiere. Entsprechend ist die Definition, wer homosexuell sei, und ihre quantitative Abschätzung davon untrennbar.

Die unterschiedlichen Rahmenbedingungen führt Clement an, als er darauf verweist, dass die Toleranz gegenüber Homosexualität oder beispielsweise auch Onanie als sexuelle Möglichkeit zugenommen habe und die Ablehnung vorehelicher Sexualität und das Jungfräulichkeitsideal nahezu ausgestorben sei. Diese Liberalisierungstendenz stehe jedoch gesellschaftlich auch in der Kritik. Einerseits werde hier die Beliebigkeit sexueller Beziehungen kritisiert (*"Dekadenztheorie"*, Kommissionsunterlagen vom 29.9.1987, S. 8), andererseits dem Sexualleben Leistungsorientierung und steigender Erwartungsdruck attestiert. Insgesamt deute dies schon auf eine Abnahme sexueller Normen hin, die zudem schichtenspezifisch differiere.

Als wesentlichen Parameter der sexuellen Entwicklung sieht Clement die sozioökonomische Situation. Eine sexuelle Verzichtsmoral korrespondiere dabei mit der wirtschaftlichen Knappheit der Gründungsjahre der Bundesrepublik Deutschland. In

---

<sup>11)</sup> Ohne mich jetzt im Einzelnen an der – immer problematischen – Erhebung dieser Zahlen festbeissen zu wollen, möchte ich erwähnen, dass die quantitativ geringe Einstufung weiblicher Sexualität historisch in einer langen Reihe patriarchaler Ignoranz dieser gegenüber steht.

Zeiten stärkerer Konsum- und Absatzorientierung sei diese Moral jedoch disfunktional. In dieser Logik widerspricht er der auch von Sigusch und Schmidt verfochtenen These eines Wiedererstarkens konservativer Sexualnormen, da die Grundwerte des modernen Kapitalismus wesentlich stärker seien als die konservative Moral (ebd.:9).

Die Auswirkungen von AIDS auf das Sexualverhalten sieht Clement in den Zielgruppen sehr unterschiedlich. Sowohl fest partnergebundene Schwule als auch die Heterosexuellen verändern ihr Sexualverhalten kaum. Bei promiskuen Schwulen sei es hingegen zu einer deutlichen Abnahme der Partnerzahl und einer Abnahme infektionsriskanter Praktiken, insbesondere des Analverkehrs gekommen. Eine Zunahme infektionssicherer Praktiken habe es jedoch, so Clements These, nicht gegeben.

Auch Clement entzieht sich nicht der im Rahmen meiner Untersuchung immer wieder anzutreffenden Übersteigerung, indem er *"den meisten homosexuellen Männern"* zuschreibt, sie würden jemanden kennen, der an AIDS erkrankt sei, und ihnen die Krankheit also *"gewissermaßen emotional, psychologisch näher und nachvollziehbarer"* (ebd.:10) sei.

Promiskuität analysiert er als Teil der schwulen Subkultur. Die Debatte um ihre gesundheitliche Gefährdung habe daher in Schwulenkreisen sehr intensiv stattgefunden. Safer Sex sei von der Gay-Community aufgegriffen und zur neuen Sexalkonvention geworden. Indem Safer-Sex Bestandteil der subkulturellen Kommunikation sei, analysiert Clement diese Orientierung sogar als etwas *„Konsensstiftendes“* (ebd.). Damit positioniert er sich eindeutig bezüglich der in der Schwulenszene höchst umstrittenen Frage, ob AIDS die Entwicklung der Schwulenbewegung blockiert oder eher begünstigt habe (dazu kritisch: Bleibtreu-Ehrenberg 1989:250f.). In diesem Verständnis sieht er promiske Lebensweise weniger als Risiko denn mehr als Chance zur Etablierung der Präventionsbotschaft. Da insbesondere die Schwulen eine Vorreiterrolle in der promiskuen Szene einnehmen, sei es von vorrangiger Bedeutung, Safer-Sex als Verhaltenskodex bei dieser Gruppe zu etablieren. Bei Heterosexuellen gebe es hingegen das Problem, dass kein positives Selbstbild für promiskues Verhalten existiere, weil das Bild des treuen Paares dominiere. Entsprechend fehle es auch an Solidarität und gemeinsamen Strukturen der promiskuen Heterosexuellen, über die sich ein Präventionskonzept transportieren lassen könne. Das negative Selbstbild des promiskuen Heterosexuellen führe vielmehr zu einer Tabuisierung der Sexualpraktik. Dadurch sind Veränderungsprozesse kaum zu steuern. Beispielhaft zeige sich das bei solchen heterosexuellen Freiern, die

Kondombenutzung (nach Clement eine "*Minimalloyalität*") verweigern und statt dessen "*sogenannte AIDS-frei-Bestätigungen von Prostituierten*" einfordern (ebd.:11).

Clement entwickelt im Folgenden die Forderung an die Politik, sexuelles Verhalten nicht über Angst zu steuern. Er verweist auf eigene Untersuchungen, nach dem der Versuch, sexuell unerwünschtes Verhalten durch Angst zu beeinflussen, nicht zu einer Reduktion des sexuellen Verhaltens führe, sondern zu dessen Unberechenbarkeit.

Die Präventionspolitik müsse demnach zusammen mit sexueller Selbstverantwortung und keinesfalls gegen sie arbeiten, so Clement weiter. Aus sexualpsychologischen Gründen mahnt er an, lediglich Entscheidungshilfen zu geben hinsichtlich sexuellen und gesundheitlichen Verhaltens. Die jeweilige Handlungsentscheidung werde nämlich individuell getroffen. Eine Steuerung über gesellschaftliche oder rechtliche Normen sei nur in dem Maße möglich, in dem die Botschaft beim Empfänger als selbstbestimmte Erkenntnis wahrgenommen werde.

Dabei müsse vom konkreten Standpunkt des Adressaten ausgegangen werden. Beim Bürger mit konservativer Sexualmoral sei eine Empfehlung zur Kondombenutzung kontraproduktiv, da sie ein sexuelles Lebenskonzept impliziere, das mit seiner psycho-sexuellen Identität nicht vereinbar sei. Er oder sie könne dies nicht verstehen. Umgekehrt sei ein Treuegebot für sexuell freizügig Lebende nicht zielgruppengerecht.

Diese Erkenntnis umgesetzt, erfordere eine Vielzahl unterschiedlicher Präventionsstrategien. Neben multimedialer Aufklärung sei insbesondere kleinteilige Prävention in individuellen Beratungsangeboten notwendig. Dabei bestehe großer Schulungs- und Fortbildungsbedarf für ein breites Berufsfeld vom Lehrer über den Eheberater bis zum Hausarzt (ebd.:12f.).

Der Vortrag von Clement wirkt auf die Kommissionsmitglieder überzeugend. Clement scheint die richtige Tonlage zu finden, die einerseits die Veränderung im Sexualverhalten plausibel darstellt, andererseits kleinteilige Lösungsschritte für die anvisierte Präventionspolitik eröffnet. So bietet er die Möglichkeit, eine pragmatische Orientierung zu finden, ohne das liberale Grundkonzept sexueller Freizügigkeit aufgeben zu müssen. Bei der Auswahl der Berichterstatter, die die Ergebnisse der

Anhörungen verarbeiten und zu einem Berichtstext für die Kommission vorbereiten, wird Sophinette Becker für den ersten Bereich 'AIDS und Gesellschaft' benannt. Becker ist, wie bereits erwähnt, Arbeitskollegin von Clement. Dies ist wohl nicht der einzige Grund, aber sicher eine Begünstigung dafür, dass im Zwischenbericht der Enquete-Kommission weite Passagen von Clements Ausführung wörtlich übernommen sind (Deutscher Bundestag 1988:42ff.).

Der zweite Experte der Anhörung, der Sexualmediziner Klaus Pacharzina, bemüht sich um Gegenpolbildung zu Clement, indem er ihn in seinen spontanen Ausführungen mehrfach attackiert. So spricht er unter Bezugnahme auf Clement von seiner "Angst" vor denjenigen, "*die eine stromlinienförmige Antwort in zehn Minuten parat haben*" (Kommissionsunterlagen vom 29.9.1987, S. 14)<sup>12</sup>. Die deutsche Sexualwissenschaft insgesamt kritisiert er, sie "*huldigt bis heute diesem naiven Nietzscheanismus, den ich als Expressivismus bezeichne, was ich mit sich erschöpfendem Ausdruckshandeln übersetzen möchte*" (ebd.:16). Offenbar bezieht er sich dabei aber mehr auf die bislang veröffentlichte Diskussion denn auf den konkreten Beitrag Clements, der für seine latente Aggressivität eher wenig hergibt. An anderer Stelle kritisiert er konkret Gunter Schmidt als "*Clements Lehrer*", der "*das Bild einer domestizierten, defensiven und reaktiven Sexualität*" (ebd.21) zeichne. Dies arbeite mit den überholten Polaritäten des klassischen Gesellschaftskonflikts zwischen Individuum und Gesellschaft, übertragen auch auf das Begriffspaar Trieb und Moral. "*Müssen die kritischen Sexualwissenschaftler der Bundesrepublik Deutschland die Entzweiung der Moderne noch einmal in ihrem eigenen sexualwissenschaftlichen Forscherverhalten zum Ausdruck bringen, nämlich in einer Verweigerung, empirisch zu forschen, also in einer Weigerung, ihren primären gesellschaftlichen Auftrag wahrzunehmen?*" (ebd. 21f.) polemisiert Pacharzina weiter. Der Kern seiner Kritik an der Sexualwissenschaft ist nur schwer zu verstehen, er scheint hier aber durch und handelt offenbar davon, dass sich nicht ausreichend um eine empirische Erforschung sexuellen Verhaltens bemüht werde. Den Einwand, dass Sexualität

---

<sup>12)</sup> So sieht er auch im AIDS-Diskurs insgesamt ein Feld extremer Denkfiguren, wovon die Theorien des AIDS als "*Bestrafung Gottes*" oder als "*Machenschaft des CIA*" seiner Meinung nach deutlich sprechen (ebd.:14).

nicht messbar sei, ignoriert Pacharzina jedoch<sup>13</sup>. All zu offensichtlich geht es also im Kern um wissenschaftliche Konkurrenz darüber, wessen Methodenprogramm gefördert wird. Da Pacharzina jedoch keine konkreten Perspektiven außerhalb dieser Einwände bieten kann, stößt sein ideologischer Beitrag in der Kommission auf Verärgerung und wird ignoriert. Wenngleich sich seine konkreten Empfehlungen kaum von denen Clements unterscheiden, findet er mit keiner Formulierung Eingang in den Berichtstext.

Die Ergänzung seines Vortrages durch seinen Mitarbeiter Thomas Grossmann fällt allerdings sachlicher aus. Grossmann plädiert für eine differenzierte Safer-Sex-Aufklärung, bei der „*kein Leugnen von gewissen Möglichkeiten, sie aber auch in ihrer Geringfügigkeit aufzeigen*“ (ebd.:73) erfolgen solle. Grossmann schildert auch betroffenennahe Versorgungs- und Präventionsansätze aus dem Ausland (ebd.:95f.) sowie Formen der Risikokommunikation (ebd.:80). Er schert jedoch aus dem Diskurs insgesamt insofern aus, als dass er wiederholt die Bedeutung der AIDS-Frage relativiert. Er fordert gar die PolitikerInnen auf, die AIDS-Gefahr „*auch in ihrer Geringfügigkeit auf(zu)zeigen*“ (ebd.:73). Auch diese Stellungnahme schlägt sich im Bericht nicht nieder.

In einem dritten Anhörungsbeitrag referiert der Giessener Sozialpsychologe Eberhard Richter (vgl. auch 1987:71) von gesellschaftlichen Begleiterscheinungen der AIDS-Erkrankungen. Dabei äußert er sich zu sexualwissenschaftlichen Frage nur insofern, als dass er Clement lobt und sich seinen Ausführungen anschließt. Er attestiert eine gesellschaftliche „*Unheimlichkeitsstimmung, die durch AIDS erzeugt*“ (Kommissionsunterlagen vom 29.9.87, S. 30) sei, und untermauert seine Annahme durch eine dramatische Zustandsbeschreibung, nach der mit AIDS „*plötzlich eine Krankheit gekommen (sei), die tödlich ist, die sich seuchenartig ausbreitet und bei der die Medizin zunächst in einer Rolle absoluter Ohnmacht scheint*“ (ebd.:30). Er spricht jedoch von „*AIDS-Hypochondrie*“, „*AIDS-Phobie*“ und „*AIDS-Paranoid*“

---

<sup>13)</sup> Insbesondere über den Bereich hochriskanten Verhaltens gibt es kaum Forschung. Clement erklärt dies folgendermaßen: „*Der ganze Prostitutions- und Promiskuitätsbereich, jetzt als Sexualkultur, also Sexclubs und so etwas, ist minimal erforscht. Das liegt daran, dass dort eine große Widerständigkeit gegen das Beforschen existiert*“ und an anderer Stelle: „*Das sind genau diejenigen, die genau wissen, wonach eine repräsentative Sexualstudie fragen will, die genau wissen, dass sie in der gegenwärtigen AIDS-Diskussion sexuell gewissermaßen unerwünscht sind, und genau deshalb werden sie solche Fragen nicht beantworten, egal, ob diese über Fragebögen oder über Interviews laufen*“ (Protokoll vom 29.9.1987, S. 175).

(ebd.:31f.), was die eingangs erklärte Dramatik als psychologisches Muster wiederum umkehrt. Solche psychologischen Bilder führen nach Richters Analyse zu einer starken Überschätzung eines sog. *"Desperadoverhaltens"*, das durch Projektion überhöht und für politische Konzeptionen funktionalisiert werde (ebd.:51f.). Diese politische Überhöhung könne dazu führen, Misstrauen und Ausgrenzung gegenüber Risikogruppen und insbesondere Betroffenen zu verschärfen. Tatsächlich handele es sich bei dem Desperadoverhalten um eine seltene Ausnahme.

Richter spricht sich gegen eine Propagierung des HIV–Antikörper–Testes aus, da dieser im Falle eines positiven Befundes zu *"sehr schweren Depressionen, panischen Zusammenbrüchen und auch Suiziden"* führen könne.

Anschließend wird der Prälat Bocklet um Erläuterung der kirchlichen Position gebeten. Bocklet und sein Mitarbeiter Lendermann stellen die Betreuung von Erkrankten in den Vordergrund und erklären AIDS zum *"Prüfstein für die Solidarität und für die Humanität in unserer Gesellschaft"* (ebd.:55). Von der Bezeichnung *"Geißel Gottes"* für AIDS distanzieren sie sich ebenso wie von der Klassifizierung von Erkrankten als *"Gefahrenquelle"* oder als *"Schuldige"* (ebd.:55f.). Während sie diese Anmerkungen als Zustimmung zu den Ausführungen von Clement verstanden haben möchten, treten sie ihm bezüglich der propagierten Kondom–Benutzung massiv entgegen. Sexualität wird vielmehr als *"Ausdruck und Zeichen einer gewachsenen, persönlichen und auf Dauer angelegten Vertrautheit miteinander"* interpretiert. So wie aber die Kirche AIDS nicht zum Anlass nehme, diese Wertvorstellung zu propagieren, verlangt sie auch von anderen, nicht über das Vehikel der Kondom–Benutzung *"freien Sexkonsum"* zu predigen. Ironisch fügt Lendermann an: *"Insofern kann auch 'Safer Sex' keine Erfindung des vatikanischen Imperialismus sein"* (ebd.:57).

Seine Äußerungen werden von Manfred Bruns scharf kritisiert. Zwar werde sich hier vom Ausspruch der „*Geißel Gottes*“ distanziert, doch dabei sei kein Unterschied zur Charakterisierung des AIDS als 'Heimsuchung' durch Kardinal Höffner zu erkennen. Auch das Verschweigen der Safer–Sex–Praktiken sei doppelamoralisch, denn eine uneindeutige Aufklärung schade mehr als sie nutze. Dass dies große Auswirkungen habe, zeige die Aufklärungspolitik der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, die unter Verweis auf die Kirchen Kondombenutzung nicht explizit benenne. Schließlich gehe die katholische Kirche sogar so weit, Mitarbei-

tern wegen ihrer Homosexualität zu kündigen. Bruns fordert sie daher auf, zumindest jetzt im Hinblick auf AIDS und die Diskriminierungsgefahren auf solche Maßnahmen zu verzichten (Kommissionsunterlagen vom 29.9.1987, S. 83f.).

Dem widersetzen sich die Kirchenvertreter. 'Heimsuchung' ist nach Worten Bocklets im Sinne einer Grenzerfahrung zu verstehen mit dem Ziel, dass ein Mensch "*wieder zur Besinnung kommt*" und die Grenzerfahrung Krankheit zum Umdenken nutze (Kommissionsunterlagen vom 29.9.1987, S. 96).

Dabei räumt er ein, dass es zu Berührungängsten homosexueller AIDS-Patienten gegenüber kirchlichen Beratungsstellen gekommen sei, die sich aber aktuell deutlich entkrampften.

In der Frage der Kondombenutzung weist Lendermann darauf hin, dass die Kirche treue Partnerschaften als AIDS-Prävention propagiere. Kondome hingegen seien ohnehin mit Unsicherheitsfaktoren behaftet, wie Schwangerschaften trotz Kondombenutzung belegen (ebd.)<sup>14</sup>. An anderer Stelle führt er aus, dass sexuelle Aktivität ohnehin nach Möglichkeit der Ehe vorbehalten sein solle (ebd.:150).

Auch in der Frage der Homosexualität als Kündigungsgrund geben sich die Kirchenvertreter unnachgiebig. Lendermann betont, AIDS sei für die Kirche kein Anlass, von moralischen und ethischen Vorstellungen abzuweichen. Das betreffe auch ihre Personalpolitik, in der sie, wie Bocklet ergänzt, eine Vorbildfunktion erfüllen müsse. Zwar fügt Bocklet ein, "*wenn ich als Mensch oder als Priester zu entscheiden hätte, wüsste ich jedesmal, was ich zu tun hätte*", hier bildeten jedoch höhere

---

<sup>14)</sup> Dem widerspricht Clement. In der Schwangerschaftsverhütung sei es weniger das Kondom, das undicht sei und versage, als vielmehr Berechnungsfehler über die Zeit des Eisprunges, zu der auf die Benutzung verzichtet werde. Hier stellen sich also Probleme der Diskontinuität und allgemeine Anwendungsfehler. Unter Gesichtspunkten der notwendigen Eindeutigkeit einer Präventionsbotschaft sei es besonders problematisch, die Kondomsicherheit öffentlich in Frage zu stellen. Dies führe in der konkreten Gefährdungssituation eben auch zu uneindeutigem Verhalten (Protokoll vom 29.9.1987, S. 182).

Werte die Grundlage: *"Aber ich muss manchmal auch die Normenlage beurteilen"* (ebd.:99)<sup>15</sup>.

Auch Oberkirchenrat Winkler als Vertreter der Evangelischen Kirche Deutschlands stellt *"die gelingende und dauerhafte Partnerschaft und nicht das Gegenteil davon"* als kirchliches Grundinteresse in der AIDS-Diskussion heraus (ebd.:58). Er distanziert sich jedoch nicht wie die Vertreter der katholischen Kirche von der Kondombenutzung, wenngleich er in seiner Wortwahl allgemeiner von *"Vermeidung der bekannten Infektionswege"* und *"Vorkehrungen zum Schutz"* (ebd.:60) spricht, um das Aussprechen der inkriminierten Worte 'Safer Sex' und 'Kondom' zu vermeiden.

Insgesamt sind diese Beiträge ein Beispiel für die Breite des Spektrums der Kommissionsarbeit. Dass es sich dabei keineswegs um belächelte Randpositionen handelt, belegt der im Protokoll mehrfach angeführte Beifall für die Äußerungen der Kirchenvertreter. Wenngleich oder weil ihre Argumentation in weiten Teilen nicht mit der mehrheitlich vertretenen Aufklärungsstrategie vereinbar ist, stellen sie eine Gegenposition dar, die zwar den sozialen Ansatz der Krankenbetreuung mitträgt, sich gleichwohl jeder inneren Werteöffnung verweigert.

Jan Leidel, Leiter des Kölner Gesundheitsamtes, erläutert anschließend die Ausgrenzungsproblematik gegenüber Erkrankten aller Art. Schon das Auftreten von Kopfläusen in einer Kindertageseinrichtung habe solche Konsequenzen, besonders gravierende Maßnahmen wie sogar Tätigkeitsverbote sind für Personen aus den Medizinal- und dem Lebensmittelbereich verfügt worden, die mutmaßlich Träger des Hepatitis-B-Virus sind. Leidel plädiert hier mit Blumberg dafür, dass *"Restriktionen gegenüber dem Einzelnen in einem vernünftigen Verhältnis zu dem damit erzielten Schutz der Allgemeinheit stehen"* (ebd.:63) müssen. Ein Blutspendeverbot mit geringer Persönlichkeitseinschränkung für den Einzelnen, aber einem wichtigen Nutzen (Schutz) für die Allgemeinheit, sei in diesem Sinne vertretbar, nicht jedoch Isolierung von Virusträgern mit großem Schaden für den Einzelnen und fragwürdigem Nutzen der Allgemeinheit.

---

<sup>15)</sup> Lendermann räumt auf weitere Nachfrage auch ein, dass *"zwei oder drei Priester bereits gestorben sind"*, betont jedoch, *"die haben selbstverständlich die Fürsorge auch der Kirche gehabt – bis zum Schluss"* (Kommissionsunterlagen vom 29.9.1987, S. 101). Hierbei verwundert jedoch, dass er die genaue Zahl und das konkrete Schicksal, das sich dahinter verbirgt, nicht zu kennen vorgibt. Auf der anderen Seite wirkt die proklamierte Betreuung der Erkrankten durchaus als vereinnahmte Betroffenheit.

Eine solche Ausgrenzung, so Leidel weiter, finde jedoch statt, da sie von interessierter Seite *"ganz offensichtlich geschürt"* (ebd.:64) werde. Überzogene Zeitungsschlagzeilen wie 'AIDS durch Insekten' oder das Insistieren auf einer hundertprozentigen Sicherheit, die es nirgends geben könne, prägten ein Klima der Ausgrenzung. Konkrete Auswirkungen zeigten sich bei manchen Kindergärtnerinnen, die aus Angst vor Infizierung den Kindern kein Pflaster mehr kleben, in Anmietproblemen für Beratungseinrichtungen der Caritas sowie der AIDS-Hilfe in Köln oder der Pflegeverweigerung für AIDS-Erkrankte. Hier entstehe ein *"Teufelskreis"* (ebd.:65) von Infektion, psychischen und physischen Erkrankungen und schließlich oft Verlust von Arbeitsplatz, Wohnung und sozialer Bindung.

Gegen Ende der Anhörung gewinnt die Tonlage wesentlich an Schärfe, z.T. kommt es zu gegenseitigen Beschimpfungen wie der Anwurf von Norbert Geis an Dieter Riehl: *"Es gibt in unserer Gesellschaft auch Leute, die Promiskuität schon als Wert an und für sich propagieren. Z.B. hat das Herr Riehl hier in seinem Statement gesagt"* (Kommissionsunterlagen vom 29.9.1987, S. 173). An anderer Stelle kommt es gar zwischen Wolfgang Stille und dem externen Sachverständigen Eberhard Richter zu gegenseitigen Pathologisierungen. Während Stille die psychiatrischen Klassifizierungen der AIDS-Hypochondrier, AIDS-Phobier und AIDS-Paranoiker durch AIDS-Bagatellisierer ergänzt wissen möchte (*"Die sitzen eher manchmal teilweise hier im Raum. Die sitzen auch sonst weit verbreitet im Lande"*, Kommissionsunterlagen vom 29.9.1987, S. 157), entgegnet Richter: *"Ich glaube, dass gerade die paranoiden Reaktionen eine große Rolle spielen, vielleicht auch hier bei uns im Raum"* (Kommissionsunterlagen vom 29.9.1987, S. 159).

Massive Kritik übt auch Nepomuk Zöllner an Leidel, der seiner Meinung nach bewusst oder fahrlässig falsche Zahlen von der Arbeit des Münchner Gesundheitsamtes genannt habe, wie ein entsprechender Kontrollanruf ergeben habe. Inhaltlich geht es dabei um die Aussage Leidels, zielgruppenspezifische, vertrauensbildende Maßnahmen hätten in Köln zu einer Verbesserung der Betreuungssituation männlicher homosexueller Prostituierten durch den öffentlichen Gesundheitsdienst geführt, während die Münchner Betreuungsarbeit praktisch eingestellt sei. Dies wird implizit als Auswirkung des bayerischen Maßnahmenkatalogs in die Diskussion getragen. Leidel rechtfertigt seine Angaben mit einer Erhebung in westdeutschen Großstädten im Auftrag des Nationalen AIDS-Beirates. Zöllner wiederum bestreitet die Angaben und es steht hier Aussage gegen Aussage, wie der Kommissionsvorsitzende Hans-Peter Voigt resümiert.

Schon im Vorlauf der Sitzung kommt es zu Auseinandersetzungen, weil der Abgeordnete Norbert Geis im Pressedienst der CSU die SPD-Fraktion auffordert, die Sachverständigen Riehl und Rosenbrock "*zurückzuziehen*". (Kommissionsunterlagen, Schreiben der Abg. Conrad vom 24.9.1987). Margit Conrad weist diese Forderung für die SPD-Fraktion entschieden zurück und verlangt die Einberufung einer außerordentlichen nichtöffentlichen Sitzung, die auch stattfindet im Anschluss an die Anhörung. Details dieser Sitzung sind nicht bekannt und Protokolle nicht gefertigt. Wie sich zeigen wird, eskaliert dieser Konflikt im weiteren Verlauf mehrfach, so dass der in der internen Sitzung gefundene Lösungsweg offenbar 'wenig zeitstabil' ist.

### **4.3.3. Die Anhörung zur Primärprävention**

In einem weiteren Anhörungsblock nimmt sich die Kommission am 15.10.1987 der unterschiedlichen Ansätze in der Primärprävention an. Dabei steht die kritische Auseinandersetzung mit der Präventionsstrategie der Bundesregierung im Vordergrund. Hier wird zunächst Elisabeth Pott als Leiterin der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) um Stellungnahme gebeten.

Die BZgA ist eine dem Bundesgesundheitsministerium nachgeordnete Behörde. Pott erläutert das Konzept der BZgA als zweigleisige Strategie, die einmal einen massenmedialen, zum anderen einen personalkommunikativen Ansatz bediene. Der massenmediale Ansatz solle dabei eine Basisinformation der Bevölkerung sicherstellen. Im personalkommunikativen Ansatz werde hingegen auf die Übersetzung in die jeweils spezifische Situation der unterschiedlichen Subpopulationen abgezielt. Dies geschehe vorrangig über Multiplikatorenarbeit, bei denen Gesundheitsberater wie auch die klassischen Ansprechpartner der jeweiligen Adressaten, insbesondere Lehrer und Sozialarbeiter, in Hinblick auf zielgruppenspezifische AIDS-Präventionsbotschaften geschult und fortgebildet werden. Dabei können keine Patentlösungen angeboten werden. Vielmehr soll in einem wechselseitigen Prozess

eine Nähe zur Zielgruppe hergestellt werden, damit die Präventionsbotschaft an ihre Lebenssituation und ihre Lebens- und Wertvorstellungen anknüpfen kann.

Die Politik der BZgA orientiert dabei auf die Eigenverantwortlichkeit der Menschen. Maßregelungen und Kontrollinstrumente für gesundheitsgerechtes Verhalten werden als kontraproduktiv angesehen.

Dabei konzentriert sich die BZgA auf sieben Kernbotschaften, mit denen die Krankheit erklärt wird, Informations- und Beratungsmöglichkeiten aufgezeigt werden, der AIDS-Test erläutert und der Kreis derer beschrieben wird, der sich testen lassen soll. Als vierte Kernbotschaft soll vermittelt werden, wie man sich vor AIDS schützen kann. Diese Hauptthemen sind also recht konkret, informations- und handlungsbezogen. Die weiteren drei Kernthemen sind auf der massenmedialen Ebene hingegen stärker ideell. Hier wird die Ungefährlichkeit üblicher sozialer Kontakte herausgestellt, die Solidarität mit Infizierten eingeklagt und Lebensmöglichkeiten für Infizierte dargestellt.

Diese Kernbotschaften zielen insgesamt auf die Allgemeinbevölkerung, wobei Jugendliche und Frauen als spezielle Teilzielgruppen definiert werden, bei denen ein besonderer Vermittlungsbedarf bestehe. Der BZgA kommt nach Potts Aussage die Schlüsselrolle in der AIDS-Aufklärung zu, weil sie *"als Behörde eine besondere Glaubwürdigkeit"* (Kommissionsunterlagen vom 15.10.1987, S. 12) besitze. Sie erkennt jedoch auch, dass es gesellschaftliche Gruppen gebe, bei denen es sich umgekehrt verhalte, und bei denen Mitteilungen einer Behörde einen negativen Anstrich haben und die eine *"eigene Sprache"* (ebd.) besitzen. Hierfür eigne sich die Deutsche AIDS-Hilfe, mit der die BZgA eng zusammenarbeite. Der DAH komme dabei arbeitsteilig die Aufgabe zu, die Kernziele der BZgA in den Hauptbetroffenengruppen zu vermitteln. Sie könne dies besser als die Behörde, da sie eine größere Nähe zu diesen Gruppen habe und entsprechend auch auf größere Akzeptanz stoße.

Eine Erschwernis ihrer Arbeit sieht Elisabeth Pott in der skandalisierenden Berichterstattung der Medien und auch in der politischen Uneinigkeit, insbesondere hinsichtlich der bayerischen Haltung.

Trotz dieser parteipolitischen Schützenhilfe kritisieren die sozialdemokratischen Mitglieder der Kommission die Politik der BZgA. Renate Schmidt nennt sie eine *"eher betuliche, vorsichtige und an vielen Stellen auch unzureichende Aufklärung"* (Kommissionsunterlagen vom 15.10.1987, S. 70). Konkret wird ihr vorgeworfen,

das Wort 'Kondom' in den Schriften der BZgA nicht mehr zu verwenden. Pott entgegnet analog zur Position der katholischen Kirche, dass Aufklärung nicht auf Kondombenutzung reduziert werden dürfe und die Benutzung auch mit einem Unsicherheitsfaktor belastet sei. Insbesondere zweifelt Pott an, ob Kondombenutzung eine zeitstabile Präventionsmaßnahme sein könne (ebd.:92).

In weiteren Beiträgen berichtet der AIDS–Beauftragte der niedersächsischen Landesregierung Adolf Windorfer von einem drastischen Abfall der Geschlechtskrankheiten in Deutschland zwischen 1985 und 1986 (ebd.:142). Auch Margot Kreuzer vom Zentrum der Inneren Medizin am Universitätsklinikum Frankfurt spricht in ihrem Überblicksvortrag über die Geschichte der Prostitution von einer seit 1985 um 60% sinkenden Nachfrage nach Prostitution. Beide Zahlenangaben werden von der Kommission als ermutigende Bestätigung der Präventionspolitik zur Kenntnis genommen.

Umstritten ist die Anhörung von Stefanie Klee, Sprecherin der Berliner Prostituierten–Selbsthilfegruppe Hydra. Die Besonderheit dieses Auftritts besteht nicht nur darin, dass mit Klee erstmals eine Vertreterin der Selbsthilfe im Bundestag angehört wird. Insbesondere hat es bislang keine Präsentation einer Prostituierten als praktisch illegal Tätigen im höchsten politischen Gremium der Bundesrepublik Deutschland gegeben. Nach Meinung einer Minderheit der Kommission verstößt Klees Auftritt gegen ethisch–moralische Grundsätze des Parlaments. Klee sowie verschiedene Schwulenvertreter sind allerdings auch schon beim Hearing des BMJFFG zum gleichen Thema im März 1986 geladen.

Die Organisation Hydra ist 1980 als erstes Prostituiertenprojekt in Deutschland entstanden. Aufgabe dieser Selbsthilfegruppe ist die Verbesserung der Lebens– und Arbeitssituation der Prostituierten.

In der Anhörung kritisiert Stefanie Klee, dass Gesetze zur Bekämpfung von Geschlechtskrankheiten in Deutschland bislang weniger die Krankheiten selber als vielmehr die Opfer, insbesondere die Prostituierten, bekämpft haben. Alle Gesetze zielten auf eine Ausweitung der Kontrolle. Dem liege ein patriarchales und stigmatisierendes Bild zugrunde eines *"gewissen– und gefühllosen Sexmonsters, geistig minderbemittelt, ein Ansteckungsherd für alle möglichen Geschlechtskrankheiten und unfähig, selbstverantwortlich für ihre Gesundheit zu sorgen"* (9/178). Sie weiß dabei zahlreiche Beispiele zu nennen von massiver Diskriminierung von Prostituierten.

ten durch Gesetze, Behörden und Gerichte. Insbesondere werden die Frauen gegenüber ihren Zuhältern und ihren Freiern durch Gesetz und Gesetzesauslegung völlig abhängig und rechtlos gestellt.

Gleichzeitig distanziert sie sich heftig von der Klassifizierung der Prostituierten als AIDS-Risikogruppe. Ein höheres Risiko tragen ihrer Meinung nach nur drogenabhängige Frauen, nicht-drogenabhängige Prostituierte bildeten hingegen keine Hauptbetroffenengruppe (ebd.:181).

Auf Grund der negativen Vorerfahrungen lehnt Stefanie Klee jegliche Zusammenarbeit mit anderen Gruppen in der Prävention ab. Solch mangelndes Vertrauen erklärt sie nicht nur gegenüber Staat und Kirche, sondern auch gegenüber den AIDS-Hilfen, die sie *"nicht unbedingt für geeignete Einrichtungen halten"* (ebd.:187). Vielmehr sollten die Prostituierten ihrer Meinung nach die Präventionsstrategien selber entwickeln und umsetzen. Ganz im Stile etablierter Lobbyisten führt sie an, dass die wichtigste Voraussetzung für die Prävention höhere Einnahmen der Prostituierten sind. Denn nur, wenn diese über ausreichende Mittel verfügen, sind sie unabhängig genug, jedem Freier die Benutzung eines Kondoms abzuverlangen.

In der Auswertung ist der gesamte Bereich der Primärprävention besonders umstritten. Zwar wird auf Grund der Mehrheitsverhältnisse in der Kommission offene Kritik an der Präventionspolitik vermieden. Der Dissens kleidet sich vielmehr in Form sogenannter *"Verbesserungsmöglichkeiten"* (Deutscher Bundestag 1988:178). Hier wird die Vermeidung einer eindeutigen Safer-Sex-Botschaft durch die BZgA kritisiert mit den wohl gewählten Worten *"In den Präventionskampagnen sollte, noch mehr als bisher geschehen, Wert auf eine klare, offene und verständliche Sprache gelegt werden, so zum Beispiel bei der Handhabung von Kondomen"* (ebd.).

In einzelnen Punkten können sich die Kommissionsmitglieder jedoch nicht auf gemeinsame behutsame Formulierungen verständigen, weil der inhaltliche Widerspruch zu groß ist. So kritisieren die CSU-nominierten Gallwas, Geis, Spann und Zöllner in einem Sondervotum, dass die ihrer Meinung nach präventiven Potenziale des Seuchenrechtes nicht genutzt werden (Deutscher Bundestag 1988:245, Deutscher Bundestag 1990a:688f.). Auf der anderen Seite formulieren die SPD- und Grünen-nominierten Kommissionsmitglieder ein Minderheitenvotum, in dem sie eine Veränderung des Ausländerrechtes zur Vermeidung von Diskriminierungen fordern (Deutscher Bundestag 1990a:701f.).

Insgesamt lässt sich feststellen, dass diese drei frühen Anhörungen noch getragen sind von einer Brisanz der Auseinandersetzung und der grundsätzlichen Klärung von Positionen. Diese Spannung lässt sowohl bei den Kommissionsmitgliedern als auch bei den Experten schon nach dem Ende dieser Anhörung deutlich nach. Es handelt sich also in der Situation der Kommission durchaus um einen Spiegel der gesellschaftlich abflauenden Diskussion um AIDS.

Zwar kommt es im Zuge der Formulierung des Zwischenberichtes, mit dem Ende 1987 begonnen wird, zu weiteren intensiven Diskussionen innerhalb der Kommission, die gleichwohl keine vergleichbare Schärfe mehr erreichen und sich zunehmend in Einzelfragen verfangen, also sozusagen auf 'Nebenkriegsschauplätzen' mit insgesamt geringer Bedeutung stattfinden.

Dies zeigt sich insbesondere auch im kontrastierenden Vergleich mit der Anhörung zu ethischen Fragen im Zusammenhang mit AIDS, in der zentrale Problemfelder benannt werden, ohne dass in irgend einer Weise die Bereitschaft besteht, Ergebnisse in Form von Empfehlungen zu sichern.

#### **4.3.4. Die Anhörung zur ethischen Problematik**

In der Expertenanhörung zur ethischen Problematik des AIDS-Diskurses werden einzelne Kritikpunkte aus historischer, medizinkritischer und gesundheitspolitischer Sicht heraus gearbeitet, die durch ihre Reduzierung auf eine reine Bestandsaufnahme jedoch politisch wirkungslos bleiben.

Im Zwischenbericht der Kommission wird eine grobe Zeichnung sexueller Normen und Einstellungen innerhalb der Gesellschaft angefertigt. Diese ist, worüber sich die Kommissionsmitglieder durchaus bewusst sind, in ihrer Vereinfachung problematisch. Wie oben beschrieben, fußt sie nicht auf repräsentativen Untersuchungen. Die Kommission hat sich hier die Meinung zu eigen gemacht, dass diese ohnehin kaum möglich seien, da *"die Befragten häufig statt wahrheitsgemäßer Antworten solche geben, die sie für sozial erwünscht halten"* (Deutscher Bundestag 1988:43). Dennoch dient der Kommissionsmehrheit eine allgemeine Liberalisierung der sexuellen

Normen und besonders eine wachsende Toleranz gegenüber Homosexuellen als Zielperspektive (Deutscher Bundestag 1988:41ff.). Im Zentrum der Bestandsaufnahme steht demnach eine ausführliche Darstellung der Politik der gesellschaftlichen Lernstrategie, die sich jedoch nicht vorrangig ethisch oder moralisch, sondern funktional begründet (vgl. 4.3.5.). Hier besteht ein wesentliches Legitimationsdefizit. Die funktionale Begründung ist auf Grund der o.a. methodischen Probleme letztendlich empirisch nicht zu verifizieren. Es bedarf also einer ethischen Begründung.

Eine ausführliche Darstellung ethischer Themen und gesellschaftlicher Probleme kann nach Angaben der Kommission aus Zeitgründen jedoch erst zum Endbericht erstellt werden, zu dem dann auch Auswertungen und Empfehlungen angekündigt (Deutscher Bundestag 1988:40f.), jedoch nicht vorgenommen werden.

Am 27. April 1989 lädt die Enquete-Kommission zu einer Expertenanhörung zum Problemfeld 'AIDS und Ethik' (Deutscher Bundestag 1990a:47). Die Anhörung erfolgt in dem Bewusstsein, dass eine sich gerade in Krisen bewährende Systemstabilisierung durch allgemein akzeptierte Normen und besonders religiöse Wertvorstellungen heute weniger denn je gegeben sei. Vielmehr gelte Wertpluralismus und Individualismus. Jedoch seien ethische Bewertungsgrundsätze unabdingbar notwendig zur Schaffung eines gesellschaftlichen Konsenses als Voraussetzung zur Förderung erwünschten Verhaltens und Zurückdrängens von als Fehlverhalten bewerteten Handelns (Deutscher Bundestag 1990a:65).

Zu der Anhörung werden lediglich fünf Sachverständige um eine Stellungnahme gebeten. Die Kommission hat zuvor die Erfahrung gemacht, dass eine große Anzahl von geladenen Sachverständigen den Meinungsfindungsprozess erschwert.

Andererseits ist die Zahl geladener Experten Ausdruck der jeweiligen Begehrlichkeiten, die mit entsprechenden Personalvorschlägen verbunden sind. Diese Interessen sind offensichtlich gesunken, was sowohl in der späten Terminierung als auch in der randständigen Bedeutung begründet ist, die den ethischen Fragen gegeben werden.

Befragt werden die Geladenen zu ethischen Aspekten in Zusammenhang mit staatlichem, ärztlichem und individuellem Handeln. Zugespitzt ist die Fragestellung auf das unterstellte Spannungsverhältnis zwischen der Freiheit des Einzelnen und dem

Gesundheitsschutz als Rechtsgut der Allgemeinheit sowie auf Überlegungen zum Umgang mit gesunden, aber HIV-positiven Menschen (Deutscher Bundestag 1990a:65). Diese offene Herangehensweise ermöglicht es der Anhörung, AIDS-Politik in seiner Gesamtheit zu reflektieren und nicht nur in einer weitgehenden Zersplitterung in Detailfragen, wie die Kommission in der Problembearbeitung der Einzelthemen verfährt.

Der Bochumer Medizinethiker Christopher Frey (Callies/Frey 1988) bemüht sich ebenso wie der katholische Moraltheologe Johannes Gründel (1988) aus München um pragmatische Beiträge: Frey will die Gestaltung der Sexualität als Aspekt der Lebensführung erschließen, was über das Gebot der Rücksichtnahme auf Andere ethische Werte im Sozialverhalten auf die Sexualität anwendbar mache. Bewussten Leichtsinns wie etwa Sextourismus will er als Herausforderung an die Solidargemeinschaft verstanden wissen, die für die Folgen aufzukommen habe (Deutscher Bundestag 1990a:67ff.). Gründel plädiert zwar gegen eine *"repressive Sexualmoral"*, da diese irrealen Ängste wecke und über Metaphern des AIDS als *"Rache der Natur"* oder *"Strafe Gottes"* ein, wie er sagt, *"falsches Gottesbild aufgezeigt"* wird (Deutscher Bundestag 1990a:73). Er plädiert jedoch für die Propagierung sexueller Treue, da er dem Sexualverhalten übergreifende Bedeutung zuschreibt, die *"sich nicht an gesellschaftspolitischen Zielvorstellungen (...) vorbeidrücken"* dürfe (Deutscher Bundestag 1990a:77). Obgleich er mit dem HIV-Antikörpertest *"eine Lebensgefährdung des Betreffenden – etwa eine Suizidgefahr – verbunden"* (Deutscher Bundestag 1990a:74) sieht, plädiert er eindringlich gegen eine Testentmutigungspolitik. Er meint eine Ersetzung moralischer Kategorien durch eine *"Psychologisierung des sexuellen Diskurses"* zu beobachten, die ihn jedoch zufrieden stellt, da hier *"viele ethische Implikationen enthalten"* seien (Deutscher Bundestag 1990a:76f.).

Ähnlich äußert sich der konservative Züricher Philosoph Hermann Lübbe (1997a, 1997b), der ebenfalls die *"Tugend der Treue"* (Deutscher Bundestag 1990a:92) in den Vordergrund seiner ethischen AIDS-Bewertung stellt. Den Zwischenbericht der Enquete-Kommission bewertet er positiv, da dieser von der Einsicht einer Zunahme der Moral in Form *"selbstbestimmter Lebensführung in spezifisch modernen sozialen und kulturellen Lebenszusammenhängen"* (Deutscher Bundestag 1990a:90) ausgehe. Grundsätze einer solchen Moral brauchen seiner Meinung nach nicht erst erfunden zu werden, sondern es *"handelt sich um sehr alte, näherhin klassische, das heißt unbeschadet ihres Alters nicht veraltete Grundsätze"* (Deutscher Bundestag

1990a:91), zu deren Durchsetzung aber administrative Maßnahmen mit Zwangscharakter *"lediglich subsidiär hilfreich sein können"* (Deutscher Bundestag 1990a:92). Vielmehr setzt er auf die Propagierung der Treuemoral verbunden mit der *"hilfsmoralischen Kondomanlegepflicht"* für den Fall des Versagens der Primärmoral (Deutscher Bundestag 1990a:93), die er im Übrigen durch empirische Untersuchungen über Umsatzeinbußen bei Prostituierten bestätigt sieht: *"Und wenn dann auch der Beweis rückläufiger Promiskuität nicht erbracht wäre, so hätte sie (gemeint: die Promiskuität, d.V.) sich doch insoweit partiell aus Sozialmilieus zurückgezogen, innerhalb derer Promiskuität infektionsträchtiger als in anderen Sozialmilieus ist"* (Deutscher Bundestag 1990a:94).

Der Freiburger Arzt Thure von Uexküll (vgl. auch Uexküll 1994 sowie Uexküll/Wesiack 1988) bezieht sich in seinem Statement auf den Begriff der 'Salutogenese' (Antonovsky 1979, 1997), den er in Abgrenzung zum geläufigen Terminus der 'Pathogenese' als immer neu zu erzeugende Gesundheit definiert. Das Salutogenese-Konzept reflektiere die Einsicht der modernen Biologie, dass lebende Systeme sich selbst aufbauende Strukturen sind, die auf den verschiedenen Integrationsebenen ständig Teile ihrer Umgebung in ihren Bestand aufnehmen und nicht mehr brauchbare Elemente ausscheiden. 'Pathogenese' setze Gesundheit hingegen unreflektiert voraus und beschränke den Organismus auf mechanisch erklärbare Zusammenhänge. Der scheinbare Widerspruch von Gesundheit und Krankheit löse sich auf in *"polare Endpunkte eines Kontinuums, auf dem sich jeder Mensch während seines gesamten Lebens hin und her bewegt"* (Deutscher Bundestag 1990a:99). Die Frage nach Krankheitsursachen wird so ergänzt durch Gesundheitsforschung, was Uexküll zu dem Ergebnis kommen lässt, dass das Erleben von Gesundheit entscheidend zusammenhängt mit dem Gefühl von Autonomie und Leistungsfähigkeit, was wiederum ein soziales Regulativ darstellt, da es nur durch Interaktionen hervorgerufen werden könne. In diesem Zusammenhang weist er die Begriffsdefinition des 'Scharlatan' als eines nicht an den Regeln der biotechnischen Medizin orientierten Arztes zurück; vielmehr sei ein Arzt dann so zu bezeichnen, wenn er *"ohne Kenntnis der individuellen Wirklichkeit seiner Patienten und ohne ausreichende Information über eventuelle Folgen medizinischer Maßnahmen für deren individuelle Wirklichkeiten 'wissenschaftlich anerkannte' Heil- und Operationsmethoden zur Anwendung"* bringe (Deutscher Bundestag 1990a:102).

Der Berliner Philosoph und Marxist Wolfgang F. Haug (1986, 1987) befreit sich in seinem Vortrag weitgehend von medizinischen Grundfragen, indem er ausgehend vom historischen Syphilis-Paradigma die 'sekundäre AIDS-Gefahr' erörtert, die sich aus einer Mutation der Moral ergeben könne. Das Syphilis-Paradigma, das die gesundheitspolitische Diskussion über hundert Jahre bestimmt hat, hat seiner Meinung nach in Verbindung mit dem Sozialdarwinismus zur Politik der Rassenhygiene geführt, die wiederum die nationalsozialistische Vernichtungspolitik legitimierte. So wie Haug den krisenhaften Übergang zum Fordismus als wirtschaftliche Basisbedingung für Hitlers Machtergreifung analysiert, sieht er heute ähnliche Gefahren im Übergang zur hochtechnologischen Produktionsweise. Die Tendenz zu Massenarbeitslosigkeit und Zweidrittelgesellschaft und den auf Darwins (1859) Theorie des 'Survival of the fittest' zurückgehenden Fitnesskult könne sich mit der AIDS-Panik auf schlimmste Weise verschmelzen. Entsprechende *"sozialmoralische Tendenzen"* meint Haug schon jetzt auszumachen in dem *"Schub der Remoralisierung der 'Gesundheit', also der Verpflichtung zu ihr"*. Solche *"Vermehrung des Schuld- und Angstpotentials, der Untergangsstimmungen"* sowie Lustangst und -hass bis hin zu einer *"Mediatisierung des Sexuellen (in) seiner Vermittlung übers Videoimaginäre"* deuten die Gefahr an, der mit Hilfe einer *"sozialmoralischen AIDS-Folgenabschätzung"* im Maßnahmenkatalog begegnet werden sollte (Deutscher Bundestag 1990a:88f.).

Obwohl drei der fünf Experten lediglich die moralisch-ethische Bestätigung des bereits veröffentlichten Zwischenberichts der Enquete-Kommission vornehmen, untermauert sich die Notwendigkeit einer ethischen Anhörung bereits durch die Beiträge von Uexküll und Haug, in denen einzelne Aspekte aus historischer, medizinkritischer und gesundheitspolitischer Sicht herausgearbeitet werden. Im Gegensatz zu allen anderen Themenfeldern, die die Kommission durcharbeitet, folgen der Bestandsaufnahme hier jedoch entgegen anderslautender Ankündigung im Zwischenbericht (Deutscher Bundestag 1988:41) weder Auswertungen noch Empfehlungen.

Auch auf andere Empfehlungen des Endberichts bleibt sie ohne Einfluss. Die Degradierung der Anhörung zur Wirkungslosigkeit ist in der Arbeitsstruktur der Kommission angelegt, die im Gestrüpp der Detailfragen paradigmatische Ansätze kaum zu durchleuchten vermag. Das Beispiel dieser Anhörung zeigt, dass überzeugende Darstellungen die Möglichkeit eröffnen können, zu der gesamten Problematik

oder zumindest zu einem wichtigen Blickwinkel wie hier dem der "*sekundären AIDS-Gefahr*" (Deutscher Bundestag 1990a:78;106) zu einer Gesamteinschätzung zu kommen. Dafür bieten die Vorträge von nur fünf Experten allerdings ohnehin keine ausreichende Basis.

Das Fehlen einer grundsätzlichen Debatte zur Gesamteinschätzung und ihre Ersetzung durch starke Zersplitterung der Problemstellungen trägt affirmative Züge, da sie die Fragestellung als gesamte entpolitisiert und sich dann sachzwanggemäß in Einzelfragen verfängt, deren paradigmatischer Hintergrund tabuisiert bleibt<sup>16</sup>.

#### **4.3.5. Die Konfliktlinie Lernstrategie versus Suchstrategie**

Der wesentliche Dissens zwischen den Kommissionsmitgliedern besteht in der Alternative staatlicher Präventionspolitik zwischen 'individueller Such-' oder 'gesellschaftlicher Lernstrategie' (Rosenbrock 1990:20). Erstere basiert darauf, AIDS als Seuche zu behandeln, der mit einem polizei- und ordnungsrechtlichen Instrumentarium zu begegnen ist. Es zielt darauf, möglichst viele potenzielle Infektionsquellen zu identifizieren und individuelles Verhalten durch entsprechende Sanktionsdrohungen zu steuern. Dadurch werden aber auch Ausgrenzungen und Diskriminierung zumindest in Kauf genommen.

Die Lernstrategie hingegen möchte der weiteren Ausbreitung der Krankheit mit Information und anwendungsnahen Präventionsangeboten entgegentreten. Diskriminierung und Ausgrenzung müssen in dieser Strategie vermieden werden, da nur in einer als repressionsfrei empfundenen gesellschaftlichen Situation die Präventionsbotschaft den Adressaten erreichen kann. Hierbei dient Information als das Medium und subjektive Einsicht als das Bewegungsmoment in Richtung einer Veränderung hin zu dem als effektiv im Sinne der AIDS-Verhütung herausgearbeiteten Kollektiv- und Individualverhaltens. Die Suchstrategie setzt dagegen vorrangig auf das Recht als geeignetes Steuerungsinstrument, wobei nötigenfalls die Angst vor Sank-

---

<sup>16)</sup> Zu einem vergleichbaren Ergebnis kommt auch die Arbeit von Rainer Spangenberg (1991) in Bezug auf die parallel tagende Enquete-Kommission 'Chancen und Risiken der Gentechnologie'.

tionen der Einsicht zur angeordneten Verhaltensänderung nachhilft (vgl. Reutter 1992:1f.).

Nach Definition der Kommission bedingt sich die Lernstrategie dadurch, dass für alle Menschen, die mit wechselnden PartnerInnen Geschlechtsverkehr haben, eine Veränderung ihres Verhaltens durch das Auftreten von AIDS zu einer "*objektiven Notwendigkeit*" (Deutscher Bundestag 1988:45) geworden ist. Aus der Erkenntnis, dass AIDS–Aufklärung auf die individuelle Situation des Menschen bezogen sein muss, sie ihn oder sie "*dort abholen (muss), wo er ist*"<sup>17</sup> (Deutscher Bundestag 1988:41), müssen zum "*Um- und Neulernen von Sexualität*" Methoden der Verhaltensbeeinflussung entwickelt werden, die "*zu einer möglichst autonomen Selbststeuerung führen*" (Deutscher Bundestag 1988:45), da nur die Verinnerlichung des veränderten Verhaltens seine langfristige Anwendung weitestgehend sicherstellen kann. Entsprechend wird Angst als Leitmotiv als ineffektiv betrachtet, da es auf Dauer irrationales Verhalten provozieren kann. In Abgrenzung dazu wird eine "*an der Realität orientierte Angst (Furcht)*" propagiert (ebd.).

Diese Strategie manifestiert sich in drei Stufen der Präventionsbotschaft. Die erste soll die gesamte Wohnbevölkerung multimedial vermittelt darüber informieren, dass AIDS außerhalb Geschlechtsverkehr und intravenöser Drogenbenutzung nicht übertragbar sei, dass Kondome und Monogamie schützen und dass Kranke und Infizierte der Solidarität bedürfen. Im zweiten Schritt sollen spezielle, als dem Risiko näherstehend ausgemachte Bevölkerungsgruppen mittels jeweils gruppenspezifischer Kampagnen unter Ausnutzung der Strukturen, in denen sich diese bewegen, zielgruppenorientierte, detaillierte Informationen zur Prävention erhalten. Rosenbrock nennt dies "*strukturgestützte Verhaltensbeeinflussung*", da es um die Organisierung der Kommunikation über das Risiko und seiner Vermeidung zwischen sozial Gleichen gehe. Es deckt sich weitgehend mit den bereits erwähnten Konzepten des 'Community buildings' und einer zielgruppenspezifischen Anwendung des Empo-

---

<sup>17)</sup> Die sprachliche Verwirrung zwischen männlich–weiblicher und rein männlicher Form ergibt sich hier vordergründig aus der unterschiedlichen Verwendungsform. Während ich mich um Bezeichnungen bemühe, aus denen das Geschlecht der Akteure oder AdressatInnen eindeutig hervorgeht, weil diese Zuordnung ein Kriterium in der Analyse darstellt, verwendet die Kommission "*Im Sinne einer besseren Lesbarkeit (...) geschlechtsneutrale Personen- und Berufsbezeichnungen*" (Deutscher Bundestag 1990:64), womit allerdings männliche gemeint sind. Im vorliegenden Fall scheint 'er' zwar auch "*geschlechtsneutral*" gemeint zu sein, die Frage der Übertragung des Virus von Frauen auf andere Frauen oder Männer ist jedoch kaum Gegenstand epidemiologischer Forschung.

werment-Konzeptes (Rappaport 1985). Mithilfe dieses Ansatzes werde die Abwehr umgangen, die sich ergibt, wenn Instruktionen von 'außen nach innen' oder von 'oben nach unten' gegeben werden (Rosenbrock 1990:21f.). Auf einer dritten Stufe geht es um persönliche Beratung in Einzelgesprächen, wobei deutlich wird, dass es sich nicht nur um eine Nutzung und Stützung, sondern darüber hinaus auch um eine Installierung von Kommunikationsstrukturen handelt, die die Übermittlung solcher gruppen- oder scenebezogenen Präventionsspezifika sicherstellen. Entsprechend dieser Stufenkonzeption muss der zweite und dritte Schritt vorrangig von Nichtregierungsorganisationen (NROs) sichergestellt werden wie beispielsweise den AIDS-Hilfen oder 'Stop-AIDS-Projekten', die sich in verschiedenen bundesdeutschen Städten nach amerikanischem Vorbild zu etablieren suchen.

Neben NROs setzt die Lernstrategie allerdings gleichrangig auf vor allem bei den Gesundheitsämtern angesiedelte, dezentrale Beratungsstellen vor Ort, deren MitarbeiterInnen mittels entsprechender Fortbildung sachkundig gemacht und pro Gesundheitsamt mit einer zusätzlichen Fachkraft zur AIDS-Aufklärung ausgestattet werden (Deutscher Bundestag 1988:46). Tatsächlich stößt die Konfrontation mit AIDS an verschiedenen Stellen des öffentlichen Gesundheitsdienstes Reformen und Innovationen an (Luber 1987, Schmacke/Schwartzkopf 1992).

'Problemkinder' dieser Strategie sind jene "*Personen mit Doppelmoral*" (Deutscher Bundestag 1988:46), die ihr Sexualleben verstecken und deshalb von den Kommunikationsstrukturen nur in unzureichendem Maße erreicht werden. Die Strategiebeschreibung im Enquete-Kommission-Bericht bleibt bei der negativen Typisierung dieser in der Gesellschaft ansonsten wohlgelittenen Personen (Männer!) stehen und hinterfragt die möglicherweise sehr plausiblen Hintergründe dieses weitverbreiteten Verhaltens nicht.

Eine vergleichbare Typisierung betrifft sog. "*Desperados*" (Kommissionsunterlagen vom 29.9.1987, S. 51). Insgesamt ist es in der Kommission strittig, ob die Kenntnis des eigenen Serostatus eine Verhaltensbeeinflussung begünstigt. Horst-Eberhard Richter meint, ein "*Desperadoverhalten, (das) immer wieder als Legitimation für drastischere politische Maßnahmen angeführt (werde, komme) offenbar nur in Ausnahmefällen vor*". Er psychologisiert eine Überschätzung dieses Verhaltens durch "*Projektionstendenzen des paranoiden Typs*" (ebd.). Rosenbrock (1986:121) meint hingegen, zu willkürlich angewandte Testung schaffe die "*Produktion von Despera-*

*dos*" durch ein Verhalten von Menschen, "die das Testergebnis als Reduktion der ihnen noch zur Verfügung stehenden Lebensspanne auf wenige Monate oder Jahre missverstehen und vor diesem Hintergrund auch sexuell 'ohne Rücksicht auf Verluste' und nach dem Motto 'nach mir die Sintflut' agieren" (ebd.:121f.). Nach dieser Einschätzung produziert eine Testermutigungspolitik sogar dieses Verhalten. Hingegen sieht der für AIDS-Fragen zuständige Abteilungsleiter im BMJFFG Manfred Steinbach (1988) durchaus die Notwendigkeit gesetzlicher Maßnahmen des Straf- und Seuchenrechtes, wenn Einzelne sich uneinsichtig und rücksichtslos verhalten, und spricht hier von dem Erfordernis "gesetzlicher Strenge". Auch Gesundheitsministerin Rita Süßmuth (1987:22f.) verwendet den Begriff der "Desperados", gegen die "mit aller Härte vorgegangen werden" müsse, wenngleich sie relativiert, dass es sich hierbei um "Ausnahmefälle handelt". Deutlicher noch vertritt der damalige bayerische Innenminister Stoiber rechtsdogmatisch die Position, eine Norm müsse unbedingt gesetzt werden. Ausreißer, Rechtsbrecher oder Pflichtverletzer könnten hierbei nicht zum Maßstab erhoben werden: "Inwieweit eine nötigenfalls durch Anordnung auferlegte Pflicht zu selbstverständlichem Verhalten kontraproduktiv wirken soll, ist unerfindlich" (Stoiber 1989:571).

Legitimiert wird die Lernstrategie mit dem etwas schroffen, an anderer Stelle auch differenzierter ausgeführten Katastrophenszenario des AIDS als einer Krankheit, "die tödlich ist, sich seuchenartig verbreitet und gegenüber der die Medizin zur Zeit weitgehend ohnmächtig ist" (Deutscher Bundestag 1988:47). Es ist augenfällig, dass auch da, wo ausgeführt wird, dass die Präventionspolitik vernunftgeleitet und repressionsfrei entwickelt werden solle, eine solche autoritätsverleitende Skizzierung ("ein typisches Disziplinierungsmittel der orthodoxen Medizin", Holub/Holub 1990:2) vorgenommen wird. Eine Problematisierung des Szenarios erfolgt im Minderheitenvotum der Fraktion der Grünen, die die Benutzung des Seuchenbegriffes kritisieren, da dieser ihrer Meinung nach geeignet sei, eine "übergroße Gefährdung" zu unterstellen und "die Krankheit zu dämonisieren" (Deutscher Bundestag 1988:204).

Im Vergleich zu dieser ausgeführten Strategie zeigt sich die individuelle Suchstrategie weniger problemadäquat. Rosenbrock versteift sich gar auf die Behauptung, dass eine "wissenschaftlich verwertbare Begründung für Strategien dieses Types ... noch nie vorgelegt" worden sei und sie in Veröffentlichungen zumeist auf ein altbekann-

tes 'Das haben wir immer so gemacht' hinausliefe, wie er unter Bezugnahme auf Peter Gauweilers Thesen (1989) schreibt (Rosenbrock 1990:20).

Richtig ist auf jeden Fall, dass die (in der Kommission ausschließlich männlichen) Vertreter der Suchstrategie wenig politik- oder sozialwissenschaftliche Ergebnisse vorzuweisen haben und sich ihr theoretisches Repertoire weitgehend auf kurativmedizinische oder rechtliche Überlegungen beschränkt.

Dass lern- und suchstrategischer Ansatz aber keine Antagonismen sind, drückt sich im Minderheitenvotum der Protagonisten der Suchstrategie, den Münchner Medizin- und Rechtswissenschaftlern Gallwas, Spann und Zöllner aus, indem diese weitgehende Übereinstimmung mit der Mehrheitsposition ausdrücken, ihre Vorstellungen administrativer Maßnahmen jedoch als ihrer Meinung nach notwendige Ergänzung der Aufklärungsstrategie anfügen. So siedeln sie Forderungen nach *"Zwangstest, Berufsverbot, Absonderung und ähnlichen Zwangsmaßnahmen"* (Deutscher Bundestag 1988:244) an das untere Ende der Rangfolge präventionspolitischer Empfehlungen, die von der Kommissionsmehrheit im Sinne der Lernstrategie aufgestellt ist, ohne dass sich aus ihrem Verständnis grundsätzliche Widersprüche ergeben. Natürlich lässt das den Umkehrschluss nicht zwangsläufig zu. Doch auch Rosenbrock konstatiert als Einwandvorwegnahme – wenngleich zögerlich und voller Relativierungen – in der Umsetzung der Lernstrategie seien *"Missverständnisse"* entstanden, denn *"Zum Teil habe ich mich in diesem Diskurs sicherlich auch von Begriffen und Denkfiguren gesundheitspolitischer Gegner, für die soziale Kontrolle ohnehin kein Problem ist, nicht immer deutlich abgegrenzt"* (Rosenbrock 1990:29).

Das Bemühen, beide Ansätze gemeinsam zur Wirkung zu bringen, bringt die damalige Bundesgesundheitsministerin Süssmuth (1987:126) auf den Punkt: *"Nur wenn möglichst viele Menschen, bei denen ein Test angebracht ist, das freiwillige Angebot auch annehmen, können wir die Richtigkeit unserer Linie unter Beweis stellen"*. Dazu schreibt Frank Rühmann (1987:245f.): *"Es ist der Appell an die zukünftigen Opfer der Repression, ihre Verfolgung dadurch zu verhindern, dass sie sich freiwillig einer Ordnungsvorstellung unterwerfen, die man andernorts bereits mit Zwang durchsetzen will"*.

Praktische Auswirkungen des strategischen Widerspruches zwischen Lern- und Suchstrategie zeigen sich im Kommissionsbericht vor allem in der Frage nach dem Stellenwert des HIV-Tests. An diesem Dissenspunkt kommt es zu den meisten Sondervoten. Während die VertreterInnen der Lernstrategie den Test in Ermange-

lung einer medizinisch angezeigten Therapie außerhalb des Blutspendescree­nings für nicht empfehlenswert und eine Testermutigungs­politik sogar als präventions­poli­tisch kontraproduktiv ansehen, weil diese das notwendige Vertrauens­klima bedrohen könne (vgl. z.B. Deutscher Bundestag 1990a:245;641;683; Rosenbrock 1987:188), stellt der Test für die Befürworter der Suchstrategie ein wesentliches Mittel zur Verhaltenssteuerung dar. Der FDP–Abgeordnete Eimer sieht in einer Testermutigungs­politik die *"direkteste Übermittlung der Präventionsbotschaft"* (Deutscher Bundestag 1990a:633). Der Mediziner Stille erwartet eine Unterbrechung von Ansteckungsketten und betrachtet die Kenntnis des eigenen Infektionsstatus als verhaltenstherapeutischen Impuls, der Anlass zur Änderung des Lebensstils geben könne (Deutscher Bundestag 1988:213). Vor allem vertritt er rechtsdogmatisch die Position, *"dass das Risiko der Weitergabe einer tödlichen Infektion das wesentlich stärkere Argument ist, als der Anspruch auf ein weiterhin unbeschwertes Leben"* (ebd.:214).

Es wird auch hier deutlich, dass zwischen Lern– und Suchstrategie kein sich ausschließender Gegensatz besteht. So sind beide Ansätze auch als eine Ergänzung zu verstehen, wie es Rita Süßmuth mit ihrem oben zitierten moralischen Zwang zum freiwilligen Test ausdrückt. Die Umkehrung, dass eine Testverweigerung die Lernstrategie unterlaufen könne und ordnungspolitische Vorgaben der Zwangstestung dann unausweichlich seien, liegt nahe.

Aus Perspektive des Gesundheitsministeriums kann man hier davon sprechen, dass der im parlamentarischen Raum zentrale Widerspruch zwischen Lern– und Suchstrategie zur Doppelstrategie aufgeweicht wird.

Es ist im Weiteren zu prüfen, ob die VertreterInnen der Lernstrategie sich wirklich nur *"nicht immer deutlich abgegrenzt"* haben, oder ob nicht vielmehr beiden Konzeptionen eine weitergehende Übereinstimmung politischer Bestimmungsfaktoren zugrunde liegt.

#### **4.3.6. Partizipative Konzeption und Wirkung der Enquete-Kommission**

Zunächst ist festzustellen, dass vor allem die Konzeption der individuellen Suchstrategie in demokratietheoretischer Hinsicht als problematisch anzusehen ist, da sie das individuelle Recht des Kranken und auch des Infizierten hinter angenommene Schutzinteressen der Allgemeinheit zurückstellt (vgl. Reutter 1992:28). Es könnte insofern ein Verstoß gegen elementare Grundrechte der Verfassung (insbesondere Art. 1, 2 und 12 GG) vorliegen.

Ich werde mich im Folgenden aber nachzuweisen bemühen, dass auch die Politik der Lernstrategie ein erhebliches Demokratiedefizit aufweist.

Wichtig ist hier die Erkenntnis, dass zwischen Präventionspolitik im beschriebenen Sinne und repressivem Klima dann ein Widerspruch besteht, wenn letzteres auch subjektiv vom Adressaten der Präventionsbotschaft als solches empfunden wird. Eine Differenzierung zwischen beiden Polen ist nicht objektivierbar. Tatsächlich legitimiert bereits die starke Normierung der Botschaft die sich in den Startlöchern befindliche Repression, gleichwohl sie – beispielsweise durch massive Suggestion – als 'vernünftig' und daher unrepressiv empfunden werden kann. Hinter der vordergründigen Wahrnehmung kann es zudem zur Mobilisierung unterdrückter Ängste und verdrängter Gefühle in Autoaggressionshandlungen, Erniedrigung und Selbstbewusstseinsdemontage kommen, die jedoch nicht einer personalisierbaren Autorität zugeordnet, sondern mittels der beschriebenen Normierung als Schicksal erlebt werden. Die gesellschaftliche Kondomisierungsnorm ist ein Beispiel dafür, wie sich repressionsfrei konzipierte Aufklärungspolitik durch Einführung positiver Normierung in entscheidenden Randbereichen selber blockiert, denn solange Prävention am Verständnis sexueller Normen festhält, bleibt der Infizierte im Zwielficht, was eine Stigmatisierung gesellschaftlich reguliert und rationalisiert (vgl. Sigusch 1986:73; Rühmann 1990:304).

Die Basis für eine Offenheit im Sinne eines *"angstfreie(n) und auf Vertrauen basierende(n) Klimas"* (Deutscher Bundestag 1988:140) ist nur dann gegeben, wenn sich die angebotenen Lösungen einer wirklichen Alternative stellen. Wenn es nicht die Möglichkeit einer gegensätzlichen Entscheidung gibt, gibt es auch keine Freiheit der Wahl, ohne die es wiederum auch keine angstfreie Identifikation mit eigenen Entscheidungen zur Verhaltensänderung zwecks Gefahrenabwehr geben kann. Die

Konzeption der Enquete-Kommission setzt eine Identifikation mit dem Lernziel aber immer schon voraus. Anderenfalls steht der Betroffene, von anderen Betroffenen entsolidarisiert, in besonderer Einsamkeit der Anwendung des fünften Spiegelstriches gegenüber, in dem *"hoheitliche Maßnahmen auf zu definierende Ausnahmen beschränkt sind"* (Deutscher Bundestag 1988:141). Und in dem Maße, wie *"Ausgrenzung und Stigmatisierung als negativ gelten"* (ebd.), werden vorgebliche Ausgrenzer und Stigmatisierer ausgegrenzt, wie die Diskussionen um die Kritik an der Virushypothese (vgl. 7.5.) bestätigen. Es kann also im eigentlichen Sinn nicht von einer Beseitigung jedweder Diskriminierung gesprochen werden, sondern von einer Verlagerung derselben in Bereiche von Randgruppen, deren Position sich dadurch auszeichnet, noch weiter von der Norm entfernt zu sein.

Aber gerade jene haben die Solidarität besonders nötig. So ist es die besonders schwierige Realität von den Betroffenenengruppen der intravenösen DrogenbenutzerInnen und auch der Prostituierten, sich häufig in Zwangssituationen zu befinden, in denen 'Safer-Sex' oder 'Safer-Use' nicht praktikabel sind, beispielsweise weil solche Drogen im Gefängnis leichter zu beschaffen sind als Spritzen und es daher zwangsläufig zur gemeinsamen Spritzenbenutzung kommt, oder weil die soziale oder gesundheitliche Not eine oder einen Prostituierten zwingt, sich auf die Anforderung eines Freiers zu ungeschütztem Geschlechtsverkehr einzulassen. Claudia Ritter (1992:273) analysiert solche *„Reproduktion von Zwangslagen“* und beschreibt den Strudel des sozialen und gesundheitlichen Abstiegs, der Prostituierten insbesondere durch den Unterdrückungswunsch von Freiern droht, die an solchen zusätzlichen Belastungen Gefallen finden. Auch für andere besonders Belastete analysiert sie eine weitere Belastung durch die Normsetzung der Aufklärungskampagne (vgl. auch Raschke/Ritter 1991).

Daher ist eine Entsolidarisierung der Randständigsten ganz besonders problematisch. Volkmar Sigusch (1986:74) fasst dies in den Appell zusammen, die Gesundheitspolitik müsse vor allem darauf gerichtet sein, *"um das Überleben der Heroinabhängigen zu kämpfen"*.

Sich hier nicht entschieden zu engagieren, kritisiert auch der Berliner Politologe Wolf-Dieter Narr (1990:246), und polemisiert mit den Worten, diese Ignoranz sei der *"schöne(n) Welt der aufklärerischen Enquete-Kommission und ihrer sozialwissenschaftlichen Mundschenke"* geschuldet.

Es sei geboten, so Narr weiter, den Aufklärungsgedanken substantiell zu problematisieren. Dies geschehe jedoch nicht. Das angenehme Klima werde stattdessen herbeigeredet, als stünde die Kommission im luftleeren Raum.

Diese Banalisierung geht einher mit einer Entpolitisierung von Medizin (Illich 1975) und Prävention (Kaupen-Haas/Rothmaler 1995), was hier meint, Gesellschaft und Politik im Zuge vorgeblicher Sachzwänge Gestaltungsräume zu nehmen. Angezeigt wäre eine kritische Auseinandersetzung und auch Kompetenzergreifung seitens der Politik. Es ist falsch, AIDS zum medizinischen Problem zu reduzieren und hierbei die kapitalistische Ökonomie und die von ihr durchdrungenen gesellschaftlichen Verhältnisse zu ignorieren, merkt Narr (1990:254) an. Der Lokalisierung einer 'eigentlichen Problemlösung' bei AIDS in den Bereich der Medizin (vgl. Prokop 1990:282) kommentiert er mit der rhetorischen Frage: *"Was heißt es aber, wenn selbst Sozialwissenschaftler die 'Eigentlichkeit' der technikfixierten Lösungen behaupten?"* (Narr 1990:254)<sup>18</sup>.

Wichtig ist an dieser Stelle herauszuarbeiten, ob es sich bei diesen Unterlassungen um sog. 'blinde Flecken' handelt oder sogar eine demokratietheoretisch noch wesentlich bedenklichere Ausgrenzung und Ausklammerung von Akteuren und Inhalten vorliegt.

Im Falle einiger der im nachfolgenden Kapitel (5.3.–5.5.) dargestellten grundsätzlichen Kritikansätze muss festgestellt werden, dass sie einer solchen Ausgrenzung unterliegen. Obwohl in der Fach- und Sekundärliteratur ausführlich besprochen, findet keiner der Ansätze auch nur Erwähnung im Bericht. Weder in den 137 Kommissionsdrucksachen noch in den 624 aufgelisteten Arbeitsunterlagen lassen sich Spuren finden, die auf eine diesbezügliche Auseinandersetzung hindeuten. Die Anhörung der Kommission im September 1987 zu den gesellschaftlichen Folgen von AIDS kommt sogar ohne ExpertInnen eines der beiden sexualwissenschaftlichen Institute in Deutschland aus (Deutscher Bundestag 1990a:61, vgl. 4.3.1. und 5.3.). Diese 'Ungewöhnlichkeit' ist nur mittels impliziter gezielter Ausgrenzung zu erklären. Wie später (5.5.3.) noch aufgezeigt wird, nehmen einige der Kommissionsmit-

---

<sup>18)</sup> Statt des hier angezeigten Exkurses über die Fragwürdigkeiten des Technikbegriffes soll an dieser Stelle nur auf die Arbeiten von Gernot Böhme (1992) verwiesen werden, der eine Veränderung der Wortwahl von 'Naturwissenschaft' zu 'Technikwissenschaft' vorschlägt, oder auch Ulrich Beck (1988), Donna Harraway (1995), Ernst von Kardoff (1991) u.a.

gliedert zeitweise sogar an Kritik–Diskursen teil, ohne diese Auseinandersetzung in die Enquete–Kommission rückzutragen.

Aber gerade die sexualwissenschaftliche Kritik am AIDS–Diskurs steht im fundamentalen Widerspruch zu der Individualisierung der Krankheit, die alle Mitglieder der Kommission betreiben, wobei dies für die Vertreterinnen der Grünen nur mit Abstrichen gilt. Während die Kritik nämlich vor allem gesellschaftliche Fehlentwicklungen brandmarkt (insbesondere 5.3.), betrachten übergreifend beide Grundpositionen der Enquete–Kommission individuelle Verhaltensänderungen – wenn auch, bei den VertreterInnen der Lernstrategie, auf Grundlage eines gesellschaftlichen Lernprozesses – als Schlüssel zur Eindämmung der Krankheit.

Unabhängig von der möglichen sachlichen Notwendigkeit dieser Haltung handelt es sich dabei um einen herrschaftsoportunen Lösungsweg mit einem augenfällig asymmetrischen Verlauf: für die, die diese Programme entwickeln, verändert sich dadurch subjektiv nichts, während es für Mitglieder der Hauptbetroffenengruppen um fundamentale Eingriffe in ihre Lebensführung und ihren sozialen Status geht, für Infizierte gar um nahezu sämtliche Eckpfeiler ihrer Existenz. Entsprechend wäre es wünschenswert, substantielle Entscheidungen in Selbstorganisationsprozessen zu entwickeln, wobei das amerikanische DAH–Vorbild 'Gay Men's Health Crisis' (GMHC, Fineberg 1988:148f.) schon durch seinen Namen verantwortungsvolle und kollektive Selbsttherapierung assoziieren lässt<sup>19</sup>. Die pragmatische Orientierung der Enquete–Kommission sieht bei der vielbeschworenen Unterstützung und Mobilisierung der Selbsthilfepotenziale jedoch nur die Etablierung vermittelnder Instanzen, wobei der Vermittlungsprozess in aller Regel ebenfalls nur in einer Richtung stattfindet. Die seismografische Funktion von Selbstorganisationsprozessen (Kickbusch/Trojan 1981) wird so kaum genutzt.

Dies bedeutet im Wesentlichen eine Orientierung auf etablierte Strukturen staatlicher Gesundheitspolitik, wie sie sich beispielsweise in dem von der Kommission unterstützten Aus– bzw. Aufbau der Public–Health–Forschung in Deutschland konkretisiert (Deutscher Bundestag 1990a:36;599). Dies soll an dieser Stelle nicht kritisiert werden, sondern der Verdeutlichung dienen, dass die Arbeit konzeptionell auf

---

<sup>19</sup>) Angemerkt sei an dieser Stelle, dass beispielsweise der inzwischen verstorbene AIDS–Aktivist und Medizinkritiker Michael Callen schwere Vorwürfe gegen die Organisation erhebt, weil sie ihrem Anspruch seiner Meinung nach nicht gerecht werde (Callen 1991).

eine Institutionalisierung und damit einhergehenden Entpolitisierung abzielt, oder, um es in den grundsätzlichen Kategorien der Politikwissenschaft auszudrücken, um eine Verlagerung der vakanten Fragen aus den Bereichen der Policy- und Politics- in den des Polity-Politischen (vgl. Rohe 1978).

Das Problem der Individualisierung spiegelt sich im Übrigen auch in der datenschutzrechtlich bedenklichen Diskussion um Formen der Meldepflicht wieder (Deutscher Bundestag 1988:204; vgl. auch Simitis 1986 sowie Hitzler 1991).

Zusammenfassend muss bilanziert werden, dass die Behandlung der AIDS-Problematik durch die Enquete-Kommission ein gewisses Demokratiedefizit aufweist. Vor allem fällt auf, dass AIDS durch individualisierende Zuschreibungen entpolitisiert wird.

#### **4.3.7. Der juristische Diskurs der Enquete-Kommission**

Bei der Analyse des juristischen Diskurses der Enquete-Kommission ist zunächst augenfällig, dass der juristische Aspekt der AIDS-Problematik an das Ende geschoben und so zur Nebensache der Kommissionsarbeit degradiert wird. Dies steht im Widerspruch zur parlamentarischen Debatte im Vorlauf der Kommissionseinrichtung, in der vor allem die Regierungsfractionen an zentraler Stelle eine Prüfung administrativer und seuchenrechtlicher Maßnahmen gefordert haben (BT-Drucksache 11/120).

In der Eigenbeschreibung der Kommissionsarbeit wird betont, dass die öffentliche und politische Diskussion um die Ausgrenzung Betroffener sowohl in sozialer als auch in rechtlicher Hinsicht Veranlassung gibt, sämtliche Rechtsgebiete auf ihre Vereinbarkeit mit dieser Situation und auf Handlungsnotwendigkeiten zu überprüfen (Deutscher Bundestag 1990a:12).

Der Bereich des Rechts gilt als klassisches Terrain der Konservativen. Die Übermittlung eines neuen Krankheitsbildes durch die Medizin gilt Rechtspolitikern als Aufforderung, die Anwendung seuchen- und strafrechtlicher Normen sicherzustellen. Konkurrierende oder ergänzende wissenschaftliche Erkenntnisse beispielsweise

aus den Bereichen der Sozial-, Sexual- oder Gesundheitswissenschaften werden oft als störend empfunden und zum gegnerischen Lager erklärt, analysiert Prittwitz (1990:15f.).

Die Transformation einer Norm zu einer Rechtsnorm und speziell zu einer Norm des Strafrechts zieht aber Sanktionsdrohungen nach sich, die wiederum schon aus grundsätzlichen rechtsstaatlichen Erwägungen realisierbar sein müssen, d.h. die Aktivitäten staatlicher Verfolgungsorgane hervorruft. Dies ist nicht nur in präventionspolitischer Hinsicht zweifelhaft insofern, als dass vertrauensbildende Maßnahmen zu den Betroffenenengruppen dadurch gefährdet sein können, sondern auch verfahrenstechnisch, da es sich sowohl bei Infizierung mittels kontaminierter Nadel als auch sexueller Art in der Regel um Interaktionen handelt, bei denen eine eindeutige Klärung der Verantwortlichkeit (Täter/Opfer-Konstellation) kaum möglich ist (Rottleuthner 1990:122). Die Berliner Mediziner Pohle und Eichenlaub bringen die politische Relevanz des konservativen Rechtsverständnisses im AIDS-Diskurs auf den Punkt: *"Die Verfechter radikaler Maßnahmen werden sich auch bewusst sein, daß ihre Vorstellungen weitgehend unrealistisch sind, weil ihre Durchsetzung einen totalitären Staat voraussetzt und dann das Methodenprogramm unzureichend wäre. Sie werden sich aber bei Nichtbefolgen ihrer Rettungsansätze immer darauf berufen können, rechtzeitig den perfekten Weg angeboten zu haben"* (Pohle/Eichenlaub 1987:121).

Die thematische Rückversetzung des juristischen Diskurses innerhalb der Enquete-Kommission mag zwar als Abwehrmaßnahme gedacht sein, impliziert jedoch gleichzeitig die Aufgabe oder zumindest Degradierung zentraler Rechtspositionen im Hinblick auf eine Verhältnisprävention (Salmen 1990:97).

Gesetzgeberisch relevante Vorschläge, also Ansätze, die Individualisierung und Entpolitisierung entgegengesetzt sind, werden u.a. erarbeitet in Bezug auf eine angelegte *"Überprüfung einer Veränderung der sexualstrafrechtlichen Lage bezüglich des § 175 StGB"* (Deutscher Bundestag 1988:23; 1990:19;152). Die Kommission kann sich jedoch nicht zur Forderung nach juristischer Gleichstellung (Aufhebung des unterschiedlichen Schutzalters) für Homo- und Heterosexualität einigen und beschränkt sich auf diese vage Formulierung.

