Mediale Deutungsmuster von AIDS
Über die Konsequenzen medialer Darstellungen für Prävention und praktische AIDS-Arbeit.

Vom Fachbereich für Gesellschaftswissenschaften

der Universität Duisburg – Essen

zur Erlangung des akademischen Grades

Dr. sc. pol.

genehmigte Dissertation

von

Schmidt, Hans-Jürgen

aus

Mülheim an der Ruhr

Referent: Prof. Dr. Dankwart Danckwerts
Korreferent: Prof. Dr. Jochen Zimmer

Tag der mündlichen Prüfung: 15.06.2005

Mediale Deutungsmuster von AIDS

Über die Konsequenzen medialer Darstellungen für Prävention und praktische AIDS-Arbeit.

Tabellenverzeichnis ..... **IV**

Abbildungsverzeichnis ..... **V**

1 EINLEITUNG **1**

2. AIDS **6**

2.1. Begriff und Ursprung **6**

2.2. Die HIV-Erkrankung **8**

2.2.1. Das Virus 8

2.2.2. Verlauf der Krankheit 9

2.2.2.1. Charakteristika und Hintergründe 9

2.2.2.2. Erkrankungssymptome 12

2.2.2.3. Die Krankheitsphasen 12

2.3 Infektion und Übertragbarkeit **17**

2.4. Übertragungsrisiken **20**

2.4.1. Sexuelle Übertragbarkeit 20

2.4.2. Andere Übertragungswege 23

2.5. Schutzmöglichkeiten **25**

2.5.1. Kondome 25

2.5.2. Gegenmittel und Behandlung 27

2.6. Der AIDS-Test **32**

2.6.1. Spezifikationen des Tests 33

2.6.2. Beratung und Durchführung des Tests 39

2.6.3. Kritische Bemerkungen zum HIV-Antikörper-Test 42

3. EMPIRISCHE DATEN **48**

3.1 AIDS weltweit **48**

3.2. AIDS in Deutschland **50**

3.2.1. Statistische Daten 50

3.2.2 Die Infektionsgefahr in Deutschland 53

3.3. Die AIDS-Tests des Gesundheitsamtes Mülheim an der Ruhr **58**

3.3.1. Ziel und Eingrenzung der Untersuchung 58

3.3.2. Ergebnisse und Kommentierung 60

4. AIDS IN DER ÖFFENTLICHEN DARSTELLUNG 63

4.1. Presseberichte in Zeitungen und Zeitschriften 63

4.1.1. Die Gefahr einer Infektion 63

4.1.1.1. Die Pestmetapher 63

4.1.1.2. Die apokalyptische Unabwendbarkeit 67

4.1.1.3. Kriegs- und Kampfmetaphern 69

4.1.1.4. Alle sind gefährdet 70

4.1.2 Ursachen und Übertragungswege 71

4.1.3. Statistik und Prophezeiungen 73

4.1.4. Die Darstellung von Homosexualität 81

4.1.4.1 Krankheit als Schuld 82

4.1.4.2. Homosexuelle Promiskuität 86

4.1.4.2. Gesellschaftliche Ordnungsvorstellungen 88

4.2. AIDS-Broschüren und (wissenschaftliche) Verlautbarungen 94

4.3. Hintergründe der Berichterstattung und eine darauf aufbauende Prävention 102

4.3.1 Die publizistische Inszenierung der Krankheit 102

4.3.2 Der Diskurs von Sexualität 107

4.3.3 Implikationen einer möglichen Prävention 111

5. GESELLSCHAFTLICHE FOLGEN 114

5.1. Die AIDS-Angst in der Bevölkerung 114

5.1.1. Vorstellungen der Infektionsgefahr 114

5.1.2. Auswirkungen auf das sexuelle Erleben 123

5.2. Die staatlichen AIDS-Maßnahmen 129

5.2.1. Prävention der Freiwilligkeit 129

5.2.1.1. Die AIDS Slogans 129

5.1.1.2 Kondome schützen 135

5.2.1.3. Verhaltensänderung durch Aufklärung und Information 142

5.2.2. Zwangsmaßnahmen 145

5.3. Die Safer Sex Kampagne 152

6. KONSEQUENZEN FÜR DIE AIDS-KRANKEN 158

6.1. Die psychische Situation 158

6.2. Diskriminierung im Alltag 164

6.2.1. Selbstdiskriminierung 164

6.2.2. Gesellschaftliche Isolation 166

7. KERNPUNKTE ZIELGERICHTETER AIDS-ARBEIT 174

7.1. Mögliche Inhalte der AIDS-Aufklärung 174

7.2. Aufgaben praktischer AIDS-Aufklärung 180

7.3. Sprechstunden, persönliche Beratung und HIV-Tests 183

7.4. Weiterbildungsseminare für den AIDS-Bereich 193

7.5. Polizei-Schutzkarten 198

7.5.1. Entwurf und Gestaltung 198

7.5.2. Inhalte und Hintergründe 201

8. SCHLUSSBEMERKUNGEN 207

LITERATURVERZEICHNIS 211

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: HIV/AIDS in Deutschland - Eckdaten und Trends (Ende 2001)..... 52
Tabelle 2: Gemeldete AIDS-Fälle nach Jahren in Deutschland..... 52
Tabelle 3: Todesursachen in Deutschland 2001..... 57
Tabelle 4: Der Anteil der positiven AIDS-Tests an der Gesamtzahl der im Gesundheitsamt Mülheim a.d. Ruhr durchgeführten AIDS-Tests. 60
Tabelle 5: Kondombeschreibung alte und neue Version 137

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Weltweite Verbreitung von AIDS Ende 2001 48
Abbildung 2: Kondombeschreibung alte Version..... 135
Abbildung 3: Kondombeschreibung neue Version..... 136
Abbildung 4: Polizeischutzkarten Vorderseite..... 202
Abbildung 5: Polizeischutzkarten Rückseite 202

1 Einleitung

Auch mehr als zwanzig Jahre nach der Entdeckung von AIDS ist die Krankheit noch unübersehbar in der Gesellschaft präsent. Auf Plakaten wird unverkennbar mit simplen Botschaften Werbung für die Benutzung von Kondomen gemacht, was für viele Menschen aufgrund in der Vergangenheit durchgeführten AIDS-Kampagnen problemlos mit AIDS und einem Schutz vor einer Infektion zu verbinden ist. AIDS-Hilfen und Aktionen zum Welt-AIDS -Tag sind feste Bestandteile sozialer Arbeit, AIDS wird immer wieder, auch sei es nur in Form kurzer Meldungen in den Medien thematisiert. Auch wenn AIDS nicht mehr so präsent ist wie in den Medien der 80er Jahre, so spiegelt diese gesellschaftliche Aufmerksamkeit, die auf einer Selektivität der Medien und der in der Bevölkerung vorhandenen Wahrnehmungs- und Aufmerksamkeitsmustern beruht, ein Interesse und eine mediale Ausbeutung der Krankheit wider, deren Gerichtetheit ein Spiegelbild gesellschaftlicher Prozesse ist. Die Aufmerksamkeit, die AIDS dabei in den letzten 21 Jahren gerade in Deutschland erfuhr, ist mit keiner anderen Krankheit vergleichbar. Die Berichterstattung über SARS hat dabei gerade ein für die mediale Präsenz bestimmter Themen typisches Aufmerksamkeitsmuster gezeigt: Auch bei neuen, bisher noch unbekannten Erkrankungen, sind diese für eine bestimmte Zeit in den Medien präsent, wobei aufgrund der speziellen Aktualität des Themas auch Berichte zum Thema in den Blickpunkt medialer Aufmerksamkeit rücken, die ansonsten nicht berücksichtigt worden wären. Für den Mediennutzer entsteht somit eine zeitweilig verfügbare thematische Relevanz, die, da das Thema nach einer gewissen Zeit nicht mehr in den Medien präsent ist, mit der Zeit schwächer wird, schließlich ganz in Vergessenheit gerät.

Für AIDS trifft dies nicht zu. AIDS gehört zu den gesellschaftlichen Themen, die über mehr als 20 Jahre eine thematische Relevanz behalten haben und noch heute ist AIDS in den Köpfen vieler Menschen gegenwärtig. Die Krankheit gehört dabei global gesehen, sicherlich weiterhin zu den ganz großen Problemen der Weltbevölkerung. Nach wie vor gibt es keine Entwarnung, was die Entwicklung der Infektionszahlen angeht. Eine Heilung wird in nächster Zeit nicht möglich sein, ein Impfstoff in den nächsten Jahren nicht zur Verfügung stehen. Prävention und damit die Verhinderung von Infektionen ist die einzig wirksame Waffe gegen den HI-Virus und eine AIDS-Erkrankung (vgl. Ahlemeyer 1990, S. 181).

In Deutschland hat AIDS vor allem in den 80er und 90er Jahren Politik und Gesellschaft vor ganz neue Herausforderungen gestellt. Vor allem der pädagogische Bereich stand vor einer völlig neuen Aufgabenstellung: Als einzig „wirksamer" Bereich kam ihm die Aufgabe zu, möglichst vielen Leuten innerhalb kurzer Zeit Präventionsstrategien zu vermitteln. Dabei ist das Thema Sexualität (im Sinne der Übertragungsmöglichkeiten) aber nicht zu umgehen. Wie sollte nun offen über so ein Thema gesprochen werden, das größtenteils tabuisiert wurde bzw. in bestimmte Randbereiche der Gesellschaft verdrängt war? Wie sollten mit Präventionsstrategien Paare öffentlich angesprochen werden, denen es in ihrer Beziehung schwer fiel, ihre eigene Sexualität zu thematisieren oder sogar das Thema Kondome zur Sprache zu bringen?