Ähnlich verhält es sich mit der Überlegung nach rechtlicher und sozialer Gleichstellung der Prostituierten, wobei die Kommission die Vorschläge zur Verbesserung

sozialer Diskriminierung (Deutscher Bundestag 1988:21) im Endbericht konkretisiert durch den Vorschlag auf Entkriminalisierung *"ordentlich geführter Bordelle, die mit den Gesundheitsbehörden zusammenarbeiten"* (Deutscher Bundestag 1990a:475) sowie die Entkriminalisierung von Methadon.

Narr radikalisiert in seinem bereits zitierten Aufsatz den Gedanken, der Krankheit mittels einer Antidiskriminierungspolitik zu begegnen. Er fordert die Enquete-Kommission auf, den gesamten Bereich des Sexualstrafrechtes einschließlich des Abtreibungsparagrafen § 218 StGB zur Disposition zu stellen, da Verhalten und Bewusstsein nicht nur durch einzelne Bestimmungen gesteuert werden könnten, sondern es in Anbetracht der anvisierten Verhaltensänderung weiter Bevölkerungskreise einer grundsätzlichen Revision bedürfe von all jenen Vorschriften, die *"die Mündigkeit der Bürger und Bürgerinnen bei Strafe ihrer Wahrnehmung abschaffen(d)"*, wobei das verwehrte Selbstbestimmungsrecht der Frauen über ihren eigenen Körper ein Musterbeispiel sei (Narr 1990:251).

Zusammenfassend ist festzustellen, dass die Behandlung des juristischen Diskurses in der Beratung der Enquete-Kommission zurückversetzt ist. Damit wird er in seiner Bedeutung gegenüber dem Ansinnen des Einsetzungsbeschlusses deklassiert. Diese Deklassierung erfolgt aus dem strategischen Kalkül der Mehrheit der Kommission, die sich davon eine Abwehr straf- und seuchenrechtlicher Allmachtsphantasien verspricht. Diese Strategie ist jedoch eine sehr defensive Haltung. Sie verbaut gleichzeitig den Weg zu einer deutlichen Intervention der Enquete-Kommission hinsichtlich einer dringend gebotenen Reform des Sexualstrafrechts sowie zu einem Abbau weiterer diskriminierender Rechtsnormen beispielsweise im Schwangerschafts-, AusländerInnen- oder Strafvollzugsgesetz.

## 4.4. Spezifische Bedingungen und Ergebnisse

Im folgenden Abschnitt wird zusammenfassend analysiert, welche strukturellen und inhaltlichen Kontroversen die Arbeit der Enquete–Kommission bestimmt haben. Dabei ist auch danach zu fragen, inwieweit bereits die Struktur der Institution die möglichen Arbeitsergebnisse begrenzt.

### 4.4.1. Strukturelle Bedingungen der Kommissionsarbeit

Eine Enquete–Kommission stellt für eine sozialwissenschaftliche Politikberatung eine besondere Herausforderung dar, da hier über den üblicherweise maximal indirekten Einfluss der wissenschaftlichen Erkenntnisse und Forschungsergebnisse hinaus die direkte Auseinandersetzung mit der Politik stattfindet. Die Arbeit des/r WissenschaftlerIn ist also in den unmittelbaren Kontext konkurrierender politischer Interessen und vermeintlicher Sachzwänge gestellt (Rosenbrock 1990a).

Die allgemeine, allerdings keineswegs unumstrittene Tendenz in der Sozialwissenschaft zu stärkerer Anwendungsorientierung (vgl. Geene/Moes 1992) verwirklicht sich in besonderem Maße, wenn WissenschaftlerInnen verschiedener Disziplinen auf eine etwa gleich große Zahl von Parlamentsabgeordneten stoßen, wobei letztere, obgleich in aller Regel ebenfalls wissenschaftlich ausgebildet, von anderen Notwendigkeiten und Methoden geleitet arbeiten<sup>20</sup>.

Zunächst haben die WissenschaftlerInnen dadurch die Möglichkeit, ihren spezifischen Forschungsansatz einer größeren Öffentlichkeit mit erhöhter Umsetzungswirksamkeit vorzustellen. Von anderen Formen der Politikberatung unterscheidet sich die Enquete–Kommission auch insofern, dass die gegenseitigen Informationsvermittlungen zwischen PolitikerInnen und WissenschaftlerInnen in formaler Gleichheit zwischen BeraterInnen und Beratenen stattfinden (Petermann 1990). Die direkte Produktorientierung auf Zwischen– und Abschlussbericht gibt allerdings eine ungewohnte Praxisableitung vor, die der Methodik der Alltagspolitik symptoma-

---

<sup>20</sup> Kommissionsmitglied Rosenbrock (1990b:28) nennt sie "*eher generalistisch operierende Akademiker*". Als Gegenposition wird die parlamentarische Kritik an der "*Versorgung überzählig gewordener Bonner Politikberater*" formuliert (Wonka 1987).

tisch zu sein scheint, jedoch schon für sich betrachtet eher unwissenschaftlich ist. Dem ist entgegenzuhalten, dass eine solche Orientierung erhebliche Verbindlichkeit erhoffen lässt, an der es beamtetem Forschungsgeist mitunter mangelt.

Besondere Brisanz erfährt diese Zusammenballung verschiedener Denkschulen und Praxisgewohnheiten dadurch, dass oft fundamental gegensätzliche Problemdefinitionen, Annahmen und Hypothesen in die Arbeitsstruktur eingehen. Diese Konkurrenzsituation kann und soll zu einer gegenseitigen Kontrolle führen, die besondere Genauigkeit in Begründung und Formulierung provoziert. Einerseits ist dies unabdingbare Voraussetzung für politikwissenschaftliche Texte, die sich in breitem Ausmaß verallgemeinern lassen müssen; andererseits können wissenschaftliche Texte so mitunter zu – der Politik ohnehin nicht ganz unbekanntem – Ansammlungen von unverbindlichen Allgemeinplätzen verkommen. Dies bestätigt sich in einem Aufsatz zum Thema von Rolf Rosenbrock, in dem er von Formulierungskämpfen in oft nebensächlich erscheinenden Detailfragen als einer Art Ersatzschauplatz für die meist vermiedenen Grundsatzdiskussionen berichtet (Rosenbrock 1990a:28).

Die Substanz der Fragestellung jedoch zu umgehen und sich stattdessen zersplittert an Detailbewertungen abzuarbeiten – um vorgenannten Satz mit umgekehrten Vorzeichen zu wiederholen – verengt das Blickfeld und kann zur Tabuisierung zentraler Gedankengänge beitragen, was sich nach dem Ergebnis der Untersuchung im vorliegenden Fall bestätigt. Ohnehin begrenzt bereits die Berufung der ExpertInnen durch die Fraktionen das Spektrum der möglichen Kontroversen.

Thematische Zersplitterung und inhaltsbezogene Personalberufung fällt eindeutig zu Lasten wissenschaftlicher Genauigkeit ins Gewicht. In diesem Verfahren werden nämlich, schon bevor die Kommission ihre Arbeit überhaupt aufgenommen hat, taktische Positionen vorbereitet und miteinander ausgehandelt. Offenheit in Fragestellung und Methodik als Grundvoraussetzung eines sozialwissenschaftlichen Erkenntnisbildungsprozesses ist nicht mehr gegeben. Die Fortsetzung erfährt der wissenschaftliche Kuhhandel dann mit der Bestandsaufnahme, die nach entsprechenden politisch-taktischen und eben unwissenschaftlichen Kriterien vorgenommen wird, wie der Umgang mit dem juristischen Diskurs beispielhaft verdeutlicht. Das Ergebnis wird also zu einem erheblichen Teil schon vor der eigentlichen Arbeitsaufnahme determiniert.

Inhaltliche Kompromisse bis hin zu Tauschgeschäften oder förmliche Abstimmung über Wissenschaft sind Ausdruck von Strukturen, die einer seriösen wissenschaftlichen Tätigkeit entgegen stehen. WissenschaftlerInnen sind gehalten, ihre Untersuchungen nach der von ihnen gefundenen Logik des Gegenstandes zu entwickeln und ihre Ergebnisse nach der Logik der Darstellung zu überprüfen (vgl. Weber 1973:187ff.). Die Parlamentsberatung stellt solcherlei wissenschaftliche Methodik auf den Kopf: Die Logik von Gegenstand und Darstellung definiert sich über den Arbeitsplan der Kommission, der wiederum Ausdruck eines Kompromisses zwischen den Denkschulen und Fraktionen ist, wobei jeder Ansatz sich um möglichst breiten und zentralen Raum innerhalb der Arbeitsstruktur bemüht, also kein offener Prozess der Problemaufnahme und etwaiger Lösungsstrategien eröffnet wird, sondern Handel<sup>21</sup>. Dies und die mitschwingende Empörung mag zwar banal wirken in Anbetracht der 'Realität des politisch-parlamentarischen Geschäftes', ist aber für die Untersuchung von Bedeutung, weil sie die strukturellen Voraussetzungen der Diskursbegrenzung benennt. Es ist wichtig, hier nicht der latenten Gefahr zu erliegen, wahrgenommene Normalität so zu verinnerlichen, dass sie bereits die psychologische Barriere der Kritik darstellt.

Tatsächlich finden sich eine Reihe solcher Tabu-Bereiche, die der Kommission zum Teil auch durchaus bewusst sind. Hier ist zunächst die Ungewissheit über die Epidemiologie von AIDS. Bleiben schon die gegenwärtigen Zahlen unklar<sup>22</sup>, scheint die künftige Entwicklung vollkommen offen.

---

<sup>21)</sup> Meine Intention ist in diesem Fall nicht die Mystifizierung einer 'reinen' Wissenschaft, da diese ihrerseits machtdurchdrungen ist und eben auch im Abhängigkeitsverhältnis zur Politik, aber auch zu kulturellen Determinanten steht (vgl. Geene/Moes 1992). Dennoch scheint es mir gerechtfertigt, wissenschaftliche Prinzipien mit der Form der wissenschaftlichen Politikberatung zu kontrastieren, woraus deutlich wird, dass es sich um einen immanenten Widerspruch handelt.

<sup>22)</sup> Die Diskrepanz innerhalb der Kommission reicht vom erwähnten Eingeständnis Meinrad Kochs über die offensichtliche epidemiologische Irrelevanz bis zu den hochgerechneten 480.000 HIV-Infizierten in Deutschland, die der Parlamentarier Theodor Blank als Ergebnis einer eigenen „Hochrechnung“ (Kommissionsunterlagen vom 29.9.87, S. 67) aus der Anhörung zur Epidemiologie schlussfolgert: *"Wir haben gehört, dass die Zahl von 1200 beim Bundesgesundheitsamt gemeldeten Fällen etwa 40% der tatsächlich Erkrankten in der Bundesrepublik (ausmachen) ... Wenn ich weiter auf einen Fall von AIDS-Krankheit etwa 100 Infizierte rechne, dann komme ich gut auf 480.000, knapp 500.000 Infizierte in der Bundesrepublik"* (ebd.).

Die Kommission hat diese Unsicherheiten eindeutig erkannt. Die schwer lösbare Problematik handelt der Zwischenbericht jedoch mit der knappen Bemerkung ab, dass die vom Bundesgesundheitsamt registrierten Zahlen zu HIV und AIDS nicht vollständig seien: *"niemand kennt sie"* (Deutscher Bundestag 1988:118). Eine Analyse der erkannten Unsicherheit erfolgt nicht. Der Vorschlag von Rolf Rosenbrock nach unterschiedlichen Szenarien, die die mögliche Spannweite der aktuellen Bestandsaufnahme sowie prospektiven Studien aufzeigen, wird nicht aufgegriffen. Es wird nicht einmal dazu Stellung genommen, welche methodischen Probleme und Zweifel bestehen, die zu der Aussage führen: *"Seit Einführung der Laborberichts-pflicht (1. Oktober 1987) sind etwa 18.000 HIV-positive Bestätigungstests anonym beim BGA gemeldet. Die Zahl der tatsächlichen Antikörperträger liegt jedoch um das Mehrfache höher"* (Deutscher Bundestag 1988:118).

Die Gründe für dieses Ausblenden sind nicht einfach zu benennen, da diese Frage in den Kommissionsunterlagen nicht erklärt ist und auch die befragten Mitglieder der Kommission eher von impliziten Gründen sprechen. Einige Kommissionsmitglieder vertreten an anderer Stelle die Auffassung, dass sich aus epidemiologischen Zahlen keine grundsätzlichen strategischen Veränderungen ergeben. Lediglich Anhänger der bayerischen Linie meinen, dass ein stärkerer Anstieg der Infektionszahlen seuchenrechtliche Maßnahmen legitimiert. Eine offene Auseinandersetzung um diesen Dissens findet jedoch nicht statt.

Hier zeichnet sich ein besonderes Paradoxon ab. Zwar ist die Enquete-Kommission auf dem Hintergrund zusammengetreten, dass eine Bedrohung der Bevölkerung bestehe. Der Antrag der Fraktion der Grünen, die mehr von einer gesellschaftlichen als von einer gesundheitlichen Bedrohung ausgehen, wird abgelehnt. Wie oben schon dargestellt, ist die Zustimmung zum Bedrohungsszenario inhaltlich Zugangsvoraussetzung zum Diskurs; die Abgeordnete der Grünen, Heike Wilms-Kegel, die sich diesem Konsens teilweise entzieht, bleibt alleine deshalb schon weitgehend isoliert und prägt die Kommissionsarbeit kaum<sup>23</sup>. Rolf Rosenbrock (1987) analysiert diesen strukturellen Denkwang am Beispiel des HIV-Testes sehr eindrucksvoll: *"Für den Staat ist der HIV-Antikörpertest das<sup>24</sup> Symbol für Kontrolle*

---

<sup>23)</sup> Während ihrer gut 18monatigen Tätigkeit in der Kommission gelingt es Heike Wilms-Kegel nicht, Voten zu formulieren. So werden die Minderheitsvoten der Grünen auch nicht von ihrer Vertreterin, sondern von der grünen Gesamtfraktion formuliert und eingereicht.

*Staat ist der HIV–Antikörpertest das<sup>24</sup> Symbol für Kontrolle und Kontrollierbarkeit der Krankheit. Wer nicht testet oder testen will, steht sofort im Verdacht, die unkontrollierte Ausbreitung einer Seuche zu befürworten".*

Andererseits orientiert die Bundesregierung – wenngleich mit der diskursiven Drohung, nur bei erfolgreicher Umsetzung der Lernstrategie auf Zuspitzung zu verzichten – inzwischen durchgängig auf Entdramatisierung, und auch in der Kommissionsarbeit bildet sich weitgehend implizit eine Mehrheit für diese Haltung heraus, wenngleich außer dem Vorsitzenden Hans–Peter Voigt alle Kommissionsmitglieder, die von den Regierungsfractionen benannt sind, dramatische Entwicklungen skizzieren. Jedoch fehlt es ihnen, möglicherweise mangels Rückendeckung durch die Bundesministerin Süssmuth, an Entschlossenheit, diese Position zuzuspitzen.

Ein weiterer Aspekt in diesem Zusammenhang scheint zu sein, dass eine Bagatellisierung des AIDS–Problems und eine Ausblendung möglicher Bedrohungsszenarien die Arbeit der Kommission besser handhabbar macht. So dominieren insgesamt politische Erwägungen eine umfassende wissenschaftliche Analyse, wobei sich das Verhalten von externen Sachverständigen und Abgeordneten nicht grundsätzlich unterscheidet, die Wissenschaftler mithin parteipolitisch nicht weniger abhängig erscheinen.

Es bildet sich hier bei den sog. Minimalisten wie insgesamt im liberalen AIDS–Diskurs ein schmaler Pfad ab zwischen der Szenarienentwicklung dramatischer Gefahren und Bagatellisierungen. Dabei besteht der implizite Konsens, nach außen hin großen Handlungsbedarf anzumelden, während intern souveräne Handhabung des Problems signalisiert wird. An diesem Punkt ist das von den Maximalisten beschworene Bedrohungsszenario und die daraus abgeleiteten rigiden Maßnahmen inhaltlich geschlossener.

Ähnlich verhält es sich auch bei der Frage möglicher Übertragungswege. An diesem Punkt besteht ein fraktionsübergreifender Konsens der Kommission, sich um eine möglichst einheitliche Darstellungsweise zu bemühen, denn es wird erkannt und ist durch teilweise hysterische Spekulationen in den Medien (vgl. 3.1.2.) bereits belegt,

---

<sup>24)</sup> kursiv im Original

dass ungeklärte Fragen der Übertragung zu einer großen Verunsicherung der Bevölkerung führen.

Nun haben alle Kommissionsmitglieder das Bestreben, der Öffentlichkeit ihr Bemühen um ihre Kompetenz in der AIDS-Politik und damit verbunden ihre generelle Kompetenz zur Lösung politischer Probleme zu demonstrieren. Auch weniger staatsmännisch gedacht, wird den Mitgliedern der Enquete schon in der Eröffnungssitzung vom Vorsitzenden eindringlich vor Augen geführt, dass nur von allen oder zumindest einer breiten Mehrheit getragene Vorschläge eine Chance zur späteren politischen Umsetzung haben.

Dies prägt in großem Maße die Konsensorientierung der Enquete-Kommission. Grundsätzliche Zweifel und Unsicherheiten werden daher nicht vertieft.

Das betrifft zunächst die von der bayerischen Staatsregierung schon zu Beginn der Kommissionsarbeit eingeworfene Vermutung, HIV könne möglicherweise durch Stechmücken übertragen werden. Die Kommission reagiert hier mit Nichtbefassung.

Die von dem deutsch-amerikanischen Molekularbiologen Peter H. Duesberg in die Diskussion geworfene These, AIDS werde nicht von HIV ausgelöst und sei keine ansteckende Krankheit (vgl. 7.5.), sprengt diesen Rahmen aber vollständig. Seiner These folgend, müsste ein völlig verändertes Konzept von AIDS-Politik entwickelt werden. Entsprechend findet sich weder in den mehrere tausend Seiten umfassenden Niederschriften der Kommission ein einziger Bezug auf Duesbergs Thesen, noch kann sich einer der von mir angesprochenen Kommissionsmitglieder oder geladenen Sachverständigen an ein Gespräch darüber erinnern. Andererseits haben sich alle mit Duesberg beschäftigt. Das Kommissionsmitglied Nepomuk Zöllner lädt Duesberg sogar im April 1988 zu einem Vortrag nach München ein und führt diese Veranstaltung selber durch (Kupfer 1988). Es legt die Vermutung nahe, dass Zöllner zunächst prüft, inwieweit Duesbergs Thesen wissenschaftlich relevant sind, möglicherweise aber auch, inwieweit seine Arbeit die politische Stoßrichtung Zöllners untermauert. Geht man vom normativen Sinn einer wissenschaftlichen Überprüfung eines Parlamentsgremiums aus, hätte eine solche Erörterung auch in der Enquete-Kommission stattfinden müssen. Gleichwohl scheitert dieser Anspruch wissenschaftlicher Genauigkeit bereits daran, dass er politisch nicht integrationsfähig ist.

Ähnliche Tabuisierung findet sich bereits in der o.a. Erörterung der Frage nach primärpräventiven Maßnahmen. Wesentliche Grundgrößen der Erörterung sind und bleiben unbekannt. Der Prozentsatz der Homosexuellen an der Bevölkerung, die Verbreitung promiskuen Sexualverhaltens und intravenösen Drogengebrauchs sowie grobe und feine Steuerungsmöglichkeiten des Verhaltens können nicht eindeutig quantifiziert werden. Lediglich die Fraktion der Grünen bekennt hier offen ihre Ablehnung solcher Erhebungen. Die Mehrheit der Kommission verwischt diese Unklarheiten eher und nimmt keine Erörterung vor, die im Sinne einer wissenschaftlich genauen Untersuchung geboten wäre.

#### **4.4.2. Möglichkeiten und Grenzen der AIDS–Enquete–Kommission**

Die Strukturanalyse der Kommissionsarbeit zeigt bereits wesentliche Tabubereiche auf. Jedoch sind die vorgenommenen Ausgrenzungen nicht nur politisch opportun, sondern sachlich kaum zu ändern. Wie etwa hätte sich eine Enquete–Kommission mit den antagonistischen Vorschlägen aus den Bereichen der grundsätzlichen Kritik beschäftigen können? Sie verfügt zwar über die Möglichkeit, unterschiedliche Interessen und Sichtweisen moderierend miteinander ins Gespräch zu bringen. Hierbei kann sie als Resonanzverstärker Randmeinungen zu mehr öffentlicher Aufmerksamkeit verhelfen. Eigene Logiken kann sie jedoch nicht entwickeln.

Verweigert sich eine Fraktion der spezifischen inneren Logik des Sachzwanges der Politikausgestaltung, so findet sie sich schnell in einer Schmollecke, aus der heraus ihr keine Gestaltung möglich ist. Im Rahmen einer Kommissionstätigkeit ermüdet sich eine fundamentaloppositionelle Haltung ohnehin nach kurzer Zeit. Es fehlt an direktem Außenkontakt, der die Widerstandsfähigkeit nähren könnte. Gleichwohl entwickeln sich Diskussionsmuster, in der auch gegenseitige Rollenzuweisungen erfolgen. Wer sich in der Konstituierungsphase abweisend verhält, hat auch später wenig Möglichkeiten zur Integration. Dies ist in der auch durchaus intimen Situation einer dreijährigen Kommissionsarbeit auch eine Frage des sozialen Bezuges. Hier entstehen 'Männerfreundschaften'. Die Cliquenbildung zwischen den Münchner Sachverständigen und dem Abgeordneten Norbert Geis auf der einen Seite und den SPD–benannten Sachverständigen auf der anderen Seite gibt davon Beispiel. Dabei ist allerdings auffällig, dass die drei letztgenannten, von Norbert Geis wegen ihrer

Homosexualität öffentlich als parteilich kritisiert, im Laufe des Arbeitsprozesses eher an Kontakt verlieren; stattdessen entsteht nach übereinstimmenden mündlichen Berichten eine Arbeitskoalition zwischen den Sachverständigen Bruns und Rosenbrock und dem Kommissionsvorsitzenden Hans-Peter Voigt. Auch die SPD-Abgeordneten Renate Schmidt und Magrit Conrad, die mit ihrer direkten und offenen Art zwar einzelne Sitzungen stark mitbestimmen, scheinen in der Cliquenbildung nicht unterzukommen (vielleicht wollen sie es auch gar nicht, weil es nicht ihrem Politikstil entspricht) und beeinflussen zwar die Arbeitsatmosphäre, jedoch weniger den Arbeitsprozess und das Arbeitsergebnis.

Das Beispiel der Grünen-Abgeordneten Heike Wilms-Kegel belegt besonders eindrucksvoll, dass aus einer ablehnenden Haltung heraus nicht gestaltet und mitbestimmt werden kann. Dabei gibt Wilms-Kegel ihre anfänglich stärker eingebrachte kritische Haltung bald auf, es scheint, sie ver falle eher in Lethargie. Im Februar 1989 gibt sie ihre Tätigkeit schließlich entnervt auf. Es mutet als besondere Ironie des Schicksals an, dass sie nach ihrer Tätigkeit im Bundestag später aus der Partei der Grünen austritt und als Öffentlichkeitsreferentin zu einer Pharmafirma wechselt, also genau jenen Standpunkt des medizinischen-industriellen Komplexes vertritt, dem sie zuvor so diametral entgegen steht.

Um Perspektiven zu entwickeln, die sich deutlich von solchen Ausgrenzungen und Macht-Mehrheitsentscheidungen absetzen könnten, bedürfte es einer umfassenden Umorientierung der Enquete-Kommissionen. Entscheidend dafür sind möglicherweise weniger die Rahmenbedingungen als mehr noch das deutliche politische Bekenntnis dazu, eine Beteiligungskultur in Formen von Partizipation wirklich umsetzen zu wollen. Solange sich der implizite Auftrag im Wesentlichen darauf bezieht, bereits entwickelte Politikstrategien zu legitimieren, sozusagen ‚nachträglich abzusegnen‘, werden Beteiligungsbeiträge von VertreterInnen aus der Selbsthilfe, der Wissenschaft oder von BürgerInnen zum schmückenden Beiwerk. Sie finden auch nur so weit Akzeptanz, wie sie sich opportun ausdrücken. Partizipation verlangt jedoch nach Offenheit, nach Veränderungsbereitschaft und der Möglichkeit wechselseitiger Lernprozesse. Insbesondere die Stellungnahmen der Bundesregierung zur AIDS-Enquete-Kommission im Rahmen der Bundestagsdebatte zur Beantwortung der Großen Anfrage der SPD-Fraktion (Beck 1991) oder in der Bilanzziehung (Bundesregierung 1997) zeigen auf, dass solche Offenheit nicht gegeben ist.



## 5. Kritische AIDS–Betrachtung

Die Analyse der AIDS–Politik zwischen Medizin, Politik und Gesundheitsförderung wird im Folgenden einer Überprüfung unterzogen, in dem verschiedene Kritikansätze herausgearbeitet werden und die Frage diskutiert wird, inwieweit diese aus dem Diskurs ausgeblendet sind. Dies ist insbesondere wichtig für die Überprüfung der Hypothese, dass mit der Zuwendung zur Gesundheitsförderung ein partizipativer Politikstil einhergeht.

Einen Überblick über die verschiedenen Richtungen der AIDS–Kritik in den USA gibt der New Yorker Journalist Ian Young (1993) in seiner kommentierten Bibliografie 'The AIDS Dissidents'. Er unterteilt die Kritiker in verschiedene Gruppen. Zunächst nennt er die "*Radical Dissidents*", womit er skeptische Wissenschaftler bezeichnet, die die Bedeutung des HIV für das Krankheitsbild AIDS bezweifeln. Die "*Political Dissidents*" stammen zumeist aus der Gruppe der schwulen Männer und kritisieren den öffentlichen Diskurs über AIDS. Die "*Proponents of Holistic and Alternative Therapies*" suchen vor allem nach weniger aggressiven Behandlungsmöglichkeiten der Erkrankung. Die "*Proponents of Mental and Spiritual Approaches*" fordern eine andere Sichtweise der Biologie und finden sich vor allem in der Entwicklung der Psychoneuroimmunologie. Schließlich führt er noch als weitere Akteure die der "*Alarmists*" an, die meinen, AIDS werde zu wenig Aufmerksamkeit entgegengebracht, sowie die "*Survivors*", also Langzeitüberlebende, die die Aussage bekämpfen, AIDS sei eine zwangsläufig tödlich verlaufende Krankheit (ebd.:5ff.).

In der von Peter Schmidt (1995) herausgegebenen 'Dokumentation AIDS–Kritik' finden sich hingegen ausschließlich Texte der – nach Young – 'Radikalen Dissidenten', die die HIV–Verursachung der AIDS–Erkrankung bestreiten. Sie werden in Anlehnung an die Filmdokumentation von Poppenberg (1993) auch „*AIDS–Rebellen*“ genannt.

Während die von Schmidt vorgelegte Dokumentation das Diskursspektrum auf eine Gruppe beschränkt, gliedert Young in Kategorien, die sich im deutschsprachigen Raum nicht in dieser Differenz artikulieren.

Die hier vorgenommene Unterscheidung hebt darauf ab, welche Positionen einen zumindest ansatzweise geschlossenen Diskurs begründen, der sich in aufeinander

bezogenen Veröffentlichungen, gemeinsamen Publikationen, Veranstaltungen oder auch Aktionen ausdrückt.

In den folgenden Kapiteln werden gemäß ihrer Relevanz in der bundesdeutschen Diskussion vier unterschiedliche Kritik–Diskurse beschrieben. Dabei handelt es sich zunächst um die kritische Rezeption der Krankheit innerhalb der Betroffenen– und hier insbesondere der Schwulenbewegung. Hier findet die weitaus umfangreichste Diskussion statt, wenngleich sie nur in Ausnahmen ausgeht von einem Selbstbegriff als Kritik.

In einem zweiten Unterkapitel wird der psychoanalytische Kritikansatz der deutschen Sexualwissenschaft vorgestellt.

Das dritte Unterkapitel beschäftigt sich mit der im Wesentlichen spekulativen Diskussion um den Ursprung von HIV.

Darauf folgt eine Darstellung und Analyse der sog. ‚AIDS–Rebellen‘, die sich vorrangig mit der Infragestellung des HIV als AIDS–verursachendes Virus beschäftigen.

Zunächst soll aber an dieser Stelle der Kritikbegriff einer eingehenden Besprechung unterzogen werden.

## 5.1. Kritikbegriffe in politikwissenschaftlichen Debatten

Keine Wissenschaft kann darauf verzichten, kritisch zu sein, ist doch die kritische Prüfung eines Sachverhalts immer der erste und auch der letzte Schritt einer erkenntnistheoretischen Grundlage und jedes wissenschaftlichen Prinzips. Dieses Kritikverständnis besteht bereits in der Antike und wird in der neuzeitlichen Philosophie seit Descartes in der europäischen Aufklärung schärfer formuliert (vgl. Noack/ Stammen 1979:164) bis es schließlich durch Immanuel Kants 'Kritizismus' zu einem Essential der Wissenschaft wird.

Kant entwickelt das Moment der 'Kritik' als ein Wesenselement vernünftigen Denkens und einer betont wissenschaftlichen Haltung. In seinen drei Hauptwerken beschäftigt er sich mit der Kritik der reinen Vernunft (1781), der Kritik der praktischen Vernunft (1788) und der Kritik der Urteilskraft (1790). Kants Kritik ist Metaphysikkritik, aber eine Art von Kritik, die die Grundlage und Begriffe des Denkens und der Vernunft überprüft. Kritik wird von da an zu einem bewegenden Prinzip vernunftgeleiteten Denkens, ob nun als Metaphysikkritik, als historische Textkritik, als Gesellschaftskritik, als Ideologiekritik, oder als Hypothesen- und Theoriekritik (vgl. Mohr 1997:6ff.).

In dieser Denklinie begreift sich auch die Popper–Schule des 'Kritischen Rationalismus'. Popper (1936/1969) erhebt dabei die ständige Überprüfung von Theorien zum Programm der Wissenschaft, weil er jeder Theorie nur hypothetischen Charakter zubilligt. Dieses Kriterium einer wissenschaftlichen Begründungs- und Rechtfertigungsstrategie, des sog. „*Lernens aus Irrtum*“, leitet zu einem methodologischen und wissenschaftstheoretischen Pluralismus, der häufig als sozialphilosophische Legitimation für das Konzept der parlamentarischen Demokratie bezeichnet wird und sich insofern zumindest in der aktuellen gesellschaftlichen Debatte in Deutschland vom eigentlichen Kritik–Begriff entfernt.

Heute impliziert der Kritik–Begriff vor allem jenes Verständnis 'kritischer Wissenschaft', welches Max Horkheimer (1937) in seinem grundlegenden Aufsatz 'Traditionelle und kritische Theorie' entwickelt hat. Unter traditioneller Theorie wird hier ein Wissenschaftsbegriff gesehen, der sich weitgehend am naturwissenschaftlichen Erkenntnisideal orientiert und sich als 'wertfrei' begreift, während kritische Theorie bestimmt wird als eine an praktischer Vernunft orientierte Theorie, die normativ auf

der Vermittlung von wissenschaftlichem und politischem Handeln besteht. Entwickelt werden soll ein an der menschlichen Emanzipation interessiertes Wissenschaftskonzept, welches mittels einer Strategie vernünftiger Argumentation die Emanzipation als objektives Interesse der Menschheit nachzuweisen sucht (Holtmann 1994:315).

Der Begriff der kritischen Wissenschaft hat sich in Deutschland vor allem in den siebziger und achtziger Jahren entwickelt in betonter Entgegensetzung zur sog. 'bürgerlichen Wissenschaft', zu der die Kritischen Rationalisten um Popper gerechnet werden. Es handelt sich zumeist um eine soziologische Reflektion sozioökonomischer Zusammenhänge von Wissenschaft und Forschung unter dem Blickwinkel eines emanzipatorischen Erkenntnisinteresses in praktischer Absicht, d.h. durch ein an der Aufhebung von Herrschaft von Menschen über Menschen und an der Herstellung einer vernünftigen Gesellschaft freier Menschen orientiertes Interesse (Habermas 1968, 1971, vgl. auch Noack/Stammen 1979:164f.).

Dabei grenzt sich die kritische Theorie ab gegenüber der Systemtheorie, der vorgeworfen wird, sich auf die Analyse des politischen und sozialen Systems zu beschränken und dabei den normativen Gehalt der Demokratie zu ignorieren. Gleichwohl bedient sich insbesondere Jürgen Habermas als gegenwärtig führender Vertreter der kritischen Theorie ebenfalls des Analyserasters der Systemtheorie, um die immanenten Legitimationskrisen des politischen Systems aufzudecken (Holtmann 1994:316). Die Systemtheorie analysiert soziales Geschehen als ein Netz- und Regelwerk sinnhaft aufeinander bezogener Funktionen, die sich zu dauerhaften Strukturen und insgesamt einem „System“ zusammenfügen, das durch die Institutionalisierung von „funktionalen“ Verhaltensweisen seine Fähigkeit zur Selbststeuerung und Selbsterhaltung bezieht, wie es vom Vordenker der Systemtheorie, dem inzwischen verstorbenen Soziologen Niklas Luhmann (1984) entwickelt ist. Die Systemtheorie kann demnach als Instrument der Kritik benutzt werden, ist jedoch nicht per se kritisch (dazu auch Luhmann 1997:1075).

Ähnlich verhält es sich mit der Methode der interpretativen Analytik, die die amerikanischen Humanwissenschaftler Hubert Dreyfus und Paul Rabinow (1987:133ff.) in Anlehnung an Michel Foucault entwickeln. Foucaults Ansatz ist in der Theorie-

debatte mit dem Schlagwort des ‚Dekonstruktivismus‘ belegt<sup>1</sup>. Die interpretative Analytik fragt nach dem Ausschluss aus dem Diskurs in Form einer archäologischen Analyse und ist dadurch mehr Methode als theoretischer Ansatz. Gleichwohl eröffnet sie, ebenso wie die Systemtheorie, ein umfangreiches und geschlossenes Analyseraster und versteht sich selber durchaus auch als gedankliche Weiterentwicklung der kritischen Theorie, die eine ihrer Wurzeln darstellt<sup>2</sup>.

Die verschiedenen Ansätze der AIDS–Kritik, insbesondere die aus der Schwulenzugewandlung und der Sexualwissenschaft, sind stark geprägt vom Emanzipationsanspruch der kritischen Theorie. Doch auch Systemtheorie und vor allem der Foucaultsche Ansatz bilden bei verschiedenen Kritikansätzen den gedanklichen Hintergrund. Foucaults Konzept unterscheidet sich von den zuvor genannten vor allem dadurch, dass es in den Jahren der breiten gesellschaftlichen Debatte um AIDS gerade erst entwickelt wird – inwieweit es sich beeinflusst, mag an dieser Stelle dahingestellt sein<sup>3</sup>. Viele Kritikansätze beziehen sich daher implizit auf einen dekonstruktivistischen Ansatz, wie im folgenden Unterkapitel dargestellt wird.

### 5.1.1. Theoretische Grundlagen kritischer AIDS–Betrachtung

Formal eingrenzen lässt sich der Begriff der AIDS–Kritik an Youngs oben zitierte Bibliografie 'The AIDS–Dissidents' aus dem Jahre 1993.

Inhaltlich begründet sich die Kritik vor allem aus widersprüchlichen Entwicklungen, die im Laufe der ersten Jahre der AIDS–Skandalisierung offenkundig werden. So hat es zu keiner Zeit seriöse Anhaltspunkte für eine Epidemie gegeben.

Seit 1989 sinkt die Zahl der HIV–Neuinfizierten und Neuerkrankten in Deutschland sogar (BGA 1993:51ff.; BT–Drucksache 12/2344). Schon ein Jahr länger befindet

---

<sup>1</sup>) Dieses Schlagwort wird dem Konzept sicherlich nur bedingt gerecht, weil es nur einen Teilaspekt beleuchtet und zu stark von der Abgrenzung her bestimmt ist. Dreyfus/Rabinow (1987) sehen den wissenschaftlichen Ansatz „zwischen *Strukturalismus* und *Hermeneutik*“ angesiedelt.

<sup>2</sup>) So begründen sich Foucaults Arbeiten auch maßgeblich aus der Auseinandersetzung und Abgrenzung mit Sartre sowie Nietzsche und Heidegger (Fink–Eitel 1989, Taureck 1997).

<sup>3</sup>) erwähnenswert in diesem Zusammenhang sind neben französischen Veröffentlichungen die Arbeiten von Düttmann (1993) und Singer (1993, 1999).

sich der Boom an Studien, Veröffentlichungen und das Medieninteresse an AIDS in einer beständigen Talfahrt.

Zehn Jahre nach der befürchteten, vorgetäuschten oder anderweitig in Dienst genommenen Bedrohung eines exponentiellen Anstiegs der AIDS-Erkrankungen ist – zumindest in Deutschland und anderen Industrienationen – „*die Apokalypse abgesagt*“ (Kruse/Schwarz 1990). Eine Zukunft der Endemie, Epidemie, Pandemie oder gar Seuche manifestiert sich weit weg in Afrika, in Lateinamerika oder in Asien (Hoelzgen 1993), berichten Medien und von der Weltgesundheitsorganisation geschätzte Fallzahlen, die inzwischen nur noch mit Skepsis zur Kenntnis genommen werden können<sup>4</sup>.

So deutet dieser Ansatz auf die Literaturgattung der 'posthumer Enthüllung', die in Anlehnung an die staatlich inszenierte Ölkrise 1974 und manch andere zeitgeschichtliche Begebenheit, über die die kritische Nachwelt den Kopf schüttelt, nach moralischer, politischer und kultureller Verantwortlichkeit fragt. Als Antwort bieten sich zahlreiche Schlussfolgerungen aus der langen Reihe medizin- und anderer wissenschaftskritischer Literatur an; scharfsinnige Analysen, die der Biomedizin immer wieder entgegengeschmettert werden, gegen die sie aber längst immunisiert ist. – Soweit ein erster Einblick in ein weitgehend abgeschlossenes Weltbild eines möglichen Anti-Diskurses.

Aber: AIDS ist vor allem eine schlimme Krankheit.

Nichts von Erstgesagtem ist falsch, doch Ausdruck einer Verbitterung, die die Teilnahme an dem gesellschaftlichen AIDS-Diskurs ersetzt durch zynische Kommentierung des (heterosexuellen und im Zweifelsfall von der Krankheit nicht betroffenen) Intellektuellen, der in seiner Verobjektivierung nur die Kehrseite der beklagten Normierung darstellt. Diese Normierung wiederum resultiert aus der Besetzung des Diskurses durch inszenierte Panik, allerlei ideologisch begründete Sachzwänge sowie als Voraussetzung der geschürten Ängste das Paradigma, dass es sich bei AIDS

---

<sup>4</sup> So kommentiert der Viruskritiker Udo Schüklenk (1990a:35): *"Mit der publizistischen Verlagerung der in der 'I. Welt' ausgebliebenen AIDS-Katastrophe in die 'Dritte Welt' werden die dortigen realen Bedrohungen verdrängt. Zur Erinnerung: pro Woche verhungern 280.000 Menschen, pro Jahr 15 Millionen auf der Erde und über 500 Millionen Menschen leiden täglich an ständiger Unterernährung"*.

---

um eine infektiöse, durch einen übertragbaren Erreger ausgelöste Immunschwäche handelt.

Noch immer herrscht weitgehend das Verständnis vor, die Methoden der naturwissenschaftlichen Erkenntnisgewinnung seien kein politisches Thema; kein Gegenstand also, der einer moralischen, ideologischen oder machtkritischen Diskussion auszusetzen wäre. Sie hätten sich lediglich am Fortschritt der Erkenntnisgewinnung zu orientieren, der Erkenntnis einer objektiv und unabhängig vom forschenden Subjekt gedachten Realität; einer Realität, deren zunehmende Transparenz und Beherrschbarkeit noch im 18. und 19. Jahrhundert zugleich den Fortschritt der Menschheit zur Freiheit und Glückseligkeit bedeuten sollte.

Zwei Weltkriege, ein biologisch für notwendig erachteter Genozid und ein durch Wissenschaft entwickeltes Vernichtungspotenzial widerlegen im 20. Jahrhundert zwar die proklamierte Identität von wissenschaftlichem und moralischem Fortschritt, dennoch bleibt die Autonomie der Erkenntnisgewinnung bis in unsere heutigen Tage unangetastet. Lediglich deren Anwendung soll nunmehr einer politischen Kontrolle unterzogen sein.

Karl Popper (1969:224ff.) und andere kritische Rationalisten verteidigen die Wissenschaft gegen moralische Angriffe durch eine scharfe Trennungslinie: Die Wissenschaft selbst sei 'wertfrei', sie lege lediglich die Sachgesetzmäßigkeiten einer Materie dar; die Wahl der Mittel, der Zielsetzungen und der Wertvorstellungen hingegen solle den politischen Entscheidungsprozessen anheimgegeben werden.

Die Politiker als Träger des Entscheidungsprozesses argumentieren in der Öffentlichkeit in der Regel mit der Unausweichlichkeit von Sachzwängen und stellen die ihnen zugewiesenen Entscheidungsmöglichkeiten dadurch implizit in Frage, ohne umgekehrt das Erkenntnismonopol der Wissenschaft zur Disposition zu stellen.

Das Dilemma dieser Paradoxie, das sich in der pragmatischen Argumentation der PolitikerInnen andeutet, scheint aber nicht nur ein ideologisches, sondern auch ein reales zu sein. Zwar ist die Rede vom Sachzwang insofern irreführend, als es sich wohl eher um Zwangsläufigkeiten des System- und Herrschaftserhalts handelt, aber immerhin scheint hier das instinktive Bewusstsein einer viel komplexeren und verwickelteren Realität durch, als es die Wissenschaftstheorie mit ihrer unhistorischen

und formalabstrakten Trennung der Institutionen Wissenschaft, Technik und Politik einräumt.

Eine Möglichkeit der Annäherung bietet die genannte Methode der interpretativen Analytik, die sich anlehnt an die Arbeiten Michel Foucaults, dessen Lebenswerk die Untersuchung des AIDS-Komplexes geradezu umrahmt. Foucault ist die wissenschaftshistorische Neubestimmung der zentralen Problemfelder Sexualität und Medizin samt der Begründung einer diskurskritischen Methodologie gelungen. Als Mitbegründer verschiedener linker Aktionsgruppen hat er sich dem auch in dieser Arbeit breit diskutierten Zusammenhang institutioneller Politik, kritischer Wissenschaft und sozialen Bewegungen gewidmet, und in seinem späteren Eintreten für die Schwulenbewegung ist er zu einer Leitfigur avanciert, deren Bedeutung posthum durch seinen AIDS-Tod 1984 noch verstärkt wird (Miller 1992).

Im ersten Band seiner Arbeiten zur Historie der Sexualität analysiert er, wie die gesellschaftliche Aneignung 'biologischer Fakten' funktioniert: *"Einmal hat der Begriff 'Sex' möglich gemacht, anatomische Elemente, biologische Funktionen, Verhaltensweisen, Empfindungen und Lüste in einer künstlichen Einheit zusammenzufassen und diese fiktive Einheit als ursächliches Prinzip, als allgegenwärtigen Sinn und allerorts zu entschlüsselndes Geheimnis funktionieren zu lassen: der Sex als einziger Signifikant und als universales Signifikat"* (Foucault 1977b:184). Nach Foucault handelt es sich also um eine Aneignung über die diskursive Kombination von Naturerkenntnis mit kulturellen Mustern. Das zunächst 'objektiv' Biologische (objektiv, da aus der Natur stammend, nicht von Menschen erzeugt) wird in ein Netz von gesellschaftlich erzeugten Normen, Werten, Wahrnehmungsschablonen und Verhaltensfiguren eingewebt.

Doch nicht nur die Kultur stellt ein Paradigma bereit, nach dem naturwissenschaftliche Erkenntnis geordnet wird, sondern diese 'Biologie' wirkt, wiederum über Kombination, auch zurück auf die Ordnungsprinzipien selbst: *"Indem sich der Sex darüberhinaus einheitlich als Anatomie und als Mangel, als Funktion und als Latenz, als Trieb und als Sinn ausgab, konnte er zur Berührungslinie zwischen einem Wissen von der menschlichen Sexualität und den biologischen Wissenschaften von der Fortpflanzung werden; aufgrund dieser Nachbarschaft konnte sich jenes Wissen, obwohl es diesen Wissenschaften außer einigen vagen Analogien und etlichen transplantierten Begriffen nichts Reelles entlieh, eine Garantie für 'Wissenschaft-*

*lichkeit' borgen; und gleichzeitig wurden gewisse Inhalte der Biologie und Physiologie zu Normalitätsprinzipien für die menschliche Sexualität" (Foucault 1987:184).*

Wie beim Begriff 'Sex' sind die Wissenschaften insgesamt Paradigmen, die Naturerkenntnis mit Gesellschaft kombinieren. Bereits die Fragen und Begriffe, in denen Erkenntnis organisiert wird, sind kulturell vorgegeben (vgl. Gill 1983; Prigogine 1985). Für die politikwissenschaftliche Analyse ist neben dieser allgemeinen Erkenntnis festzuhalten, dass Sexualität ein kulturelles Produkt ist, das von Wissenschaft umhüllt wird, ein Produkt, das nicht an und für sich untersucht werden kann, sondern nur in Verbindung mit der Kultur und ihren Wissenschaften.

Eine Radikalisierung der Analyse nimmt Judith Butler mit Hilfe der Kategorien 'biologisches Geschlecht' (engl. 'sex') und 'soziales Geschlecht' (engl. 'gender') vor. Die Sprachregelung, zumal im Deutschen, wird hier nachgewiesen als strukturell an den Interessen der patriarchalen Herrschaft orientiert, denn der eigene „*blinde Fleck*“ (Luhmann 1984) ist hier interessengebunden funktionalisiert: *"Die Geschlechtsidentität darf nicht nur als kulturelle Zuschreibung von Bedeutung an ein vorgegebenes anatomisches Geschlecht gedacht werden (das wäre eine juristische Konzeption). Vielmehr muß dieser Begriff auch jenen Produktionsapparat bezeichnen, durch den die Geschlechter (sexes) selbst gestiftet werden. Demnach gehört die Geschlechtsidentität (gender) nicht zur Kultur wie das Geschlecht (sex) zur Natur. Die Geschlechtsidentität umfaßt auch jene diskursiven/kulturellen Mittel, durch die eine 'geschlechtliche Natur' oder ein 'natürliches Geschlecht' als 'vordiskursiv', d.h. als der Kultur vorgelagert oder als politisch neutrale Oberfläche, auf der sich die Kultur einschreibt, hergestellt und etabliert wird."* (Butler 1991:24).

Eine analoge Diskursanalyse zum Begriffspaar Krankheit/Gesundheit wird ebenfalls von Foucault in seiner Arbeit zur Entstehung der Hospitale („*Geburt der Klinik*“, vgl. 2.1.1.) vorgenommen (Foucault 1973:19ff.). Diese Ambivalenz manifestiert sich auch in einer ständigen Definitionsentwicklung und –veränderung durch die Weltgesundheitsorganisation (WHO) sowohl im allgemeinen Gesundheits–Krankheitsbegriff<sup>5</sup> als auch in der konkreten Definition der Krankheit AIDS<sup>6</sup>.

<sup>5</sup>) So wurde beispielsweise 1992 – endlich – 'Homosexualität' von der Liste der Krankheiten nach WHO–Klassifizierung gestrichen (MAGNUS 1/1993).

<sup>6</sup>) Zur Ambivalenz der AIDS–Definitionen vgl. 5.4.5.

Die Potenzierung der kulturellen Besetzung des beladenen Begriffes der 'Geschlechts-' oder 'sexuell übertragbaren Krankheit', als die AIDS klassifiziert wird, ist evident. Sie entlädt sich individuell (Jäger 1988; Kübler-Ross 1988; Dunde 1989; Dannecker 1991; Clement 1992) und gesellschaftlich (vgl. Rühmann 1985; Pacharzina 1986; Bleibtreu-Ehrenberg 1989; siehe auch Deutscher Bundestag 1988:40, 45ff.) in irrationalen Ängsten und Aggressionsverhalten.

Nun kann eine politikwissenschaftliche Analyse des AIDS-Diskurses nicht die Krankheit bannen, aber sie kann die Komplexität und Heteronomie von sozialen Prozessen, Formen der Herrschaftsausübung, ökonomischen und strukturellen Verhältnissen und wissenschaftlicher Erkenntnis durchleuchten, um die Klischees und Denkverbote des Diskurses aufdecken und einen Politisierungsprozess<sup>7</sup> unterstützen zu können. Das Paradigma von AIDS als übertragbarer Krankheit, das den Diskurs als herrschende Lehrmeinung dominiert, gründet sich nicht auf praktische Beweise einer Gültigkeit – die Krankheit ist, dem Charakter chronischer Erkrankungen entsprechend, nicht heilbar – sondern auf vorhergehende Hypothesen, die ihrerseits wieder historisch und kulturell bestimmt sind. Gibt es bei dieser näheren Betrachtung schon keine naturwissenschaftliche Evidenz, so muss auch der im politischen Diskurs proklamierte Sachzwang relativiert werden. Für Schwule und HIV-Positive wie insgesamt für die Gesundheitsbewegung wird deshalb die Auseinandersetzung mit AIDS zu einem Teil ihres eigenen Bewusstseins- und damit auch Emanzipationsprozesses (analog dazu: Kickbusch/Trojan 1981; Rosenbrock 1992:89). Erkenntnistheorie und politische Praxis können sich so gegenseitig bestärken.

---

<sup>7)</sup> Der Begriff der 'Politisierung' spielt im Rahmen meiner Arbeit insofern eine wichtige Rolle, als die Politisierung des AIDS-Diskurses eine unabdingbare Voraussetzung für eine alternative AIDS-Politik ist, von der hier zu sprechen sein wird (vgl. auch Rohe 1978).

### 5.1.2. Das theoretische Konzept der Biopolitik

Diesem Selbsthilfe–Gedanken steht jedoch der Gedanke einer sich entwickelnden Biopolitik gegenüber. Dieses Konzept wird im Folgenden in Anlehnung an Foucault näher erläutert.

In der Biopolitik geht es nicht mehr um soziale und ökonomische Differenzen und deren möglichen Ausgleich, sondern zentral um die eine Differenz zwischen Leben und Tod, um die *"Macht, leben zu machen und sterben zu lassen"* (Foucault 1977b; 1992). Die Bio–Macht, von der Foucault spricht, konstituiert sich aber gar nicht unmittelbar im Feld des Biologischen, sondern im Politischen, genauer der politischen Hermeneutik. Die klassische Konzeption der Souveränität, das der Herrschaft das Recht über Leben und Tod als grundlegendes Attribut zugesteht, transformiert sich in einem langen historischen Ablauf durch Techniken der Macht (Individualisierung, Medikalisierung, Psychologisierung) von der Wissenschaft über den Körper des Menschen zu einer über den Spezies Mensch. Die jetzt durch die Gentechnologie betriebene Trennung von Sexualität und Fortpflanzung beleuchtet die im Vergleich mit beispielsweise der Todesstrafe entgegengesetzte Herrschaftstechnik der Bevölkerungspolitik: Während die Mächtigen des Mittelalters kaum Möglichkeiten der Geburtenkontrolle und –förderung besitzen, so können sie mit der Drohung der Todesstrafe Herrschaft ausüben. Dies nennt Foucault die *"Macht, leben zu lassen und sterben zu machen"*. Den Herrschaftsmechanismus der Moderne interpretiert er umgekehrt als *"Macht, sterben zu lassen und Leben zu machen"*. Neben der Herrschaftsausübung, Verarmung und Unterversorgung zuzulassen, besteht ein wesentliches Herrschaftsinstrument in der Definition von Lebensmöglichkeiten.

Biologische Argumentationen realisieren diese Bedeutung ihres Handelns nicht und lassen Politik statt im Diskurs u.a. über Natur in dieser selbst gründen. Aber biologische Fakten – einmal angenommen, es gäbe so etwas wie rein biologische Fakten – begründen gar nichts. Auf sie als Basis zurückzugreifen, also Politik an Natur zurückzubinden, bedeutet, sich von Politik in Richtung *"autoritäre Technokratie"* (Beck 1988) zu verabschieden. Dies meint der theoretische Ansatz, der behauptet, Politik werde auf Bio–Politik reduziert.

Die Leitwissenschaft einer solchen Biopolitik ist die Genforschung. Bislang wird ihr der Status als Leitwissenschaft in der Gesellschaftspolitik vehement streitig ge-

macht. Im konkreten Einzelfall wie im AIDS–Diskurs oder insgesamt in der gesundheitspolitischen Debatte geht es vordergründig um biologische Fakten. Entscheidend ist jedoch die vorgelagerte Frage, in welchen Begriffen Krankheitsphänomene betrachtet werden sollen: in physischen, psychischen oder sozialen, biologischen oder politischen. Im Diskurs handelt es sich um eine Reduktion sozialer Phänomene wie Krankheit auf Probleme der Biotechnik. Kritik formuliert sich einmal, weil mit dieser Reduktion ein Verlust sozialen und politischen Bewusstseins riskiert wird, und zum anderen, wenn die Pflege und Heilung eines oder einer Todesgeweihten nicht mehr sichergestellt ist.

Diese Konfrontation zwischen biologischem und politischem Diskurs zeichnet sich auch jenseits der AIDS–Thematik als ein zukünftig zentraler Widerspruch ab, und die Wahrscheinlichkeit ist groß, *"daß das biologische Paradigma weiter an Boden gewinnen wird"* (Ansen 1993).

Zwei Beispiele für biopolitische Diskursbesetzung seien im Folgenden angeführt. In der Debatte um die ‚Ursache‘ der Homosexualität – zugespitzt im Fall der Benennung des sog. Schwulengens Xq28 durch den Molekularbiologen Dean Hamer (1993) vom us–amerikanischen Nationalen Krebs–Institut – zeigen die Reaktionen der Schwulenorganisationen auf die lang erwartete ‚Entdeckung‘, wie weit das biologistische Denken verinnerlicht ist. Im Wesentlichen laufen diese Reaktionen im massenmedial sichtbaren Diskurs auf Erleichterung und Angst hinaus; Erleichterung, weil Schwulsein also doch ganz ‚natürlich‘ sei; Angst, weil man diese ‚Veranlagung‘ dann auch genetisch austreiben kann (*GEN–ETISCHER INFORMATIONSDIENST* 107 vom Oktober 1995, o.V. 1993). Beide Reaktionen sind darin identisch, dass sie sich unhinterfragt im biologischen Paradigma bewegen und diesem erst gar kein politisches Kriterium mehr entgegen setzen. Selbst wenn Evidenzen für die Existenz und Relevanz dieses Gens nachgeliefert werden können – was Hamer zur Untermauerung vorgelegt hat, rechtfertigt selbst im rein biologischen Diskurs allenfalls eine vage Hypothese – bleibt doch die Frage, ob man Sexualität im Allgemeinen und Homosexualität im Speziellen als biologische oder soziale Tatsache, als Genproblem oder als Lebensform behandeln und diskursiv besetzen will (ebd.).

Analoge Überlegungen stellen sich in der Diskussion um die Strafbarkeit eines Schwangerschaftsabbruches (§ 218 StGB), der durch die zunehmende Macht gen-

technologischer Betrachtung eine entscheidende Wende erfährt. Mit der propagierten Möglichkeit, menschliches Leben außerhalb des Mutterleibs zu produzieren, wächst der Druck auf schwangere Frauen, sich eugenischen Tests unterziehen zu lassen und bei entsprechender Indikation abzutreiben. In der Entscheidung des Bundesgerichtshofes von 1993 wird dieser diskursiven Besetzung bereits Rechnung getragen, pikanterweise einhergehend mit einer erheblichen Reduktion möglicher sozialer Indikationsfaktoren (vgl. Treusch–Dieter 1994). Gerade in Anbetracht solcher Verinnerlichungen bleibt mit Ansen (1993) *"gegen die schleichende Gewöhnung an das biologistische Paradigma festzuhalten, daß biologische Tatsachen immer politische Tatsachen sind, politische aber nie biologische, und vor allem, daß das biologische Paradigma selber eine politische Tatsache ist, mit der wir uns auseinandersetzen müssen, wenn wir nicht wollen, daß Politik zur Biopolitik regrediert"* (Ansen 1993).

Eine systematische Anwendung dieses Analysestrangs in Abgleich mit dem AIDS–Diskurs liegt bislang nicht vor<sup>8</sup>.

Für die kritische Sozialwissenschaft rächt sich hier, dass sie die Materialität der Gesellschaft vorrangig in Begriffen von Produktionsverhältnissen thematisiert hat und die biologischen Grundlagen individueller und gesellschaftlicher Existenz weitgehend vernachlässigt hat. Sie ist so reduziert auf eine Hilfsfunktion von Propagierung bis Evaluation (vgl. Kardorff 1991), oder um es in den blumigen Worten von Narr (1990:246) auszudrücken, zum „*sozialwissenschaftlichen Mundschenk*“.

---

<sup>8</sup>) Um eine solche kritische Analyse des AIDS-Diskurses hat sich insbesondere Linda Singer (1993, 1999) bemüht, sie stirbt jedoch vor Vollendung ihrer Arbeit. Fragmente von Singers The- sens sind jedoch dank ihrer Herausgabe durch Judith Butler zugänglich.

### 5.1.3. Die kritische Gesundheitsbewegung

Die nun folgende Kurzbeschreibung der Gesundheitsbewegung ergänzt die bereits in 2.4.1. dargestellten Inhalte der Bewegung im Rahmen der Defizitanalyse des Versorgungssystems um eine kurze strukturelle Darstellung im Rahmen der Kritiker-Diskurse.

Ausgehend vom Aufklärungskonzept der kritischen Theorie und ihrer praktischen Umsetzung in den neuen sozialen Bewegungen entwickelt sich der Gesundheitsbereich seit Beginn der 80er Jahre zu einem Schwerpunkt der sozialkritischen Analysen. Dies resultiert möglicherweise nicht nur aus dem schon eingangs beschriebenen Reformbedarf in der gesundheitlichen Versorgung (vgl. 2.). Aus der inneren Logik sozialer Bewegungen lässt sich feststellen, dass vom Themenfeld Gesundheit eine besondere Bündnis- und Mobilisierungsfähigkeit ausgeht (Neidhardt 1980:105ff., Milz 1989:36, Rosenbrock 1992:101).

So sieht der spätere Berliner Ärztekammerpräsident Ellis Huber (1998), einer der Begründer der Gesundheitsbewegung, die kritische Gesundheitsszene als Teil der sozialen Bewegungen. Seiner Meinung nach ist die Wirkung des Gesundheitsansatzes eingebettet in Mobilisierung und Erfolg verschiedener sozialer Kämpfe: *„Impulse aus der Frauenbewegung, der Friedensbewegung, der Gesundheitsbewegung und die Aufstände gegen Atomkraftwerke oder der Einsatz für die Psychiatriereform halfen, die monolithische Arroganz alter Standesherrlichkeit zu durchbrechen und Medizin in Klinik und Praxis zu verändern“*.

Im Vorlauf des überraschenden Aufbruchs einer Gesundheitsbewegung entsteht im Sommer 1978 der Berliner Gesundheitsladen als Initiativprojekt von GesundheitsarbeiterInnen, die allgemein das System reformieren und konkret eine organisatorische Basis dafür schaffen wollen, den Deutschen Ärztetag im Mai 1980 mit einer Gegenveranstaltung zu kontrastieren. Tatsächlich stellen die ersten Deutschen Gesundheitstage die kritisierte Ärzteveranstaltung quantitativ und qualitativ in den Schatten. *„Es entwickelte sich in der Tat eine Aufbruchstimmung neuer Art. Über 12.000 Teilnehmer in Berlin und mehr als 18.000 engagiert und couragiert Beteiligte beim Gesundheitstag 1981 in Hamburg konfrontierten die etablierte und institutionalisierte Medizin mit einer Veränderungsbewegung, die sich nicht mehr verdrängen oder ignorieren ließ“* berichtet Huber (1998:572).

Den Berliner und Hamburger Gesundheitstagen folgen weitere in Bremen (1984) und Kassel (1985). Allerdings stagniert die Bewegung und verläuft sich nach der letzten Großveranstaltung in Kassel, die Trägerstruktur der Gesundheitstage löst sich wegen finanzieller Belastungen auf. Steht auf den ersten Veranstaltungen der politische Gestaltungsanspruch im Vordergrund, individualisiert sich die Debatte auf den Bremer und Kasseler Gesundheitstagen zunehmend. Ausdruck davon ist die immer stärker werdende Präsenz des esoterischen Ansatzes (Kesel 1989:57), der gewichtiger wird als der Anspruch humanitärer und sozialer Werte, die die Bewegung zunächst stark gemacht haben. Was folgt, ist vielfach ein „*Marsch durch die Institutionen*“, der gemessen an universitären Lehrstühlen und hohen Funktionen in Politik und Verbänden, aber auch in beruflichen Karrieren in der unmittelbaren Versorgung vielfach sehr erfolgreich ist. Aber auch die Etablierung des Selbsthilfeansatzes als einer festen Größe in der Gesellschaft und im Gesundheitssystem kann als ein Erfolg der Bewegung betrachtet werden<sup>9</sup>.

Der Ansatz der Gesundheitsbewegung findet sich tatsächlich auf allen institutionellen Ebenen wieder. So sieht Huber (1997a) auch die Politik der Weltgesundheitsorganisation und insbesondere die erste Internationale Konferenz zur Gesundheitsförderung, an deren Ende die Verabschiedung der bahnbrechenden 'Ottawa-Charta' (WHO 1986/1994) als Ausläufer dieser Bewegung (vgl. 2.4.4.). Tatsächlich ist sie wesentlich von Ilona Kickbusch und Herbert Milz formuliert, die an den Gesundheitstagen der 80er Jahre beteiligt sind (ebd.:8). Kickbusch (1982:13) ihrerseits weist schon als gerade berufene Regionalbeauftragte für Gesundheitserziehung beim europäischen WHO-Regionalbüro darauf hin, dass die Ergebnisse der Gesundheitsbewegung in einem WHO-Programm für „*nicht-professionelle, ge-*

---

<sup>9</sup>) Mir liegen hierzu folgende Zahlen vor: Die Stiftung Mitarbeit (1994:191) rechnet von ca. 1700 Sozialen Selbsthilfegruppen, die eine FU-Studie 1984 ermittelt, auf 54.600 bundesweit hoch. Karin Stötzner (in: SEKIS 1995:3) geht von 'mehr als 3.000 Initiativen' in Berlin aus. In Beantwortung einer Kleinen Anfrage der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen (Bt-Ds. 13/4822) teilt die Bundesregierung 1996 mit, in Deutschland gebe es im Gesundheitsbereich rund 70.000 Selbsthilfegruppen (Bt-Ds. 13/5221). Faltermaier/Döhner/Wahn (1995:49) gehen davon aus, daß 'in westlichen Industriestaaten heute etwa drei Prozent der Bevölkerung in Selbsthilfegruppen organisiert sind'. Diese stützen sich auf etwa zweihundert Kontaktstellen (Matzat 1996). Die finanziellen Zuwendungen der Krankenkassen zur Förderung der Kontaktstellen beschränken sich 1995 noch auf rund 363.000 DM (Bt-Ds. 13/4970). Nach Ankündigung von Gesundheitsministerin Andrea Fischer (1999) soll diese Förderung in Zukunft drastisch erhöht werden.

*meindenahe und alternative Gesundheitsversorgung*“ aufgearbeitet und konzeptualisiert werden sollen.

Nun gehört es aber zum Wesen von Kritik, dass sie nicht selber gestaltet, sondern sich über Abgrenzung definiert. Von den auf den ersten Gesundheitstagen geplanten Strukturen einer Gegenmacht verbleibt so auch nur das monatliche Diskussionsforum 'Dr. med. Mabuse', die sich von einer Fachschaftszeitung von Frankfurter MedizinstudentInnen zur bundesweiten "*Zeitschrift im Gesundheitswesen*" weiterentwickelt und später auch einen Verlag aufbaut sowie 1988 die Einrichtung der Gesundheitsakademie (1990, 1996, Vogt 1989) als institutionellem Rahmen zur Netzwerkbildung und um Inhalte und Strukturen der Gesundheitsbewegung in Form von Publikationen und Jahrestagungen fortzuführen.

Als Gegenveranstaltung zur Weltausstellung 'Expo 2000' in Hannover ist für den Sommer 2000 eine Neuauflage des Gesundheitstages in Berlin vorgesehen. Interessanterweise rufen weniger Basisinitiativen zu diesem Kongress auf als vielmehr eine große Anzahl ,ehemaliger' Bewegungsvertreter sowie weitere führende Politiker, unter ihnen so entscheidungsmächtige Funktionäre wie der ehemalige Ärztekammerpräsident Ellis Huber, der ehemalige (George Fülgraff) und jetzige (Erwin Jordan) Staatssekretär im Bundesgesundheitsministerium und viele der auch in dieser Arbeit zitierten WissenschaftlerInnen. Der Kritikansatz ist dabei eher ein formaler, denn er bezieht sich weniger auf einen angestrebten grundsätzlichen Wandel der Verhältnisse im Gesundheitswesen als vielmehr auf gewünschte Unterstützung für den eigenen Politikansatz. Es zeigt sich hier die Erfahrung einer Politikergeneration, die die Mobilisierung einer ,kritischen Bewegung' als strategisches Politikkonzept anstrebt und umgekehrt ohne Bewegung im Rücken ihre Ohnmacht stärker erlebt.

## 5.2. AIDS–Kritik aus dem Bereich der Selbsthilfe

Unter den verschiedenen Kritikansätzen finden die Diskussionsansätze die stärkste Beachtung, die unmittelbar in der Betroffenenzene wurzeln. Mehr als andere Ansätze besitzen die Positionen der Selbsthilfe mit der schwulen Szene eine soziale Basis, die sich der Krankheit subjektiv verbunden fühlt und für die darüber hinaus durch die eigene Diskriminierungserfahrung eine gesellschaftskritische Haltung und Aufmerksamkeit gegen soziales Unrecht konstitutiv ist. Auf diesen historischen Vorlauf wird hier hier im Folgenden zunächst eingegangen, um dann anschließend auf dem Hintergrund der sich etablierenden Selbsthilfestrukturen die Entstehung und Entwicklung von AIDS–Aktionsgruppen darstellen zu können.

### 5.2.1. Entstehung und Entwicklung der Schwulenbewegung

Die christlich–klerikale Vorstellung sieht bis in das 20. Jahrhundert hinein Sexualität nur als Form der Fortpflanzung. Abweichende Sexualität, die diese Funktion nicht erfüllt, gilt als pervers und strafwürdig. Berichte über öffentliche Verbrennungen sind noch vom Ende des 18. Jahrhunderts überliefert. Ähnlich wie Juden, wird auch Homosexuellen immer wieder die Verantwortung für Hungersnöte, Naturkatastrophen und insbesondere für Seuchen zugeschoben (Salmen/Eckert 1987).

Erst im Zuge der bürgerlichen Revolution verbreitet sich als Gegenbewegung eine liberale Auffassung. So tritt 1852 der Obermedizinalrat Johann Ludwig Casper für die Straflosigkeit der Männerliebe ein mit der Begründung, dass Homosexualität angeboren und die Betroffenen mithin krank und nicht schuldig seien (Müller 1993, Sievert 1984:14). Tatsächlich wird Homosexualität 1810 in Frankreich und 1813 in Bayern und Württemberg straffrei. Mit Karl Heinrich Ulrichs meldet sich erstmals ein Homosexueller offen zu Wort und streitet für die Gleichberechtigung der Schwulen, die er mit dem Begriff der "*Urninge*" belegt. Seine erste Schrift 1864 ist zunächst noch unter Pseudonym verfasst, doch sein öffentlicher Auftritt auf dem Deutschen Juristentag 1887 beendet seine Anonymität. Seine Rede für Straffreiheit in allen Ländern löst Tumulte aus, er muss vorzeitig abbrechen und wird in den Folgejahren mehrmals verhaftet. Nach dem Inkrafttreten der preußischen Strafregelung

mit der Gründung des Deutschen Reiches 1871 emigriert er nach Italien, denn am Ende des Jahrhunderts hat sich die preußische Auffassung der Strafbarkeit wieder durchgesetzt (Stümke 1989, Kennedy 1993).

Eine offen bekennende homosexuelle Szene entsteht mit der Gründung des 'Wissenschaftlich-humanitären Komitees (WHK)' am 15. Mai 1897 in Berlin, die als weltweit erste Organisation zur Unterstützung der schwulen Emanzipation gilt. Initiator der WHK ist der Arzt Magnus Hirschfeld, der schon im Vorfeld in seiner unter Pseudonym verfassten Schrift 'Sappho und Sokrates' für die Straffreiheit plädiert. Dabei wie auch in späteren Schriften entwickelt Hirschfeld die Vorstellung eines sog. „*Dritten Geschlechts*“, das sich auch körperlich nicht nur von Frauen, sondern auch von anderen, nicht-homosexuellen Männern unterscheidet (sog. „*Zwischenstufentheorie*“, Herzer 1992, Lindemann 1993). Wörndl (1992:26) und Salmen/Eckert (1987:24) weisen darauf hin, dass Hirschfelds Gedanken einem Biologismus entspringe, der Parallelen zur rassenhygienischen Ideologie aufweise.

Primäres Ziel des Komitees ist jedoch nicht die Selbstorganisation der Homosexuellen, sondern die Parteinahme gegen ihre Diskriminierung. Ab 1899 wird ein 'Jahrbuch für sexuelle Zwischenstufen unter besonderer Berücksichtigung der Homosexualität' herausgegeben.

Das WHK gewinnt bald an Mitgliedern und es gelingt, zahlreiche Prominente, insbesondere Künstler und Juristen, für die Mitarbeit zu gewinnen<sup>10</sup>. Insbesondere gehen von der Organisation mehrere Petitionen an den Reichstag aus zur Abschaffung des § 175 StGB.

Im Zuge der aufkommenden Homosexuellenbewegung und der dadurch ausgelösten gesellschaftlichen Aufmerksamkeit entsteht jedoch auch der sog. 'Krupp-Skandal', in dem 1902 in der sozialdemokratischen Zeitung *VORWÄRTS* der homosexuelle Lebensstil von Industriellen beklagt wird. 1907 bezichtigt der Herausgeber der Zeitschrift *DIE ZUKUNFT* verschiedene Berater des Kaisers der Homosexualität. Insbesondere die letztgenannte Veröffentlichung, die sog. 'Eulenberg-Affäre', löst einen

---

<sup>10)</sup> Hier liegen jedoch unterschiedliche Zahlen vor: Während Stümke/Finkler (1981:55) von 5.000 Mitgliedern im Jahre 1905 sprechen, berichtet Gesa Lindemann (1993:101) lediglich von ca. 500 Beitragszahlern zum WHK-„*Fonds zur Befreiung der Homosexuellen*“, jedoch von 6.000 UnterzeichnerInnen der Petition für die Abschaffung des § 175 StGB im Jahre 1907 (ebd.:100).

Skandal und jahrelange Verleumdungsprozesse aus<sup>11</sup>. Wenngleich in beiden Veröffentlichungen nicht die Strafverfolgung der Homosexualität intendiert ist, wird ein negatives Image geprägt, nach dem es eine Erscheinung der Verweichlichung der herrschenden Klasse sei (Salmen/Eckert 1987:20).

Durch die beharrliche Aktivität des WHK gelingt es Hirschfeld, im Zuge der Liberalisierung nach dem Ende des 1. Weltkrieg in unmittelbarer Nähe des Reichstages ein Institut für Sexualwissenschaft in einer städtischen Villa zu eröffnen.

Beflügelt vom Aufblühen der homosexuellen Szene in den 20er Jahren und dank seiner Bekanntheit auch als sozialdemokratischer Politiker gelingt es Hirschfeld, 1931 im zuständigen Reichstagsausschuss einen Beschluss zur Aufhebung des § 175 StGB zu erwirken. Die weitere Entwicklung verhindert jedoch die Bestätigung und Umsetzung des Votums.

Mit der nationalsozialistischen Machtübernahme kommt es zur Zerschlagung der jungen Schwulenbewegung. Zwar fühlen sich viele Schwule zunächst noch keineswegs bedroht. Sie sehen eine Männlichkeitsorientierung in Politik und Kultur. Das Führerprinzip und die Militarisierung der Gesellschaft, die Ästhetisierung des männlichen Körpers in Sport und Kultur (Theweleit 1978) und insbesondere die Führung der SA durch den offen homosexuellen Ernst Röhm, der auch Mitglied des WHK ist, bieten den homosexuellen Männern zunächst Ansatzpunkte zur Identifizierung mit dem Dritten Reich. Die Inhaftierung und die erzwungene Selbsterschießung Röhrs eröffnen eine antihomosexuelle Politik der NSDAP, in deren Gefolge der § 175 StGB verschärft und viele Männer wegen vorgegeblicher oder tatsächlicher Männerliebe in Konzentrationslager verschleppt werden, in dem sie mit einem Rosa Winkel gezeichnet und massenhaft mit Arbeit zu Tode geschunden werden (Jellonek 1990, Plant 1991).

---

<sup>11)</sup> 84 Jahre später wiederholt sich diese Debatte unter dem Stichwort ‚Outing‘, als Rosa von Praunheim (1993:11f.) im Privatfernsehen verschiedene Prominente ob ihrer mutmaßlich versteckt gelebten Homosexualität bezichtigt, wobei manche bestätigen, andere dementieren. Es handelt sich hier aber keineswegs wieder um eine Staatsaffäre wie 1907, sondern lediglich um ein – wenn auch kurzzeitig beherrschendes – Thema der Boulevardmedien. Auch wird Praunheim nicht wie der Herausgeber der *ZUKUNFT* wegen Verleumdung inhaftiert, ist jedoch nicht nur seitens der Medien, sondern auch aus der Schwulenszene heraus heftiger Kritik ausgesetzt (vgl. auch 5.2.3.).

Erst einige Jahre nach der Befreiung Deutschlands kommt es wieder zu Vereinsgründungen analog zu den Verbänden der Weimarer Republik, belastet jedoch durch die fortdauernde Kriminalisierung durch den nicht entschärften § 175 StGB, der häufig angewandt wird<sup>12</sup>. 1969 wird das Gesetz liberalisiert, nunmehr sind homosexuelle Handlungen nur noch verboten zwischen erwachsenen Männern und Minderjährigen unter 18 Jahren. Zwar wird der § 175 StGB auch in dieser Fassung bis zu seiner endgültigen Streichung 1993 weiter stark kritisiert, denn auf Grund der unterschiedlichen Schutzaltersgrenzen zwischen Homo- und Heterosexualität ist eine Diskriminierung weiterhin gegeben. Jedoch ist die qualitative wie quantitative Diskriminierung keineswegs mehr vergleichbar, Schwulsein ist nunmehr grundsätzlich erlaubt und nicht mehr wie jahrhundertlang zuvor explizit strafbewehrt.

Diese Liberalisierung ist 1971 die Grundvoraussetzung für die bundesweit umstrittene Ausstrahlung des Films von Rosa von Praunheim 'Nicht der Homosexuelle ist pervers, sondern die Situation, in der er lebt'. Mit dem Film, der nicht nur die gesellschaftliche Diskriminierung, sondern auch die adaptierte Nischenexistenz der Schwulen radikal kritisiert, rückt Homosexualität als politisches und gesellschaftliches Thema schlagartig in das Blickfeld der Öffentlichkeit. Insbesondere die vom Filmemacher initiierten Diskussionsrunden zum Film führen zur Gründung zahlreicher Schwulengruppen wie der 'HAW – Homosexuelle Aktion Westberlin' im August 1971. Es entsteht darüber hinaus eine ausdifferenzierte schwule Kultur. Insbesondere der Ausstrahlung von Praunheims Film im Januar 1972 im Zweiten Deutschen Fernsehen (ZDF) folgt eine große Welle öffentlicher Debatten zur Homosexualität.

In dieser Zeit kommt es zu einer Gründungswelle schwuler Gruppen. Salmen/Eckert (1989) zählen für 1971 31 , 1973 35 und 1974 schon 45 Schwulengruppen in der Bundesrepublik. Die erste schwule Demonstration findet 1973 im studentisch geprägten Münster statt. Anknüpfend an Praunheim werden dabei zunächst Strukturen der schwulen Subkultur diskutiert und erneuert. Ein deutlicher Konflikt zeichnet sich aber laut Frankenberg (1994:141) nach 1975 ab zwischen „*Integrationalisten*“ und „*Radikalen*“. Erstere fordern dabei die Emanzipation der Schwulen in allen gesellschaftlichen Bereichen und arbeiten aktiv in linken und sozialen Gruppen mit wie Gewerkschaften, kirchlichen Verbänden oder Parteien. Die andere Richtung

---

<sup>12)</sup> Frankenberg (1994:141) berichtet davon, dass 1965 noch 6000 Verstöße gegen den § 175 StGB amtlich registriert sind.

hingegen lehnt eine Integration in die herrschenden Verhältnisse ab und fordert statt dessen die Solidarität mit anderen gesellschaftlichen Randgruppen, insbesondere mit sexuellen Minderheiten wie den Pädophilen, die nach wie vor von der Strafandrohung des § 175 StGB betroffen sind.

Mehrere Versuche zur Gründung eines einheitlichen Schwulenverbandes scheitern zunächst, die Bewegung zerfällt im Zuge ihrer Ausdifferenzierung in unterschiedliche Subgruppen.

Insbesondere die sog. ‚Integrationisten‘ können in ihrer Ausdifferenzierung jedoch auch auf erhebliche Erfolge verweisen. So gelingt es zu Beginn der 80er Jahre, in zahlreichen gesellschaftlichen Bereichen Fuß zu fassen und insbesondere in Berufsverbänden im Gesundheitswesen sowie in den Parteien und Gewerkschaften eigene schwule Untergruppen zu bilden. Über die Partei 'Die Grünen' werden erste offene schwule Parlamentarier in Kommunal- und Landesvertretungen und später auch in den Bundestag gewählt.

Erst im Zuge der AIDS–Diskussion kommt es zu einer Art Schulterschluss zwischen den unterschiedlichen schwulen Gruppen. Ende 1986 wird mit dem Bundesverband Homosexualität (BVH) auch ein bundesweiter Dachverband gegründet, der nach dem Mauerfall durch die Gründung des Schwulenverbandes Deutschlands (SVD, seit 1998 Schwulen- und Lesbenverband Deutschlands, SLVD) an Bedeutung verliert und schließlich aufgelöst wird.

### **5.2.2. Entstehung der Deutschen AIDS–Hilfe**

In diese diffuse Situation, die eher von Stillstand nach dem Abebben der ersten Bewegungswelle gekennzeichnet ist, fällt die Nachricht von einer neuen Krankheit schwuler Männer in Amerika.

Diesen Meldungen wird anfangs kritisch begegnet. Die schwulen Magazine befürchten eine Zunahme von Homophobie und antischwuler Diskriminierung (*TORSO* 3/83, *ROSA FLIEDER* 31, *SIEGESSÄULE* 4/84), da AIDS zunächst als reine Schwulenkrankheit gilt und eine Gefährdung nicht nur in einzelnen Praktiken,

sondern in jeder Form von körperlicher Nähe gesehen wird<sup>13</sup>. Im Wesentlichen beschränkt sich diese Opposition allerdings auf eine Kritik der medialen Darstellung sowie prophylaktischen Ermahnungen in Anbetracht verstärkter Diskriminierung der Homosexualität im Zusammenhang mit AIDS (Kraushaar 1985; Frings 1985; Rühmann 1985). Diesen diskursiven Abwehrkampf bringt die Nürnberger Schwulenzeitschrift *ROSA FLIEDER* schon 1983 mit ihrer Titelgeschichte *'Eine Krankheit für die Wende'*<sup>14,15</sup> auf den Begriff (Nr. 31; vgl. auch Becker 1985). Bereits die im Übrigen durch eine Sonderzuwendung auf Veranlassung des Berliner Gesundheitsensors Ulf Fink finanzierte Sonderausgabe der größten Schwulenzeitschrift *SIEGESSÄULE* 1985 'AIDS – Die Dimension einer Krankheit' drückt eine erhebliche Desorientierung aus: während der Filmemacher Rosa von Praunheim einen Monogamie–Aufruf des *SPIEGEL*–Redakteurs Hans Halter unterstützt (Spiegel 48/1984; vgl. auch Halter 1985) und im Heft als diskursive Todesdrohung 'Guten Tod' wünscht (Praunheim 1985:31), verweigert der Journalist Matthias Frings (1985:29) öffentlich eine Veränderung seiner Sexualität. Diese Auseinandersetzung, die sich in zahlreichen öffentlichen Diskussionen über Jahre verlängert<sup>16</sup>, lähmt die Szene. Explizite schwule Forderungen an die Politik beschränken sich zunächst auf einen allgemeinen Aufruf zur Unterstützung der AIDS–Hilfen. So bleibt die Hoffnung auf ein medizinisches Therapeutikum, und bereits die Entdeckung des Virus durch Montagnier/Gallo wird als *"erster großer Erfolg im Kampf gegen AIDS"* (Albers 1985:6) gefeiert.

Die Entstehung der AIDS–Hilfen ist zunächst getragen von einem diffusen Aktivismus, sich einer befürchteten schwulenfeindlichen Kampagne entgegenzusetzen. Explizites Ziel ist zunächst die Entwicklung einer sog. *„Gegenaufklärung“* (Cruse 1987:162). Hier drückt sich das misstrauische Verhältnis der Schwulenzbewegung

<sup>13)</sup> Wie bereits zitiert, heißt es so in der ersten Präventionsschrift der AIDS–Hilfe: *„Mund zu! Da alle Körperflüssigkeiten, also auch Speichel (Spucke) Viren enthalten, ist jeder feuchte Kuß (also alles, was über den flüchtigen Begrüßungskuß auf die Wange hinausgeht) schon gefährlich, selbst wenn es noch nicht mal Knutschflecken gibt“* (DAH 1985).

<sup>14)</sup> Der Wendebegriff bezieht sich dabei auf die ‚geistig–moralische Wende‘, die der per konstruktivem Misstrauensvotum im Bundestag im Herbst 1982 gewählte und wenige Monate später bei der Bundestagswahl 1983 bestätigte Bundeskanzler Helmut Kohl verkündet.

<sup>15)</sup> Eine Art Replik findet sich 1985 in der Frauenzeitschrift *BRIGITTE*, in der Sophinette Becker (1985) die Titelfrage *„Eine Krankheit zur Wende?“* verneint.

<sup>16)</sup> vgl. Streitgespräch Praunheim/Dannecker in: Sigusch/Gremliza 1986; Sigusch 1987; Streitgespräche Praunheims (1993:371) mit Matthias Frings, Dieter Telge u.a. in Praunheims 'AIDS–Trilogie'–Filmen 1990.

zur Gesellschaft aus. Auch die AIDS–Hilfen interpretieren die Krankheit AIDS zunächst als Vorwand, um die Unterdrückung der Homosexualität zu legitimieren und zu verstärken. Das explizite Ziel einer Betreuung von AIDS–Kranken ist mangels konkreter Fälle zunächst mehr Anspruch als Praxis.

Die Deutsche AIDS–Hilfe (DAH) wird im September 1983 in Berlin als gemeinnütziger Verein mit dem Ziel der „*Förderung des öffentlichen Gesundheitswesens und des Wohlfahrtswesens*“ gegründet (Ketterer 1998:41). Schon bei Gründung ist die DAH als Dachverband vorgesehen, wenngleich noch ohne Basisgruppen. Ohne genauere Zweckbestimmung ist in der Dachverbandssatzung festgelegt, dass der Aufbau von Hilfeorganisationen in anderen Städten forciert werden sollte. Ausgangspunkt sind erste Diskriminierungserfahrungen. Träger des Konzepts sind vor allem schwulenbewegte Aktivisten aus den Großstädten mit ausgeprägter schwuler Subkultur. Nolden (1987:135) analysiert dies als „*Variante oder Fortsetzung einer seit vielen Jahren bestehenden 'neuen' gesundheits– oder krankheitsbezogenen Selbsthilfebewegung*“, anknüpfend an die Erfahrungen der Gesundheitsbewegung seit 1980.

Hierbei kommt es zu einer Gleichzeitigkeit von medizinischem Handlungsrepertoire und schwuler Szene, die Pieper/Vael (1993:27) in ihrer historischen Analyse zum zehnjährigen Jubiläum der DAH mit gewisser Distanz ausdrücken: „*Auch auf die Gefahr hin, daß es zynisch klingt: Die schwule Subkultur der bundesdeutschen Metropolen lieferte der am Ort vorhandenen medizinischen Infrastruktur die Objekte des neuen Krankheitsbildes AIDS*“.

Tatsächlich verblüfft es, dass nicht nur auf medizinischer Seite, sondern auch von Seiten der (später) Betroffenen die Struktur dem Problem voran geht. Auch die Skandalisierung einzelner Schicksale wie im erwähnten Fallbeispiel von Gerd Paul (vgl. 3.1.2.) kann die hohe Einsatzbereitschaft nicht alleine begründen. Vielmehr scheint es auch ein Vehikel zu sein für die ohnehin in der Luft liegende stärkere Organisation der Schwulenbewegung, die mit AIDS einen gemeinsamen Nenner findet, die eben auch nicht als Betroffenenengruppe vor Ort, sondern auf der Meta–Ebene des Bundesverbandes beginnt.

Nach vergleichsweise ruhiger Startphase kommt es ab 1985 zu einer Explosion der Aktivitäten. So steigt die Zahl der Basisorganisationen der DAH von 1985 bis Ende

1986 von vier auf vierzig und die Höhe der Spenden annähernd entsprechend. In dieser zweiten Phase nach der Konstituierung des Verbandes geht es um Aufklärung und Information und Presse- und Öffentlichkeitsarbeit, wobei diese Aktivitäten im Jahresbericht 1985/86 (DAH 1987) noch unspezifisch aufgelistet sind. Ein Schwerpunkt gilt dabei auch dem Aufbau der regionalen Mitgliedergruppen, über die ein Beratungs- und Betreuungsnetz entsteht.

Deutlich wird in diesem ersten Jahresbericht der DAH bereits ein Alleinvertretungsanspruch, der von der ursprünglichen Bewegungsorientierung, die auf Vielfalt setzt, bereits deutlich entfernt ist. Konkurrierende Institutionen wie die Deutsche AIDS-Stiftung, das Deutsche AIDS-Kuratorium und weitere werden beispielsweise als „*weitgehend unseriöse Vereine*“ (DAH 1987:12) bezeichnet.

Der Fachbereich `Aufklärung und Information´ besteht seit Herbst 1985 als erstes eigenständiges Arbeitsgebiet. Diese Fachgruppe entwickelt in Eigenregie Informationsblätter, wobei insbesondere die Broschüre `AIDS – Heutiger Wissensstand´ sich einer laufenden Überarbeitung und weiter Verbreitung erfreut, wobei auch hier noch nicht unterschieden wird zwischen allgemeiner Öffentlichkeit, MitarbeiterInnen der Gesundheitsdienste und Betroffenenengruppen. Dies zeigt die anfänglich noch verbreitete Haltung, eher allgemeine und generelle Aussagen gegenüber möglichen Diskriminierungsgefahren zu artikulieren und diese der Gesellschaft weitgehend unspezifisch adressiert zu vermitteln. Die Zielgruppenspezifität entsteht erst im Zuge der Zuwendungen der BZgA und wird von dieser Behörde auch erst konturiert.

In einer für Selbsthilfegruppen untypischen Art suchen einzelne Vertreter der AIDS-Hilfe schon frühzeitig den unmittelbaren Kontakt zur Politik. Hier drückt sich bereits das Spezifikum der Krankheit und ihrer Hauptbetroffenengruppe aus, die eine soziale Basis bildet, die sich subjektiv zumindest potenziell von der Krankheit betroffen fühlt, wobei in der Frühphase dieses Betroffenheitsgefühl nicht differenziert ist zwischen der Furcht vor Diskriminierung und der vor Ansteckung. Insbesondere die politische Befürchtung mobilisiert daher die Handlungsstrategie, unmittelbaren Kontakt zur Politik zu suchen.

Im März 1985 kommt es zu einem informell gehaltenen Treffen zwischen Klinikern, Medizinalbeamten und Vertretern der gerade entstandenen DAH mit der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), auf dem die Umsetzung der minis-

teriellen Richtlinie zur institutionellen Zusammenarbeit begonnen wird (Canaris 1987:273). Die Vorgabe des Ministeriums sieht eine Arbeitsteilung zwischen BZgA und DAH in der gesundheitlichen Aufklärung vor, nach der die Bundeszentrale ihren Schwerpunkt auf die Information der Allgemeinbevölkerung sowie einzelner Berufsgruppen legt, während die AIDS–Hilfen die Aufklärungsarbeit der Hauptbetroffenengruppe der Schwulen und später auch der Drogenkranken und Prostituierten vornehmen (ebd.; Reutter 1992:16ff.).

Die Vertreter der DAH, die sich gerade erst ein improvisiertes Büro in einem nämlich nicht genutzten Berliner Architekturbüro eingerichtet haben (Paul 1993:61), sind von diesem beispiellosen Erfolg ihrer politischen Bemühungen um Anerkennung vollkommen überrascht. Mit den Mitteln einer ersten öffentlichen Benefizveranstaltung am 17. Juni 1985 in einer Berliner Szenelokalität drucken sie das erste Aufklärungsplakat mit der Überschrift 'Safer Sex', deren Finanzierung die Bundesgesundheitsministerin Rita Süßmuth jedoch unter Verweis auf die ethische Haltung des Katholizismus noch verwehrt (ebd.).

Die Gegensätze zwischen Selbsthilfe und Ministerium sind der Kooperation sogar förderlich. So wie den Bezug auf die katholische Kirche, handhabt Süßmuth dabei auch die Zusammenarbeit mit der AIDS–Hilfe eher pragmatisch, denn sie sieht sich, wie sie in ihrem programmatischen Buch 'Wege aus der Angst' schreibt, zur *"Aufklärung 'verurteilt'"* (Süßmuth 1987:71). An anderer Stelle betont sie, *"viele Mitarbeiter der AIDS–Hilfe stimmen an diesem Punkt nicht mit mir überein, ich halte sie aber dennoch für richtig"* (ebd.:77). Sie begreift den strategischen Vorteil, Aufklärungsbotschaften zielgruppengenau verbreiten zu können, ohne sie unmittelbar verantworten zu müssen: *"Die regionalen AIDS–Hilfen und ihr Dachverband verfügen über besondere und äußerst wertvolle Erfahrungen im Umgang mit den 'Risikogruppen' und genießen dort großes Vertrauen"* (ebd.).

Mit ihrer strategischen Entscheidung, der DAH schon 1985 eine Erstfinanzierung von 300.000 DM zu bewilligen, wertet sie den bis dato eher losen Zusammenschluss stark auf, und lenkt gleichzeitig die Aktivität der DAH von der Ebene der Betroffenenvertretung und der 'Gegenaufklärung' hin zu einer primärpräventiven Dienstleistung für das Gesundheitssystem.

Diese Delegation von Verantwortung ist keinesfalls typisch. Nicht nur die Administrative zeichnet sich selten durch solch unkonventionelle Lösungen aus. Auch umge-

kehrt sind primärpräventive Aktivitäten für Selbsthilfegruppen eher ungewöhnlich. Üblicherweise beschränken sie sich auf sekundär- und tertiärpräventive Maßnahmen der Bewältigung und Linderung ihrer Krankheit. Auch die AIDS-Hilfe, deren Name in Anlehnung an die etablierte Deutsche Krebs-Hilfe gewählt wird, beschäftigt sich zunächst mit dem eigenen Klientel der Betroffenen. Dass sie darüber hinaus die Verantwortung für die Aufklärung der Hauptbetroffenengruppe der schwulen Szene und damit ein stark erweitertes Handlungskonzept übernimmt, liegt wesentlich an der Inkorporierung durch die Ministerin. Hier handelt es sich nachgerade um ein Musterbeispiel von Inkorporierung (vgl. Voelzkow 1994:394, Döhler 1990:24) mit dem Ergebnis der Domestizierung eines noch kaum entwickelten Ansatzes (Gronemeyer 1988).

Interessant dabei ist auch, dass sich die Vertreter der AIDS-Hilfe im Nachgang dieses Prozesses ausschließlich in einer gestaltenden Akteursrolle, also einer Subjektrolle, sehen. In einem Round-Table-Gespräch der DAH (1998:19ff.) im Dezember 1997 interpretiert Rolf Rosenbrock, die AIDS-Hilfen seien *"zunächst gegründet als Selbsthilfe-Organisationen der hauptsächlich betroffenen Gruppe zur Organisation der Primärprävention"*. Hans-Peter Hauschild meint gar, mit einem argumentativen Trick habe man den primärpräventiven Auftrag erlangt: *"Wir sagten: 'Wir sind die Betroffenen'. Und Primärprävention lässt sich ja auch nur mit denen machen, die das Virus haben, denn von woanders kann man es ja nicht bekommen"*. Dies widerlegt jedoch bereits im Gespräch Dieter Telge: *"es heißt ja nicht 'AIDS-Verhütung'. Die Namensparallele zur Krebshilfe bezieht sich auf ein Spektrum, in dem eher mit Krankheit gelebt und umgegangen wird"* (ebd.). Hier ist Telge zuzustimmen, denn die Gründer der AIDS-Hilfe denken an eine Verantwortungsübernahme im später verwirklichten Sinne noch keineswegs, wie sich vor allem im Rückblick des Gründers und ersten Vorsitzenden der DAH Gerd Paul (1993) zeigt.

Trotz der unmissverständlichen Orientierung des Bundesgesundheitsministeriums auf Zusammenarbeit bleibt das Verhältnis ihrer nachgeordneten Behörde zur AIDS-Hilfe über Jahre angespannt. Paul (1993:62) berichtet, dass von Seiten der Bundeszentrale 1985 gehofft und erwartet wird, die AIDS-Hilfe könne die ihr zugewiesenen Mittel ohnehin nicht ordnungsgemäß verwenden und abrechnen. Aber auch nach der haushaltsrechtlichen Bestätigung bleibt die Konkurrenz bestehen, wobei die BZgA nun *"das Ziel einer eher staatlich gelenkten und eingebundenen AIDS-Hilfe"* (ebd.) verfolge.

Diese Konkurrenz besteht jedoch gegenseitig. Im Zuge zunehmender Professionalisierung tritt die DAH selbstbewusster auf und wirft der BZgA Ängstlichkeit vor sowie Diffusität durch unklare Botschaften und Verfestigung einer tradierten, aber nicht mehr tragfähigen Treue–Moral.

Im Konkreten macht der DAH vor allem auch die Bürokratie zu schaffen. So heißt es im ersten Jahresbericht: *„Die behördengerechte Abwicklung dieser Projektanträge beansprucht allerdings erheblichen Raum in unserer Arbeit: Jedes einzelne Projekte, selbst jeder unveränderte Nachdruck einer Broschüre muß gesondert beantragt, mit mindestens drei Kostenvoranschlägen versehen, erläutert und begründet, im einzelnen abgerechnet und schriftlich ausgewertet werden“* (DAH 1987:17).

Wenngleich dieser Konstituierungsprozess der AIDS–Hilfen im Nachgang zumeist als *„Mythos“* (DAH 1998) stilisiert wird, basiert er auf heftigen internen Auseinandersetzungen, von denen Claudia Ritter (1992:283f.) berichtet. Nach ihrer Beobachtung führen solche Konflikte schon in der Gründungsphase der AIDS–Hilfen dazu, dass sich linke und bewegungsorientierte Schwule aus der Arbeit bald zurückziehen, da sie in der Mehrzahl die pragmatische Orientierung der AIDS–Arbeit inhaltlich nicht unterstützen. Tatsächlich, so führt sie weiter aus, haben Ansätze von stärkerer Politisierung den AIDS–Hilfen eher geschadet, während der Erfolg der Arbeit auf einem differenzierten Modell der Distanz bei gleichzeitiger prinzipieller Unterstützung durch die schwule Szene beruhe. Insofern bestätigt Ritter hiermit die Hypothese innerverbandlicher Regulierung, nach dem ein Wechselspiel zwischen staatlicher Nähe und Disziplinierung der eigenen Szene als erfolgreiche Politik gilt. Diesem Gedankengang folgend, wäre eine kritische Haltung in der AIDS–Politik dem Kern nach abzulehnen.

Allerdings gibt es auch kritische Stimmen, die die Nähe zu staatliche Organen in Frage stellen. So kritisiert Dressler (1993:42) die Inkorporierung der Deutschen AIDS–Hilfe. Er führt an, die DAH habe 1993 wider besseren Wissens den sachlich falschen Anschuldigungen und der auf diesem Hintergrund erfolgten Auflösung des Bundesgesundheitsamtes zugestimmt, um die laufenden Budgetverhandlungen mit dem Bundesgesundheitsministerium nicht zu belasten.

Döhler/Manow–Borgwaldt (1992:66) meinen, dass eine der wenigen, aber auch der wesentlichen Gestaltungsoptionen der Politik in der Veränderung der Anzahl der korporatistischen Akteure liege. Der Aufbau und die Integration der AIDS–Hilfen und insbesondere ihres bundesweiten Dachverbandes ist ein überzeugendes Beispiel für diese Form der Politikgestaltung, in dem die unklaren Grenzen des Politikfeldes AIDS dazu genutzt werden können, hier eine Basis– oder Selbsthilfeorganisation in die Verantwortung zu inkorporieren. Dies erweitert den klassischen Gesundheitsbereich zudem um Kompetenzen in Bereiche der Sozialpolitik.

Insbesondere bemerkenswert ist die mit der Selbsthilfeförderung im AIDS–Bereich einher gehende Etablierung der Homosexualität als gesellschaftlich anerkannte Lebensform. Dabei ist die Frage, ob die Skandalisierung der AIDS–Erkrankungen diesen Prozess befördert oder blockiert haben, letztlich hypothetisch. Faktisch wird die Struktur der schwulen Gemeinde in der 80er Jahren im Sinne der Gesundheitsförderungsstrategie des ‚Community buildings‘ einhergehend mit Bemühungen um AIDS–Prävention aufgebaut und finanziert. In diesem Fall schafft die AIDS–Problematik eine Atmosphäre von Dringlichkeit, die anderen Projekten zur Integration von diskriminierten Minderheiten (z.B. von MigrantInnen, Lesben, Suchtkranken etc.) nicht in gleichem Maße zugestanden wird.

Gleichzeitig handelt es sich bei diesem Integrationsprozess nicht um die Schwulen als Gesamtheit, sondern um eine Stilisierung des Schwulen als jungen, ungebundenen, ökonomisch erfolgreichen und konsumfreudigen Mann. Dieser Stilisierung entsprechend, erfährt der an AIDS Erkrankte eine Solidarität, die im Bereich der Krankenversorgung beispiellos ist. Ein Entzug aus diesem Bild führt jedoch zur Ausgrenzung aus der Solidaritätsszene. Hier kommt bereits die von Lehmbruch (1988:11) analysierte Struktur korporatistischer Verbände zum Tragen, nach der diese durch die Übernahme öffentlicher Aufgaben an Einfluss gewinnen, mit dem sie bei ihrem Klientel eine Vormachtstellung erreichen und diese gleichermaßen disziplinieren können im Sinne einer politischen Ausrichtung der Präventionsbotschaft entsprechend ministerieller Vorgabe.

Auch die funktionalen Voraussetzungen einer hierarchischen Struktur, des Repräsentationsmonopols – andere AIDS–Organisationen und –Ansätze werden polemisch abgewertet – und einer geringen Anzahl an Akteuren (vgl. Döhler 1990:23) werden im Laufe der Inkorporierung durch das Gesundheitsministerium und der ihr nachgeordneten Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung zunehmend erfüllt.

In diesem Zusammenhang ist auch der Analyse Baduras (1994:11) zuzustimmen, der vom Gesundheitswesen als einem *"referentiellen System"* spricht, *"welches weitgehend seiner eigenen Logik folgt, gesteuert von seinen internen Strukturen, Handlungsimperativen und Erfolgsmaßstäben"*, wobei es neben den expliziten, auf Wohlfahrt und Gesundheit ausgerichteten Zielen auch implizite, sog. 'Tabuziele' vor allem in der eigenen Existenzsicherung gebe. Auch der AIDS-Hilfe gelingt es nach der Abnahme schwuler Neuinfektionen seit Ende der 80er Jahre nicht, problemadäquat umzusteuern auf eine Politik, die sich schwerpunktmäßig den vulnerablen Bevölkerungsgruppen der sozial Schwachen und der Suchtabhängigen widmet. Vielmehr bleibt die Deutsche AIDS-Hilfe trotz aller Lippenbekenntnisse ein schwuler Verband, personell dominiert von schwulen akademischen Nachwuchskräften, was sich zwar im Hinblick auf politischen Lobbyismus in die Szene und in die Politik als nützlich erweist, bezogen auf die Betroffenen aber eher Distanz schafft.

Dennoch sollte die Funktion der sozialen Ordnungsstiftung, die Zielgenauigkeit der Präventionsbotschaft und die Reduktion staatlichen Verwaltungsaufwandes nicht unterschätzt werden. Von Seiten der Politikgestaltung handelt es sich um einen gelungenen Versuch der politischen Öffnung. Tatsächlich ist es mit der Inkorporierung der Deutschen AIDS-Hilfe gelungen, einen modernen Akteur einzuführen. Dies weist dabei auch weit über das Problemfeld AIDS hinaus, denn die AIDS-Hilfe ist ein Musterbeispiel dafür, in welchem großem Umfang eine Selbsthilfeorganisation Verantwortung übernehmen und gesundheitliche Versorgungsangebote sicherstellen kann. Dabei ist sie – insbesondere bezogen auf ihr ‚Stammklientel‘ der jungen Schwulen – nach wie vor innovationsfreudig, wie modellhafte Formen von patientenorientiertem Case-Management (Traute 1999, Krey 1999) belegen.

Zwiespältig ist die Auswirkung der primärpräventiven Orientierung auf die ehrenamtlich Tätigen, deren Betroffenheitsgefühl sich vor allem aus der sozialen Verbundenheit mit Kranken nährt. Erst über den Umweg der Schwulenbewegung und ihrer unmittelbaren Identifikation mit AIDS gelingt es, schwule Männer zu freiwilligen Beratungsformen zu bewegen, dies bildet ansonsten einen Präventionsbereich, der weniger von Freiwilligkeit getragen ist. Auf schmalen Pfad befindet sich die AIDS-Hilfe auch im Bereich der Verhinderung dessen, was sie zu schützen bemüht ist. Wird nämlich die Präventionsbotschaft zu massiv vertreten, beschädigt sie das Selbstbild der AIDS-Kranken. Exemplarisch wird dies 1994 deutlich in der Diskus-

sion um ein Plakat einer regionalen AIDS–Hilfe, in dem nebst vielen frischen Erdbeeren eine faule zu erkennen ist, die in Anbetracht rückgängiger Erkrankungszahlen davor warnen soll, sich bei einem sexuellen Kontakt mit HIV zu infizieren. Gleichzeitig provoziert das Bild der faulen Erdbeere viele HIV–Positive zu wütendem Protest, der innerhalb der AIDS–Hilfen eine breite Diskussion um Generationsprobleme aufwirft, unterstellend, dass eine nachfolgende Generation die AIDS–Problematik weniger empathisch und mehr technokratisch begreift.

In den ausgehenden 90er Jahren steht die AIDS–Hilfe vor dem perfiden Problem, dass sie in der gesundheitspolitischen Szene gut verankert ist und sich alle politisch Verantwortlichen darüber bewusst sind, dass eine etwaige Mittelkürzung für die AIDS–Arbeit zu unangenehmen Protest führen kann. Es fehlt der AIDS–Hilfe jedoch das ihrer spezifischen Ausstattung (Struktur, Personal) gemäß zu bearbeitende Problem.

Dies Dilemma drückt sich z. B. aus in der immer wieder beschworenen andauernden Diskriminierung der Schwulen, die insbesondere in den Großstädten und den Szenehochburgen, in denen sie zu bearbeiten vorgegeben wird, kaum mehr gegeben ist. Alleine die Heftigkeit, mit der die These des *STERN*–Reporters Werner Hinzpeter (1997) vom Ende der schwulen Diskriminierung zurückgewiesen wird, weist auf diesen wunden Punkt deutlich hin. Hier ist die AIDS–Hilfe in gewisser Weise auch Opfer ihres eigenen Erfolges, wobei es ihr in nicht ausreichendem Maße gelingt, im Sinne des Problemdruckes umzusteuern. Die korporatistische Machtstellung der Organisation ist hierbei eher hinderlich, denn es gelingt nicht, den Stab weiter zu reichen und Struktur und Verantwortung in die Hände Jüngerer und besonders Betroffener zu legen.

Was wird aus der AIDS–Hilfe ohne Bedarf – ein schwuler Wohlfahrtsverband? Als internes Bedrohungsszenario wird mitunter die ‚österreichische Lösung‘ befürchtet: dort ist es zur ersatzlosen Auflösung der AIDS–Hilfen gekommen. Eine Umorientierung auf sozial Schwache, die von der Problemlast angezeigt wäre, würde möglicherweise mit einem Verlust der sozialen Basis einhergehen.

Wie kann die AIDS–Hilfe dazu beitragen, das Konzept der Community–building auf andere Bevölkerungsgruppen zu übertragen? Notwendig ist dies insbesondere für Prostituierte und Drogenkranke, und die Modellhaftigkeit der AIDS–

Präventionspolitik ist wesentlich darauf zu prüfen, ob es nachhaltig weitere Erfolge gibt als die der Schwulenemanzipation.

### 5.2.3. Entstehung von AIDS–Aktionsgruppen

Aktionsgruppen zu AIDS entstehen zunächst in den USA, und die später in Deutschland gegründeten berufen sich weitgehend auf deren Konzepte. Daher wird an dieser Stelle zunächst die dortige Diskussion dargestellt.

Schon im Laufe der 70er Jahre werden in der US–amerikanischen Schwulenzbewegung Gesundheitsprobleme verschiedener Art ein zentrales Thema. Dieser Bedeutungsgewinn zeichnet sich in den entstehenden Schwulenzmagazinen ab. Bei einer Durchsicht der ersten Jahrgänge der ersten, ab 1978 erscheinenden und noch heute auflagenstärksten schwulen Wochenzeitung *NEW YORK NATIVE* ist ein kontinuierlicher Anstieg von Diskussionen über verschiedene Gesundheitsprobleme festzustellen bis hin zur Einrichtung einer festen Beratungsrubrik durch einen Allgemeinmediziner.

Auffällig ist u.a. die hohe Verbreitung von Hepatitis unter Schwulen. Über manche Krankheitserscheinungen wird eher spekuliert, weil eindeutige Zuordnungen nicht möglich sind. Für die unerklärliche Häufung verschiedener Darmerkrankungen wird auch in medizinischen Fachzeitschriften der Begriff des 'Gay Bowel Syndroms' (etwa: schwules Darmsyndrom) verwendet (Shilts 1988:45). Als Ursache werden schwule Lebensgewohnheiten diskutiert. Insbesondere häufig wechselnder Geschlechtsverkehr wird als Grund angesehen, wenngleich die Parasiten, die als Auslöser der Darmerkrankungen gelten, nicht nur sexuell übertragen werden können (ebd., Rühmann 1985: 21).

Anders als in Deutschland wird in der us–amerikanischen Schwulenzszenen das Thema schwuler Gesundheitsprobleme offen diskutiert. In der *NEW YORK NATIVE* wird insbesondere über Hepatitis, Syphilis sowie die erwähnten Darmkrankheiten berichtet. Die Anfang der 80er Jahre entstehenden ‚Gay Men’s Health Crisis‘

(GMHC)–Projekte sehen dabei ihre Aufgabe in Aufklärung über die Gesundheitsrisiken (Shilts 1988:47).

Ein Protagonist dieser Diskussion ist der New Yorker Schriftsteller und Aktivist Larry Kramer. Er beschreibt die Krankheitssymptome im Verhältnis zu schwulem Sexualverhalten sehr drastisch in seinem Roman 'Faggots' (Kramer 1978), der eine heftige Diskussion innerhalb der Szene auslöst. Kramer (1989:22f.) ist einer der Gründer der New Yorker GMHC und 1986 der Aktionsgruppe 'AIDS Coalition to Unleash Power – Act Up' (Kramer 1991:37).

Durch die Pressenachrichten über eine neue Erkrankung unter Schwulen ab Juli 1981 und die vielfach benutzte Bezeichnung 'GRID'<sup>17</sup> verändert sich die Quantität der Berichterstattung in den schwulen Medien zunächst kaum. Erst der Appell von Michael Callen und Richard Berkowitz mit der Überschrift „*Wir wissen wer wir sind: zwei schwule Männer erklären der Promiskuität den Krieg*“, abgedruckt in der *NATIVE* vom November 1982, facht eine breite Diskussion an und führt im Folgenden zur Gründung einer ersten offen schwulen Selbsthilfegruppe, die sich ab 1983 'People With AIDS' (PWA) nennt (Callen/Turner 1991:11f.). Insbesondere im Zuge der nationalen Etablierung der PWA–Gruppen führt dies zu scharfen Kontroversen mit der GMHC, die von einzelnen Erkrankten und Angehörigen als technokratisch und paternalistisch kritisiert wird. Ein wesentlicher Streitpunkt ist dabei die Frage, ob mit Homosexualität und Krankheit offen nach außen oder eher 'szeneintern' thematisiert werden solle, wobei die GMHC–Vertreter einen diskreten Weg der stillen Diplomatie vertreten, während die Betroffenen ihre Situation ungeschönt der Öffentlichkeit vortragen möchten (ebd.:13, Shilts 1988:186f.).

Besonders deutlich wird dieser Konflikt in einem Rückblick auf die Selbsthilfebewegung durch die Aktivistin Cindy Patton (1985/1989/1991), in dem sie eine Veränderung der Selbsthilfebewegung zum „*AIDS–Establishment*“ beklagt. Sie spricht auch an anderer Stelle von einer „*AIDS–Industrie*“, die „*bestimmte Muster von Rassismus, Sexismus und Diskriminierung aufgrund der Klassenzugehörigkeit institutionalisiert*“ (Patton 1991:18) habe, in dem sie die Betroffenheit von Angehörigen der Mittelschicht zum Ausgangspunkt nehme, um nun in spezieller Lobbyarbeit ein Wohlverhalten gegen politische Akzeptanz einzutauschen: „*Je enger die basisorientierten schwulen AIDS–Gruppen mit der Regierung zusammenarbeiteten, desto we-*

---

<sup>17)</sup> GRID =Gay–Related Immune Deficiency, dt. etwa: schwulenbezogene Immunschwäche.

niger wurde direkt von Sex gesprochen; und umgekehrt machten Regierungsvertreter, zumindest die liberalen unter ihnen, weniger schwulenfeindliche Bemerkungen“ (ebd.:19). Dabei wirft sie den AIDS-Hilfen vor, sie entsolidarisierten sich von den am Stärksten Betroffenen und nähmen ihnen gar die Möglichkeit zur Artikulation: „Diese weiße, von der Mittelschicht dominierte AIDS-Industrie in den USA – sowie die westlich dominierten AIDS-Organisationen auf der ganzen Welt – kontrollieren nicht nur die Geldmittel, sondern sie bestimmen auch, wer überhaupt über AIDS reden darf“ (ebd.:20). Frauen werden dabei nach ihrer Meinung zu klassischen Dienstleisterinnen in der Pflege der (schwulen) Männer degradiert, womit sie die Ideologie des „vom Reaganismus geförderten neuen Altruismus“ erfüllten, nach dem gute Werke statt politischer Selbsthilfe gefordert seien.

Solche Frustrationen aus Sicht linker, feministischer und oppositioneller Gruppen überschneiden sich Mitte der Achtziger mit einem Ohnmachtsgefühl der eher etablierten Szene gegenüber Medizin und Pharmazie. So beschreibt Larry Kramer (1991:30ff.) detailliert die Bemühungen um Entwicklung von Therapeutika, stark auf die potenziellen Kräfte der Medizin vertrauend und davon ausgehend, dass die beschriebenen Nachlässigkeiten der Pharmaindustrie sowie insbesondere der Zulassungsbehörden die Entwicklung eines durchschlagenden Medikaments verhindern<sup>18</sup>.

Auf dem Hintergrund dieser unterschiedlichen Kritikansätze wird im März 1987 von Kramer, Michael Callen u.a. die ‚AIDS-Coalition to Unleash Power‘ (dt. etwa AIDS-Bündnis zur Freisetzung von Kraft, Macht oder besser: Gegenmacht) ActUp gegründet. Sie entsteht zunächst als spontane Protestgruppe zur Zulassung von experimentellen Medikamenten. Bald darauf wird mit der Parole „*Silence = Death*“ und der Verwendung des Rosa Winkels in gewollter Analogie zum Holocaust (Kramer 1989, Crimp/Rolston 1990/1991) darauf abgezielt, die AIDS-Thematik noch stärker in das Blickfeld der Öffentlichkeit zu rücken. Damit wird gleichermaßen auf stärkere Forschungsanstrengungen wie auch die Aufforderung zur Solidarität und Empathie für die Betroffenen abgezielt.

---

<sup>18)</sup> Ergänzt um den Vorwurf der Nachlässigkeit innerhalb der molekularbiologischen ‚Entdecker-szene‘ um Gallo und Essex deckt sich dies mit der Intention des sicherlich bekanntesten (und auch erfolgreich verfilmten), populärwissenschaftlich geschriebenen AIDS-Romans „And The Band Played On: Politics, People and the AIDS Epidemic“ (dt. „AIDS, Die Geschichte eines großen Versagens“ des Journalisten Randy Shilts (1987, 1988).

Innerhalb weniger Monate entstehen solche ActUp-Gruppen in zahlreichen amerikanischen Großstädten und zeichnen sich durch ungemeinen Aktionismus aus, der zumeist wenig zielgerichtet ist, gleichwohl große öffentliche Wirkung erzielt. Adressaten des Protestes sind vor allem Pharmafirmen, wengleich diese häufig mit der Intention des Aktionen, nämlich der Beschleunigung von Zulassungsverfahren, sympathisieren, sowie politisch Verantwortliche, insbesondere wenn sie sich homophob äußern oder verhalten, wie der führende republikanische Politiker Jesse Helms (s.u.).

In einem Grundsatzpapier für die us-amerikanische Präsidentschaftswahl, dem sog. „*Barbara McClintock-Project*“ (ActUp 1992), wird diese inhaltliche Vielschichtigkeit zusammengestellt. Hier werden zunächst die staatlichen Forschungsanstrengungen des Nationalen Gesundheitsministeriums einer vernichtenden Analyse unterzogen. Nicht nur pharmazeutische Ansätze werden nach Meinung der Aktivisten blockiert, sondern auch alternative Heilverfahren. Insgesamt seien über hundert mögliche Therapieansätze nicht erforscht, selbst Grundlagenforschung im Sinne eines pathogenetischen Verständnisses der Krankheit werde nicht ausreichend betrieben. Insbesondere wird dabei die Berücksichtigung der sog. Langzeitüberlebenden und die Beteiligung weiterer Betroffener eingeklagt.

Konkret fordert das Barbara McClintock-Project die Bereitstellung von Sondermitteln für ein eigens aufgelegtes nationales Forschungsprogramm, das nicht beim NIH angesiedelt, sondern direkt dem Präsidenten unterstellt sein soll. Dieser soll seinerseits ein „*Policy-Council*“ mit 21 zu berufenden Mitgliedern aus allen Forschungs- und Betroffenenbereichen (Letztere sollen dabei die Mehrheit bilden) einrichten, die aus ihrer Mitte ein dreiköpfiges „*Coordinating-Committee*“ wählen sollen (ebd.).

Auf gesetzgeberischer Seite wird eine Ausweitung des Rechtes zur Enteignung auf Patente gefordert, eine Zwangsverpflichtung der Pharmaindustrie zur Kooperation, ein uneingeschränktes Nutzungs- und Informationsrecht aller pharmazeutischen Forschung sowie die kostenfreie Vergabe aller entwickelten Heilmittel an alle Betroffenen. Diese letzte, eher angehängte Forderung verweist auf das Verelendungsproblem, das die große Anzahl nichtversicherter US-Amerikaner betrifft, weniger jedoch die schwulen AIDS-Erkrankten, die zumeist in soziale Strukturen besser eingebunden zu sein scheinen.

Mit diesem Programm regt ActUp einen umfassenden staatlichen Aktionszyklus an. Interessant ist dies insbesondere unter dem Aspekt neuer Formen umfassender Par-

tizipation, wengleich durch die Vermischung mit den Interessen der Pharmaindustrie gewisse Vorbehalte gegenüber der Eindeutigkeit dieser Betroffenenperspektive angezeigt sind. Dass die pharmazeutische Forschung dabei derart aggressiv angegangen wird, mag neben der Hoffnung auf medizinische Omnipotenz auch als eine Art Einwandvorwegnahme darauf zurückzuführen sein, dass den AIDS-Aktionsgruppen – wie auch andere Selbsthilfegruppen – häufig ein blindes Vertrauen in die Pharmaindustrie unterstellt wird mit der Schlussfolgerung, dass diese als Werbeinstrument missbraucht würden und damit ihre Glaubwürdigkeit diskreditiert sei. Tatsächlich kommt es auch immer wieder, intern nicht unumstritten, zu erheblichen finanziellen Förderungen der AIDS-Selbsthilfe durch die Pharmaindustrie (Petersen 1992). Die Aggressivität gegenüber der Pharmaindustrie kann so auch verstanden werden als nach außen getragene Abgrenzung.

Zur Umsetzung bestehen also bei aller politischer Sympathie, die ActUp in den USA entgegen gebracht werden, kaum Spielräume, da nicht systematisch an die Interessen anderer Akteure angeknüpft werden kann.

In dem Aktionismus der ActUp-Gruppen spiegelt sich ein besonderes, für Selbsthilfegruppen untypisches und neues Selbstbewusstsein. Transportiert über dieses Selbstbewusstsein, besticht der aktionistische Ansatz durch seine Authentizität der Betroffenheit und die mystische Verwobenheit mit Seuchen- und Todesbildern (Crim/Rolston 1990), der auch stark auf Deutschland abfährt (BI Raschplatz 1990, Faust 1992)<sup>19</sup>. Die Gründung der bundesdeutschen ActUp-Gruppen ist von dieser Faszination wesentlich motiviert und verfolgt das Ziel, mit ActUp auch hier einen ähnlich starken kulturellen Trendsetter zu etablieren.

Vielhaber (1991:111) spricht davon, das sich mit ActUp in Deutschland „zum ersten Mal nach den sozialistischen Patientenkollektiven eine Patienten-Selbstorganisation im bundesdeutschen Gesundheitswesen zu etablieren“ versuche. Auch für diese patientenbezogene Innovation beziehen die deutschen Gruppen ihre Legitimation wesentlich aus der us-amerikanischen Situation<sup>20</sup>. Ausgangspunkt der

---

<sup>19</sup>) ActUp-Aktivist Rüdiger Anhalt (1995:61) spricht hier von einer „besonderen Faszination“, die von AIDS ausgehe, weil die Krankheit „– noch – unheilbar“ sei. Zur Kritik an der Ästhetisierung von AIDS und ihrer Funktionalisierung für Interessen der Pharmaindustrie und der Biotechnologie siehe Butler 1996 sowie im Überblick Schultz u.a. 1996).

<sup>20</sup>) Das sozialistische Patientenkollektiv ist eine Heidelberger Gruppe der Anti-Psychiatrie-Bewegung, die weniger durch ihre Publikationen als vor allem durch die Unterstützung der Roten

Gründung in Deutschland ist die Filmreihe ‘AIDS–Trilogie’, mit der der bereits mehrfach erwähnte Filmemacher Rosa von Praunheim (1993:373f.) ActUp nach amerikanischem Vorbild auch in Deutschland begründet. Analog zu Larry Kramers Anwürfen gegen die inzwischen zum „*Millionen–Dollar–Unternehmen*“ erstarrte GMHC (ebd.:367) greift auch Praunheim die „*beamteten, hochsubventionierten Mitarbeiter der Deutschen Aids–Hilfe*“ mit der Polemik „*Bumsen unterm Safer Sex–Plakat*“ an (ebd.:373). Praunheim geht es in erster Linie darum, AIDS als zentrales Thema in Szene und Gesellschaft wach zu halten. Die Art der Skandalisierung bleibt dabei weitgehend beliebig<sup>21</sup>.

Trotz Protesten aus der Szene, die Praunheims Appell für eine Präventionspolitik der rigiden Durchsetzung der Safer–Sex–Botschaft sowie die Anwürfe gegen die AIDS–Hilfen in weiten Teilen abwehrt, gründen sich im Anschluss an die Erstaufführungsveranstaltungen der AIDS–Trilogie 1990 in einigen deutschen Großstädten ActUp–Gruppen. Die neugegründeten ActUp–Gruppen greifen dabei zunächst die zu jenem Zeitpunkt aktuelle Politikkampagne ihrer us–amerikanischen Vorbilder auf und tragen die Kampagne gegen die Zigarettenmarke ‚Marlboro‘ nach Deutschland. Hierbei geht es darum, dass die Herstellerfirma Philipp Morris den republikanischen Abgeordneten des us–amerikanischen Kongresses, Jesse Helms, der als schwulenfeindlich gilt, finanziell unterstützt. Mit dieser Aktion wird vor allem eine „*Signalwirkung*“ (Lucas 1991:22) angestrebt, durch die deutlich werden soll, dass schwule Interessen kommerziell relevant sein können.

In einer weiteren Aktionsform rufen ActUp–Aktivisten zum Boykott des Dokumentarfilmes „*Die AIDS–Rebellen*“ (Poppenberg 1993) auf (vgl. 5.5.5.).

ActUp entwickelt jedoch auch Ansätze, die sich unmittelbar auf die gesundheitliche Versorgung in Deutschland beziehen. So werden Verschlechterungen der Versorgung von AIDS–Erkrankten beispielsweise durch das Gesundheitsreformgesetz 1989 beklagt. Hier wird die nach ActUp–Meinung zu geringe Honorierung für nie-

---

Armee Fraktion und die von ihren Mitgliedern getragene Besetzung der deutschen Botschaft in Stockholm 1974 (zwei der Besetzer und zwei Botschaftsangehörige sterben bei der polizeilichen Erstürmung) bundesweit bekannt ist. Während sie in Szenekreisen einen gewissen Mythos besitzt, gilt sie staatlichen Organen und bürgerlichen Kreisen als Teil des Terrorismus.

<sup>21)</sup> Die gleiche Strategie ungezielter Skandalisierung verfolgt Praunheim (1993:11) auch mit seiner sog. ‚Outing‘–Kampagne, die er ebenfalls mit der moralischen Verpflichtung zu einer gemeinsamen solidarischen Anstrengung incl. möglichst breiter Öffentlichkeitswirkung gegen AIDS begründet (vgl. 5.2.1.).

dergelassene Ärzte mit zu wenig spezifischem medizinischen Kleingerät sowie eine drohende stationäre Unterversorgung kritisiert, und entsprechend veranstalten Aktivist\*innen 1992 in Berlin ein sog. ‚Go-In‘ bei einer Krankenkasse, die die Forderungen jedoch unter Verweis auf die gesetzlichen Rahmenbedingungen ablehnt (ebd.:115). Tatsächlich haben die Betten für AIDS-Erkrankte eine geringe Belegungsdichte mit ständig abnehmender Tendenz.

Eine andere Aktion führt ActUp zu einer Pharmafirma, die die Forderung nach Erhöhung der Probandenzahl einer Teststudie – im eigenen Interesse – unterstützt und der es auf dem Hintergrund der Aktion gelingt, eine entsprechende Sondergenehmigung beim damaligen Bundesgesundheitsamt zu erwirken (ebd.:118f.). Auch eine Ethikkommission, der „*Verzögerungstaktik*“ (ebd.:120) vorgeworfen wird, wird von ActUp aufgesucht. Dass Ethikkommissionen per Gesetz zu dem Zweck eingesetzt sind, eine unkontrollierte Zulassung von Studien sowie Freigabe von Therapeutika zu verhindern, wird von den Kritikern nicht reflektiert.

Sowohl die Boykottkampagnen als auch die versorgungsbezogenen Aktionen von ActUp weisen auf eine recht leichtfertige Art von politischem Aktionismus hin, bei denen das subjektive Gefühl der eigenen Betroffenheit in den Mittelpunkt gestellt wird, die Frage nach dem konkreten Adressaten der Aktionsform jedoch kaum geprüft wird. Dies erschwert die eigene Profilbildung, was einerseits kaum Bindung der Aktivist\*innen an die eigenen Gruppen entstehen lässt, andererseits keine politischen Kooperationsfelder eröffnet. Bestenfalls werden die Aktivitäten von verschiedenen Interessengruppen punktuell funktionalisiert, was in dem aktivistischen Konzept von ActUp nicht einmal stört, da ihnen jede Form der öffentlichen Aufmerksamkeit als eigener politischer Erfolg gilt.

Trotz solcher Erfolge in der Außenwirkung verlieren die ActUp-Gruppen schnell an Unterstützern. Die meisten Gruppen in Deutschland lösen sich nach wenigen Jahren wieder auf.

Viele der ActUp-Aktivist\*innen finden sich kurz danach wieder in den dann entstehenden Aktionsgruppen wie ‚Queer Nation‘, ‚Queer Action‘ oder ‚Outrage‘, die zwar ein ähnliches Aktionskonzept verfolgen, sich aber als direkter Teil schwullesbischer Emanzipationsbewegung begreifen und sich zu AIDS nicht positionieren. Diese Rückführung auf das eigentliche Thema des Handelns scheint dabei zunächst erfolgreicher, wenngleich sich auch diese Gruppen nach wenigen Jahren wieder auflösen.

Insbesondere die Personalunion zwischen den AIDS– und den schwullesbischen Gruppen ist ein deutlicher Hinweis darauf, dass auch von Aktivisten AIDS stärker als Vehikel der Gesellschaftspolitik, konkret der Emanzipationsbewegung, begriffen wird denn als eigenständiger Ausdruck der Betroffenheit ob der Krankheit AIDS.

### 5.3. Kritische AIDS–Betrachtung der deutschen Sexualwissenschaft

Innerhalb der Gesundheitsberufe spielt die Sexualwissenschaft keine Rolle, sie erscheint weder in Ausbildungscurricula noch Literatur, wenngleich die Weltgesundheitsorganisation eine solche Integration sexualwissenschaftlicher Erkenntnisse in den Gesundheitsbereich und die Gesundheitswissenschaften seit 1975 fordert (Haeberle 1995).

Im Prinzip, so Haeberle (1995), sei die Sexualität noch nicht erforscht. Zur Annäherung an den Begriff der Sexualwissenschaft wird daher hier zunächst ein kurzer Rückgriff auf die geschichtliche Entwicklung genommen.

Der Begriff einer besonderen 'Sexualwissenschaft' wird 1907 von dem Berliner Dermatologen Iwan Bloch geprägt, der sich dabei wiederum auf einen Entwurf Wilhelm von Humboldts beruft (Egger 1993). Nach Gründung der 'Gesellschaft für Sexualwissenschaft' sowie einer gleichnamigen Zeitschrift 1908 eröffnet Magnus Hirschfeld 1919 das weltweit erste Institut für Sexualwissenschaft, das 1933 von Faschisten zerstört wird. Hirschfelds Testament sieht vor, dass das Institutsvermögen zur Einrichtung eines sexualwissenschaftlichen Lehrstuhls an einer Unversität verwendet werden soll (Baumgardt 1993). Bis heute *"ist die einzige Wissenschaft, die in Berlin entstanden und heute weltweit verbreitet ist, nicht an ihren Geburtsort zurückgekehrt"* schreibt Haeberle (1992:48) in seinem Memorandum zur Einrichtung eines Magnus–Hirschfeld–Instituts an der Humboldt–Universität Berlin, was er an anderer Stelle als einen *"fortdauernder(n) Sieg Hitlers, den man ihm erst noch entreißen muß"* (1986:197), bezeichnet.

1950 kommt es zur Gründung der 'Deutschen Gesellschaft für Sexualeforschung' durch Hans Giese, der als psychiatrischer Stationsarzt der Hamburger Universitätsklinik zusammen mit seinen Mitarbeitern Volkmar Sigusch, Eberhard Schorsch und Gunter Schmidt das dem Klinikum angegliederte, aber ohne Planstellen ausgestattete 'Institut für Sexualeforschung' durch Pioniergeist zu beleben versucht. Erst im Zuge der Studentenbewegung Ende der 60er Jahre wird Sexualwissenschaft ein Thema breiter gesellschaftlicher Auseinandersetzung. Verbunden mit einzelnen Initiativen mutiger, der Kritischen Theorie Horkheimer und Adornos nahestehender Bildungspolitiker (Sigusch 1987a:46) kommt es 1973 in Frankfurt/Main zur Neugründung eines Instituts und Schaffung eines Lehrstuhls, auf den Sigusch berufen wird. Dem

Frankfurter Beispiel folgend, wird knapp zwei Jahre später auch in Hamburg eine und 1978 eine weitere Professur eingerichtet, die Eberhard Schorsch und später Gunter Schmidt erhalten (Gindorf 1992:22f.). Diese Monopolstellung der Giese-Schüler, die ihren Ansatz als 'Kritische Sexualwissenschaft' bezeichnen, entspricht der anerkannten, aber auch weitgehend konkurrenzlosen Rolle in Deutschland. Neben der DGfS besteht noch die lange Jahre unbedeutende 'Deutschen Gesellschaft für Sozialwissenschaftliche Sexualforschung' (DGSS)<sup>22</sup> sowie die DGfS-Abspaltung 'Gesellschaft für Praktische Sexualmedizin', deren langjähriger Vorsitzender Reinhard Wille auf einen ebenfalls 1973 eingerichteten Lehrstuhl für Sexualmedizin an der Universität Kiel berufen wird. Die Herausgabe der vierteljährlichen Fachzeitung *ZEITSCHRIFT FÜR SEXUALWISSENSCHAFT* durch die DGfS, zahlreiche Veröffentlichungen der Vertreter der Kritischen Sexualwissenschaft auch in Massenblättern wie dem *SPIEGEL*, der ihren Ergebnissen zahlreiche Titelgeschichten widmet (vgl. Dannecker 1986:52), sowie fachweltintern die gegenseitige kollegiale Reputation lassen diesen Ansatz lange Jahre als Synonym für deutsche Sexualwissenschaft erscheinen (Gindorf 1992:45), abgegrenzt gegenüber einer vor allem in den USA beheimateten, pragmatischeren Richtung des 'Kritischen Rationalismus', der sich dort vor allem im Zuge der aufsehenerregenden sexualwissenschaftlichen Ergebnisse des sog. 'Kinsey-Reports'<sup>23</sup> etablieren kann.

---

<sup>22)</sup> 1971 ursprünglich gegründet unter dem Namen 'Gesellschaft zur Förderung sozialwissenschaftlicher Sexualforschung' (GFSS).

<sup>23)</sup> Der sog. 'Kinsey-Report' ist ein bereits 1938 begonnenes und sich im Laufe der Jahrzehnte ausweitendes Forschungsprojekt in den USA, dem statt bislang üblicher Erhebungen mehrere tausend persönliche Interviews zu Grunde liegen. Das Ausmaß des nachgewiesenen vor- und außerehelichen Geschlechtsverkehrs, von Homosexualität und Onanie und besonders das erstmals erforschte und mindestens gleichermaßen ausgelebte weibliche Sexualpotential führt zu heftigen politischen und auch gesellschaftlichen Debatten über die Rolle der Sexualität und fördert im Zuge der sexuellen Liberalisierung, die auch in den USA mit der studentisch-gesellschaftlichen Revolte Ende der 60er einhergeht, eine erhebliche akademische Etablierung dieser 'Sexologie' genannten Wissenschaft (vgl. Haeberle 1992:16f.; 48f.).

### 5.3.1. Die theoretischen Ansätze der Sexualwissenschaft

Für die Frage, was AIDS für den individuellen und gesellschaftlichen Umgang mit Sexualität bedeutet, muss zunächst unterschieden werden zwischen den verschiedenen Denkrichtungen darüber, was Sexualität sei.

Sexualität findet zuerst Beachtung in der Medizin durch Ulrich Krafft-Ebing (1894), der mit ausdifferenzierten Etiketten über „*krankte Sexualität*“ (Wernz 1993) und „*funktionelle Degeneration*“ (Hutter 1993:49) entscheidende Betätigungsfelder für die später vor allem durch Sigmund Freud (1927/1986) konzeptionalisierte Psychiatrie eröffnet. Freud spricht dabei von dem „*Libido*“ als sexueller Energie, die von neurotischen Störungen bedroht sei. Während Krafft-Ebing Sexualität nur unter dem Blickwinkel der Krankheit begreift, geht Freud von einer ursprünglich „*polymorph-perversen*“ und bisexuellen Sexualitätsnatur aus. Der Unterschied zwischen Normalität und Perversion ist für ihn dabei nur ein gradueller. Freud proklamiert vielmehr Arbeitszwang und Triebverzicht, da erst durch die daraus freiwerdende Kompensationsleistung Kultur entstehe.

Sein Schüler, der als „*Freudomarxist*“ bezeichnete Wilhelm Reich, kritisiert diesen Kompensationszwang als bürgerliches Unterdrückungskonzept. Reich (1935, 1981) und später Herbert Marcuse (1969, 1984) begründen in Abgrenzung zu Freud eine Sexualtherapie, die auf eine störungsfreie und erfüllte Sexualität als Voraussetzung psychischer Gesundheit und damit verbunden – denn Reich entwickelt Konzepte für einen energetischen Zusammenhang von Psyche und Physis – eines gesunden Lebens setzt. Die Therapie zur Störung des „*Charakterpanzers*“ setzt dabei auf kollektive Heilung in Form einer gesellschaftlichen Emanzipation durch freie Sexualität. Wilhelm Reich (1972:15) beabsichtigt damit die Befreiung der „*natürlichen Triebe und Bedürfnisse*“ durch Wiederherstellung der „*natürlichen Liebesfähigkeit*“.

Diese theoretischen Konzepte, die Sexualität vor allem als unterdrückten Trieb betrachten, erleben nach langen Jahren der Nichtbeachtung im Zuge des Aufbruchs der weltweiten Studentenbewegung großen Zuspruch und prägen Leitbegriffe der sechziger und siebziger Jahre, die sich für „*freie Liebe*“ und gegen das, wie der Soziologe Reimut Reiche (1971:162) es ausdrückt, „*repressive Dreieck von Liebe, Sexualität und Ehe, das vom Bürgertum ausgebildet*“ werde, richtet.

Diesem Aufschwung der Liberalisierung verdanken auch die Vertreter der DGfS ihre akademische Etablierung. Auch sie gehen von einer ursprünglichen und triebhaften Sexualität des Menschen aus, die über bürgerliche Disziplinierung unterdrückt werde, was wiederum Neurosen produziere. Darüber hinaus betrachtet Schmidt (1998:79ff.) Sexualität als Prisma lebensgeschichtlicher Konflikte, wobei die Biografie das treibende Moment liefere und Sexualität eher der Ort der Austragung sei, insbesondere für die Methode der Reinszenierung von Kränkungssituationen, die dadurch aber nicht chronifiziert, sondern vielmehr überwunden werden könnten. Bestehen bleibt jedoch der Grundgedanke einer „*unterdrückten Sexualität*“.

Dieser Sichtweise steht eine doppelte, sich gegenseitig verstärkende Kritik gegenüber. Zunächst hat die Frauen- und Lesbenbewegung deutlich aufgezeigt, wie sehr die Vorstellung der sexuellen Befreiung an patriarchale, phallusorientierte Praktiken gebunden ist (Thürmer-Rohr 1992:255ff., Treusch-Dieter 1990:157 sowie in der AIDS-Diskussion Filter 1992). In der historischen Rekonstruktion des Wissens und Sprechens über Sexualität hat Michel Foucault (1977b, 1986a, 1986b) darüber hinaus dargelegt, dass Sexualität nicht per Natur da ist, sondern mit diesem Begriff ganz verschiedene Sachverhalte und Empfindungen wie Liebe, Leidenschaft, Befriedigung und auch Fortpflanzung zusammengetragen werden. Ihr – für uns kaum mehr auseinander zu denkende – Zusammenhang basiert auf diskursiver Durchsetzung, nämlich der Etablierung einer männlich-bürgerlichen Denk- und Redensweise, die keine sprachlich formulierbaren Alternativen zulässt.

Michel Foucault sieht Sexualität als ein „*Dispositiv*“, also ein durch Sprache erzeugtes, gedankliches Konstrukt. Dieses Dispositiv bildet in seiner Theoriebildung eine strategische Vorrichtung hin zu einer „*Bio-Macht*“ in Zeiten der „*biologischen Modernitätsschwelle*“ (Foucault 1977b:170). Diese Bio-Macht ist primär an medizinischen Paradigmen organisiert und ersetzt in der Logik der Herrschaft juristische Machtverhältnisse der feudalen Gesellschaften. Während über viele Generationen die Hierarchien durch Verbote und Strafen abgesichert sind, herrscht im Zuge der bürgerlichen Aufklärung heute eine Norm als kaum wahrnehmbare Instanz.

Wesentlich für diese Verinnerlichung der Machtverhältnisse ist das Geständnis, dessen sich seit dem Mittelalter eine zumeist religiöse Macht in Form von Beichte oder Inquisition bedient. Die Selbstprüfung des Individuums und die gedankliche Pro-

duktion einer Seele wird im Verlaufe des 18. und 19. Jahrhunderts in einer Vielzahl von sozialen Bereichen und Wissensformen zu einer umfassenden Herrschaftstechnik zur Herstellung von Untertanen-Subjekten. Als "*Geständnistier*" (Foucault 1977b:77) wird der Mensch diesen Verpflichtungen überall unterworfen, wobei Sexualität zum "*Gegenstand des Geständnisses par excellence*" wird (ebd.:49).

Psychologie wie Sexualwissenschaft sind für Foucault (1969) ebenso Teil des Macht-Wissen-Komplexes, nämlich ein auf der "*Geständnisteknik basierendes Sexualitätsdispositiv*" (Foucault 1977b:157). Der Geständnisdruck nimmt hier als "*Druck zur Aufhebung der Verdrängung*" lediglich neue Bedeutung an. Im antirepressiven Kampf Reichs, Marcuses und ihrer Nachfolger und in ihrem Glauben an eine Befreiung der 'natürlichen' Triebe und Bedürfnisse sieht Foucault eine vom herrschenden Sexualitätsdispositiv selbst hervorgebrachte "*Ironie dieses Dispositivs*" (Foucault 1977b:190).

Nach Foucault hat es Sexualität also weder als Begriff noch als Praktik in gleicher Art und Weise gegeben. Erst die Entkoppelung der Lust von der Fortpflanzung und ihre zunehmend technische und medizinische Betrachtung hat den Macht-Wissen-Komplex entstehen lassen, der sich heute um die Sexualität rankt. Das Phänomen sexueller Identitäten, die durch das Konzept moderner Sexualität erst möglich wird, ist in einem hochdifferenzierten Kategoriengefüge psychiatrisch erfasst und von diesem mit einem Tribschicksal, also einer individuellen, vorbewussten Geschichte ausgestattet und damit aus der rein biologischen Betrachtungsweise losgelöst. Die wirkungsvolle Begleiterscheinung ist die sozialer Kontrolle, ausgelöst durch das Reden und Wissen von Sexualität. Foucault tritt daher den Thesen von Reich und Marcuse entschieden entgegen, nach denen das Bürgertum Sexualität primär mit Repression bedroht habe. Vielmehr habe das Bürgertum die Wahrnehmung der Sexualität überhaupt erst hervorgebracht (vgl. auch Kammler 1988, Hegener 1992).

Anders jedoch als die in den 70er Jahren etablierten sexualwissenschaftlichen Institute besitzt der Foucault'sche Ansatz des Dekonstruktivismus insbesondere in der sexualwissenschaftlichen Debatte keinen institutionellen Ansatz, aus dem heraus Positionen zu AIDS formuliert werden könnten. Wenngleich viele kritische Stimmen vom Dekonstruktivismus beeinflusst sind, entwickelt sich kein eigenständiger Diskurs. Dies ist in Deutschland anders als in Frankreich, weil dort die kritische

AIDS–Debatte stark von Foucault–orientierten Dekansätzen bestimmt ist und insbesondere auch an seinen Tod 1984 anknüpft<sup>24</sup> (Guibert 1991, Pollak 1990).

Insbesondere die Frankfurter Sexualwissenschaftler sind hingegen fest institutionalisiert und durch ihre Zugehörigkeit zur schwulen Szene in die AIDS–Debatte involviert. Dabei profiliert sich insbesondere Martin Dannecker als Vordenker einer kritischen Schwulenbewegung. Durch das schnelle Arrangement der Schwulen mit der entwickelten AIDS–Kampagne verlieren die Kritiker jedoch weitgehend ihre soziale Basis.

Im weiteren Verlauf kehrt sich also das Verhältnis von Bewegung und Professionellen um und nunmehr übernehmen gerade jene Experten die Kritikerrolle, die im Zuge der Emanzipationsbewegung für lesbische und schwule Bürgerrechte und sexuelle Freizügigkeit in Amt und Würden gelangt sind<sup>25</sup>.

### 5.3.2. Psychoanalytisch bestimmte AIDS–Kritik

Im Kern sehen die Sexualwissenschaftler den AIDS–Diskurs als gesellschaftlichen Ausdruck weitverbreiteter Sexualneurosen, die sich gegen abweichendes Verhalten besonders bei Schwulen richten.

Es werde der Wissenschaftsrichtung vorgeworfen, sich aus der AIDS–Diskussion herauszuhalten, doch leider, so 1986 der inzwischen verstorbene Eberhard Schorsch, stimme das nicht ganz: mitunter würden durchaus auch fahrlässige 'Safer–Sex–Rezepte' verabreicht. Der AIDS–Diskurs und besonders die daraus entstandene Panikstimmung gebiete eine sich zurückhaltende Wissenschaft, die vor blindem Akti-

---

<sup>24)</sup> So gründet sein ehemaliger Freund und Mitarbeiter Daniel Defert nach Foucaults Tod die einflussreiche Selbsthilfegruppe AIDES insbesondere auf dem Hintergrund, dass die Todesursache Foucaults lange Jahre unbekannt blieb. Für Defert handelt es sich bei AIDS um eine Krankheit, bei der eine Machtstruktur zum Tragen kommt, die Foucault auf theoretischer Ebene in anderen Zusammenhängen kritisch analysiert (Reutter 1992:7f.). In der belletristischen Beschreibung von seinem Tod bei Guibert (1991) wird Foucault die Kommentierung in den Mund gelegt, er erkläre die Krankheit eines Tages als für ihn beendet und entfliehe durch einen Hinterausgang in ein neues Leben.

<sup>25)</sup> Hier scheint eine gewisse Analogie durch mit den durch die Gesundheitsbewegung in den Wissenschaftsbetrieb gelangten Experten, die mit dem Gesundheitstag 2000 ebenfalls die erstummende Bewegung wieder wachrütteln wollen (vgl. 5.1.3.).

onismus warnt, statt in ihn einzufallen. Bei kritischer Reflexion des AIDS-Diskurses falle zunächst auf, wie schwach die kognitive Schicht sei, auf der die gesellschaftliche Umbewertung der Sexualität und ihrer Wissenschaft beruhe, was sich allerdings auch durchaus mit praktischen Erfahrungen in der Therapie decke, die immer wieder zeigen, wie wenig der vergleichsweise 'lockere' gesellschaftliche Umgang mit Sexualität mit der von Angst- und Schuldgefühlen sowie mangelndem Selbstbewusstsein und Konformitätsanstrengungen geprägten Sexualität zahlreicher Menschen korrespondiere. Entsprechend habe sich beispielsweise ein sexueller Voyeurismus oder ein häufiges Spielen mit der Geschlechterrolle entwickelt, was sich auch in brutalisierten Sexualpraktiken ausdrücke und insgesamt eine *"Suche nach Grenzen"* signalisiere. Hier finde sich auf individueller Ebene eine erstaunliche Übereinstimmung mit der gesellschaftlichen Wahrnehmung der AIDS-Gefahr, was auch umgekehrt gilt: *"Für die 'Safer-Sex-Bewegung' sind die Perversionen letztlich der ideale Fluchtpunkt"*. Nachhaltigere Auswirkungen drohen *"in Richtung von Beziehungsverarmung, Anonymisierung und Pervertierung"*, so Schorsch (1986:75ff.).

Gunter Schmidt (1986:8ff.) zeichnet ein noch deutlicher negatives Bild der AIDS-Panik, die er als *"kollektive Hypochondrie"* beschreibt, die seiner Meinung nach *"sozialpathologische Reaktionen"* mobilisiert. Er meint eine Verschiebung kollektiver Sexualitätsangst und innerer Anspannung auf AIDS und die von AIDS betroffenen Menschen beobachten zu können und bezeichnet dies als *"individuelle wie kollektive Sexualneurose"* mit gefährlichen Folgen für die Homosexualität, aber auch darüber hinaus für jede Form der Sexualität, da sie durch ein Eingraben eines Gefahrenstigmas angespannt, unfrei und latent aggressiv gelebt werden wird. Sein Mitarbeiter Günther Amendt (1986:24) analysiert dies als Mobilisierung der patriarchalen Aspekte, die schon immer die Kehrseite der sexuellen Liberalisierung dargestellt hätten. Der Schweizer Psychoanalytiker Paul Parin interpretiert den AIDS-Diskurs als *"Verschiebungersatz"*, der Homophobie mobilisiere. Er geht soweit, dies als eine *"als verantwortungsvolle Prävention getarnte"* Legitimierung einer *"neuen Hexenjagd"* gegen Schwule zu bezeichnen (Parin 1986:62 und 1987:54f.).

Unterschiedliche Meinungen existieren jedoch zur Bewertung der in der Schwulenszene ausgelebten Promiskuität. Während Schmidt den Schwulen eine 'Avantgarde-rolle' in der Bewegung für sexuelle Freizügigkeiten zugesteht, die jetzt vom *"dumpf-grollenden gesunden Volksempfinden"* eingeholt werde, kritisiert Amendt schon diese Promiskuität wegen der einhergehenden Anonymisierung und Brutali-

sierung. Sexualverhalten ist für letzteren immer auch eine Form von Sozialverhalten, die derart verroht dringend verändert werden müsse. Dies meint Amendt als direkte Aufforderung zur kritischen Selbstreflexion an die Schwulenbewegung. Der Frankfurter Sexualforscher Martin Dannecker wiederum hält die von ihm entwickelte sog. 'Kick-Theorie' dagegen, die den Sadomasochismus der Schwulenszene als Flucht vor der Normalität nach dem Wegfall strafrechtlicher Verbote und der Aufweichung gesellschaftlicher Tabus deutet (vgl. Amendt 1986:25f.).

Als grundsätzliche Position wird vor sexuellen Normierungen gewarnt, die immer nur die fatale Konsequenz haben können, Schuld- und Schamgefühle ins Unterbewusstsein der Menschen zu leiten, wodurch sie in andere Ausdrucksformen umgeleitet werden wie Aggressionen oder Selbsthass. Eine solche Normierung könne in einer Renaissance der *"Treue- und Familienideologie"* bestehen, die aktuell, von interessierten Kräften betrieben, im Gange sei (Schmidt 1986:10).

### 5.3.3. Kulturell bestimmte AIDS-Kritik

Nach Meinung der Sexualwissenschaftler besetzt der AIDS-Diskurs ein kulturelles Vakuum mit technischen Lösungsstrategien. So vermerkt Sigusch (1987:10) ironisch, dass Sexualität in dieser Kultur doch schon seit dreihundert Jahren als *"Infekt und Gefährdung"* gehandelt werde, *"man wundert sich da über den Aufschrei, den Aids hervorruft"*. In Anlehnung an Adornos Position vom 'richtigen Leben im Falschen', das es niemals geben könne, analysiert er an anderer Stelle, dass Sexualität immer mehr zur Ersatzhandlung für die in unserer Gesellschaft tendenziell verschwindende Arbeit werde. Demnach stoße auch *"die Mystifikation, nach der Liebe unwillkürlich ist, ihren eigenen Grenzen folgend"*, an gesellschaftliche Grenzen: *"Was Humanes im allgemeinen Inhumanen aufrichten wollte und dadurch auf der Stelle unwahr war, kann sich seine Unvermitteltheit jetzt an den Tirolerhut stecken"* (Sigusch 1986:71).

Besonders Siguschs Schriften fallen immer wieder dadurch auf, dass er den AIDS-Diskurs einer vernichtenden Kritik unterzieht, jedoch ohne Hoffnung oder Perspektive, den Diskurs tatsächlich beeinflussen oder gar mitbestimmen zu können. Seine

vernichtende Kulturanalyse lässt ihm wenig pragmatischen Spielraum: *"Die, die an Todes– wie Glücksspiralen drehen, tun augenblicklich so, als stürben wir zuallererst an Aids. Vielleicht, weil in dieser Kultur zuallererst an der allgemeinen Sinn– und Hoffnungslosigkeit gestorben wird, seelisch wie körperlich. Wir kommen um, weil wir überflüssig sind, ersticken an Verdrehung und Versachlichung"* (ebd.).

Entschieden spricht sich Schmidt gegen die zahlreichen Metaphern des AIDS–Diskurses aus, die er in Anlehnung an Susan Sontags (1980) frühe Schrift von 'Krankheit als Metapher' als eine *"die Krankheit ausbeutende Haltung"* bezeichnet (Schmidt 1988:185f.). Sontag veröffentlicht im Übrigen später ein weiteres vielbeachtetes Essay zu 'AIDS als Metapher' (Sontag 1989), in der sie diese Analogie im Zusammenhang des US–amerikanischen AIDS–Diskurses zuspitzt.

Amendt sieht in der Metaphernbildung eben auch *"eine amerikanische Krankheit"*, die er beschreibt als eine *"Sozialtechnik, Diskussionen an sich zu reißen, indem man Begriffe besetzt und dadurch abweichendes Verhalten stigmatisiert"* (Amendt 1986:22), und aus der sich eine düstere Zukunft für die so entpolitisierte sexuelle Frage erahnen lasse (ebd.:23). Es zeichnet sich die Konfliktlinie mit anderem sexualwissenschaftlichen Verständnis ab, denn in dieser Logik schimpft er weiter auf *"Safer–Sex als Hochblüte sexualtechnokratischer Orientierung der US–Sexualwissenschaft"* (ebd.:24).

Aber gerade in den USA wird psychologische Kritik auch besonders radikal gedacht. Ein Beispiel hiervon gibt Caspar G. Schmidt (1984, 1997), der AIDS als *'Group–Fantasy'* analysiert, was im Folgenden Anlass zu einem kurzen Diskurs über die Arbeit des verstorbenen Psychologen gibt. Insbesondere durch seine Freundschaft und Zusammenarbeit mit dem AIDS–Kritiker Ian Young (vgl. 5.) erreicht er in den USA hohe Bekanntheit.

AIDS gilt Schmidt als Form einer *„epidemic hysteria“*. Er denkt das Modell durch, nach dem nicht nur infektiös erregte Krankheiten, quer über alle Grenzen und Schichten, ansteckend seien, sondern dass es auch – wie eben bei AIDS – eine epidemische Hysterie mit gruppen– und schichtspezifischen Erscheinungen geben könne. Schmidt zufolge werden bei AIDS unbewusste Gruppenphantasien in Form von Wahnvorstellungen kreierte. Wie schon im Mittelalter bei der Pest, werden in diesem impliziten gesellschaftlichen Prozess Schuldgefühle auf Sündenböcke projiziert.

In solchen Prozessen manifestieren sich nach Schmidt bedeutende kulturelle Veränderungen wie die Unmöglichkeit, Aggressionen über Kriege unmittelbar abzureagieren, was als Impotenz wahrgenommen werde<sup>26</sup>. Diese Aggression projiziert sich stark auf schwule Männer, denn Heterosexuelle fühlten sich verwirrt und in Frage gestellt. Solche Unsicherheit äußere sich dann in Machismo oder in eigener Umkehr zu Homo- und Bisexualität. Dies verschärfe sich noch dadurch, dass Frauen- und andere Emanzipationsbewegungen die herrschende Gruppe der weißen Männer in Frage stellen. Gleichzeitig führe die gedankliche Trennung von Sex und Fortpflanzung zu neuen Formen des Freizeitsex („*recreational sex*“, Schmidt 1984). Wie auch die deutschen Sexualwissenschaftler, analysiert Schmidt hier eine enorme gesellschaftliche Spannung.

Diese Problemstellung drückt sich seiner Meinung nach auch in der Vergangenheit aus. Er führt als Beispiel die ab 1975 zur Epidemie stilisierte Amöben-Erkrankung 'Amobia' an, die kurzzeitig als sog. 'Gay-Bowel-Syndrom' (Schwule Darmerkrankungen) in Fachkreisen diskutiert wird (vgl. auch Neubert 1989).

Schmidt analysiert AIDS auch im Zusammenhang der Verschärfung der gesellschaftlichen Krise und dem generellen gesellschaftlichen Rechtstrend seit der republikanischen Regierungsübernahme durch Ronald Reagan 1977.

Gruppenhysterie bedeutet nach Schmidt, dass der Jäger (die 'moral majority', die Konservativen) den Gejagten (hier Drogenabhängige, Prostituierte und Schwule) Schamgefühle einreden, die diese als Schuldkomplexe verinnerlichen und die vorgegebenen Rollenstrukturen unbewusst ausführen. Die Neue Rechte spielt nach dieser Perspektive einen sadistischen Part, Schwule den masochistischen. Schmidt (1997:34) interpretiert dies als internalisierte Homophobie.

Er sieht in der großen Emanzipationswelle der Schwulen ab Mitte der 70er Jahre das Problem, dass die plötzliche Freiheit nicht von reifen Ego-Strukturen getragen sei und daher zu einem Rückfall geführt habe in repressive Selbstkontrolle, in Fremd-

---

<sup>26)</sup> Schmidt spricht dabei von einer Korrelation sowohl von Geschlechtskrankheiten als auch von Suiziden zu Kriegszeiten, besonders beim 1. und 2. Weltkrieg. Hier sollte allerdings bedacht werden, dass in Kriegszeiten aufgrund des hohen Militarisierungsgrades der Bevölkerung Massentestungen zu Syphilis und anderen Geschlechtskrankheiten stattfinden (Lass 1995). Möglicherweise handelt es sich also nicht um höhere Erkrankungsraten, sondern nur um eine höhere Erfassungsdichte.

kontrolle oder in exzessivem Lebensstil. Auf diesem Hintergrund bezeichnet er AIDS als eine verkörperte Depression, die sich, wie alle Depressionen, in einem Absinken der zellulären Immunität äußere.

Die Epidemie repräsentiere im Gruppenbewusstsein demnach eine Art Krieg, in der die Opfer gezählt werden. Die medizinischen Parameter bestärken diese 'Group-Fantasy', und umgekehrt bestätigt die Group-Fantasy die Parameter. Allerdings manifestiere sich ein 'regressiver Trancezustand' mit zeitweiser Abwesenheit von Logik.

Den konkreten Krankheitsablauf von AIDS interpretiert Schmidt so, dass zunächst das Gerücht (hier: die Diagnose) von außen komme. Dies spalte die Gruppe in Helfer und Kranke. Eine sich steigernde Hysterisierung verstärke dabei das Selbst- und Außenbild des Erkrankten. Es komme zur Herausbildung eines Krankheitsmusters, das Nachahmung finde. Voraussetzung dafür sei auch eine gewisse Empfänglichkeit des Diagnostizierten gemäß seines physischen wie psychischen Gesundheitszustandes.

Dem Unbegreiflichen werde ein Sinn gegeben, es werde fassbar gemacht. Wenn der Prozess der Wahnvorstellung rolle, schaffe das eine Art 'Erleichterung' bei den Diagnostizierten. Interessant ist, dass Schmidt schon 1984, also vor Beginn einer breiten, geschweige denn kontroversen Debatte, prognostiziert, dass der Zweifel an der Konstruktion AIDS als Angriff auf die Gruppensolidarität diffamiert werden wird.

Schmidt sieht aber neben den internalisierten psychologischen Strukturen auch eine Art Verschwörung durch starke gesellschaftliche Kräfte. Diese nicht näher benannten Kreise versuchen seiner Meinung nach, Lösungen zu verhindern und die „Group-Fantasy“ zu verschleiern. Er prognostiziert jedoch, dass die „Group-Fantasy“ im Sättigungsfall zusammenbrechen werde, weil die Epidemie 'nur' psychogen ist. Dann könnte das Unbewusste bewusst werden und damit jener Reifungsprozess erfolgen, dem Mitte der 70er Jahre noch die Vorbereitungszeit fehlt. Schmidt (1997:62f.) hofft dabei auf eine gesellschaftliche Autorität, die mit der Enthüllung einer psychogenen Massenerkrankung vorpresche und den neuen gesellschaftlichen Diskurs moderieren kann.

Es ist bemerkenswert an Schmidts Arbeit, dass er einer Begrenzung der Psychologie als medizinische Hilfswissenschaft so entschieden widerspricht und ein eigenständiges psychologisches Ätiologie-Modell entwickelt. Seiner Meinung nach liegt auch ein Grundfehler der medizinischen Methoden darin, die Psychologie nur als Ausschlussdiagnose statt als positive Gestalt zuzulassen (ebd.:13). So ist es in heutigem Rückblick besonders interessant, diese frühen Thesen zu betrachten, da sie unter dem Hegemonialdruck der Krankheit später offenbar so radikal nicht mehr gedacht werden können.

Tatsächlich verhindert dies auch eine Aufnahme seiner Arbeiten in die sexualwissenschaftlichen Diskussionen in Deutschland. Schmidts Theorie zur Ätiologie ist zu weit vom medizinischen Diskurs entfernt. Die deutschen Sexualwissenschaftler beschränken sich dagegen darauf, psychische und soziale Implikationen anzusprechen und ihre Bedeutung herauszustellen. Das ätiologische Modell bleibt jedoch unangestastet.

### 5.3.4. Politische AIDS–Kritik

Die *"seelische und politische Indienstnahme der Krankheit"* (Sigusch 1987:70), die zumeist mit der Metaphernbildung einhergeht, ist ein weiterer Kritikpunkt, der die sexualwissenschaftliche Kritiker–Gemeinde verbindet und sich auch in der späteren Virus–Kritik wiederfindet. Hier wird der AIDS–Diskurs kritisiert als interessengesteuert im Sinne ökonomischer Durchdringung der Gesellschaft.

Sigusch formuliert die alte Schlüsselfrage 'Cui bono?'<sup>27</sup> und führt zur Antwort Medizin und Pharmatechnik, Hochtechnologie und *"letztendlich Gentechnologie"* an. Sicherlich ist Sigusch wie auch allen anderen hier Zitierten im Gegensatz zu manchen VertreterInnen anderer AIDS–Kritikansätze keinesfalls der Vorwurf zu machen, er habe ein zynisches oder ignorantes Verhältnis zu den Betroffenen. So ist seine folgende Frage als tatsächlicher innerer Widerspruch zu begreifen: *"Wer Geld für die Aidsforschung verlangt, muß wissen, daß er damit zugleich für jene Techniken eine Lanze bricht, die den Menschen partiell und als Ganzes zu Stoff degradieren"* (Sigusch 1987:71). Dies mag auch einen der Gründe für seine defensive Haltung darstellen.

Auch Gunter Schmidt (1986:12) analysiert die Diskussion um die Krankheit vor allem gesellschaftspolitisch. Eine mit dem AIDS–Diskurs durchgesetzte 'Ent–Intimisierung' erscheint ihm ökonomisch durchaus gewollt, ganz im Gegensatz zu anderen Sicherungsfetischismen, denen er mehr Relevanz einräumt als 'Sicherem Sex': 'sicherem Straßenverkehr', 'sicherem Atmen' oder 'sicherer Arbeit' beispielsweise, wobei in allen Fällen die reale Gesundheitsgefährdung wesentlich höher anzusiedeln sei, jedoch entgegenstehende Wirtschaftsinteressen schon den Gedanken daran unterdrücken.

So beobachtet er vielmehr eine Umleitung gesellschaftlicher Ängste von politisch bestimmten Entscheidungen wie oben genannten, der Nachrüstung Anfang der 80er Jahre oder der Furcht vor Atomenergie, die emanzipatorische Handlungsmöglichkeiten eröffnen, auf die AIDS–Phobie, der der Mensch vereinzelt gegenübersteht und die ihn oder sie zu (auto–) aggressivem Verhalten leitet. Diese Entwicklung sieht er als eine durch *"mythische Konstruktion"* herbeigeführte *"Verwischung der Macht– und Klassenverhältnisse"* (Schmidt 1989:49). Auf der Diskursebene eröff-

---

<sup>27)</sup> lat.; dt.: Wem nützt es?

net dieses Szenario sogar "*krypto-faschistische Reaktionen*" (Schmidt 1986:9f.), die auch der Verleger und Herausgeber der Monatszeitschrift *KONKRET* Hermann Gremliza (1986:6) in seinem Beitrag für die Ausgabe 'Operation AIDS' der konkret-Sonderreihe 'Sexualität' ausmacht: "*Aids ist auch und vor allem ein Vehikel, auf dem die Selektionsphantasten und Sagrotanideologen wieder Einzug ins allgemeine Bewußtsein halten*", schreibt er dort und weiter: "*Man stelle sich vor, Himmler hätte Aids ausrotten dürfen!*". Parin nennt die "*Aids-Kampagne (...) Ausdruck des vorherrschenden politischen Klimas*", in dem soziale und sexuelle Unterdrückung zum Naturgesetz erklärt werde. Gegen dieses Denken schreibt Sigusch programmatisch an: "*Wir (...) glauben nicht an Aids als eine sich natural-dinghaft blind durchsetzende Katastrophe ...*", denn "*Die Sexualität hatte nie und nirgends eine natürliche Natur; die Gleichung widernatürlich = krank gilt nach wie vor*" und ist Motivationslage für den sexualwissenschaftlichen Abwehrkampf: "*wir versuchen, gegen den Einbruch der tradierten Zwangsmoral anzudenken und anzukämpfen*" (Sigusch 1987:9)<sup>28</sup>.

Ähnlich interessengesteuert wie die Konstruktion einer 'natürlichen Natur' ist auch die Geschichtskonstruktion "*Seuchen machen Geschichte*" oder sogar, wie die Wochenzeitung *DER SPIEGEL* überbietet, "*Mikroben machen Geschichte*" (Gremliza 1986:6). Die Kritik an gegenseitiger pseudowissenschaftlicher Stützung biologischer Auffassungen durch historische Umdeutungen findet sich bei zahlreichen diskurskritischen Arbeiten aus dem sexualwissenschaftlichen Umfeld (Rühmann 1985; Schmidt 1989), ihre äußerste Steigerung bleibt jedoch wiederum Gremliza vorbehalten, und diese allerdings als Prophezeiung: "*Ich warte nur noch auf Caesars Klage: Virus, Virus, gib mir meine Legionen wieder*" (1986:6).

Die radikalste Zivilisationskritik entwickelt Amendt, der die geistige Verwandtschaft des AIDS-Diskurses in den USA mit militärischem Denken analysiert. Dies drückt sich nicht nur vordergründig sprachlich aus, sondern auch in den benutzten Denkschablonen. Besonders die gerade aktuelle Debatte in den USA zu dem 'Krieg der Sterne'-Programm SDI ist ergiebig für Begriffsanalogien wie die zwischen Präservativ und Raketenschutzschild oder Sicherheits- und Sexualneurosen. Die rassistische und sexistische Politisierung von Phobien weist Amendt als schon häufig

---

<sup>28)</sup> Interessanterweise findet die Erörterung des Konfliktfeldes ‚künstlich‘ versus ‚natürlich‘ in der Gentechnologiedebatte mit umgekehrten Vorzeichen statt (Daele 1988:166ff.).

verwandtes Mittel amerikanischer Innen– wie Außenpolitik nach (Amendt 1986:25ff.). Bemerkenswert ist seine Kritik an der Deutschen AIDS–Hilfe, die die Schwulenbewegung zum "*Lobby–Klüngel*" verformt habe. Eine gesundheitspolitische Interessenvertretung habe sich in den USA auf Grund eines mangelhaften Sozialversorgungssystems konstituiert. Es jedoch auf eine völlig differente Situation in Europa zu übertragen, betrachtet er als "*institutionalisierten Sozialdarwinismus*", da die Besserversorgung der einen Krankengruppe auf Kosten anderer ausgetragen werde (Amendt 1986:24). Dieser schroffe Angriff charakterisiert die entstandenen Gräben zwischen sexualwissenschaftlichen und schwulen Diskursansätzen, da sich letztere in ihrem Kampf für verbesserte Pflegebedingungen als Vorreiter einer Gesundheitsbewegung sehen, während Amendt die Artikulation von Partikularinteressen als Angriff auf das Solidarsystem sieht, dem er sich verpflichtet fühlt. Während eine 'Amerikanisierung der Gesellschaft' für die DAH wie aber auch allgemein für Teile der Schwulenbewegung kulturelles Leitbild ist<sup>29</sup>, ist sie für Sexualwissenschaftler auch in ihrem originären Verständnis eher Bedrohung. Im Kapitel 5.3.6. findet sich eine Darstellung dieser später von der Politik eingeleiteten und durchgesetzten Umstrukturierung der deutschen Sexualwissenschaft in Richtung auf amerikanische Sexologie.