Begriffe, wie z.B. AIDS-Drama, AIDS-Krise und AIDS als „soziales Dynamit" sind allerdings in diesem Zusammenhang zu Vokabeln der Kennzeichnung einer „neuen sozialen Krise" geworden, deren Entwicklung und Ende auch heute noch nicht abzusehen sind. Untermauert wird diese Aussage durch eine Vielzahl wissenschaftlicher Abhandlungen, in denen von Katastrophenstimmung, irrationaler Betroffenheit, kollektiver Hypochondrie, sozialpathologischer Reaktion und Ansteckungsphobie in der Bevölkerung die Rede ist (vgl. Schmidt 1987, S. 24).

Vielfach waren gerade in den 80er Jahren angesichts der medizinischen Dimension der ansteckenden und lebensbedrohlichen Krankheit AIDS eskalierende gesellschaftliche Prozesse zu beobachten, die in erster Linie die Erkrankten trafen, die unvermittelt den gesellschaftlichen Hass zu spüren bekamen und Kontakte zu Freunden, Familie und Arbeitskollegen verloren. Diese Stigmatisierung und Ausgrenzung Betroffener oder vermeintlich Betroffener ging weit über die Bedrohung, wie sie gemeinhin von ansteckenden Krankheiten unserer Zeit ausgeht, hinaus, sie ist aus einer möglicherweise wirklich bestehenden Gefahr durch AIDS nicht erklärbar.

Die Krankheit AIDS hat also unübersehbar gesellschaftliche Bezüge verändert und alle Bereiche gesellschaftlichen Lebens erfasst. Sie ist und war mit gesellschaftlichen Konsequenzen verbunden, die nicht zu übersehen sind und die bis heute fortdauern und fortwirken.

Diese Arbeit dient der Beschreibung, Entwicklung und Fortschreibung von AIDS-Präventions-Konzepten unter besonderer Berücksichtigung der Darstellung von AIDS in der öffentlichen Diskussion, hier insbesondere in Zeitungen und Zeitschriften der 80er Jahre. Sie entstand aus meiner täglichen Arbeit als AIDS-Koordinator des Gesundheitsamtes Mülheim a. d. Ruhr und wäre ohne den täglichen Umgang mit Vorstellungen von AIDS in Seminaren und durch persönliche Kontakte nicht denkbar. In täglich wiederkehrenden Zuschreibungen und Vorstellungen von einer für Deutschland hohen Gefahr, sich zu infizieren, spiegelt sich die vor 20 Jahren betriebene falsche AIDS-Politik und falsche AIDS-Medialisierung wider, deren Konsequenzen Angst und falsche Informationen in den Köpfen der Menschen von heute sind. Die Ursprünge dieser falschen Zuschreibungsprozesse in den Köpfen von Menschen sind schnell gefunden und durch eine einfache Nachfrage herauszufinden: Offenbar wurden Metaphern und Konnotationen zu AIDS, wie sie heutzutage von vielen BürgerInnen thematisiert werden, von medialen Deutungsmustern geprägt, wobei zu fragen ist, ob diese Medienmuster allein den Gesetzmäßigkeiten medialer Darstellung unter Fiktionalisierung bestimmter AIDS-Bilder folgen oder nicht vielmehr das Versagen ganzer Gesellschaftsgruppen zu konstatieren ist und AIDS letztlich politisiert und dramatisiert wurde.

Der Ansatz der Arbeit folgt aus diesem Grunde der Dichotomie von Hysterie und realer Gefahr, angestrebt wird eine Unterscheidung von realen AIDS-Bezügen und einer Fiktionalisierung von AIDS im Hinblick auf eine Instrumentalisierung von AIDS. Der medizinischen Pathologie einer Krankheit steht das pathologische Phänomen massenhafter hysterisch-phobischer Reaktionen der Gesellschaft gegenüber. Eine solche Unterscheidung ist ohne die Medien, die als Transmissionsriemen bestimmter Darstellungen eines bestimmten Themas dienen, nicht denkbar. In diesem Sinne ist diese Arbeit auch ein Versuch, die Krankheit AIDS gerade im Hinblick von noch zu leistender Prävention und Verbesserung der AIDS-Aufklärung von ihrer medialen Darstellung zu trennen, Hysterie und Fakten auseinander zu halten. Die Vermischung zweier Ebenen, der politischen und der medizinischen, soll dargestellt werden, um nicht zuletzt zu zeigen, welche gesellschaftlichen Bedingungsprozesse durch die mediale Darstellung von AIDS erzeugt wurden, welche Konsequenzen sich gerade für das alltägliche Leben von HIV-Infizierten ergeben.

Eine soziologische Auseinandersetzung mit dem Thema AIDS orientiert sich damit im Rahmen dieser Arbeit an den gesellschaftlichen Bedingungen, die AIDS als soziales Konstrukt, als soziale Wahrnehmung konstitutiert haben. Sozialwissenschaften werden verstanden „als Optimierung einer sozialwissenschaftlichen Antwort auf die Herausforderung der Aids-Prävention“ (Koch 1989, S. 23).
Es ist nicht Ziel dieser Arbeit, konkrete Präventionskonzepte als Vorlage für politische Maßnahmen zu entwickeln, sondern Differenzierungen und auf die alltägliche Praxis ausgerichtete Überlegungen anzubieten, wobei die Hintergründe gesellschaftlichen Handelns keinesfalls aus den Augen verloren werden dürfen. Die Krankheit AIDS ist, so die These, ohne diese gesellschaftlichen Bezüge nicht erklärbar, sie lässt sich nicht, wie dies vielleicht bei anderen Krankheiten der Fall ist, als rein medizinisch-sachlichen Bezugspunkt verstehen, der in der Gesellschaft so rezipiert wurde, wie es der Fall ist.
Es geht darum, die in verschiedenen Bereichen der Gesellschaft virulenten Metaphorisierungen von AIDS darzustellen, gerade weil sie lebensbeeinflussende Auswirkungen auf die Betroffenen hatten und einen Blick erlauben auf gesellschaftliche Prozesse im Umgang mit Minderheiten, Schwachen und Kranken. In dieser Hinsicht ist diese Arbeit auch der Versuch, fehlgesteuerte Mechanismen unterbliebener Solidarisationsprozesse deutlich zu machen und die hinter den Metaphorisierungen von AIDS liegenden Standpunkte und politischen Grundlegungen zu entdecken.

Dazu ist es notwendig, in Kapitel 2 der Arbeit zunächst den aktuellen medizinischen Stand als Basis der sachlichen Auseinandersetzung zu berücksichtigen. Diese sachlichen Informationen ermöglichen in ihrer Ausführlichkeit gerade mit Blick auf das Risiko einer Infektion und eine mögliche heterosexuelle Betroffenheit eine Vergleichbarkeit der Fakten mit ihrer medialen Darstellung und politischen Instrumentalisierung. Besondere Aufmerksamkeit gilt hierbei der Darstellung des Infektionsrisikos in Deutschland im Vergleich mit der weltweiten Ausbreitung von AIDS in Kapitel 3. Eine eigene statistische Erhebung der AIDS-Tests des Gesundheitsamts Mülheim a.d. Ruhr soll dann die zuvor aufgeführten Anmerkungen zum Risiko der Infektion detailliert verdeutlichen. In Kapitel 4 geht es um die medialen Deutungsmuster von AIDS, wobei die Gefahr einer Infektion und das Übertragungsrisiko analog zu den zuvor dargestellten sachlichen Informa-

tionen entwickelt und mit den spezifisch medialen Metaphern strukturiert werden. Besonders geht es in diesem Kapitel um die Darstellung von Homosexualität und ihre medial transportierte Verbindung mit der Krankeit AIDS. Den Abschluss des 4. Kapitels bieten Hinweise auf staatliche AIDS-Broschüren und wissenschaftliche Verlautbarungen sowie eine kommentierende Zusammenfassung der Bericherstattung im Hinblick auf eine zu leistende Prävention. Kapitel 5 und 6 beschäftigen sich mit den gesellschaftlichen Konsequenzen der Berichterstattung, wobei immer wieder dezidierte Rückgriffe einen ursächlichen Zusammenhang zwischen medialer Konstruktion und realer Wirklichkeit ermöglichen. In Kapitel 5 werden zunächst die gesamtgesellschaftlichen Auswirkungen behandelt einschließlich der politischen Maßnahmen der Bundesregierung bzw. der bayrischen Staatsregierung, in Kapitel 6 geht es um die individuellen Auswirkungen für die HIV-Infizierten selbst, ihre soziale Lage und ihre psychische Situation. Den Abschluss der Ausführungen bilden die Kernpunkte zielgerichteter AIDS-Arbeit, die sich als Konsequenz der medialen Darstellung und der gesellschaftlichen Auswirkungen ergeben. Nach wünschenswerten Inhalten der AIDS-Aufklärung geht es dann im Folgenden um praktische AIDS-Arbeit, Beratungsgespräche, Weiterbildungsseminare sowie die als Quintessenz sachlicher Informationen zu AIDS entworfenen und in Mülheim bei der Polizeiarbeit eingesetzten Polizeischutzkarten. Eine Schlussbetrachtung rundet die Arbeit ab.

2. AIDS

2.1. Begriff und Ursprung

Die Bezeichnung AIDS ist die Abkürzung für den englischen Begriff ‚***a****cquired* ***i****mmune* ***d****eficiency* ***s****yndrome'* (auf deutsch bedeutet dies*:* nicht angeborene Immunschwäche) (vgl. Exner-Freisfeld/Weber-Falkensammler 1988, S. 9).
Über den Ursprung und medizinisch-geschichtlichen Hintergrund des HI-Virus gibt es zahlreiche Überlegungen und Theorien. Koch weist auch darauf hin, dass nicht von einem bestimmten Zeitpunkt gesprochen werden könne, an dem AIDS zum ersten Mal aufgetreten sei. Nur, weil 1981 die ersten AIDS-Erkrankungen durch Zeitungsmeldungen dokumentiert sind, heißt dies nicht, dass die Krankheit zu diesem Zeitpunkt ausgebrochen ist. Da AIDS eine Lentivirus-Epidemie ist, beträgt die durchschnittliche Inkubationszeit etwa ein Jahrzehnt (in der Regel zwischen zwei und zwanzig Jahren). „Und eine solche muß eben in den sechziger Jahren anfangen, um in den achtziger Jahren sichtbar zu werden" (Koch 1988, S. 69). Zuvor auftauchende vereinzelte AIDS-Erkrankungen wurden aus diesem Grund in den USA und Europa nicht als solche verstanden (vgl. ebendaselbst).
Für andere Wissenschaftler reicht der Ursprung des HI-Virus noch weiter zurück. Sie führen ihn auf den SI-Virus zurück, der in den 30er und 40er Jahren des 20. Jahrhunderts von einer afrikanischen Affenart auf den Menschen übergegangen ist. Das Virus macht den Menschen krank, den Affen aber nicht. Die Übertragung kam über das Blut zustande: Manche Stämme Afrikas führen als religiöse Handlungen Einschnitte in die Haut durch und reiben sich dort mit dem Blut der Affen ein. Aus diesem Grund werden erste Fälle der AIDS-Erkrankung auch in Zentralafrika angesiedelt (vgl. Rozdzinski und Kern, S. 25). Der erste AIDS-Fall wurde bei einem Bantu aus Kongo entdeckt. In der aus dem Jahr 1959 stammenden Blutprobe dieses Afrikaners wurden HI-Viren nachgewiesen. Eine Analyse des betreffenden Virus ließ bei einem Vergleich mit heutigen Viren den Schluss zu, dass die HI-Viren, die den Bantu infizierten, 10 bis 15 Jahre jünger sind als jener Stamm, von dem die weltweite AIDS-Epidemie ausging. Die Entstehung von HI-Viren fällt demnach etwa mit dem Ende des 2.Weltkrieges zusammen. Der bis dahin älteste bekannte AIDS-Fall betraf einen norwegischen Seefahrer, der 1976 gestorben war. In anderen Vermutungen wird rückblickend davon ausgegangen,

dass die ersten AIDS-Erkrankungen in den USA schon 1978 bei Homosexuellen in New York aufgetreten sind (vgl. Rozdzinski und Kern, S. 25).

Koch geht von einer Übertragung des Virus von verschiedenen Affenarten, wie der Grünen Meerkatze oder dem Schimpansen, auf den Menschen aus. Dabei wurde der Virus mit den Sklavenschiffen nach Nord- und Südamerika verbreitet. Damit wird der Ursprung der Viruserkrankung einige Jahrhunderte zurück verlagert, zu Sklavenschiffen aus dem 16. Jahrhundert, von denen Zeichnungen berichten, die Galeeren zeigen, die Sklaven und Affen an Bord haben (vgl. Koch 1989, S. 16).

Die ersten dokumentierten und beschriebenen Fälle von AIDS wurden 1981 ins öffentliche Bewusstsein gerückt, „nachdem einige junge Männer an dem bis dahin äußerst seltenen Kaposi-Sarkom und der Lungenentzündung Pneumocysti carinii erkrankt waren und innerhalb kurzer Zeit starben. Beide Krankheiten waren bis dahin äußerst selten aufgetreten, da ein gesunder Mensch mit den Erregern der Krankheit fertig wird“ (Rühmann 1985, S. 10).

Eine derartig gefährliche Ausbreitung einer tödlichen Viruserkrankung zu einem Zeitpunkt, wo Medizin und Wissenschaft so weit entwickelt sind, dass man eine Ausrottung derartiger Krankheiten für glaubhaft hielt, ist, so glaubt Grmek, an bestimmte zivilisationsspezifische Bedingungen gebunden. In der Vergangenheit, so Grmek, „hätte sich das Einbringen eines Retrovirus, dessen pathogene Auswirkungen denen der HIV-Gruppe ähnlich wären, über ein Aufflackern und eine Verschärfung bestimmter Infektionskrankheiten manifestiert“ (Grmek 1988, S. 46). Das betreffende Retrovirus wäre „entweder schnell eliminiert worden oder durch seine endgültige Integration in den Zellkern schnell stumm geworden“ (ebendaselbst). Grmek argumentiert, dass eine Epidemie mit einer derartigen Virus-Erkrankung notwendigerweise beschränkt geblieben wäre, zumal in Populationen, in denen Infektionskrankheiten als Todesursache an erster Stelle standen. Die Vorrangstellung der chronischen Infektionen (vor allem der Tuberkulose) und der Unterernährung reduziert die Lebenserwartung der Kranken und vermindert ohne Zweifel die Gefahr einer Weiterverbreitung des Virus (vgl. ebendaselbst). AIDS, so schlussfolgert Grmek, ist eine so große Gefahr für unsere Zeit und unsere Zivilisation, weil andere Infektionskrankheiten durch die Erfolge der modernen Medizin in den Hintergrund gedrängt worden sind. Grmek stellt so die AIDS-Erkrankung in den historischen Zusammenhang bestehender hygienischer Bedin-

gungen und medizinischer Entwicklungen, indem er sie historisch als bestehende Zeittypik verortet. AIDS, so ließe sich mit Grmek argumentieren, ist keine apokalyptische Bedrohung der menschlichen Zivilisation, sondern der Blickwinkel und die Auffälligkeit der AIDS-Pandemie oder AIDS-Epidemie ist aufgrund der Tatsache zustandegekommen, weil die Gefährlichkeit anderer Infektionskrankheiten nicht mehr besteht und man deshalb die AIDS-Erkrankung heute in dieser Zeit als gefährlicher wahrnimmt als dies zu einer Zeit gewesen wäre, wo viele Menschen an Tuberkulose oder Unterernährung gestorben wären. Theoretisch wäre also auch eine AIDS-Epidemie in der Vergangenheit denkbar, diese wäre aber in einer Fülle anderer Infektionserkrankungen nicht weiter aufgefallen. AIDS, so Grmek, ist also eine Epidemie, deren wichtiger Bestandteil auch der zeitspezifische Blickwinkel ist, unter dem die Krankheit wahrgenommen wird.

2.2. Die HIV-Erkrankung

2.2.1. Das Virus

AIDS wird verursacht durch eine Infektion mit dem menschlichen Immunschwächevirus HIV (englisch: ***h****uman* ***i****mmunodeficiency* ***v****irus),* wobei der Virus erst im Jahre 1986 nach der Einigung einer Internationalen Kommission für die Virus-Taxonomie diesen Namen bekam. Zuvor hatten verschiedene Forschergruppen ihre in Versuchen isolierten Viren mit vorläufigen Namen belegt, da zudem noch nicht genau klar war, welche tatsächliche Rolle der von den Forschern gefundene Virus bei der Krankheit der betroffenen Patienten spielte (vgl. Rodzinski und Kern 1988, S. 21).

Charakteristisch für den HI-Virus ist, dass er sich in bestimmten Zellen vermehrt, vor allem in den weißen Blutkörperchen, in Fresszellen, in bestimmten Zellen des Zentralen Nervensystems und des Gehirns sowie in Lymphknoten und anderen Zellen. Das HI-Virus passt sich an die unterschiedlichen Ziel- oder Wirtszellen, die es im Körper befällt, an. So unterscheiden sich HI-Viren, die man im Gehirn vorfinden kann, genetisch von HI-Viren, die man bei derselben Person z.B. in den Lymphknoten oder in der Milz finden kann (vgl. ebendaselbst).

Das HIV ist ein sehr mutationsfreudiges Virus, das heißt, es gibt eine außerordentlich große Anzahl von HIV-Varianten: Bisher sind zwei große Stämme des HI-

Virus bekannt: HIV-1 und HIV-2. Weltweit überwiegt klar HIV-1. HIV-2 wird vor allem in Ländern Westafrikas gefunden, gelegentlich tauchen aber auch in Mitteleuropa HIV-2-Infektionen oder Doppelinfektionen mit HIV-1 und HIV-2 auf. Das HIV-2 ist bislang sehr wenig erforscht worden, man weiß allerdings, dass es sich deutlich schwerer übertragen lässt als HIV-1 und offensichtlich weit weniger aggressiv ist.

2.2.2. Verlauf der Krankheit

2.2.2.1. Charakteristika und Hintergründe

Das Bundesgesundheitsamt definierte in einer Mitteilung vom Dezember 1984 AIDS wie folgt: „Ein erworbenes Immundefektsyndrom liegt bei nachgewiesener LAV/HTLV-III-Infektion vor, bei denen Krankheiten auftreten, persistieren oder rezidivieren, die auf Defekte im zellulären Immunsystem hinweisen und bei denen für diese Immundefekte keine bereits bekannte Ursache vorliegen“ (Rühmann 1985, S. 11).