Das offensichtliche Missverhältnis zwischen Gefahr und medialer Aufmerksamkeit des AID–Syndroms ist eine Kritik, die in der Sexualwissenschaft einhellig geteilt wird, allerdings auch weit darüber hinaus häufige Erwähnung findet (Erdorf 1986:142ff.; Frings 1986:158ff.; Hübner 1987:218ff.; Bleibtreu–Ehrenberg 1989:163ff.; Kremer 1990:90ff.). Pro Krankem 100 Schlagzeilen, rechnet Sigusch (1986a:3) hoch. Einhellig wenden die Sexualwissenschaftler gegen zahlreiche Presseveröffentlichungen ein, dass diese die AIDS–Panik massiv anheizen und damit sexualneurotische und pathogene Tendenzen begünstigen.

Es ist bereits im vorangegangenen Kapitel erwähnt, dass die Medien die politische Relevanz einzelner Wissenschaftsrichtungen steigern, anderer senken. Die Ausgrenzung der Sexualwissenschaft kritisiert Dannecker in einem Offenen Brief an *SPIEGEL*–Herausgeber Augstein, dessen Blatt er vorwirft, "*aktiv an der Produktion eines Klimas beteiligt (zu sein), das Depressivität und Selbstdestruktion fördert*"

---

<sup>29)</sup> Zahlreiche Initiativen der Selbsthilfe in Deutschland benennen sich nach ihren amerikanischen Vorbildern: 'Act Up', 'Stop–AIDS–Projekt', aber auch schwule Aktionsgruppen wie 'Outrage' oder 'Queer Nation' u.a. (vgl. auch 5.2.3.).

und dadurch die inkriminierte 'Tendenz zur Promiskuität' noch verstärke (Dannecker 1986:52). Besonders empört ihn die Suggestion des *SPIEGELS*, es gebe keine seriöse Erforschung der Sexualität, obgleich doch wiederholt Resultate eben dieser Forschung z.T. sogar als Titelgeschichten auch und vor allem im *SPIEGEL* veröffentlicht worden seien (ebd.). Der zwischen den Zeilen herauslesbare resignative Unterton des nicht im *SPIEGEL*, sondern nur in der weit weniger Verbreitung findenden *KONKRET* veröffentlichten Briefes scheint sich seiner Chancenlosigkeit bewusst, die Diskursausgrenzung durchbrechen zu können.

Die steigende Bedeutung einer molekularbiologischen Betrachtungsweise wirkt sich jedoch, vom Standpunkt der kritischen Sexualwissenschaft her betrachtet, fatal aus. Es werden so *"phobische, paranoide und panische Reaktionen der Menschen hervor(ge)kitzelt, mit Inhalten (versehen) und am Brodeln"* gehalten und dadurch *"zu einer Hauptgefahr für die Gesundheit"*, denn die Presse *"schwächt auf diese Weise die seelischen Abwehrkräfte, organisiert das seelische Entgegenkommen, das bei allen Infektionskrankheiten von großer Bedeutung ist. Während psychosomatische Theorie und Praxis Tag um Tag belegen, daß Seele und Körper ineinandergreifen, tut die Journaille so, als seien seelische und körperliche Abwehr vollkommen getrennt, als sei der Mensch nicht trotz aller Zerstückelung eine Einheit."*, schreibt Sigusch (1986:71), was er an anderer Stelle als *"Anstacheln des ohnehin dumpf grollenden 'gesunden' Volksempfindens"* (Sigusch 1987:8) charakterisiert. Dies gilt ihm als *"Infektionskrankheiten mitverursachende Kofaktoren"* (Sigusch 1986:71).

Nur in wenigen Fällen beziehen sich Vertreter der Sexualwissenschaft explizit auf politische Meinungsbildungs- und Entscheidungsprozesse. Vereinzelt finden sich eher zynisch gemeinte Kommentierungen wie die, dass lesbische Liebe eben nicht als präventionspolitische Leitlinie propagiert wird (Schmidt 1988:183). Diese nicht nur sexualwissenschaftlich, sondern auch in anderen wissenschaftlichen Denkkategorien unbestreitbare Tatsache der lesbischen Nichtinfektiosität<sup>30</sup> drückt treffend das Dilemma eines *"Um- und Neulernen(s) der Sexualität"* (EK 1988:45) aus, das sich an politischer und gesellschaftlicher Opportunität orientiert. Dies fasst Schmidt in der Erkenntnis zusammen, dass der *"Appell an innere Verantwortung immer auch*

<sup>30</sup> Im Diskurs ist lesbische Sexualität tabuisiert. Meine Recherchen ergaben lediglich eine weitere Fundstelle. In ihrem Grundlagenbuch 'Das AIDS-Virus' schreibt die führende deutsche AIDS-Forscherin Karin Mölling ohne weitere Erläuterung: *"Auch Lesbierinnen können sich gegenseitig infizieren, obwohl dieses Risiko gering ist"* (Mölling 1989:155).

*soziale Kontrolle und verlogen*" sei (Schmidt 1988:182). Aufklärung im Sexuellen könne auf Grund der bestimmenden Triebsteuerung nie perfekt sein. Das Bild des 'Safer Sex' betrachtet er in dieser Logik auch als strukturell im Kapitalismus angestrebte Isolation und Sexualhygiene, als *"gesellschaftliche Ent–Intimisierung"* (Schmidt 1986:11).

Die Politik allerdings nehme die AIDS–Krise nicht zum Anlass für eine dringend gebotene Strafrechtsreform, sondern steuere und instrumentalisieren die Emotionalisierung zur Herrschaftsstabilisierung. Konkret wenden sich Vertreter der Sexualwissenschaft immer wieder gegen eine Testermutigungs politik, die der Bundesgesundheitsministerin Süssmuth vorgeworfen wird. Die Kritik richtet sich hierbei sowohl gegen die gesellschaftlichen Folgen der entsprechenden Kampagnen (*"Massenphobie"*) als auch gegen die einhergehende Pathologisierung und Stigmatisierung der Betroffenen, die in einer kritischen Lesart medizinischer Erkenntnisse ohnehin nicht angezeigt sei (vgl. Sigusch 1987:19; Rühmann 1987:245; Schmidt 1989:49). Gedeckt sei diese Politik durch den *"gewollten, aber falschen Eindruck: Je irrationaler der Gauweiler, desto vernünftiger die Süssmuth"* (Sigusch 1987:18).

Die Einschätzung untermauernd, dass der AIDS–Diskurs interessengesteuert ist, setzen sich zahlreiche Sexualwissenschaftler fachgebietsfremd vor allem für Suchtkranke ein, da diese ohne jede Lobby besonders gefährdet seien, wobei der Nadeltausch bei FixerInnen wegen der möglichen HIV–Übertragung und weniger ihr häufig sehr schlechter allgemeiner gesundheitlicher Zustand Ausgangspunkt der Forderungen ist. *"Aber nicht einmal saubere Spritzen sollen sie bekommen, weil das Rechtsempfinden und die Ordnungspolitik höhere Güter sind als ihr Leben"*, resümiert Sigusch, der allerdings neben der Forderung nach freier Zugänglichkeit der Nadeln auch *"äquivalente Aufklärung vor Ort und medizinische Substitution des Rauschgiftes"* sowie *"das Eröffnen einer sozialen und beruflichen Perspektive"* und *"im Ernstfall, der Aids laut Parole ja ist, sogar (durch) das Legalisieren der Drogen"* (Sigusch 1987:11) fordert und an anderer Stelle den Appell formuliert: *"Jetzt ist endlich um das Überleben der Heroinabhängigen zu kämpfen. Sie sind physisch, seelisch, sozial und politisch ganz besonders bedroht"* (Sigusch 1986:74).

Der Einsatz für die der Verwertungslogik am stärksten Entfremdeten drückt eine Verantwortungsethik aus, die sich nicht auf den Teilaspekt des eigenen Fachgebietes beschränkt. Der Versuchung, sich auf dem Rücken der politisch nicht widerstands-

fähigen Drogenabhängigen mit populistischen und zuweilen vorurteilsgetränkten Darstellungen Zustimmung zu erheischen, erliegen nicht nur die schon erwähnten bayerischen Verfechter der Suchstrategie. Auch KritikerInnen der Virushypothese funktionalisieren die Problematik in Ermangelung einer plausiblen Alternativerklärung bisweilen allzu leichtfertig, wie Kap. 5.5. zeigen wird.

Der Medizin wird die Anwendung einer Diagnostik vorgeworfen, die nach psychologischen und sexualwissenschaftlichen Erkenntnissen kontraproduktiv für eine Genesung ist. Andererseits besteht Hoffnung auf Entdeckung eines Therapeutikums. Von Seiten der Sexualwissenschaft wird das medizinische Paradigma des AIDS als Infektionskrankheit kaum angezweifelt, obgleich der kurativen Medizin massive Vorbehalte entgegengesetzt werden. Der medizinische Diskurs wird als *"Diktatur der Virologie"* (Sigusch 1987:11) oder *"Virenverwirrung"* (Schmidt 1989:49) gebrandmarkt. Wiederum werden die Erkenntnisse nicht substantiell in Frage gestellt, die Kritik leitet sich vielmehr aus der diskursiven Indienstnahme der Krankheit ab, die zur Wiederherstellung des *"angeschlagenen Images der Medizin"* und auch der Pharmaindustrie funktionalisiert werde (Schmidt 1986:10). So sei auch die diskursive Verbindung von Krankheit und Schuld (Amendt 1986:23) und der Mythos eines *"Rückschlags der Natur"* (Schmidt 1986:11) aus der und für die Denkgik der Medizin geprägt.

Sigusch weist mehrfach auf medizinische Erkenntnisse hin, die im Diskurs verkürzt erscheinen. So schreibt er gegen die unbewiesene kausale Verknüpfung von Infizierung und Erkrankung an, da HIV mit AIDS lediglich assoziiert sei, die Bezeichnung des HIV als 'AIDS-Virus' also falsch ist: *"Medizinisch ist der Zusammenhang von HIV-Infektion und Aids so eng wie jener zwischen der Tendenz eines Menschen, psychosomatische Symptome zu produzieren, und der, an einer Psychose zu erkranken"* (Sigusch 1987:12). Den medizinischen Diskurs bereichert er durch die These, dass die Krankheitsprogression *"mit Sicherheit"* davon abhängt, auf welche Weise das Virus übertragen worden sei, ohne jedoch eine Quelle zu nennen. Er moniert auch den Begriff der 'Inkubationszeit', da HIV ja kein sich entwickelnder Infektionserreger sei (ebd.). Ein intensives Eintauchen in den medizinischen Diskurs findet jedoch nicht statt, die Medizin wird nicht als Wissenschaft attackiert, wenngleich ihre Ergebnisse unerwünscht sind. Die skeptische Haltung kleidet Sigusch vielmehr in eine hypothetische Kausalkette, mit deren Hilfe er einen möglichen Paradigmenwechsel andeutet: *"Versagt die westliche Medizin auf diesem Gebiet trotz ihrer Hys-*

*terisierung, gibt sie vor aller Welt zu, daß sie technologisch gar nicht hochgerüstet ist, oder, und das wäre folgenschwer: daß sie die anvertrauten Probleme, so oder so, nicht zu bewältigen vermag" (Sigusch 1986:72).*

Die Ablehnung des HIV–Testes steht im Mittelpunkt der Medizinkritik. Durch diesen werde *"das bislang suspekte Moment der subjektiven Willkür zum kalkulierten Element der objektiven Willkür eines Labortests"* (Sigusch 1987:71), also die medizinische Definitionsmacht durch Technisierung untermauert, ohne damit den Nachweis einer Krankheitslinderung oder gar –heilung erbringen zu müssen. Die konkrete Ausformulierung der Testkritik wird jedoch zumeist anderen überlassen. In den Publikationen der Sexualwissenschaftler finden sich mehrfach Beiträge der Heidelberger Psychologen Sophinette Becker und Ulrich Clement sowie von Rolf Rosenbrock. Erstere haben als Reaktionstypen eines positiven Testergebnisses Anomie, Panik, Depression, Hysterie, Verlust rationaler Handlungskontrolle und Rückzug herausgearbeitet (Becker/Clement 1987). Rosenbrock beweist zudem, dass es gar keine Massendurchtestung geben kann und auch repräsentative Erhebung kaum empirisch durchführbar sind wegen eines Mangel an Kriterien sowie zahlreichen offenen Forschungsfragen, die medizinischen Parameter also mithin eher Makulatur sind (Rosenbrock 1988:176ff.). Solcherlei Untersuchungen befinden sich allerdings wesentlich näher am 'offiziellen' Diskurs und sind entsprechend auch weniger von Ausgrenzung betroffen. Die drei genannten sind wichtige Akteure der Politikberatung der EK<sup>31</sup>. Die Vereinbarkeit ihrer kritischen Haltung mit den medizinischen Paradigmata beleuchtet der Schlusssatz in Beckers Aufsatz für Siguschs AIDS–kritischen Sammelband, aus dem bei aller Kritik der feste Glaube an die Selbstreinigungskräfte des Marktes durchschimmert: *"Die Entdeckung, daß ein Virus und nicht Homosexualität die Ursache der Krankheit ist, verdanken wir womöglich der Tatsache, daß Ehrgeiz und Konkurrenz noch stärker sind als das anti-homosexuelle Vorurteil"* (Becker 1987:197).

---

<sup>31)</sup> Becker und Rosenbrock sind Mitglied der Kommission, Clement wird mehrfach als Experte in Anhörungen bestellt (vgl. 4.).

### 5.3.5. Umstrukturierung der deutschen Sexualwissenschaft

Die deutsche Sexualwissenschaft als eine aufstrebende Wissenschaftsrichtung der 70er Jahre geht aus der Konstituierungsphase des AIDS–Diskurses geschwächt hervor.

Im Zuge des AIDS–Diskurses wird die Forschung und Lehre der deutschen Sexualwissenschaft Thema parteipolitischer Debatten. Fundamentale wissenschaftliche Kritik wird weniger vom Inhalt her zur Kenntnis genommen, als dass an der Umstrukturierung der Wissenschaft überlegt wird. Im Parteivorstand der SPD wird der Vorschlag aufgebracht, ein neues sexualwissenschaftliches Institut unter Leitung des Deutsch–Amerikaners Erwin Haeberle zu gründen (Sigusch 1986:72). Zwar wird das Institut nicht eingerichtet, doch Haeberle folgt dem indirekten Ruf, übernimmt die Präsidentschaft der DGSS und eine Abteilungsleitung im neu eingerichteten AIDS–Zentrum des damaligen Bundesgesundheitsamtes. Die vergleichsweise idealen Arbeitsbedingungen, die Haeberle eingeräumt werden, dürften weniger seiner zweifelhaften akademischen Qualifikation oder seiner nicht vorhandenen wissenschaftlichen Reputation geschuldet sein als seiner opportunen Haltung in der Safer–Sex–Frage. Bissig schreibt Sigusch über ihn, er sei ein studierter Schauspieler, der *"allerlei akademische Titel aus dem Hut zog und so tat, als sei er ein richtiger Professor"* und sodann sogar zu einem *"der angesehensten Aidsforscher der Welt"* erklärt zu werden (ebd.). Erschwerend wirkt sich hier aus, dass Sexualwissenschaft bzw –wissenschaftlerIn keine rechtlich geschützte Bezeichnung ist, sich also im Prinzip jede/r so nennen kann (Gindorf 1992:20).

In Deutschland angekommen, entfacht Haeberle eine populärwissenschaftliche Medienoffensive, deren wissenschaftliche Untermauerung jedoch unklar bleibt. So propagiert er in der Illustrierten *BRIGITTE* (22/85) Telefonsex und warnt – paradoxerweise mit groben Stimulationsbildern wie beispielsweise heterosexuellem Sadomasochismus – vor *"Phantasiematerial"*, das die Safer–Sex–Botschaft blockieren könne. In einem Beitrag für die *ZEIT* (43/85, vgl. Haeberle 1986) verlangt er die *"dauerhafte Änderung des Sexualverhaltens"* als Aufgabe für die Ärzteschaft, was Schmidt zu den – allerdings sehr viel weniger verbreiteten – heftigen Vorwürfen veranlasst: *"So unverblümt hat schon lange nicht mehr ein 'Experte' dem Arzt die Rolle des Sexualkontrolleurs, der Sexualwissenschaft die des Supervisors für regelgerechtes Sexualverhalten und dem Staat die Gesamtheit der Intime angetragen"* (Schmidt 1986:11).

Wie sehr die Umstrukturierung der Sexualwissenschaft durch die Politik gesteuert ist, belegt sich auch daran, dass sich außer dem gerufenen Haerberle weder in populär- noch in fachwissenschaftlicher Hinsicht ein Vertreter dieser sexologischen Richtung profilieren kann.

Gleichfalls ist aber auch zu konstatieren, dass zumindest im Frankfurter Institut interne Dissensen bestehen. So wird eine Anfrage des BMJFFG zur Erstellung sexualwissenschaftlicher Studien zu Lebensstil und Sexualverhalten von Sigusch zunächst schroff abgelehnt, weil er *"dieses weder ethisch noch politisch zu verantwortende und außerdem epidemiologisch unbegründbare Ausspionieren der Gesamtbevölkerung"* (Sigusch 1987:18) nicht mittragen will. Sein Mitarbeiter Martin Dannecker erstellt dann jedoch eine auf Verhaltensänderung Homosexueller begrenzte Studie, die 1990 erscheint (vgl. Dannecker 1990:212 ff.) und die Grundlage seines 1991 erschienen Buches 'Der homosexuelle Mann im Zeichen von AIDS' darstellt (Dannecker 1991). Wie sehr er dabei der *"Kinseysche(n) Tradition ... (eines) Diskurs(es) über 'Sexualität' als einer Reihe technischer Verrichtungen zur Operationalisierung körperlichen Lustempfindens"* auf den Leim geht, weist ihm später Stefan Etgeton in seiner analytisch scharfen Replik im DGfS-Fachblatt *ZEITSCHRIFT FÜR SEXUALFORSCHUNG* nach. Ohne sich der grundsätzlich Boykothaltung anschließen zu wollen, attestiert Etgeton ihm eine *"idologiekritische Buchhalterpose"*, die *"im Zeitalter technisch simulierbarer Realitäten so hausbacken (wirkt) wie das alte System von Lochkartenregistraturen, deren Logik sie entstammt"* (Etgeton 1991:59;61). Aber nicht nur Dannecker, auch Gunter Schmidt erstellt im Auftrag des BMFT gemeinsam mit zwei Mitarbeitern eine Interviewstudie zur 'Wahrnehmung der Bedrohung durch AIDS bei 16- und 17jährigen Jugendlichen' (Klusmann/Weber/Schmidt 1993). DGfS-Mitarbeiter Michael Bochow (1993:16) lässt sich von der BzGA zum Ausbrechen aus der ohnehin längst bröckelnden Front locken, wobei er sich durch die seiner Meinung nach nichteingetretenen Befürchtungen der KritikerInnen der Dannecker-Studie legitimiert sieht.

Obgleich der sexualwissenschaftliche Kritikansatz den gesellschaftlichen AIDS-Diskurs bis heute nicht vollständig verlassen hat, so ist doch seit 1988 ein kontinuierlicher Rückgang der Publikationen aus diesem Zusammenhang zu verzeichnen mit der Konsequenz, dass dieser Kritikansatz aus dem Diskurs weitgehend ausgegrenzt ist und auch in den Beratungen der EK keine Berücksichtigung findet. Wird

auf ihn Bezug genommen, so gilt er oft als Polemik, Ausdruck der *"ideologiekonformen"* Starrheit einer ehemals unorthodoxen Linken (Thorbrietz 1988) oder wird, wie bei Rosenbrock (1990:29), sinngemäß zum Luxus erklärt.

Die Protagonisten der Kritik besinnen sich heute stärker auf ihren Elfenbeinturm. Zu einem direkten Austausch der Meinungsverschiedenheiten der konkurrierenden Sexualwissenschaftler kommt es durch die Denkschrift der Magnus–Hirschfeld–Gesellschaft (1987/1992), die an der Berliner Humboldt–Universität die Neugründung eines sexualwissenschaftlichen Instituts gemäß dem Nachlass Magnus Hirschfelds vorschlägt. Mit Unterstützung der DGfS sowie der Westberliner Senatskoalition von SPD und Alternativer Liste entsteht ein Memorandum, das eine sozialwissenschaftliche Orientierung der Instituts vorsieht (Bach u.a. 1992), an der Universität zum Teil angesiedelte Ansätze biologischer und medizinischer Sexualitätsforschung hingegen ausgrenzt (Bosinski 1992).

Die jahrelange Monopolstellung der DGfS auch in dieser Hinsicht wird seit 1986 durch Haeberle streitig gemacht, dem es zudem gelungen ist, durch zwei internationale, interdisziplinäre Konferenzen in Fortführung jener, die Hirschfeld in den 20er Jahren organisiert hatte, mehr Publizität auf diese Forderung zu richten, was ihm eine Art Meinungsführerschaft einbringt. Erschwerend kommt hinzu, dass der Wende–Präsident der Humboldt–Universität, Heinrich Fink, ebenso wie seine Nachfolgerin Marlies Dürkop neben Haeberle auch die Überbleibsel der DDR–Sexualwissenschaft<sup>32</sup> in das Projekt integriert sehen will. Insbesondere Letzteres ist für die Vertreter der Kritischen Sexualwissenschaft solange indiskutabel, wie diese an ihrem langjährigen Leitwissenschaftler Günter Dörner und seiner biologistischen Methodik festhalten, was weder für Haeberle noch die DDR–Wissenschaftler zur Disposition steht. Dörner ist bereits zu DDR–Zeiten zu einer traurigen Berühmtheit geworden, als er trotz Protesten aus dem In– und Ausland anhand von Rattenexperimenten nachzuweisen suchte, dass Homosexualität hormonell bedingt sei (Scheub 1992). Haeberle hingegen arbeitet eng mit diesen beiden Forschungseinrichtungen zusammen und lobt insbesondere die *"fruchtbare, vielversprechende Kooperation"*

---

<sup>32)</sup> gemeint sind hier die Leipziger 'Forschungsstelle Partner– und Sexualforschung' und die Berliner 'Wissenschaftliche Arbeitsgruppe Interdisziplinäre Aspekte menschlicher Geschlechtlichkeit und Sexualität' am Interdisziplinären Institut für Wissenschaftsphilosophie und Humanontogenetik an der Humboldt–Universität.

---

mit den Humanontogenetikern als Basis für ein gemeinsames Institut (Haeberle 1992:53).

Um die Zersplitterung perfekt zu machen, kommen als weitere Komponente, die sich wohl wiederum eher mit der Kritischen Sexualwissenschaft arrangieren kann, aber massiv mit dem technizistisch anmutenden Bündnis konfligiert, feministische Forderungen nach Berücksichtigung der wissenschaftlichen Patriarchatskritik und der neuentwickelten Genderforschung hinzu (Scheub 1992; vgl. 5.1.2.). Von zahlreichen, zumeist gegeneinander zerriebenen Konzeptentwürfen realisieren sich einige Teilansätze am kulturhistorischen Institut der Humboldt-Universität, durch ein neu eingerichtetes Institut für Frauen- und Geschlechterforschung der Technischen Universität sowie eine tatsächlich größere Institutionalisierung in Form des Zentrums für Humanwissenschaften mit einer Professur für Sexualwissenschaft. Bezeichnenderweise ist dieses etwas potentere Institut jedoch wiederum bei den Mediziner\*innen im Bereich des Rudolf-Virchow-Universitätsklinikums / Charité angesiedelt, womit der Erkenntnisverlagerung hin zu den Sozialwissenschaften kurzerhand im machtpolitischen Sinne übergeben wird. Schließlich wird hier der Kieler Sexualmediziner Beier auf einen medizinischen Lehrstuhl für Sexualwissenschaft berufen.

Eine übergreifende Problemlösung und Weiterentwicklung des nichtmedizinischen sexualwissenschaftlichen Forschungsansatzes ist nicht in Sicht, die DGfS und ihr theoretischer Ansatz stagniert vielmehr.

### 5.3.6. Die Bremer Studie

Eine kurzzeitige Neubelebung erfährt die sexualwissenschaftliche Debatte 1995 mit der Veröffentlichung einer soziologischen Studie zum Sexualverhalten schwuler Männer durch Mitarbeiter der Schwullesbischen Studien an der Universität Bremen (Hutter/Koch 1995). Diese ist entstanden im Rahmen des Förderschwerpunktes AIDS des Bundesministeriums für Forschung und Technologie. Erst 1989 wird die Förderung sozialwissenschaftlicher Forschungsvorhaben in das bestehende Forschungsförderungsprogramm aufgenommen, ergänzend zu Forschungsprojekten des Bundesministeriums für Gesundheit<sup>33</sup>. Zielbestimmung der Förderung ist die wissenschaftliche Analyse der verschiedenen Präventionsstufen, denn die *"Schwierigkeiten bei der Impfstoffentwicklung und das Fehlen einer kausalen Therapie erfordern angemessene Konzepte für den Umgang mit Ratsuchenden und Patienten sowie für deren Betreuung und Versorgung"*, schreiben die KoordinatorInnen des Programms (Vettermann/Lange 1993:5). Es handelt sich also um eine hilfswissenschaftliche Zuarbeit zu den sog. 'exakten' Wissenschaften, deren Defizite dergestalt ausgeglichen werden sollen. Entsprechende Empfehlungen erarbeitet auch die AIDS-Enquete-Kommission (Deutscher Bundestag 1990a:598f.).

Diese kompensatorische Aufgabenstellung wird im vorliegenden Fall jedoch deutlich überschritten. Bemerkenswert ist der sozialwissenschaftliche Ansatz, sich von der hilfswissenschaftlichen Zuweisung auf Präventions- oder Compliance-Forschung zu lösen und nach einer eigenständigen Ätiologie zu suchen, also nach verschiedenen Faktoren statt Kofaktoren. Auf dem Hintergrund von etwas über hundert biografischen Interviews arbeiten die Autoren Faktoren heraus, die mit Krankheitsdiagnosen korrelieren. Dadurch generiert die Erhebung die Hypothese, dass AIDS-Erkrankungen durch Coming-Out-Probleme, also Schwierigkeiten mit

---

<sup>33</sup>) 1983 wird durch das BMFT der Förderschwerpunkt biomedizinische AIDS-Forschung eingerichtet. 1987 wird der Forschungsschwerpunkt ergänzt durch verschiedene Modellprogramme durch das BMJFFG und 1989 durch sozialwissenschaftliche AIDS-Forschung durch das BMFT. Bei letztgenanntem Forschungsbereich kommt es jedoch zu einer Ablehnquote von 55% (Hoffmann-Markward/Koch/Weise/Troschke 1993:375). Insgesamt, so fasst das AIDS-Zentrum am Bundesgesundheitsamt / späteres Robert-Koch-Institut 1992 zusammen, bestehen im deutschsprachigen Raum 372 sozialwissenschaftliche AIDS-Projekte (Hessling/Heckmann 1992).

dem Management des Stigmas Homosexualität, begünstigt werden. Sinnstiftende Formen der Bewältigung können der Erkrankung demnach vorbeugen<sup>34</sup>.

Die forschungsleitende Grundannahme der Studie ist, dass das Verhältnis zur Gesellschaft bei homosexuellen Männern selten störungsfrei ist, weil ihnen der Zugang zu gesellschaftlich akzeptierten Werten und Identitäten stark erschwert wird (Hutter/Koch 1995:247). Das Coming–Out bzw. allgemeiner die Identitätsprobleme in der Adoleszenz markieren den zentralen biografischen Bruch im Leben eines Schwulen. In diesem Sinne, so der Leiter der Forschungsgruppe Rüdiger Lautmann (zitiert nach: Etgeton 1995:13), sei AIDS eine *"Krankheit der Marginalisierten"*.

Diese Hypothese gründet sich auf einen Sexualitätsbegriff, der meint, dass sexuelle Erfahrungen nicht nur gemacht, sondern vor allem auch gedeutet würden, wobei die Selbstwahrnehmung konstitutiv wirke. Der so Kontrollierte sei *"zugleich sein eigener und häufig genug unbarmherziger Kontrolleur"*, sagen Hutter/Koch (1995:13) in Anlehnung an Foucaults (1977) Begriff des 'Geständniszwanges'. Unter Bedingungen einer normativen Heterosexualität fühle sich der Schwule bei der Deutung seiner Sexualität *"fremd in der eigenen Kultur"*, das Stigma wirke als identitätsbildender und –hemmender Faktor auf die Psyche des Individuums. Es entstehe ein *"struktureller Bruch"* in jeder schwulen Biografie.

In einem Symposium der Deutschen AIDS–Hilfe im Oktober 1995 erläutert Rüdiger Lautmann<sup>35</sup> den typologischen Ansatz der Studie, in dem es um *"schwule Charakte-*

---

<sup>34)</sup> Eine vielfach geäußerte Kritik an der Studie, die der sog. 'selektiven Kritik', bezieht sich darauf, dass hier qualitative Analysen vorgenommen werden von Phänomenen, die nicht zu verallgemeinern seien. Dem wird entgegnet, dass hier eher eine Pilotstudie vorliege und als solche zunächst Hypothesen generieren müsse statt fertige Antworten zu geben. Es werden Thesen zugespitzt, damit sie perspektivisch mglw. Operationalisierbar sind.

Hier artikuliert sich ein grundsätzliches Problem für Analysen, die dem jeweiligen wissenschaftlichen Main–stream nicht entsprechen. Sie können sich kaum auf 'hartes Material' (Zahlen, Fakten) stützen und werden selbst von den Betroffenen mitunter kaum wahrgenommen. Dass jedoch im Fall von Erkrankten ein konstruktiver Umgang mit Schicksalsschlägen (Coping) ein besseres (psychisches) Abwehrsystem mit sich bringt, ist in der Salutogenese–Debatte unstrittig (Kübler–Ross 1987, Faltermeier 1994). Die Binsenweisheit, dass stabilere Persönlichkeiten gesünder bleiben, ist jedoch kaum operationalisierbar. Konkret kommen Hutter/Koch nach drei Jahren der Datenerhebung und der Theoriebildung zu dem Ergebnis, jetzt wäre es wünschenswert, durch eine quantitative Studie validiert zu werden. Zum Problem der Quantifizierung generierter Hypothesen und neuer sozialer Entwicklungen durch die Sozialforschung vgl. Flick 1996.

re" gehe und mithin um Stigma- und Sozialcharaktere als Idealtypen. Die soziologische Arbeit mit Typologien entspreche einem sozialwissenschaftlichem Kausalitätskonzept, in dem die Koinzidenz mehrerer unterschiedlicher Faktoren – hier die Verarbeitung des Stigmas und der korrespondierende sexuelle Handlungsstil – mit der HIV-Infektion in einem Syndrom zusammen wirken. Dies sei nötig, denn *"eine naturwissenschaftlich exakte Verkettung von Ursache und Wirkung, die ja selbst in den exakten Wissenschaften zusehends fragwürdig werde, sei für gesellschaftliche Phänomene allemal ungeeignet"* wird Lautmann in der detaillierten Mitschrift des Symposiums wiedergegeben (Etgeton 1995:11f.), und weiter: *"Von daher werde auch fraglich, ob von Kofaktoren noch sinnvoll zu reden sei, da es in einem solchen komplexen Kausalitätsmodell eigentlich nur Faktoren gebe"*. Sein Mitarbeiter Jörg Hutter grenzt es weiter ein auf eine 'funktionale Beziehung'. Zwar könne im Einzelfall keine Prognose über eine Infizierung gegeben werden, jedoch gruppenspezifisch, denn die Typen seien relativ konstant und so klar strukturiert, dass im weiteren Verlauf eines jeden Interviews Prognosen vom Stigma-Management auf den sexuellen Handlungsstil durchaus möglich seien. Es entspräche nämlich den gegenwärtigen kulturellen Bedingungen: *"Wir haben breit gestreut und alle denkbaren Handlungsmuster erfaßt. Leben ist nicht beliebig organisierbar, es gibt nicht unzählig viele Möglichkeiten"* (zitiert in: Etgeton 1995:12).

Dieser Ansatz stößt innerhalb der Schwulenbewegung und mit ihr sympatisierender WissenschaftlerInnen eher auf Ablehnung, wird doch, wie oben schon beschrieben, mitunter der Mythos freier subjektiver Entfaltung hochgehalten, weil Lebensstile von den Menschen selber als freiwillig ausgestaltete Lebensführung begriffen werden. Die Abhängigkeit der Lebensstile von sozialen und materiellen Verhältnissen der sozialen Gruppen, Lebenswelten und letztlich der Gesellschaft, in der die oder der Einzelne lebt, werden kaum berücksichtigt. Auch die damit zusammenhängende Frage, welche Ressourcen zur Verfügung stehen, wird dethematisiert, widerspricht sie doch einem Freiheitskonzept, das in der Schwulenbewegung vor allem auf dem Hintergrund der Diskriminierung hoch gehalten wird. Dies ist insbesondere problematisch für die Frage, wie Menschen zu Gesundheit, gesundheitsbewusstem Verhalten und insgesamt zur Schaffung gesundheitsförderlicher Lebenswelten angeregt

---

<sup>35)</sup> Rüdiger Lautmann (1993) hat seit 1971 einen Lehrstuhl für Soziologie an der Universität Bremen. Er gilt als einer der Vorreiter der Schwulenbewegung und hat mit dem Aufbau des Instituts für SchwulLesbische Studien (SLS) die erste wissenschaftliche homosexuelle Einrichtung an einer deutschen Hochschule begründet.

werden könnten. Menschen sind eben, wie Rosenbrock (1998:1) schreibt, *"nicht als Summe von beliebig und einzeln veränderbaren Eigenschaften, Gewohnheiten und Lastern zu begreifen, wie es die überwiegend behavioristisch orientierte 'Lifestyle'–Prävention in den USA bis heute tut, sondern als Individuen, die ständig aktive Integrations– und Konstruktionsleistungen zu vollbringen haben, durch die sie sich mit den Anforderungen aus verschiedenen Lebensbereichen arrangieren und diese Einzelarrangements wieder zu Gesamtarrangements ('Habitus', 'Lebensführung') koordinieren. Aus Habitus und Lebensführung können einzelne Elemente (wie zum Beispiel falsche Ernährung und Rauchen) nicht beliebig, allein durch Information und Aufklärung herausgenommen werden. Möglich sind Veränderungen meist nur in Wechselwirkung zwischen Änderungen in den (je nach sozialer Lage mehr oder weniger Gestaltungsraum bietenden) Lebensbedingungen und den in ihnen enthaltenen formellen und informellen Anreizen einerseits und dem sich arrangierenden Individuum andererseits"*<sup>36</sup>.

Die forschungsleitende Grundannahme von Hutter/Koch besteht für die Beobachtungsgruppen schwuler Männer entsprechend darin, dass die Optionen des Lebensstils wesentlich von den Möglichkeiten des Managements der homosexuellen Stigmatisierung bestimmt seien.

Dieser Begriff des „Stigma–Management“ basiert auf den Arbeiten des amerikanischen Soziologen Erving Goffmann (1990) und wird von Hutter/Koch (1995:15) definiert als *"das Management von Scham und von Konflikt in sozialen Situationen, in denen die psychologische und soziale Integrität des betroffenen Individuums auf dem Spiel steht. Der Begriff zielt auf diejenigen Strategien und Techniken ab"*. In der vorliegenden Studie wird er auf seine Auswirkungen auf den sexuellen Handlungsstil hin untersucht (ebd.:13ff.).

Dabei ist der Sexualitätsbegriff aus einem humanontogenetischen Entwicklungsmodell abgeleitet, nach dem Sexualität primär unter dem Gesichtspunkt seiner allgemeinen gesellschaftsintegrierenden Funktion betrachtet wird, also in dem Widerspruch von Vergesellschaftung und Individualisierung. Sexualität ist demnach ein Medium, durch welches sich der Mensch sein eigenes Sein zu denken gibt, durch das hindurch er aber auch seinen Platz in der Gesellschaft findet. Beides erfolgt in dem Maße, indem es ihm/ihr gelingt, im Umgang mit Verhaltenserwartun-

---

<sup>36)</sup> Zur Frage des „Lebensstils“ vgl. auch 2.4.2.

gen, kulturellen Werten und Identitäten Interaktionen in einem unverwechselbaren lebensgeschichtlichen Zusammenhang selber zu organisieren.

Im Sinne des Kohärenzziels solle "*der Weg zu einem liebenswerten und –fähigen Individuum*" eingeschlagen werden. Dies gelinge jedoch nur insoweit, wie das Individuum mit den Rollen und Normen der Gesellschaft bzw. seiner Kultur umzugehen vermag. Konflikte und Widersprüche kanalisieren sich in Subsystemen, die z.T. nützliche Kompensationen darstellen, z.T. aber auch das Desintegrationsproblem noch verschärfen können. Solche Funktionskontexte können auf die zu Grunde liegenden sozialen und gesellschaftlichen Strukturen zurückgeführt und mit dem HIV–Infektionsrisiko verglichen werden.

Entsprechend fragen Hutter/Koch weniger nach den konkreten sexuellen Handlungen als vielmehr nach der emotionalen und gedanklichen Besetzung der sexuellen Erlebnisse und Wünsche.

Dieser Anspruch nach einem Kohärenzgefühl<sup>37</sup> des Interviewten und die entsprechende Interpretation von Abweichungen als Zeichen von potenziell pathogenetischen Problemen steht im Widerspruch zur Auffassung von Martin Dannecker, der das Kriterium auf die Frage reduziert, ob jemand leidet<sup>38</sup>. Auch hier findet sich der Widerspruch zwischen pathogenetischer– und salutogenetischer Betrachtung, also Bezugnahme auf zu behandelnde Krankheit (Kurativmedizin / Pathogenese) oder Sicherstellung der Gesundheit (Gesundheitsförderung / Salutogenese).

Die Typenbildung durch Hutter/Koch sieht fünf unterschiedliche Verhaltensmuster vor. Der erste Typus, mit dem Szenenamen „*die Klemmschwester*“<sup>39</sup> belegt und von Hutter (1998a:79) später „*gliedschwul*“ genannt, steht unter dem Leitbegriff „*Homosexualität als biografische Bedrohung*“. Das Verhalten dieses Typus zeichnet sich aus durch starke Distanz zum eigenen Schwulsein und Angst vor Enttarnung. Er bewegt sich kaum in der Schwulenszene, aber an anonymen Orten (wie öffentlichen Toiletten/'Klappen'). Sein Selbstbegriff und seine Sprache sind stark sexualisiert und an heterosexuellem Macho–Verhalten orientiert. Um Nähe zu vermeiden,

---

<sup>37)</sup> 'Sense of coherence', eine von drei Grundelementen Antonovskys (1997) Salutogenes Modells, steht etwa für: innere Stimmigkeit.

<sup>38)</sup> Und wer sich – so Dannecker – nicht leidend fühlt, der leidet auch nicht (Etgeton 1996:15).

<sup>39)</sup> Die hier und bei den Weiteren gebildeten ‚Szenenamen‘ sind nicht von Hutter/Koch geprägt, sondern im Rahmen eines eigenen Arbeitsprojektes (Denzin/Geene 1996) entstanden.

denkt er in besonders stark ritualisierten Umgangsformen, um Kommunikation zu vermeiden. Ihm wird ein starker Selbsthass und Selbstbetrug zugeschrieben.

Der zweite Typus fällt unter den Szenenname „*Der Anspruchshomo*“<sup>40</sup> bzw. „*Kopfschwule*“ (Hutter 1998a:79) mit einer demonstrativ zur Schau gestellten Homosexualität. Dieser Typus zeichnet sich aus durch eine hohe Identifikation mit der Schwulenbewegung. Er bewegt sich viel an Orten, an denen das hedonistische Prinzip proklamiert wird. Es ist aber zu beobachten, dass die Integration nicht gelungen ist, da die Identifikation weitgehend nur auf intellektueller Ebene stattfindet und Anspruchsmuster produziert wie Leistungssexualität, Glorifizierung oder den Anspruch, eine offene Beziehung zu führen. Darüber wird verdrängt, tatsächlich die Realität nicht erleiden zu können. Sexuell verhält er sich eher passiv und ohne eigene sexuelle Vorstellung.

Für den dritten Typus des nach Hutter (1998a:79) „*Zehenspitzenschwulen*“ („*Der freundliche Mann von nebenan*“<sup>41</sup>) ist seine Homosexualität eher eine Nebensache. Er zeichnet sich aus durch eine Akzeptanz seines Schwulsein, wenngleich er Offenbarung eher meidet und sich entsprechend zumeist in Privatzirkeln aufhält. „*Homosexualität als abstrakten Identitätsaufhänger gibt es bei ihm nicht*“, loben Hutter/Koch (1995:134) diesen Typus, von dem sie meinen, dass er eine objektive Spannung subjektiv gering empfindet. Hier wird demnach eine objektive Identitätssinkonsistenz in eine subjektive Konsistenz erfahrung überführt, indem sexuelle Intimität und Partnerschaft mit geringer Priorität ausgestattet werden.

Für den vierten Typus des „*Herzschwulen*“ (Hutter 1998a:79, oder „*der musteremanzipierte Schwule*“<sup>42</sup>) gilt Homosexualität als Selbstverständlichkeit, seine Sexualität verbindet er mit dem Wunsch nach Beziehungskommunikation. Es wird ihm ein idealtypischer Umgang mit akzeptiertem Schwulsein, ein ausgewogener Umgang mit Auseinandersetzungen und ein kohärentes Coming-Out attestiert. Er zählt eher zur Generation der 'Nachgeborenen' und gilt als Ausdruck der sich liberalisierenden gesellschaftlichen Verhältnisse.

---

<sup>40)</sup> ebd.

<sup>41)</sup> ebd.

<sup>42)</sup> ebd.

Schließlich führen Hutter/Koch – anders als im Zwischenbericht ihres Forschungsprojektes (Lautmann/Hutter/Koch 1993:144), in dem sie lediglich von vier Verhaltensmustern ausgehen – als fünfte Kategorie einen „*Verletzten*“ (Hutter 1998a:79) bzw. „*Dauer-Verlierer*“<sup>43</sup> ein, der Homosexualität wahrnimmt als weiteres Stigma. Bei diesem Typus scheint die Identifikation mit der eigenen Homosexualität aber nicht entscheidend. Es handelt sich um Männer mit kindlicher Gewalterfahrung und mit mannigfacher Außenseiteridentifikation, wobei das Schwulsein nur einen Makel unter anderen darstellt.

Dem vierten Typus wird in der Schlussfolgerung zugeschrieben, dass er auch bei riskantem Sexualkontakten eher vor einer HIV-Infektion geschützt sei (Hutter/Koch 1995:255, 262), was den Hamburger Psychologen Thomas Grossmann auf dem angeführten Symposium der DAH zu der ironischen Frage veranlasst: *"Ein seelischer Gummi?"*, die Lautmann beantwortet *"Wenn man so will, ja!"* (Etgeton 1995:15).

Den ersten, zweiten und fünften Typologien wird eine höhere HIV-Positivität bescheinigt. Dabei gehen Hutter/Koch (1995:255) so weit, dem vierten Typus zu bescheinigen, auch bei riskantem Sexualverhalten geringerer Infektionsgefahr ausgesetzt zu sein. Diese zugespitzte Kernaussage ihrer Arbeit gibt Anstoß zu viel Kritik, da hier ein biomedizinisches, letztlich technisch betrachtetes Phänomen mit einem Sozialphänomen gemischt wird. Gleichwohl gilt es aber als 'irgendwie selbstverständlich', dass ein 'ausgeglichener' Mensch ein besseres Immunsystem oder einen besseren Schutzengel besitzt. Ein weiterer Gesichtspunkt in diesem Zusammenhang könnte sein, dass sich der 'Kohärente' möglicherweise seltener testen lässt, die Vergleichsgröße also fragwürdig ist.

Hutter (1998b:102) erklärt es an anderer Stelle mit *„Vulnerabilität bzw. Sukzeptibilität einer Population gegenüber dem Krankheitserreger HIV“*, dessen Korrelation beispielsweise mit Armut in der Epidemiologie unstreitig sei. Hier handele es sich um *„Dispositionsfaktoren“*, die als Ergänzung der *„Expositionsfaktoren“* erklären, *„warum die Immunitätslage bei bestimmten Gruppen homosexueller Männer geschwächt ist und warum sich dadurch ihr Infektionsrisiko – auch unabhängig von ihrem Risikoverhalten – erhöht“*.

---

<sup>43</sup>) ebd.

Die Relevanz eines positiven HIV-Testergebnisses auf die Psyche des Betroffenen ist umstritten: viele Betroffene und Wissenschaftler sehen es als entscheidende Variable und eines der größten Life-Events, das alles bisherige in den Schatten stellt und die Vergangenheit in neuer Schrift und Sprache erscheinen lässt<sup>44</sup>. Dabei scheint ein signifikanter Unterschied vorzuliegen in der Bewältigungserfahrung von positiv und negativ Getesteten und Ungetesteten. In dieser Logik scheint es naheliegend, dass die ersten beiden -Typen stärker von HIV-positiven Diagnosen betroffen sind, weil sie ihr Leben in Anbetracht der Todesdrohung AIDS heute negativ sehen. Das biografische Konzept von Hutter/Koch vernachlässigt demnach, dass es sich beim Identitätsbild um einen sozialen Prozess handelt, der sich laufend weiterentwickelt<sup>45</sup>. Ein Indiz für eine solche methodische Ungenauigkeit ist die Tatsache, dass die Typen im Zwischenbericht zunächst als Muster von HIV-positiv (die ersten beiden) und negativ Getesteten (der dritte und vierte Typus) entwickelt sind (Lautmann/Hutter/Koch 1993:144).

Doch dieser Argumentation kann entgegengehalten werden, dass sich mit gezielter Fragestellung und Analyse unter dem Blickwinkel der Adoleszenz-Konflikte die Lebensphasen authentisch rekonstruieren lassen. Der Umgang mit dem Test ist demnach eine andere Forschungsfrage, die mit z.T. ähnlichen Fragestellungen und ähnlichem Methodenprogramm abgearbeitet werden könnte, in dieser Studie aber ignoriert wird<sup>46</sup>.

Bei genauer Betrachtung der Typen wird deutlich, dass nur vier Typologien vorgesehen waren, der fünfte Typus also eine Art Restkategorie darstellt. Tatsächlich widerlegt seine Existenz auch die Grundhypothese, dass alle Schwulen vornehmlich von der Frage des Stigma-Managements bestimmt seien. Zunächst ist die fünfte Kategorie, wie Hutter erläutert, als Ausreißer bewertet worden. Offenbar scheinen die

---

<sup>44</sup>) Bsp. Biografieforschung DDR: das Denken vor 1989 ist heute einfach nicht mehr zu ermitteln, es existiert nicht mehr und ist auch als authentische Erinnerung nicht rekonstruierbar. Zur „positiven Identität“ vgl. Meurer 1998.

<sup>45</sup>) vgl. auch Einwand von Michael Wright (nach Etgeton 1996), nach dem Kategorien in der amerikanischen Soziologie zunehmend verschwinden.

<sup>46</sup>) Das Forschungsdesign reiht sich ein in die gegenwärtigen Identitätsdiskussionen, die ungeachtet der ethisch schwierigen Frage nach einem "Zwang zur Identität" (Beck 1993) im Zuge der Individualisierung stetig an Bedeutung gewinnt.

Autoren das Ausmaß frühkindlichen Missbrauchs in der Gesellschaft zunächst unterschätzt zu haben. Folgt man jedoch der These, dass jeder dritte Jugendliche in seiner Kindheit sexuelle Gewalt erfährt (Fastie 1994), ist dieser Typus möglicherweise sogar 'unterrepräsentiert'. Es fällt auf, dass der Typus insgesamt in der Soziologie weitgehend unerforscht ist. Die Charakteristika, schon profanes sexuelles Handeln stark emotional zu besetzen, das instinktive Bedürfnis nach sexueller Gewaltanwendung und die Unfähigkeit, sein Gegenüber wahrzunehmen, entsprechen geläufigen Denkmustern, die aus den abendlichen TV-Programm kaum mehr wegzudenken sind. Sie scheinen weit verbreitet und gleichermaßen Produkt wie Spiegel gesellschaftlicher Verhältnisse darzustellen.

Für die sexualwissenschaftliche Debatte ist bedeutsam, dass mit der Klassifizierung des sexuellen Handlungsstils der Vorstellung einer triebgesteuerten Sexualität implizit widersprochen wird, denn sie ist damit unvereinbar: die Triebtheorie geht ja gerade davon aus, dass ein innerer, subversiver und tendenziell fremdbestimmter Trieb die sexuellen Handlungen steuert, während hier eher von Sexualität im Prisma biografischer Ereignisse gesprochen wird, die in Deutschland zuvor schon vor allem von Günter Schmid (1988, vgl. 5.3.1.) aufgegriffen wird. Sexualität wird dabei als Ergebnis persönlicher und gesellschaftlicher Erfahrungen gesehen, der Begriff des sexuellen Handlungsstils zielt entsprechend auf soziale Kommunikation und soziale Lernprozesse, die sich in der Regel bis zum Ende der Adoleszenzphase entwickeln und später nur mühsam weiterentwickelt oder überwunden werden können, was jedoch für stark Stigma-belastete schwule Männer häufig notwendig wäre, da die Gefahr besteht, dass sie *"gerade solche Potentiale entwickelt haben, die sie auf selbstzerstörerische oder selbstschädigende Weise daran hindern, ihren inneren Fähigkeiten oder ihrem Gefühl gemäß zu leben"* (Lautmann/Hutter/Koch 1993:146)<sup>47</sup>.

---

<sup>47)</sup> Gibt es unterschiedliche Sexpraktiken? *"Das ist bei allen gleich"* sagt Hutter (zitiert in: Etgeton 1996:9), entscheidend sei die Selbstwahrnehmung. Kritisiert wird hier die unklare Definition von riskantem Sex. So findet sich keine systematische Auswertung in Hinblick auf aktives oder passives Sexualverhalten. Auch die Frage von Matthias Wienold nach Drogenkonsum wird nicht beachtet (Etgeton 1996).

Dem wird entgegengehalten, der Kohärenzbegriff sei losgelöst von jeder Technikbetrachtung anzuwenden, entscheidend sei Frage nach Selbst- oder Fremdbestimmung. Hier weise sich der vierte Typus durch rationale Strategien, Management und Verbalisierungsfähigkeit aus.

Im Substrat der angedeuteten Zielrichtung deuten die Hypothesen von Hutter/Koch darauf hin, dass, unabhängig von praktizierten Risiken, die Selbstwahrnehmung entscheidend sei. Subjektiv empfundene Selbstbestimmung scheint dabei ein protektiver Faktor, Fremdbestimmung ein belastender.

Ein wichtiger Aspekt der Diskussion um das Stigma-Management besteht in der Erkenntnis, dass solche Forschung ja nicht nur 'Fakten'-Wissen bzw. Realität erhebt und abbildet, es konstruiert ja auch (neue) Realität. Hier ist besonders die normative Wirkung der Typologien zu betrachten, vor allem die stilisierte vierte Typologie, die bei Etgeton (1995:11) als *"sozialarbeiterischer Blick"* und als *"Projektionsfläche auf die Enkel der Bewegung"* ironisiert wird.

Methodisch fragwürdig scheint die starke Trennschärfe zwischen den Typen, die der Soziologe Michael Bochow (1996) sogar *"Brecheisentypisierung"* nennt. Tatsächlich scheinen die Übergänge eher fließend. Auch hier ist es wesentlich eine Frage des Blickwinkels: die einen sind im Sinne des salutogenetischen Anspruchs die Positivinterpretation, die anderen die Negativinterpretation des selben Menschen. Dieser Vorhalt trifft jedoch nicht nur die vorliegende Studie, sondern tritt beim Kohärenzkonzept tendenziell immer so auf. Hier zeigt sich auch die Nähe zur Esoterik. Problematisch ist dabei, dass der Krankheit so mitunter Subjekt-Status zugeschrieben wird und der Kranke mit moralischen und/oder abstrakten Krankheitsmethaphern („*was will Dir Dein Körper sagen?*“) weiter demoralisiert wird. Der Betroffene hat jedoch häufig nicht die physischen und psychischen Ressourcen, sich auf diese Denkweise einzulassen. Möglicherweise schützt er sich auch – bewusst oder unbewusst – davor, schlussendlich auf dieser Ebene doch wieder eine (weitere) Ausgrenzung zu erfahren. Dem ist der Grundsatz einer sozialen Gesundheitsversorgung gegenüberzustellen: Don't blame the victim – Beschuldige das Opfer nicht!

Die Problematik einer normierenden Analyse zeigt sich auch im Ost-West-Vergleich. Hier werden Liebe und Treue als spezifische Verhaltensstruktur der Menschen aus der ehemaligen DDR charakterisiert und mit einer unterstellten Sexualisierung der Westdeutschen und West-Berliner kontrastiert (Hutter/Koch 1995:266). Die vergleichsweise hohe HIV-Prävalenz im Westen wird hier auf ausschweifendes und hedonistisches Kulturideal mit einem entsprechenden Lebensstil zurückgeführt, womit letztendlich das Ausagieren von – zumeist unterbewussten –

Konflikten als "*Motor der Seuche*" (vgl. Koch 1987a) gesehen wird, während die niedrige Prävalenz im Osten mit einem personenbezogenen Partnerschaftsideal kombiniert wird. Hier formuliert sich ein stark normatives Wertesystem. Kritisch kann dieser Position entgegengehalten werden, dass gerade das romantische Beziehungsbild in weiten Teilen einem unerreichbaren Mythos entspricht. Seine Unerreichbarkeit kann ebenso zur weiteren Ressourcenschwächung beitragen und eine der Ursachen für gesellschaftliche Spannung darstellen<sup>48</sup>.

Möglicherweise sind diese Zuschreibungen mit steigendem Lebensalter weniger signifikant. So stehen in der Nachkriegszeit weitgehend nur die erste und dritte Typologie zur Auswahl, denn erst 1969 wird der §175 StGB entschärft und erst im vereinigten Deutschland 1993 ganz gestrichen (in der DDR schon 1987)<sup>49</sup>. Auf der anderen Seite hat gerade die AIDS–Debatte mit ihrer starken Anbindung an die Schwulenfrage eher eine Anonymisierung des Coming–Out wieder ratsam gemacht<sup>50</sup>. Dieser Problemkreislauf wird in der Studie nicht berücksichtigt.

Unberücksichtigt bleibt auch die Kategorisierung der Ungetesteten, die im Berliner Projekt Kritische AIDS–Diskussion (1992:29) Selbstfindung und Selbstbewusstsein als Testverweigerer formulieren. Hutter/Koch (1995:253f.) sehen hier die Motivation, aus Angst vor einem positivem Testergebnis ungetestet zu sein. Den Vorhalt, dass der Test als Mittel der Prävention untauglich sei, wird der Einschätzung der eher abstrakten Gründen zugeordnet.

Im weiteren Verlauf der Debatte um die Studie zeigt sich, dass sie zwar nicht aktiv ausgegrenzt wird. Hier verfügt neben Lautmann insbesondere der Autor Jörg Hutter über Reputation durch seine wissenschaftlichen und politischen Ämter im Rahmen der Bundesarbeitsgemeinschaft Schwule der Partei Bündnis 90/Die Grünen. Gleichwohl folgt aber keine längere Debatte und die Studie kann auch keine Anschlussforschung aktivieren. Es handelt sich also nach einer ersten heftigen Reakti-

---

<sup>48</sup> So drückt es sich in dem Begriff des 'Ehe–Knastes' aus und insgesamt der von den neuen sozialen Bewegungen seit den 68ern kritisierten 'verlogenen Abgeschirmtheit der Privatsphäre'.

<sup>49</sup> Der § 175 StGB stellt männliche Homosexualität bis 1969 generell unter Strafe, ab 1969 bis 1993 eingeschränkt auf Minderjährige. Erst die Streichung des § 175 StGB im Zuge der deutschen Vereinigung beendet die strafrechtliche Sonderrolle der Schwulen (vgl. 5.2.1.).

<sup>50</sup> Zur Frage der Coming–Out–Probleme durch AIDS vgl. Passon/Sausen 1986, Ritter 1992:275, Hutter/Koch 1993.

onswelle eher um eine Art kollektiven Schweigens. Hutter (1998b:102) spricht hier, noch durchaus diplomatisch, von „regelrechten Denkblockaden“.

Die zunächst noch artikulierten Ausgrenzungsmethoden reichen von Hysterisierung, moralischen Vorwürfen wie *"fehlende Empathie"* bis hin zu Lächerlichmachen durch Banalisierung (dokumentiert in: Etgeton 1995).

Der frühere Medizinreferent der DAH Matthias Wienold berichtet davon, die Studie sei mit Verweis auf Duesberg 'zurückgepiffen' worden. Tatsächlich ist bereits eine für den Welt–AIDS–Kongress 1993 in Berlin angekündigte Präsentation der Zwischenergebnisse ausgefallen (*PSYCHOLOGIE HEUTE* 1/1993). Meine diesbezüglichen Nachforschungen sind jedoch ergebnislos verlaufen. Lautmann schreibt mir dazu in einem Brief: *"Wir wollen uns damit nicht weiter beschäftigen. Das ist Schnee von gestern"*. Möglicherweise scheint hier die Angst durch vor einer Ausgrenzung aus der schwulen Wissenschaftsgemeinde, wie sie beispielsweise dem ebenfalls aus Bremen stammenden Udo Schüklenk wiederfahren ist (vgl. 5.5.1.).

Passend nennt der spätere DAH–Bundesgeschäftsführer Stefan Etgeton (1995) die Studie auch eine „soziologische Theorie zu Duesberg“.

Diese Abgrenzungsdrohung scheint offenbar immer wieder wirkungsvoll<sup>51</sup>.

Tatsächlich haben aber auch andere Wissenschaftler, die zu den AIDS–Kritikern gezählt werden können, aber als sog. 'Duesbergianer' regelmäßig in einen Topf geworfen werden, schon prinzipiell ähnlich Gedankenansätze formuliert. Beispielhaft sei hier der Schweizer Arzt Hans Albonico (1991, 1997, vgl. 5.5.4., 5.5.6.) genannt, der ausgehend von psychoneuroimmunologischen Theorien das subjektive (Angst–)Empfinden zum Schlüssel der Erkrankung erklärt.

In der Diskussion wird insbesondere durch ihre Heftigkeit und z.T. Polemik auch deutlich, dass sich die schwule Wissenschaftsszene nach wie vor bedroht fühlt von

---

<sup>51)</sup> Sicherlich betreibt Lautmann hier eine taktisch kluge Deeskalationsstrategie. Aber wurde der Konflikt mit der Aids–Hilfe–Szene nur versehentlich eingegangen? Ist ihm nicht klar gewesen, dass die in der Studie herausgearbeitete Differenzierung an die Pfründe geht, weil sie soziale und wissenschaftliche Existenzen der Homosexualitätsforschung in Frage stellt? – Ist es möglich, das Tabu der homosexuellen Stilisierung durch das 1971 bahnbrechende Buch *"Der gewöhnliche Homosexuelle"* (Dannecker/Reiche 1971) en passant, im Vorübergehen aufbrechen zu können? Oder begründet sich das Denkverbot nur aus der Sorge, dass eine multikausale Faktoretheorie die Eindeutigkeit der Safer–Sex–Botschaft unterlaufen könnte?

skandalisierender Medienberichterstattung. Die Bremer Studie stößt auch auf den impliziten Vorbehalt, zum Medienfutter werden zu können. So bietet sich die Verkürzung der Studie zum Psychotest im Schwulenmagazin *MAGNUS* (1/96) gerade zu an. Analog dazu besteht die Sorge, dass etwa *DER SPIEGEL* unter Berufung auf diese Studie wiederum auf die Lifestyle–Propaganda abhebt, die im Laufe der Jahre immer wieder durch Hans Halter, Peter Gauweiler oder Rosa von Praunheim thematisiert worden ist (vgl. 3.1.2. sowie 5.2.3. und 5.3.4.). Von solcher Skandalisierung wird ein Rücklauf in der gesellschaftlichen Solidarität für AIDS–Erkrankte sowie in Fördergeldern für die AIDS–Prävention befürchtet, wenngleich insbesondere Letzteres nicht in kausalem Zusammenhang steht und eher auf die Sorge um die Kürzung der Mittel und Stellen innerhalb der eigenen Szene schließen lässt.

## 5.4. Kritische Positionen in der Debatte um den Ursprung des Virus

In den ersten Jahren der öffentlichen AIDS–Thematisierung besteht großes öffentliches Interesse an der Frage nach dem Entstehen der Krankheit. Ausgehend von der Theorie der biologischen Ansteckung durch ein Bakterium oder einen Virus ranken sich verschiedene Mutmaßungen und Spekulationen um den Ursprung des zunächst Unbekannten.

Wie bedeutsam diese Ursprungsdebatte in den Jahren 1983 und 1984 selbst in der eher seriösen Presse ist, belegt die inhaltsanalytische Studie zweier Tageszeitungen, die der Medizinpublizist Ulf Boes (1991:100f.) vorgelegt hat. Hier zeigt sich, dass im Jahre 1983 in der Tageszeitung *DIE WELT* die Frage nach dem Ursprung in 24 Artikeln thematisiert wird. Dies entspricht einem Gesamtanteil von knapp einem Viertel der gesamten Berichterstattung über AIDS. Dabei werden in der *WELT* als mögliche Herkunftsländer Haiti, Afrika und die USA diskutiert. Etwas mehr als die Hälfte der Berichterstattung bezieht sich dabei auf Haiti, ein gutes Drittel auf Afrika und vier Artikel auf die USA. In der *FRANKFURTER ALLGEMEINEN ZEITUNG* finden sich insgesamt weniger Artikel zur Herkunftsfrage, die sich aber alle ausschließlich auf Afrika beziehen. Auch 1984 macht die Ursprungsdebatte einen nennenswerten Anteil von 8% und 15% in der gewachsenen AIDS–Berichterstattung der Zeitschriften aus. Ab 1985 nimmt der Anteil jedoch kontinuierlich ab. Seit 1988 wird die Frage kaum mehr thematisiert (ebd.).

### 5.4.1. Theorien einer evolutionären Entwicklung

Die etablierte medizinische Forschung liefert keine schlüssige Erklärung für eine evolutionäre Entwicklung des HI–Virus.

Der AIDS–Diskurs ist gerade in seiner Anfangszeit von einer Absurdität geprägt: Zum Teil sogar ohne dass zu diesem Zeitpunkt eine entsprechende Äußerung oder Veröffentlichung vorliegt, wird in zahlreichen Veröffentlichungen in Einwandvornahme betont, AIDS stehe nicht im Zusammenhang mit gentechnologischen Entwicklungen oder gar biologischer Kriegsforschung. Der Rigorismus, in dem es

in jedem der von mir durchgesehenen Fälle formuliert ist, untermauert den Verdacht, dass es sich hierbei um eine der strukturell bedingt eingeforderten Eintrittskarten handelt, die beim Diskurseintritt vorzuweisen sind (vgl. z.B. Kraushaar 1985:4; Leibowitch 1985:95f.; Süßmuth 1987:45f.; Rübsamen–Waigmann 1987:41f.; Bleibtreu–Ehrenberg 1989:169).

Ebenfalls interessant ist die Art der Diskursverweigerung. Sehr frühzeitig behandelt der schwedische Arzt Michael G. Koch die Fragestellung in seinem 1985 in Schweden und 1987 in deutscher Übersetzung und überarbeitet veröffentlichtem Standardwerk 'AIDS – Vom Molekül zur Pandemie'. Koch ist bis 1983 als Allgemeinmediziner im schwedischen Karlsborg (*"ein hellhöriger und phantasiebegabter Landarzt in der Idylle der mittelschwedischen Provinz"*) schreibt Zink (1988) ironisch) tätig, beschäftigt sich ab diesem Zeitpunkt aber vor allem mit AIDS und wird innerhalb kurzer Zeit zum international agierenden AIDS–Experten mit wichtigen Funktionen wie beispielsweise der Koordinierung eines internationalen Simulationsprojektes zur Ausbreitung von AIDS. Im Diskurs ist er einer der Fürsprecher massiven gesellschaftspolitischen Engagements einschließlich kontrollierender und repressiver Maßnahmen gegen die Betroffenen (Koch 1987a:227, vgl. 4.3.1.). In der Frage der Virus–Herkunft bezieht er deutlich Stellung für die von Essex u.a. vertretene 'Afrika–Legende', die er mit rassistischen Vorbehalten wie *"Hexenglaube auf Haiti"* (Koch 1987b:96) oder *"sehr ausgeprägte sexuelle Promiskuität"* in Afrika (Koch 1987b:100) aus seiner Wahrnehmung unterstützend kommentiert, was ihm später zu einer Beraterstelle in der bayerischen Staatsregierung verhilft (Zink 1988). Zur *"Darstellung der AIDS–Problematik in den Medien der Ostblockländer"* schreibt er: *"In manchen Ostblockländern gilt AIDS immer noch als eine Krankheit des Kapitalismus. So wurde den angeblichen 'Schöpfern' des AIDS–Virus (CDC, Pentagon und CIA) sogar schon unterstellt, diese Epidemie absichtlich gestartet zu haben, um sich so der Schwarzen und der Drogensüchtigen zu entledigen"* (Koch 1987a:167). In seinem später erschienen Aufsatz 'Die internationale Epidemiologie-situation und aktuelle Trends' wiederholt sich oben Zitiertes wörtlich, jedoch fügt er nachträglich den Satz ein: *"Die dem zugrunde liegenden Überlegungen von J. Segal et al. (1985) sind so unwissenschaftlich, dass darauf hier keine Zeit verwendet werden soll"* (Koch 1987b:82), wobei er sich bezieht auf ein unveröffentlichtes Manuskript 'AIDS – its nature and origin' von 'Segal J; Segal L, Dehmlow R' aus dem Jahre 1985 (Koch 1987b:114).

Diese Wertung von Koch ist offensichtlich interessengesteuert. Die Beliebigkeit nachträglich eingefügter Sätze lässt diese auf den Verfasser selber zurückfallen. Ungeachtet tatsächlicher wissenschaftlicher Reputation, die der "Autodidakt" Koch (Zink 1988) im Gegensatz zu Segal (vgl. 5.4.3.) nicht besitzt, scheint es sich um ein ganz besonders niveauloses Verfahren zu handeln, eine unveröffentlichte Schrift als "unwissenschaftlich" abzuqualifizieren.

Umgekehrt kann ich mir allerdings auch mit solcherlei 'Ungenauigkeiten' erklären, wie noch weit bedeutendere Aussagen fundiert werden: Die sog. 'Afrika-Legende' von Nahmias, Essex u.a. wird – auch von Koch – bewiesen mit einem nur aus wenigen Zeilen bestehenden Text, indem die nachgerade absurde Behauptung aufgestellt wird, die älteste HIV-positive Blutkonserve sei im Zusammenhang zahlreicher anderer, über viele Jahre eingefrorener Konserven mit Befund von 90% positiv Getesteten in Kinshasa gefunden worden, woraus geschlussfolgert wird, AIDS müsse also definitiv aus Afrika stammen (Nahmias/Essex 1986:1279f.). Die Literatur zum Antikörpertest ist voller Beschreibungen von Kreuzreaktionen und veränderter Spezifität (vgl. Rosenbrock 1987:171ff.; Segal/Segal 1989:5; Jeschke 1993:26f. und im Überblick Papadopulos-Eleopulos/Turner/Papadimitriou 1994). Ein 90%iges Ergebnis bleibt eingerechnet solcher Fehlerquellen nur wenig unter dem Bereich maximaler Aussagefähigkeit eines Screenings und ist schon von daher zweifelhaft, im Falle eingelagerter Blutproben aber regelrecht abwegig<sup>52</sup>. Im Übrigen erklärt der Leiter der Global AIDS Policy Coalition der WHO Jonathan Mann unter ausdrücklichen Bezug auf die 1959 in Zaire eingefrorene Blutprobe, der tatsächliche Ursprung sei noch immer nicht bekannt (Mann/Chin/Piot/Quinn 1988:86).

Proteste melden die Segals an gegen eine weitere Untersuchung der Gruppe um Nahmias, in der 1213 Seren untersucht sind, die in den Jahren ab 1959 eingefroren worden waren. Davon erweisen sich 1212 Seren als negativ und eines als positiv, wobei die Studie jedoch einräumt, die Herkunft sei ungesichert. Doch statt dieses

---

<sup>52)</sup> Ein analoger Sachverhalt liegt im übrigen auch der Diskursausgrenzung von Duesberg zugrunde, dessen im März 1987 erstmals in der Fachzeitschrift 'Cancer Research' veröffentlichter, 21 Seiten umfassender Basistext 'HIV is not the Cause of AIDS' (Duesberg 1987) im Juli 1988 mit dem gerade halbseitigen Text 'HIV Causes AIDS' von Blattner/Gallo/Temin (1988:515) gekontert wird. Trotz der Allgemeinplätze und z.T. einzelnen Fallbeispiele, die die drei 'Spitzenwissenschaftler' hier zum Besten geben, gilt dieser Text in der Sekundärliteratur als Widerlegung Duesbergs (vgl. z.B. Wienold 1993, Rosenbrock 1990:20).

Serum aus der Untersuchung herauszunehmen und das 100% seronegative Studienergebnis einzuräumen, wird es als Beleg der 'Afrika-Legende' publiziert (Segal/Segal 1989:5). In der Häufigkeit von 0,1% erscheint es vom Ergebnis her seriöser als die schon auf den ersten Blick wissenschaftlich fragwürdigen 90% der vorangegangenen Studie.

Plausibler wirken Studien, die in der Fachzeitschrift *AIDS-FORSCHUNG* vorgestellt werden. Eine epidemiologische Untersuchung ergibt retrospektiv ermittelte erste Fälle von AIDS, die in den 60er Jahren aufgetreten sein sollen. Vergleiche man die genetischen Unterschiede zwischen HIV und Affenviren sowie die genetische Variabilität dieser Viren, so könne eine Abspaltung von HIV von diesen Affenviren vor etwa 40 Jahren erfolgt sein<sup>53</sup>. Unabhängig von der Frage der tatsächlichen Abstammung sei es möglich, dass sich HIV erst in den letzten Jahrzehnten entwickelt habe, ergibt die Studie eines Forschungskreises um den Leiter des Paul-Ehrlich-Instituts, Reinhard Kurth (Modrow/Kurth 1987:679ff.).

In einer Literaturlauswertung bemühen sich McClure und Schulz darum, über gängige und beweisbare Hypothesen des Zusammenhanges des HIV zu tierischen Viren der Frage nach dem Ursprung näher zu kommen. HIV gehöre zu der Gruppe von Retroviren<sup>54</sup>, die mittels der Aktivität der reversen Transkriptase<sup>55</sup> zunächst DNA<sup>56</sup> in den Wirtszellen bilden und als solche auch im Tierreich bekannt seien, unter anderen in verschiedenen Formen des SIV, das als 'Affen-AIDS-Virus' gilt, allerdings keine Symptome bei den Tieren hervorrufe. Es kann seit 1985 nachgewiesen werden und ist als erstes nicht-humanes Retrovirus klassifiziert, eine Verwandtschaft nach Meinung von Essex/Kanki (1988:73f.) „*nicht sehr wahrscheinlich*“. Gross (1989)

<sup>53)</sup> Dem widerspricht die Auffassung der Segals, die meinen, SIV unterscheidet sich "himmelweit" von HIV (Segal/Segal 1989:6).

<sup>54)</sup> Retroviren sind Viren, die als Erbinformation Ribonukleinsäure enthalten und als Grundlage für die Bildung von DNA verwenden. HIV ist ein Retrovirus aus der Untergruppe der Lentiviren. Neben HIV gibt es andere Viren wie HTLV-1 und HTLV-2, von denen angenommen wird, dass sie beim Menschen Krankheiten bedingen (Dressler/Wienold 1992:93).

<sup>55)</sup> Bei der Reversen Transkriptase handelt es sich um ein Enzym, das durch Umschreibung von RNA (Nukleinsäure, die genetische Information enthält) in DNA (s.u.) für eine Virusvermehrung bedeutsam scheint (vgl. Dressler/Wienold 1992:93).

<sup>56)</sup> DNA wird eine komplex aufgebaute Nukleinsäure genannt, die die genetische Information einer Zelle enthält. Es wird vermutet, dass sich HIV in die DNA einbauen und sich so vermehren kann (vgl. Dressler/Wienold 1992:27).

---

vermutet hingegen bei zwei Unterarten des SIV eine Verwandtschaft zu dem vor allem für die behauptete Durchseuchung Afrikas ausgewiesenen HIV 2. Eine andere Überlegung geht davon aus, dass sich viele Lentiviren, zu denen HIV gerechnet wird, zusammen mit den befallenen Spezies entwickelt haben, und dass sie bei den Befallenen keine Symptome hervorrufen. Solche Lentiviren können auch im menschlichen Genom enthalten sein, ohne dass sie bislang nachgewiesen werden konnten. Von einem dieser Lentiviren könnte HIV abstammen (ebd.). – Oder eben auch nicht.

Obwohl die Frage nach dem Ursprung weiterhin umstritten ist, vielen Spekulationen Nahrung gibt und in verschiedenen Annahmen die Grundlagen der verschiedensten weiterführenden ätiologischen Erklärungen darstellt, gilt der Diskurs in Öffentlichkeit und Fachdiskussion als abgeschlossen seit der Weltgesundheitsversammlung 1987, auf welcher HIV nach kontroversen Diskussionen in einer EntschlieÙung als *„natürlich auftretendes Retrovirus mit unbekanntem geographischen Ursprung“* klassifiziert wird (zitiert nach: Mann/Chin/Piot/Quinn 1988:86). Mit diesem Kompromiss sollen dem Vorwurf afrikanischer Regierungsvertreter entgegen gewirkt werden, die Ursprungsdebatte resultiere aus kolonialistischer Machtpolitik (vgl. auch Koch 1987b).

Der Diskurs um den Ursprung ist bis heute ein weitgehend vages Stochern. Wie auch in anderen Bereichen des Diskurses sprechen die jeweiligen Erklärungsansätze gleichermaßen über Erkenntnis wie Erkenntnismethode.

### 5.4.2. Theorien einer künstlichen Entstehung

Zahlreiche Wissenschaftskritiker weisen auf die Möglichkeit einer künstlichen Entstehung des HI-Virus im Rahmen gentechnologischer Versuche hin.

Theorien der künstlichen Entstehung werden zunächst mehrfach von dem Molekularbiologen Booby Hatch entwickelt, der bis 1985 an einem kalifornischen Genforschungsinstitut arbeitet. Hatch ist jedoch vergleichsweise zögerlich, er spricht solcherlei Möglichkeiten zwar in vielen Veröffentlichungen an, leitet daraus jedoch keine Schlussfolgerungen ab, macht keine Verantwortlichkeiten fest. Er versteht seine Quergedanken als Mahnung gegen eine weitgehend unkontrollierte und möglicherweise auch unkontrollierbare Gentechnologie: *"Bei der hohen Variabilität von Retroviren erschien es eigentlich nur eine Frage der Zeit, daß sich hierbei eines Tages für den Menschen extrem gefährliche Typen entwickeln würden"* (Hatch 1986:36f.).

Hatch eröffnet den Anti-Diskurs mit seiner Untersuchung 'AIDS-Unfall, Zufall oder unzufällig?' (1984), die ebenso wie seine anschließende Arbeit 'AIDS – eine Altlast der Forschung' (1985) in dem wissenschaftskritischen Magazin *WECHSELWIRKUNG* veröffentlicht wird. Er spekuliert, dass es zu Virenvermischungen in Tierversuchen in den amerikanischen Primatenzentren gekommen ist. Bereits in den siebziger Jahren habe es dort eine durch den als HIV-ähnlich proklamierten Virus SIV ausgelöste 'Affen-AIDS-Epidemie' gegeben, woraus er schlussfolgert, dass eine für Menschen gefährliche Form des heute HIV genannten Virus durch einen Wirtswechsel entstanden sein könnte, z.B. bei einer Übertragung des SIV von afrikanischen auf asiatische Affen im Primatenzentrum, denn eine minimale Änderung der Gensequenz könne bereits extreme Veränderungen in der Pathogenität auslösen.

Ein Beispiel einer solchen Virenvermischung könnte in dem Krankheitsausbruch im Zusammenhang mit dem sog. 'Marburg-Virus' gegeben sein. 1967 soll Laborpersonal durch das Verarbeiten von Gewebe importierter grüner Meerkatzen bzw. die anschließende Herstellung von Zellkulturen von einem bis dahin unbekanntem Virus infiziert worden sein, woran 28 Personen erkrankten und sieben davon sogar sterben, die Meerkatzen jedoch nur Virusträger ohne Krankheitserscheinungen gewesen zu sein scheinen (Hatch 1986:34f.; vgl. auch Leibowitch 1985:91f.).

Wichtig ist in diesem Zusammenhang zu bedenken, dass in dieser Zeit die gesetzlichen Grundlagen für eine kommerzielle Verwertung der mikrobiologischen Forschung entstehen wie beispielsweise das Gesetz zur Patentierung entdeckter Viren, das 1977 im US-Parlament verabschiedet wird (Kremer 1990:91). Die zeitliche Korrelation zwischen Entstehung neuer Virustypen und den Möglichkeiten, sie sowohl gentechnologisch herzustellen als auch kommerziell zu vermarkten, scheint augenfällig. Dies ist der Grundgedanke von Holger Strohm's (1987) Buch 'Die Ansteckung'. Strohm macht vor allem die wirtschaftliche Konkurrenzsituation verantwortlich für einen immer sorgloser werdenden Umgang mit genetischem Material, so dass zunächst harmlose Viren ihren Code miteinander austauschen und in der Folge zu aggressiven Krankheitserregern werden können. Da sich ein Retrovirus als genetischer Code in der Zelle tarne, könne es durch Einflüsse von außen aktiviert werden. Daraus leitet Strohm die sicherlich etwas zugespitzte Befürchtung ab, dass eine Ansteckung zukünftig nicht nur über Sperma- oder Blutübertragung erfolge, sondern sich auch bei einer möglichen (weiteren) Mutation wie eine Grippewelle ausbreiten könne.

Eine ausführliche Diskussion der AIDS-Entstehungstheorien findet sich 1987/88 in der US-amerikanischen Zeitschrift *COVERT ACTION*, die von LinksaktivistInnen und einigen Geheimdienstaussteigern herausgegeben wird. Der schwule Journalist Robert Lederer beschreibt dort die Geschichte der US-amerikanischen chemisch-biologischen Kriegsführung (CBW) im Zweiten Weltkrieg, gegen Nordkorea, Vietnam, Kuba, El Salvador und Nicaragua und vermutet ähnliche Experimente an haitianischen und puertorikanischen Flüchtlingen. Die erschütternde Bilanz der rassistisch und/oder politisch motivierten CB-Anwendung zu medizinischen Versuchszwecken oder zur Bevölkerungskontrolle lässt ihn zu dem Schluss kommen, dass die AIDS-Entstehung eine Anforderung für jeden investigativen Journalisten sei, hellhörig zu sein (Lederer 1987a:42; vgl. auch Lehrman 1987; Adams 1992). In seinen weiteren Arbeiten bespricht er die Theorien der planmäßigen genetischen Entstehung, wobei er sich zum einen auf die Arbeiten der Segals bezieht, zum anderen die Möglichkeit der Entstehung der Krankheit in Folge des Dioxin-Giftes 'Agent Orange' erwähnt, das im Vietnam-Krieg massiv eingesetzt worden ist, sowie die Überlegung einer künstlichen oder natürlichen Mutation des Malaria-Erregers zu einem solchen Krankheitserreger anführt. In einer späteren Arbeit ergänzt er dies mit einer Darstellung der Hypothese, die Krankheit entstehe durch eine auf den

Menschen abgestimmte Form des sog. 'Afrikanischen Schweinefieber Virus', um schließlich die 'multifaktorielle Theorie' (vgl. 5.1.) vorzustellen, wobei er in einer ausführlichen Diskussion der dann notwendigen Ko- bzw. Hauptfaktoren die vorangegangenen Thesen in neuer Fragestellung beleuchtet. Auch die Möglichkeit einer Verbindung der Krankheit mit den Hepatitis-Impfprogrammen der 70er Jahre, die sich vorrangig an schwule Männer gerichtet hat, wird erwähnt. Seine Studie lässt ihn zu dem Ergebnis kommen, dass sich auch ohne Verschwörungstheorie, die gleichwohl nicht ausgeschlossen werden könne, belegt, dass "*Western institutions (...) played a major role in the origin and spread of AIDS*". Vor allem zeige die Ausbreitung und Nichtbehandlung von AIDS die Auswirkung medizinischer Unterversorgung, vernachlässigter Bildungspolitik und sozialer Unterdrückung. AIDS beweise deutlicher als alle Skandale zuvor die tödliche Kombination der westlichen Medizin und des westlichen Imperialismus in der Folge eines "*age-old racism, sexism, and anti-gay oppression*" (Lederer 1988:65).

Lederer berichtet auch über die 'anti-sowjetischen Pendants' der Segals, den Londoner Arzt für Geschlechtskrankheiten John Seale und den Arzt Robert Strecker aus Los Angeles. Diese behaupten, HIV sei möglicherweise in Labors zur biologischen Kriegswaffenführung der damaligen Sowjetunion als Züchtung aus tierischen Viren entstanden. Nach Seale (1987:61) seien dann etwa 1975 Drogenabhängige in New York gezielt infiziert worden. Strecker verbreitet die These, eine Verbreitung habe über die angeblich sowjetisch dominierte WHO bei Afrikanern in Experimenten zur Krebsbekämpfung stattgefunden (nach Lederer 1988:56). Diese in Deutschland kaum publizierte Theorie<sup>57</sup> findet in den USA größere Verbreitung durch das 'National Democratic Policy Committee', einer der zwielichtigen Lyndon LaRouche-Sekte zuzurechnenden Organisation, die AIDS zum zentralen Inhalt ihrer, wie Lederer (1988:56) sagt, "*racist, anti-semitic and anti-gay ideology*" erklärt hat.