Diese Zerstörung der zellularen Immunabwehr erfolgt durch das „„Human T-Lymphotopic Virus, Stamm HI“ (HTLV-III), das 1984 von Robert Gallo entdeckt wurde, bzw. durch das weitgehend identische „Lymphadenopathy – Associated Virus“ (LAV), das bereits 1983 von Luc Montagnier am Pariser Pasteur-Institut isoliert wurde“ (Rühmann 1985, S. 10). Die jedoch für den Körper schwerwiegendste Eigenschaft des HIV ist, dass es sich ausgerechnet diejenigen Zellen als Wirtszellen ausgesucht hat, die die gesamte Immunantwort steuern: die T-Helferzellen. Die T4-Helferzellen gehören zu den weißen Blutkörperchen und spielen bei der körpereigenen Abwehr von Krankheiten eine wichtige Rolle. Ein gesunder erwachsener Mensch hat zwischen 1000 und 1200 T4-Helferzellen pro Mikroliter Blut. Die Vermehrung des Virus führt dann zur Zerstörung der T-Zellen (vgl. Rühmann 1985, S. 10).

Bereits wenige Stunden nach der Ansteckung wird das Virus in das Erbgut dieser Zellen eingeschleust. Bildlich beschrieben geht das HI-Virus gegen das Immunsystem vor wie ein Brandstifter, „der in ein fremdes Haus einbricht: Dieser frißt die Wachhunde auf (die Helfer T-Zellen), vernichtet die Feuerlöscher (die Makrophagen und die Killer T-Zellen), schaltet die Rauchwarner ab (die Antigen-präsentierten Freßzellen), dreht den Hauptwasserhahn ab (die Thymusdrüse) und

kappt schließlich noch die Telefonleitungen (die Nachrichtenkette, die die Lymphokine und Interferone bereitstellt)“ (Koch 1989, S. 26-27).
Menschen, die mit dem HI-Virus infiziert sind, sind, da ihre Immunabwehr langsam zerstört wird, allen möglichen Erregern schutzlos ausgeliefert.
Immer wieder seit Entdeckung des HI-Virus wurde in der Literatur darauf hingewiesen, dass eine Infektion mit dem HI-Virus nicht zwangsläufig zum Ausbruch der Krankheit AIDS führen muss (vgl. Rühmann 1985, S. 11). Diese Annahme wurde begünstigt durch die lange Inkubationszeit von etwa 10 Jahren. Es blieb unklar, ob damit gemeint war, dass ein HIV-Infizierter während der gesamten Lebenszeit infiziert sein kann, ohne bis zu seinem Tod am eigentlichen Vollbild von AIDS zu erkranken, was nach heutigem Wissensstand unmöglich ist oder ob sich diese Überlegung darauf bezieht, dass ein Infizierter viele Jahre symptomfrei, ja sogar gesundheitlich relativ stabil bleiben kann, bevor er an AIDS erkrankt. Heute gilt als sicher, dass höchstwahrscheinlich jeder, der sich mit dem HI-Virus infiziert, an AIDS erkranken wird, bzw. sterben wird.

Wenn AIDS ausbricht, so Rühmann, muss zusätzlich zur HIV-Infektion offenbar noch eine Anzahl von Faktoren hinzukommen, deren Zusammenhang mit der HIV-Infektion aber nicht klar ist, die aber in der Literatur sehr unterschiedlich thematisiert werden (vgl. Rühmann 1985, S. 11). Der Umstand, dass die Zeitspanne von der HIV-Infektion bis zum eigentlichen Vollbild von AIDS bei jedem Infizierten verschieden ist, scheint darauf hinzudeuten, dass der Ausbruch von AIDS noch von weiteren Faktoren begleitet wird, auch wenn diese in dieser individuellen, womöglich genetischen Bedingtheit eines jeden Infizierten angelegt sein können. In diesem Zusammenhang wird in der Literatur auch immer wieder auf sogenannte Kofaktoren verwiesen, womit explizit angenommen wird, nicht nur der HI-Virus ausschließlich könne zum Vollbild von AIDS führen. Die Hypothesen sind jedoch sehr unterschiedlich und vielfach ist gerade die Annahme von Kofaktoren außerordentlich umstritten. Auch für Rozdzinski/Kern ist nicht vollkommen geklärt, ob die Infektion mit HIV ohne weitere Zusatzfaktoren zum Ausbruch von AIDS führt, hier wäre dann von einem letztendlichen Zusammenhang von HIV-Infektion und AIDS zu sprechen, wobei HIV automatisch zur Krankheit AIDS führen würde (vgl. Rozdzinski/Kern, S. 22). Für Rozdzinski/Kern spricht einiges dafür, dass es zusätzliche Mechanismen gibt, die zum eigentlichen Vollbild von

AIDS führen. Sie verweisen auf „Produktions- oder Reifungsstörungen und Autoimmunreaktionen, die die Verarmung an Helfer-Lymphozyten mitverursachen“ (Rozdzinski/Kern, S. 23). Wie schnell die Helfer-Lymphozyten bei einem HIV-Infizierten zurückgehen, scheint davon abzuhängen, wie hoch die Dosis der Infektion ist, wie es um den Gesundheitszustand des Infizierten bestellt ist und wie stark das Immunsystem (z.B. durch Medikamente) nach der Infektion aktiviert werden kann (vgl. ebendaselbst).

Koch verweist auf eine Theorie, die von Medizinern bereits kurze Zeit nach den ersten Fällen von AIDS geäußert wurde. Danach soll es auch andere sexuell übertragbare Viren geben, die zusätzlich das Immunsystem schwächen und damit bei der Entstehung des Krankheitsbildes AIDS eine Rolle spielen (vgl. Koch, S. 60). Epidemiologische Studien aus der Anfangszeit der AIDS-Erkrankung, so Koch weiter, schienen zudem auf einen Zusammenhang von AIDS mit „häufig wechselnden Sex-Partnern, die Konzentration homosexueller Praktiken auf wenige regional begrenzte Gebiete und die Assoziation von AIDS mit anderen venerischen Erkrankungen“ hinzuweisen (ebendaselbst). Diese Überlegungen finden sich jedoch bei anderen Autoren nicht bestätigt, ihnen scheint ein bestimmtes promiskes Verständnis von Homosexualität zugrunde zu liegen, das gerade von den Medien in den 80er Jahren sehr häufig aufgegriffen wurde.

Ein Beleg für die teilweise recht phantastischen Annahmen im Zusammenhang mit AIDS ist der Grundgedanke zweier Physiker, die die anfängliche geographische Konzentration der AIDS-Fälle zwischen 1980 und 1982 in Zentral-Afrika, der Karibik und der Ost- und Westküste der USA mit den überirdischen Atombombenversuchen der 50er Jahre erklärten: „Über Nahrungsmittel erfolgte eine radioaktive Verseuchung von B-Zellen durch Strontium-90 und anderen B-zellsuchenden Radioisotopen. Vor diesem Hintergrund ist AIDS das Ergebnis zweier Faktoren. Zum einen führte die „Bestrahlung“ zu einer Mutation „einheimischer“ menschlicher oder tierischer Retroviren, zum anderen hat sie eine Gruppe äußerst „suszeptibler“ Personen hervorgebracht, deren Immunsystem bereits in der intrauterinen Entwicklungsphase nachhaltig beeinflußt wurde“ (Koch 1989, S. 62). Diese Hypothese blieb jedoch abseitige Theorie, sie zeigt die Schwierigkeit der Krankheit AIDS und die Versuche vieler Wissenschaftler, die nicht daran glaubten, dass AIDS sexuell übertragbar sei, was sogar soweit ging, anzunehmen, der HI-Virus sei gar nicht der Verursacher von AIDS. Derartige Überlegungen

können jedoch als spekulativ bewertet werden, sie stammen vielfach aus der Anfangszeit nach der Entdeckung von AIDS, als die Erkenntnislage, gerade was den HI-Virus betrifft, ungleich unklarer war als heute und AIDS eine neue Entdeckung darstellte, die (noch) mit vielen Mysterien und unbegründeten Annahmen behaftet war.

2.2.2.2. Erkrankungssymptome

Charakteristisch für die Erkrankungssymptome von AIDS ist ihr fast allgemeiner Charakter, sie sind nicht spezifisch und es gibt einen ungewöhnlich großen Unterschied zwischen dem, was sichtbar, und dem, was eigentlich der Fall ist. Äußerlich erkennbare Merkmale lassen sich nicht eindeutig der Krankheit zuordnen, was ihre Erkennung außerordentlich schwierig macht. Dass die meisten Viruträger zudem nach der überwiegend unbemerkt erfolgenden Infektion viele Jahre völlig beschwerdefrei sind und demzufolge die Infektion ahnungslos weitergeben, gibt dieser Epidemie ihren tückischen Charakter (vgl. Koch 1988, S. 67).
Wer sich mit dem HI-Virus infiziert, bemerkt, wenn überhaupt, äußerst diffuse Symptome. Erkrankungssymptome wie einfache Fieberanfälle, die schnell einer Erkältung oder Grippe zugeordnet wurden, können den Beginn einer HIV-Infektion markieren. Andere Symptome sind ebenso unspezifisch: Leistungsschwäche und leichte Ermüdbarkeit, Nachtschweiß und vermehrte Transpiration, ungeklärte Gewichtsabnahme (10 Prozent des Körpergewichts), Durchfälle, Lymphknotenschwellungen an mindestens zwei Körperstellen, die länger als vier bis sechs Monate andauern in vielen Fällen auch Nervenstörungen, die durch eine Schädigung von Gehirnzellen entstehen. Vielfach treten diese allgemeinen Symptome ohne erkennbaren Grund auf, für die Erkrankten scheint keine Erkrankung vorzuliegen (vgl. Rühmann 1985, S. 11).

2.2.2.3. Die Krankheitsphasen

Der unspezifische Charakter der Erkrankungssymptomatik lässt sich auch für die Krankheitsphasen behaupten. Die HIV-Infektion und die anschließende AIDS-Erkrankung verlaufen so unterschiedlich und haben offenbar auch mit individuellen körperlichen und lebensspezifischen Bedingtheiten eines jeden Erkrankten zu tun, dass sich nicht zuletzt aufgrund der sehr unterschiedlichen Inkubationszeit

kaum von der Kontinuität bestimmter Krankheitsstadien sprechen lässt, die zeitlich festlegbar wären. Auch können bestimmte Symptome der Krankheit nicht notwendigerweise bestimmten Krankheitsphasen zugeordnet werden (vgl. Stille 1988, S. 52).
Trotzdem wird in der Literatur immer wieder auf 5 verschiedene Krankheitsstadien Bezug genommen, die sich durch bestimmte Charakteristika voneinander abgrenzen lassen:

1. Die Serokonversionslatenz

Dieser Zeitraum, auch als "diagnostische Lücke" bekannt, liegt am eigentlichen Beginn der Infektion, er beträgt im Allgemeinen 3 Monate. Das ist der Zeitraum, den der menschliche Körper benötigt, die Antikörper, die sich auf eine HIV-Infektion hin bilden, zu produzieren. Trotzdem haben diese Antikörper keine "heilende" Wirkung, wie bei anderen Krankheiten, so dass gerade diese Tatsache einen der größten Unterschiede von AIDS zu anderen Krankheiten ausmacht.

2. Die symptomfreie Latenzzeit:

Es handelt sich um ein Stadium ohne subjektive Krankheitserscheinungen, obwohl sich bei genauer Untersuchung sehr wohl schon abweichende Laborbefunde feststellen lassen. Diese Zeit kann einige Monate dauern, aber auch länger als 10 Jahre sein (vgl. Stille 1988, S. 53).
Symptomatisch sind Allerweltssymptome, die auch auf eine ganze Reihe anderer Erkrankungen verweisen können, angefangen von Virusgrippen, über Hepatitis, Syphilis u.a.. Klassische Symptome sind Schweiß-Ausbrüche, Muskel- und Gelenkschmerzen, Unwohlsein, Appetitlosigkeit, Kopfschmerzen, Erbrechen und Durchfall. Bei vielen geht die Phase ohne offensichtliche Symptome ab. Bei einem Teil der Patienten klingen diese Beschwerden nach wenigen Tagen vollständig wieder ab. In der Phase der symptomfreien Infektion sinken die Helferzellen-Zahlen mitunter deutlich ab, die Virusbelastung ist extrem hoch. Nach einigen Wochen normalisieren sich die Helferzellen wieder und die Virusbelastung sinkt. Die Latenzzeit von AIDS ist die mit Abstand längste, überhaupt bekannte Inkubationszeit einer Krankheit. In diesem (langen) Zeitraum ist man nicht im eigentlichen Sinne krank - trotzdem, und gerade hierin liegt ein großes Risiko, kann man den Virus weitergeben und andere anstecken. Man selbst wird nicht auf die

Krankheit aufmerksam, es gibt keine Empfindungen im Sinne von Kranksein oder Unwohlsein, obwohl man längst HIV-positiv ist, und andere infizieren kann.

3. Lymphadenopathiesyndrom:

Bei über 98% der HIV-Infizierten kommt es bereits während einer mehr oder weniger langen Phase des Lymphadenopathiesyndrom zu einer immunologischen Veränderung. Charakteristisch sind diskrete Krankheitssymptome, wie eine Schwellung der Lymphknoten z.B. am Hals und am Nacken, es gibt außerdem eine geringe Gesundheitsbeeinträchtigung. Es findet sich keine ausgeprägte Abwehrschwäche (vgl. Stille 1988, S. 53-54).

Die Zahl der T4-Helferzellen nimmt langsam aber stetig ab, die Zahl der Viruspartikel nimmt stetig zu. Je weiter die T4-Helferzellenzahl sinkt und je höher die Virusbelastung des Blutes steigt, desto größer wird die Gefahr, an einer opportunistischen Infektion zu erkranken, womit endgültig das Lymphadenopathiesyndrom-Stadium verlassen wäre.

4. AIDS-Related Complex:

Ein Verdacht auf dieses Stadium besteht, wenn mindestens 2 der folgenden Erscheinungen länger als 4 bis 6 Wochen bestehen oder wiederholt auftreten. Sie ist durch notwendig werdende medizinische Behandlungen gekennzeichnet. Es handelt sich hierbei in erster Linie um Befindlichkeitsstörungen, Gewichtsverlust, Nachtschweiß, Lymphknotenschwellungen, unklare Fieberschübe, Durchfälle usw. (vgl. Stille 1988, S. 54).

Es ist weniger die Schwere der Symptome, die die Problematik dieser Phase ausmachen, als vielmehr der Beginn der Vollbild-Erkrankung, die nun unaufhaltsam näher rückt, nicht mehr ignoriert und verdrängt werden kann. Der Patient wird zu einem „Opfer" des Medizinsystems und muss sich zwangsläufig dessen Regeln unterwerfen. Dies fängt an mit regelmäßiger ärztlicher Kontrolle bis hin zu regelmäßigen Einnahmen von Medikamenten.

Das AIDS-Related Complex Stadium dauert individuell sehr unterschiedlich kurz oder lang.

5. AIDS-Vollbild:

Das AIDS-Vollbild ist gekennzeichnet durch ein Versagen der T-Helfer-Lymphozyten (vgl. Stille 1988, S. 55). Je weiter die Zahl der T4-Helferzellen abnimmt, desto häufiger treten jene schwere Erkrankungen auf, die als AIDS-definierend gelten. Sie werden opportunistische Infektionen genannt, da die Erreger die Immunschwäche des Körpers ausnutzen, um sich zu vermehren. Bei den Erregern handelt es sich um Keime, die einem normalen, immunkompetenten Gesunden keinerlei ernsthafte Probleme bereiten.

Das eigentliche Krankheitsstadium wird heute vielfach nicht mehr aufgeteilt in die zwei Bereiche ARC und AIDS (vgl. BAGS 80 - 2.4. S. 5), sondern lediglich als AIDS bezeichnet. Erst mit dem Beginn der eigentlichen Krankheit bricht die für AIDS charakteristische Immunschwäche im Körper aus. Das bedeutet, dass man eigentlich nicht an AIDS stirbt, sondern an den Krankheiten, die sich aufgrund dieser Immunschwächezeit im Körper sammeln und auswachsen.

Das eigentliche Krankheitsstadium dauert etwa 2 Jahre. Der Begriff ‚AIDS' ist also eigentlich nur zutreffend für den Zeitraum der eigentlichen Krankheit, und bezeichnet nicht, wie fälschlicherweise häufig angenommen, den Gesamtzeitraum. Sigusch kritisiert die vielfältige synonyme Gleichsetzung der Bezeichnung „AIDS" mit einer Vielzahl von Symptomen und Krankheiten, die mit der eigentlichen AIDS-Erkrankung nur indirekt zu tun haben. AIDS bezieht sich, so Sigusch, zu sehr als Sammelbezeichnung auch auf „sekundäre Infektionskrankheiten, sekundäre Tumorbildungen und weitere sekundäre Erkrankungen, die „opportunistisch" genannt werden, weil die nur dann entstehen können, wenn die primäre Infektion mit einem Virus der Reihe HIV die sogenannte zellvermittelte Immunabwehr des Organismus so einschneidend geschädigt hat, dass bis dahin allgemein verbreitete, aber für den gesunden Menschen ungefährliche Erreger diese Schwäche „opportunistisch ausnutzen" bzw. maligne Tumoren entstehen können" (Sigusch 1987, S. 12).

Die häufigsten opportunistischen Infektionen sind (vgl. dazu Stille, S. 56-61).

Lungenentzündung: Sie ist durch Husten, Atemnot und Fieber gekennzeichnet. Sie kann innerhalb kürzester Zeit lebensbedrohliche Formen annehmen und muss mittels Antibiotika behandelt werden.
Pilzerkrankung: Die Erreger befallen die Magen-Darm-Trakt ebenso wie Mund, Rachen und Speiseröhre. Sie müssen medikamentös behandelt werden.
Toxoplasmose: Die Erreger können alle Organe befallen. Am häufigsten ist es jedoch das Gehirn. Dumpfe Kopfschmerzen, Verwirrtheit, Konzentrationsstörungen, Gehstörungen und Lähmungserscheinungen können die Folge sein.
Tuberkulose: Sie befällt am häufigsten die Lunge, kann jedoch auch andere Organe wie z.B. den Darm betreffen.
Herpes- und Pilzinfektion: entzündliche Haut- und Schleimhauterkrankung, die durch Bläschenbildung charakterisiert ist.
Während HIV-positive Frauen einem erhöhten Risiko ausgesetzt sind, an Gebärmutterhalskrebs zu erkranken, ist es bei Männern das Kaposi-Sarkom. Das *Kaposi-Sarkom* ist ein Tumor der Haut und des darunter liegendes Gewebes und tritt schwerpunktmäßig bei männlichen Aidskranken auf. Es handelt sich um einen bösartigen Hauttumor, der, bevor Menschen an AIDS erkrankten, nur sehr selten vorkam (vgl. Grmek 1988, S. 48). Bei diesem Tumor treten gleichzeitig und unabhängig voneinander mehrere Rundherde auf, er manifestiert sich als bräunlich-roter Knoten auf der Haut (vgl. Stille 1988, S. 60).