---

<sup>57)</sup> Eine kurze Notiz findet sich lediglich in der *BILD*-Zeitung vom 27.12.85, und erst 1987 wird in einem Sammelband ein Redebeitrag Seales mit dem reißerischen Aufmacher "*AIDS ist schlimmer als die Atombombe*" (Seale 1987:61) dokumentiert, den er auf einem Kongress der Partei 'Patrioten für Deutschland' hält. Herausgeber des Bandes ist die mutmaßlich ebenfalls sektennahe Organisation 'Executive Intelligence Review' (EIR).

Dieses Beispiel zeigt ebenso wie politische Stellungnahmen in der BRD zugunsten der Gentechnologie<sup>58</sup>, wie Diskursdefizite sogar für diametral entgegengesetzte Argumentationen nutzbar gemacht werden können (Singhartinger 1986:67f.; vgl. auch Kiper/Streich 1990:113).

Dem Hinweis von Booby Hatch ist zuzustimmen, dass sich die Afrika-Hypothese eigne, von dem Verdacht abzulenken, dass sich AIDS-Viren auch aus amerikanischen Labors ausgebreitet haben könnten (Hatch 1986:34). Dass keine der Hypothesen im AIDS-Diskurs substantiell erörtert werden, obwohl Einverständnis besteht, dass diese Frage ungeklärt ist (Mann/Chin/Piot/Quinn 1988), zeigt die Ausgrenzung einer relevanten Problemebene. Die Folgen einer bewiesenen künstlichen Entstehung wären erheblich; die öffentliche Diskreditierung der entsprechenden Forschung würde der Politik einen erheblichen Handlungsbedarf zuweisen. In der Betrachtung der AIDS-Enquete-Kommission des Deutschen Bundestages zeigt sich, dass diese Fragestellung dort sogar völlig ausgeblendet wird.

### **5.4.3. Die molekularbiologische und epidemiologische Sichtweise von Lilli und Jakob Segal**

Die Berliner Biologen Lilli und Jakob Segal entwickeln die Hypothese, HIV sei eine im CIA-Labor vorgenommene Kombination der Viren Visna und HTLV-1. Mangels offener Debatte kann diese Theorie weder bewiesen noch widerlegt werden.

Der führende Verfechter der Meinung, dass HIV als AIDS auslösendes Virus tatsächlich in einem US-Labor entwickelt worden sei und von dort seinen Weg genommen habe, ist der inzwischen verstorbene Jakob Segal, der sich gemeinsam mit seiner Frau Lilli seit 1985 schwerpunktmäßig mit Epidemiologie, Pathologie und Therapie von AIDS auseinandersetzt (Segal/Segal 1989:4).

---

<sup>58)</sup> "Riesenhuber hofft auf Gentechnik gegen AIDS" titelt beispielsweise die *FRANKFURTER RUNDSCHAU* am 14.2.86.

Lilli und Jakob Segal, beide jüdischer Abstammung und Mitglieder der KPD, emigrieren 1933 nach Frankreich, wo sie in Toulouse und Paris ihre in Berlin begonnenen Studien der Biologie bzw. Agrarwirtschaft fortsetzen, nebst Mitarbeit in antifaschistischen Widerstandsgruppen. Jakob Segal promoviert 1940 an der Sorbonne, unterbricht seine wissenschaftliche Arbeit aber bis 1944 wegen Eintritt in eine internationale Kampfgruppe. Nach Forschungstätigkeit in Paris wird er 1953 als Professor und Gründer des Instituts für Allgemeine Biologie an die Humboldt-Universität Berlin (HUB) berufen, an der er neben mehrjähriger Lehrtätigkeit in Kuba und Mexiko bis zu seiner Emeritierung 1973 arbeitet. Seine auch später fortgesetzten Forschungsschwerpunkte liegen im Bereich der elementaren Zellfunktionen, der Strahlenbiologie und der medizinischen Anwendung der Biophysik (vgl. Cerny 1992). Seine Frau Lilli wird nach ihrer Verhaftung 1942 durch die Gestapo in Paris in das Konzentrationslager Auschwitz deportiert, aus dem sie jedoch fliehen kann. Sie promoviert 1956 an der HUB in Biologie (Segal 1986). Neben ihrer Mitarbeit an den AIDS-Forschungen ihres Mannes veröffentlicht sie ihre Memoiren (Segal 1986) und eine Studie über das medizinische Vernichtungsprogramm der NSDAP (Segal 1991a, vgl. 2.2.3.).

In ihrer Arbeit über AIDS sind die Segals auf Ungereimtheiten in der Entstehungsgeschichte des HIV gestoßen. Ihre Erkenntnisse werden aber erst bekannt, als am 18. Februar 1987 die Berliner *TAGESZEITUNG (TAZ)* ein Gespräch des bekannten DDR-Schriftstellers Stefan Heym mit dem ihm befreundeten Ehepaar Segal veröffentlicht. Heym, selbst ohne jede Fachkenntnis, empört die mediale Ignoranz der Thesen. Er beschließt, einen Bericht in Interviewform zu erstellen, der auf den Kulturseiten der *TAZ* publiziert wird (Heym 1987:11). Im Wesentlichen behaupten die Segals, das AIDS-auslösende Virus HIV sei nicht vor unbestimmter Zeit in Afrika, sondern erstmalig 1979 in den USA aufgetreten und sei von dort aus nach Westeuropa und etwas später nach Zentralafrika exportiert. HIV sei ein rekombinantes, also genetisch hergestelltes Virus, basierend auf dem Visna-Virus, das bei Schafen eine oftmals tödlich verlaufende Hirnhautentzündung auslöse. In das Genom des Visna-Virus sei durch Genmanipulation ein Abschnitt des Genoms des beim Menschen krebserregenden Virus HTLV-1 eingefügt. Es handele sich also um ein Laborprodukt, dessen Konstruktion nach ihrer Hypothese im Hochsicherheitslabor vom Typ b 4 im Gebäude Nr. 550 in Fort Detrick erfolgt sei. Das im Herbst 1977 eröffnete Fort Detrick sei das zentrale biologische Laboratorium des Pentagons (Segal/Segal 1989:5). Dort sei HIV an Strafgefangenen in Menschenversuchen getestet worden.

Segals gehen davon aus, dass die Wirkungsweise des Virus wegen der leichten Primärinfektion, die es häufig im Anfangsstadium verursacht, und der anschließenden langen Latenzzeit zum damaligen Zeitpunkt nicht realisiert wird und so außer Kontrolle gerät. Vor allem bei Sexualwissenschaftlern und Schwulenaktivisten ist ihre anknüpfende These umstritten, der zu Folge sich die HIV–infizierten Strafgefangenen nach ihrer Entlassung gewohnheitsmäßig in der New Yorker Schwulenszene bewegen würden (Heym 1987:13), basiert diese Annahme doch auf der sog. 'Verführungstheorie', die "*unter ernstzunehmenden Sexualwissenschaftlern schon lange kein Thema mehr*" sei (Schulze 1987; vgl. auch Wallbaum 1989b).

Das Visna–Virus wird 1949 nach einer mehrjährigen Endemie bei Schafen entdeckt; es kann Entzündungen mit neuralgischen Ausfallerscheinungen mit hoher Mortalitätsrate zur Folge haben (Hatch 1986:35). Das HTLV–1 ist ein Virus, das sich dank eines kurzen Abschnitts seines Genoms in menschlichen Lymphozyten festsetzt und dort vermehren kann. Die Kombination beider Viren zu einem neuen Virus als Auslöser eines neuen Krankheitsbildes ist zumindest theoretisch denkbar. Dass es sich bei HIV um ein solches handelt, begründen die Segals mit auffälligen Parallelen im Krankheitsverlauf Visna–befallener Schafe und dem klinischen Bild des AIDS. Sie analysieren das AID–Syndrom als zwei parallel zueinander verlaufende Krankheiten, von denen die eine, wie beim Visna, Gehirn und innere Organe zerstöre, die andere dagegen eine Immunschwäche sei, bei der das Virus nicht nur in den Makrophagen, sondern auch in den T4–Helferzellen schmarotze. Genau das müsse sich auch ergeben, wenn das Visna–Virus zusätzlich mit der Fähigkeit ausgestattet werde, in die Helferzellen einzudringen, was für HTLV–1 charakteristisch sei (Segal/Segal 1989:6ff.).

Auf dem Hintergrund dieser Ähnlichkeiten schlussfolgern sie, dass die Makrophagen beim Schaf und auch beim Menschen eine entscheidende Rolle in der Ausbreitung des pathogenen Virus spielen. Der Hypothese der zentralen Bedeutung der Makrophagen kommt eine Schlüsselfunktion in ihren späteren Therapiekonzepten zu und deckt sich im Übrigen auch mit Forschungsergebnissen anderer Wissenschaftler (Braathen 1989; vgl. auch EK 1988:76). Ihre Entstehungstheorie bezeichnet Jakob Segal im genannten Interview mit Stefan Heym als eine "*solide und lückenlose Indizienkette*", neben der es "*keine einzige wissenschaftlich vertretbare Theorie über die Entstehung von AIDS, natürlich oder künstlich*" gebe (Heym 1987:13).

Im September 1989 reist Jakob Segal durch die Bundesrepublik, um an seine inzwischen weitgehend in Vergessenheit geratenen Thesen zu erinnern und ihnen insbesondere den spekulativen Charakter zu nehmen (Wallbaum 1989a). Er kann mit einem neuen Indiz aufwarten. Ein Gerichtsbeschluss in einer anderen Sache ordnet die Veröffentlichung eines bislang geheimgehaltenen Protokolls einer Kommissionssitzung des US-Kongresses vom Juni 1969 an, aus dem sich ergibt, dass ein namentlich benannter Abteilungsleiter des Pentagon eine Finanzhilfe von zehn Millionen Dollar zur Erstellung eines neuen Virus beantragt, der im Folgenden beschrieben wird in auffälliger Ähnlichkeit zu später publizierten Eigenschaften des HIV. Begründet wird die vorgesehene Forschungsmaßnahme mit der Notwendigkeit, einen solchen Virus zu kennen, um eine prophylaktische Verteidigung zu entwickeln für den Fall eines feindlichen Einsatzes. Als Zeitraum zur Entwicklung sind fünf bis zehn Jahre angegeben. Segal meint aus diesem Protokoll den eindeutigen Beweis herauslesen zu können, dass das *"AIDS-Virus auf Befehl des Pentagons und vom Kongreß finanziert als prospektive biologische Waffe entwickelt wurde"* (Segal/Segal 1989:9). Er konkretisiert die Hypothese ferner dahingehend, dass Robert Gallo die Schlüsselfigur der Entwicklung sei. Gallo hat 1970 mitgeteilt, dass er in den Lymphozyten von Patienten mit Lymphom, einem Tumor der Lymphzellen, das für die Retroviren so charakteristische Ferment Reverse Transkriptase (RT) nachweisen kann. 1973 berichtet er über virusähnliche Korpuskel, an welchen die RT-Aktivität gebunden sei. 1975 züchtet er schon in Reinkultur ein neues Virus, das in allem dem später beschriebenen HTLV-1 gleicht, jedoch damals noch nicht so genannt wird. 1975 hat die USA auch ein internationales Abkommen zum Verbot der Entwicklung biologischer Waffen ratifiziert, auf dessen Grundlage auch das dem Pentagon unterstellte Fort Detrick, in dem bis dahin biologische Kriegsforschung stattgefunden hat, demilitarisiert wird. Die Virusabteilung dieses Instituts wird als Krebsforschungsanstalt Frederick dem Nationalen Krebsinstitut unterstellt, an dem Gallo arbeitet. Einschließlich eines Umbaus im Fort Detrick rechnen die Segals die Entstehung des HIV auf Anfang 1978 zurück (Segal/Segal 1989:10f.).

1992 veröffentlicht Jakob Segal in seinem Buch 'Zellphysiologie, Pathologie und Therapie' (Segal 1992) umfangreiche Untersuchungen, in denen er sich vor allem um eine Analyse der Krankheitssymptome aus biophysikalischer Sicht bemüht und daraus Wege der Therapie ableitet, die er bereits 1991 als Vorabdruck in der Broschüre 'Neue Wege in der AIDS-Therapie' (Segal 1991) publiziert. Kernpunkt sei-

ner Analyse ist der Vorschlag einer sog. 'Frühtherapie', in der er symptomlos HIV-Infizierten zur mehrmonatigen, regelmäßigen Einnahme von Aspirin in kleiner Dosis rät, da Aspirin die Eigenschaft besitze, die körpereigenen Abwehrkräfte Interleukin 2 und Interleukin 6 zu mobilisieren. Von einem derart gestärkten Immunsystem erwartet Segal, dass es in einer Anfangsphase in der Lage sei, die eingedrungenen HI-Viren endgültig zu neutralisieren.

Segal arbeitet inzwischen mit der Unterstützung des Leiters des AIDS-Zentrums am damaligen Bundesgesundheitsamt, Meinrad Koch, der ihm im Vorwort das Lob ausspricht, Zusammenhänge zu entdecken, *"die vielleicht bisher nicht so gedacht wurden"* (Segal 1992:8).

Die Segals publizieren seit 1989 im Essener Kleinverlag 'Neuer Weg', der wiederum in enger Kooperation steht mit der als stalinistisch geltenden Marxistisch-Leninistischen Partei Deutschlands (MLPD), eine der letzten verbliebenen K-Gruppen. Besonders sein letztes Buch leidet darunter, denn dem Kleinverlag gelingt es nicht, das Buch als biophysikalisches Fachbuch zu verbreiten; der durch die geringe Auflage bedingte hohe Preis von DM 120,- verhindert andererseits eine Streuung in Betroffenen- und Selbsthilfekreisen. Dies mag neben der oben erläuterten, prinzipiellen Diskursausgrenzung ein weiterer Grund dafür sein, dass sich keine Rezension und kaum Sekundärliteratur zu ihrer Veröffentlichung und speziell ihrem Therapieansatz findet (Ausnahmen: Schwahlen 1991; Silberstein 1992b; Projekt Kritische AIDS-Diskussion 1992:6f.).

Auch wenn es um die gentechnologische Debatte, die die öffentliche Wahrnehmung der Segals ebenso begünstigt haben dürfte wie der AIDS-Diskurs, gleichermaßen stiller geworden ist, gelingt es ihnen immer wieder, sich im Gespräch zu halten. Auf dem Welt-AIDS-Kongress in Berlin im Juni 1993 wird ihnen die Gelegenheit gegeben, im Forum 'Alternative Therapie' zu sprechen. Weniger aufsehenerregend, doch solche Auftritte mitunter vermittelnd, verbreitet eine schwedische AIDS-Gruppe gegen Rassismus (SARA) in englischer Sprache international in ihren 'AIDS-News' vor allem diese Arbeiten (SARA 1992;1993).

Ich habe die Segals in Vorbereitung meiner Arbeit aufgesucht. Obwohl mir einerseits ihre beharrliche und unabhängige Forschungsarbeit imponiert, bin ich andererseits irritiert über ihre Praxisferne. Ihr eindringlicher Vorschlag an mich und meinen

Freund, uns auf HIV–Antikörper testen zu lassen, um dann als erste Versuchskaninchen die Frühtherapie durchzuführen, hat uns seinerzeit die Flucht ergreifen lassen. Nicht nur aus Vorbehalt vor dem sicherlich eher harmlosen, andererseits aber auch vielseitigen Aspirin (Weissmann 1991), sondern aus Ablehnung vor einer Verobjektivierung unserer Personen durch von außen definierte Krankheits– bzw. Gesundheitszustände. Ohnehin verwundert die Form der Rekrutierung von Testpersonen. Auf solcher Grundlage können nicht einmal Hypothesen generiert werden. Offensichtlich besteht bei den Segals aber kein Bewusstsein über die Fragwürdigkeit solcher selbstorganisierten Therapieversuche. In ihrem 1995, unmittelbar nach dem Tode Jakob Segals erschienenen Buch 'AIDS ist besiegbar' schlagen sie Patienten und Ärzten solche Aspirin–Therapien vor und bitten um Zusendung entsprechender Verlaufsdocumentationen (Segal/Segal/Klug 1995:124f.).

Die Arbeiten der Segals wirken verschwörerisch und weltfremd. Auch wenn die schon am 3.3.1986 erstmals in der *WASHINGTON POST* lancierte Meldung, die Arbeiten der Segals seien eine Propagandaaktion des KGB, nach dem Fall der innerdeutschen Mauer neue Nahrung erhält und sich in verschiedenen Schlagzeilen der *FRANKFURTER ALLGEMEINEN ZEITUNG* (21.1.1991, 17.11.1992, 18.12.1992), der Berliner *TAGESZEITUNG (TAZ)* (30.12.1992)<sup>59</sup> und einem Titelaufreißer der *BILD* am 10.12.1991 ("*Aids – Die gemeinste Lüge der Stasi*") niederschlägt, sind ihre Thesen doch bis heute trotz zahlreicher guter Gegenargumente (im Überblick: Wewetzer 1999) nicht eindeutig widerlegt. Tatsächlich findet der Gedankenansatz immer wieder Eingang in die Debatte, so zuletzt in dem Offenen Brief von dreißig AktivistInnen und Institutionen aus der AIDS–Hilfe sowie der schwulen und Afrika–Solidaritätsbewegung aus dem Raum Stuttgart gegen die Verleihung des Paul–Ehrlich–Preises an Robert Gallo (Bogen u.a. 1999).

Obwohl eine vertiefte wissenschaftliche Auseinandersetzung nicht stattgefunden hat, finden sich von nahezu allen 'Koryphäen' des Diskurses zumeist kurze Stellung-

---

<sup>59)</sup> So wird beispielsweise in diesem Bericht der *TAZ* der Eindruck erweckt, es handele sich um eine Vereinbarung zwischen dem Ministerium für Staatssicherheit und dem sowjetischen Geheimdienst, tatsächlich wird jedoch nur der Stasi–Vermerk zitiert, in dem der Redakteur Arno Widmann seinen persönlichen Einsatz für die Veröffentlichung des Heym–Segal–Interviews gegenüber einem Stasi–Mitarbeiter begründet (Gast 1992).

nahmen, die eine Registrierung belegen<sup>60</sup>. Rosenbrock kommentiert die Thesen folgendermaßen: *"Zwar deutet nicht viel darauf hin, daß diese Hypothese erhärtet werden könnte. Aber niemand kann ausschließen, daß die Gentechnologie uns eines Tages 'Betriebsunfälle' in der Größenordnung von Aids beschert. Es sind dies (...) die 'normalen Katastrophen' von hochkomplexen und de facto menschlich nicht mehr beherrschbaren großtechnologischen Systemen"* (Rosenbrock 1990:18f.).

Segals Thesen bedeuten so eine Politisierung, die auch im Sinne eines Genesungsprozesses an AIDS Erkrankter erstrebenswert ist, weil die Aufhebung des Objektstatus einer fatalistischen Haltung entgegenwirkt und die Hoffnung auf Veränderung die beste 'Arznei' darstellt (vgl. Hay 1992:64ff.; Callen 1990:52ff.; Silberstein 1993:5). Allein deswegen gehört dieser Aspekt durchaus in den AIDS–Diskurs.

#### **5.4.4. Kritik an der These des afrikanischen Ursprungs des HIV**

Die These des afrikanischen Ursprungs des HIV findet insbesondere in Afrika viel Widerspruch, der sich jedoch publizistisch sowohl in den USA als auch in Europa kaum niederschlägt. So berichtet der bereits mehrfach zitierte Michael G. Koch (1987b:100) in einer Fußnote eher lakonisch, Vertreter mehrerer afrikanischer Staaten hätten wegen Diskriminierung durch diese These die erste internationale AIDS–Konferenz in Brüssel unter Protest verlassen. Chirimuuta/Chirimuuta (1989) beschreiben in ihrem nicht auf deutsch übersetzten Buch 'AIDS, Africa and Racism', dass diese 'Afrika–Legende' auf nicht überprüfbaren Behauptungen und vorschnell und einseitig interpretierten Beobachtungen basiere. Ein wesentlicher Hintergrund seien dabei rassistische Vorurteile über afrikanische Sexualgewohnheiten. Dies gibt im Sammelband 'Frauen und die AIDS–Krise' auch Lwanga (1987) zu bedenken, die darüber hinaus die Legitimation für eine rassistische Ausländerpolitik beklagt, bei der Afrikaner in Deutschland bei ihrer Einreise zwangsgetestet, als AIDS–Risikogruppe stigmatisiert und im Alltag diskriminiert werden, die Afrika–

---

<sup>60</sup>) wie bereits erwähnt Süßmuth 1987:45f.; Rübsamen–Waigmann 1987:41f.; Bleibtreu–Ehrenberg 1989:169, Koch 1987a:167 oder auch Gallo in seinen Wissenschaftsmemoiren (1991:208), ebenfalls im Interview der holländischen *VOLKSKRANT* vom 18.04.1987.

Hypothese mithin als Legitimation für rassistisches Verhalten funktionalisiert werde.

Die Schnittmenge der kritischen Kommentierungen zu ‚AIDS in Afrika‘ bezieht sich darauf, dass mit einer Hysterisierung nicht nur überzogene Reaktionen und rassistische Maßnahmen in den hochindustrialisierten Ländern legitimiert werden, sondern auch das soziale Elend in Afrika in ein biologisches Problem umdefiniert werde. Dies drückt treffend Udo Schüklenk (1990a:35) in seiner Kritik an der „*publizistischen Verlagerung*“ aus: *"Mit der publizistischen Verlagerung der in der '1. Welt' ausgebliebenen AIDS-Katastrophe in die 'Dritte Welt' werden die dortigen realen Bedrohungen verdrängt. Zur Erinnerung: pro Woche verhungern 280.000 Menschen, pro Jahr 15 Millionen auf der Erde und über 500 Millionen Menschen leiden täglich an ständiger Unterernährung."*

Eine ausführliche Kritik an der These des afrikanischen Ursprungs des HIV formuliert 1995 die unabhängige Berliner Forschungsgruppe 'Projekt Kritische AIDS–Diskussion' (1995), die bereits zuvor mit zwei Broschüren (1992, 1993) Kritikansätze zum öffentlichen Diskurs, zum Selbsthilfediskurs und zum medizinischen Fachdiskurs über AIDS publiziert hat.

In der umfangreichen Textsammlung 'AIDS – Afrika – Bevölkerungspolitik' (Projekt Kritische AIDS–Diskussion 1995) werden Fachveröffentlichungen mit Berichten aus Afrika kontrastiert. Auch hier wird dem Fachdiskurs rassistische Wahrnehmung vorgeworfen. Einzelne Beiträge der Zusammenstellung befassen sich mit afrikanischen Ländern, die in den Ruf gelangt sind, besonders von AIDS betroffen zu sein.

Kritikansatz ist dabei die 1985 von der Weltgesundheitsorganisation erstellte AIDS–Definition, die nur in afrikanischen Ländern südlich der Sahara gilt. Nach dieser sog. 'Bangui–Definition' kann – zunächst aus Kostengründen, da HIV–Tests von den Gesundheitssystemen kaum zu finanzieren sind – auch ohne Test AIDS diagnostiziert werden, wenn Symptome wie Fieber, Durchfall, Husten oder Gewichtsverlust vorliegen. Solche Krankheitszeichen seien jedoch unspezifisch, sie können viele Ursachen haben. So sei Mangelernährung die häufigste Ursache einer Verringerung der T–Lymphozyten, die für die AIDS–Diagnose von Bedeutung ist und eine Anfälligkeit für Infektionen begünstige. Mangelernährung könne nach der Bangui–Definition zu einer AIDS–Diagnose führen. Gleiches gelte für Pestizide. Stoffe wie

Organophosphate und chlorierte Kohlenwasserstoffe könnten akute und chronische Vergiftungssymptome auslösen, die teilweise der Bangui-Definition entsprechen (ebd.).

Problematisiert wird auch die Orientierung auf industrielle Babynahrung, die ebenfalls Symptome verursachen könne, die in Afrika als AIDS definiert werden. Die aggressive Vermarktung von Milchpulver wird dabei anhand des Beispiels des Konzerns Nestlé beschrieben. Besondere Brisanz erfährt die Kritik an der Milchpulverernährung durch die durch AIDS eröffnete Kontroverse, ob eine HIV-Antikörperpositive Mutter ihr Kind stillen sollte und dass über diesen Weg der Verbrauch der industriellen Babynahrung ansteigen könnte.

Anhand verschiedener Beispiele wird weiterhin dargestellt, dass viele schwangerschaftsverhütende Mittel, die besonders oder ausschließlich im Trikont eingesetzt werden, schwere gesundheitliche Schäden wie Immunstörungen und Infektanfälligkeit bewirken können.

Die Schlussfolgerung des Projekts Kritische AIDS-Diskussion (1995) lautet, dass alle genannten Faktoren zu Erkrankungen führen könnten, die durch die Bangui-Definition als AIDS bezeichnet werden. In den Fällen, wo dies geschieht, wird die Benennung und Ausschaltung der tatsächlichen Krankheitsursachen verhindert, eine hilfreiche Therapie werde so konsequenterweise ebenfalls verunmöglicht. Im Kern untermauern die Autoren damit ihre Hypothese, dass Krankheitserscheinungen in Afrika in AIDS umdefiniert werden, um sie zu biologisieren und ihren sozialen Kontext vergessen zu machen.

Das verdeutlicht auch das Beispiel der AIDS-Behandlung im Verhältnis zwischen Metropolen- und Trikont-Medizin. Während die Medizin des weißen Mannes den Kranken praktisch keine Hilfe biete, reagiere sie auf Berichte über Behandlungserfolge im Trikont, die mit tradierten Methoden erreicht werden, mit einem Spektrum zwischen bewusster Nichtbeachtung und direkter Gewalt. Gleichzeitig werde von Industrie und Wissenschaft des Nordens die Pflanzenwelt des Trikont nach Substanzen abgesucht, die dann als Produkte nicht nur in den Metropolen, sondern auch im Trikont verkauft werden, wobei die internationale Handelsorganisation GATT eine Schlüsselfunktion inne halte (ebd.).

Insbesondere die verbreitete Vorstellung von Kinshasa als "*AIDS-Hölle Afrikas*" habe eine spezielle Vorgeschichte. Dabei wird der Weg ab 1983 verfolgt, als in der Fachpresse erstmals AIDS mit Zaire öffentlich verbunden wird und eine Forschergruppe aus Belgien und den USA in Kinshasa die Arbeit aufnimmt. Die Wissenschaftsgruppe arbeitet in den Folgejahren weiterhin dort und besitze für das Land eine Art Informationsmonopol. Einer der Forscher in Zaire wird zum ersten Direktor des AIDS-Programms der WHO. Dies geschehe zu einer Zeit, als sich die USA mit ihren Prioritäten in dieser Organisation wieder durchgesetzt haben und die noch wenige Jahre zuvor erhobenen sozialpolitischen Forderungen der WHO zurückgedrängt seien. AIDS wird in diesem Zusammenhang als sichtbarer Abschluss dieser Rückentwicklung gesehen. Ideell und personell der WHO verbunden ist das 'Panos Institute', das für die Medien aller Kontinente als Informationsquelle über AIDS im Trikont und besonders in Afrika dient.

Die von diesen Interessengruppen veröffentlichten Informationen werden als selektiv und im rassistischen Sinne interessengeleitet bewertet (ebd.).

Auch eine Sekundäranalyse zu wissenschaftlichen und populären Veröffentlichungen über Rakai, einer Region westlich des Victoria-Sees, die als der am härtesten von AIDS betroffene Teil Ugandas gilt, zeigt ausgesprochen widersprüchliche Ergebnisse. So gehen einige der untersuchten AutorInnen von einer Seroprävalenz von 4,8% aus, während andere davon berichten, dass 70% der Erwachsenen bereits verstorben seien. Dagegen gesetzt werden verschiedene Beschreibungen aus politischer, wirtschaftlicher oder touristischer Sicht, die AIDS meist völlig aussparen und eine andere Vorstellung erwecken. Während des Krieges soll in Rakai der erste AIDS-Kranke erkannt worden sein. Dies gehe einher damit, dass im ersten Jahr der Museweni-Regierung nicht nur Verhandlungen mit der Weltbank geführt werden, sondern auch die ersten Menschen mit der Diagnose AIDS an die WHO gemeldet werden. Es wird von den AutorInnen darauf hingewiesen, dass durch AIDS neue Finanzmittel und über 700 Nichtregierungsorganisationen ins Land gekommen seien. Die Prävention und Behandlung der epidemiologisch hochrelevanten Malaria oder der (Wieder-)Aufbau einer Infrastruktur (z.B. Wasserversorgung) werde hingegen vernachlässigt. Diese Indienstnahme einer skandalisierten Krankheitserscheinung als Politik wird von der Regierung Ugandas vielleicht gezwungenermaßen, aber sicherlich nicht ganz ungerne mitgetragen (ebd.).

In einer Analyse der Berichterstattung wird diese Funktionalität gleichermaßen nachgewiesen. So wird z.B. in verschiedenen Beiträgen der Rückgang der Kaffee-Exporte Ugandas als Auswirkung von AIDS dargestellt. Hingegen finden weder der beispiellose Verfall der Weltmarktpreise für Robusta-Kaffee noch die in Uganda erfolgreiche Exportdiversifizierung in AIDS-Berichten Erwähnung.

Die Region, die in Tanzania an den Rakai-Distrikt grenzt, ist Kagera. Dort lebe seit mehreren Jahren ein Ehepaar aus Frankreich, das im Auftrag einer französischen Hilfsorganisation ein AIDS-Projekt mit mehr als 200 MitarbeiterInnen leitet. In britischen und US-Medien werden Berichte über ihre Entwicklung publiziert: nach anfänglichem Glaube an die offizielle Beschreibung der verheerenden AIDS-Situation in Kagera setzen später Zweifel ein und führen zur Überprüfung der Behauptungen, die sich als nicht haltbar erweisen. Jetzt vertreten sie, gestützt auf ihre eigenen Erfahrungen, die Meinung, dass kranke Menschen in Kagera nicht an HIV leiden, sondern an altbekannten und meist behandelbaren Erkrankungen (ebd.).

Zusammenfassend kommt das Projekt Kritische AIDS-Diskussion (1995:22) zu dem Ergebnis, dass unter dem Stichwort 'AIDS in Afrika' krankmachende Lebens- und Arbeitsbedingungen zu einer Virusepidemie uminterpretiert werden, wobei AIDS sogar noch stilisiert werde als Ursache für wirtschaftlichen Zusammenbruch, landwirtschaftliche Ertragsminderungen und Kriege. Die populäre und wissenschaftliche Berichterstattung in den Metropolen reproduziere darin ihre eigenen Vorurteile.

Dabei wird insbesondere die Umverteilung innerhalb der Gesundheitssysteme kritisiert, die auf AIDS zugeschnitten werde. Es erfolge eine Zerschlagung existenzieller Grundversorgungsstrukturen im Kleide einer 'Modernisierung' afrikanischer Gesellschaften in einem entwicklungspolitisch überholten Sinne (ebd.).

Die Debatte um die Bedeutung des AIDS für Afrika ist nach wie vor offen. So diskutieren Entwicklungshelfer beispielsweise in der 'Informationszeitung 3. Welt' darüber, ob, analog zu den Thesen des Projekts Kritische AIDS-Diskussion, Krankheiten in Afrika als AIDS definiert werden, um entsprechende Gelder und Geldgeber akquirieren zu können, wie Fiala (1998) behauptet, oder ob Menschen in Afrika durch den verbreiteten HIV-Virus bereits so geschwächt sind, dass sie zwar noch an ähnlichen Infektionen sterben wie vor dem Auftreten von AIDS, jedoch we-

sentlich früher, wie Bortel (1998) meint. Ob solcher Hypothesen hilft auch keine Statistik. Die Hoffnung, hier auf authentische Erfahrungen von Betroffenen und Behandelnden bauen zu können, erweist sich aber als trügerisch, da auch diese – wie im genannten Beispiel – die gleiche Situation extrem unterschiedlich wahrnehmen können.

Auch wenn die Wahrnehmungen der Realität über AIDS in Afrika auch in Erfahrungsberichten vor Ort extrem divergieren, hat sich die In-Dienst-Nahme von ‚AIDS in Afrika‘ in den westlichen bzw. nördlichen Politikerreden wie Medienberichten durchgesetzt. An welchen Krankheiten die Menschen in Afrika auch immer leiden mögen, das wirkungslose und daher eher geheuchelte Mitleid aus den Metropolen bleibt für sie in der Versorgung ohnehin folgenlos.

## 5.5. Die Viruskritik der sog. 'AIDS–Rebellen'

Schon früh wird Skepsis an der Virus–Theorie der Krankheit artikuliert, doch erst durch Eintritt bekannter naturwissenschaftlich orientierter Forscher in den Kritik–Diskurs konstituiert sich dieser als politisch–relevante Struktur.

### 5.5.1. Übersicht über die Entstehung der viruskritischen Debatte

Obgleich schon die Verkündung der Entdeckung eines Virus als AIDS–verursachendes Virus ohne vorhergehende wissenschaftliche Fachdiskussion ein zumindest höchst ungewöhnliches Verfahren ist, finden sich auf lange Zeit kaum kritische Kommentierungen dieses Vorganges. Dies erklärt sich aus einer politisch motivierten Erwartungshaltung, sowohl in der Wissenschaft als auch in der Öffentlichkeit. Wie bereits erwähnt, ruft der damalige US–Präsident Richard Nixon 1970 ein Krebsforschungsprogramm aus und stellt dafür enorme Finanzmittel bereit. Im Rahmen dieses Programmes suchen die virologischen Koryphäen jedoch über ein Jahrzehnt hinweg vergeblich nach einem krebsauslösenden Virus. Die Übertragung dieses gescheiterten Arbeitsansatzes auf das neue Problemfeld AIDS wird noch verstärkt durch den darauf folgenden, jahrelang vehement in der Öffentlichkeit ausgetragenen Streit um die Erstentdeckung des AIDS–verursachenden Virus (HTLV III bzw. LAV, später auf den Namen HIV festgelegt) zwischen dem US–Amerikaner Robert Gallo und dem Franzosen Luc Montagnier, bei der es wegen der sich anschließenden Patentrechte um den Antikörpertest ebenfalls um Milliardenbeträge geht.

In dem ersten deutschsprachigen Fachbuch zur AIDS–Thematik wird beispielsweise bereits ausführlich über einen Erreger diskutiert, wobei analog zu CDC–Spekulationen das Zytomegalievirus (CMV) oder das Humane T–Helferzellen–Leukämie–Virus (HTLV–1) favorisiert, Drogen und das Amylnitrat Poppers dagegen verworfen werden, obgleich in diesem Zusammenhang sogar eine Studie angeführt wird, die die immunschwächende Wirkung dieses Nitrates im Tierversuch nachweist (Reger/Haimhausen 1983:53ff.; vgl. auch Lauritsen/Wilson 1986). Paradoxerweise heißt es dort an anderer Stelle, jetzt trete *"zum erstenmal ... ein Krebs weltweit als Epidemie"* (Reger/Haimhausen 1983:14) an.

Einer der ersten Kritiker der Virusorientierung ist der New Yorker Arzt Joseph Sonnabend, der schon vor der Entdeckung des HIV eine sog. 'multikausale Theorie' aufgestellt hat, die er 1982 sowohl in der New Yorker Schwulenzeitung *NEW YORK NATIVE* als auch in der Fachzeitschrift *JOURNAL OF THE AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION* vertritt (Schüklenk 1990a:58). Faktoren des Lebensstil kommen für ihn ebenso in Betracht wie hormonelle Abweichungen durch Sperma und passiven Analverkehr (vgl. Reger/Haimhausen 1983:40f.; Rühmann 1985:31). In beiden Rezeptionen wird bereits sowohl wissenschaftlich argumentiert als auch moralisch: so untermauere 'schwuler Lebensstil' als AIDS-Ursache reaktionäre Verhaltenskritik und sei als Ursachenspektrum zu eingeschränkt, weil es keine Erklärung für AIDS-Erkrankungen bei Hämophilen biete (ebd.). Rühmann merkt jedoch an, dass diese Hypothese Stigmatisierung entgegen wirken könne, da das Bedrohungsmoment für die Allgemeinheit wegfalle, wenn nicht ein Virus, sondern der Lebensstil die Erkrankung verursache (Rühmann 1985:31).

Dass gerade eine erregerfixierte Betrachtungsweise die sozialmedizinische Einsicht blockiert, dass nur die allgemeine Verbesserung der Arbeits-, Wohn- und Ernährungsbedingungen eine Epidemie begrenzen kann (vgl. Gill 1983:72f., Winau 1987:11ff., Winau 1988:115ff.; Evans 1988:103f.; Gorsboth/Wagner 1988:123ff.) ist oben bereits ausgeführt. Bis hin zu dem CDU-Gesundheitspolitiker Fink (1986) ist diese historische Erkenntnis vermittelt. Als damaliger Westberliner Gesundheitsminister äußert sich Fink in einer Rede auf dem von ihm veranstalteten Berliner AIDS-Kongress im November 1986 in diesem Sinne, wobei er allerdings die Verbesserung der sozialen Situation als politisches Ziel in Abgrenzung zu Impfungen und Therapie formuliert (vgl. Canaris 1987:279). Noch Jahre später stößt Hutter (1998b:102) an solche „Denkblockaden“, gegen die er argumentiert: „*Obwohl dieser Zusammenhang (gemeint ist hier die erhöhte Vulnerabilität durch fremdbestimmte sexuelle Handlungsstile) bei anderen Infektionskrankheiten einleuchtet, etwa dann, wenn Armut mit hohen Infektionsraten bei Typhus und Tuberkulose in Beziehung gesetzt wird, scheint er im Falle von AIDS regelrechte Denkblockaden auszulösen*“.

Vom logischen Standpunkt scheint es daher erstaunlich, dass die inhaltliche Substanz der Sonnabendschen Kritik innerhalb des sich gerade bildenden AIDS-Diskurses unberücksichtigt bleibt.

Der Gedanke Sonnabends taucht im deutschsprachigen Raum erst im Zusammenhang mit den Veröffentlichungen Peter Duesbergs wieder auf.

Im März 1987 erscheint Duesbergs Artikel „*HIV is not the Cause of AIDS*“ im *CANCER RESEARCH* (Duesberg 1987). Es zeugt von der Bindung der Medizin– und hier konkret Viruskritik an den Herrschaftsdiskurs, dass sich erst durch die bedeutende Stellung Duesbergs in virologischen Fachkreisen die Konstituierung einer politisch–relevanten Struktur einleitet.

Es ist wiederum zunächst die Schwulenpresse, in der eine Diskussion um die Viruskritik stattfindet. Besonders der AIDS–Aktivist und Mitbegründer der DAH, Michael Lenz, plädiert, wengleich heftigen Angriffen ausgesetzt, in der von ihm herausgegebenen *VORSICHT* für eine offene Kontroverse, weil dadurch die medizinische Suche nach den Kofaktoren angetrieben werden könne (Schüklenk 1988; Lenz 1989; 1989a). Von der DAH wird, intern nicht unumstritten (Eckert 1989), der Bremer Journalist Udo Schüklenk in die USA gesandt, um anlässlich eines HIV–KritikerInnen–Treffens in New York einen Bericht zu verfassen. Nach vertragsgemäßer Ablieferung wird dieser jedoch nur in der *VORSICHT* publiziert. Sowohl die *FRANKFURTER RUNDSCHAU*, die sich zunächst sehr interessiert zeigt, als auch die *TAZ*, die eine Veröffentlichung bereits definitiv zugesagt hat, machen Rückzieher mit der Begründung, es sei ihnen nicht gelungen, eine Gegenstellungnahme einzuholen, weil sowohl Meinrad Koch vom BGA als auch Karin Mölling vom Max–Planck–Institut eine Kommentierung verweigern und die alleinige Veröffentlichung zu brisant sei (Poppenberg 1992:7).

Der erste, der im deutschsprachigen Raum die HIV–Hypothese als überhöht öffentlich in Frage stellt, ist der deutsch–ungarische Internist Paul Varkonyi–Wallerstein, dessen Buch 'Das AIDS–Dilemma. Forschung in der Sackgasse' 1988 erscheint. Er begreift AIDS vor allem als eine Zivilisationserscheinung: "*Unser Ansatz gründet auf der Feststellung, daß AIDS primär keine Infektionskrankheit ist, daß also die erworbene Immunschwäche keine Folge der Einwirkung eines bestimmten Erregers ist, sondern daß das Immunsystem bereits geschädigt ist und auf die Einwirkung von Erregern nicht mehr abwehrend reagieren kann*" (Varkonyi–Wallerstein 1988:9). Er meint eine allgemeine gesellschaftliche Entwicklung der zunehmenden Immunschwäche zu beobachten, die sich u.a. in Allergien oder Rheuma ausdrückt. Negati-

ve Umwelteinflüsse durch Chemikalien und eine Dauermedikamentierung häufig Erkrankter sieht er als Auslöser genetisch veranlagter Zellschädigungen. Solche könnten sich erhöhen durch gefährlichen und ungesunden Lebensstil, der für die von ihm sogenannten 'AIDS-Hochrisikogruppen' wie Schwule und Drogenabhängige charakteristisch sei. Indem er die jetzigen AIDS-Erkrankungen aber nur als äußersten Ausdruck einer allgemeinen gesellschaftlichen Entwicklung hin zu ungesunder Lebensweise betrachtet, sieht er AIDS sehr wohl als globale Bedrohung für die gesamte Population an. Seine daraus abgeleitete medizinische Forderung, die virologische Forschung durch eine breitgefächerte gesundheitspolitische Orientierung zu ersetzen, beinhaltet auch administrative Maßnahmen im Sinne der Suchstrategie (Varkonyi-Wallerstein 1988:73).

In der DDR wird die Thematik 1989 durch den damaligen AIDS-Beauftragten der Evangelischen Kirchen der DDR Erhard Neubert mit anderer Intention aufgegriffen. In seinem bis zur Maueröffnung nur in der DDR verbreiteten Buch 'Zwischen Angst und Zuwendung. Sozialethische und theologische Aspekte von AIDS' kritisiert Neubert vor allem den hypothetischen Charakter der AIDS-Forschung, der er vorwirft, HIV-Testpositive zu Todgeweihten zu erklären und sie schwerster gesellschaftlicher Diskriminierung auszusetzen, wobei er davon ausgeht, dass diese Ausgrenzung auf dem Hintergrund einer falschen Krankheitsbetrachtung gesellschaftlich mobilisiert und von falsch verstandener christlicher Moral nutzbar gemacht werde (Neubert 1989:109)<sup>61</sup>. Neubert engagiert sich kurz nach Erscheinen des Buches in der DDR-Bürgerbewegung und wechselt später zur CDU. In einem zweitem Sachbuch, das kurz nach dem Mauerfall erscheint, knüpft der Ostberliner Schwulenaktivist Günter Grau (1990) ohne direkten Bezug an die sozialkritische Grundhaltung Neuberts an. Grau stützt sich dabei im Quellenbezug vorrangig auf die westdeutschen Sexualwissenschaftler (vgl. 5.3.), ohne jedoch eindeutig für sie Partei zu beziehen. Die Viruskritik ignoriert er hingegen.

Durch die Aufarbeitung der zum damaligen Zeitpunkt veröffentlichten Fachliteratur kommt der englische Wissenschaftsjournalist Jad Adams in seinem Buch 'AIDS – The HIV-Myth' zu dem Schluss, dass nicht HIV, sondern ein anderer, möglicherweise noch unbekannter Krankheitserreger AIDS verursache, wobei es jedoch spe-

---

<sup>61</sup>) Später zeigt sich auch die gesamtdeutsche Evangelische Kirche der Viruskritik gegenüber aufgeschlossen, in ihrem Pressedienst erscheint ein entsprechender zweiteiliger Bericht (Zabka 1992).

zieller Kofaktoren bedürfe. Auf der Suche nach einem Erreger beschreibt er Übereinstimmungen des AIDS-Krankheitsbildes mit Syphilis-Symptomen (Adams 1989:220ff.).

Dieser Gedanke wiederum geht zurück auf das schon 1987 erschienene Buch 'AIDS and Syphilis, The Hidden Link' von Harris L. Coulter. Coulter stützt sich einerseits auf zahlreiche, aber selten publizierte oder beachtete Praxisberichte, die AIDS-Patienten als lediglich an Syphilis Erkrankte diagnostizieren sowie bemerkenswerte epidemiologische Veröffentlichungen, die ein Ansteigen der Syphilis in den 70er Jahren und ein abruptes Abfallen der entsprechenden Diagnosen seit Einführung der AIDS-Definition verzeichnen. Dies verdeutlicht eine für den gesamten Diskurs charakteristische Problematik, nach der gleiche epidemiologischen Daten für gegensätzliche Aussagen benutzt werden: Nach gängiger Interpretation nämlich ist das Zurückgehen der Syphilis auf die Verbreitung der 'Safer-Sex'-Kampagne zurückzuführen.

Christian Arnheim analysiert 1990 im Aufsatz 'Die AIDS/Syphilis-Hypothese' eine systematische medizinische Unterversorgung Syphilis-Erkrankter in Deutschland, vor allem aber in den USA. Gemäß amtlicher Empfehlung der CDC sei eine einmalige Antibiotika-Medikamentierung ausreichend, während z.B. in der damaligen UdSSR ein mehrwöchiger Krankenhausaufenthalt mit verschiedensten therapeutischen Maßnahmen vorgesehen sei (Arnheim 1990:17). Zu den gleichen Schlüssen kommt Mitchell (1990) auf dem Hintergrund seiner praktischen Erfahrungen.

Das Lager der engeren Fachdiskussion unter Betroffenen und ExpertInnen wird 1990 durchbrochen mit der Veröffentlichung der deutschen Übersetzung des Buches des Wissenschaftsjournalisten Jon Rappoport 'Fehldiagnose AIDS' in einem naturheilkundlich orientierten Kleinverlag. Es ist geschrieben als Enthüllungsgeschichte, die im Wesentlichen die bereits genannten Kritikpunkte zusammenfasst, diese jedoch in besonders publikumsgerechter Weise verdichtet. Entsprechend dieser etwas vereinfachten Strukturierung wird ein medizinisch-industriell-pharmakologischer Komplex ausgemacht, dem Gewinn- und Prestigesucht vorgeworfen wird. Rappoport entwickelt seine Thesen, indem er zunächst zwischen den einzelnen Krankheitserscheinungen (OI) des AIDS differenziert und dabei zu dem Ergebnis kommt, dass es sich um keine festumrissene Krankheit handeln kann (Rappoport 1990:7f.). Trotz geringer Werbekapazitäten des Verlegers erreicht das Buch mehrere Auflagen und eine vergleichsweise weite Verbreitung. Durch seinen

undogmatischen Stil durchbricht es erstmals den 'Insiderkreis' der Betroffenen und Behandelnden.

Einen besonders plakativen Stil verwendet das naturheilkundlich-wissenschaftskritische Fachblatt *RAUM&ZEIT*, das zahlreiche Kritikanätze in einer Sonderausgabe mit dem Titel "'AIDS'–Die Krankheit, die es gar nicht gibt' zu Wort kommen lässt. Hier ist es vor allem der Berliner Wissenschaftskritiker Kawi Schneider, der in verschiedenen Aufsätzen AIDS als Erfindung oder fehltherapeutische Vergiftung (1990:14), als "*Lügen-Turmbau zu Babel*", "*Gehirnwäsche*" und "*gordischen Knoten*" (1990a:74ff.), als "*Terror*" oder "*Schwindel*" auf dem Weg in eine "*AIDS'–Diktatur*" (1990b:81) brandmarkt. Immerhin gelingt es dem Magazin, verschiedene Akteure zusammenzuführen, die für die weitere Viruskritik von Bedeutung sind wie der Hamburger Arzt und ehem. Ärztliche Direktor der norddeutschen Fachklinik für Drogenabhängige, Heinrich Kremer (1990), der Ostberliner Theologe Erhard Neubert (1990) und der schwule Bremer Journalist Udo Schüklenk (1990; vgl. auch Ehlers/Schüklenk 1990). Naturwissenschaftliche Untermauerung erfährt der Reader vor allem durch einen Auszug aus der sog. 'Holub-Studie', mit der 1988 erstmals eine epidemiologische Untermauerung der Viruskritik vorgelegt wird (Holub/Holub 1990). Die beabsichtigte Initialzündung zu einer breiteren gesellschaftlichen Diskussion bleibt jedoch aus.

Erneuten Auftrieb erhält die Diskussion um die Bedeutung des Virus durch den 'Erstentdeckers' des HIV, den Leiter des Pariser Pasteur-Instituts Luc Montagnier. Er gibt in einem Leitartikel der Londoner *SUNDAY TIMES* an, er und die Wissenschaft insgesamt habe die Bedeutung des Virus überschätzt. Seine Erklärungen dazu auf dem Welt-AIDS-Kongress 1991 in Florenz seien kaum gehört worden und er wolle nunmehr auf dem Kritiker-Symposium 'AIDS – A Different View' im April 1992 in Amsterdam sprechen (Hodgkinson 1992:13). Neben der *SUNDAY TIMES* greifen in Großbritannien noch weitere Zeitschriften die Thematik auf, unter ihnen auch die *LANCET*, die auch international als eine führende medizinische Fachzeitschrift gilt. In einem Editorial der Herausgeber (*LANCET* No. 8797 vom 4.4.92) werden Grundgedanken von Duesberg referiert und ihm zugestanden, dass er mit der Frage nach der molekularen Wirkungsweise des HIV sowie mit seinem Verweis auf Langzeitüberlebende wichtige und bislang unterentwickelte Forschungsgebiete anspricht. Im Folgenden wird auch der Kritikerkongress in Amsterdam dargestellt und diskutiert (Goudsmit 1992).

Montaigner beteiligt sich nicht an der Diskursausgrenzung und wird dadurch selber zu einem Opfer dieser Struktur. Obwohl das Symposium die Konstituierung der Viruskritik als politisch–relevante Struktur betreiben möchte, bleibt sie doch im vorherrschenden Diskurs ausgeschlossen, was ihre Tendenz zur Isolation verstärkt. Eine Integration Montagniers bleibt aus, da ihm Opportunismus vorgeworfen wird (vgl. 5.5.4.).

### **5.5.2. Die virologischen Thesen des Peter H. Duesberg**

Durch den renommierten Virologen Peter Duesberg wird die molekularbiologische Untermauerung der Virushypothese erschüttert.

Peter H. Duesberg gilt als ein führender Virologe. Der gebürtige Berliner promovierte 1963 in Frankfurt/Main in Chemie, lehrt und forscht anschließend am Tübinger Max–Planck–Institut und seit 1965 am Institut für Molekularbiologie der University of California in Berkeley/USA. Er hat das Virus–Analyse–Verfahren entwickelt und gilt als Entdecker der Onkogenen, jenes genetischen Abschnittes, der als Krebsinformation bei wenigen Retroviren vorhanden ist und diese zu Karzinogenen<sup>62</sup> verwandelt. An zahlreichen Forschungsprojekten wie auch dem schon genannten Krebs–Programm hat er mit nahezu allen namhaften Wissenschaftlern der Retrovirologie zusammengearbeitet, so auch Harry Rubin, Howard Temin und Robert Gallo. Duesberg ist u.a. seit 1986 Mitglied der Nationalen Akademie der Wissenschaften, dem höchsten WissenschaftlerInnengremium der USA (vgl. Schüklenk 1989:17f.; Schneider 1990:18ff.).

1987 sorgt Duesberg mit seinem Beitrag 'Retroviruses as carcinogens and pathogens' für Unruhe im weltweiten AIDS–Diskurs, denn er bestreitet das Paradigma und behauptet, AIDS werde nicht durch die HIV–bedingte Zerstörung der T–Helferzellen hervorgerufen. Diese Hypothese widerspreche sowohl den Ergebnissen seiner eigenen virologischen Forschung als auch den Koch'schen Postulaten. Er

---

<sup>62)</sup> Karzinogene sind krebsauslösende Substanzen (vgl. Dressler/Wienold 1992:58).

weist in seiner Arbeit darauf hin, dass sich nur bei einer Minderheit der AIDS-Patienten das Virus als solches überhaupt isolieren lasse. Der Nachweis proviraler DNA als Beweis für eine latente Infektion gelinge sogar nur bei 15% der AIDS-Patienten. In diesen Fällen zeige sich, dass das Verhältnis infizierter zu nichtinfizierten Zellen zwischen 1:10.000 und 1:100.000 schwanke. Andererseits ist das menschliche Immunsystem in der Lage, innerhalb von kurzer Zeit große Mengen T-Helferzellen neu zu produzieren (5% in 48 Stunden). In einem solchen Verhältnis ist selbst bei einer theoretischen Zerstörung der Helferzellen durch den HIV die Menge der regenerierten Zellen immer um ein vielfaches größer.

Er spricht Retroviren sogar generell ab, Zellen zerstören zu können. Die unterstellte Latenzzeit sei unplausibel. Der Antikörpernachweis sei vielmehr ein gutes Zeichen, denn er belege die antivirale Immunität. Schon in diesem ersten Text argumentiert der Virologe allerdings auch epidemiologisch. Die spezifische Betroffenheit einzelner sog. 'Hauptrisikogruppen' sei mit einer sich endemisch ausbreitenden Viruserkrankung nicht vereinbar, ebensowenig die Unterschiede zwischen Afrika und Nordamerika bezüglich Art und Umfang der Erkrankungen sowie Geschlecht der Betroffenen. Es bestehe zwar eine Korrelation von AIDS und HIV, aber kein kausaler Zusammenhang. Grundsätzlich können Immundefektzustände von einer Vielzahl von Viren, Bakterien und Giften ausgelöst werden. Die Fixierung auf HIV verdecke den Blick für das gesamte Spektrum der möglicherweise AIDS auslösenden Faktoren (Duesberg 1987).

In Deutschland wird diese Diskussion zunächst kaum publik. So trifft Duesberg im Sommer 1987 bei der Vorstellung seiner AIDS-Thesen in einem Vortrag an der FU Berlin zur Onkogenen-Forschung auf ein völlig irritiertes Publikum (*TAGESSPIEGEL* vom 15.8.87). Ähnliche Verwirrungen löst er auch noch im Dezember 1988 in Hannover bei einem Vortrag anlässlich einer Preisverleihung wegen seiner Onkogenen-Entdeckung aus (Schüklenk 1990a:31). Es gibt zunächst im Diskurs keinen Akteur mit konkretem Bezugspunkt zu seinen Thesen.

Erst allmählich wecken auch seine AIDS-Thesen Interesse. So erhält er eine Einladung zu einem Vortrag an der Medizinischen Poliklinik der LMU München, die von dem von der CSU benannten Mitglied der AIDS-EK, Nepomuk Zöllner, geleitet wird. Auch die konservativen Mediziner Otto Braun-Falco und Frank-Detlef Gobel lehren dort. Es dürfte also nicht übertrieben sein zu sagen, dass Duesbergs erste

öffentliche Präsentation seiner Thesen in Deutschland im April 1988 in der Hochburg des rechten Flügels des bundesdeutschen AIDS-Diskurses stattfindet. Aber auch diese Veranstaltung verläuft ohne öffentliche Aufmerksamkeit.

Immerhin findet Duesberg Aufnahme in den Wissenschaftlichen Beirat der Fachzeitschrift *AIDS-FORSCHUNG*, in der auch unter Bezug auf seinen Vortrag wenig später erstmals im deutschsprachigen Raum über seine Arbeiten und Thesen berichtet wird. Im Anschluss an eine zusammenfassende Darstellung von Duesbergs Thesen werden dort ohne Quellenangabe Erwiderungen referiert, wonach die häufig erfolglosen HIV-Isolationsversuche bei AIDS-Patienten auf die noch ungenügenden Labortechniken zurückzuführen seien. Der geringe Anteil HIV-infizierter Zellen an der Gesamt-T-Zellzahl wird damit erklärt, dass eine einzige HIV-infizierte Zelle über verschiedenste molekularbiologische Mechanismen die Funktion von mehreren hundert Helferzellen beeinträchtigen könne (Kupfer 1988).

Im Sommer 1988 veröffentlicht die Wissenschaftszeitschrift *SCIENCE* eine schriftliche Diskussion zwischen Duesberg auf der einen und Blattner, Gallo und Temin auf der anderen Seite, die von abrupter Kürze und der enormen Schwierigkeit geprägt ist, sich auf eine Argumentationsgrundlage zu verständigen. Während Duesberg neben den oben bereits beschriebenen Einwänden postuliert, HIV müsse biochemische Aktivität entwickeln und AIDS auch im Tierversuch oder bei versehentlich infizierten Menschen hervorrufen, was jeweils nicht der Fall sei, argumentiert die Entgegnung mit klinischen und epidemiologischen Beobachtungen: *"the time of occurrence of AIDS in each country is correlated with the time of introduction of HIV into that country; first HIV is introduced, then AIDS appears"*. Ohne HIV seien hingegen auch keine AIDS-Erkrankungen zu beobachten. Diese Verbindung von HIV-Infektion und AIDS in jeder Hinsicht werde durch die Beobachtung bestätigt, dass gesundheitspolitische Maßnahmen zur Aufhaltung der HIV-Verbreitung entsprechende Rückgänge der AIDS-Zuwachsrates bei den jeweils betroffenen Gruppen wie z.B. bei Empfängern von Bluttransfusionen zur Folge habe. Einschränkung fügen sie hinzu, dass auch die Kenntnis über den Grund einer Erkrankung noch nicht bedeute, seine Pathologie vollständig zu verstehen (Blattner/Gallo/Temin 1988:515). Auch die weiteren Entgegnungen Duesbergs und Blattner/Gallo/Temin führen nicht zu einer Klärung, da die Argumentationsgrundlagen beständig wechseln.

In der *AIDS-FORSCHUNG* wiederholt sich z.T. die oben beschriebene Diskussion der *SCIENCE*. Der führende deutsche Immunologe Reinhard Kurth gesteht dort Duesberg erhebliche Reputation als *"hervorragend molekularbiologisch arbeitender Virologe"* zu und bestätigt im Wesentlichen die Ausgangsanalysen der Viruskritik: *"Auf welche Weise die HIV-Infektion letztlich zur Immunsuppression führt, bleibt derzeit noch ein weitgehend ungelöstes Rätsel"* (Kurth 1989:508). Dem stellt er jedoch Ergebnisse aus Tierversuchen mit den seiner Meinung nach HIV-ähnlichen Viren SIV und FIV sowie Erkenntnisse aus prospektiven epidemiologischen Studien gegenüber, die ihn schlussfolgern lassen, dass die *"Unterbrechung der Übertragungswege von HIV unverändert die zentrale Rolle für die Prophylaxe"* spielt (Kurth 1989:513).

In einem Interview für den *GEN-ETHISCHEN INFORMATIONSDIENST* erläutert Duesberg seine Aussagen in sehr allgemeinverständlicher Sprache aus virologischen Basiskenntnissen heraus. Es sei bisher gängiger Erkenntnisstand, dass zweierlei Arten von Retroviren im menschlichen Körper aufzufinden sind. Einmal solche, die Onkogene besitzen und durch die Krebsinformation zu den potentesten der gegenwärtig bekannten Karzinogenen gehören. Diese Retroviren forcieren für die Tumorbildung das Wachstum der Zellen, zerstören sie aber nicht. Alle anderen Retroviren ohne diese genetische Information seien harmlose Parasiten, von denen der menschliche Organismus eine große Anzahl beherberge. Allgemein akzeptiert ist bislang, dass Retroviren sich nicht zellauflösend verhalten. Diese Gesetzmäßigkeiten seien in der HIV-AIDS-Hypothese außer Kraft gesetzt, da diese davon ausgeht, dass der Verlust der für die Immunreaktion verantwortlichen T-Zellen durch HIV verursacht werde, was schon quantitativ undenkbar sei. Ohnehin führe die Antikörperreaktion des menschlichen Körpers eine antivirale Immunität herbei, die zur Folge habe, dass selbst im Körper an AIDS erkrankter Menschen HIV meist nicht nachgewiesen werden könne (Schüklenk 1989).

Obgleich Duesbergs virologische Argumentation nicht ernsthaft zu widerlegen versucht wird, gilt die Virustheorie weiterhin, weil die ursprünglich eher 'intuitive' Vermutung (Projekt Kritische AIDS-Diskussion 1993:4) der HIV-Entdecker durch Methoden der Epidemiologie bestätigt wird.

### 5.5.3. Die epidemiologischen Thesen des Peter H. Duesberg

Mit der Hinwendung Peter Duesbergs zu epidemiologischen Argumentationsweisen steigert er zwar seine Publizität, dies geht aber einher mit einem Rückgang an Sachlichkeit.

Während die Diskussion um die Viruskritik in der Anfangsphase weitgehend intern und entsprechend sachlich und nach Fachdisziplinen abgegrenzt stattfindet, ist in einer späteren Phase, die ab 1990 ansetzt, eine enorme Emotionalisierung zu beobachten, die mit fachlichen Grenzüberschreitungen einhergeht.

Es ist an dieser Stelle zu bedenken, dass Duesbergs virologische Kritik auf Grund der Dominanz epidemiologischer Analytik aus dem Diskurs ausgegrenzt wird. Die ihm eher leichtfertig entgegengesetzten Widerlegungen<sup>63</sup> beenden den virologischen Aspekt des Diskurses, bevor sich dieser überhaupt in vollem Umfang entfalten kann. Duesbergs folgender, von vielen bedauerter (Schüklenk 1990a:6; Projekt Kritische AIDS-Diskussion 1992:6f.; Lüdeke 1993:48) Einstieg in die dominanten Diskursaspekte der Epidemiologie sowie der Ätiologie hängt mit einer möglichen eigenen Erkenntnis zusammen, dass virologische Gesetzmäßigkeiten wissenschaftstheoretische Lücken offenbaren (Velimirovic 1989:517; Duesberg 1989b:521). Eine andere Interpretation stellt mehr den persönlichen Geltungsdrang Duesbergs in den Mittelpunkt (Silberstein 1992a:16; Kotte/Mazzocco 1993:24f; Neuberg 1993:26f.).

Duesbergs 1991 in der *AIDS-FORSCHUNG* erscheinender Beitrag steht nun auch unter dem Titel 'AIDS-Epidemiologie' und somit außerhalb seines virologischen Fachterrains. Seine Arbeit beginnt er mit der grundsätzlichen Qualifizierung der Epidemiologie mittels des als 'Sprichwort' getarnten sexistischen Witzes "*Epidemiologie ist wie ein Bikini; was enthüllt wird, ist interessant, aber entscheidend ist, was verborgen wird*" (1991:299). Deutlich aggressiver als zuvor wirft er darin der Forschung vor, mit der Annahme des HIV als Krankheitserreger einen grundsätzlichen Fehler begangen zu haben, was sich schon daraus ergebe, dass noch "*kein pathogenes Retrovirus jemals in Menschen nachgewiesen wurde*". Die epidemiologische Evidenz, die nunmehr als Ausflucht genommen werde, sei ein für die Virologie ge-

---

<sup>63</sup>) Diese Charakterisierung bezieht sich vor allem auf Blattner/Gallo/Temin 1988.

radezu absurdes Verfahren. Dies nimmt er als Ausgangspunkt, nunmehr auch die epidemiologische Evidenz der Hypothese in Frage zu stellen (1991:300).

Hier thematisiert er die hohe Korrelation mit besonderen Gesundheitsrisiken wie Drogenmissbrauch sowie AIDS-ähnliche Entwicklungen bei HIV-Negativen aus den sog. 'Risikogruppen'. Den nationalen und geschlechtsspezifischen Unterschied stellt er in den Zusammenhang, dass nach seiner Hypothese das afrikanische AID-Syndrom alten Krankheiten unter einem neuen Namen entspricht. Er sieht hier keine HIV-Infektion, sondern Unterernährung und parasitäre Infektionen als wesentliche Erkrankungsursachen (1991:304).

In Kreisen der AIDS-Forschung wird nun deutlich Abstand genommen. Im Namen der Herausgeber der *AIDS-FORSCHUNG* wirft ihm Kurth (1992) vor, er umgehe alle Argumente, die seine Drogenhypothese nicht unterstützen. Die epidemiologische Korrelation von Drogenkonsum und AIDS-Entwicklung sei kein Beweis: "*Wie jedoch jeder, der sich mit Statistik befaßt hat, sehr schnell lernen muß, heißt Korrelation nicht Ursache*". Duesbergs Drogenhypothese könne nämlich nicht erklären, warum AIDS bei drogenfreien oder längst entzogenen HIV-Infizierten auftrete (ebd.:619f.). Ascher u.a. (1993:103f.) halten ihre Studienergebnisse entgegen, nach denen keine signifikante Korrelation von AIDS und dem Gebrauch von Marihuana, Kokain und Amphetaminen bestehe.

Diese deutliche Distanzierung verkürzt die neueren Arbeiten Duesbergs. Ihm wird im Folgenden häufig der Vorwurf der Reduktion der AIDS-Problematik auf Drogenkonsum gemacht<sup>64</sup>, wohingegen er das Medikament AZT zunehmend in den Mittelpunkt seiner ätiologischen Hypothese rückt (1992:636f.). Dabei stützt er sich vor allem auf die Studie des New Yorker Schwulenaktivisten John Lauritsen 'AZT – Poison by Prescription' (Lauritsen 1990). In Anlehnung an dessen Buchtitel nennt Duesberg (1992:638) AZT 'AIDS by Prescription'.

AZT zerstöre die Kettenstruktur des DNA und schwäche so die Immunabwehr, zu deren Schutz es vorgeblich eingesetzt werde. Auch das Knochenmark werde angegriffen und so die Produktion neuer Helferzellen gestoppt. Die schweren Nebenwir-

---

<sup>64</sup>) So titelt die *TAZ* am 22.5.92 unter Bezugnahme auf Duesberg 'Schuld sind nur die Drogen' (Silberstein 1992a).

kungen des AZT wie Übelkeit, völlige Lethargie und geistige Verwirrung gelten ebenso als typische Anzeichen einer fortschreitenden AIDS-Erkrankung, lauten die schweren Anwürfe Duesbergs (1992:638f.) gegen das Therapeutikum.

Seine nunmehr weitgehend gefestigte und geschlossene Alternativhypothese eröffnet ihm die Möglichkeit zur umfassenden Stellungnahme zum Krankheitssyndrom. Auf dieser Basis leitet er die Annahme ab, die AIDS-Erkrankungen hätten durch die Einstellung des Konsums von Drogen und Anti-HIV-Medikamenten verhindert werden können, jedoch nicht durch das Praktizieren von 'safer sex' und die Verwendung von 'clean needles' für den Konsum unsteriler Straßendrogen. HIV-Antikörpertests bezeichnet er als überflüssig und *"in vielen Fällen von verheerender Wirkung aufgrund der schweren Ängste, die ein positives Testresultat bei den vielen Personen auslöst, die an die Virus-AIDS-Hypothese glauben, und der schweren toxischen Wirkungen der AZT-Prophylaxe"*. Positive gesellschaftspolitische Konsequenzen sieht er zudem in der Aufhebung von Einreisebeschränkungen und Krankenversicherungsausschlüssen sowie einer Kostendämpfung im Gesundheitswesen. Verifizierbar sei seine Hypothese durch Tierversuche mit AIDS-relevanten Drogen (Duesberg 1992:638).

1993 verdichtet er seine Erkenntnisse mit der Studie 'AIDS acquired by drug consumption and other noncontagious risk factors' (Duesberg 1993), in der er weniger die generelle Debatte über die Bedeutung des HIV bedient, als vielmehr detailliert einzelne Fragestellungen im Zusammenhang mit AIDS diskutiert.

Duesberg umrahmt sie mit einer Strukturanalyse der von ihm so bezeichneten 'AIDS-Orthodoxie', die völlig versagt habe in ihrem Versuch *"to predict the course of the epidemic"*. Hier spricht er von einer interessengeleiteten Hysterisierung. Er zitiert den Leiter der Global AIDS Policy Coalition der Weltgesundheitsorganisation, Jonathan Mann, mit Worten aus dem Juni 1992: *"The pandemic is dynamic, volatile und unstable. ... An explosion of HIV has recently occurred in Southeast Asia, in Thailand"*. Er hält ihm entgegen, dass entgegen den vorherigen Warnungen die 'Allgemeinbevölkerung'<sup>65</sup> völlig ausgespart geblieben sei. *"Instead, American and European AIDS has spread, during the last 10 years, steadily almost exclusively among intravenous drug users and male homosexuals who were heavy users of sexual stimulants and had hundreds of partners"* (1993:203).

---

<sup>65</sup> Auch Duesberg setzt diesen Ausdruck in Anführungsstriche ('general population').

Tatsächlich sei die Propaganda vom "*deadly virus*" nicht auf der Basis wissenschaftlicher Erkenntnis begründet, sondern "*It was instead grounded on the universal admiration and respect of the germ theory*" (=Erregertheorie). Die Erregertheorie habe zwar im ausgehenden 19. Jahrhundert die Ära der Infektionskrankheiten beendet, stehe aber heute nur noch mit weniger als ein Prozent der Todesfälle in der westlichen Welt in Verbindung. Diese Erregertheorie lebe fort im Bewusstsein sowohl der Wissenschaftler als auch der Öffentlichkeit als Bild eines 'guten' Körpers, der vor 'bösen' Mikroben geschützt werden soll. Dieser Irrglaube gehe so weit, dass sogar "*progressive scientists and policymakers are not interested in recreational and medical drugs and man-made environment toxins as cause of diseases, because the mechanisms of pathogenesis are predictable*".

Bedeutend für diesen Zusammenhang sei auch die wissenschaftliche und kommerzielle Unattraktivität der Vergiftungsprävention. So sind trotz der seiner Meinung nach unbedeutenden Rolle der Virologie für den Nutzen der Bevölkerung bereits zehn Vertreter ihres Standes mit dem Nobelpreis ausgezeichnet worden (vgl. auch *SPIEGEL* vom 28.4.86). Der vorläufige Höhepunkt dieses gesellschaftlichen Irrglaubens habe sich im Krebs-Programm seit 1971 manifestiert. An dessen größten Erfolgen ist Duesberg zwar selber beteiligt<sup>66</sup>, doch gibt er sich im Nachgang selbstkritisch und bescheiden: "*Although the Virus-Cancer program has generated such academic triumphs as retroviral oncogenes (Duesberg and Vogt, 1970) and reverse transcriptase (Temin and Mizutani, 1970), it has been a total failure in terms of clinical relevance*" (1993:255).

Diese fatale Ausgangslage habe dazu geführt, dass sich die Wissenschaft heute selber lahmlege: "*Intended to buy a fast solution for AIDS, these funds have instead paralyzed AIDS research by creating an instant orthodoxy of retrovirologists that fiercely protects its narrowly focused scientific expertise and global commercial interests*" (1993:256).

Abschließend geht er auf die publizistisch im Zusammenhang mit dem Welt-AIDS-Kongress 1992 stark diskutierte Frage der AIDS-Erkrankung ohne HIV ein (vgl.

---

<sup>66</sup>) Als Entdecker der krebsbegünstigenden Onkogene ist Duesberg 1988 selber für den Nobelpreis vorgeschlagen worden; seine Thesen zu AIDS haben der Erlangung dieser Reputation aber scheinbar im Wege gestanden, spekuliert Schneider (1991).

Lass/Höner 1992:28f.). Es gäbe jedoch nicht nur die einzelnen HIV-freien AIDS-Fälle, über die unabhängige KongressteilnehmerInnen dort berichten konnten, vielmehr listet Duesberg mehrere Quellen auf, in denen entsprechende Studien aufgeführt sind. Sie summieren sich auf insgesamt über 3.000 AIDS-Fälle ohne HIV und stellen seiner Meinung nach nur die Spitze des Eisberges dar (1993:260).

Duesberg kündigt zu dieser Zeit das baldige Erscheinen einer umfassenden Monografie über AIDS an, die er in Zusammenarbeit mit seinem Mitarbeiter Bryan J. Ellison erarbeitet hat. Durch einen Rechtsstreit zwischen Duesberg und Ellison verzögert sich die Veröffentlichung jedoch mehrmals und es wird einige Jahre still um Duesberg. Erst Ende 1995 veröffentlicht John Yiamounyiannis gemeinsam mit Duesberg den Sammelband 'AIDS'. Diese Edition enthält im Wesentlichen die oben erwähnten Arbeiten und wird 1997 in deutscher Übersetzung veröffentlicht. 1996 kommt es zu mehreren Buchveröffentlichungen Duesbergs. Zunächst erscheint in Holland der Sammelband 'AIDS: Virus or Drug Induces?' (Duesberg 1996a), dann als Zusammenstellung von dreizehn wissenschaftlichen Artikeln Duesbergs das Buch 'Infectious AIDS: Have We Been Mised?' (Duesberg 1996b). Schließlich erscheint Ende 1996 das mit Ellison erarbeitete, 722 Seiten umfassende 'Inventing the AIDS Virus' in Alleinherausgabe von Duesberg (1996c). Auch in dieser Arbeit zeichnet Duesberg zunächst ein umfassendes Bild amerikanischer Virologen-Kreise. Nach der Phase eines "*Great Bacteria Hunts*" (ebd.:31) über eine des "*Virus Hunting*" (ebd.:61) beschreibt er ein dramatisches Scheitern im "*War on Cancer*" (ebd.:89), das durch proklamierte Erfolge in der AIDS-Bekämpfung kompensiert werden solle (ebd.:131ff.).

Hier kommt es nach Duesberg zu einem Interessenbündnis der Virologen mit den Spezialisten des 'Epidemic Intelligence Service' (EIS), die seit 1951 ausgebildet und inzwischen wesentliche Schlüsselpositionen der öffentlichen Gesundheitsverwaltung bis hin zu den internationalen Diensten innehaben (ebd.:135). Tatsächlich folgt das Auftreten von AIDS zeitnah der erstmaligen Züchtung und Messung von T-Helferzellen, der Entdeckung und Isolation von Retroviren und einem gleichzeitigen Beschäftigungsvakuum für "*huge, well-financed establishment of scientific research teams*" (ebd.:131). In dieser Logik ist die Krankheitsdefinition AIDS genau das, was in entsprechend interessierten Kreisen benötigt wird, um vom eigenen Misserfolg ablenken und die entwickelten Innovationen massenhaft anwendbar und somit industriell verwertbar zu machen.

Andererseits scheint mit dieser – zuvor schon von Ilse Lass (1995) sowie Lass/Höner (1992) beschriebenen – Enthüllung des EIS eine Art Verschwörungstheorie durch. Zwar mag die personelle Übereinstimmung der EIS–Absolventen mit den AIDS–Akteuren ungemein hoch sein. Doch handelt es sich bei der Etablierung von Krankheitsdefinition und Ätiologiekonzept um eine sehr begrenzte us–amerikanische Wissenschaftsszene, die miteinander ohnehin vielfach verflochten ist.

Vor allem ist gegen Duesberg und Lass/Höner einzuwenden, dass von ihnen die Gesetzmäßigkeit von Wissenschaft nicht als Macht–Wissens–Komplex begriffen wird, dem der Expansionsdrang zwangsläufig innewohnt, sondern einem abstrakten humanistischen Bild folgend als 'wahr' oder 'unwahr' betrachtet und entsprechend skandalisiert wird.

Die Bipolarität von wahr/unwahr, Freund oder Feind, bildet sich auch ab in der Beschreibung anderer 'AIDS–Dissidenten', wie Duesberg (1996c:243) sie nennt. So betrachtet Duesberg Joseph Sonnabend, der mit einer sog. 'multifaktoriellen Theorie' die Bedeutung des HIV schon frühzeitig in Frage stellt, als einen Gegner, dem es sogar gelänge, über "*peer pressure*" (ebd.:246) seinen Unterstützer Robert Root–Bernstein zu einer Distanzierung zu bewegen. Die späteren Arbeiten Root–Bernsteins (1992, 1993) zu Autoimmunologie–Erscheinungen bei AIDS wischt er mit wenigen Worten vom Tisch. Duesberg scheint zu diesem Zeitpunkt nur noch Unterstützer oder Gegner zu kennen.

Entsprechend nimmt Duesberg die öffentliche Auseinandersetzung um ihn und seine Thesen kaum mehr inhaltlich wahr, sondern interpretiert sie im Wesentlichen als Zensur seiner freien Meinungsäußerung, die in Medien (ebd.: 388ff.) und der Fachliteratur (ebd.: 396ff.) vorgenommen werde. Auch wenn ihm hier sicherlich an vielen Punkten zuzustimmen ist, gelingt es ihm nicht, auch übergeordnete Zusammenhänge zu antizipieren und sich auf diese Art und Weise ein gewisses wissenschaftliches und soziales Standing zu sichern.

#### **5.5.4. Das alternative 'Internationale Symposium: AIDS – A Different View' vom 14. bis 16. Mai 1992 in Amsterdam**

Auf dem ersten internationalen KritikerInnentreffen werden verschiedene Ansätze alternativer AIDS-Betrachtung zusammengestellt. Der Aufbau einer gemeinsamen Handlungsstruktur scheidet jedoch an unterschiedlichen präventionspolitischen Vorstellungen insbesondere über 'Safer Sex'-Praktiken.

Auf Einladung der unabhängigen holländischen Forschungsgruppe SAAO findet im Mai 1992 im Vorfeld des am gleichen Ort zwei Monate später stattfindenden Welt-AIDS-Kongresses das erste internationale Treffen von ca. 200 WissenschaftlerInnen statt, auf dem die wesentlichen Eckpfeiler des vorherrschenden AIDS-Verständnisses massiv kritisiert werden (SAAO 1992).

HIV-Entdecker Luc Montagnier zeigt sich in seinem Vortrag vor allem unsicher über den weiteren Verlauf der AIDS-Forschung, räumt aber auch gravierende Fehler in der Vergangenheit ein, die er unter dem Leitsatz *"Dogmatismus ist eine tödliche Sünde im Wissenschaftsprozess"* (Albonico 1992a) erläutert: HIV als alleinigen Auslöser von AIDS zu sehen betrachte er heute selber als verkürzt. HIV-Infektionen seien nach seinem jetzigen Erkenntnisstand überlebar, ebenso wie es auch einzelne Fälle AIDS-ähnlicher Immunschwäche bei HIV-negativen Patienten zu geben scheine. Damit es zur Zellzerstörung komme, brauche es weiterer Antigene wie etwa Mykoplasmen<sup>67</sup>, wobei er nicht ausschließen will, dass solche als sog. Superantigene alleine für die Progression einer AIDS-Erkrankung ausreichen könnten (Goudsmit 1992:1290). Der Wirtsorganismus spiele insgesamt eine ebenso wichtige Rolle wie die Viren. Die große Unsicherheit über die Entstehung von AIDS beruht nach Montagniers Meinung darauf, dass fast nur Laboruntersuchungen vorliegen und kaum Forschungen über die Verhältnisse im lebenden Organismus (Albonico 1992b).

Duesberg attackiert Montagnier trotz dieses Eingeständnisses, da hier weiterhin eine Gefährlichkeit des HIV impliziert sei. In einzelnen Kongressforen wird sich um Entschlüsselung der Krankheit bemüht, und hier zeigt sich die Unterschiedlichkeit

---

<sup>67)</sup> Mykoplasmen sind Bakterien ohne Zellwand, die häufig im Genitalbereich vorkommen. Sie gelten nach dem AIDS-Taschenwörterbuch (Dressler/Wienold 1992:73) als nicht krankheitsauslösend.

der sich gerade organisierenden Kritik. Die amerikanische Wissenschaftlerin Joan McKenna (1992) äußert sich in dem Forum 'Multikausale Theorien', beim AID-Syndrom handele es sich um unterdrückte Syphilis. Sie weiß spezialisiert Kofaktoren zu benennen, wobei sie die sadomasochistische Szene anprangert, in dem sie schlimme Konsequenzen ableitet aus der bewussten Zufügung physischer Schmerzen unter Schwulen. Der bereits erwähnte Arzt und Molekularbiologe Joseph Sonnabend (1992) plädiert an seine KollegInnen, eine möglichst präzise Individualdiagnose der gesundheitlichen, psychologischen und sozialen Probleme jedes einzelnen Patienten vorzunehmen. Interesse und Einfühlungsvermögen seien das wichtigste Therapeutikum. Sein bekanntester Patient ist zum damaligen Zeitpunkt der 1995 verstorbene Michael Callen, der bereits 1981 als Vollbild-AIDS-Kranker eingestuft ist und sich trotz zahlreicher opportunistischer Infektionen jahrelang eines guten Gesundheitszustandes erfreut. Callen hat 1982 in New York die Selbsthilfegruppe 'People with AIDS' und später Act Up mitgegründet (vgl. 5.2.3.). Callen, der damals wohl bekannteste der sog. 'Langzeitüberlebenden', weist die Hypothese zurück, dass eine HIV-Infektion zwangsläufig zu AIDS und AIDS zwangsläufig zum Tod führe. Dass er mit seinem Schicksal nicht alleine steht, beweist sein Bericht über die gut fünfzig anderen Langzeitüberlebenden, die er im Laufe einiger Jahre für sein Buch 'Surviving AIDS' (Callen 1990) interviewt hat. Zwar mache jede/r AIDS-Kranke eine individuell verschiedene Krankheit durch, es gebe jedoch ein gewisses Profil der Überlebenspersönlichkeit, wobei im Vordergrund die Bereitschaft stehe, das Schicksal in die eigene Hand zu nehmen. Hier deckt sich Callens Erfahrung in der Selbstreflektion und der Selbsthilfearbeit mit dem von der WHO propagierten 'Empowerment'-Ansatz (vgl. 2.4.4.). In der konkreten Umsetzung gehört dazu nach Callen die Auswahl eines Arztes, zu dem ein uneingeschränktes Vertrauensverhältnis bestehe, Veränderung der Lebensweise besonders durch Safer Sex und verbesserte Schlaf- und Essgewohnheiten und vor allem der Glaube an die Möglichkeit des Überlebens, die zumeist einher gehe mit einer Ablehnung jeglicher toxischer Behandlung durch AZT oder anderer Chemotherapeutika (Callen 1992). Seine scharfe Kritik am Desinteresse der Forschung an ihm und anderen Langzeitüberlebenden wird von zahlreichen anderen TeilnehmerInnen des Symposiums unterstützt und entwickelt sich zu einer zentralen Forderung der gesamten Veranstaltung.