Der überwiegende Teil der opportunistischen Infektionen ist gut behandelbar. Die Erkrankten erholen sich nach den ersten schweren Infektionen relativ gut. Der weitere Verlauf der Erkrankung ist jedoch gekennzeichnet durch zunehmende Schwäche. Die Krankheitsphasen werden immer länger und folgen immer häufiger aufeinander. Es kommt zu krankheitsbedingten - zum Teil - erheblichen Einschränkungen, z.B. der Arbeits- und Konzentrationsfähigkeit, der Sexualität. Das Körpergewicht und der Appetit nehmen immer mehr ab, der Körper wird immer schwächer, der Patient immer müder. Die Lebenserhaltung variiert von Person zu Person. Wesentliche Einflussfaktoren sind der Grad der Immunschwäche und nicht zuletzt die individuelle Umgangsweise mit Krankheit, Tod und Sterben. Statistisch gesehen beträgt die Überlebenszeit nach dem Auftreten des Vollbilds von AIDS einige Monate.

2.3 Infektion und Übertragbarkeit

Im Gegensatz zu anderen, auch hochgefährlichen Virenerkrankungen sind Infektion und Übertragbarkeit beim HI-Virus genau bestimmbar. AIDS gehört zu den Krankheiten, bei denen sich die Infektionswege besonders exakt umreißen lassen. Dies ist darauf zurückzuführen, dass sich bei fast allen AIDS-Infektionen die Infektionswege der Krankheit nachvollziehen ließen. Dabei konnte die Infektionssituation bis auf sehr geringe Ausnahmen rekonstruiert werden (vgl. Venrath 1994, S. 29). Für den Epidemiologen und für epidemiologische Berechnungen und Hypothesen stellt diese eindeutige Identifikationsmöglichkeit der Infektionsmöglichkeiten eine fast ideale Ausgangssituation dar, da auf diese Weise Risiken und Nicht-Risiken realistisch und empirisch zutreffend gegeneinander gestellt werden können.

Ein Ansteckungs- Risiko besteht immer nur dann, wenn eine bestimmte, relativ hohe Anzahl HI-Viren übertragen wird - einige wenige Viren reichen für eine HIV-Übertragung nicht aus. Außerdem reagiert der HI-Virus auf Sauerstoff (d.h. Sauerstoff tötet ihn ab) und auf Desinfektionsmittel sowie auf Hitze. Außerhalb des menschlichen Körpers ist er somit kaum überlebensfähig (vgl. Jäger, S. 50).

Grundlegend gilt dabei stets folgende Bedingung: Der HI-Virus muss aus einer der folgenden Körperflüssigkeiten einer infizierten Person kommen: Blut, Sperma, Scheidensekret, evtl. auch Muttermilch und unmittelbar in die Blutbahn einer anderen Person gelangen. Das Virus wird parental übertragen, ähnlich wie das Hepatitis-B-Virus, das allerdings in einem sehr viel höheren Prozentsatz zu einer wirksamen Infektion eines Organismus in der Lage ist. Die Übertragung des HI-Virus erfolgt durch „direkte Inokulation (Einbringung) von infiziertem Blut oder infiziertem Samen. Die Übertragung durch Samen ist bei der HIV-Infektion im Gegensatz zur Hepatitis-B ganz offensichtlich geradezu charakteristisch“ (Sigusch 1987, S. 16).

Eine Übertragung durch Aufnahme der HI-Viren über die Schleimhäute scheint nach heutigem Kenntnisstand ausgeschlossen zu sein. Alle anderen bisher untersuchten Körperflüssigkeiten und Gewebe können wohl den Erreger HIV enthal-

ten, eine Infektion ist über diese allerdings nicht möglich. Zwar kann ein Nicht-Infizierter mit anderen Körperflüssigkeiten eines HIV-Infizierten in Berührung kommen, z.B. mit Tränen oder Schweiß, allerdings reicht die Anzahl der HI-Viren in diesen Körperflüssigkeiten nicht aus, damit eine Ansteckung stattfinden kann.

Für den großen Teil der Nicht-Übertragungsmöglichkeiten gilt die Kombination aus:
a) nicht ausreichende Anzahl von HI-Viren und
b) Kontakt der HI-Viren mit Sauerstoff (außerhalb des menschlichen Körpers).

Dazu kommt in einigen Gebieten:
c) Desinfektionsmittel bzw. Einhaltung der üblichen vorgeschriebenen hygienischen Bedingungen, z.B. im Bereich der Krankenhausaufenthalte bzw. Arztbesuche

Es ist daher auch völlig unhaltbar, Zungenküsse als gefährlich zu bezeichnen (vgl. Sigusch 1987, S. 16).
Für das weitere Verständnis sei ausdrücklich darauf hingewiesen, daß alle HIV-Übertragungswege übertragen **können**, aber **nicht müssen**. Bei Kontakt mit HI-Viren gibt es daher nicht die einhundertprozentige Wahrscheinlichkeit einer Infektion im Sinne einer eindeutig bestimmbaren Kausalität. Ein einmaliger Geschlechtsverkehr mit einer HIV-infizierten Person bedeutet also demnach noch lange nicht, dass man nun selbst automatisch infiziert ist. Eine Ansteckung muss nicht gleich beim ersten Kontakt mit dem Virus erfolgen (vgl. Venrath 1994, S. 26).
Auch bei direktem Blutkontakt mit einer HIV-infizierten Person muss die andere Person nicht automatisch infiziert sein, sondern kann sich infiziert haben. Allerdings steigt die Wahrscheinlichkeit einer Infektion mit der Anzahl der entsprechenden Kontakte mit der Person. (Gallo, R. in: Leibowitch, 1985, S. 205)

Die folgende Abbildung zeigt, welche HIV-Übertragungswege den Nicht-Übertragungswegen gegenüberzustellen sind:

Übertragungswege	**Nicht-Übertragungswege**
(Mutter → Kind)	Küssen, Speichel, Schweiß, Tränenflüssigkeit, Körperkontakte, gem. Benutzung von Geschirr/Besteck, Schwimmbad, Sauna, , Zähneputzen, Ohrlochstechen, Tätowieren, , Tiere, Toiletten, anhusten (Tröpfcheninfektion)
Blut → Wunden, Spritzen	
Geschlechtsverkehr → Vaginal-Vekehr, Anal-Verkehr	Arzt, Krankenhaus, Blutkonserven
Oral-Verkehr	

Die „Mutter-Kind-Übertragung“ wird im Allgemeinen als gesonderter Übertragungsweg dargestellt, da, falls die Übertragung stattfindet, sie nur in eine Richtug (Mutter auf Kind) verlaufen kann und hier nicht sichergestellt werden kann, ob die Übertragung

a) im Mutterleib

b) bei der Geburt oder

c) durch das Stillen (Muttermilch)

zustande gekommen ist.

Der Oralverkehr steht zwischen beiden Rubriken, da er fast nie überträgt, aber eine Übertragung auch nicht ausgeschlossen werden kann.

Die drei unterstrichenen Bereiche: Arzt, Krankenhaus und Blutkonserven sind hervorgehoben, da sie nur in Deutschland Gültigkeit haben.

Zu der Blutübertragung im Bereich der Wunden oder Verletzungen bleibt auszuführen, dass die Übertragung nur unter Ausschluss von Sauerstoff stattfinden kann, was in der Praxis bedeutet, dass die Wunden unmittelbar „ineinander verrieben“ werden müssen, quasi unter Ausschluss von Sauerstoff, so dass das Blut direkt in die Blutbahn der anderen Person gelangen kann. Tritt das Blut vorher aus dem Körper aus, bevor es in die Blutbahn der anderen Person gelangt, wird die Übertragung absolut unwahrscheinlich. Denkbar wäre also eine HIV-Übertragung z.B. bei einer Blutsbrüderschaft oder aber bei schweren Verkehrsunfällen mit ver-

letzten Personen, wo Polizei oder Feuerwehr im Rettungseinsatz sind und sich selbst verletzen. Weniger wahrscheinlich ist die Übertragung im Bereich Arzt/Krankenhaus aufgrund der vorgegebenen hygienischen Bedingungen.

Was die Übertragung von HI-Viren über die Spritze anbetrifft, so gilt es, zwei unterschiedliche Bereiche zu unterscheiden:
a) die Benutzung und unmittelbare Weitergabe ein- und derselben Spritze z.B. bei intravenös Drogenabhängigen und
b) eine mögliche Stichverletzung an einer HIV-infizierten Spritze im sog. „Laborbereich“ bzw. bei Polizei- oder Feuerwehreinsätzen
Dabei ist das Übertragungsrisiko bei der Spritzenbenutzung durch Drogenabhängige um ein Vielfaches größer als im Laborbereich.

Die HIV-Übertragungsmöglichkeit über die Spritze bedarf der besonderen Erläuterung, da es zunächst unklar erscheint, warum die HI-Viren in der Spritze nicht absterben aufgrund des Kontaktes mit Sauerstoff. Die Kanüle der Spritze ist ein sogenanntes Kapillarsystem. Dies hat besondere physikalische Eigenschaften mit dem Ergebnis, dass das Blut primär in der Kanüle „frisch“ bleibt - Sauerstoff hat hier keine abtötende Wirkung, daher die relative große Gefahr einer Übertragung.

2.4. Übertragungsrisiken

Die HIV-Infektion ist überwiegend eine sexuell übertragbare Krankheit. Sämtliche Bereiche der üblichen Sozialkontakte sind ungefährlich. Die Übertragungsrisiken im Bereich des Geschlechtsverkehrs sind die größten.

2.4.1. Sexuelle Übertragbarkeit

Bei der sexuellen Übertragbarkeit lassen sich die Übertragungsrisiken nach Art des Sexualverhaltens unterscheiden. Es wird differenziert zwischen analem, oralem und vaginalem Geschlechtsverkehr.
Analverkehr bezeichnet das Eindringen des Penis in den Enddarm. Vorrangig ist diese Technik unter homosexuellen Männern üblich, allerdings kann sie auch von Heterosexuellen praktiziert werden, wenn auch mit der „Einseitigkeit“, dass die

Frau immer den „passiven“ Part übernimmt, sie also diejenige ist, bei der eingedrungen wird und der Mann in dieser Konstellation immer den „aktiven“, also die eindringende Funktion übernimmt.
In verschiedenen Studien wird die Wahrscheinlichkeit der Infektion bei Analverkehr mit einem HIV-positiven Sexualpartner als vergleichsweise gering eingestuft, wie folgende auf der internationalen AIDS-Konferenz in Stockhom 1988 gemachten Einschätzungen verdeutlichen: „Das durchschnittliche Infektionsrisiko pro ungeschütztem Analverkehr zwischen einem HIV-positiven und einem negativen (aufnehmenden) Partner oder einer Partnerin wird auf 1:100 bis 1: 200 geschätzt." (BAGS 50.-3.1., S. 13 in SEAGE et al: Infectivity of HIV in Homosexual Partners IV. Int. Conf. on AIDS, Stockholm (1988), abstract 4561).
Die Wahrscheinlichkeit, sich beim Vaginalverkehr mit einem HIV-positiven Sexualpartner anzustecken, wird hingegen als noch drei- bis fünfmal geringer eingeschätzt. Nach einer Studie beträgt das Risiko für die HIV-Übertragung durch Vaginalverkehr 1:300 bis 1:1000 (vgl. BAGS 50.-3.2, S. 14 in PETERMAN et al.: Risk of human immunodeficiency virus transmission from heterosexual adults with transfusion-associated infections. JAMA (1988) 259:55-58)
Beim Oralverkehr besteht nur das Risiko sich anzustecken, wenn es zu einem Samenerguss kommt: „Eine HIV-Übertragung durch Mundverkehr ohne Samenerguß gilt als extrem unwahrscheinlich“ (BAGS 50.-3.3. S. 15).

Auch was einen sexuellen Kontakt zwischen zwei lesbischen Frauen anbetrifft, kann von einem äußerst geringen Infektionsrisiko ausgegangen werden: „Eine HIV-Übertragung zwischen lesbischen Frauen gilt (...) als extrem unwahrscheinlich" (BAGS 50.-3, S. 12.).

Um das Risiko bestimmter heterosexueller Übertragungsmöglichkeiten des HI-Virus näher zu bestimmen, gab die Europäische Gemeinschaft eine multizentrische Studie in Auftrag. Sie wurde in 14 europäischen Großstädten durchgeführt mit der Zielsetzung, bei einer hinreichend großen Stichprobe über einen Zeitraum von vier Jahren Faktoren zu identifizieren, die bei heterosexuellen Kontakten die Transmission des HIV begünstigen oder verhindern. Basis der Untersuchung waren insgesamt 560 heterosexuelle Paare, bestehend aus einer HIV-positiven Indexperson mit nicht definiertem Risiko und deren Partner oder Partnerin, die kei-

ne anderen Risiken als heterosexuelle Transmission des HIV ausweisen. Zusammenfassend lässt sich sagen, dass gerade bei Paaren mit einer männlichen infizierten Person es nur eine sexuelle Praxis gab, die eindeutig als risikoreicher bezeichnet werden kann. Es handelt sich um den Analverkehr, der zu einem insgesamt 5,3-fachen Risiko der Übertragung führte: „Unter 94 Paaren, die Analverkehr praktizieren, sind 40 weibliche Partner HIV-positiv gegenüber 35 bei 292 Paaren, die nie analen Sex praktizieren“ (Kraus 1990 S. 231).

Nach Studien und Schätzungen von Wissenschaftlern scheint also das Risiko, sich mit dem HI-Virus anzustecken, beim Analverkehr am größten zu sein, hier kann von einem Risiko ausgegangen werden, das immer noch bei höchstens 1:100 liegt, wenn nicht sogar darunter – eine Risikowahrscheinlichkeit, die zwar keinen Anlaß zur Sorglosigkeit gibt, die aber auch nicht die Annahme erlaubt, daß bereits bei wenigen Sexualkontakten mit einem infizierten Sexualpartner eine Ansteckungsgefahr besteht, zumal das Risiko beim Vaginalverkehr um ein vielfaches geringer ist. Zur Hysterie und Angst, sich selbst bei jedem Sexualkontakt nun von einer Ansteckungsgefahr bedroht zu sehen, besteht angesichts dieser Schätzungen also kein Anlass.

In diesem Zusammenhang muss besonders für den Anal- und Vaginalverkehr, dem "eindringenden" Geschlechtsverkehr, eine weitere Differenzierung zur Verdeutlichung des Übertragungsrisikos getroffen werden. Bei allen übertragbaren Krankheiten gibt es die hin- und die rückwärtige Infektion, meist ist die hinwärtige Infektion mit einem deutlich höherem Übertragungsrisiko behaftet als die rückwärtige. Die ausschlaggebende Unterscheidung beim eindringenden Geschlechtsverkehr bildet die Detailsituation, ob ein Partner eindringt (also den "aktiven" Part übernimmt) oder ob bei einem Partner eingedrungen wird (also den "passiven" Part hat). Hierbei ist stets der passive Partner deutlich höher gefährdet, da, egal ob bei Anal- oder Vaginalverkehr, Körperflüssigkeiten in seinen Körper (hinein) abgegeben werden. Der aufnehmende Partner unterliegt somit stets dem höheren Risiko einer möglichen Infektion als der Partner, der Körperflüssigkeiten "abgibt". Treffend werden diese Konstellationsmöglichkeiten als inversiver und rezeptiver Verkehr bezeichnet, jeweils möglich bei analem als auch vaginalem Verkehr. Der inversive Verkehr bezeichnet also den eindringenden (oder auch

"aktiven") Geschlechtsverkehr, unabhängig ob im Anal- oder Vaginalbereich, und der rezeptive Verkehr beschreibt den aufnehmenden (oder auch "passiven") Anal- oder Vaginalverkehr. Entsprechend hat Inversivverkehr deutlich geringeres Risiko als rezeptiver Verkehr. Verknüpft mit den Bereichen Anal- und Vaginalverkehr, bei dem der Analverkehr das (mit Abstand) höhere Risiko hat, ist der rezeptive Analverkehr also das größtmögliche HIV-Übertragungsrisiko überhaupt, ebenso hat der rezeptive Vaginalverkehr ein höheres Risiko als der inversive Vaginalverkehr, analog der hin- und der rückwärtigen Infektion (vgl. BAGS 50.-3, S. 12).
Hier liegt auch der Grund, dass - allgemein formuliert - Frauen beim Geschlechtsverkehr ein höheres Übertragungsrisiko haben als Männer, Frauen erleben den Geschlechtsverkehr stets als inversiv-Situation, sowohl beim vaginalen, analen als auch oralen Verkehr. Dadurch bedingt ist ihr Risiko sich zu infizieren größer als das des Mannes, sich von einer Frau zu infizieren. Dieser wichtige Aspekt betrachtet ausschließlich die Haupt-Übertragungs-Richtung, nicht jedoch die zahlenmäßige, tatsächliche Ausbreitung, die in den höher entwickelten Ländern zu dieser Hautübertragungsrichtung teilweise konträr verläuft. Männer sind hier mehr betroffen als Frauen. Die Erklärung dafür ist, dass der Analverkehr allgemein - also ohne Differenzierung zwischen inversiv und rezeptiv - intensiver überträgt als der Vaginalverkehr und dadurch bedingt die an und für sich relativ kleine Gruppe der homosexuellen Männer zur Gruppe mit der höchsten Betroffenheit wird. Die intensive Übertragungsmöglichkeit des rezeptiven Verkehrs steht so scheinbar der tatsächlichen Ausbreitung (teilweise) entgegen - sie hat jedoch bei genauer Analyse ihre Bedeutung und Berechtigung und liefert die Erklärung einerseits für die Hauptübertragungsrichtung, andererseits dient sie der Erkennung des Zusammenhangs mit den Hauptbetroffenengruppen
Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Wahrscheinlichkeit einer HIV-Infektion bei einmaligem Sexualkontakt mit einer infizierten Person im Bereich von etwa 1 % liegt.

2.4.2. Andere Übertragungswege

Was die HIV-Übertragung von der Mutter auf das Kind betrifft, so scheinen drei Übertragungswege möglich zu sein:

- transplazentar, d.h. während der Schwangerschaft über die Plazenta (Mutterkuchen);
- perinatal, d.h. während der Geburt über Schleimhautkontakte bzw. kleinste Verletzungen des Kindes;
- postnatal, d.h. nach der Geburt beim Stillen über die Muttermilch.

„Am wahrscheinlichsten ist dabei wohl die Übertragung während der Schwangerschaft" (BAGS 50.-5, S. 31).