Die weitestgehenden Selbstorganisationsansätze werden aus England von der Gruppe 'Positively Healthy' (PH) mit über 300 Mitgliedern vermeldet, die sich ne-

ben der Herausgabe einer Zeitung in öffentlichen Diskussionen mit der medizinkritischen Debatte beschäftigt und Erfahrungen sammelt in alternativen Behandlungsformen der chinesischen Medizin, Akupunktur, Homöopathie, Psychoneuroimmunologie und auch makrobiotischen und anderen Formen der Ernährungsumstellung (Mann 1992; vgl. auch Levy 1992).

Aus ähnlichen Beweggründen heraus ist in New York die Organisation 'Heal' entstanden, die sich zu einer alternativen Institution entwickelt hat. Es scheint sich positiv auszuwirken, dass sie sich in umstrittenen Fachfragen nicht positioniert. 'Heal' existiert seit 1982 und hat sich schon seit einigen Jahren von der Reduzierung auf AIDS–Erkrankungen gelöst. Auch zu Krebs, chronischem Müdigkeitssyndrom und anderen Krankheiten verbreitet sie weniger bekannte Informationen und unterstützt alle Arten alternativer und holistischer Behandlung. Es wird von mehr als 125.000 beantworteten Anfragen und vielen tausend TeilnehmerInnen an Bildungs- und Selbsterfahrungsseminaren berichtet, die überall in der Welt veranstaltet werden (Ellner 1992, vgl. 5.5.9.).

Nach Meinung des britischen Journalisten Jad Adams seien WissenschaftsjournalistInnen medizinischer Autorität gegenüber zu unterwürfig, es herrsche zuviel Angst davor, als unseriös oder als Verschwörungstheoretiker zu gelten. Die HIV–Theorie in Frage zu stellen, gelte als *"somehow dangerous or cranky"* und Leben könne nur gerettet werden bei allgemeiner Akzeptanz der mehrheitlichen Doktrin. Dies schaffe eine *"false atmosphere of unanimity in the scientific community"* und sei ein schwerer Fehler der Medien (Adams 1992).

Besonders viel Aufmerksamkeit wird dem Begründer der 'Somatischen Theorie', dem Kanadier Gaston Naessens entgegengebracht. Er hat in Anknüpfung an weitentwickelte und –verbreitete mikrobiologische Forschung in den USA, die nach Ende des Zweiten Weltkriegs systematisch verdrängt worden sei, eine Apparatur ('Somatoscope') entwickelt, mit Hilfe dessen er Basispartikel analysieren kann, die ein stark verändertes Bild biologischer Phänomene zeigen. Diese Sichtweise widerspreche der gängigen pharmakologischen Therapierung auch von AIDS und belege vielmehr die Wirkungsweise naturheilkundlicher Verfahren (Naessens 1992, vgl. auch Bird 1991).

Am Ende des Symposiums kommt es zu einem Eklat. Duesbergs Akzentuierung auf Drogen und Medikamente als AIDS–Auslöser spitzt er auf dem Symposium zu: 'Sa-

fer–Sex'–Kampagnen seien unsinnig, weil AIDS eben keine sexuell übertragbare Krankheit sei. Das ruft den Protest einiger der namhaftesten TeilnehmerInnen hervor, die sich in einer Presseerklärung von ihm distanzieren und "*Safer Sex als unsere wichtigste Waffe im Kampf gegen AIDS*" hervorheben (Stewart u.a. 1992).

Wenn auch das Symposium sich nach Auszeiten und Vermittlungsgesprächen wieder soweit geeinigt hat, eine Art internationales Netzwerk aufzubauen, welches über eine informelle Ebene hinausgehend auch eine regelmäßige Publikation (*RETHINKING AIDS*) herausgibt, so bleibt die 'Safer–Sex'–Debatte doch die Gretchenfrage der Kritikergemeinde, die sie in weiten Teilen der Öffentlichkeit in 'gut' und 'böse' spaltet und gemeinsam handlungsunfähig macht.

Auch in diversen Presseveröffentlichungen wird dieser Widerspruch in den Vordergrund gestellt (SPIEGEL 22/92; Lucas 1992; Goudsmit 1992), wengleich vor allem zu registrieren ist, dass die Medien mehr als zuvor berichten. Insgesamt ist festzustellen, dass die öffentliche Diskussion der Viruskritik starke Zersplitterung der Akteure ausdrückt und in den Medien zwar erstmals umfassend, aber doch überwiegend ablehnend diskutiert wird.

Es ist vor allem die Quantität der TeilnehmerInnen und die Fülle ihrer Beiträge, die die KritikerInnen zukünftig selbstbewusster auftreten lässt. So entstehen oder verwirklichen sich in der Folgezeit eine Fülle von Projekten, von denen ich im Folgenden exemplarisch den Dokumentarfilm 'Die AIDS–Rebellen' und seine öffentliche Rezeption darstellen werde.

### **5.5.5. Der Dokumentarfilm 'Die AIDS–Rebellen'**

Im November 1992 wird der Dokumentarfilm 'Die AIDS–Rebellen' uraufgeführt. Da nach zehn Jahren aufwendiger Forschung trotz Versprechungen kein Impfstoff und keine Hilfe für AIDS–Kranke in Sicht sei und sowohl Forschung als auch Politik auf der Stelle träten, sei es nach Meinung der Filmemacher dringend geboten, die Grundannahme zu hinterfragen, ob HIV wirklich die Ursache von AIDS sei. Die Filmemacher um den Regisseur Fritz Poppenberg (1992) zollen sich das Verdienst

der *"erste(n) umfassende(n) Arbeit dieser Art in Deutschland"*, indem sie *"unveröhnliche Gegner aus Wissenschaftsszene und AIDS-Politik"* (PAD 1992:4) zu Wort kommen lassen. So wird auch Meinrad Koch interviewt, der sich jedoch später empört über die Vereinnahmung für einen Film, dessen Intention er nicht durchschaut habe (Höfner 1992). Die Filmbewertungsstelle Wiesbaden bezeichnet den durch verschiedene Länderförderungsanstalten mit insgesamt rund 500.000 DM geförderten Film in einem Gutachten zunächst als *"gelungenes Beispiel für Gegenöffentlichkeit im besten Sinn"* und verleiht ihm das Prädikat 'besonders wertvoll'. Auch die noch in DDR-Zeiten gegründete Schwulen- und Lesbenzeitung *DIE ANDERE WELT* (11/92) urteilt: *"Wenn nur zwanzig Prozent dieses Films sich als wahr herausstellen sollten, dann stehen wir vor einem AIDS-Watergate"*.

Die übrige Pressekritik kommentiert jedoch überwiegend ablehnend. Das *NEUE DEUTSCHLAND* (1.12.92; Sturm 1992), die *NEUE ZEIT* (30.11.92), die *TAZ* (28.11.92), die *FRANKFURTER RUNDSCHAU* (2.12.92; Höfner 1992) und das Schwulenmagazin *MAGNUS* (1/93) überbieten sich nahezu in negativen Wertungen wie *"dubios"*, *"tendenziös"* oder charakterisieren den Film als *"schlechten Propagandafilm"*, wie der 'Bundesverband Homosexualität' in seinem Verbandsblatt *BVH-AKTUELL* vom Februar 1993 titelt. Kritik gibt es aber auch aus den eigenen Reihen der Viruskritiker, die ihm die Reduzierung auf die Schwulen- und Drogenproblematik vorwerfen (Schüklenk 1993:2).

Herausragend aus der negativen Filmkritik ist die Vorabbesprechung durch den verstorbenen Journalisten Tom Kuppinger im Berliner Stadtmagazin *ZITTY* unter dem Titel *'Prädikat: gemeingefährlich'*. Die Methode des diskursiven Ausschlusses tritt hier besonders offen und nicht von professionell-seriösen Ansprüchen abgeschwächt zu Tage. Bereits im Untertitel *'Wer stoppt den Film zur AIDS-Lüge?'* drückt sich die Intention Kuppingers aus, der Darstellung der Viruskritik müsse mit Zensur, oder, soweit dies nicht möglich erscheine, mit Boykott begegnet werden (Kuppinger 1992:16). Es wird deutlich, dass zu AIDS ohnehin eine Zensur existiert, die nur einen Ausschnitt der Diskussion passieren lässt, denn Kuppinger beschreibt den Konsens zwischen sich alternativ wählenden Zeitschriften, die Thesen Duesbergs nicht zu publizieren: *"Deshalb haben auch wir – wie viele andere Medien – dieses Thema lange bewußt totgeschwiegen"* (ebd.), wobei als Grund eine Gefährdung der Präventionsbotschaft ('Safer-Sex') angegeben wird. Es gehört jedoch zu den Mechanismen der Zensur, dass deren vorgeblicher und tatsächlicher Zweck aus-

einanderfallen. Die Abwehr gegen die Infragestellung des 'Safer Sex' durch Duesberg dient hier konkret als Vorwand gegenüber der gesamten Infragestellung der sexuellen Übertragbarkeit der Krankheit oder auch nur der Problematisierung des kausalen Zusammenhanges von HIV und AIDS, womit die mögliche Auswirkung dem Zweck um eine entscheidende Nuance vorverlagert wird.

Der Ausschluss aus dem Diskurs geschieht mittels der Definition eines "*Minimalkonsens*" (ebd.), welcher den Fokus der Untersuchungen bestimmen soll: HIV führe zu AIDS. Jede Untersuchung, die diese These bestätigt, wird als 'seriös' bezeichnet, jedes Erklärungsmodell, das ohne sie auskommt, dagegen als 'abenteuerlich'. Ein Minimalkonsens, der nicht von allen akzeptiert wird, ist allerdings keiner. Zentrales Mittel des Ausschlusses aus dem Diskurs ist die Verächtlichmachung neben dem sonst geübten Verschweigen, was sich laut Kuppinger bislang in dieser Auseinandersetzung bewährt habe, in Anbetracht des Filmes jedoch als nicht mehr ausreichend befunden wird. Menschen, die sich mit Gesundheit und Politik beschäftigen, werden hier zur "*Laienschar*" und als "*sektenartig*" abqualifiziert: "*ein kleines aggressives Geflecht von Amateurschreibern, Pseudowissenschaftlern und Freizeit-Journalisten*" (ebd.). Der Professor und ehemalige Leiter des Schweizer Blutspendedienstes, Alfred Hässig (1992), der im Film mehrmals zu Wort kommt, wird zum "*ominösen Professor*" (ebd.:19) erklärt. Das rhetorische Stilmittel des Lächerlich-Machens ist an westlichen Chauvinismus angelehnt und richtet sich bereits gegen mögliches Interesse. Die schon in DDR-Zeiten erschienene Zeitschrift *DIE ANDERE WELT* wird als "*naives Schwulenblättchen*" mit "*hochgefährdeten Lesern*" (ebd.:17) bezeichnet, als negative Typisierung wird von einem "*21jährigen, isolierten jungen Schwulen aus Pankow*" berichtet, den Kuppinger in einer Kneipe gesprochen haben will, und dessen Zustimmung zur Viruskritik mit der diskursiven Todesdrohung "*Tschüß, Junge*" (ebd.:18) kommentiert wird.

Die im Paradigma operierenden Experten werden hingegen als solche vorgeführt, ihre Zitate gelten als Beweise. Äußerungen gegen sie widerlegen sich quasi von selbst. Ein solcher Diskurs verschweigt das Zustandekommen seiner eigenen Realität und kann von außen nicht betreten oder gar mitgestaltet werden.

Ogleich sowohl das Rahmenprogramm als auch vor allem die Uraufführung mit anschließender Podiumsdiskussion mit rund 500 TeilnehmerInnen besucht ist, findet der Film über mehrere Monate keinen Vertrieb und kann so erst im Juni 1993 an-

lässlich des Welt-AIDS-Kongresses in Berlin in den Kinos anlaufen. Das inzwischen nachgelassene öffentliche Interesse sowie der von der AIDS-Aktionsgruppe Act Up Berlin plakatierte Boykottaufruf lassen den Film in Berlin vor weitgehend leeren Häusern spielen. Auch in anderen Städten wird er bereits nach kurzer Anlaufphase wieder aus dem Programm genommen. Auch andere Verbreitungsformen über Sendeanstalten gelingen nicht.

Der Verbreitungsansatz der „AIDS-Rebellen“ erfährt beim versuchten Übergang in die öffentliche Debatte eine schwere Zurückweisung. Während die Wissenschaftsgemeinde ebenso wie die Betroffenenzene die Debatte um Duesberg und ähnliche Ansätze zunächst mit einem gewissen Interesse beobachten und in zentralen Organen wie der *AIDS-FORSCHUNG* oder dem Magazin *VORSICHT* die Argumente darstellen, wenden sich insbesondere Wissenschaftler und Selbsthilfe-Aktivisten an diesem Punkt mit enormer Aggressivität gegen Duesberg. So ist der Boykottaufruf gegen den Film von unterstützenden Aktionen begleitet, und anlässlich eines Vortrages von Duesberg an der FU Berlin kommt es gar zu handgreiflichen Auseinandersetzungen und einer polizeilichen Räumung, als Studenten die Veranstaltung verhindern wollen (Bollwahn 1995). In der *NATURE* stellt sich Herausgeber Jon Maddox (1993) die Frage „*Has Duesberg a Right to Reply?*“ und beantwortet sie selbstredend mit einem klaren Nein, er fordert vielmehr Duesberg auf, generell zu schweigen. Die *MEDICAL TRIBUNE* übernimmt das Lay-Out der *BILD*-Zeitung und klotzt in großen Lettern „*Prof. Duesbergs irre Thesen*“, ergänzt um den mit einem Fragezeichen nur mühsam abgeschwächten Untertitel „*Prof. Duesberg – der Anwalt des Todes?*“ (Wienold 1993).

Aus grundsätzlich ähnlichen Perspektiven wie die AIDS-Kritiker formulieren sich verschiedene Ansätze von Alternativtherapie, von denen ganzheitliche Konzepte und die Psychoneuroimmunologie im Folgenden kurz vorgestellt werden.

### 5.5.6. Psychoneuroimmunologie und Ganzheitliche Medizin

Die Psychoneuroimmunologie integriert Ansätze alternativer Medizin in die Logik der Apparatemedizin, stellt damit aber auch ein Sprachrohr für Kritikansätze aus diesem Bereich dar.

Auf ihrer Beschäftigung mit den Verbindungen zwischen Psychologie, Neurologie und Immunologie basiert ihre Sonderrolle im AIDS–Diskurs, denn es beziehen sich sowohl AIDS–KritikerInnen als auch VertreterInnen der 'Orthodoxie' auf die Psychoneuroimmunologie.

Die Auseinandersetzung darüber, welchen Einfluss psychisches Wohlbefinden und Stress auf das Immunsystem haben, ist eine Basisfrage des AIDS–Diskurses, weil sich von der entsprechenden Antwort weitreichende Rückschlüsse auf das gesamte Krankheitsbild und darüber hinaus auf das jeweilige Menschenbild und auch Naturverständnis ableiten lassen. Die Antwort erhellt in gewisser Weise die entsprechende kulturelle Ideologie.

Traditionelle medizinische Systeme gehen von dem Grundsatz der Verbindung zwischen Körper, Geist und Seele aus. Dieser Ansatz wird auch Holismus (Ganzheitlichkeit) genannt. In der traditionellen chinesischen Medizin zum Beispiel ist diese Verbindung die Grundlage der meisten medizinischen Maßnahmen. Die Psychoneuroimmunologie scheint der Versuch der westlichen Forschung zu sein, diesen Ansatz zu verstehen, zumindest aber zu integrieren. Die Bedeutung des Wortes ergibt sich aus drei Teilen: Psyche (Geist/Seele), Neuro (Denken) und Immunologie (Körper). Sowohl Psychoneuroimmunologie als auch Holismus beschäftigen sich mit den Wechselwirkungen zwischen diesen verschiedenen Teilen und den Wirkungen, die jeder einzelne Bereich auf die anderen Bereiche haben kann (Heyman 1993:19).

Als erst in den 80er Jahren akademisch etablierte Forschungsrichtung (Deutsche AIDS–Stiftung 1990:86ff.) wird der Psychoneuroimmunologie im medizinischen Diskurs eine Offenheit entgegengebracht, die sich deutlich abhebt von der diskursiven Ausgrenzung eines 'ganzheitlichen Ansatzes' in der kurativen Medizin, obgleich auch die Psychoneuroimmunologie aus dieser Denktradition entstanden ist. So wird dieser Forschung zugestanden, *"erstmalig wissenschaftlich zu bestätigen, daß ein Einfluß (...) psychischen Wohlbefindens und Streß auf das Immunsystem (...) mög-*

lich ist" (Heyman 1993:17). Ellis Huber (1996:55) bezeichnet die Psychoneuroimmunologie sogar als „*Relativitätstheorie der Medizin*“ und erwartet von dieser Wissenschaftsrichtung die Eröffnung neuer Horizonte in der Heilkunst.

Dieser Forschungsansatz ermöglicht Erkenntnissen den Zugang zum medizinischen Diskurs, die in Betroffenenkreisen als vermeintliche Selbstverständlichkeiten gelten. So wird die gesundheitsstabilisierende Wirkung von Selbsterfahrungs- und Therapiegruppen, von Stressmanagement oder einfach von sportlicher Betätigung herausgearbeitet. Auch die schnellere Krankheitsprogression bei betroffenen Frauen wird unter dem Aspekt psychosozialer Faktoren gesehen. Augenfällig ist in diesem Zusammenhang der Mangel an frauenspezifischer Thematisierung im AIDS–Diskurs, die die Krankheit per Definition weitgehend zu einer Erscheinung in der Männerwelt degradiert, indem sie männertypische Symptome fixiert, um sie im Weiteren dann über subtile Stigmatisierung zu einer von Schwulen, Schwarzen und eben Frauen verbreiteten Seuche zu erklären, wie Cornelia Filter (1992:27ff.) in ihrem Beitrag für die Frauenzeitschrift *EMMA* unter dem metaphorischen Titel 'Virus Mann' schreibt.

In der Sprache schwuler Selbsthilfe fasst Christian Denzin (1992) von der Berliner Schwulenberatung in einem Vortrag zum Thema auf dem Berliner AIDS–Symposium im Dezember 1992 die psychische Belastung so, dass Schwule mit AIDS einem umfassenden sozialen Verelendungsprozess ausgesetzt seien, der auf ihre Gesundheit rückkoppelte. Die Selbstabbildung als 'aidskrank' stelle eine schwerwiegende Differenz zur nichtkranken Umwelt dar. Aber es ist keine nur individuelle Entscheidung, sich 'krank' zu fühlen, sondern auch von außen bestimmt durch mögliche soziale Folgen wie Beziehungs-, Berufs- und Wohnungsverlust und darüber hinaus eine Marginalisierung sogar innerhalb der Schwulenszene, in der Jugendlichkeit und Fitnesskult zentrale Werte sind (ebd.).

Zugespitzt wird dieser Ausgangspunkt von Nancy Nüchtern (1993:29) in der Ringvorlesung Homostudien der Berliner Humboldt–Universität: *"Die Polarisierung Hetero/Homo (...) wird weiter verstärkt und gleichzeitig in sich aufgefächert durch AIDS. AIDS hat eine Realitätsdimension, die unser Leben praktisch mitgestaltet. Sie enthält gleichzeitig die Gefahr, unsere Selbstunterdrückung weiter zu verstärken, und die Möglichkeit, solidarisches Handeln zu entwickeln."*

Streng im Diskurs der Psychoneuroimmunologie ist seine Erkenntnis angesiedelt, dass ein HIV-positives Testergebnis einen biografischer Bruch des Betroffenen bedeutet (ebd.:26f., vgl. auch 5.3.6.). Dieser Bruch hin zu einer *"positiven Identität"* (vgl. auch Meurer 1998) wird von außen gesetzt, nicht aus einem Prozess heraus vollzogen, denn er geschieht in Reaktion auf die diskursive Todesdrohung. Der der Identitätsfindung zugrundeliegende Widerspruch verläuft jedoch seiner Meinung nach nicht entlang der Linie positiv/negativ, sondern zwischen Positiven und jenen Leuten, die behaupten und praktisch durchsetzen, dass Positive an AIDS sterben (ebd.).

Entsprechende Überlegungen der Psychoneuroimmunologie werden im deutschsprachigen Raum 1988 auf dem Bonner Symposium 'Psychoneuroimmunologie und HIV-Infektion' vorgestellt und sind in dem Reader 'AIDS und Psyche' veröffentlicht. So scheint es erwiesen, dass der Verlust einer engen Bezugsperson zu einer meßbaren Immunschwäche führen kann: Durch Depression, Einsamkeit und Angst kommt es häufig zu einem Abfall der T4-Lymphozyten (Deutsche AIDS-Stiftung 1990:181ff.). Untersuchungen zeigen, dass der entscheidende Faktor das schlechte Verarbeiten/Nicht-Fertigwerden mit einer Situation ist, was sozusagen zu einer vitalisierten Versagens-Gestimmtheit führt, woraus der Schweizer Arzt und Psychoneuroimmunologe Hans Albonico (1991:5) die Analogie zieht: *"Wir erkennen ganz genau die Situation z.B. des Drogenpatienten!"*.

Entsprechendes bestätigt auch seine Untersuchung über die Anzahl der T4-Helferzellen zur Prüfung des Zustandes des Immunsystems. In der Regel wird über einen Rückgang dieser Zahlen auch der Mechanismus des AIDS erklärt. Albonico (1992b) meint, dass bereits die Mitteilung über den positiven Befund eines HIV-Antikörper-Testergebnisses die Anzahl der Zellen senkt, auch wenn sie später wieder ansteigen: *"In the clutch of AIDS, fear is so predominant that an HIV-test alone, regardless of its result, can lead to a drop of T4-lymphocytes"*.

Die Psychoneuroimmunologie ist jedoch Bestandteil eines nachsorgenden, kurativmedizinischen Ansatzes. Dieses kurativmedizinische Modell der Ärzteschaft schreibt jeder Gesundheitsbeeinträchtigung eine spezifische somatische Ursache zu, die anhand bestimmter organischer Schädigungen identifiziert werden soll (Hurrelmann 1988:121f.). Verschiedene Noxen (Bakterien, Viren, toxische Substanzen oder innerorganismische, zelluläre Fehlentwicklungen) führen nach diesem *"Defizit-"* (Kickbusch 1992:102) oder *"Defekt-Modell"* (Legewie 1987:319) zu einem Stö-

rungsprozess, der einem naturwissenschaftlichen Determinismus unterliegt. Hier bleibt die Psychoneuroimmunologie wie die gesamte psychosomatische Medizin als Erweiterung im Bezugsrahmen der Kurativmedizin, denn die Gedankenansätze beziehen sich auf das Individuum, das aus seinen sozialen Bezügen herausgelöst wird, mithin als nicht verallgemeinerbar aus dem Zuständigkeitsbereich der Politik herausfällt (vgl. Grossmann 1990:87).

Psychoneuroimmunologie ist dabei behaftet mit dem negativen Beigeschmack von vollständiger Durchleuchtung des Patienten. Ihr fehlt in Methodik und Denklogik die Analyse der sozialen Bedingungen. Dies kann die Blickrichtung verstellen, und der Kranke läuft Gefahr, selbst zur Ursache seiner Erkrankung erklärt zu werden<sup>68</sup>.

Wesentlich wird die Frage sein, ob diesem Forschungszweig zukünftig größere Autonomie zugestanden wird. Die Beweisführung über eine ständige Messung sog. 'Surrogate–Marker' wie den T–Helferzeller widerspricht nicht nur der eigenen Denkmethodik der Psychoneuroimmunologie, sie ist darüber hinaus ebenso wie andere Marker (P24–Konzentration, Resistenzentwicklung, Virustiter) im wissenschaftlichen Ergebnis letztlich fragwürdig, da diese *"sehr zweifelhaften Laborparameter weder untereinander verbunden (sind), noch geben sie über den wirklichen Zustand eines Menschen Auskunft"* (Projekt Kritische AIDS–Diskussion 1993:15).

Im Bereich der Ganzheitlichen Medizin hingegen findet die Virologie ihre vehementesten Kritiker, zu denen keine diskursiven Verbindungen mehr bestehen.

Eine Zuspitzung der Konfrontation zwischen ganzheitlichem und schulmedizinischem Ansatz zeigt sich in der Arbeit des Biochemikers Gerhard Orth, der 1990 eine von einer ungenannten, nicht–medizinischen Industriestiftung finanzierte zweijährige Studie 'Praktische Anwendung von antiviralen Heilpflanzen bei AIDS–Patienten' vorlegt (Orth 1992:7). Er will bei der Behandlung von rund einhundert AIDS–Kranken erkannt haben, dass HIV in keinem kausalen Zusammenhang zur jeweiligen Krankheit steht und es sich bei AIDS–Erkrankungen, die in jedem Fall heilbar seien, um extreme Verpilzungserscheinungen handele. Diese resultieren seinen Ergebnissen nach aus Dauermedikamentierung mit Antibiotika und AZT und

---

<sup>68)</sup> Zu dieser Tendenz des 'blame the victim' vgl. 3.1.3. sowie insbesondere die Gefahr des „Healthismus“, die Hagen Kühn (1993) eindrucksvoll beschreibt.

fürten zu einer mitunter tödlichen Unterernährung, da die Pilze dem Organismus die wichtigsten Grundstoffe entziehen. Konventionelle Therapieansätze vergrößerten diese Dysbiose, eine antimykotische Behandlung, vor allem durch Nahrungsmittelumstellung bringe dagegen Heilung (ebd.:3).

Auf dieser Annahme basieren auch die Beobachtungen des Schweizer Arztes Cornelius Blesius, der berichtet, dass nach Behandlung mit homöopathischen Mitteln (Engystol und Echinacea) bei mehreren PatientInnen, die nach allen Tests HIV-positiv sind, nach der Therapie kein Virus mehr festgestellt werden kann (p24-negativ). Das Virus sei also eliminiert, wobei Antikörper als Zeichen der Immunität bestehen bleiben (Esch 1993:21).

Der Psychotherapeut Willfried Gürtler geht sogar davon aus, jede Krankheit sei eine 'Geisteskrankheit' und könne kaum mit der Apparatedizin und klassischer Medikation bekämpft werden, Heilungserfolge bei AIDS träten *"Eher trotz der modernen Methoden als wegen ihnen"* ein (Fink 1987:48).

Hans Fink kommt in seinem Aufsatz über Gürtler und andere Vertreter eines 'ganzheitlichen Ansatzes' zu dem Ergebnis, diese seien sich alle einig, *"daß gegen die Überzeugung eines Menschen, er müsse sterben, wenig auszurichten"* sei, während umgekehrt eine *„Anregung zur Lebensbejahung enorme Heilungschancen“* eröffne (ebd.). *"Große Apparate können sie vorweisen, aber ansonsten herrscht Hilflosigkeit, wird Kleinmut verbreitet"*, lautet seine Anklage gegen die Schulmedizin, und weiter: *"Bezeichnenderweise kommt die einzige ermutigende Botschaft von denen, die nichts haben als ihre Hände und ihren Verstand: Psychologen, Geistheiler, Reiki- und Chiropraktiker, Akupunkteure, Atemtherapeuten, Meditationslehrer und Makrobiotiker. Nicht ein weiterer Angriff aufs Immunsystem ist geplant, sondern 'Ausbalancieren' des Körpers und der Seele; freie Bahn im Körper für kosmische und irdische Energien; Loslassen der Programmierung fürs Leiden; Geben und Nehmen menschlicher Wärme"* (ebd.).

Anders als die VertreterInnen der Psychoneuroimmunologie, sind zumindest die hier genannten Kritiker aus dem Bereich der Ganzheitlichen Medizin kaum an einer Verständigung mit der Apparatedizin interessiert. AIDS ist dabei für sie nur ein Beispiel unter vielen, das ebenso bestätige, dass die Biomedizin mit ihren aggressiven Behandlungsmethoden über ein grundsätzlich falsches Methodenprogramm verfüge. Hier schließt sich inhaltlich der Kreis zur Gesundheitsbewegung, und

tatsächlich entstammen viele der heutigen VertreterInnen der Ganzheitlichen Medizin ebenfalls dieser Bewegung. Von dem gesellschaftsverändernden Anspruch haben sie jedoch Abschied genommen, zum Teil aus Resignation, zum Teil aus dem Empfinden, die gesellschaftliche Auseinandersetzung reproduziere in ihrer Heftigkeit bereits die Aggressivität der schulmedizinischen Methoden. Dieser ‚ansteckenden‘ Form des Konfliktes wollen sie sich entziehen, und tatsächlich hat sich in der Esoterik eine weitgehend abgeschottete Szene entwickelt, die ihre Kontakte im Wesentlichen reduziert auf das Innenleben sowie auf jene, die aus eigenem Empfinden heraus den Weg zur Ganzheitlichkeit wählen.

Die Methode der inneren Auseinandersetzung, die hier abverlangt wird, ist jedoch nur anwendbar, wenn ein entsprechendes Ressourcenpotenzial vorhanden ist. Für stark belastete Betroffene von Krankheit und sozialer Not kann es andernfalls, ebenso wie die Psychoneuroimmunologie und manche verhaltensbezogene Präventionsstrategie, zu einer Verstärkung ihrer Last werden.

Insgesamt ist es für Gesellschaft und Sozialwesen problematisch, wenn sich ganze Lebensbereiche und Versorgungsszenen von der gesellschaftlichen Debatte abwenden, es ist Ausdruck einer Erosion der Gesellschaft und des Sozialen. Insbesondere das Solidarprinzip der Gesundheitsversorgung kann jedoch langfristig nur aufrecht erhalten werden, wenn es als Grundkonsens aller gesellschaftlichen Gruppen bestehen bleibt.

### **5.5.7. Die Zuspitzung in der Frage der AZT–Therapie**

Nach Reagenzversuchen wird im Testversuch ab Juli 1985 das Chemotherapeutikum Zidovudin, im allgemeinen AZT genannt, als erstes Medikament gegen AIDS an Patienten verabreicht. Die Forschergruppe Yarchoan/Mitsuya/Broder (1988:122f.) gibt an, in diesem Versuch die Wirksamkeit „zweifelsfrei demonstriert“ zu haben und erwirkt ab 1986 für die USA und später auch in Deutschland die vorzeitige Freigabe des Medikaments.

Hier argumentieren Hässig/Joller (1992:177), die kurzfristig stimulierende Wirkung des Medikaments verkehre sich schnell in ihr Gegenteil, daher würde in einem längeren, angemessenen Studienverlauf vielmehr die Schädlichkeit dieses Chemotherapeutikums aufgezeigt.

Die Veröffentlichung der sog. 'Concorde-Studie', von der solche genauen Daten zur Wirkung des AZT erwartet werden, im April 1993 mit für den Hersteller enttäuschenden Ergebnissen (Kriener 1993b, Dressler 1994), scheint Hässig/Joller weitgehend zu bestätigen.

Wie bereits erwähnt, findet die Kritik in Duesberg einen massiven Fürsprecher. AZT hält Duesberg (1992:638) für das Gegenteil dessen, was es bewirken soll, denn es zerstöre die Kettenstruktur des DNA und schwäche so die Immunabwehr, zu deren Schutz es eingesetzt wird. Da HIV selbst bei verstorbenen AIDS-Patienten in maximal einer von 500 Zellen nachgewiesen werden kann, AZT aber in seiner Zellzerstörung keinen Unterschied mache, würden ungleich mehr nicht-infizierte T-Helferzellen vernichtet, die aber andererseits gerade das Immunsystem beleben. Auch das Knochenmark werde angegriffen und so die Produktion neuer Helferzellen gestoppt. Die schweren Nebenwirkungen des AZT wie Übelkeit, völlige Lethargie und geistige Verwirrung gelten ebenso als typische Anzeichen einer fortschreitenden AIDS-Erkrankung, woraus Duesberg schlussfolgert, dass das Medikament die Krankheit eher verstärke denn sie zu lindern.

AZT ist bereits 1960 als Medikament gegen Krebs kurzzeitig auf dem Markt. Die Zulassung wird jedoch wieder zurückgezogen, weil zwar schwere Nebenwirkungen, jedoch kein eindeutiger Heilungseffekt erkennbar ist (Lauritsen 1990:7f.; Kekule 1991). 1987 erwirbt der britische Pharmakonzern Wellcome das Patent und bringt AZT mittels einer umfassenden und aggressiven Lobby- und Marketingstrategie als erstes Medikament gegen AIDS auf den Markt (Walker 1993).

Der Wellcome-Trust ist ein britischer Wohlfahrtsverband und die größte europäische Stiftung für medizinische Forschung. Er besitzt zunächst 100%, später jedoch nur noch 35% des Kapitals seines Ablers, des Londoner Pharma-Riesen Wellcome Foundation (Schneider 1993:4). Der letzte Aktienverkauf des Trust parallel zum Welt-AIDS-Kongress 1992 in Amsterdam stellt mit einem Kapital im Wert von über zwei Milliarden Pfund Sterling einen der bis dato größten Handel in der internationalen Börsengeschichte dar (Projekt Kritische AIDS-Diskussion 1993:14). Der

hohe Aktienpreis basiert vor allem auf dem immensen Profit durch das Medikament AZT, das im gleichen Jahr auf 200 Millionen Pfund Sterling eingeschätzt wird (Walker 1993). Durch den Aktienverkauf wird zwei Drittel des Risikos auf private Aktionäre abgewälzt.

Die erwähnte, bereits zum Amsterdamer Kongress angekündigte sog. 'Concorde-Studie' wartet schließlich im April 1993 mit ersten Ergebnissen auf, die derart negativ ausfallen, dass der Gesamtwert der Aktien um mehrere Hundert Millionen Dollar sinkt (Schneider 1993:4; Kriener 1993b). Im Zuge des Börsenrausches 1995 erwirbt der Pharmakonkurrent Glaxo die Wellcome Foundation für dann jedoch neun Milliarden Pfund Sterling und führt den neuen Konzern Glaxo-Wellcome zusammen (Sadr-Haghighian 1996:248).

Wellcome gilt als Inbegriff der besonderen Beziehung zwischen England und den USA. So wird dem Konzern eine führende Rolle in der 1974 von Rockefeller gegründeten 'Trilateralen Kommission' zugeschrieben, die auf Entwicklung und Überarbeitung von Strategiekonzepten zur Weltwirtschaftspolitik spezialisiert ist. Dabei ist einerseits eine Abkehr von der akademischen Forschungspolitik hin zu einer Produktorientierung zu beobachten, die sich in jährlich dreistelligen Zuwachsraten im Absatz des Medikamentes AZT ausdrücken. Andererseits steigt der Wellcome-Trust später als – neben der US-Regierung – Hauptfinanzierer in das Human-Genom-Project zur Entschlüsselung der menschlichen Erbinformationen ein (Sentker 2000).

Die Wiedertzulassung des ursprünglichen Krebs-Medikamentes AZT wird von Wellcome mit einer massiven Werbekampagne eingeleitet. Zahlreiche vom Herstellerkonzern in Auftrag gegebene Studien meinen zwar eine Lebensqualitätsverbesserung bei AIDS-Patienten durch AZT feststellen zu können (Wienold/Lüdecke 1993:25). Dieser These wird jedoch entgegengehalten, suggestiv zu sein im Sinne einer sich selbst bestätigenden Fragestellung, was besonders dadurch erhärtet wird, dass die als 'Doppelblindversuche'<sup>69</sup> geforderten Studien diesem Kriterium entgegen Eigenangaben nicht entsprechen (Lauritsen 1990:14ff.). Auch wird sowohl den Studien als auch den Anhörungsverfahren massive Täuschung bis hin zu Betrug vorge-

---

<sup>69</sup>) Dies meint, dass weder Arzt/Ärztin noch PatientIn darüber informiert sind, ob im konkreten Fall AZT oder ein Placebo verabreicht wird.

worfen (Lauritsen 1990:17ff.;88ff.; Schneider 1993:4f.). Eine grobe Verschleierung besteht desweiteren u.a. in der Tatsache, dass es keine Berücksichtigung findet, dass AZT–Therapie selbst nach Absetzung von Bluttransfusionen abhängig macht. Denn ohne Fremdblut erstickt der Patient, da AZT neben der Vernichtung des Darmepithels und des Knochenmarks auch die Fähigkeit des Blutes unterbindet, Sauerstoff zu transportieren (Lauritsen 1990:46f.; Schneider 1993:5).

Diese verschiedenen Vorhaltungen führen dazu, dass AZT auch in der Betroffenen-szene einen ausgesprochen schlechten Ruf hat. Große Verbreitung hat hier die Parole „AZT = Death“ auf Stickern und Plakaten. Erst die Einführung niedriger dosierter und breiter wirkender Kombinationstherapien verändert die medizinische Debatte, weil diesem Medikamenten–Mix eine eindeutig lindernde Wirkung zugeschrieben wird (Jäger 1997, Westhoff 1998).

### **5.5.8. Zusammenfassung und Ausblick**

In der Nachfolge des Amsterdamer Kritiker–Treffens findet keine vergleichbar große Veranstaltung der Viruskritiker mehr statt. Allerdings kann sich der Personenkreis zum Teil regional verankern, wie zahlreiche Beispiele zeigen. So berichtet Schneider in einer Presseerklärung von einer Veranstaltung im Juni 1993 in London zur Strategiefindung der AIDS–KritikerInnen. Eingeladen hat eine Gruppe namens 'SCAM' (Steering Committee against AZT Malpractice, dt. etwa Lenkendes Komitee gegen AZT–Fehltherapie; 'scam(p)' ist auch eine umgangssprachliche Bezeichnung für ‚Betrüger‘ oder ‚Strolch‘), der es gelingt, VertreterInnen verschiedener oppositioneller gesellschaftlicher Gruppen zusammenzuführen wie der 'International Wages for Housework Campaign' (Internationale Kampagne Lohn für Hausarbeit), dem 'English Collective of Prostitutes', der schwulen Selbsthilfe– und Aktionsgruppen 'Positively Healthy' und 'Gays against Genocid' und auch aus der britischen Anti–Rassismus–Bewegung, wobei letztere die schwerwiegende Beschuldigung gegen Ausländerbehörde und britischen Staat erheben, dass schwarze Mütter unter Androhung einer Ausweisung dazu genötigt worden seien, ihre Kinder für AZT–Studien zur Verfügung zu stellen (Schneider 1993)

Ähnlich einigen VertreterInnen der deutschen Sexualwissenschaft, drückt sich gerade bei Schneider zunehmende Resignation aus. Er habe, so schreibt er, Zweifel daran, ob die deutsche Öffentlichkeit die Wahrheit ertragen könne über *"Ein Medikament, das die Krankheit verursacht, die sie angeblich verhindert; ein harmloses Virus, das so getötet wird, das vor ihm der Patient stirbt; (...) ein 'AIDS-Test', der bei allen möglichen Proteinen und Antikörpern positiv anschlägt (...); eine Statistik, die (...) anschwillt, (...) weil der Test sich verbreitet, die Drogenkrankheiten und die immer mehr umfassende 'Definition von 'AIDS' – wie soll ein Mensch das auch begreifen!"* (Schneider 1993:5).

Im eigenen Vortrag entwickelt der gelernte Religionslehrer eine *"AIDS-Religionstheorie"*, wobei er AZT mit dem Scheiterhaufen und den HIV-Test mit kirchlichem Ablass vergleicht. Vom Welt-AIDS-Kongress 1995 in Berlin berichtet er von einem strikten, im Computer vermerkten Einlassverbot für ihn und einen Mitarbeiter. Trotzdem hat er sich durch Verteilung von nach Eigenangaben 30.000 Flugblättern vor dem Kongresszentrum bemerkbar gemacht. Seine u.a. mit *"Kondom = Tod"* und *"HIV ist gut für Dich"* (Schneider 1993:7) überschriebenen Pamphlete dürften jedoch kaum dazu angetan sein, Brücken zum überwiegend orthodoxen Verständnis der TeilnehmerInnen des Kongresses zu schlagen.

Das Amsterdamer KritikerInnen-Treffen zieht verschiedene weitere nach sich wie die Konferenz 'AZT on Trial' im Juni 1993 in London und das Internationale Symposium 'Rethinking AIDS' im April 1994 in Bologna/Italien. Diese Veranstaltungen erfahren jedoch sowohl in der Teilnehmerzahl als auch in der Berichterstattung weniger Resonanz. 1993 erscheint ein Aufruf mehrerer dutzend Wissenschaftler vornehmlich aus den USA, die bisherige AIDS-Forschung und -Politik zu überdenken. Nach dem Motto des Appells *'RETHINKING AIDS'* gründet sich in der Folge eine Zeitschrift, die vierteljährlich über Aktivitäten der AIDS-KritikerInnen berichtet. Sie wird jedoch im Zuge der Querelen zwischen Duesberg und seinem Mitarbeiter Ellison bald eingestellt. Im Herbst 1994 erscheint ein Nachfolgeblatt mit dem Titel *'REAPPRAISING AIDS'*, das in weniger umfangreichen Form und auf schmalerer Unterstützerbasis seit nunmehr über fünf Jahren quartalsweise publiziert wird. Auch im Internet gibt es diverse Anlaufpunkte dieser Kritikerrichtung.

Auch in Deutschland kommt es zu zahlreichen Zerwürfnissen. Manche der Akteure publizieren nach gescheiterten Kooperationen etwa über den Sauerlacher Ehlers-Verlag, den Dortmunder pad-Verlag oder im Selbstverlag, um ihre Aktivitäten we-

nig später ganz einzustellen. Andere orientieren sich stärker ins Ausland. Der Viruskritiker Udo Schüklenk wechselt gar nach Australien zum bioethischen Institut Peter Singers, der als weltweit führender Protagonist der Euthanasie behinderter Kinder in der Gesundheits- und Behindertenbewegung massiv kritisiert und bekämpft wird (Klee 1990).

In Großbritannien bildet sich mit dem Titel '*CONTINUUM*' ein aufwendig gestaltetes Magazin. Die Beiträge in diesem Magazin bestimmen im Folgenden auch die Diskussion der allerdings deutlich dezimierten KritikerInnen in Deutschland. Dabei sind es vor allem der erwähnte Arzt Heinrich Kremer, der Dortmunder Biologe Stefan Lanka und eine Forschungsgruppe um den emeritierten Schweizer Immunologen Alfred Hässig (1992), die die Diskussion bestimmen.

Trotz des Anstiegs diskursrelevanter Etablierung der Kritik kann nur schwer prognostiziert werden, ob sich diese zukünftig in breitem Umfang artikulieren wird. Die Brisanz der zentralen Thesen ist erheblich. Sie können konkret abgeleitet werden. Es ergeben sich zwar unterschiedliche, aber unmittelbare Schlussfolgerungen für die Behandlung des AIDS. Die Tragfähigkeit der Kritik weist deshalb erheblich über die der vorgenannten Ansätze hinaus.

## **5.6. AIDS–Politik und AIDS–Kritik: Über die Verständigungsprobleme antagonistischer Denkwelten**

Folgt man der Lesart Ludwik Flecks in seiner bis heute hochbrisanten wissenschaftstheoretischen Arbeit 'Entstehung und Entwicklung einer wissenschaftlichen Tatsache' von 1935, so ist unter 'Fortschritt' keine objektive Verbesserung oder Denkerweiterung impliziert, sondern *"kollektive Entwicklung des Denkstils"* durch die Änderung eines Paradigmas auf Grund bestehender oder sich neu entwickelnder Machtkonstellationen (Fleck 1994:29ff.).

Dabei haben einmal getroffene Aussagen wegweisende Funktion und können nur schwer widerrufen werden. Fleck (ebd.:52f.) schreibt dazu: *„Eine einmal veröffentlichte Aussage gehört jedenfalls zu den sozialen Mächten, die Begriffe bilden und Denkgewöhnungen schaffen; sie bestimmt gemeinsam mit allen anderen Aussagen, was man ,anders nicht denken kann‘. Auch wenn sie bekämpft wird, wächst man mit ihrer Problematik auf, die innerhalb der Gesellschaft kreisend, zur sozialen Verstärkung gelangt. Sie wird selbstverständliche Realität, die dann ihrerseits weitere Erkenntnisakte bedingt. Es entsteht so ein geschlossenes harmonisches System, innerhalb dessen der logische Ursprung einzelner Elemente nicht mehr aufzufinden ist“.*

Die Propagierung der Krankheit AIDS und eines AIDS–auslösenden Virus ist eine solche Art von sozialer Macht, an die sich im Folgenden umfangreiche Akteurskonstellationen anschließen. Tatsächlich ist eine AIDS–Politik ohne die zu Grunde liegende molekularbiologische Betrachtungsweise kaum denkbar. Gerade in dem Vakuum zwischen fehlender Therapie und Hoffnung auf Impfstoff und Medikation ist es der Medizin möglich, sozialwissenschaftliche Konzepte der Prävention und Gesundheitsförderung zuzulassen.

Unter den verschiedenen Kritikansätzen finden dann auch die Diskussionsansätze die stärkste Beachtung, die unmittelbar in der Betroffenenzene wurzeln. Mehr als andere Ansätze besitzen die Positionen der Selbsthilfe mit der schwulen Szene eine soziale Basis, die sich der Krankheit subjektiv verbunden fühlt und für die darüber hinaus durch die eigene Diskriminierungserfahrung eine gesellschaftskritische Haltung und Aufmerksamkeit gegen soziales Unrecht konstitutiv ist.

Diese Authentizität der Betroffenheit wird von schwulen Aktionsgruppen systematisch eingesetzt und bildet ein besonderes, für Selbsthilfegruppen untypisches und neues Selbstbewusstsein. Dies mag für die Entwicklung von Selbsthilfe durchaus richtungsweisend sein und wiederholt sich bereits in Ansätzen der Frauenbewegung, vor allem im Zusammenhang mit Selbsthilfegruppen zum Brustkrebs. Anders als in den USA, werden die AIDS-Aktionsgruppen wie ActUp jedoch in Deutschland nicht zu kulturellen Trendsettern, weil es hier nicht zu vergleichbaren Formen der Verelendung kommt. Die Aktionsgruppen weisen sich zudem durch eine leichtfertige Art von politischem Aktionismus aus. Problematisch und für die eigenen Reihen zermürend ist dabei das ungeklärte Verhältnis zur Pharma- und Biotechnologie. Für den Aktivismus bestehen bei aller politischer Sympathie, die ihm entgegen gebracht werden, kaum Spielräume, da kein geschlossenes inhaltliches Konzept vorliegt, kein eindeutiges Unrecht angeklagt und insgesamt nicht systematisch an die Interessen anderer Akteure angeknüpft werden kann.

Ähnlich ergeht es den Vertretern der deutschen Sexualwissenschaft. Sie sind sich zwar einig in der Ablehnung der gesellschaftlichen Erregung über eine sexuell übertragbare Krankheit, wissen jedoch keine Handlungsalternativen zu formulieren und enthalten sich dem konkreten politischen Meinungsbildungs- und Entscheidungsprozess. Dies wird der Wissenschaftsrichtung gestraft mit einer Umstrukturierung durch die Politik, die sich in der Stagnation der deutschen Sexualwissenschaft ausdrückt. Die Debatten um die Denkschrift der Magnus-Hirschfeld-Gesellschaft (1987/1992) zur Neugründung eines sexualwissenschaftlichen Instituts an der Berliner Humboldt-Universität belegen diese Defensiv-Haltung der Sexualwissenschaftler, denn ungeachtet der deutlichen Entwicklung hin zu einer sozialwissenschaftlichen Orientierung in der Sexualwissenschaft gelingt es nicht, sich gegen biologische und medizinische Sexualitätsbetrachtung durchzusetzen.

In der Diskussion um die sog. ‚Bremer Studie‘ wird dabei deutlich, dass sich Sexualwissenschaftler und schwule Wissenschaftsszene zum Teil selber im Wege stehen. Nach wie vor fühlen sie sich bedroht von skandalisierender Medienberichterstattung und schotten sich ab gegenüber Diskussionen, die die Paradigmen der AIDS-Diskussion in Frage stellen.

Andere Kritikansätze sind vom AIDS-Diskurs noch erheblich weiter entfernt. Insbesondere die Thesen von Jakob und Lilli Segal, nach denen HIV ein künstlich pro-

duziertes Virus sei, finden über eine kurzzeitige Medienbeachtung hinaus keine Resonanz. Aufgegriffen werden sie lediglich von einer marxistisch-leninistischen Gruppe, die zwar weitere Veröffentlichungen sicherstellt, aber keinen Bezug zur Fachdiskussion herstellen kann. Segals Thesen bedeuten jedoch eine Politisierung, die nicht nur im Sinne eines Genesungsprozesses an AIDS Erkrankter anstrebenswert ist, sondern auch auf dem Hintergrund zumindest theoretisch denkbarer Gefahren als Mahnung gegenüber der Gentechnologie in Erinnerung bleiben sollte. Insbesondere die in diesem Zusammenhang immer wieder aufgeworfene Frage über einen möglichen afrikanischen Ursprung des HIV sollte dabei in einer Art thematisiert werden, durch die die gesundheitlichen Probleme in afrikanischen Ländern sensibel erkannt und nicht verklärt werden.

Eine umfassende Alternativhypothese liefern die sog. ‚AIDS-Dissidenten‘ um Peter Duesberg. Trotz des Anstiegs diskursrelevanter Etablierung kann nur schwer prognostiziert werden, ob sich diese zukünftig in breitem Umfang artikulieren werden. Die Brisanz der zentralen Thesen ist erheblich. Sie können konkret abgeleitet werden. Es ergeben sich zwar unterschiedliche, aber unmittelbare Schlussfolgerungen für die Behandlung des AIDS. Die Tragfähigkeit der Kritik weist deshalb erheblich über die der vorgenannten Ansätze hinaus. Es fehlt jedoch ein ausgewiesener Ort der Meinungsbildung, und hier zeigt sich, dass der biomedizinische Diskurs noch immer in einer abgeschotteten Fachwelt ‚alter Schule‘ stattfindet, dessen Demokratieverständnis einer Überprüfung bedarf.

Die Verweigerung Duesbergs gegenüber der Safer-Sex-Kampagne diskreditiert ihn jedoch. Insbesondere Flugblätter seiner bundesdeutschen Unterstützer Kawi Schneider und Peter Schmidt mit Überschriften wie *"Kondom = Tod"* und *"HIV ist gut für Dich"* drücken ein zynisches Verhältnis aus, von dem aus keine Vermittlung mit anderen Aspekten des AIDS-Diskurses mehr möglich scheint.

Ein Forum zur Öffnung der gesellschaftlichen Debatte um AIDS könnte – theoretisch – die AIDS-Enquete-Kommission des Deutschen Bundestages sein. Insbesondere die Oppositionspartei SPD demonstriert mit ihrem Vorschlag auf Berufung von drei Sachverständigen, die der AIDS- und Schwulenbewegung nahe stehen, ihren Wunsch nach Beteiligung der Betroffenen, aber auch Politikformulierung durch sie. Tatsächlich aber ist dies durch die Mechanismen einer Enquete-Kommission kaum möglich. In Verständnis des Lagerkampfes der Parteien handelt es sich nicht um das

Thema „Gefahren von AIDS und wirksame Wege ihrer Eindämmung“, sondern, wie Beck (1991) treffend schreibt, um „*Gefahren von der CSU und wirksame Wege ihrer Eindämmung*“. Dabei geht es auch nicht um ursprüngliche Entwicklung, sondern vielmehr um nachträgliche Legitimierung der bereits auf den Weg gebrachten AIDS–Politik, insbesondere den bayerischen Kritikern gegenüber. So gelingt es auch in der konkreten Arbeit der Enquete–Kommission durch den immer präsenten Parteienstreit nicht, Fragestellungen übergreifend zu bearbeiten. Es kommt vielmehr laufend zu Nebenschauplätzen und Detailkonflikten. Solche thematische Zersplitterung kann nur durch einen politischen Generalismus aufgefangen werden, der dem parlamentarischen Geschäft zu eigen ist, von außen jedoch kaum betreten werden kann. Selbst die Abgeordnete der Grünen scheitert an dieser Struktur. Diesem Ausgrenzungsproblem wird von den anderen Kommissionsmitgliedern nicht begegnet noch wird es bedauert, sondern vielmehr wird die Ausgrenzung auf der sozialen Ebene noch weiter verstärkt.

So kann es nicht verwundern, dass sich im Abgleich mit der AIDS–Enquete–Kommission des Deutschen Bundestages zeigt, dass alle der genannten Kritikansätze weitgehend ignoriert werden.

Besonders kurios wirkt dies im Falle Duesbergs. Seinen Thesen folgend, müsste ein völlig verändertes Konzept von AIDS–Politik entwickelt werden. Es findet sich jedoch weder in den mehrere tausend Seiten umfassenden Niederschriften der Kommission auch nur ein einziger Bezug auf Duesbergs Thesen, noch kann sich einer der von mir angesprochenen Kommissionsmitglieder oder geladenen Sachverständigen an ein Gespräch darüber erinnern. Andererseits haben sich alle mit Duesberg beschäftigt, Kommissionsmitglied Zöllner lädt Duesberg sogar zu einem Vortrag nach München ein. Geht man vom normativen Sinn einer wissenschaftlichen Überprüfung eines Parlamentsgremiums aus, hätte eine solche Erörterung auch in der Enquete–Kommission stattfinden müssen. Gleichwohl scheitert dieser Anspruch wissenschaftlicher Genauigkeit bereits daran, dass er politisch nicht integrationsfähig ist.

Die Strukturanalyse der Kommissionsarbeit zeigt eine Reihe solcher Tabubereiche auf. Jedoch sind die vorgenommenen Ausgrenzungen nicht nur politisch opportun, sondern sachlich zunächst nicht zu ändern. Wie etwa hätte sich eine Enquete–Kommission mit den antagonistischen Vorschlägen aus den Bereichen der grund-

sätzlichen Kritik beschäftigen können? Sie verfügt zwar über die Möglichkeit, unterschiedliche Interessen und Sichtweisen moderierend miteinander ins Gespräch zu bringen. Hierbei kann sie als Resonanzverstärker Randmeinungen zu mehr öffentlicher Aufmerksamkeit verhelfen. Eigene Logiken kann sie jedoch nicht entwickeln.

Verweigert sich nämlich eine Fraktion der spezifischen inneren Logik des Sachzwanges der Politikausgestaltung, so findet sie sich schnell isoliert. Im Rahmen einer Kommissionstätigkeit ermüdet sich eine fundamentaloppositionelle Haltung ohnehin nach kurzer Zeit. Es fehlt an direktem Außenkontakt, der die Widerstandsfähigkeit nähren könnte. Gleichwohl entwickeln sich Diskussionsmuster, in der auch gegenseitige Rollenzuweisungen erfolgen. Schon wer sich in der Konstituierungsphase der Kommission abweisend verhält, hat auch später wenig Möglichkeiten zur Integration. Dies ist in der zum Teil durchaus intimen Situation einer dreijährigen Kommissionsarbeit auch eine Frage des sozialen Bezuges.

Um solche antagonistischen Ansätze wie die der AIDS-Kritik zu behandeln, bedarf es eines veränderten Konzeptes von Partizipation. So lange Enquete-Kommissionen strukturell so konzipiert sind, Legitimation zu schaffen, bleiben sie im politischen Aushandlungsprozess verhaftet. Nur ein offensives Konzept der Bürgerbeteiligung, um andere und gerade auch unliebsame Meinungen einzuholen, kann ein solches Defizit langfristig beheben.

Die Gesundheitsförderung bietet zwar im theoretischen Konzept der Weltgesundheitsorganisation Ansätze zu einem solchen umfassenden Partizipationsverständnis. In der praktischen Umsetzung ist sie jedoch bislang mehr bemüht, ihre schärfsten Kritiker aus dem Bereich der Biomedizin abzuwehren und sich kleine Gestaltungsräume zu sichern. Erst auf dem Hintergrund einer umfassenden Etablierung der Gesundheitsförderung ist möglicherweise zu hoffen, eine neue Partizipationskultur zu eröffnen, die dem umfassenden Anspruch Vilmars (1999:5) nach „*partizipativer Weiterentwicklung der Demokratie*“ gerecht wird.



## 6. Auswertende Zusammenfassung

Die Debatte um AIDS reiht sich ein in die Auseinandersetzung um gesundheitliche Versorgung, die so alt ist wie die entsprechende Begrifflichkeit. Die Orientierung auf Einzelfall- oder bevölkerungsbezogene Maßnahmen, auf Erhaltung der Gesundheit oder Bekämpfung der Krankheit, um vor- oder nachsorgende Strategien durchzieht die Geschichte, und der eigentlich ergänzende Charakter beider Ansätze kann nicht darüber hinweg täuschen, dass hinter dem verbalen Burgfrieden immer wieder institutionell Konkurrenz herrscht. Diese Konkurrenz spitzt sich in den Konflikten zwischen Kassen und Hartmann-Bund in der Weimarer Republik zu. Erst mit der Diskreditierung des Ansatzes der Sozialhygiene durch die rassenhygienische Mordpolitik im Nationalsozialismus verschwindet der bevölkerungspolitische Ansatz aus der gesundheitspolitischen Diskussion im Nachkriegsdeutschland, um im Zuge von Finanzierungs- und Gesundheitsbewegung wieder thematisiert zu werden.

Inwieweit der AIDS-Diskurs diese Entwicklung zum jetzt Gesundheitsförderung und neudeutsch New Public Health genannten Ansatz begünstigt, wird in der folgenden abschließenden Zusammenfassung beleuchtet unter den Fragestellungen, ob AIDS ein Modellfall für die Gesundheitsförderung ist, welchen Beitrag die Gesundheitspolitik zu einem veränderten Gesundheitsverständnis beisteuert und ob dieser Ansatz ein partizipatives Politikverständnis befördert.

### 6.1. Ist AIDS ein Modellfall für Gesundheitsförderung?

Das plötzliche Auftreten der Krankheit AIDS hat das Gesundheitssystem der Bundesrepublik Deutschland, wenn auch zunächst eher unmerklich, verändert. Im Gefolge der Bedrohungsszenarien haben sich Möglichkeiten geöffnet, neue und unkonventionelle Wege der gesundheitlichen Versorgung zu gehen. Insbesondere hat die AIDS-Diskussion den Stellenwert von Gesundheitsförderung und Prävention erheblich aufgewertet. Das Konzept des New Public Health hat darin seinen ersten Anwendungsfall in Deutschland gefunden.

Dabei sind die Voraussetzungen zu einem solchen Bedeutungszuwachs in Deutschland zu Beginn der 80er Jahre nicht günstig. Zwar plädiert die Weltgesundheitsorganisation schon vor AIDS für eine Stärkung des Gesundheitsförderungsgedankens und die Gesundheitsministerkonferenz der Länder fordert bereits 1982 die Stärkung der Selbsthilfe. Konkret jedoch wendet sich die Biomedizin seit Mitte des 19. Jahrhunderts über ihre Standesorganisationen explizit gegen alternative Konzepte der Gesundheitsversorgung und Gesundheitssicherung. Insbesondere die Diskreditierung der Sozialhygiene durch die Rassenhygiene im Nationalsozialismus und die Stärkung der Biomedizin durch ihr Behandlungsmonopol im westlichen Nachkriegsdeutschland, gestützt und gesichert durch ihre Stellung im korporatistischen System, führt dazu, dass Gesundheitsversorgung weitgehend synonym mit Medizin verstanden wird.

Innovative Ansätze entwickeln sich nicht innerhalb dieser Aushandlungsstruktur, sondern eher am Rande oder quer dazu von Betroffenen und nicht-medizinischen Professionen. Die Politik erkennt – wesentlich durch die Unmöglichkeit, ökonomische Steuerungskriterien für das Gesundheitswesen zu entwickeln – die Grenzen des medizinischen Handlungsrepertoires und stärkt daher neben den etablierten Akteuren neue Ansätze aus der Selbsthilfe, so wie sie auch zur Finanzierungskrise des Gesundheitssystems externe Kräfte in das Feld einführt. Damit wird die Struktur der korporatistischen Aushandlung nicht verändert, sondern die Arena der Akteure erweitert.

Solche neuen Akteuren in die gesundheitliche Versorgung und die politische Debatte darüber einzuführen, gelingt erstmals im Zuge der AIDS-Diskussion und durchaus modellhaft mit der umfassenden Umsetzung des gemeinschaftsfördernden Ansatzes innerhalb der Schwulenszene. Die im Zuge der AIDS-Aufklärungskampagnen entstehenden präventionspolitisch relevanten Strukturen erweisen sich dabei als breitstreuend, stabil und tragfähig. Dabei ist insbesondere interessant, dass es sich weder um etablierte Institutionen handelt noch um Strukturen, die an solche Institutionen angesiedelt sind, sondern vielmehr um neu geschaffene Netze, der stabile Trägerstruktur wie etabliertes Vorbild fehlen. Auch handelt es sich bei der schwulen Zielgruppe nicht um von außen nach Risikomerkmale zusammengestellte Adressaten, sondern vielmehr um eine soziale Gruppe, deren Zusammenhalt eher informell über Milieuverhalten und symbolische Werte konstituiert ist. Mithin entzieht sich diese Szene auch weitgehend den Formen von Mess-

barkeit und macht es dadurch den Fürsprechern einer zugewandten Präventionspolitik schwer, die Richtigkeit einer solchen gemeindeorientierten Gesundheitsförderung nachzuweisen.

Bei diesem ‚Community‘-Ansatz stehen sich gegenseitig verstärkende Methoden im Vordergrund, die unter dem Sammelbegriff der „*verhältnisgestützten Verhaltensprävention*“ gefasst werden können, die beschreibt, wie die Rahmenbedingungen und sozialen Verhältnisse die Einsicht des Einzelnen in die vorgegebene Verhaltensmaxime (hier die Vermeidung ungeschützten Geschlechtsverkehrs) unterstützen, oder, um es mit einem Leitsatz der Weltgesundheitsorganisation auszudrücken, „*Make the healthier way the easier choice*“ (Kickbusch 1992:100).

Eine Besonderheit stellt sich durch die Art der Selbsthilfe. Während Selbsthilfegruppen im Übrigen fast ausschließlich auf die tertiärpräventive Bewältigung von bereits aufgetretenen und zumeist chronischen Krankheitserscheinungen mit vor allem psychischen und sozialen, zum Teil aber auch medizinischen Strategien reagiert, ist mit der AIDS-Hilfe eine Selbsthilfeorganisation entstanden, die ihre Aktivitäten vor allem im Bereich der Primärprävention ansiedelt, also der Verhinderung von Neuinfektionen. Die durch diese primärpräventiven Aktivitäten akquirierten Mittel tragen aber auch dazu bei, dass die sekundär- und tertiärpräventiven Aktivitäten der AIDS-Selbsthilfe ungleich besser ausgestattet sind als die jeder anderen Krankheitsselbsthilfe.

Dies wirft viele grundsätzliche Fragen auf, die sich die AIDS-Hilfen zukünftig verstärkt stellen werden. Manche Fragen sind eher ideologischer Art und bereits weitgehend abgehandelt. Ob beispielsweise eine normierende Art schwulen Selbstbildes entsteht, der seinerseits wieder nicht-normierte Schwule ausgrenzt, wird kaum noch diskutiert. Aktuell ist die Ausdifferenzierung der expandierenden schwulen Szene und der damit einher gehende Bindungsverlust. Welche Schlüsse zieht daraus ein auf Community-Solidarität angewiesener AIDS-Verband? Gibt es Bedarf und ökonomische Grundlagen für einen ‚schwulen Wohlfahrtsverband‘? Wenn die Finanzierungsoptionen sich zunehmend in den Bereich des Fund-Raising verlagern, kann dann noch auf sozial Schwache als die besonders vulnerable Gruppe abgezielt werden, oder widerspricht die Orientierung auf die ‚Schmuddelkinder‘ den Interessen der Mäzene? Problematisch bleibt ohnehin die Priorisierung der

homosexuellen Männer gegenüber anderen Betroffenenengruppen wie Drogenkranken und betroffenen Prostituierten.

Nun muss sich ein Modellfall auch an seiner Übertragungsmöglichkeit für andere Felder der Gesundheitspolitik, insbesondere im Bereich der Prävention, messen lassen.

Hier ist zunächst nüchtern zu konstatieren: Eine ähnlich systematische Präventionskampagne für andere, epidemiologisch oder sozialegidemiologisch relevantere Risiken für Morbidität und Mortalität wie Muskel- und Skeletterkrankungen oder auch Folgeschäden von Verkehr, häuslicher Gewalt, von Alkohol-, Drogen- oder Medikamentenmissbrauch (vgl. 2.4.3.) liegen auch nach fünfzehn Jahren Erfahrung mit der AIDS-Präventionspolitik nicht vor.

Offenbar fehlt es dafür an politischer Energie. Die gesellschaftliche Thematisierung von AIDS hat einen politischen Gestaltungsraum eröffnet, der für andere Gesundheitsgefahren nicht besteht, wenngleich es auch in solchen Bereichen zu sehr starker Betroffenheit führt. Diese Betroffenheit wird jedoch offenbar noch stärker als bei AIDS individualisiert erlebt, also als persönliches und politisch und gesellschaftlich nicht beeinflussbares Schicksal.

Es geht also weniger um objektive denn um subjektive Betroffenheit. Diese nährt sich wiederum aus ihrer jeweiligen Handlungsoption, die gleichermaßen formulierbare Ziele wie unmittelbares Umsetzungsinteresse umfasst. Im Falle der Hauptbetroffengruppe der schwulen Szene ist dies vor allem eine Frage der gesellschaftlichen Emanzipation. Mehr noch als Betroffenheit über die Krankheit liegt die eigentliche Betroffenheit in der antihomosexuellen Diskriminierung, die eine wachsende und bewusster werdende Bevölkerungsgruppe verändern möchte. Das Auftreten der Krankheit AIDS ist dabei eine Zuspitzung der Pathologisierung, der schwules Leben schon seit Jahrhunderten ausgesetzt ist. AIDS bietet hier einen gemeinsamen Nenner und stellt in seiner Skandalisierung den Tropfen dar, der sprichwörtlich ‚das Fass zum Überlaufen bringt‘.

Dies mischt sich in eine vielfältige Akteurskonstellation, die die Skandalisierung von AIDS trägt. Im Verlauf dieser Arbeit ist hier unter anderem das Interesse der in der Krebsforschung stagnierenden Molekularbiologen (5.5.3.) ebenso angesprochen wie eine auf Prävention und Gesundheitsförderung orientierte Politik von Teilen

der Weltgesundheitsorganisation, konservative Kreise, die der sexuellen Öffnung kritisch gegenüber stehen und sich beflügelt sehen vom Zeitgeist der von den Regierungen in Deutschland, in den USA und in Großbritannien eingeforderten „*geistig-moralischen Wende*“ (Döhler 1990) ebenso wie liberale und zum Teil den neuen sozialen Bewegungen zugewandte Medien, die in einer breiten Thematisierung von AIDS eine Enttabuisierung des Sexuellen sehen, oder auch einfach ein auflagensteigerndes Medienereignis.

Zwar wehren sich schwule Szene und Gesundheitsbewegung anfangs gegen die AIDS-Skandalisierung. Doch schon nach kurzer Kritikphase sind es gerade die sozialwissenschaftlich orientierten Gesundheitsforscher und Wissenschaftler der Gesundheits- und Schwulenbewegung, die in AIDS einen konkreten Anwendungsfall finden für eine ganzheitliche Betrachtung von Gesundheit und Krankheit.

Beispielhaft zeigt sich diese ‚Koalition der Skandalisierung‘ in kirchlichen Kreisen, in denen AIDS aus gegensätzlichen Motiven heraus große Beachtung findet: zum einen von klerikalen Vertretern, die moralischen Einbruch befürchten und AIDS als materiellen Ausdruck des gesellschaftlichen Werteverfalls sehen, zum anderen aber auch vom karitativen Ansatz, der in den Kirchengemeinden stark verankert ist und in AIDS einen besonderen Auftrag an die Toleranz, Humanität und Opferbereitschaft der Kirchen sieht.

## **6.2. Welchen Beitrag leistet die Gesundheitspolitik zum Wandel des Gesundheitsverständnisses?**

AIDS kann also durchaus als Modellfall der Gesundheitsförderung angesehen werden. Es ist jedoch bislang kaum möglich, diesen Modellfall auf andere chronische Krankheitsbilder zu übertragen, denn auch wenn diese ebenso nicht heilbar sind, finden sie doch keine ähnlich stark motivierten Akteure. Um die zaghaften Ansätze analoger Akteurskonstellationen, die ich bislang nur in Ansätzen im Zusammenspiel von Frauenbewegung und Brustkrebs-Selbsthilfe erkennen kann, zu ähnlicher Wirkung zu bringen, bedürfte es umfassender gesellschaftlicher und politischer Unterstützung.

Die breit gemischte Akteurskonstellation der AIDS–Debatte ist zunächst jedoch weniger von der Politik initiiert denn vielmehr Ausdruck einer Übereinstimmung in der politischen Agenda von Bewegung und Gegenbewegung. Politiker wie der damalige Bundesgesundheitsminister Heiner Geißler versuchen sie gar zu verdrängen oder, als bereits die Weltgesundheitsorganisation auf Handlung drängt, im klassischen Sinne an die Mediziner zu delegieren in der Hoffnung auf sich selbst selbstregulierende Formen korporatistischer Aushandlung. Bezeichnenderweise erwähnt Geißler die Krankheit AIDS erstmals in seiner Rede auf dem Deutschen Ärztetag 1983 (vgl. 3.1.2.).

Als dann jedoch die zuvor eher schwach ausgeprägte Schwulenbewegung AIDS als Thema entdeckt<sup>1</sup>, gerät die Medizin unter Druck. Die Erkenntnis, dass kein spezifisches medizinisches Therapeutikum zur Verfügung steht, wird im Zuge der AIDS–Erkrankungen zum Politikum. Die medizinischen Verbandsakteure ziehen sich zurück und öffnen das Terrain für Selbsthilfe und politische Bewegung. Durch die aktive Mithilfe der neuen Bundesgesundheitsministerin Süßmuth wird dieses Themenfeld umfassend besetzt. Süßmuth und andere VertreterInnen der ‚Minimalisten‘ greifen dabei eine gesellschaftliche Stimmung auf, mithin einen eher diffusen Reformbedarf. Insbesondere die Ministerin überrascht dabei mit einer klaren Initiative zu Gunsten der gerade erst entstehenden AIDS–Hilfe.

Damit wird AIDS tatsächlich erstmals in der Bundesrepublik zum Modellfall eines umfassenden Community–Konzeptes im Sinne von New Public Health. Denn mit der Etablierung der AIDS–Hilfen ist eine bundesweite Strukturmaßnahme zur Gesundheitsförderung gelungen. Vom direkt zuständigen Akteur auf Bundesebene, der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, die als nachgeordnete Behörde des Ministeriums direkt zuständig ist für Gesundheitsförderung und Präventionskampagnen, wird hingegen eine eher unspezifische Politik verfolgt.

---

<sup>1</sup>) hier sind durchaus Analogien angebracht mit dem Aufkommen anderer latenter Stimmungen zu Bewegung durch äußere Erscheinungen, wie z.B. der Friedensbewegung durch die Atomraketenstationierung oder der Anti–Atomkraft–Bewegung durch den Tschernobyl–Unfall.

Die Einrichtung eines AIDS-Zentrums beim Bundesgesundheitsamt wird später im Zuge der Auflösung des Amtes wegen eben diesem AIDS-Skandal (zu späte Verordnung zur Sterilisierung von Blutkonserven) widerrufen<sup>2</sup>.

Darauf beschränkt sich der innovative Ansatz der Bundespolitik auf der Polity-Ebene der Bundesstrukturen. Die konkurrierende Gesetzgebung begrenzt den Einfluss ohnehin und ermöglicht auch die Förderung der AIDS-Hilfen nur auf der Basis von Modellprojekten. Fördergegenstand ist über Modellvorhaben der Bundesregierung aber auch die kommunale Ebene als konkreter Ort der AIDS-Präventionspolitik, wobei insbesondere die Finanzierung eines AIDS-Beraters an jedem Gesundheitsamt zu erwähnen ist. Dieses ‚Modellprojekt Gesundheitsämter‘ stellt eine besondere Lenkungsfunktion dar, denn durch die Maßnahme wird ein neuer Akteur an jedes Gesundheitsamt geführt, der ein modernes Verständnis der Gesundheitsberatung implantieren soll. Die Bundesfinanzierung ermöglicht zudem, dass keine internen Stellenbesetzungen erfolgen, sondern vielmehr ein neuer Blickwinkel die Politik des jeweiligen Amtes belebt. Auswirkungen dieser Maßnahmen sind vor allem im Bereich der Politikstilbildung, in der die neuen Kräfte beim Umbau des alten paternalistischen Systems hin zu einem partnerschaftliche, lebensweltbezogenen Community-Konzept. Mit dieser Modellfinanzierung stößt die Bundespolitik in den Bereich der Länder.

Sowohl die Ausverlagerung der problematischen Fälle der AIDS-Aufklärung an die AIDS-Hilfen als auch die Entscheidung, die Beratungsarbeit der kommunalen Gesundheitsämter vor Ort zu finanzieren, deutet darauf hin, dass die Bereitschaft zu Innovationen größer ist, wenn die konkreten Auswirkungen weniger das eigene Klientel – hier die Bundespolitik – betreffen, als vielmehr auf Länder und Kommunen externalisiert wird. Im vorliegenden Fall stellt dies für die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung eine erhebliche Entlastung dar, weil sie sich so nicht

---

<sup>2)</sup> Die Forschungsförderungsaktivitäten, die sich wesentlich auf den Bereich der Molekularbiologie konzentrieren, sollen an dieser Stelle nicht weiter berücksichtigt werden, da sie eher im konservativen Sinne biomedizinischer Orientierung verwendet werden, über die Frage nach Innovation und Werteverstärkung aber wenig Auskunft geben außer der nicht überraschenden Erkenntnis, dass sich Leitbilder und Codes nicht schlagartig, sondern nur prozesshaft ändern können. In anderem Zusammenhang drückt Beyme (2000:80) dies treffend aus: „*Es ist immer unwahrscheinlich, dass neue Epochen mit einer Dekade beginnen, auch wenn viele sich in der Silvesternacht vornehmen, dass künftig alles besser und ganz anderes gemacht werden müsse*“. Zum – noch zu entwickelnden – Innovationspotenzial einer nachhaltigen Gesundheitsförderung vergleiche z.B. Huber 1997b.

den schwierigen Fragen konkreter Präventionsarbeit stellen muss. Die BZgA kann ihr wenig profilscharfes Konzept der Aufklärung fortsetzen, ohne sich neuen Anforderungen stellen zu müssen.

Auch umgekehrt gibt es deutliche Initiativen der Länder, die zum Teil als konkurrierende Bundespolitik verstanden werden können. Insbesondere der Freistaat Bayern formuliert eine intensive AIDS–Politik mit einem eigenständigen Politikkonzept des sog. Maximalismus bzw. der individuellen Suchstrategie. Die ausgeschöpften Landesbefugnisse zielen wesentlich darauf ab, die postulierte, aber vom Bundesgesetzgeber verweigerte Verschärfung des Bundesseuchengesetzes trotzdem umzusetzen. Auch hier zeichnet sich die Politik eher durch Problemabwehr und Externalisierung auf einen anderen Akteur aus.

Mehr im Sinne der Bundespolitik ist hingegen die sog. ‚Berliner Linie‘ der nachhaltigen Förderung von Selbsthilfegruppen, mit denen das Land Berlin seine fiskalpolitischen Möglichkeiten zur Steuerung und zur Etablierung eines neuen Akteurs nutzt. Die Politik von (West–) Berlin als aus Bundesmitteln hochsubventionierte Frontstadt ist dabei eher untypisch, Berlin wird vielmehr bis zum Fall der Mauer 1989 häufig als Experimentierfeld für sozial–, fiskal– und arbeitsmarktpolitische Sonderwege genutzt. Die Übertragbarkeit auf andere (west–) deutsche Bundesländer gestaltet sich schwierig.

Andere gesetzliche Optionen im Bereich der Krankenhausplanung bleiben jedoch aus, wobei hier insbesondere deutlich wird, dass es an objektivem Handlungszwang zum Aufbau neuer stationärer Versorgungsformen für AIDS–Erkrankten mangelt<sup>3</sup>.

Für den Code–Wechsel von Pathogenese zu Salutogenese, also von der Orientierung auf Krankheit zur Förderung der Gesundheit bedeutet AIDS–Politik lediglich einen ersten Schritt insofern, als dass ein inhaltlicher und organisatorischer Ansatz der Gesundheitsförderung geschaffen wird, wenn er sich auch im Vergleich zur quantitativen Größe der Kurativmedizin verschwindend klein ausnimmt. Mit der Aufnahme der Gesundheitsförderung in den Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung durch das Gesundheitsreformgesetz 1989 eröffnet sich jedoch

---

<sup>3</sup>) Eine interessante Analyse von Angebot und Nachfrage für stationäre Versorgungsformen für AIDS–Erkrankte legen Schaeffer/Moers (1995) vor, die aufzeigt, dass das Nachfrageverhalten durch unterschiedliche Variablen bestimmt ist und keinem eindeutigen Logikmuster folgt.

anknüpfend schon ein etwas größeres Handlungsfeld, und trotz verschiedener Schwankungen<sup>4</sup> kann prognostiziert werden, dass die Bedeutung der „Zukunftsaufgabe Gesundheitsförderung“ (Badura u.a. 1995) weiter anwächst. Der Grund dafür liegt weniger in politischen Rahmensetzungen –die unkonventionelle Finanzierung der AIDS–Hilfe durch Ministerin Süßmuth ist dabei eine kaum nachgeahmte Ausnahme von der Regel, dass sich die PolitikerInnen eher zurück halten, um nicht in Konflikt zu geraten mit den mächtigen medizinischen Interessenverbänden –als vielmehr im gestiegenen Individualbewusstsein der Menschen, die als KonsumentInnen wie PatientInnen zunehmend Wert legen auf ihre Gesundheit, ihr Wohlbefinden und ihre Fitness, und damit einen vorgelagerten Prozess der Gesundheitserhaltung und –förderung initiieren.

Der Beitrag der Politik zum Wandel des Gesundheitsverständnisses ist also eher marginal. Die im AIDS–Zusammenhang eröffneten Innovationen beziehen sich zumeist auf andere institutionelle Ebenen und bleiben damit eher symbolisch. Hier gibt es deutliche Hinweise, dass in Sinne eines korporatistischen Gleichgewichts einem potenziellen Konflikt mit Akteuren auf gleicher politischer Ebene, nachgezeichnet hier vor allem auf Bundesebene, aus dem Weg gegangen wird. Als ein Beispiel sei an dieser Stelle noch einmal darauf verwiesen, dass selbst die breit getragene und inhaltlich unstrittige Etablierung von Public Health in den bundesdeutschen Wissenschafts– und Forschungsbetrieb nicht vom zuständigen Gesundheitsministerium betrieben wird, sondern vom Bundesministerium für Forschung und Technologie (vgl. 2.4.3.).

So erweist sich speziell die Gesundheitspolitik des Bundes insgesamt eher als Hemmnis denn Gestalter des Wandels des Gesundheitsverständnisses, weil der ohnehin nur ansatzweise vorhandene Gestaltungswille hinter der korporatistischen Vormachtstellung der kurativ ausgerichteten medizinischen Fachgesellschaften zurücksteht.

---

<sup>4</sup> Im Zuge der Einsparungen mit dem 2. Neuordnungsgesetz werden die Ausgaben für Gesundheitsförderung aus dem Haushalt der GKV zwar zum 1.1.1997 wesentlich beschnitten (Rosenbrock u.a. 1996), durch das Gesundheitsreformgesetz zum 1.1.2000 jedoch wieder in Form von Maßnahmen zur primären Prävention, insbesondere zum Abbau sozial ungleicher Gesundheitschancen, in den § 20 des 5. Sozialgesetzbuches aufgenommen (BMG 1999).

### **6.3. Begünstigt der Ansatz der Gesundheitsförderung Partizipationskonzepte?**

Die langsame, aber stetige Etablierung der salutogenetischen Betrachtung geht mit einer Öffnung der Politikstrukturen vom Korporatismus zur partizipativen Aushandlung also zumindest nicht zwangsläufig einher. Zwar fordern die Gesundheitsförderungskonzepte der Weltgesundheitsorganisation in den Erklärungen von Ottawa oder Jakarta und auch in den Settingprojekten wie ‚Healthy City‘ explizit eine breite Beteiligung aller Betroffener und sehen in der umfassenden Aktivierung den Schlüssel nicht nur zur Heilung einzelner Menschen, sondern auch der reformierungsbedürftigen Gesundheitssysteme.

Ungeachtet aller theoretischen und praktischen Erkenntnisse über die Begrenztheit und die Gefahren korporatistischer Steuerung degradiert die Politik und auch die Gesundheitspolitik Partizipation aber bislang weitgehend auf Legitimationsbeschaffung. Maßnahmen zur Beteiligung und Aktivierung werden nicht systematisch aufgegriffen, sondern vielmehr wird Beteiligung als ‚notwendiges Übel‘ und letztlich als ‚Störung‘ des eigenen Gestaltungsraumes begriffen. Auch die Einbindung von Selbsthilfeansätzen und Schwulenbewegung in den AIDS–Diskurs ist eher eine Form von Inkorporierung als tatsächlicher Beteiligung. Es findet eine Erweiterung des Akteursspektrums statt. In begrenztem Umfang wird den Selbstorganisationsprozessen Einfluss zugestanden unter der Maßgabe opportunen Verhaltens. Weil dadurch der befürchtete Angriff der repressiven Politik der Maximalisten abgewehrt wird, ist die Inkorporierung für die Selbsthilfe scheinbar so alternativlos – selbst wenn die genauere Betrachtung zeigt, dass diese Gefahr eher einem theoretischen Konstrukt symbolischer Politik entspringt (vgl. 4.3.5.). Einen deutlicher Hinweis auf diesen verinnerlichten Zwang zur Inkorporierung gibt der beschriebene Umstand, dass die schwulenbewegten Aktivisten die AIDS–Hilfen bald nach Gründung enttäuscht wieder verlassen, ohne jedoch ihre Enttäuschung zu politisieren und Gegenaktivitäten zu entwickeln, wie dies im us–amerikanischen Diskurs bestimmend ist (vgl. 5.2.).

Die Träger der AIDS–Hilfen–Politik verhalten sich dabei im korporatistische Sinne ‚mustergültig‘. Außeneinflüsse, kritische Untertöne und selbst solidarische, aber querdenkende Ansätze werden sogar in besonderer Weise als Konkurrenz und damit Gefährdung der eigenen Rolle begriffen. Dies zeigt sich deutlich an der weitge-

hend unsouveränen und polemischen Abwehr gegen nahezu alle Formen der AIDS-Kritik durch die Vertreter der AIDS-Hilfe. Es drückt sich nicht nur in dem Übereifer aus, mit dem gegen die Denkrichtungen Duesbergs oder Segals polemisiert wird, sondern noch deutlicher in der Brandmarkung der Bremer Studie, deren Autoren zu Lippenbekenntnissen genötigt werden (vgl. 5.3.5). Besondere Blüten treibt dabei die Anbieterung der schwulen Bewegungssikone Rosa von Praunheim an die Berichterstattung des *SPIEGELS* und seine massive Anklage gegen prominente Schwule, die sich der Präventionskampagne – aus unterschiedlichen Beweggründen – nicht verpflichten.

Ein Forum zur Öffnung der gesellschaftlichen Debatte, die innerhalb der Selbsthilfeszene nicht möglich scheint, könnte die AIDS-Enquete-Kommission des Deutschen Bundestages sein. Wenngleich einzelne Initiativen, vor allem der Oppositionspartei SPD, vom Interesse an Beteiligung der Betroffenen zeugen, kann sich dieser partizipativ angelegte Ansatz nicht durchsetzen gegen die Mechanismen und Strukturen einer Enquete-Kommission, die sich auf dem Hintergrund der Parteienkonkurrenz nicht offen, sozusagen ‚herrschaftsfrei‘, entfalten kann. Vielmehr kommt es in der Arbeit der Enquete-Kommission laufend zu Konflikten in eher nebensächlichen Fragen. Solche thematische Zersplitterung kann nur durch einen politischen Generalismus aufgefangen werden, der dem parlamentarischen Geschäft zu eigen ist, von außen jedoch kaum betreten werden kann. Die politische – und auch soziale – Bereitschaft zu Konflikten und Ausgrenzungen untermauert dabei die Hypothese, dass der Bedarf umfassender Partizipationskonzepte von den Politikern, allen Lippenbekenntnissen zum Trotz, noch nicht erkannt ist (vgl. 4.4.2.).

So erklären sich auch einzelne Tabubereiche, die aus taktischen Gründen ausgeblendet werden. Das betrifft nicht nur so ausgegrenzte Themen wie die der Kritik (vgl. 5.), sondern auch zentral im Kommissionsauftrag angesprochene Bereiche wie Gesetzes- oder Zahlenlage (juristische und epidemiologische Fragestellungen), die auf Grund taktischer Erwägungen keine problemadäquate Bearbeitung erfahren.

Der theoretische Anspruch der Partizipation wird also auch eher theoretisch abgehandelt. Tatsächlich findet sich im AIDS-Diskurs kein ‚freier‘ Diskussionsraum. Die einbezogene AIDS-Hilfe dankt ihre Inkorporierung mit Abschwächung und Verkürzung ihres eigenen Ansatzes. Eine umfassende Beteiligung und Aktivierung

findet selbst im Bereich der schwulen Männer nur bedingt und nur funktional orientiert statt.

Das Gesundheitssystem ist mit der Erkenntnis, dass Gesundheitsversorgung nur umfassen kann, was von den Betroffenen unmittelbar gewollt, genutzt und getragen wird, am Anfang eines konfliktreichen, aber im Zuge der gesellschaftlichen Ausdifferenzierung unausweichlichen Weges der Umorientierung. Nach der Leitlinie der Weltgesundheitsorganisation ist Gesundheit etwas, das immer wieder hergestellt werden muss. Das müssen die Menschen selber tun, dafür muss das System ihnen Handlungsmöglichkeiten eröffnen, sie ermutigen und aktivieren.

Für die Politik sind einige Anforderungen, die an das Gesundheitssystem gestellt werden, durchaus vergleichbar. Die Politik, die auf die Legitimation der Menschen angewiesen ist, muss sicherstellen, dass die Menschen Politik als eigene Frage und Sache anerkennen, ansonsten entfremden sie sich von diesem Prozess. Doch nach wie vor wird Politik von den Politikern weitgehend nur als Machtkomplex begriffen und nicht als Auftrag zur Aktivierung der Menschen zur eigenen Gestaltung ihrer Lebensräume. Dies jedoch wird –und darin zeigen sich auch Ansätze in der AIDS–Debatte– eine wesentliche Aufgabe sein, um der Erosion des Sozialen entgegen zu treten. Darüber hinaus wird es eine Schlüsselfrage der Legitimierung und Zustimmung der Menschen zur Politik werden, von der sie sich zunehmend zu entfremden drohen, wie das Schlagwort von der ‚Politikverdrossenheit‘ seit Jahren thematisiert.

Ähnlich und möglicherweise noch stärker als das Gesundheitssystem wehrt sich auch das politische System in der Logik eigener Machterhaltung gegen Wege zur Öffnung der Entscheidungs– und Herrschaftsstrukturen. Umfassende und parteiferne Formen der Beteiligung, auch auf der Ebene der Bundespolitik in Gremien wie Enquete–Kommissionen, können diesem Defizit entgegen wirken und zur Auflösung des viel beklagten ‚Reformstaus‘ beitragen.





---

## Literatur

- Abholz**, Heinz–Harald, Das Dilemma des Kassenarztes: Gesundheit oder Medizin, in: Badura, Bernhard u.a. (Hg.), Zukunftsaufgabe Gesundheitsförderung, Frankfurt/Main **1989**.
- Achterberg**, Norbert, Parlamentarische Kontrollrechte, in: Die öffentliche Verwaltung (31) **1977**, 548ff.
- Ackerknecht**, Erwin, Geschichte der Medizin, Stuttgart **1992**<sup>7</sup>.
- ActUp** New York, The Barbara McClintock–Project, New York **1992**.
- Adams**, Jad, The HIV–Myth, London/New York **1989**.
- Adams**, Jad, The Media and AIDS, in: SAAO (Hg.), Reader 'International Symposium AIDS: A Different View', Amsterdam **1992**.
- Albers**, Karl–Heinz, Retortenschlacht, in: Siegessäule (2) Sonderheft AIDS, Die Dimension einer Krankheit, Berlin **1985**.
- Albonico**, Hansueli, Die Relativierung des HIV–Dogmas, Ein Beitrag zur erweiterten Sichtweise von AIDS, Dortmund **1991**.
- Albonico**, Hansueli, The HIV–Dogma: Thoughts of an General Practitioner to the Medicine of Fear, in: SAAO (Hg.), Reader 'International Symposium AIDS: A Different View', Amsterdam **1992a**.
- Albonico**, Hansueli, Dogmatismus ist eine tödliche Sünde im Wissenschaftsprozess, in: Projekt Kritische AIDS–Diskussion, Gib der Angst keine Chance, Berlin **1992b**.
- Albonico**, Hans Ulrich, Gewaltige Medizin, Bern/Stuttgart/Wien **1997**.
- Altgeld**, Thomas/**Laser**, Ina/**Walter**, Ulla (Hg.), Wie kann Gesundheit verwirklicht werden? Gesundheitsfördernde Handlungskonzepte und gesellschaftliche Hemmnisse, Weinheim/München **1997**.
- Altgeld**, Thomas, Landesvereinigungen für Gesundheit – Tradition und Perspektive der Kooperation in der Gesundheitsförderung, in: Public Health Forum (3) 10, **1995**.
- Aly**, Götz (Hg.), Aktion T4 1939–1945, Berlin **1987**.
- Aly**, Götz/**Roth**, Karl–Heinz, Die restlose Erfassung: Volkszählen, Identifizieren, Aussondern im Nationalsozialismus, Berlin **1984**.
- Amendt**, Günter, Jetzt ist alles Gras aufgefressen, in: Sigusch, Volkmar/Gremliza, Hermann L., Operation AIDS, Konkret Sexualität Heft 7, Hamburg **1986**.
- Andersen**, Hanfried, Themenschwerpunkte und Forschungsfelder der Gesundheitsökonomie, in: Andersen, Hanfried/Henke, Klaus–Dirk/ Schulenburg, Johann–Matthias Graf von der (Hg.), Basiswissen Gesundheitsökonomie, Band 1: Einführende Texte, Berlin **1992**.

- Anhalt**, Rüdiger, Brauchen wir eine neue AIDS–Politik?, Betrachtungen aus schwuler Sicht, in: Friedrich–Ebert–Stiftung (Hg.), Brauchen wir eine neue AIDS–Politik?, Dokumentation einer Tagung vom 18.1.95, Bonn **1995**.
- Ansen**, Reiner, Rasse, Gene, Progression. Zur Wiederkehr des biologischen Paradigmas, in: Die Tageszeitung vom 10.8.**1993**.
- Antonovsky**, Aaron, Health, Stress and Coping, San Francisco **1979**.
- Antonovsky**, Aaron, Meine Odyssee als Stressforscher, in: Abholz, Heinz–Harald u.a. (Hg.), Jahrbuch für kritische Medizin, Hamburg **1988**.
- Antonovsky**, Aaron, Salutogenese, Zur Entmystifizierung der Gesundheit, Tübingen **1997**.
- AOK–Bundesverband**, Den Krankenkassen drohen Mehrausgaben, in: G+G–Blickpunkt (2) 12, **1999**.
- Arnheim**, Christian, Die AIDS/Syphilis–Hypothese, in: ders. (Hg.), AIDS – Der dritte Akt der Syphilis, Der Irrtum des AIDS–Establishments, Dortmund **1990**.
- Ascher**, M.S./Sheppard, H.WS./Winkelstein, W./Vittinghoff (u.a.), Does drug use cause AIDS?, in: Nature (362) 6416, **1993**.
- Ashton**, John, The Origins of Healthy Cities, in: ders. (Hg.), Healthy Cities, Philadelphia **1992**.
- Baader**, Gerhard/**Schultz**, Ulrich (Hg.), Medizin und Nationalsozialismus. Tabuierte Vergangenheit – Ungebrochene Tradition?, Berlin **1983**<sup>2</sup>.
- Bach**, Kurt u.a., Memorandum zur Einrichtung eines Instituts für Geschlechter- und Sexualforschung an der Humboldt–Universität Berlin im Bereich der Sozialwissenschaften, in: Mitteilungen aus der kulturwissenschaftlichen Forschung (15) 31, **1992**.
- Badura**, Bernhard, Gesundheitswissenschaften und öffentliche Gesundheitsförderung, in: Schwarzer, Ralf, Gesundheitspsychologie, Göttingen **1990**.
- Badura**, Bernhard, Krisenbewältigung durch Systemgestaltung, in: Badura, Bernhard/Feuerstein, Günther, Systemgestaltung im Gesundheitswesen, Weinheim München **1994**.
- Badura**, Bernhard, Elemente einer bürgerorientierten Gesundheitspolitik, in: Gewerkschaftliche Monatshefte (50) 6, **1999**.
- Badura**, Bernhard u.a. (Hg.), Zukunftsaufgabe Gesundheitsförderung, Frankfurt/Main **1989**.
- Badura**, Bernhard/**Feuerstein**, Günther, Systemgestaltung im Gesundheitswesen, Weinheim München **1994**.
- Badura**, Bernhard/**Hellberger**, Christoph, 'New Public Health', Von der Krankheitsprävention zur Gesundheitsförderung, in: Technische Universität Berlin, Forschung aktuell (11) 45–47, Sonderheft Gesundheitswissenschaften, **1994**.

- Badura, Bernhard/Wolters, Paul**, Qualitätsforschung hat Priorität, in: Public Health Forum (4) 12, **1996**.
- BAGS** Behörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales, Kommunale Gesundheitsförderung in Hamburg, Hamburg **1992**.
- Bals, Thomas**, Change agents, Pflege in einem sich wandelnden Gesundheitswesen, in: Dr.med.Mabuse (21) 103, **1996**.
- Bange, Dirk**, Die dunkle Seite der Kindheit, Sexueller Mißbrauch an Mädchen und Jungen, Ausmaß – Hintergründe – Folgen, Köln **1992**.
- Bargstedt, Peter**, Gesundheits- und sozialpolitische Aspekte von AIDS – Eine Zwischenbilanz, in: Senatsverwaltung für Gesundheit Berlin, AIDS-Themen & Konzepte 3/91, Berlin **1991**.
- Baric, Leo/Conrad, Günter**, Gesundheitsförderung in Settings, Werbach-Gamburg **1999**.
- Bateson, Gregory**, Ökologie des Geistes, Frankfurt/Main **1981**.
- Bauch, Jost**, Gesundheit als sozialer Code, Weinheim/München **1996**.
- Bauer, Rudolph**, Lexikon des Sozial- und Gesundheitswesens, Bd. 2, München **1992**.
- Baumgardt, Manfred**, Das Institut für Sexualwissenschaft (1919–1933), in: Lautmann, Rüdiger (Hg.), Homosexualität, Handbuch der Theorie- und Forschungsgeschichte, Frankfurt/Main New York **1993**.
- Beck, Ulrich**, Risikogesellschaft, Frankfurt/Main **1986**.
- Beck, Ulrich**, Gegengifte, Die organisierte Unverantwortlichkeit, Frankfurt/Main **1988**.
- Beck, Volker**, AIDS im Wasserwerk, in: magnus (4) 3, **1991**.
- Beck, Ulrich**, Die Erfindung des Politischen, Frankfurt/Main **1993**.
- Beck, Ulrich**, Jenseits von Stand und Klasse?, in: Beck, Ulrich/Beck-Gernsheim, Elisabeth, (Hg.), Riskante Freiheiten, Frankfurt/Main **1994**.
- Beck, Ulrich**, Kapitalismus ohne Arbeit, in: Der Spiegel (50) 20, **1996**.
- Becker, Sophinette**, AIDS – Die Krankheit zur Wende?, in: Psychologie heute, 11/1985.
- Becker, Sophinette**, Angst-Schuld-Krankheit, in: Frings, Matthias (Hg.), Dimensionen einer Krankheit – AIDS, Hamburg **1986**.
- Becker, Sophinette**, Der Arzt, der Aids-Patient und die Sexualität, in: Sigusch, Volkmar (Hg.), AIDS als Risiko, Über den gesellschaftlichen Umgang mit einer Krankheit, Hamburg **1987**.
- Becker, Sophinette/Clement, Ulrich**, HIV-Infektion und Sexualität, in: Deutsches Ärzteblatt (84), 28–29/1987.
- Bergmann, Anna**, Die verhütete Sexualität, Hamburg **1992**.
- Bergmann, Karl E./Baier, Wolfgang/Meinlschmidt, Gerhard**, Gesundheitsziele für Berlin, Wissenschaftliche Grundlagen und epidemiologisch begründete Vorschläge, Berlin New York **1996**.

- BfGe** Bundesvereinigung für Gesundheit, Gesunde Städte – gesünder leben, Hamburg **1996**.
- BGA** Bundesgesundheitsamt, Bericht des AIDS-Zentrums des Bundesgesundheitsamtes über aktuelle epidemiologische Daten, in: AIFO (8) 51–56, **1993**.
- Bickel**, Marcel H., Antibiotika gegen bakterielle Infektionen, in: Schott, Heinz (Hg.), Meilensteine der Medizin, Dortmund **1996**.
- Biechele**, Ulrich (Hg.), Identitätsbildung Identitätsverwirrung Identitätspolitik, Eine psychologische Standortbestimmung für Lesben, Schwule und andere, Berlin **1998**.
- Biedenkopf**, Kurt, Die Zukunft moderner Gesellschaften: Von der Arbeits- zur Bürgergesellschaft, in: Hradil, Stefan (Hg.), Differenz und Integration, Die Zukunft moderner Gesellschaften, 28. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Soziologie, Frankfurt/Main / New York **1997**.
- Bier**, Rolf, Aids-Experte Koch: Infizierte Prostituierte aus dem Verkehr ziehen!, in: BILD vom 8.1.1988.
- Binding**, Karl/**Hoche**, Alfred Erich, Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens. Ihr Maß und ihre Form; Leipzig **1920**.
- BI** (Bürgerinitiative) **Raschplatz** e.V. (Hg.), Bilderschock, Öffentliche Kunst gegen Aids, Hannover **1990**.
- Bird**, Christopher, The Persecution and Trial of Gaston Naessens, New York **1991**.
- Bispinck**, Reinhard, Tarifpolitik in der ersten Hälfte der 90er Jahre – eine zwiespältige Bilanz, in: ders. (Hg.), Tarifpolitik der Zukunft – Was wird aus dem Flächentarifvertrag?, Hamburg **1995**.
- Blattner**, William/**Gallo**, Robert/**Temin**, Howard, HIV causes AIDS, in: Science, Vol. 241, **1988**.
- Bleibtreu-Ehrenberg**, Gisela, Angst und Vorurteil, AIDS-Ängste als Gegenstand der Vorurteilsforschung, Hamburg **1989**.
- Bleker**, Johanna/**Jachertz**, Norbert (Hg.), Medizin im 'Dritten Reichen', Köln **1993**<sup>2</sup>.
- BMAS** Bundesministerium für Arbeit und Soziales, Übersicht über das Sozialrecht, Bonn **1994**<sup>3</sup>.
- BMFT** Bundesministerium für Forschung und Technologie, Forschung und Entwicklung im Dienste der Gesundheit, Programm der Bundesregierung, Bonn **1993**.
- BMG** Bundesministerium für Gesundheit, Daten des Gesundheitswesens, Baden-Baden **1997**.
- BMG** Bundesministerium für Gesundheit, Eckpunkte zur Gesundheits-Reform 2000, vereinbart zwischen den Arbeitskreisen ‚Gesundheit‘ der Fraktionen der SPD und Bündnis 90/Die Grünen und dem Bundesministerium für Gesundheit, Bonn **1999a**.

- BMG** Bundesministerium für Gesundheit, Gesundheitsreform 2000, Informationen zum Entwurf für ein Gesetz zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000 (GKV Gesundheitsreform 2000), Bonn **1999b**.
- BMJFFG** Bundesministerium für Jugend, Frauen, Familie und Gesundheit, Presседienst 164 vom 9.11.**1984**.
- Bochow**, Michael, AIDS und Schwule, Individuelle Strategien und kollektive Bewältigung, AIDS-Forum DAH Band IV, Berlin **1989**.
- Bochow**, Michael, Die Reaktionen homosexueller Männer auf AIDS in Ost- und West, AIDS-Forum DAH Band X, Berlin **1993**.
- Bochow**, Michael, Bremische Typenlehre – oder was passiert, wenn ressentiment-verzerrte Wahrnehmung den empirischen Blick trübt, in: Bundesverband Homosexualität (BVH), Stigma-Management und schwules Selbstbewusstsein, Materialien und Anmerkungen zu der Studie Soziokulturelle Faktoren in der Epidemiologie von AIDS, BVH Materialien 5, Berlin **1995**.
- Bock**, Gisela, Zwangssterilisation im Nationalsozialismus, Opladen **1986**.
- Böhm**, Birgit/**Janßen**, Michael/**Legewie**, Heiner, Zusammenarbeit professionell gestalten, Praxisleitfaden für Gesundheitsförderung, Sozialarbeit und Umweltschutz, Freiburg **1999**.
- Boes**, Ulf, AIDS-Berichterstattung in der Tagespresse, Inhaltsanalytische Untersuchung von 'Frankfurter Allgemeine Zeitung' und 'Welt' im Zeitraum 1982–89, Reihe Medizinpublizistische Arbeiten, Band 6, Bochum **1991**.
- Böhme**, Gernot, Natürlich Natur, Über Natur im Zeitalter ihrer technischen Reproduzierbarkeit, Frankfurt/Main **1992**.
- Bogen**, Ralf **u.a.**, Keine Preisverleihung an Robert Gallo! Gallo gehört vor Gericht und nicht in die Paulskirche!, Offener Brief an Bundesgesundheitsministerin Andrea Fischer, in: Deutsche AIDS-Hilfe, Mittwochs-Rundbrief 2, **1999**.
- Bollwahn**, Barbara, Polizeieinsatz an der FU, Asta wollte Vortrag des umstrittenen Aids-Forschers Duesberg verhindern, in: Die Tageszeitung vom 19.5.**1995**.
- Borgers**, Dieter, Cholesterin: Das Scheitern eines Dogmas, Die mangelnde Effizienz individualmedizinischer Präventionsstrategie, Berlin **1993**.
- Borgers**, Dieter, Legitimation und Anspruch einer GesundheitBerichterstattung: Gesundheitsberichte oder Hofberichte? , in: Geene, Raimund/Denzin, Christian (Hg.), Berlin – Gesunde Stadt?, Neuorientierung für die Berliner Gesundheitspolitik, Berlin **1997**.
- Bortel**, Hans-Jürgen, Armutskrankheit AIDS, in Informationszeitschrift 3. Welt iz3w (18) 232, **1998**.
- Bosinski**, Hartmut, Statement zur Gründung eines Instituts für Geschlechter- und Sexualforschung, in: Mitteilungen aus der kulturwissenschaftlichen Forschung (15) 31, **1992**.
- Bourdieu**, Pierre, Die feinen Unterschiede, Kritik der gesellschaftlichen Urteilskraft, Frankfurt/Main **1987**.

- Boyden, Stephen**, What is a Healthy City?, in: Machulle, Dittmar/Mischer, Olaf/Sywottek, Arnold (Hg.), Macht Stadt krank? Vom Umgang mit Gesundheit und Krankheit, Hamburg **1996**.
- Braathen, Lasse R.**, The Role of Langerhans Cells in HIV Infection, in AIFO (4) 658–663, **1989**.
- Brand, Helmut/Schmacke, Norbert**, Der öffentliche Gesundheitsdienst, in: Schwartz, Friedrich Wilhelm (Hg.), Das Public Health Buch, Gesundheit und Gesundheitswesen, München/Wien/Baltimore **1998**.
- Braun, Rainer/Kühn, Hagen/Reiners, Hartmut**, Der Mythos der Kostenexplosion, Frankfurt/Main **1998**.
- Brennecke, Ralph/Schelp, Frank–Peter** (Hg.), Sozialmedizin, Stuttgart **1993**.
- Brenner, Harvey**, Geleitwort, in: Schwartz, Friedrich Wilhelm (Hg.), Das Public Health Buch, Gesundheit und Gesundheitswesen, München/Wien/Baltimore **1998**.
- Bröskamp–Stone, Ursel/Kickbusch, Ilona/Walter, Ulla**, Gesundheitsförderung, in: Schwartz, Friedrich Wilhelm (Hg.), Das Public Health Buch, Gesundheit und Gesundheitswesen, München/Wien/Baltimore **1998**.
- Bröskamp–Stone, Ursel/Schmacke, Norbert/Walter, Ulla/Kickbusch, Ilona**, Strukturen der Gesundheitsförderung, in: Schwartz, Friedrich Wilhelm (Hg.), Das Public Health Buch, Gesundheit und Gesundheitswesen, München/Wien/Baltimore **1998**.
- Bruns, Manfred**, Thesen über den Umgang mit der Krankheit AIDS, in: Rosa Flieder 54, **1987**.
- Bündnis 90/Die Grünen** (Hg.), Mitgliedschaft Berlins im Gesunde–Städte–Netzwerk, Berlin **1996**.
- Bundesregierung**, Aids–Bekämpfung in den vergangenen zehn Jahren, Die Bundesregierung zieht Bilanz, in: Presse– und Informationsamt der Bundesregierung, Sozialpolitische Umschau 272 vom 16.6. **1997**.
- Burkart, W.**, Der Irrweg der WHO, in: Deutsches Ärzteblatt 1/2, 6. Januar **1986**.
- Butler, Judith**, Das Unbehagen der Geschlechter, Frankfurt/Main **1991**.
- Butler, Judith**, Überarbeitungen der Macht, Linda Singer und die Logik des Epidemischen, in: Schultz, Susanne u.a. (Hg.), geld.beat.synthetik, Berlin **1996**.
- Butterwegge, Christoph**, Krise und Entwicklungsperspektiven des Sozialstaates, in: WSI–Mitteilungen (49) 4, **1996**.
- Callen, Michael**, Surviving AIDS, New York **1990**.
- Callen, Michael**, AIDS ist überlebbar, ein Interview von Udo Schüklenk, in: magnus (4) 7, **1991a**.
- Callen, Michael**, Passiver Genozid in den AIDzigern, in: Salmen, Andreas (Hg.), Act Up: Feuer unterm Arsch, Die AIDS–Aktionsgruppen in Deutschland und den USA, AIDS–Forum DAH Sonderband, Berlin **1991b**.

- Callen**, Michael, The Topic of Long-term AIDS Survival, in: SAAO (Hg.), Reader 'International Symposium AIDS: A Different View', Amsterdam **1992**.
- Callen**, Michael/**Turner**, Dan, Geschichte der Selbsthilfe-Bewegung von Menschen mit AIDS, in: Salmen, Andreas (Hg.), Act Up: Feuer unterm Arsch, Die AIDS-Aktionsgruppen in Deutschland und den USA, AIDS-Forum DAH Sonderband, Berlin **1991**.
- Callies**, Rolf-Peter/**Frey**, Christopher, AIDS als ethische Herausforderung, in: Zeitschrift für Evangelische Ethik (32)3, **1988**.
- Canaris**, Ute, Gesundheitliche Selbsthilfegruppen und ihre Zusammenarbeit mit Ärzten, in: Jork, Klaus (Hg.), Gesundheitsberatung, Berlin **1987a**.
- Canaris**, Ute, Gesundheitspolitische Aspekte im Zusammenhang mit AIDS, in: Korporal, Johannes/Malouschek, Hubert (Hg.), Leben mit AIDS – mit AIDS leben, Hamburg **1987b**.
- CDC** Centers for Disease Control, Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS): Precautions for Clinical and Laboratory Staffs, in: MMWR (31) 577–580, **1982**.
- CDU** Christlich Demokratische Union Deutschlands, Gesundheitspolitisches Programm, Bonn **1978**.
- CDU/SPD** Christlich Demokratische Union Deutschlands, Landesverband Berlin und Sozialdemokratische Partei Deutschlands, Landesverband Berlin, Koalitionsvereinbarung **1991**.
- Cerny**, Jochen (Hg.): Wer war wer – DDR: ein biographisches Lexikon; Berlin **1992**.
- Chirimuuta**, Richard/**Chirimuuta**, Rosalind, AIDS, Africa and Racism, London **1989**.
- Clasen**, Christiane, Aids: Todesurteil Haftanstalt, FU-Studie: Risiko unter Fixern immens hoch, in: Berliner Morgenpost vom 12.2. **1995**.
- Clement**, Ulrich, Zur Sozialpsychologie des „Safer-Sex“, in: Frings, Matthias (Hg.), Dimensionen einer Krankheit, Reinbek **1986a**.
- Clement**, Ulrich, Höhenrausch, in: Sigusch, Volkmar/Gremliza, Hermann L., Operation AIDS, Konkret Sexualität Heft 7, Hamburg **1986b**.
- Clement**, Ulrich, HIV-positiv. Psychische Verarbeitung, subjektive Infektionstheorien und psychosexuelle Konflikte HIV-Infizierter, Stuttgart **1992**.
- Clever**, Ulrich, Die Geschichte der Standesorganisationen und ihre oppositionellen Alternativen, in: Baader, Gerhard/Schultz, Ulrich, Medizin und Nationalsozialismus. Tabuisierte Vergangenheit – Ungebrochene Tradition?, Berlin **1983**.
- Conrad**, Günter, Das Gesunde-Städte-Projekt der WHO, Ziele, Entwicklungen und Ergebnisse, in: Pelikan, Jürgen M./Demmer, Hildegard/Hurrelmann, Klaus (Hg.), Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung, Weinheim/München **1993**.

- Coulter**, Harris L., AIDS and Syphilis, The Hidden Link, Berkeley/USA **1987**.
- Crim**, Douglas/**Rolston**, Adam, AIDS Demo Graphics, New York **1990**.
- Crim**, Douglas/**Rolston**, Adam, AIDS Demo Graphics, dt. Übersetzung des Vorwortes, in: magnus (4) 2, **1991**.
- Cruse**, Karl-Georg, Aufgaben und Ziele der Deutschen Aids-Hilfe, in: Sigusch, Volkmar (Hg.), AIDS als Risiko, Über den gesellschaftlichen Umgang mit einer Krankheit, Hamburg **1987**.
- Daele**, Wolfgang van den, Auf der Keimbahn. Die Unvermeidbarkeit der High-Tech-Medizin, in: Michel, Karl Markus/Spengler, Tilman (Hg.), Die Seuche, Kursbuch 94, Berlin **1988**.
- Daele**, Wolfgang van den, Der lange Abschied von den „besonderen Risiken“ gentechnisch veränderter Pflanzen, in: Soziale Technik 4, **1995**.
- Daele**, Wolfgang van den/**Neidhardt**, Friedhelm (Hg.), Kommunikation und Entscheidung, Politische Funktionen öffentlicher Meinungsbildung und diskursiver Verfahren, Berlin **1996**.
- DAH** Deutsche AIDS-Hilfe, Sechs Regeln für sicheren Sex, in: Siegessäule (2) Sonderheft AIDS, Die Dimension einer Krankheit, Berlin **1985**.
- DAH** Deutsche AIDS-Hilfe, Jahresbericht 1985/1986, Berlin **1986**.
- DAH** Deutsche AIDS-Hilfe, Jahresbericht 1986/1987, Berlin **1987**.
- DAH** Deutsche AIDS-Hilfe (Hg.), 10 Jahre Deutsche AIDS-Hilfe, Geschichten und Geschichte, AIDS-Forum DAH Sonderband, Berlin **1993**.
- DAH** Deutsche AIDS-Hilfe (Hg.), Strukturelle Prävention: Ansichten zum Konzept der Deutschen AIDS-Hilfe, AIDS-Forum DAH Sonderband, Berlin **1998**.
- Dannecker**, Martin, Der homosexuelle Mann im Zeichen von Aids, Hamburg **1991**.
- Dannecker**, Martin, Sehr geehrter Herr Augstein, Offener Brief, in: Sigusch, Volkmar/Gremliza, Hermann L., Operation AIDS, Konkret Sexualität Heft 7, Hamburg **1986**.
- Dannecker**, Martin, Sexualität und Verhaltenssteuerung am Beispiel der Reaktion homosexueller und bisexueller Männer auf Aids, in: Rosenbrock, Rolf/Salmen, Andreas (Hg.), Aids-Prävention, Berlin **1990**.
- Dannecker**, Martin/**Reiche**, Reimut, Der gewöhnliche Homosexuelle, Frankfurt/Main **1971**.
- Darwin**, Charles, On the Origin of Species by Means of Natural Selection, or the Preservation of Favoured Races in the Struggle for Life, London **1859**.
- Dehn**, Gerhard, Die gesetzliche Pflegeversicherung, Kompensation der Arbeitgeberaufwendungen, in: Soziale Sicherheit (44) 12, **1995**.
- Denzin**, Christian, Psychosoziale Auswirkungen von AIDS bei Schwulen, unveröffentlichtes Manuskript, Vortrag auf dem Berliner AIDS-Symposium am 28.11.1992.

- Denzin**, Christian, Bestandsaufnahme und Potentiale der 'Gesunden Stadt Kreuzberg', in: Geene, Raimund/Denzin, Christian (Hg.), Berlin – Gesunde Stadt?, Neuorientierung für die Berliner Gesundheitspolitik, Berlin **1997**.
- Denzin**, Christian/Geene, Raimund, AIDS–Politik und AIDS–Kritik, in: Schultz, Susanne u.a. (Hg.), geld.beat.synthetik, Berlin **1996**.
- Deppe**, Hans–Ulrich, Zur geschichtlichen Situation in der Medizinischen Soziologie, in: Deppe, Hans–Ulrich/Regus, Michael (Hg.), Seminar: Medizin, Gesellschaft, Geschichte, Beiträge zur Entwicklungsgeschichte der Medizinsoziologie, Frankfurt/Main **1975**.
- Deppe**, Hans–Ulrich, Krankheit ist ohne Politik nicht heilbar: Zur Kritik der Gesundheitspolitik, Frankfurt/Main **1987**.
- Deppe**, Hans–Ulrich, **et al.** (Hg.), , Medizin und gesellschaftlicher Fortschritt, Köln **1973**.
- Deppe**, Hans–Ulrich/Regus, Michael (Hg.), Seminar: Medizin, Gesellschaft, Geschichte, Beiträge zur Entwicklungsgeschichte der Medizinsoziologie, Frankfurt/Main **1975**.
- Deppe**, Hans–Ulrich/Friedrich, Hannes/Müller, Rainer (Hg.), Öffentliche Gesundheit – Public Health, Frankfurt/Main **1991**.
- Dersee**, Thomas (Hg.), Das große Wie–lebst–Du–denn, Das Buch für Selbsthilfe, Selbstorganisation und Patientenrecht, Berlin **1982**.
- Dersee**, Thomas/Dupke, Stephan, Bankrott der Gesundheitsindustrie, Kritik des bestehenden medizinischen Versorgungssystems, Dokumentation des Gesundheitstages Berlin 1980, Bd. 4, Berlin **1981**.
- Deutsche AIDS–Stiftung** Positiv Leben (Hg.), AIDS und Psyche, Berlin **1990**.
- Deutscher Bundestag**, Amtliches Handbuch des 11. Deutschen Bundestages, Bonn **1987**.
- Deutscher Bundestag**, AIDS: Fakten und Konsequenzen; Zwischenbericht der Enquete–Kommission des 11. Deutschen Bundestages 'Gefahren von AIDS und wirksame Wege zu ihrer Eindämmung', Bonn **1988**.
- Deutscher Bundestag**, AIDS: Fakten und Konsequenzen; Endbericht der Enquete–Kommission des 11. Deutschen Bundestages 'Gefahren von AIDS und wirksame Wege zu ihrer Eindämmung', Bonn **1990a**.
- Deutscher Bundestag**, Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung, Endbericht der Enquete–Kommission des 11. Deutschen Bundestages 'Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung', Band 1, Bonn **1990b**.
- Deutscher Bundestag**, Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung, Endbericht der Enquete–Kommission des 11. Deutschen Bundestages 'Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung', Band 2, Bonn **1990c**.

- Deutscher Bundestag**, Demographischer Wandel, Zwischenbericht der Enquete-Kommission des 12. Deutschen Bundestages 'Demographischer Wandel', Bt-Ds. 12/7876, Bonn **1994**.
- DGfS** Deutsche Gesellschaft für Sexualwissenschaft, Erklärung, in: Frankfurter Rundschau vom 23.11.**1984**.
- Distelbarth**, Tilmann, Ein gesünderes Leben in der ganzen Stadt? Bündnisgrüne und PDS wollen, daß Berlin dem internationalen Gesunde-Städte-Netzwerk beitrifft, in: Der Tagesspiegel vom 24.09.**1996**.
- Döhler**, Marian, Gesundheitspolitik nach der 'Wende', Policy-Netzwerke und ordnungspolitischer Strategiewechsel in Großbritannien, den USA und der Bundesrepublik Deutschland, Berlin **1990**.
- Döhler**, Marian/**Blanke**, Bernhard/**Haase**, Ingo, Politikwissenschaft und Verwaltungswissenschaft, in: Deutsche Forschungsgemeinschaft, Gesundheitssystemforschung in Deutschland, Denkschrift, Weinheim/München **1995**.
- Döhler**, Marian/**Manow-Borgwardt**, Philip, Korporatisierung als gesundheitspolitische Strategie, in: Staatswissenschaften und Staatspraxis (3) **1992**.
- Dornier** GmbH, Steigerung der Effektivität und bedarfsgerechte Neustrukturierung des öffentlichen Gesundheitsdienstes in Berlin, Gutachten im Auftrag der Senatsverwaltung für Gesundheit, Friedrichshafen **1993**.
- Dressler**, Stephan, Blut, AIDS und das BGA, in: Dr.med.Mabuse (18) 87, **1993**.
- Dressler**, Stephan, Gib AIDS eine Chance, in: **Dressler**, Stephan/**Beier**, Klaus-Michael (Hg.): Aids und Ethik, Berlin **1994**.
- Dressler**, Rudolf, Strukturelle Reformen im Gesundheitsbereich, Notwendig ist eine Kombination aus Wettbewerb und Globalbudget, in: Wirtschaftsdienst II, **1996**.
- Dressler**, Stephan/**Beier**, Klaus-Michael (Hg.): Aids und Ethik, Berlin **1994**.
- Dressler**, Stephan/**Haeberle**, Erwin J.(Hg.): AZ-Hefte 5/91, HIV/AIDS Informations- und Dokumentationszentrum im deutschsprachigen Raum, AIDS-Zentrum am Bundesgesundheitsamt, Berlin **1991**.
- Dressler**, Stephan/**Wienold**, Matthias, AIDS Taschenwörterbuch, Berlin **1992**<sup>2</sup>.
- Dressler**, Stephan/**Wienold**, Matthias, AIDS Taschenwörterbuch, Berlin Heidelberg New York **1996**<sup>3</sup> (vollständig neue Auflage).
- Dreyfus**, Hubert L./**Rabinow**, Paul: Michel Foucault, Jenseits von Strukturalismus und Hermeneutik, Frankfurt/Main **1987**.
- Droege**, Georg, Deutsche Wirtschafts- und Sozialgeschichte, Frankfurt/Main **1972**.
- DStGB** Deutscher Städte- und Gemeindebund, Rathaus und Klimaschutz, Hinweise für die kommunale Praxis (Lokale Agenda 21), Hannover **1996**<sup>3</sup>.
- Duesberg**, Peter H., AIDS acquired by drug consumption and other noncontagious risk factors, in: Pharmacological Therapies (55), 201ff., **1993**.
- Duesberg**, Peter H., AIDS-Epidemiologie: Widersprüchlichkeiten zur Annahme einer HIV-Ätiologie und Infektionskrankheit, in: AIFO (6) 299-306, **1991**.

- Duesberg, Peter H.**, AIDS: Virus or Drug Induces?, Dordrecht/NL **1996a**.
- Duesberg, Peter H.**, Die Rolle von psychoaktiven Drogen und Medikamenten bei AIDS, in: AIFO (7) 631–641, **1992**.
- Duesberg, Peter H.**, Erwiderung zu Boris Velimirovic, in: AIFO (4) 521–522, **1989b**.
- Duesberg, Peter H.**, Erwiderung zu Reinhard Kurth, in: AIFO (4) 515–516, **1989a**.
- Duesberg, Peter H.**, HIV is not the cause of AIDS, in: Science Vol. 241, 514–516, **1988**.
- Duesberg, Peter H.**, HIV und AIDS: Korrelation, aber nicht Ursache, in: AIFO (4) 115–130, **1989**.
- Duesberg, Peter H.**, Infectious AIDS: Have We Been Misleed? New York **1996b**.
- Duesberg, Peter H.**, Inventing the AIDS–Virus, Washington **1996c**.
- Duesberg, Peter H.**, Retroviruses as Carcinogens and Pathogens. Expectations and Reality, in: Cancer Research (47) 1199–1220, **1987**.
- Duesberg, Peter/Yiamouyiannis, John**, AIDS (dt.), Peiting **1998**.
- Duesberg, Peter/Yiamouyiannis, John**, AIDS, Delaware/Ohio, USA **1995**.
- Düttmann, Alexander Garcia**, Uneins mit Aids, Wie über einen Virus nachgedacht und geredet wird, Frankfurt/Main **1993**.
- Dunde, Siegfried Rudolf**, AIDS – was eine Krankheit verändert, Frankfurt/Main **1986**.
- Dunde, Siegfried Rudolf**, AIDS und Moral, Über ein psychosoziales Problem, Frankfurt/Main **1989**.
- Eberle, Gudrun**, Die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, Entstehung, Arbeitsweise, Bedeutung für die GKV, in: Soziale Sicherheit (34) **1985**.
- Eberstein, Bettina von**, Rheuma und Psyche, Zu Risiken und Nebenwirkungen der modernen Arbeitswelt, Wissenschaftszentrum für Sozialforschung WZB P96–204, Berlin **1996**.
- Eckart, Wolfgang (Hg.)**, Geschichte der Medizin, Berlin Heidelberg **1990**.
- Eckert, Albert**, Wo steht die Deutsche AIDS–Hilfe?, in: Rosa Flieder 63, **1989**.
- Eco, Umberto**, Wie man eine wissenschaftliche Abschlußarbeit schreibt, München **1993<sup>6</sup>**.
- EFB** Epidemiologische Forschung Berlin, Entwicklung eines Präventionskonzeptes für das Land Berlin, Gutachten im Auftrag der Senatsverwaltung für Gesundheit, Berlin **1994**.
- Ehlers, Hans–Joachim/Schüklenk, Udo**, Viel Wirbel um die große AIDS–Lüge, in: AIDS–spezial, Raum & Zeit 4/**1990**.
- Elder, John**, Health Promotion in the USA, in: Geiger, Andreas/Kreuter, Hansheinz (Hg.), Handlungsfeld Gesundheitsförderung 10 Jahre nach Ottawa, Werbach–Gamburg **1997**.
- Ellner, Michael**, Heal, in: SAAO (Hg.), Reader 'International Symposium AIDS: A Different View', Amsterdam **1992**.

- Engelhardt**, Dietrich von, Gesunde Lebensführung als Präventivmedizin. Antike Diätik im Ausgang von Galen, in: Schott, Heinz (Hg.), Meilensteine der Medizin, Dortmund **1996**.
- Erdorf**, Rolf, Bilder von mir, Ein Betroffener in den Medien, in: Frings, Matthias (Hg.), Dimensionen einer Krankheit – AIDS, Hamburg **1986**.
- Ernst**, Anna Sabine, "Die beste Prophylaxe ist der Sozialismus", Ärzte und medizinische Hochschullehrer in der SBZ/DR 1945–1961, Internationale Hochschulschriften Bd. 210, Münster New York München Berlin **1997**.
- Esping-Andersen**, Gosta, The Three Worlds of Welfare Capitalism, Cambridge **1990**.
- Essex**, Max/**Kanki**, Phyllis, Die Abstammung des AIDS-Virus, in: Spektrum der Wissenschaft 12, **1988**.
- Etgeton**, Stefan, Die Verdoppelung des Traumas, in: Zeitschrift für Sexualforschung (4) 58–66, **1991**.
- Etgeton**, Stefan, Homosexuelle Männer und AIDS, Die tödlichen Auswirkungen des Stigmas, Protokoll eines Symposiums der Deutschen AIDS-Hilfe, in: Bundesverband Homosexualität (BVH), Stigma-Management und schwules Selbstbewußtsein, Materialien und Anmerkungen zu der Studie Soziokulturelle Faktoren in der Epidemiologie von AIDS, BVH Materialien 5, Berlin **1995**.
- Etzioni**, Amitai, Jenseits des Egoismus-Prinzips. Ein neues Bild von Wirtschaft, Politik und Gesellschaft, Stuttgart **1994**.
- Etzioni**, Amitai, Die Entdeckung des Gemeinwesens. Ansprüche, Verantwortlichkeiten und das Programm des Kommunitarismus, Stuttgart **1995**.
- Evans**, Richard J., Angst in den Zeiten der Cholera, in: Michel, Karl-Markus/Spengler, Tilmann, Die Seuche, Kursbuch 94, Berlin **1988**.
- Fahrenbach**, Sabine/**Thom**, Achim (Hg.), Der Arzt als "Gesundheitsführer", Ärztliches Wirken zwischen Ressourcenerschließung und humanitärer Hilfe im 2. Weltkrieg, Frankfurt/Main **1991**.
- Faltermaier**, Toni, Gesundheitsbewußtsein und Gesundheitshandeln, Weinheim **1994**.
- Faltermaier**, Toni/**Döhner**, Hanneli/**Wahn**, Ulrich, Selbsthilfe und soziale Unterstützungssysteme, in: Public Health Forum (3) 10, **1995**.
- Fastie**, Friesa, Zeuginnen der Anklage, Die Situation sexuell mißbrauchter Mädchen und junger Frauen vor Gericht, Berlin **1994**.
- Faust**, Wolfgang Max, Das alles gibt es also: Kunst, Aids, Tod, Berlin **1992**.
- Fialas**, Christian, Die Statistik-Seuche, in Informationszeitschrift 3. Welt iz3w (18) 231, **1998**.
- Filter**, Cornelia, Virus Mann, in: Emma 7/**1992**.
- Fineberg**, Harvey, Die gesellschaftlichen Dimensionen von AIDS, in: Spektrum der Wissenschaft 12, **1988**.

- Fink**, Ulf, Aus Problemen Chancen machen: Sozialmodell Berlin, in: Blanke, Bernhard/Evers, Adalbert/Wollmann, Helmut (Hg.), Die zweite Stadt. Neue Formen lokaler Arbeits- und Sozialpolitik; Leviathan-Sonderheft 7, Opladen **1986**.
- Fink**, Hans, AIDS: Alles in der Seele, Ganzheitliche Ansätze der AIDS-Therapie, Hannover **1987**.
- Fink-Eitel**, Hinrich, Foucault zur Einführung, Hamburg **1989**.
- Finkenrath**, Klaus, Die Organisation der deutschen Ärzteschaft, Berlin **1928**.
- Fischer**, Klaus, Akzeptanz ausgewählter Printmedien der deutschen AIDS-Hilfe bei homosexuellen Männern der unteren sozialen Schicht, Magisterarbeit TU Berlin **1998**.
- Fischer**, Andrea, Patientenschutz in Deutschland, Bestandsaufnahmen und Perspektiven, in: Gold, Carola/Geene, Raimund/Stötzner, Karin (Hg.), Patienten – Versicherte – Verbraucher, Möglichkeiten und Grenzen einer angemessenen Vertretung von Patienteninteressen, Berlin **1999**.
- Fischer-Baling**, Eugen, Der Untersuchungsausschuß für die Schuldfrage des Ersten Weltkrieges, in: Herrmann, Alfred et al.??, (Hg.): Aus Geschichte und Politik, Düsseldorf **1954**.
- Fleck**, Ludwik, Entstehung und Entwicklung einer wissenschaftlichen Tatsache, Frankfurt/Main **1994**<sup>3</sup>.
- Flick**, Uwe, Qualitative Forschung, Reinbek **1995**.
- Flinn**, Beverly C., Healthy Cities in the United States, in: Ashton, John (Hg.), Healthy Cities, Philadelphia **1992**.
- Foucault**, Michel, Die Geburt der Klinik, Eine Archäologie des ärztlichen Blicks, München **1973**.
- Foucault**, Michel, Wahnsinn und Gesellschaft, Frankfurt/Main **1969**.
- Foucault**, Michel, Die Ordnung der Dinge, Frankfurt/Main **1971**.
- Foucault**, Michel, Überwachen und Strafen. Die Geburt des Gefängnisses, Frankfurt/Main **1976**.
- Foucault**, Michel, Die Ordnung des Diskurses, Frankfurt/Main **1977a**.
- Foucault**, Michel, Sexualität und Wahrheit, Band 1, Der Wille zum Wissen, Frankfurt/Main **1977b**.
- Foucault**, Michel, Dispositive der Macht, Über Sexualität, Wissen und Wahrheit, Berlin **1978**.
- Foucault**, Michel, Sexualität und Wahrheit, Band 2, Der Gebrauch der Lüste, Frankfurt/Main **1986a**.
- Foucault**, Michel, Sexualität und Wahrheit, Band 3, Die Sorge um sich, Frankfurt/Main **1986b**.
- Foucault**, Michel, Leben machen und sterben lassen: Die Geburt des Rassismus, in: DISS-Texte 25, Duisburg **1992**.

- Frankowiak, Peter/Sabo, Peter** (Hg.), Dokumente der Gesundheitsförderung, Reihe Blickpunkt Gesundheit, Bd. 1, Mainz **1993**.
- Freidson, E.**, Dominanz der Experten, München Berlin Wien **1975**.
- Frevert, Ute**, Krankheit als politisches Problem 1770–1880, Göttingen **1984**.
- Francke, Robert/Hart, Dieter**, Charta der Patientenrechte, Baden–Baden **1999**.
- Franke, Martin/Geene, Raimund/Luber, Eva** (Hg.), Armut und Gesundheit, Berlin **1999**.
- Frankenberg, Günther**, Aids und Grundgesetz – eine Zwischenbilanz, in: Prittwitz, Cornelius (Hg.), Aids, Recht und Gesundheitspolitik, Berlin **1990**.
- Frankenberg, Günther**, Deutschland: Der verlegene Triumph des Pragmatismus, in: Kirp, David/Bayer, Ronald (Hg.), Strategien gegen Aids, Ein internationaler Politikvergleich, Berlin **1994**.
- Friedrichs, Jürgen**, Methoden empirischer Sozialforschung, Opladen **1990**<sup>14</sup>.
- Frings, Matthias**, Ich habe mich entschieden, in: Siegessäule (2) Sonderheft AIDS, Die Dimension einer Krankheit, Berlin **1985**.
- Frings, Matthias**, Waffen aus dem Sprachlabor, in: Frings, Matthias (Hg.), Dimensionen einer Krankheit – AIDS, Hamburg **1986**.
- Freud, Sigmund**, Das Unbehagen in der Kultur, Die Zukunft der Illusion, Gesammelte Werke, Band 14, **1927**, hier: Frankfurt/Main **1955**.
- Freud, Sigmund**, Grenzen der Triebversagung, in: Kentler, Helmut (Hg.), Sexualwesen Mensch, Texte zur Erforschung der Sexualität, Hamburg **1984**.
- Fülgraff, Georges**, Dresdner Thesen zur Public–Health–Forschung, in: Public Health Forum (4) 12, **1996**.
- Fülgraff, Georges**, Public Health: Die Kunst des Brückenschlagens, Georges Fülgraff im Gespräch mit Heiner Legewie und Barbara Schervier–Legewie, Berliner Zentrum Public Health, Berlin **1998**.
- Gäfgen, Gerard** (Hg.), Neokorporatismus und Gesundheitswesen, Baden–Baden **1988**.
- Gallo, Robert**, Das Aids–Virus, in: Spektrum der Wissenschaft 3, **1987**.
- Gallo, Robert**, Die Jagd nach dem Virus, Frankfurt/Main **1991**.
- Gallo, Robert/Montagnier, Luc**, AIDS im Jahre 1988, in: Spektrum der Wissenschaft 12, **1988**.
- Garms–Homolova, Vjenka**, Patientenorientierung in der Pflege, in: Gold, Carola/Geene, Raimund/Stötzner, Karin (Hg.), Patienten – Versicherte – Verbraucher, Möglichkeiten und Grenzen einer angemessenen Vertretung von Patienteninteressen, Berlin **1999**.
- Gast, Wolfgang**, Der Auftrag hieß Desinformation, Die taz im Visier des Staatssicherheitsdienstes, in: Die Tageszeitung vom 30.12.1992.
- Gauweiler, Peter**, AIDS: Die Zeit drängt, München **1985**.

- Gauweiler**, Peter, Zur Notwendigkeit eines geschlossenen Gesamtkonzeptes staatlicher Maßnahmen zur Bekämpfung der Todesseuche AIDS, Baden–Baden **1988**.
- Gauweiler**, Peter, Was tun gegen AIDS? Wege aus der Gefahr, Percha **1989**.
- Gayl**, Johannes Freiherr von, Das Parlamentarische Institut der Enquete–Kommission am Beispiel der Enquete–Kommission "AIDS" des Deutschen Bundestages, Frankfurt/Main **1993**.
- Geene**, Raimund, Das Gesunde–Städte–Netzwerk in Deutschland, in: Bündnis 90/Die Grünen (Hg.), Mitgliedschaft Berlins im Gesunde–Städte–Netzwerk, Berlin **1996a**.
- Geene**, Raimund, 10 Jahre WHO–Politik der Gesundheitsförderung, in: Dr.med.Mabuse (21) 103, **1996b**.
- Geene**, Raimund, Zur Berliner Situation, in: Landeskoordination Gesundheitsförderung der Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales, Forum Gesundheitsförderung (1) 1, Berlin **1996c**.
- Geene**, Raimund, Braucht Berlin eine Landesgesundheitskonferenz?, in: Geene, Raimund/Denzin, Christian (Hg.), Berlin – Gesunde Stadt?, Neuorientierung für die Berliner Gesundheitspolitik, Berlin **1997**.
- Geene**, Raimund, Perspektive Gesundheit, in: Berliner Ärzte (35) 5, **1998**.
- Geene**, Raimund, Armut macht krank, in: Franke, Martin/Geene, Raimund/Luber, Eva (Hg.), Armut und Gesundheit, Berlin **1999a**.
- Geene**, Raimund, Ziele für die Gesundheitspolitik, in: Geene, Raimund/Luber, Eva (Hg.), Gesundheitsziele, Planung in der Gesundheitspolitik, Frankfurt/Main **1999b**.
- Geene**, Raimund/**Denzin**, Christian (Hg.), Berlin – Gesunde Stadt?, Neuorientierung für die Berliner Gesundheitspolitik, Berlin **1997**.
- Geene**, Raimund/**Gold**, Carola, Patienteninteressen: Wer spricht für wen? Und wo und wann?, in: Selbsthilfe–Rundbrief 30, **1999**.
- Geene**, Raimund/**Luber**, Eva (Hg.), Gesundheitsziele, Planung in der Gesundheitspolitik, Frankfurt/Main **1999**.
- Geene**, Raimund/**Moes**, Johannes, Das Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, Studienarbeit FU Berlin **1992**.
- Geene**, Raimund/**Schönfeldt**, Rene, Ist Berlin eine gesunde Stadt?, in: TU–intern 5, **1996**.
- Geiger**, Andreas/**Kreuter**, Hansheinz (Hg.), Handlungsfeld Gesundheitsförderung 10 Jahre nach Ottawa, Werbach–Gamburg **1997**.
- Gesundheitsakademie**, Bürger aller Städte beteiligt Euch, Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000?, Bremen **1990**.
- Gesundheitsakademie**, Macht – Vernetzung – Gesund?, Frankfurt/Main **1996**.
- Gesundheitsläden** Hamburg und Berlin, Gesundheitstag, Dokumentation, Hamburg **1981**.

- Gill**, Bernhard, Untersuchung der gesellschaftlich–konzeptionellen Hintergründe, die die Durchsetzung der mechanisch–naturwissenschaftlichen Medizin im 19. Jahrhundert bestimmen – Wissenschaftstheoretische Überlegungen anhand der 'Cellularpathologie' Rudolf Virchows, Diplomarbeit FU Berlin **1983**.
- Gill**, Bernhard, Teilnahme oder Verweigerung?, in: GID Gen–ethischer Informationsdienst (12) 112/113, **1996**.
- Gill**, Bernhard/**Bizer**, Johann/**Roller**, Gerhard, Riskante Forschung, Zum Umgang mit Ungewißheit am Beispiel der Genforschung in Deutschland, Berlin **1998**.
- Gindorf**, Rolf, Sexualwissenschaft als Beruf – Theorie und Praxis heute, in: Haerberle, Erwin J./Gindorf, Rolf, Sexualwissenschaft heute, Düsseldorf **1992**.
- Glatzer**, Wolfgang (Hg.), Die Modernisierung moderner Gesellschaften, Opladen **1991**.
- Gleich**, Armin von, Der Umgang mit dem Nicht–Wissen, Vergleichbare Risiken – mit und ohne Gentechnik?, in: GID Gen–ethischer Informationsdienst (12) 112/113, **1996**.
- Göckenjan**, Gerd, Kurieren und Staat machen, Frankfurt/Main **1985**.
- Göckenjan**, Gerd, Das Pest–Regiment, Zu welchem Zweck Seuchen über die Menschen kommen, in: Michel, Karl Markus/Spengler, Tilman (Hg.), Die Seuche, Kursbuch 94, Berlin **1988**.
- Göckenjan**, Gerd, Tuberkulose–Prävention und Spuckverhalten, Bedingungen, Ziele und Maßnahmen einer historischen Kampagne zur Einstellungs–Verhaltensänderung, Wissenschaftszentrum für Sozialforschung WZB P89–207, Berlin **1989**.
- Godo**, Ilse/**Hildebrandt**, Helmut/**Mursa**, Wolfgang, Auf dem Weg zum Gesundheitshaus, in: Pelikan, Jürgen M./Demmer, Hildegard/Hurrelmann, Klaus (Hg.), Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung, Weinheim/München **1993**.
- Gözl**, Jörg (Hg.), Der drogenabhängige Patient, Handbuch der schadensmindernden Strategien, München Wien Baltimore **1997**.
- Göpel**, Eberhard, Szenarien für die Gesundheitsförderung, in: Geiger, Andreas/Kreuter, Hansheinz (Hg.), Handlungsfeld Gesundheitsförderung 10 Jahre nach Ottawa, Werbach–Gamburg **1997**.
- Göpel**, Eberhard, Szenarien für die Gesundheitspolitik, in: Göpel, Eberhard/Hölling, Günter (Hg.), Macht. Geld. PatientInnen. Gesund?, Frankfurt/Main **1999**.
- Göpel**, Eberhard/**Hölling**, Günter, Thesen zur Ökonomie einer sozial–ökologischen Gesundheitspolitik, in: Göpel, Eberhard/Hölling, Günter (Hg.), Macht. Geld. PatientInnen. Gesund?, Frankfurt/Main **1999**.
- Götz**, Christoph, Untersuchung Wohnquartier Neu–Tempelhof, Potentiale für ein gesundheitsförderliches Wohnumfeld, TU Berlin **1997**.

- Goffman**, Erving, Stigma. Über Techniken der Bewältigung beschädigter Identität, Frankfurt/Main (1975)/**1990**<sup>9</sup>.
- Gold**, Carola/**Geene**, Raimund/**Stötzner**, Karin (Hg.), Patienten – Versicherte – Verbraucher, Möglichkeiten und Grenzen einer angemessenen Vertretung von Patienteninteressen, Berlin **1999**.
- Gorsboth**, Thomas/**Wagner**, Bernd, Die Unmöglichkeit der Therapie. Am Beispiel der Tuberkulose, in: Michel, Karl Markus/Spengler, Tilman (Hg.), Die Seuche, Kursbuch 94, Berlin **1988**.
- Gostomzyk**, Johannes Georg, Öffentlicher Gesundheitsdienst und Gesundheitsförderung, in: Troschke, Jürgen von/Reschauer, Georg/Hoffmann-Markwald, Axel (Hg.), Die Bedeutung der Ottawa-Charta für die Entwicklung einer New Public Health in Deutschland, Freiburg **1996**.
- Gostomzyk**, Johannes Georg (Hg.), Aktiv leben – gesund alt werden, Weltgesundheitstag 1999 in Bayern, München **1999**.
- Goudsmit**, Jaap, Alternative view on AIDS, in: Lancet (339) 8804, **1992**.
- Graessner**, Sepp, Gesundheitspolitik unterm Hakenkreuz, Neue soziale Kontrolltechniken durch Arbeits- und Leistungsmedizin, in: Baader, Gerhard/Schultz, Ulrich, Medizin und Nationalsozialismus. Tabuisierte Vergangenheit – Ungebrochene Tradition?, Berlin **1983**<sup>2</sup>.
- Grau**, Günther, AIDS, Krankheit oder Katastrophe ?, Berlin **1990**.
- Grau**, Günther, Die "Reichszentrale zur Bekämpfung der Homosexualität und Abtreibung", in: Fahrenbach, Sabine/Thom, Achim (Hg.), Der Arzt als "Gesundheitsführer", Ärztliches Wirken zwischen Ressourcenerschließung und humanitärer Hilfe im 2. Weltkrieg, Frankfurt/Main **1991**.
- Gremliza**, Hermann L., Dr. Heiner Gaidler, in: Konkret 8/**1985**.
- Gremliza**, Hermann L., Schwule Geschichte, in: Sigusch, Volkmar/Gremliza, Hermann L., Operation AIDS, Konkret Sexualität Heft 7, Hamburg **1986**.
- Gremliza**, Hermann L., Die Herren des Morgenrauen oder: Die Abwehrschwäche des Informationssystems Der Spiegel (A.I.D.S.), in: Sigusch, Volkmar (Hg.), AIDS als Risiko, Über den gesellschaftlichen Umgang mit einer Krankheit, Hamburg **1987**.
- Gremliza**, Hermann L./**Sigusch**, Volkmar (Hg.), Konkret Sexualität Heft 6, Hamburg **1985**.
- Gronemeyer**, Marianne, Die Macht der Bedürfnisse, Reinbek **1988**.
- Gross**, Manfred, Ursprung von HIV, in: AIFO (4) 580–581, **1989**.
- Grossmann**, Ralph, Organisationsentwicklung für Gesundheitsförderung, in: Trojan, Alf/Hildebrandt, Helmut (Hg.), Brücken zwischen Bürgern und Behörden, St. Augustin **1990**.
- Grotjahn**, Alfred, Soziale Pathologie, Versuch einer Lehre von den sozialen Beziehungen der Krankheiten als Grundlage der sozialen Hygiene, Berlin **1911**.

- Grotjahn, Alfred/Knapp, Igniz** (Hg.), Handwörterbuch der sozialen Hygiene, Berlin 1912.
- Gründel, Johannes**, Aids, Herausforderung an Gesellschaft und Moral, Düsseldorf 1988.
- Guibert, Herve**, Dem Freund, der mir das Leben nicht gerettet hat, Reinbek 1991.
- Habermas, Jürgen**, Strukturwandel der Öffentlichkeit, Neuwied 1976<sup>8</sup>.
- Habermas, Jürgen**, Theorie des kommunikativen Handelns, Band 2, Frankfurt/Main 1981.
- Habermas, Jürgen**, Legitimationskrise im Spätkapitalismus, Frankfurt/Main 1983.
- Habermas**, Die neue Unübersichtlichkeit, Frankfurt/Main 1985.
- Haeberle, Erwin J.**, Aids – Was tun?, in: Dunde, Siegfried Rudolf (Hg.), Aids – Was eine Krankheit verändert, Frankfurt/Main 1986.
- Haeberle, Erwin J.**, Ein neues Institut für Sexualwissenschaft – Ideal und Wirklichkeit, in: Haeberle, Erwin J./Gindorf, Rolf, Sexualwissenschaft heute, Düsseldorf 1992.
- Haeberle, Erwin**, Sexualwissenschaft und Gesundheitswissenschaft, in: Zeitschrift für Gesundheitswissenschaft (3) 3 1995.
- Haeberle, Erwin/Bedürftig, Axel**, AIDS – Beratung, Betreuung, Vorbeugung; Anleitung für die Praxis, Berlin New York, 1987.
- Haeberle, Erwin/Gindorf, Rolf**, Sexualwissenschaft heute, Düsseldorf 1992.
- Häfner, Heinz**, Public-Health-Forschung und Politik, in: Public Health Forum (4) 12, 1996.
- Hässig, Alfred**, Umdenken bei AIDS, Führt dies zu einem Paradigmenwechsel in der Medizin?, in: Schweizerische Zeitschrift für GanzheitsMedizin 4, 1992.
- Hässig, Alfred/Joller, Peter**, Addendum Azidothymidinbehandlung, in: Schweizerische Zeitschrift für GanzheitsMedizin 4, 1992.
- Häußermann, Hartmut** (Hg.), Großstadt, Soziologische Stichworte, Opladen 1998.
- Häußermann, Hartmut/Siebel, Walter**, Neue Urbanität, Frankfurt/Main 1987.
- Hagemann-White, Carol**, Gewalt gegen Frauen und Mädchen – welche Bedeutung hat sie für die Frauengesundheit?, in: Norddeutscher Forschungsverbund Public Health, Arbeitskreis Frauen und Gesundheit (Hg.), Frauen und Gesundheit(en) in Wissenschaft, Praxis und Politik, Bern Göttingen Toronto Seattle 1997.
- Haland-Wirth, Trin/Spangenberg, Norbert/Wirth, Hans-Jürgen (u.a.)**(Hg.), Unbequem und engagiert, Horst Eberhard Richter zum 75. Geburtstag, Gießen 1998.
- Halter, Hans** (Hg.), Todesseuche AIDS, Hamburg 1985.
- Hampel, Frank**, Politikberatung in der Bundesrepublik: Überlegungen am Beispiel von Enquete-Kommissionen, in: Zeitschrift für Parlamentsfragen (29) 3, 1991.

- Hanesch**, Walter, Armut im Wohlstand: Bestandsaufnahme und sozialpolitische Strategien, in: Henkel, Dieter (Hg.), Sucht und Armut, Alkohol, Tabak, illegale Drogen, Opladen **1998**.
- Harraway**, Donna, Die Neuerfindung der Natur, Primaten, Cyborgs und Frauen, Frankfurt/Main New York **1995**.
- Hatch**, Booby, AIDS – eine 'Altlast' der Forschung?, in: Wechselwirkung 27, **1985**.
- Hatch**, Booby, AIDS–Unfall, Zufall oder unzufällig, in: Wechselwirkung 23, **1984**.
- Hatch**, Booby, Ist Aids ein Laborunfall?, in: Sigusch, Volkmar/Gremliza, Hermann L., Operation AIDS, Konkret Sexualität Heft 7, Hamburg **1986**.
- Haug**, Wolfgang Fritz, Die Faschisierung des Subjekts, Die Ideologie der gesunden Normalität und die Ausrottungspolitiken im deutschen Faschismus, Berlin Hamburg **1986**.
- Haug**, Wolfgang Fritz, Entfremdete Handlungsfähigkeit, Fitneß und Selbstpsychiatisierung im Spannungsverhältnis von Produktions– und Lebensweise, in: ders./Pfefferer–Wolf, Hans (Hg.), Fremde Nähe, Zur Reorientierung der psychosozialen Praxis, Festschrift für Erich Wulff, Berlin Hamburg **1987**.
- Hay**, Luise L., Umkehr zur Liebe, Rückkehr zum Leben, Ein Buch zur Selbsthilfe, München **1992**.
- Hecko**, Hugo, Issue Networks and the Executive Establishment, in: King, Anthony (Hg.), The New American Political System, Washington D.C. **1978**.
- Hegener**, Wolfgang, Zur Dekonstruktion der Kategorie Sexualität, in: Mitteilungen aus der kulturwissenschaftlichen Forschung (15) 31, **1992**.
- Heide**, Ulrich, Soziale Not bei Menschen mit HIV und AIDS in der Bundesrepublik Deutschland, in: Deutsche AIDS–Hilfe, AIDS und soziale Not, Annäherungen an ein komplexes Thema, AIDS–Forum DAH, Bd. 15, Berlin **1994**.
- Heilmeier**, Josef/Mangold, Klaus/Marvakis, Athansios/Pfister, Thomas (u.a.) (Hg.), Gen–Ideologie, Argument–Sonderband 175, Hamburg **1991**.
- Heim**, Susanne/Aly, Götz, Vordenker der Vernichtung, Auschwitz und die deutschen Pläne für eine neue europäische Ordnung, Frankfurt/Main **1993**.
- Heise**, Arne, Bündnis für Arbeit. Wie eine kooperative Wirtschaftspolitik aussehen könnte, in: WSI–Mitteilungen (49) 5, **1996**.
- Heise**, Arne, Grenzen der Deregulierung, Institutioneller und struktureller Wandel in Großbritannien und Deutschland, Berlin **1999**.
- Henke**, Klaus–Dirk, Funktionsweise und Steuerungswirksamkeit der Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, in: Gäfgen, Gerard (Hg.), Neokorporatismus und Gesundheitswesen, Baden–Baden **1988**.
- Henke**, Klaus–Dirk, Strukturelle Reformen im Gesundheitsbereich, Auf dem Weg zu mehr Rationalität im Gesundheitswesen, in: Wirtschaftsdienst II, **1996**.
- Henkel**, Dieter (Hg.), Sucht und Armut, Alkohol, Tabak, illegale Drogen, Opladen **1998**.

- Hennis**, Wilhelm, Meinungsforschung und repräsentative Demokratie, in: ders. (Hg.), Politik als praktische Wissenschaft, München **1968**.
- Herder–Dorneich**, Philipp/**Schuller**, Alexander (Hg.), Die Ärzteschwemme, Baden–Baden **1984**.
- Herzer**, Manfred, Magnus Hirschfeld, Leben und Werk eines jüdischen, schwulen und sozialistischen Sexologen, Frankfurt/Main New York **1992**.
- Herzlich**, Claudine/**Pierrot**, Kanine, Kranke gestern, Kranke heute, München **1991**.
- Hessling**, Angelika/**Heckmann**, Wolfgang, Aids und Sozialwissenschaften. AZ–Hefte 2, Berlin **1992**.
- Heße**, Friedel, Zukunftsvisionen am Ende des alten korporatistischen Modells, in: Gewerkschaftliche Monatshefte (47) 8, **1996**.
- Heyer**, Christian/**Liening**, Stephan, Enquete–Kommissionen des Deutschen Bundestages, Schnittstellen zwischen Politik und Wissenschaft, Schriftenreihe ‚Stichwort‘ des Deutschen Bundestages, Berlin o.J..
- Heyll**, Uwe, Risikofaktor Medizin, Frankfurt/Main **1993**.
- Heyward**, William/**Curran**, James, Die Epidemiologie von AIDS in den USA, in: Spektrum der Wissenschaft 12, **1988**.
- Heym**, Stefan, AIDS – man made in USA, ein Interview mit Lilli und Jakob Segal, in: Die Tageszeitung vom 18.2.**1987**.
- Hickel**, Rudolf (Hg.), Rudolf Goldscheid, Joseph Schumpeter, Die Finanzkrise des Steuerstaates, Beiträge zur politischen Ökonomie der Staatfinanzen, Frankfurt/Main **1976**.
- Hildebrandt**, Helmut, Gesunde–Städte–Projekt, in: Bauer, Rudolph, Lexikon des Sozial– und Gesundheitswesens, Bd. 2, München **1992**.
- Hildebrandt**, Helmut/**Schmitt–Pehlke**, Ursula, Werkstatt Gesundheit in Hamburg, in: SEKIS Selbsthilfe Kontakt– und Informationsstelle (Hg.), Gesundheitszentren, Beiträge zur Diskussion kommunaler Gesundheitsförderung, Berlin **1990**.
- Hildebrandt**, Helmut/**Trojan**, Alf, Auf dem Weg zu 'gesünderen Städten', in: Trojan, Alf/Stumm, Brigitte (Hg.), Gesundheit fördern statt kontrollieren, Frankfurt/Main **1992**.
- Hildebrandt**, Helmut/**Trojan**, Alf, Gesundere Städte – kommunale Gesundheitsförderung, Materialien und Ideen zum 'Healthy Cities' Projekt der Weltgesundheitsorganisation, Hamburg **1987**.
- Hilts**, Philip J., Federal Inquiry Finds Misconduct By a Discover of the AIDS Virus, in: New York Times vom 31.12.**1992**.
- Hitzler**, Ronald, Zur Korrelation von Individualisierung und AIDS in den Köpfen von Experten, in: Glatzer, Wolfgang (Hg.), Die Modernisierung moderner Gesellschaften, Opladen **1991**.

- Hinzpeter**, Werner, Schöne schwule Welt, Der Schlußverkauf einer Bewegung, Berlin **1997**.
- Hodgkinson**, Neville, Experts mount startling challenge to Aids orthodoxy, in: Sunday Times vom 26.4.**1992**.
- Hoelzgen**, Joachim, Eine absolut lieblose Welt, AIDS in der Zwölf-Millionen-Metropole Bombay, in: Der Spiegel (47) 18/**1993**.
- Hoffmann-Markwarld**, Axel/**Koch**, Uwe/**Weise**, Eva/**von Troschke**, Jürgen, Möglichkeiten und Grenzen der Evaluation des BMFT-Förderbereichs 'Sozialwissenschaftliche Aids-Forschung', in: Lange, Cornelia (Hg.), Aids – eine Forschungsbilanz, Berlin **1993**.
- Hoffmann-Riem**, Wolfgang/**Ramcke**, Udo, Enquete-Kommisionen, in: Schneider, Hans-Peter/Zeh, Wolfgang (Hg.), Parlamentsrecht und Parlamentspraxis in der Bundesrepublik Deutschland, Bonn **1989**.
- Hofmann**, Werner/**Schwartz**, Friedrich Wilhelm, Public Health: Gesundheitspolitik und akademische Disziplin, in: Abholz, Heinz-Harald u.a. (Hg.), Wer oder was ist Public Health, Jahrbuch für Kritische Medizin 18, Hamburg **1992**.
- Höfner**, Michael, HIV? Negativ!, in: Frankfurter Rundschau vom 2.12.**1992**.
- Holtmann**, Everhard, Lexikon der Politikwissenschaft, München **1994**<sup>2</sup>.
- Holub**, William/**Holub**, Claudia, Neue US-Studien: AIDS – der größte medizinische Irrtum, in: AIDS-spezial, Raum & Zeit 4/**1990**.
- Honneth**, Axel, Desintegration, Bruchstücke einer soziologischen Zeitdiagnose, Frankfurt/Main **1994**.
- Höwer**, Elke, Struktur- und Finanzierungsmodelle regionaler Gesundheitskonferenzen, Dokumentation, Neuwied **1996**.
- Horkheimer**, Max, 'Traditionelle und kritische Theorie, Fünf Aufsätze, Frankfurt/Main 1992, Erstausgabe **1937**.
- Hradil**, Stefan (Hg.), Zwischen Bewußtsein und Sein, Opladen **1992**.
- Hradil**, Stefan (Hg.), Differenz und Integration, Die Zukunft moderner Gesellschaften, 28. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Soziologie, Frankfurt/Main / New York **1997**.
- Hubenstorf**, Michael, Von der 'freien Arztwahl' zur Reichsärzteordnung – Ärztliche Standespolitik zwischen Liberalismus und Nationalsozialismus, in: Bleker, Johanna/Jachertz, Norbert (Hg.), Medizin im 'Dritten Reichen', Köln **1993**<sup>2</sup>.
- Huber**, Ellis, Liebe statt Valium, Plädoyer für ein neues Gesundheitswesen, Berlin **1993**.
- Huber**, Ellis, Grundsätze zur Berliner Gesundheitspolitik aus der Sicht der Berliner Ärztekammer, in: ötv, Gesundheitspolitische Konferenz, Dokumentation, Berlin **1994**.

- Huber, Ellis**, Das Gesundheitssystem neu denken!, in: Troschke, Jürgen von/Reschauer, Georg/Hoffmann–Markwald, Axel (Hg.), Die Bedeutung der Ottawa–Charta für die Entwicklung einer New Public Health in Deutschland, Freiburg **1996**.
- Huber, Ellis**, Vorwort, in: Geene, Raimund/Denzin, Christian (Hg.), Berlin – Gesunde Stadt?, Neuorientierung für die Berliner Gesundheitspolitik, Berlin **1997a**.
- Huber, Ellis**, Gesundet nach Radikalkur, Gesundheit 2007 – eine Vision, in: Geene, Raimund/Denzin, Christian (Hg.), Berlin – Gesunde Stadt?, Neuorientierung für die Berliner Gesundheitspolitik, Berlin **1997b**.
- Huber, Ellis**, Unser Lotse in den Wirrnissen der Verhältnisse, in: Haland–Wirth, Trin u.a. (Hg.), Unbequem und engagiert, Horst Eberhard Richter zum 75. Geburtstag, Gießen **1998**.
- Hübner, Eberhard**, Inszenierung einer Krankheit, Die Aids–Berichterstattung im Spiegel, in: Sigusch, Volkmar (Hg.), AIDS als Risiko, Über den gesellschaftlichen Umgang mit einer Krankheit, Hamburg **1987**.
- Huerkamp, Claudia**, Der Aufstieg der Ärzte im 19. Jahrhundert, Göttingen **1985**.
- Hurrelmann, Klaus**, Sozialisation und Gesundheit, Weinheim/München **1988**.
- Hutter, Jörg**, Richard von Krafft–Ebing, in: Lautmann, Rüdiger (Hg.), Homosexualität, Handbuch der Theorie– und Forschungsgeschichte, Frankfurt/Main New York **1993**.
- Hutter, Jörg**, Formen schwuler Identität und Intimität, in: Biechele, Ulrich (Hg.), Identitätsbildung Identitätsverwirrung Identitätspolitik, Eine psychologische Standortbestimmung für Lesben, Schwule und andere, Berlin **1998a**.
- Hutter, Jörg**, Mainstream und Tabu: schwule Forschung im Zeichen von AIDS, in: Biechele, Ulrich (Hg.), Identitätsbildung Identitätsverwirrung Identitätspolitik, Eine psychologische Standortbestimmung für Lesben, Schwule und andere, Berlin **1998b**.
- Hutter, Jörg/Koch, Volker**, Soziosexuelle Faktoren in der Epidemiologie von Aids. Eine vergleichende Untersuchung infizierter und nicht infizierter Männer, Bremen **1995**.
- Illich, Ivan**, Die Enteignung der Gesundheit, München **1975**.
- Immich, Herbert**, Paradigma Epidemiologie, St.Peter/Ording **1991**.
- Jäckle, Renate**, Medizin und Faschismus, in: Fahrenbach, Sabine/Thom, Achim (Hg.), Der Arzt als "Gesundheitsführer", Ärztliches Wirken zwischen Ressourcenerschließung und humanitärer Hilfe im 2. Weltkrieg, Frankfurt/Main **1991**.
- Jäger, Hans**, AIDS–Phobie, Krankheitsbild und Behandlungsmöglichkeiten, Stuttgart New York **1988**.
- Jäger, Hans** (Hg.), AIDS: Neue Perspektiven, therapeutische Erwartungen, die Realität, Landsberg **1997**.

- Jäger**, Helmut, Stärkung der Patientenposition – Eine neue Herausforderung im Gesundheitswesen, in: Das Gesundheitswesen (61) **1999**.
- Jaeschke**, Burkhard, Gesundes Wohnen und Arbeiten in der Stadt. Öffentliche Gesundheit und Umweltverträglichkeitsprüfung, in: Stumm, Brigitte/Trojan, Alf (Hg.), Gesundheit in der Stadt, Frankfurt/Main **1994**.
- Jans**, Gerhard, Gauweiler: Aids durch Zungenkuss, in: BILD vom 27.7. **1988**.
- Janßen**, Michael/**Dechert–Knarse**, Erika, Bürgerforen als neue Form der Gesundheitsberichterstattung, in: Public Health Forum (2) 5, **1994**.
- Jellonek**, Burkhard, Homosexuelle unter dem Hakenkreuz, Paderborn **1990**.
- Jeschke**, Wolfgang, Glücksspiel AIDS–Test, in: Die Woche (1) 32/**1993**.
- Kaminsky**, Uwe, Zwangssterilisation und "Euthanasie" im Rheinland, Köln **1995**.
- Kammler**, Clemens, Michel Foucaults Arbeiten zur Geschichte der Sexualität, in: Zeitschrift für Sexualforschung (1) 2, **1988**.
- Kant**, Immanuel, Kritik der reinen Vernunft, Königsberg **1781**.
- Kant**, Immanuel, Kritik der praktischen Vernunft, Königsberg **1788**.
- Kant**, Immanuel, Kritik der Urteilskraft, Königsberg **1790**.
- Kardorff**, Ernst von, Zum Biologismus und Organizismus in den Sozialwissenschaften, in: Heilmeier, Josef u.a. (Hg.), Gen–Ideologie, Argument–Sonderband 175, Hamburg **1991**.
- Kaupen–Haas**, Heidrun, Die Bevölkerungsplaner im Sachverständigenbeirat für Bevölkerungs– und Rassenpolitik, in: dies. (Hg.), Der Griff nach der Bevölkerung, Aktualität und Kontinuität nazistischer Bevölkerungspolitik, Nördlingen **1986a**.
- Kaupen–Haas**, Heidrun (Hg.), Der Griff nach der Bevölkerung, Aktualität und Kontinuität nazistischer Bevölkerungspolitik, Nördlingen **1986b**.
- Kaupen–Haas**, Heidrun/**Rothmaler**, Christiane (Hg.), Doppelcharakter der Prävention, Reihe "Sozialhygiene und Public Health", Band 3, Frankfurt/Main **1995**.
- Kaupen–Haas**, Heidrun/**Rothmaler**, Christiane (Hg.), Moral, Biomedizin und Bevölkerungskontrolle, Reihe "Sozialhygiene und Public Health", Band 5, Frankfurt/Main **1997**.
- Kennedy**, Hubert, Karl Heinrich Ulrichs, in: Lautmann, Rüdiger (Hg.), Homosexualität, Handbuch der Theorie– und Forschungsgeschichte, Frankfurt/Main New York **1993**.
- Kentler**, Helmut (Hg.), Sexualwesen Mensch, Texte zur Erforschung der Sexualität, Hamburg **1984**.
- Kesel**, Raimund, Chancen und Gefahren bei Gesundheitsförderung, Gesundheitspolitik aus Sicht von Gesundheitsläden und Initiativen, in: Badura, Bernhard u.a. (Hg.), Zukunftsaufgabe Gesundheitsförderung, Frankfurt/Main **1989**.

- Keyser**, Ingeborg, Der Bund baut ein Dach für die Gesundheitswissenschaften, in: Technische Universität Berlin, Forschung aktuell (11) 45–47, Sonderheft Gesundheitswissenschaften, **1994**.
- Kickbusch**, Ilona, Geleitwort, in: Dersee, Thomas (Hg.), Das große Wie–lebst–Du–denn, Das Buch für Selbsthilfe, Selbstorganisation und Patientenrecht, Berlin **1982**.
- Kickbusch**, Ilona, Aktionsmöglichkeiten der Gesundheitsförderung, in: Trojan, Alf/Stumm, Brigitte (Hg.), Gesundheit fördern statt kontrollieren, Frankfurt/Main **1992**.
- Kickbusch**, Ilona, Vorwort, in: Pelikan, Jürgen M./Demmer, Hildgard/Hurrelmann, Klaus (Hg.), Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung, Weinheim/München **1993**.
- Kickbusch**, Ilona, 10 Jahre nach Ottawa – Herausforderungen für die Zukunft, in: Prävention (19) 1, **1996**.
- Kickbusch**, Ilona, How up to Date is Health Promotion, in: Geiger, Andreas/Kreuter, Hansheinz (Hg.), Handlungsfeld Gesundheitsförderung 10 Jahre nach Ottawa, Werbach–Gamburg **1997**.
- Kickbusch**, Ilona, Vorwort, in: Baric, Leo/Conrad, Günter, Gesundheitsförderung in Settings, Werbach–Gamburg 1999.
- Kickbusch**, Ilona/Trojan, Alf, Gemeinsam sind wir stärker, Selbsthilfegruppen und Gesundheit, Frankfurt/Main **1981**.
- Kiper**, Manuel/Streich, Jürgen, Biologische Waffen: Die geplanten Seuchen, Hamburg **1990**.
- Kirp**, David/Bayer, Ronald (Hg.), AIDS in Industrialized Democracies: Passion, Politics and Policies, New Brunswick/USA **1992**.
- Kirp**, David/Bayer, Ronald (Hg.), Strategien gegen Aids, Ein internationaler Politikvergleich, Berlin **1994**.
- Kirschner**, Wolf/Radoschewski, Michael/Kirschner, Renate, § 20 SGB V Gesundheitsförderung, Krankheitsverhütung, Untersuchung zur Umsetzung durch die Krankenkassen, Schriftenreihe Forum Sozial– und Gesundheitspolitik Band 6, St. Augustin **1995**.
- Kissler**, Albert, Der Deutsche Bundestag, in: Jahrbuch des öffentlichen Rechts, Bd. 26, **1977**.
- Klatt**, Wolf, Sinnvolle Entscheidungshilfen?, in: Das Parlament (31) 2, **1981**.
- Kleiber**, Dieter, Aids und (Sex–) Tourismus, Berlin **1991**.
- Kleiber**, Dieter, Gesundheitsförderung: Hintergründe, Grundauffassungen, Konzepte und Probleme, in: Psychomed (4) **1992**.
- Klee**, Ernst, 'Durch Zyankali erlöst', Sterbehilfe und Euthanasie heute, Frankfurt/Main **1990**.
- Klee**, Ernst, 'Euthanasie' im NS–Staat. Die 'Vernichtung lebensunwerten Lebens', Frankfurt/Main/M. **1983**.

- Klee**, Ernst, Was sie taten – was sie wurden, Ärzte, Juristen und andere Beteiligte am Kranken– oder Judenmord, Frankfurt/Main **1986**.
- Klein–Lange**, Matthias, Krankenversorgung, in: Schwartz, Friedrich Wilhelm (Hg.), Das Public Health Buch, Gesundheit und Gesundheitswesen, München/Wien/Baltimore **1998**.
- Kliemke**, Christa/**Wischer**, Robert, Auf dem Weg zu einer regionalen, wohngebietsbezogenen Gesundheitsplanung, in: *Bauwelt* (76) 9, **1985**.
- Kliemke**, Christa, Aktiv leben, gesund alt werden, in: Gostomzyk, Johannes Georg (Hg.), Aktiv leben – gesund alt werden, Weltgesundheitsstag 1999 in Bayern, München **1999**.
- Klug**, Christoph, Ein Leben für die Wissenschaft, Rede auf der Trauerfeier anlässlich des Todes von Prof. Dr. Jakob Segal, Recklinghausen **1996**.
- Klusmann**, Dietrich/**Weber**, Andreas/**Schmidt**, Gunter, Die Wahrnehmung der Bedrohung durch AIDS bei 16– und 17jährigen Jugendlichen, in: *AIFO* (8) 81–94, **1993**.
- Knoche**, Monika/**Hungeling**, Germanus, Soziale und ökologische Gesundheitspolitik, Standorte und Grundlagen einer grünen Gesundheitspolitik, Frankfurt/Main **1998**.
- Kobusch**, Adriane–Bettina/**Fehr**, Rainer, Frühwarnsystem: Gesundheitsverträglichkeitsprüfungen, in: *Public Health Forum* (2) 4, **1994**.
- Köhler**, Achim, Gesundheitsziele und Gesundheitsplanung in der Psychiatrie durch die Psychiatriekoordination, in: Geene, Raimund/Luber, Eva (Hg.), Gesundheitsziele, Planung in der Gesundheitspolitik, Frankfurt/Main **1999**.
- Koch**, Michael G., AIDS: Vom Molekül zur Pandemie, Heidelberg **1987a**.
- Koch**, Michael G., Die internationale Epidemiesituation und aktuelle Trends, in: Korporal, Johannes/Malouschek, Hubert (Hg.), Leben mit AIDS – mit AIDS leben, Hamburg **1987b**.
- Koch**, Thomas, Zwangssterilisation im Dritten Reich, Das Beispiel der Universitätsfrauenklinik Göttingen, Frankfurt/Main **1994**.
- Koch**, Ingo, Vorrang für Prävention und Rehabilitation in der Sozialversicherung, in: *Soziale Sicherheit* (45) 1, **1996a**.
- Koch**, Ingo, Vorrang für Prävention und Rehabilitation in der Sozialversicherung, in: *Soziale Sicherheit* (45) 1, **1996a**.
- Koch**, Meinrad/**Bunikowski**, Rita, AIDS und HIV in der Bundesrepublik Deutschland, Bericht zum 31. Dezember 1989, AIDS–Zentrum des Bundesgesundheitsamtes, München **1990**.
- Koch**, Egmont R./**Meichsner**, Irene, Ärzte und die AIDS–Epidemie unter Blutern, in: Bultmann, Antje/Schmithals, Friedemann (Hg.), Käufliche Wissenschaft, Experten im Dienst von Industrie und Politik, München **1994**.
- Korporal**, Johannes/**Malouschek**, Hubert (Hg.), Leben mit AIDS – mit AIDS leben, Hamburg **1987**.

- Kotte**, Hans Hermann/**Mazzocco**, Mary, Der Schwindelerreger, Ein Besuch bei Professor Peter Duesberg, in: *magnus* (6) 1, **1993**.
- Krämer**, Walter, Die Krankheit des Gesundheitswesens, Die Fortschrittsfalle der modernen Medizin, Frankfurt/Main **1989**.
- Krämer**, Walter, So lügt man mit Statistik, Frankfurt/Main New York **1992**<sup>4</sup>.
- Krämer**, Walter, Wir kurieren uns zu Tode. Die Zukunft der modernen Medizin, Frankfurt/Main **1993**.
- Krafft–Ebing**, Richard von, *Psychopathia sexualis*, München **1894**.
- Kramer**, Larry, *Faggots*, New York **1978**.
- Kramer**, Larry, *Reports from the Holocaust, The making of an AIDS activist*, New York **1989**.
- Kramer**, Larry, Die Anfänge von ACTing Up, in: Salmen, Andreas (Hg.), *Feuer unterm Arsch, Die AIDS–Aktionsgruppen in Deutschland und den USA*, AIDS–Forum DAH Sonderband, Berlin **1991**.
- Kranich**, Christoph/**Böcken**, Jan (Hg.), *Patientenrecht und Patientenunterstützung in Europa*, Baden–Baden **1997**.
- Kraushaar**, Elmar, Intro, in: *Siegessäule* (2) Sonderheft AIDS, Die Dimension einer Krankheit, Berlin **1985**.
- Kravolsky**, Thomas, *Gesundheit in der Stadt, Gesundheit und Bürgerbeteiligung in Berlin*, Berlin **1995**.
- Kremer**, Heinrich, Wie seriös ist die Seuchenmedizin, in: *AIDS–spezial, Raum & Zeit* 4/**1990**.
- Kretschmer**, Gerald, *Enquete–Kommissionen – ein Mittel politischer Problemlösungen?*, in: Hartwich, Hans–Hermann (Hg.), *Gesellschaftliche Probleme als Anstoß und Folge von Politik*, Opladen **1993**.
- Krey**, Friedhelm, *Zukunft positiv – Projekt „AIDS und Arbeit“*, in: Gold, Carola/Geene, Raimund/Stötzner, Karin (Hg.), *Patienten – Versicherte – Verbraucher, Möglichkeiten und Grenzen einer angemessenen Vertretung von Patienteninteressen*, Berlin **1999**.
- Kriener**, Manfred, *Vergessene Epidemie, Eine Chronik zum Blut–Aids–Skandal*, in: *Dr.med.Mabuse* (18) 87, **1993a**.
- Kriener**, Manfred, *Dosiertes Mißtrauen in einen Hoffnungsträger*, in: *Die Tageszeitung vom 7.4.***1993b**.
- Kröger**, Susanne Isabel, *Von der 'Stunde der genialen Entwürfe' zur 'Tyrannei der Intimität'*, in: *Grünstift* (13) 6, **1996**.
- Kruse**, Kuno, *Geldsegen für die Forschung*, in: Frings, Matthias (Hg.), *AIDS, Dimensionen einer Krankheit*, Frankfurt/Main **1986**.
- Kruse**, Kuno (Hg.), *AIDS–Erreger aus dem Genlabor?*, Berlin **1987**.
- Kruse**, Kuno/**Schwarz**, Birgit, *Die Apokalypse wird abgesagt, Eine neue Politik der Solidarität ist nötig*, in: *Die Zeit* (45) 25, **1990**.

- Kübler–Ross**, Elisabeth, AIDS – Herausforderung zur Menschlichkeit, Stuttgart **1988**.
- Kühn**, Hagen, Healthismus, Eine Analyse der Präventionspolitik und Gesundheitsförderung in den USA, Berlin **1993**.
- Kühn**, Hagen, Wettbewerb im Gesundheitswesen. Zur Rationalität der Reformdebatte, in: Abholz, Heinz–Harald u.a. (Hg.), Jahrbuch für Kritische Medizin 22, Rationalitäten in der Medizin, Hamburg **1994**.
- Kuhn**, Thomas, Die Struktur wissenschaftlicher Revolutionen, Frankfurt/Main **1976**<sup>2</sup>.
- Kuhn**, Josef, Braucht Berlin ein Landesprogramm für Betriebliche Gesundheitsförderung?, in: Geene, Raimund/Denzin, Christian (Hg.), Gesunde Stadt Berlin, Neuorientierung für die Berliner Gesundheitspolitik, in Vorbereitung, Berlin **1996**.
- Kupfer**, Marianne, Amerikanischer Virologe bestreitet ätiologische Rolle von HIV, in: AIFO (3) 483–484, **1988**.
- Kuppinger**, Tom, Prädikat: gemeingefährlich, Wer stoppt den Film zur 'Aidslüge'?, in: Zitty, Berliner Stadtmagazin, 24/**1992**.
- Kurth**, Reinhard als Herausgeberstellungnahme, Kommentar zum Beitrag von Peter Duesberg: 'Die Rolle von psychoaktiven Drogen und Medikamenten bei AIDS', in: AIFO (7) 619–620, **1992**.
- Kurth**, Reinhard, Verursacht HIV AIDS? Eine aktualisierte Antwort auf Duesbergs Theorien, in: AIFO (4) 507–514, **1989**.
- L'age–Stehr**, Johanna/**Koch**, Michael G., Verbreitung von AIDS in der Bundesrepublik Deutschland, in: Korporal, Johannes/Malouschek, Hubert (Hg.), Leben mit AIDS – mit AIDS leben, Hamburg **1987**.
- Labisch**, Alfons, Der Öffentliche Gesundheitsdienst angesichts neuer öffentlicher Gesundheitsleistungen (new public health), in: Deppe, Hans–Ulrich/Friedrich, Hannes/Müller, Rainer (Hg.), Öffentliche Gesundheit – Public Health, Frankfurt/Main **1991**.
- Labisch**, Alfons, Sozialmedizin in neuer Perspektive, in: Schott, Heinz (Hg.), Meilensteine der Medizin, Dortmund **1996**.
- Lange**, Cornelia (Hg.), Aids – eine Forschungsbilanz, Berlin **1993**.
- Lass**, Ilse, Der HIV–Test, in: ANYP (6) 1, **1995**.
- Lass**, Ilse/**Höner**, Guido, Amsterdam – die orthodoxe Sicht, in: Projekt Kritische AIDS–Diskussion, Gib der Angst keine Chance, FU Berlin **1992**.
- Lauritsen**, John, Poison by Prescription – The AZT Story, New York **1990**.
- Lauritsen**, John, Gift auf Rezept – Die AZT–Story, gekürzte Fassung, Dortmund **1992**.
- Lauritsen**, John, The AIDS War: Propaganda, profiteering and genocide from the medical–industrial complex, New York **1993**.
- Lauritsen**, John/**Wilson**, Hank, Death Rush: Poppers & AIDS, New York **1986**.

- Lautmann**, Rüdiger (Hg.), Homosexualität, Handbuch der Theorie– und Forschungsgeschichte, Frankfurt/Main New York **1993**.
- Lautmann**, Rüdiger/**Hutter**, Jörg/**Koch**, Volker, Typen des Stigma–Managements und sexuellen Handlungsstils bei homosexuellen Männern. Auswirkungen auf die Prävention, in: Lange, Cornelia (Hg.), Aids – eine Forschungsbilanz, Berlin **1993**.
- Lederer**, Robert, Chemical–Biological Warfare, Medical Experiments, and Population Control, in: Covert Action 28, 33–42, **1987a**.
- Lederer**, Robert, Origin and Spread of AIDS: Is the West Responsible?, Teil 1, in: Covert Action 28, 43–54, **1987b**.
- Lederer**, Robert, Origin and Spread of AIDS: Is the West Responsible? (Conclusion), in: Covert Action 29, 52–65, **1988**.
- Legewie**, Heiner, Alltag und seelische Gesundheit, Bonn **1987**.
- Legewie**, Heiner, Bürger, schützt Eure Gesundheit!, in: Technische Universität Berlin, Forschung aktuell (11) 45–47, Sonderheft Gesundheitswissenschaften, **1994**.
- Legewie**, Heiner/**Janßen**, Michael, Bürgerinitiativen fördern Gesundheit in der Stadt, Schlußbericht des Projektes A 4 'Bürgerbeteiligung in der gesundheitsorientierten Stadtentwicklung', in: Klotter, Christoph (Hg.), Prävention im Gesundheitswesen, Göttingen, **1996**.
- Lehmann**, Harald, Entwicklung der Gesundheitsförderung und –aufklärung in Deutschland, in: Geiger, Andreas/Kreuter, Hansheinz (Hg.), Handlungsfeld Gesundheitsförderung 10 Jahre nach Ottawa, Werbach–Gamburg **1997**.
- Lehmbruch**, Gerhard, Der Neokorporatismus der Bundesrepublik im internationalen Vergleich und die 'Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen', in: Gäfgen, Gerard (Hg.), Neokorporatismus und Gesundheitswesen, Baden–Baden **1988**.
- Lenhardt**, Uwe, Zehn Jahre "Betriebliche Gesundheitsförderung" – Eine Bilanz, Wissenschaftszentrum für Sozialforschung WZB P97–201, Berlin **1997**.
- Lehrman**, Nathaniel S., Is AIDS Non–Infectious? The Possibility and its CBW Implications, in: Covert Action 28, 55–62, **1987**.
- Leibowitch**, Jacques, AIDS, Ein unheimlicher Virus unbekannter Herkunft, München **1985**.
- Leidel**, Jan, Gesundheitsförderung: Aufgabe für den öffentlichen Gesundheitsdienst von morgen, in: Badura, Bernhard u.a. (Hg.), Zukunftsaufgabe Gesundheitsförderung, Frankfurt/Main **1989**.
- Leidl**, Reiner, Die Ausgaben für Gesundheit und ihre Finanzierung, in: Schwartz, Friedrich Wilhelm (Hg.), Das Public Health Buch, Gesundheit und Gesundheitswesen, München/Wien/Baltimore **1998**.
- Lenz**, Michael, Editorial, in: Vor–Sicht 2/**1989**.
- Lenz**, Michael, Editorial, in: Vor–Sicht 3/**1989**.

- Lenz, Renate/Haag, Friedrich** (Hg.), Befreiung zur Gesundheit, Der Kampf gegen Krankheit und Unterdrückung in der Dritten Welt, Dokumentation des Gesundheitstages Berlin 1980, Bd. 2, Berlin **1980**.
- Lenzen, Dieter**, Krankheit als Erfindung, Medizinische Eingriffe in die Kultur, Frankfurt/Main **1991**.
- Levy, Elionor**, Role of Nutrition in AIDS, in: SAAO (Hg.), Reader 'International Symposium AIDS: A Different View', Amsterdam **1992**.
- Lewin, Kurt**, Die Lösung sozialer Konflikte, Bad Nauheim **1953**.
- Lindemann, Gesa, Magnus Hirschfeld**, in: Lautmann, Rüdiger (Hg.), Homosexualität, Handbuch der Theorie- und Forschungsgeschichte, Frankfurt/Main New York **1993**.
- Löhr, Wolfgang**, Die Jeinsager, in: Die Tageszeitung vom 08.06. **1996**.
- Luber, Eva**, AIDS geht jede(n) an – Öffentlichkeitsarbeit in einem Berliner Bezirk, in: Korporal, Johannes/Malouschek, Hubert (Hg.), Leben mit AIDS – mit AIDS leben, Hamburg **1987**.
- Luber, Eva**, Gesundheitsförderung in Deutschland 10 Jahre nach der Ottawa-Charta – Am Beispiel der Prävention des Rauchens, in: Das Gesundheitswesen (59) **1997**.
- Lucas, Klaus**, Marlboro ist ja nur ein Beispiel, Interview mit deutschen ACT UP-Gruppen, in: magnus (4) 2, **1991**.
- Lucas, Klaus**, Durchgeknallt, in: Die Tageszeitung vom 22.5. **1992**.
- Lübbe, Hermann**, AIDS und Selbstbestimmung, Über einige moralische Regeln des Umgangs mit AIDS-Tatsachen, in: ders., Modernisierung und Folgelasten, Trends kultureller und politischer Evolution, Berlin **1997a**.
- Lübbe, Hermann**, AIDS-Moral in der parlamentarischen Anhörung, in: ders., Modernisierung und Folgelasten, Trends kultureller und politischer Evolution, Berlin **1997b**.
- Lüdeke, Erika**, Eigentlich fing alles ganz harmlos an. HIV und Aids – die unendliche Geschichte des Peter Duesberg, in: DAH aktuell 5, **1993**.
- Luethkens, Christian**, Europäische Perspektive der Gesundheitsförderung, in: Geiger, Andreas/Kreuter, Hansheinz (Hg.), Handlungsfeld Gesundheitsförderung 10 Jahre nach Ottawa, Werbach-Gamburg **1997**.
- Luhmann, Niklas**, Soziale Systeme, Grundriß einer allgemeinen Theorie, Frankfurt/Main **1984**.
- Luhmann, Niklas**, Paradigm lost: Über die ethische Reflexion der Moral, Frankfurt/Main **1990**.
- Luhmann, Niklas**, Disziplinierung durch Kontingenz, Zu einer Theorie des politischen Entscheidens, in: Hradil, Stefan (Hg.), Differenz und Integration, Die Zukunft moderner Gesellschaften, 28. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Soziologie, Frankfurt/Main / New York **1997**.

- Lwanga**, Gotlinda Magiriba, AIDS und Rassismus, in: Richardson, Diane, Frauen und die AIDS-Krise, Berlin 1987.
- Maddox**, John, Has Duesberg a right of reply?, in: Nature (363) 6417, 1993.
- Magnus-Hirschfeld-Gesellschaft**, Für ein neues Berliner Institut für Sexualwissenschaft, Eine Denkschrift, Manuskript Berlin 1987, aktualisiert in: Centrum für Sexualwissenschaft (Hg.), Sexualität in Berlin, Band 1, Berlin 1992.
- Mahler**, Halfdan, "Gesundheit für alle" – ein breitenwirksames Konzept, Anmerkungen zur Anwendung des WHO-Konzeptes auf die Bundesrepublik Deutschland, in: Badura, Bernhard u.a. (Hg.), Zukunftsaufgabe Gesundheitsförderung, Frankfurt/Main 1989.
- Mann**, Cass, Positively Healthy, in: SAAO (Hg.), Reader 'International Symposium AIDS: A Different View', Amsterdam 1992.
- Mann**, Gunter, Biologismus – Vorstufen und Elemente einer Medizin im Nationalsozialismus, in: Bleker, Johanna/Jachertz, Norbert (Hg.), Medizin im 'Dritten Reichen', Köln 1993<sup>2</sup>.
- Mann**, Jonathan/**Chin**, James/**Piot**, Peter/**Quinn**, Thomas, Die internationale Epidemiologie von AIDS, in: Spektrum der Wissenschaft 12, 1988.
- Marburger**, Horst, Vorsorgeleistungen der Krankenkassen auf dem Prüfstand, in: Soziale Sicherheit (45) 6, 1996.
- Marcuse**, Herbert, Ideen zu einer kritischen Theorie der Gesellschaft, Frankfurt/Main 1969.
- Marcuse**, Herbert, Befreiung zur Sexualität, in: Kentler, Helmut (Hg.), Sexualwesen Mensch, Texte zur Erforschung der Sexualität, Hamburg 1984.
- Maßholder**, Frigga, Heterosexuelle Frauen und Männer und das AIDS-Risiko, Diplomarbeit FU Berlin 1989.
- Matzat**, Jürgen, Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen, in: Public Health Forum (4) 13, 1996.
- McKenna**, Joan J., The Role of Syphilis in AIDS, in: SAAO (Hg.), Reader 'International Symposium AIDS: A Different View', Amsterdam 1992.
- McKeown**, Thomas, The Role of Medicine – Dream, Mirage and Nemesis, London 1976, dt. Übersetzung: Die Bedeutung der Medizin, Traum, Trugbild oder Nemesis, Frankfurt/Main 1982.
- Metzger**, Christian, Enquete-Kommissionen des Deutschen Bundestages, Rechtliche Grundlagen, Aufgaben und Arbeitsweise, Frankfurt/Main 1995.
- Meichsner**, Irene, Trauerspiel um die Bluter – der letzte Akt, in: Die Tageszeitung vom 14.7.1995.
- Meurer**, Uli, Schwule Identität – positive Identität, in: Biechele, Ulrich (Hg.), Identitätsbildung Identitätsverwirrung Identitätspolitik, Eine psychologische Standortbestimmung für Lesben, Schwule und andere, Berlin 1998.

- Meyer, Jürgen**, Benchmarking, Spitzenleistungen durch Lernen von den Besten der Besten, Stuttgart **1996**.
- Michel, Karl Markus/Spengler, Tilman** (Hg.), Die Seuche, Kursbuch 94, Berlin **1988**.
- Michels, Ingo Ilja**, Integrierte Drogenarbeit und –politik, in: Knoche, Monika/Hungeling, Germanus (Hg.), Soziale und ökologische Gesundheitspolitik, Standorte und Grundlagen einer grünen Gesundheitspolitik, Frankfurt/Main **1998**.
- Mielck, Andreas** (Hg.), Krankheit und soziale Ungleichheit, Sozialepidemiologische Forschungen in Deutschland, Opladen **1994**.
- Mielck, Andreas/Bloomfield, Kim**, Inhalte und Ziele der Sozial–Epidemiologie, Beitrag zur Standortbestimmung der deutschsprachigen Diskussion, in: Das Gesundheitswesen (61) **1999**.
- Miller, James**, The Passion of Michel Foucault, New York **1992**.
- Milz, Helmut**, Gesundheit fördern – Trotz oder mit einer lebensbegleitenden Krankheit? Die Ottawa Charta als Herausforderung, in: Troschke, Jürgen von/Reschauer, Georg/Hoffmann–Markwald, Axel (Hg.), Die Bedeutung der Ottawa–Charta für die Entwicklung einer New Public Health in Deutschland, Freiburg **1996**.
- Milz, Helmut**, Gesundheitsförderung – Von der Vision zum Handeln, in: Badura, Bernhard u.a. (Hg.), Zukunftsaufgabe Gesundheitsförderung, Frankfurt/Main **1989**.
- Mitchell, Robert Ben**, Syphilis as AIDS, Austin/USA **1990**.
- Mitscherlich, Alexander/Mielke, Fred** (Hg.), Medizin ohne Menschlichkeit, Dokumente der Nürnberger Prozesse, Frankfurt/Main **1960/Neuaufgabe 1993**.
- Modrow, Susanne/Kurth, Reinhard** u.a., Verwandtschaftliche Beziehung von HIV–Isolaten zu anderen Vertretern der Lentivirusgruppe, in: AIFO (2) 679–688, **1987**.
- Mölling, Karin**, Das AIDS–Virus, Berlin **1989**.
- Moers, Martin**, Ein ganzheitliches Pflegekonzept für Menschen mit Aids, Wissenschaftszentrum für Sozialforschung WZB P90–209, Berlin **1990**.
- Moers, Martin/Schaeffer, Doris**, Die Bedeutung niedergelassener Ärzte für die Herstellung von Versorgungskontinuitäten bei Patienten mit HIV–Symptomen, in: Schaeffer, Doris/Moers, Martin/Rosenbrock, Rolf (Hg.), Aids–Krankenversorgung, Berlin **1992**.
- Mohr, Arno** (Hg.), Grundzüge der Politikwissenschaft, München **1997**.
- Mommer, Karl**, Perspektiven, Sozialdemokratische Politik im Übergang zu den siebziger Jahren, Reinbek **1969**.

- Mommsen, Wolfgang/Mock, Wolfgang** (Hg.), Die Entstehung des Wohlfahrtsstaates in Großbritannien und Deutschland, Stuttgart **1982**.  
**Monath, Hans**, 60 Prozent aller Infektionen mit HIV waren vermeidbar, Abschlußbericht des Aids-U-Ausschusses, in: Die Tageszeitung vom 9.11.1994.
- Mosse, Max/Tugendreich, Gustav** (Hg.), Krankheit und soziale Lage, Berlin **1913**.
- Müller, Klaus**, Aber in meinem Herzen sprach eine Stimme so laut, Homosexuelle Autobiographie und medizinische Pathographien im neunzehnten Jahrhundert, Berlin **1991**.
- Müller, Klaus, Johann Ludwig Casper**, in: Lautmann, Rüdiger (Hg.), Homosexualität, Handbuch der Theorie- und Forschungsgeschichte, Frankfurt/Main New York **1993**.
- Müller, Petra**, Gesundheitsförderung und Prävention durch den öffentlichen Gesundheitsdienst, Berlin-Forschung, FU Berlin **1994**.
- Müller, Maritha**, Das Drogenmobil als niederschwelliges Angebot, in: Geene, Raimund/Denzin, Christian (Hg.), Berlin – Gesunde Stadt?, Neuorientierung für die Berliner Gesundheitspolitik, Berlin **1997**.
- Müller, Rolf Dieter**, Zivilisationskrankheit Rückenschmerz, Prävention, Kosten und Perspektiven aus Sicht einer gesetzlichen Krankenkasse, in: Der Kassenarzt (38) 6, **1998**.
- Müller-Doohm, Stefan**, Die Wahrnehmung von Gesundheitsrisiken in der Risikogesellschaft, in: Im Dschungel der politisierten Gesellschaft, Ulrich Beck in der Diskussion, Ästhetik und Kommunikation (23) 85/86 **1994**.
- Münnich, Frank E.**, Schlußwort, in: Gäfgen, Gerard (Hg.), Neokorporatismus und Gesundheitswesen, Baden-Baden **1988**.
- Naessens, Gaston**, AIDS and the Somatidian Theory, in: SAAO (Hg.), Reader 'International Symposium AIDS: A Different View', Amsterdam **1992**.
- Nahmias, Andre J./Essex, Myron u.a.**, Evidence for human infection with a HTLV-III/LAV-like virus in central Africa 1959, in: Lancet Vol. 333, 1279–1280, **1986**.
- Narr, Wolf-Dieter**, Aids: Prävention, Aufklärung, Demokratie – Steinige Wege, Fluchtwege und Abwege, in: Rosenbrock, Rolf/Salmen, Andreas (Hg.), Aids-Prävention, Berlin **1990**.
- Naschold, Frieder**, Die Zukunft des Wohlfahrtsstaates, in: Mommsen, Wolfgang/Mock, Wolfgang (Hg.), Die Entstehung des Wohlfahrtsstaates in Großbritannien und Deutschland, Stuttgart **1982**.
- Neidhardt, Friedhelm**, Innere Prozesse und Außenweltbeziehungen sozialer Gruppen, in: Schäfers, Bernhard (Hg.), Einführung in die Gruppensoziologie, Geschichte Theorien Analysen, München **1980**.
- Neumann, Jürgen**, Die immer noch unheimliche Krankheit, Aids in der Presse, in: magnus (4) 3, **1991**.

- Neppert, Katja**, Die Kontinuität der Ausgrenzung, Die Politik der 'Wiedergutmachung' von NS-Verbrechen am Beispiel der Entschädigung Zwangssterilisierter, Diplomarbeit FU Berlin **1993**.
- Neuberg, Sophie**, HIV und AIDS – (k)ein Zusammenhang?, in: *magnus* (6) 1, **1993**.
- Neubert, Erhard**, Kunstprodukt AIDS in Schwierigkeiten, in: *AIDS-spezial, Raum & Zeit* 4/**1990**.
- Neubert, Erhard**, Zwischen Angst und Zuwendung. Sozialethische und theologische Aspekte von AIDS, Berlin/DDR **1989**.
- Neumann, Herbert**, Leistungsfähiges Gesundheitswesen in regionaler Verantwortung, in: *Soziale Sicherheit* (45) 3, **1996**.
- Niehoff, Jens-Uwe/Schneider, Frank**, Sozialhygiene – Das Ende einer akademischen Disziplin? Reflexion zur Geschichte der Sozialhygiene der DDR, in: *Abholz, Heinz-Harald u.a. (Hg.), Wer oder was ist 'Public Health', Jahrbuch für Kritische Medizin, Bd. 18, Hamburg 1992*.
- Noack, Paul/Stammen, Theo (Hg.)**, Grundbegriffe der politikwissenschaftlichen Fachsprache, München **1979**.
- Nolden, Klaus**, Gesundheitsselbsthilfe und AIDS, in: *Korporal, Johannes/Malouschek, Hubert (Hg.), Leben mit AIDS – mit AIDS leben, Hamburg 1987*.
- Nüchtern, Nancy**, AIDS, AIDS-Kritik und schwuler Klassenkampf, oder: Nancy Nüchtern denkt an Emanzipation, Ringvorlesung Homostudien der Humboldt-Universität Berlin **1993**.
- O'Neill, Peter (WHO)**, Gesundheit 2000, Krise und Hoffnung, Dt. Fassung des WHO-Dokuments 'Health 2000', Frankfurt **1984**.
- o.V.** ohne Verfasser, Trieb in der Wiege, Ist Homosexualität vererbt oder erworben?, in: *Der Spiegel* (47) 30 vom 26.7.**1993**.
- Orde, Bettina am**, Die sogenannte 'Dritte Stufe der Gesundheitsreform', in: *Soziale Sicherheit* (45) 2, **1996a**.
- Orde, Bettina am**, Gesundheitspolitik vor dem 'Aus'?, in: *Soziale Sicherheit* (45) 8/9, **1996b**.
- Orth, Gerhard**, Toderursache AIDS-Therapie, in: *raum&zeit* 56, **1992**.
- Orwat, Detlef**, 'Gesundheit 2000' für die Region Berlin, in: *ötv, Gesundheitspolitische Konferenz, Dokumentation, Berlin 1994*.
- Orwat, Detlef**, Gesundheit 2001, Arbeitspapier Berlin **1995**.
- Osterholz, Uwe**, Maßnahmen zur Prävention von Rückenschmerzen bei Krankenhausbeschäftigten, Ein kritischer Literaturvergleich, Wissenschaftszentrum für Sozialforschung WZB P96-201, Berlin **1996**.
- Pacharzina, Klaus (Hg.)**, AIDS und unsere Angst, Reinbek **1986**.
- PAD Pädagogische Arbeitsstelle**, AIDS: Eine andere Sicht der Dinge, Dortmund **1992**.

- Palca**, Joseph, Settlement on AIDS finally reaches between US and Pasteur, in: *Nature* (326) 533, **1987**.
- Panitch**, Leo, The Role and Nature of the Canadian State, in: ders. (Hg.), *The Canadian State: Political Economy and Political Power*, Toronto **1977**.
- Papadopulos–Eleopulos**, Eleni/**Turner**, Valendar F./**Papadimitriou**, Is a Positive Western Blot Proof of HIV Infection?, in: *Biotechnology* (11) 696ff., **1993**.
- Parin**, Paul, Die Mystifizierung von Aids, in: Sigusch, Volkmar/Gremliza, Hermann L., *Operation AIDS, Konkret Sexualität Heft 7*, Hamburg **1986**.
- Paul**, Gerd, Vorstand 1985–1987, in: *Deutsche AIDS–Hilfe* (Hg.), *10 Jahre Deutsche AIDS–Hilfe, Geschichten und Geschichte, AIDS–Forum DAH Sonderband*, Berlin **1993**.
- Paul**, Gerd/**Walz**, Loretta (Hg.), *Eine Stadt lebt mit AIDS*, Berlin **1985**.
- Passon**, Ortwin/**Sausen**, Karin, Coming–Out–Probleme durch AIDS, Eine empirische Untersuchung, Berlin **1986**.
- Patton**, Cindy, *Sex and Germs: The Politics of AIDS*, Boston/USA **1985**.
- Patton**, Cindy, The AIDS–Industry, The Social Construction of „Victims“, „Volunteers“ and „Experts“, in: Carter, Erica/Watney, Simon (Hg.), *Taking Liberties, AIDS and Cultural Politics*, London **1989**.
- Patton**, Cindy, Die AIDS–Industrie – Die soziale Konstruktion von „Opfern“, „Ehrenamtlichen“ und „Experten“, in: Salmen, Andreas (Hg.), *Feuer unterm Arsch, Die AIDS–Aktionsgruppen in Deutschland und den USA, AIDS–Forum DAH Sonderband*, Berlin **1991**.
- Pelikan**, Jürgen M./**Lobnig**, Hubert, Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung in Krankenhäusern, in: Pelikan, Jürgen M./Demmer, Hildegard/Hurrelmann, Klaus (Hg.), *Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung*, Weinheim/München **1993**.
- Petermann**, Thomas (Hg.), *Das wohlberatene Parlament, Orte und Prozesse der Politikberatung beim Deutschen Bundestag*, Berlin **1990**.
- Petersen**, Bärbel, Geld löst die Probleme noch lange nicht in: *Die Tageszeitung* vom 26.6.1992.
- Pieper**, Kajo/**Vael**, Guido, Die AIDS–Hilfe – ein historischer Abriß, in: *Deutsche AIDS–Hilfe* (Hg.), *10 Jahre Deutsche AIDS–Hilfe, Geschichten und Geschichte, AIDS–Forum DAH Sonderband*, Berlin **1993**.
- Plant**, Richard, *Rosa Winkel*, Frankfurt/Main **1991**.
- Ploetz**, Alfred, *Grundlinien einer Rassen–Hygiene: Die Tüchtigkeit unserer Rasse und der Schutz der Schwachen*, Berlin **1895**.
- Plümer**, Klaus–Dieter, Investition in Gesundheit: die WHO setzt neue Ziele im „Globale Village“, Die Jakarta–Konferenz der Weltgesundheitsorganisation 1997, in: *Blickpunkt öffentliche Gesundheit* (14) 4, **1997**.
- Pohle**, Hans–D./**Eichenlaub**, Dieter; Kann die weitere Ausbreitung von AIDS verhindert werden?, in: *AIFO* (3) 118–121, **1987**.

- Pollak**, Michael, Homosexuelle Lebenswelten im Zeichen von Aids, Soziologie der Epidemie in Frankreich, Berlin **1990**.
- Poppenberg**, Fritz, Die AIDS-Rebellen, Dortmund **1992**.
- Popper**, Karl R., Logik der Forschung, Erstausgabe 1936, hier zitiert nach Tübingen **1969**<sup>3</sup>.
- Prognos AG**, Auf dem Weg aus der Pflegekrise, Neue Ideen und Lösungsansätze in der Krankenpflege, Berlin **1992**.
- Praunheim**, Rosa von, Guten Tod!, in: Siegestsäule (2) Sonderheft AIDS, Die Dimension einer Krankheit, Berlin **1985**.
- Praunheim**, Rosa von, 50 Jahre pervers, Die sentimentalen Memoiren des Rosa von Praunheim, Köln **1993**.
- Prigogine**, Ilya, Vom Sein zum Werden: Zeit und Komplexität in den Naturwissenschaften; München **1985**<sup>4</sup>.
- Prittwitz**, Cornelius (Hg.), Aids, Recht und Gesundheitspolitik, Berlin **1990**.
- Projekt Kritische AIDS Diskussion**, Gib der Angst keine Chance, Texte aus dem „Projekt Kritische AIDS-Diskussion“, Berlin **1992**.
- Projekt Kritische AIDS Diskussion**, Welt-AIDS-Kongress, Texte aus dem „Projekt Kritische AIDS-Diskussion“ Nr. 2, Berlin **1993**.
- Projekt Kritische AIDS Diskussion**, AIDS – Afrika – Bevölkerungspolitik, , Texte aus dem „Projekt Kritische AIDS-Diskussion“ Nr. 3, Berlin **1995**.
- Prokop**, Heimo, Politisch-administratives Handeln angesichts neuartiger Herausforderungen, in: Rosenbrock, Rolf/Salmen, Andreas (Hg.), Aids-Prävention, Berlin **1990**.
- Putzhammer**, Heinz, Europas erfolgreicher Beschäftigungsgipfel, in: Soziale Sicherheit (48) 6, **1999**.
- Rappaport**, Julian, Ein Plädoyer für die Widersprüchlichkeit: Ein sozialpolitisches Konzept des 'empowerment' anstelle präventiver Ansätze, in: Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis 2, **1985**.
- Rappoport**, Jon, Fehldiagnose AIDS, Geschäfte mit einem medizinischen Irrtum, Südergellersen **1990**.
- Raschke**, Peter/**Ritter**, Claudia, Eine Großstadt lebt mit Aids, Strategien der Prävention und Hilfe am Beispiel Hamburgs, Berlin **1991**.
- Reger**, Karl Heinz/**Haimhausen**, Petra, AIDS – Die neue Seuche des 20. Jahrhunderts, Genf **1983**.
- Regus**, Michael, Natur und Gesellschaft in der Entwicklung der Medizin als Wissenschaft, in: Deppe, Hans-Ulrich/Regus, Michael (Hg.), Seminar: Medizin, Gesellschaft, Geschichte, Beiträge zur Entwicklungsgeschichte der Medizinsoziologie, Frankfurt/Main **1975**.

- Regus**, Michael, Medizin und gesellschaftlicher Fortschritt, Erfahrungen, Probleme und Perspektiven demokratischer Gesundheitspolitik, in: Dersee, Thomas/Dupke, Stephan, Bankrott der Gesundheitsindustrie, Kritik des bestehenden medizinischen Versorgungssystems, Dokumentation des Gesundheitstages Berlin 1980, Bd. 4, Berlin **1981**.
- Rehfeld**, Dieter, Enquete-Kommissionen in der Bundesrepublik Deutschland, in: Lompe, Klaus/Rass, Hans Heinrich/Rehfeld, Dieter, Enquete-Kommissionen und Royal Commissions, Göttingen **1981**.
- Reich**, Wilhelm, Der Einbruch der Sexualmoral, Zur Geschichte der sexuellen Ökonomie, Kopenhagen **1935**.
- Reich**, Wilhelm, Die Funktion des Orgasmus, Die Entdeckung des Orgon. Sexualökonomische Grundprobleme der biologischen Energie, Frankfurt/Main **1972**.
- Reich**, Wilhelm, Die sexuelle Revolution, Frankfurt/Main **1981**.
- Reiche**, Reimut, Sexualität und Klassenkampf. Zur Abwehr repressiver Entsublimierung, Frankfurt/Main **1971**.
- Reiners**, Hartmut, Das Gesundheitsstrukturgesetz – Ein Hauch von "Sozialgeschichte"? Werkstattbericht über eine gesundheitspolitische Weichenstellung, Wissenschaftszentrum für Sozialforschung WZB P93–210, Berlin **1993**.
- Reinhold**, Gerd, Soziologie-Lexikon, München **1992**<sup>2</sup>.
- Remischovsky**, Judith/**Wokalek**, Heinrich/**Franz**, Erhard/**Remischovsky**, Eduard, AIDS, Die unheimliche Krankheit, Freiburg **1984**.
- Reutter**, Werner, Korporatismustheorien, Kritik, Vergleich, Perspektiven, Frankfurt/Main **1991**.
- Reutter**, Werner, Aids, Politik und Demokratie, Ein Vergleich aids-politischer Maßnahmen in Deutschland und Frankreich, Wissenschaftszentrum für Sozialforschung WZB P92–205, Berlin **1992**.
- Richter**, Horst Eberhard, Die Chance des Gewissens, Hamburg **1986**.
- Richter**, Horst Eberhard, Die große Verfolgung, Das Phänomen Aids stellt die Gesellschaft auf die Probe, in: Die Zeit (42) 11, **1987**.
- Ritter**, Claudia, Auf der Flucht vor Aids, Sozialstruktur und Bewältigungsstrategien, in: Hradil, Stefan (Hg.), Zwischen Bewußtsein und Sein, Opladen **1992**.
- Rodenstein**, Marianne, „Mehr Licht, mehr Luft“, Gesundheitskonzepte im Städtebau seit 1750, Frankfurt/Main / New York **1988**.
- Roelcke**, Volker, Gesundheit für alle im Jahr 2000?, in: Schott, Heinz (Hg.), Meilensteine der Medizin, Dortmund **1996**.
- Rösler**, C. (Hg.), Städte auf dem Weg zur Lokalen Agenda 21, Berlin **1998**.
- Rössler**, Gabriele/**Kirch**, Wilhelm, Public Health – Anwalt der Bevölkerung in Sachen Gesundheit, in: Public Health Forum (4) 12, **1996**.

- Rohe**, Karl, Politik: Begriffe und Wirklichkeiten, Eine Einführung in das politische Denken, Stuttgart **1978**.
- Root–Bernstein**, Robert S., Rethinking AIDS: The Tragic Cost of Premature Consensus, New York **1993**.
- Rosen**, George, Die Entwicklung der sozialen Medizin, in: Deppe, Hans–Ulrich/Regus, Michael (Hg.), Seminar: Medizin, Gesellschaft, Geschichte, Beiträge zur Entwicklungsgeschichte der Medizinsoziologie, Frankfurt/Main **1975**.
- Rosenbrock**, Rolf, Aids kann schneller besiegt werden, Gesundheitspolitik am Beispiel einer Infektionskrankheit, Hamburg **1986**.
- Rosenbrock**, Rolf, Der HIV–Antikörper–Test, Medizinische und gesundheitspolitische Ziele, in: Sigusch, Volkmar (Hg.), AIDS als Risiko, Über den gesellschaftlichen Umgang mit einer Krankheit, Hamburg **1987**.
- Rosenbrock**, Rolf, HIV–Positivismus. Plädoyer für die Einhaltung der Kunstregeln, in: Michel, Karl Markus/Spengler, Tilman (Hg.), Die Seuche, Kursbuch 94, Berlin **1988a**.
- Rosenbrock**, Rolf, Soziale, medizinische und sozialwissenschaftliche Voraussetzungen der Prävention und Bekämpfung von Aids, in: AIDS–Forschung (3) **1988b**.
- Rosenbrock**, Rolf, Aids–Prävention und die Aufgabe der Sozialwissenschaften, in: Rosenbrock, Rolf/Salmen, Andreas (Hg.), Aids–Prävention, Berlin **1990**.
- Rosenbrock**, Rolf, Vom Nutzen von Enqueten, Parlamentsberatung in der Gesundheitspolitik, in: WZB Mitteilungen 50, Berlin **1990a**.
- Rosenbrock**, Rolf, AIDS: Fragen und Lehren für Public Health, in: Abholz, Heinz–Harald u.a. (Hg.), Wer oder was ist 'Public Health', Jahrbuch für Kritische Medizin, Bd. 18, Hamburg **1992**.
- Rosenbrock**, Rolf, Von der schwulen Selbsthilfe zum professionalisierten Akteur der Gesundheitsförderung und Wohlfahrtsverband – Eine Erfolgsgeschichte mit ein paar Fragezeichen, in: Deutsche AIDS–Hilfe (Hg.), 10 Jahre Deutsche AIDS–Hilfe, Geschichten und Geschichte, AIDS–Forum DAH Sonderband, Berlin **1993**.
- Rosenbrock**, Rolf, Public Health: Aids als Paradigma, in: Zapf, Wolfgang/Dierkes, Meinolf (Hg.), Institutionenvergleich und Institutionendynamik, WZB–Jahrbuch 1994, Berlin **1994**.
- Rosenbrock**, Rolf, Prävention, Gesundheitsförderung und Gesundheitspolitik, in: Prävention (19) 1, **1996**.
- Rosenbrock**, Rolf, Gesundheitsförderung in Deutschland im Spannungsfeld von Gesundheitswissenschaften und Politik, in: Geiger, Andreas/Kreuter, Hansheinz (Hg.), Handlungsfeld Gesundheitsförderung 10 Jahre nach Ottawa, Werbach–Gamburg **1997**.

- Rosenbrock, Rolf**, Gesundheitspolitik, Einführung und Überblick, in: Hurrelmann, Klaus/Laaser, Ulrich (Hg.), Gesundheitswissenschaften, Weinheim München **1998a<sup>2</sup>**.
- Rosenbrock, Rolf**, Healthy Public Policy – Fragen an die Gesundheitspolitik für das 21. Jahrhundert, in: impulse, Newsletter zur Gesundheitsförderung (5) 21, Dezember **1998b**.
- Rosenbrock, Rolf/Noack, Horst/Moers, Martin**, Öffentliche Gesundheit und Pflege in NRW, Studie im Auftrag des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein–Westfalen, Neuss **1993**.
- Rosenbrock, Rolf/Laaser, Ulrich/Badura, Bernhard/Koch, Uwe/Robra, Bernt–Peter (u.a.)**, Prävention und Gesundheitsförderung, in: Deutsche Forschungsgemeinschaft, Gesundheitssystemforschung in Deutschland, Denkschrift, Weinheim **1995**.
- Rosenbrock, Rolf u.a.**, Wissenschaftler gegen die Preisgabe der kassenfinanzierten Prävention und Gesundheitsförderung, in: Dr.med.Mabuse (21) 102, **1996**.
- Rosenbrock, Rolf/Moers, Martin/Schaeffer, Doris/Dubois–Arber, Françoise/Pinell, Patrice/Setbon, Michel (u.a.)**, Die Normalisierung von Aids in Westeuropa, Der Politik–Zyklus am Beispiel einer Infektionskrankheit, Wissenschaftszentrum für Sozialforschung P99–201, Berlin **1999**.
- Roth, Karl–Heinz (Hg.)**, Erfassung zur Vernichtung, Von der Sozialhygiene zum Gesetz über Sterbehilfe, Frankfurt/Main **1984**.
- Roth, Karl–Heinz**, Die Behandlung von Homosexuellen im Nationalsozialismus, in: Gremliza, Hermann L./Sigusch (Hg.), Volkmar, Konkret Sexualität Heft 6, Hamburg **1985**.
- Roth, Karl–Heinz**, Schöner neuer Mensch. Der Paradigmenwechsel der klassischen Genetik und seine Auswirkungen auf die Bevölkerungsbiologie des 'Dritten Reichs', in: Kaupen–Haas, Heidrun (Hg.), Der Griff nach der Bevölkerung. Aktualität und Kontinuität nazistischer Bevölkerungspolitik; Nördlingen **1986**.
- Rottleuthner, Hubert**, Probleme der rechtlichen Regulierung von Aids, in: Rosenbrock, Rolf/Salmen, Andreas (Hg.), Aids–Prävention, Berlin **1990**.
- Rübsamen–Waigmann, Helga**, Experten – Fakten und Fiktionen, in: Walter, Melitta (Hg.), Ach wär's doch bloß ein böser Traum, Frauen und AIDS, Freiburg **1987**.
- Rühmann, Frank**, AIDS, eine Krankheit und ihre Folgen, Frankfurt/Main **1985**.
- Rühmann, Frank**, Wege aus dem Zwang? Zur Aids–Politik der Bundesregierung, in: Sigusch, Volkmar (Hg.), AIDS als Risiko, Über den gesellschaftlichen Umgang mit einer Krankheit, Hamburg **1987**.
- Rühmann, Frank**, Zur Geschichte des Kampfes gegen Geschlechtskrankheiten zwischen 1900 und 1933, in: Rosenbrock, Rolf/Salmen, Andreas (Hg.), Aids–Prävention, Berlin **1990**.

- Runde**, Ortwin, Gesundheit für alle, Ziel kommunaler Gesundheits- und Sozialpolitik, in: Gesundheitsamt Stadt Köln (Hg.), Gesundheitsförderung auf dem Prüfstand – Was kann sie für gesundheitlich und sozial Benachteiligte leisten?, Dokumentation des Gesunde Städte Symposiums, Köln **1994**.
- SAAO** (Hg.), Reader 'International Symposium AIDS–A Different View', Abstracts, Amsterdam **1992**.
- Sadr–Haghighian**, Natascha, Science for Life, Der Wellcome–Trust, in: Schultze, Susanne u.a. (Hg.), geld.beat.synthetik, Abwerten bio/technologischer Annahmen, Berlin **1996**.
- Sagan**, L.A., Die Gesundheit der Nationen, Die eigentlichen Ursachen von Gesundheit und Krankheit im Weltvergleich, Reinbek **1992**.
- Salmen**, Andreas, Aktuelle Erfordernisse der Aids–Prävention, in: Rosenbrock, Rolf/Salmen, Andreas (Hg.), Aids–Prävention, Berlin **1990**.
- Salmen**, Andreas, Schwulenstudie im Zeichen der Angst, in: Die Tageszeitung vom 17.10. **1987**.
- Salmen**, Andreas/**Eckert**, Albert, Neue Schwulenbewegung in der Bundesrepublik Deutschland und in Berlin (West) 1969–1985, Diplomarbeit FU Berlin **1987**.
- Salmen**, Andreas/**Eckert**, Albert, 20 Jahre bundesdeutsche Schwulenbewegung 1969–1989, BVH Materialien No. 1, München **1989**.
- Salmon**, J. Warren, Reformstrategie für ein öffentliches Gesundheitssystem, Erfahrungen aus den USA bei der Umsetzung in die politische Praxis, in: Badura, Bernhard u.a. (Hg.), Zukunftsaufgabe Gesundheitsförderung, Frankfurt/Main **1989**.
- Schäfer**, Hans/**Blohmke**, Maria (Hg.), Sozialmedizin, Stuttgart 1972.
- Schäfer**, Hans, Gesundheitswissenschaften, Versuch eines wissenschaftlichen Programms und seiner Anwendung. Heidelberg **1993**.
- Schäfers**, Bernhard (Hg.), Einführung in die Gruppensoziologie, Geschichte Theorien Analysen, München **1980**.
- Schaeffer**, Doris, Patientenorientierte ambulante Pflege Schwerkranker, Erfordernisse der Konzept- und Wissenschaftsentwicklung, in: Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften (5) 2, **1997**.
- Schaeffer**, Doris/**Moers**, Martin/**Rosenbrock**, Rolf (Hg.), Aids–Krankenversorgung, Berlin **1992**.
- Schaeffer**, Doris/**Moers**, Martin/**Rosenbrock**, Rolf (Hg.), Public Health und Pflege, Zwei neue gesundheitswissenschaftliche Disziplinen, Berlin **1994**.
- Schaeffer**, Doris/**Moers**, Martin, Ambulante Pflege von HIV– und Aids–Patienten, , Wissenschaftszentrum für Sozialforschung WZB P95–201, Berlin **1995**.
- Scharf**, Bodo, Mehr Markt – mehr Wirtschaftlichkeit? Marktökonomische Illusionen konservativer Gesundheitsökonomik, in: WSI–Mitteilungen (38) 10, **1985**.

- Scharpf**, Fritz, Zur Bedeutung institutioneller Forschungsansätze, in: Scharpf, Fritz/Brockmann, Marlene (Hg.), Institutionelle Bedingungen der Arbeitsmarkt- und Beschäftigungspolitik, Frankfurt/Main **1983**.
- Schauerhammer**, Ralf/**Schulz**, Bernd, Neue epidemiologische Computerstudie zeigt: AIDS könnte die gesamte bundesdeutsche Bevölkerung auslöschen, in: Executive Intelligence Review EIR, AIDS: Computerstudie zur Epidemiologie, Gesundheitspolitische Bekämpfung, Richtlinien für eine Forschungsoffensive, Wiesbaden **1987**.
- Scherer**, Klaus-Jürgen/**Wasmuht**, Ulrike C., Mut zur Utopie, in: Scherer, Klaus-Jürgen/Wasmuht, Ulrike C. (Hg.), Mut zur Utopie, Eine Festschrift für Fritz Vilmar, Münster **1994**.
- Scheub**, Ute, Magnus Hirschfelds unpolitische Enkel, in: Die Tageszeitung vom 18.7.1992.
- Schmacke**, Norbert/**Schwarzkopf**, Hubertus von, Lehren aus AIDS: Anregungen für die Weiterentwicklung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes, in: Abholz, Heinz-Harald u.a. (Hg.), Wer oder was ist 'Public Health', Jahrbuch für Kritische Medizin, Bd. 18, Hamburg **1992**.
- Schmacke**, Norbert, Die Herausforderung des Public-Health-Konzeptes für die Gesundheitsämter, in: Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften (5) **1997**.
- Schmacke**, Norbert (Hg.), Gesundheit und Demokratie, Von der Utopie zur sozialen Medizin, Frankfurt/Main **1999**.
- Schmidt**, Caspar G., The Group-fantasy Origins of AIDS, in: The Journal of Psychohistory (1) 12, **1984**.
- Schmidt**, Gunter, Moral und Volksgesundheit, in: Sigusch, Volkmar/Gremliza, Hermann L., Operation AIDS, Konkret Sexualität Heft 7, Hamburg **1986**.
- Schmidt**, Gunter, Das große DerDieDas. Über das Sexuelle, Hamburg **1988**<sup>2</sup>.
- Schmidt**, Gunter, Weiße Flecken, in: Konkret 2/**1989**.
- Schmidt**, Peter (Hg.), Dokumentation AIDS-Kritik, Berlin **1995**.
- Schmidt**, Gunter, Sexuelle Verhältnisse, Über das Verschwinden der Sexualmoral, Reinbek **1998**.

- Schmittner**, Konrad, Die Enquete-Kommissionen des Deutschen Bundestages, in: Zeitschrift für Parlamentsfragen (23) 8, **1972**.
- Schneider**, Kawi, Die AIDS-Geschichte – Eine medizinische Entgleisung, in: die andere 4/**1991**.
- Schneider**, Kawi, Die schreckliche Wahrheit: Virologen erfanden "AIDS", um selbst überleben zu können, in: AIDS-spezial, Raum & Zeit 4/**1990**.
- Schneider**, Kawi, Gefahren einer "AIDS"-Diktatur, in: AIDS-spezial, Raum & Zeit 4/**1990b**.
- Schneider**, Kawi, Pervertierte "AIDS"-Sprache, in: AIDS-spezial, Raum & Zeit 4/**1990a**.
- Schneweis**, Karl-Eduard, AIDS als Herausforderung für die Medizin, in: Schott, Heinz (Hg.), Meilensteine der Medizin, Dortmund **1996**.
- Schorsch**, Eberhard, Mit perversen Requisiten winken, in: Sigusch, Volkmar/Gremliza, Hermann L., Operation AIDS, Konkret Sexualität Heft 7, Hamburg **1986**.
- Schott**, Heinz (Hg.), Meilensteine der Medizin, Dortmund **1996**.
- Schreiber**, Georg, Der Medizinbetrieb. Ärzte, Außenseiter, Arzneien, Kosten, Krankenhäuser, Patienten, Prognosen, Publizität. Medizin und Öffentlichkeit, München **1971**.
- Schröder**, Wolfgang/**Ruppert**, Burkhard, Austritte aus Arbeitgeberverbänden, in: WSI-Mitteilungen (49) 2, **1996**.
- Schüklenk**, Udo, 'Die AIDS-Rebellen'. Eine Bewertung, in: BVH aktuell 1/**1993**.
- Schüklenk**, Udo, AIDS: Über die 'Seuche', eine Handvoll HäretikerInnen und das Interesse an der Apokalypse, Dortmund **1990a**.
- Schüklenk**, Udo, HIV macht AIDS – eine allzu fixe Idee? Interview mit Peter Duesberg, in: GID Gen-ethischer Informationsdienst (5) 41, **1989**.
- Schüklenk**, Udo, Politik in den AIDSigern, in: Vor-Sicht 6/**1988**.
- Schüklenk**, Udo, Staatsanwaltschaft ermittelt gegen Mitarbeiter von Gallo, in: AIDS-spezial, Raum & Zeit 4/**1990**.
- Schüller**, Heidi, Die Gesundheitsmacher, Reinbek **1995**.
- Schulenburg**, Johann-Matthias Graf von der, Systeme der Honorierung frei praktizierender Ärzte und ihre Allokationswirkungen, Tübingen **1981**.
- Schulenburg**, Johann-Matthias Graf von der, Preisbildung im Gesundheitswesen, in: Andersen, Hanfried/Henke, Klaus-Dirk/ Schulenburg, Johann-Matthias Graf von der (Hg.), Basiswissen Gesundheitsökonomie, Band 1: Einführende Texte, Berlin **1992**.
- Schulte-Sassen**, Hermann, Die Zukunft des Gesundheitswesens und die deutsche Ärzteschaft, in: Abholz, Heinz-Harald u.a. (Hg.), Gesundheitsmärkte, Jahrbuch für Kritische Medizin, Bd. 19, Hamburg **1993**.
- Schultz**, Susanne/Büro Bert/minimal club (u.a.) (Hg.), geld.beat.synthetik, Abwerten bio/technologischer Annahmen, Berlin **1996**.

- Schulze, Jörg**, Mythen, Legenden und Hypothesen, in: Vor-Sicht 12/1987.
- Schumpeter, Joseph Alois**, Kapitalismus, Sozialismus und Demokratie, Bern 1950.
- Schwahlen, Katrin**, Gene, Viren und die CIA, Zum Streit um den Ursprung von AIDS, in: Freitag 21/1991.
- Schwartz, Friedrich Wilhelm**, Public-Health-Forschung – der Versuch einer Positionierung aus der Sicht der Public-Health-Forschungsverbände, in: Public Health Forum (4) 12, 1996.
- Schwartz, Friedrich Wilhelm/Kickbusch, Ilona/Wismar, Matthias**, Ziele und Strategien der Gesundheitspolitik, in: Schwartz, Friedrich Wilhelm (Hg.), Das Public Health Buch, Gesundheit und Gesundheitswesen, München/Wien/Baltimore 1998.
- Schwartz, Friedrich Wilhelm/Walter, Ulla**, Prävention, in: Schwartz, Friedrich Wilhelm (Hg.), Das Public Health Buch, Gesundheit und Gesundheitswesen, München/Wien/Baltimore 1998.
- Schwerdtfeger, Wolfgang**, WHO-Programm "Gesundheit für alle", Bonn sollte diesen Schwachsinn stoppen, in: Medical Tribune 20 vom 17.05 1985.
- Segal, Jakob**, AIDS – Zellphysiologie, Pathologie und Therapie, Essen 1992.
- Segal, Jakob**, Neue Wege in der AIDS-Therapie, Essen 1991.
- Segal, Jakob/Segal, Lilli/Klug, AIDS** ist besiegbar – Die künstliche Herstellung, die Frühtherapie und deren Boykott, Essen 1995.
- Segal, Lilli**, Die Hohenpriester der Vernichtung. Anthropologen, Mediziner und Psychiater als Wegbereiter von Selektion und Mord im Dritten Reich, Berlin 1991a.
- Segal, Lilli**, Vom Widerspruch zum Widerstand, Berlin 1986.
- Segal, Lilli/Segal, Jakob**, AIDS – Auftraggeber war das Pentagon, Essen 1989.
- Segal, Lilli/Segal, Jakob**, AIDS – Die Spur führt ins Pentagon, Essen 1990.
- Segal, Lilli/Segal, Jakob**, AIDS – Natur und Ursprung, in: Kruse, Kuno (Hg.), AIDS, Erreger aus dem Genlabor?, Berlin 1987.
- Sentker, Andreas**, Wettlauf um die Gene, Die Suche nach dem menschlichen Erbgut geht in die entscheidende Phase, in: Die Zeit (55) 13, 2000.
- Shilts, Randy**, And The Band Played On: politics, people and the AIDS epidemic, New York 1987.
- Shilts, Randy**, AIDS. Die Geschichte eines großen Versagens, München 1988.
- Siegrist, Johannes/Möller-Leimkühler, Anne Maria**, Gesellschaftliche Einflüsse auf Gesundheit und Krankheit, in: Schwartz, Friedrich Wilhelm (Hg.), Das Public Health Buch, Gesundheit und Gesundheitswesen, München/Wien/Baltimore 1998.
- Sigusch, Volkmar**, AIDS als Risiko, in: Sigusch, Volkmar (Hg.), AIDS als Risiko, Über den gesellschaftlichen Umgang mit einer Krankheit, Hamburg 1987.
- Sigusch, Volkmar**, Aids für alle, alle für Aids, in: Sigusch, Volkmar/Gremliza, Hermann L., Operation AIDS, Konkret Sexualität Heft 7, Hamburg 1986.

- Sigusch**, Volkmar, Die Abteilung für Sexualwissenschaft der Universität Frankfurt am Main, in: Magnus–Hirschfeld–Gesellschaft (Hg.), Für ein neues Berliner Institut für Sexualwissenschaft, Berlin **1987a**.
- Sigusch**, Volkmar, Editorial, in: Sigusch, Volkmar/Gremliza, Hermann L., Operation AIDS, Konkret Sexualität Heft 7, Hamburg **1986a**.
- Sigusch**, Volkmar, Über die Vergesellschaftung der Krankheit Aids, in: Tübinger Reihe 9, **1988a**.
- Sigusch**, Volkmar, Was heißt kritische Sexualwissenschaft?, in: Zeitschrift für Sexualforschung (1) 1, **1988**.
- Silberstein**, Cronette, AIDS: Die andere Richtung der Diskussion, in: ANYP (4) 1, **1992a**.
- Silberstein**, Cronette, Schuld an allem sind nur die Drogen, in: Die Tageszeitung vom 22.5. **1992b**.
- Silberstein**, Cronette, Linien kritischer AIDS–Diskussion, in: Projekt Kritische AIDS Diskussion, Welt–AIDS–Kongress, Texte aus dem „Projekt Kritische AIDS–Diskussion“ Nr. 2, Berlin **1993**.
- Simitis**, Spiros, Aus dem vierzehnten Tätigkeitsbericht des Hessischen Datenschutzbeauftragten, in: AIFO (1) 210–214, **1986**.
- Singer**, Linda, Erotic Welfare, Sexual Theory and Politics in the Age of Epidemic, New York / London **1993**.
- Singer**, Linda, Sex und die Logik des Spätkapitalismus, Berlin **1999**.
- Singhartinger**, Johann, AIDS als Anlass, Kontrolle als Konzept, Entwicklungen am Beispiel Strafvollzug, München **1987**.
- Sonnabend**, Joseph, The Etiology of AIDS, in: SAAO (Hg.), Reader 'International Symposium AIDS: A Different View', Amsterdam **1992**.
- Sontag**, Susan, Aids und seine Metaphern, München **1989**.
- Sontag**, Susan, Krankheit als Metapher, München **1980**.
- Spangenberg**, Rainer, Die Gentechnologie–Politik der GRÜNEN in der Bundesrepublik Deutschland als alternativer forschungs– und technologiepolitischer Ansatz, Diplomarbeit FU Berlin **1991**.
- Spatz**, Johannes, Autos tödlicher als AIDS, in: Die Tageszeitung vom 11.06. **1996**.
- Spatz**, Johannes, Gesundheitsrisiko Auto – Umweltbelastung und Krankheit, in: Knoche, Monika/Hungeling, Germanus, Soziale und ökologische Gesundheitspolitik, Standorte und Grundlagen einer grünen Gesundheitspolitik, Frankfurt/Main **1998**.
- Spatz**, Johannes, Bürokratisierung der Gesundheitspolitik?, in: Geene, Raimund/Luber, Eva (Hg.), Gesundheitsziele, Planung in der Gesundheitspolitik, Frankfurt/Main **1999**.
- SPD** Sozialdemokratische Partei Deutschlands, Landesverband Berlin, Sicher in die Zukunft, Wahlprogramm 1995, Berlin **1995**.

- SPD/AL** Sozialdemokratische Partei Deutschlands, Landesverband Berlin und Alternative Liste Berlin, Koalitionsvereinbarung vom 13.03.1989.
- Spellerberg**, Annette, Soziale Differenzierung durch Lebensstile, Eine empirische Untersuchung zu Lebensqualität in West- und Ostdeutschland, Berlin 1996.
- Standfest**, Erich u.a., Sozialpolitik und Selbstverwaltung, Zur Demokratisierung des Sozialstaates, Studie 35 WSI, Köln 1977.
- Stark**, Wolfgang, Empowerment. Neue Handlungskompetenzen in der psychosozialen Praxis, Freiburg 1996.
- Steffani**, Winfried, Die Untersuchungsausschüsse des preußischen Landestages zur Zeit der Weimarer Republik, Düsseldorf 1960.
- Steiger**, Heinhard, Organisatorische Grundlagen des parlamentarischen Regierungssystems, Bonn 1973.
- Stein**, Rosemarie, It's a long way to Public Health, in: Technische Universität Berlin, Forschung aktuell (11) 45–47, Sonderheft Gesundheitswissenschaften, 1994.
- Stein**, Rosemarie, Weltgesundheitsbehörde zeichnet Berliner Kliniken aus, in: Der Tagesspiegel vom 09.09.1996.
- Stein**, Rosemarie, Wesen des Gesundheitswesens, Wie der "medizinisch-industrielle Komplex" erforscht wird, in: Der Tagesspiegel vom 20.04.1997.
- Steinbach**, Manfred, Zur Strategie der AIDS-Bekämpfung, in: Schönemann, Bernd/Pfeiffer, Gerd (Hg.), Die Rechtsprobleme von AIDS, Bonn 1988.
- Stewart**, Gordon T. u.a., Presseerklärung, in: SAAO (Hg.), Reader 'International Symposium AIDS: A Different View', Amsterdam 1992.
- Stille**, Wolfgang/**Helm**, Eike Brigitte, Memorandum der deutschen Gesellschaft für innere Medizin, Die aktuellen Konsequenzen, in: AIFO (2) 237–240, 1987.
- Stoiber**, Edmund, Kontinuität bayerischer AIDS-Politik, in: AIFO (4) 571–577, 1989.
- Strauss**, Anselm L., Grundlagen qualitativer Sozialforschung, München 1994.
- Strauss**, Anselm L./**Corbin**, Juliet, Grounded Theory: Grundlagen Qualitativer Sozialforschung, Weinheim 1996.
- Streit**, Manfred, Neokorporatismus und marktwirtschaftliche Ordnung, in: Gäfgen, Gerard (Hg.), Neokorporatismus und Gesundheitswesen, Baden-Baden 1988.
- Strohm**, Holger, Die Ansteckung, Reinbek 1987.
- Stümke**, Hans-Georg, Homosexuelle in Deutschland, Eine politische Geschichte, München 1989.
- Stümke**, Hans-Georg/**Finkler**, Rudi, Rosa Winkel, Rosa Listen, Homosexuelle und ‚gesundes Volksempfinden‘ von Auschwitz bis heute, Reinbek 1981.
- Sturm**, Frank, Schuld an Aids ist unmoralisches Leben, in: Neues Deutschland vom 1.12.1992.
- Süssmuth**, Rita: AIDS – Wege aus der Angst, Hamburg 1987

- Sund**, Christian, Zur historischen Entwicklung der Biowissenschaften: Keine sukzessive Verzweigung, Berlin **1985**.
- SVR** Sachverständigenrat der Konzertierten Aktion im Gesundheitswesen, Sachstandsbericht 1994, Gesundheitsversorgung und Krankenversicherung 2000, Baden–Baden **1994**.
- Tansey**, E.M., From the Germ Theory to 1945, in: Loudon, Irvine (Hg.), The Oxford History of Western Medicine, Oxford/UK **1997**.
- Taureck**, Bernhard H.F., Michel Foucault, Reinbek **1997**.
- Telge**, Dieter, Ein Test und seine Folgen, in: Frings, Matthias (Hg.), Dimensionen einer Krankheit – AIDS, Hamburg **1986**.
- Theweleit**, Klaus, Männerphantasien, Band 2, Männerkörper, Zur Psychoanalyse des weißen Terrors, Frankfurt/Main **1978**.
- Thürmer–Rohr**, Christina, Statement zur Gründung eines Instituts für Geschlechter– und Sexualforschung, in: Mitteilungen aus der kulturwissenschaftlichen Forschung (15) 31, **1992**.
- Trabert**, Gerhard, Armut und Gesundheit, Soziale Dimension von Krankheit vernachlässigt, in: Deutsches Ärzteblatt (96) 12, **1999**.
- Traute**, Armin, Beratungs– und Serviceangebot der Berliner Aids–Hilfe, in: Gold, Carola/Geene, Raimund/Stötzner, Karin (Hg.), Patienten – Versicherte – Verbraucher, Möglichkeiten und Grenzen einer angemessenen Vertretung von Patienteninteressen, Berlin **1999**.
- Treusch–Dieter**, Gerburg, Von der sexuellen Rebellion zur Gen– und Reproduktionstechnologie, Tübingen **1990**.
- Treusch–Dieter**, Gerburg, Genomwürde des Menschen – Menschenwürde des Genoms, in: Im Dschungel der politisierten Gesellschaft, Ulrich Beck in der Diskussion, Ästhetik und Kommunikation (23) 85/86, **1994**.
- Trojan**, Alf, Ansätze zur Mitbestimmung in der Gesundheits– und Sozialpolitik, in: WSI–Mitteilungen (38) 1, **1985**.
- Trojan**, Alf, Perspektiven der Gesundheitsförderung auf örtlicher Ebene, in: Prävention (19) 1, **1996a**.
- Trojan**, Alf, Prävention und Gesundheitsförderung im 'Laiensystem', in: Troschke, Jürgen von/Reschauer, Georg/Hoffmann–Markwald, Axel (Hg.), Die Bedeutung der Ottawa–Charta für die Entwicklung einer New Public Health in Deutschland, Freiburg **1996b**.
- Trojan**, Alf/Legewie, Heiner, Stärkung gesundheitsförderlicher Lebenswelten, in: Göpel, Eberhard/Hölling, Günter (Hg.), Macht. Geld. PatientInnen. Gesund?, Frankfurt/Main **1999**.
- Troschke**, Jürgen von, Aids und Public Health, in: Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften (3) 3, **1995**.

- Troschke**, Jürgen von, 10 Jahre Ottawa Charta – Versuch einer Bilanz in Deutschland, in: Geiger, Andreas/Kreuter, Hansheinz (Hg.), Handlungsfeld Gesundheitsförderung 10 Jahre nach Ottawa, Werbach–Gamburg **1997**.
- Troschke**, Jürgen von/**Reschauer**, Georg/**Hoffmann–Markwald**, Axel (Hg.), Die Bedeutung der Ottawa–Charta für die Entwicklung einer New Public Health in Deutschland, Freiburg **1996**.
- Tutzke**, D., Zur Entwicklung der Sozialhygiene im 19. und 20. Jahrhundert, Ausgewählte Beiträge vom Medizinhistorischen Symposium DDR–UdSSR Halle/Saale 1975, Berlin **1976**.
- Uexküll**, Thure von, Integrierte Psychosomatische Medizin in Praxis und Klinik, Stuttgart **1994**.
- Uexküll**, Thure von/**Wesiack**, Wolfgang, Theorie der Humanmedizin – Grundlage ärztlichen Denkens und Handelns, München Wien Baltimore **1988**.
- Ulmer**, Fritz, AIDS – eine andere Sicht, Die Rolle der Statistik bei der Unternehmensgründung AIDS und HIV GoH, Universität Wuppertal **1992**.
- Varkonyi–Wallerstein**, Paul, Das AIDS–Dilemma, Forschung in der Sackgasse, Freiburg **1988**.
- Velimirovic**, Boris, Wie steht es eigentlich mit den Postulaten der Kausation? Zu Duesbergs Artikel 'Korrelation, aber nicht Ursache', in: AIFO (4) 517–520, **1989**.
- Vettermann**, Wolfgang/**Lange**, Cornelia, Vorwort, in: Lange, Cornelia (Hg.), Aids – eine Forschungsbilanz, Berlin **1993**.
- Vielhaber**, Bernd, Mängel in der medizinischen Versorgung von Menschen mit HIV/AIDS in der Bundesrepublik, in: Salmen, Andreas (Hg.), Act Up: Feuer unterm Arsch, Die AIDS–Aktionsgruppen in Deutschland und den USA, AIDS–Forum DAH Sonderband, Berlin **1991**.
- Vilmar**, Fritz, Das politische System der Bundesrepublik Deutschland, Eine kritische Darstellung seiner Funktionsbedingungen und Politikfelder, FU Berlin **1999**.
- Voelzkow**, Helmut, Neokorporatismus, in: Holtmann, Everhard, Lexikon der Politikwissenschaft, München **1994**<sup>2</sup>.
- Vogt**, Irmgard, Impulse und Ansprüche der Gesundheitsbewegung und der GesundheitsAkademie, Neue Chancen für Frauen und Männer im Gesundheitsbereich, in: Badura, Bernhard u.a. (Hg.), Zukunftsaufgabe Gesundheitsförderung, Frankfurt/Main **1989**.
- Vosswinkel**, Peter, Mit Chemotherapie gegen die Krebskrankheit, in: Schott, Heinz (Hg.), Meilensteine der Medizin, Dortmund **1996**.
- Vowe**, Gerhard, Wissen, Interesse und Macht, Zur Technikgestaltung durch Enquete–Kommissionen, in: Zeitschrift für Parlamentsfragen 557–568, **1986**.
- Wagenknecht**, Peter, Identität als Ideologie, in: ANYP (8) 1, **1997**.

- Walker**, Martin J., *Dirty Medicine, Science, Big Business and the Assault of Natural Health Care*. London **1993**.
- Wallbaum**, Andreas, AIDS – Der schwule Affe aus dem Pentagon (Teil 1), in: Was lefft 146, **1989a**.
- Wallbaum**, Andreas, AIDS – Der schwule Affe aus dem Pentagon (Teil 2), in: Was lefft 147, **1989b**.
- Walter**, Melitta (Hg.), *Ach wär's doch bloß ein böser Traum, Frauen und AIDS*, Freiburg **1987**.
- Walter**, Ulla, Glossar, in: Schwartz, Friedrich Wilhelm (Hg.), *Das Public Health Buch, Gesundheit und Gesundheitswesen*, München/Wien/Baltimore **1998**.
- Weber**, Max, Die 'Objektivität' sozialwissenschaftlicher Erkenntnis, in: Winkelmann, Johannes (Hg.), *Soziologie, Universalgeschichtliche Analysen, Politik*, Stuttgart **1973**.
- Weber**, Barbara, Materialflut und Konsenszwang, in: *GID Gen-ethischer Informationsdienst* (12) 112/113, **1996**.
- Weingart**, Peter/**Kroll**, Jürgen/**Bayertz**, Kurt, *Rasse, Blut und Gene, Geschichte der Eugenik und Rassenhygiene in Deutschland*, Frankfurt/Main **1988**.
- Weissmann**, Gerald, Aspirin: alte und neue Erkenntnisse, in: *Spektrum der Wissenschaft*, Nr.3/**1991**.
- Welteke**, Rudolf/**Menke**, Ralph/**Brand**, Helmut, Das NRW-Gesundheitszielkonzept im europäischen und internationalen Vergleich, in: Geene, Raimund/Luber, Eva (Hg.), *Gesundheitsziele, Planung in der Gesundheitspolitik*, Frankfurt/Main **1999**.
- Werner**, Franz, Enquete-Kommission zu AIDS, in: *Rosa Flieder* 54, **1987**.
- Wernz**, Corinna, Sexualität als Krankheit, *Der medizinische Diskurs zur Sexualität um 1800, Beiträge zur Sexualforschung Band 67*, Stuttgart **1993**.
- Westhoff**, Justin, AIDS-Forschung, Hoffnung, Lücken und Geschäfte, in: Frings, Matthias (Hg.), *Dimensionen einer Krankheit – AIDS*, Hamburg **1986**.
- Westhoff**, Justin, Fortschritt bei Aids-Behandlung endgültig gesichert, Überlebenschancen drastisch gestiegen, in: *Der Tagesspiegel* vom 29.03.**1998**.
- Wewetzer**, Hartmut, Später Freispruch für die CIA, Die Aufklärung des Ursprungs von HIV bedeutet das endgültige Ende für manche Aids-Mythen, in: *Der Tagesspiegel* vom 31.01.**1999**.
- WHO** Weltgesundheitsorganisation, *Verfassung der Weltgesundheitsorganisation*, New York **1946**.
- WHO** Weltgesundheitsorganisation, *Alma-Ata-Charta zur primären Gesundheitsversorgung*, Kopenhagen **1978**.
- WHO** Weltgesundheitsorganisation, *Regionalprogramm über Gesundheits-erziehung und Lebensweisen*, 31. Tagung des Regionalkomitees für Europa, Kopenhagen **1981**.

- WHO** World Health Organisation, Ottawa Charter for health promotion, an international conference on health promotion, Kopenhagen **1986**.
- WHO** Weltgesundheitsorganisation, Regionalbüro für Europa, Gesunde Städte – ein Projekt wird zur Bewegung, Gamburg **1991**.
- WHO** Weltgesundheitsorganisation, Regionalbüro für Europa, Gesunde Städte – Leitfaden zur Entwicklung eines Gesunde–Städte–Projektes, Gamburg **1992a**.
- WHO** Weltgesundheitsorganisation, Regionalbüro für Europa, Ziele zur 'Gesundheit für alle', Die Gesundheitspolitik für Europa, Gamburg **1992b**.
- WHO** Weltgesundheitsorganisation, Ottawa–Charta zur Gesundheitsförderung, Erklärung der 1. Internationalen Konferenz zur Gesundheitsförderung in Ottawa/Kanada 1986, dt. Übersetzung, Gamburg **1994**.
- WHO** Weltgesundheitsorganisation, New Players for a New Century, Die Erklärung von Jakarta, Erklärung der 5. Internationalen Konferenz zur Gesundheitsförderung in Jakarta/Indonesien 1997, Gamburg **1997**.
- WHO** Weltgesundheitsorganisation/EU Europäische Union/BMG Bundesministerium für Gesundheit (Hg.), Investment in Health: Gesundheitsförderung – eine Investition in die Zukunft, Tauberbischofsheim **1991**.
- Wieland–Eckelmann**, Rainer/Scherrer, Karin, Berliner Studie zur Evaluation von Projekten der psychosozialen Versorgung, der Gesundheitshilfe und Selbsthilfe, Berlin **1996**.
- Wienold**, Matthias, Prof. Duesberg – der Anwalt des Todes?, in: Medical Tribune 4, **1993**.
- Wienold**, Matthias, Infektionskrankheiten, in: Schwartz, Friedrich Wilhelm (Hg.), Das Public Health Buch, Gesundheit und Gesundheitswesen, München/Wien/Baltimore **1998**.
- Wienold**, Matthias/Lüdecke, Erika, Alles Lüge? Argumente zur Aids–Kritik, Sonderheft der Deutschen AIDS–Hilfe, Berlin **1993**.
- Winau**, Rolf, Geschlechtskrankheiten und Seuchenabwehr – Versuch einer historischen Interpretation, in: Korporal, Johannes/Malouschek, Hubert (Hg.), Leben mit AIDS – mit AIDS leben, Hamburg **1987**.
- Winau**, Rolf, Amors vergiftete Pfeile. Die Lektionen der Syphilis, in: Michel, Karl–Markus/Spengler, Tilmann, Die Seuche, Kursbuch 94, Berlin **1988**.
- Winau**, Rolf, Die Freigabe der Vernichtung "lebensunwerten Lebens", in: Bleker, Johanna/Jachertz, Norbert (Hg.), Medizin im 'Dritten Reichen', Köln **1993**<sup>2</sup>.
- Winden**, Dorothee, Billig heilen in weniger Betten, in: Die Tageszeitung vom 18.9.1996.
- Wittowski**, K.M., How to lie with AIDS–Statistics – Bemerkungen zur Beeinflussung politischer Entscheidungen durch irreführende Darstellung von Daten, in: Arbeit und Sozialpolitik (10) **1988**.

- Wischer, Robert/Kliemke, Christa**, Erfahrungen in der regionalen Gesundheitsplanung, in: Badura, Bernhard u.a. (Hg.), Zukunftsaufgabe Gesundheitsförderung, Frankfurt/Main **1989**.
- Woerndl, Peter**, „Rassenhygiene“ und „Euthanasie“, Studien zur Theorie und Praxis in Deutschland seit dem ausgehenden 19. Jahrhundert, Magisterarbeit TU Berlin **1992**.
- Wolf, Janos**, Strukturen in der Entstehung einer wissenschaftlich–technischen Revolution. Über die Diskontinuität zwischen Entdeckung und Revolution beim Auftauchen des Penicillins und der Antibiotika, Wissenschaftszentrum für Sozialforschung WZB P93–202, Berlin **1993**.
- Wonka, Dieter**, Vorstoß ins Ungewisse, in: Das Parlament (37) 26, **1987**.
- WZB** Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, Forschungsschwerpunkt Technik–Arbeit–Umwelt, Antrag für ein Kooperationsprojekt an das BMFT, Berlin **1990**.
- WZB** Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, Forschungsschwerpunkt Technik–Arbeit–Umwelt, Keine 'besonderen' Risiken der Gentechnik, in: WZB–Mitteilungen 72, **1996**.
- Yarchoan, Robert/Mitsuya, Hiroaki/Broder, Samuel**, AIDS–Therapien, in: Spektrum der Wissenschaft 12, **1988**.
- Young, Ian**, The AIDS–Dissidents, An Annotated Bibliography, New York **1993**.
- Young, Ian**, The Stonewall Experiment, A Gay Psychohistory, New York **1995**.
- Zabka, Gisela**, Die andere Sicht der Dinge, aus: Evangelischer Pressedienst (epd)/Kirche und Rundfunk 59/**1992**.
- Zamora, Pablo**, Die ortsnahe Koordinierung der gesundheitlichen und sozialen Versorgung, Gesundheitspolitische Standortbestimmung eines Modellprojektes, in: Knoche, Monika/Hungeling, Germanus, Soziale und ökologische Gesundheitspolitik, Standorte und Grundlagen einer grünen Gesundheitspolitik, Frankfurt/Main **1998**.
- Zapf, Wolfgang/Dierkes, Meinolf** (Hg.), Institutionenvergleich und Institutionendynamik, WZB–Jahrbuch 1994, Berlin **1994**.
- Zeuner, Bodo**, Verbandsforschung und Pluralismustheorie, Etatozentristische Fehlorientierung politologischer Empirie und Theorie, in: Leviathan (4) 2, **1976**.
- Zielinski, Wiebke/Fenzau, Monika/Geene, Raimund**, Die gesetzliche Krankenversicherung in der Bundesrepublik Deutschland, Aktuelle Reformnotwendigkeiten und ausgewählte Innovationsbeispiele, AOK Berlin **1997**.
- Zink, Christoph**, AIDS – Mit viel Kalkül zur Hysterie, in: Die Tageszeitung vom 19.1.**1988**.