Das Risiko, dass der HI-Virus von einer infizierten Mutter auch auf ihr Kind übertragen wird, wurde anfangs mit Werten zwischen 14 und 33 % angenommen. Während man noch im Jahre 1990 von einer Übertragungsrate von etwa 33 % ausging, wurde von anderen Forschern eine Übertragungsrate von maximal ca. 25 % genannt (vgl. BAGS 20.-2, S. 4). In einer europäischen Multicenterstudie aus mehreren Ländern, die als zahlenmäßig größte, und methodisch sauberste beschrieben wird, wurden 721 Kinder von 701 infizierten Müttern 18 Monate lang beobachtet. Es wurde eine Infektionsrate von 14,4 % gefunden (vgl. BAGS 50.-5, S. 31). Aktuell geht man in Deutschland unter Einhaltung der medizinischen Maßnahmen nur noch von einer Übertragungsrate im Bereich von 1% bis 2% aus.

Die Wahrscheinlichkeit, sich über infektiöses Blut zu infizieren, ist drei- bis viermal geringer als sich über einen Analverkehr mit einer HIV-positiven Person anzustecken: „Das Risiko (...) nach einmaligem direktem Kontakt mit infektiösem Blut über Verletzung oder Berührung von Schleimhaut und/oder Wunden beträgt etwa 1:300 bis 1:400;..." (BAGS 51-2.1, S. 4 in GÖBEL, F.D.: Berufsbedingte HIV-Infektion bei medizinischem Personal. Münch.med.Wschr. 131 (1989), 42-46).

Was die Übertragung des HI-Virus über Blutkonserven anbetrifft, so ist in Deutschland seit ca. 3 Jahren durch die Vorgehensweise: a) Blutentnahme mit Test b) 3 Monate (oder länger) Einfrieren c) wiederholte Blutentnahme mit Test und d) dann erst die Verwendung des „alten“ Blutes dieser Infektionsweg nahezu vollständig ausgeschaltet. Es besteht also kaum ein Risiko mehr, dass es bei einer Blutkonserve im Krankenhaus zu einer Infektion kommen kann.

Anders sieht es mit dem Infektionsrisiko für Drogenabhängige aus, dieses „scheint relativ hoch zu sein, da zwei Übertragungswege - Geschlechtsverkehr

und gemeinsame Spritzenbenutzung - sich ergänzen können. Außerdem ist die Gefahr der wiederholten Ansteckung besonders groß. Dazu kommen möglicherweise infektionsbegünstigende Ko-Faktoren wie vorbestehende (Infektions-) Krankheiten, schlechter körperlicher Allgemeinzustand und soziale Verelendung" (BAGS 50-4, S. 27).

Das hohe Übertragungsrisiko bei Drogenabhängigen hängt mit Blutresten bei gemeinsam benutztem Spritzenbesteck zusammen: „Anders als der englische Begriff "needle- sharing" vermuten läßt, wird nicht nur eine Kanüle, sondern ein ganzes Spritzenbesteck von mehreren Drogenabhängigen nacheinander benutzt. Bei der ersten Venenpunktion wird etwas Blut angesaugt, um die richtige Lage der Nadel zu kontrollieren. Danach wird nur eine Teilmenge des Drogen-Blut-Gemisches in die Vene gespritzt. Die nachfolgende Person wiederholt diesen Vorgang und spritzt sich jetzt nicht nur Blutreste aus der Kanüle des Vorgängers, sondern auch diejenigen aus der Spritze direkt in die Vene“ (BAGS 51-2.1, S.4).
Das Risiko für medizinisches Personal im Bereich der Nadelstiche und Schnittverletzungen liegt (bei einmaligen Verletzungen) etwa bei 1:200 (vgl. BAGS 51-2.1, S. 4)

2.5. Schutzmöglichkeiten

2.5.1. Kondome

Da es sich bei AIDS primär um eine sexuell übertragbare Krankheit handelt, gilt es vorrangig, ein Schutzmittel für den Bereich der sexuellen Übertragungsmöglichkeiten zu finden.

Im Rahmen der Verhütungsmittel nimmt das Kondom eine Sonderstellung ein, da es gleichzeitig vor Schwangerschaft, Geschlechtskrankheiten und vor AIDS schützt. Immer wieder zeigen Praxiserfahrungen mit Teilnehmern meiner Seminare, dass es notwendig erscheint, darauf hinzuweisen, dass auch eine Kombination von anderen Verhütungsmitteln nicht vor AIDS schützen kann. Nicht wenige Menschen glauben, dass z.B. die Einnahme der Pille und die gleichzeitige Verwendung von Schaumzäpfchen auch einen Schutz vor AIDS bieten.

Der wirksame Schutz des Kondomgebrauchs ist in empirischen Studien und Befragungen nachgewiesen worden: „Unter 100 HIV-negativen Partnern, die ständig Kondome benutzten, trat im bisherigen Untersuchungszeitraum keine einzige Serokonversion auf, wogegen 10 von 104 Partnern, die angeben, nie ein Kondom zu benutzen, serokonvertierten“ (Huge 1990, S. 192).

Um diesen einzig möglichen Schutz vor AIDS auch sicher zu erreichen, muss gewährleistet sein, dass das Kondom auch seinen „Zweck“ erfüllt, insofern, als das Risiko des Zerplatzens bzw. Zerreißens des Kondoms minimiert wird. Wichtig ist hier die korrekte Handhabung bzw. Anwendung, die offenbar vielen auch heute nicht unbedingt geläufig ist. Bei Fragen, wofür Kondome eigentlich „genau“ sind, ist das Erstaunen groß und in zögerlich geäußerten Antworten wird versucht, die offensichtlich bei vielen als selbstverständlich und bekannt vorausgesetzte Information zu äußern: „Na - für den Geschlechtsverkehr?“ Nachfragen, für welchen Geschlechtsverkehr das Kondom denn eigentlich geeignet ist, stoßen auf noch größeres Erstaunen. „Normale“ Kondome sind lediglich für den Vaginalverkehr ausgelegt. Kondome, wie sie vielen bekannt sind und auch zahlreich verkauft werden, sind nicht für den Analverkehr geeignet. Diese Unterscheidung zwischen verschiedenen Arten von Kondomen für verschiedene Arten sexueller Praktiken scheint vielen nicht geläufig zu sein, wobei stillschweigend vorausgesetzt wird, dass Kondome für jede Art von Geschlechtsverkehr geeignet sind. Werden aber für den Vaginalverkehr entwickelte Kondome für den Analverkehr verwendet, besteht die Gefahr, dass sie platzen oder reißen und damit der Schutz vor AIDS, den diese Kondome bieten, nicht mehr gegeben ist. Seit längerer Zeit - um das HIV-Übertragungs-Risiko zu senken - gibt es für den Analverkehr geeignete Kondome auf dem Markt, die speziell für diese stärkeren Belastungen ausgelegt sind.

2.5.2. Gegenmittel und Behandlung

Der wichtigste Therapieansatz bei der Diagnose einer HIV-Infektion ist die gegen das HI-Virus direkt gerichtete Therapie, die eine übermäßige Schädigung des Immunsystems verhindert bzw. hinauszögert, die sogenannte antiretrovirale Therapie.

Inzwischen gibt es eine Reihe von Medikamenten, die gegen die Vermehrung von HI-Viren eingesetzt werden, sogenannte Virushemmer. Derzeit stehen zwei Gruppen von Medikamenten zur Verfügung:

- Die Reverse-Transkriptase-Hemmer (z. B. die Medikamente Hivid, Videx, Epivir)
- Die Proteasehemmer (z. B. die Medikamente Invirase, Norvir Viracept)

Heute werden oft verschiedene Medikamente verabreicht, die Behandlung erfolgt als Zweier- oder Dreierkombinationstherapie. Als Standardtherapie kommt heute meist eine Dreierkombination an Medikamenten zum Einsatz. Die genaue Kombination der Medikamente ist verschieden und richtet sich nach dem individuellen Patienten. Grundlage dieser Therapieformen sind eine Kontinuität der Behandlung und dass der Patient zu 100% damit einverstanden ist. Inzwischen geht man davon aus, dass, sofern Therapiepausen vermieden werden, die Virusvermehrung sogar über einen Zeitraum von 3 bis 3,5 Jahre unterdrückt werden kann. Selbst Erkrankten, denen man noch vor Jahren keine Chance mehr gab, kann mit dieser Therapie effektiv geholfen werden. Amerikas berühmtestem HIV-Positiven, Basketball-Superstar Earvin „Magic" Johnson, konnte auch auf diese Weise geholfen werden, denn bei ihm wurden kaum noch HI-Viren nachgewiesen. Es geht ihm besser und Millionen Aidskranke hoffen wieder. Zudem ist es heute möglich, die Infektionen in der dritten und vierten Phase der HIV-Erkrankung rasch zu erkennen und aussichtsreich zu behandeln.

Es wird ausführlich darüber diskutiert, zu welchem Zeitpunkt es sinnvoll ist, mit einer Behandlung zu beginnen. Man ist sich einig, daß nicht erst dann mit der Einnahme von Medikamenten gestartet werden sollte, wenn die Krankheit AIDS ausgebrochen ist. Bereits vor dem ersten Auftreten von Krankheitsbeschwerden kommt es zur Vermehrung des Virus im Körper und zur Abnahme der Zahl der Helferzellen im Blut. Mit Hilfe der oben genannten Medikamente soll versucht

werden, die Ausbildung einer Immunschwäche zu stoppen und den Ausbruch von AIDS zu verzögern.

Zur Gruppe der Reverse-Transkriptase-Hemmer gehört auch das antivirale Chemotherapeutikum Azidothymidin (AZT, Handelsname Retrovir).
AZT beginnt das Immunsystem nach einer Übergangszeit von etwa 6 Wochen positiv zu verändern.
Die Wirksamkeit von AZT ist jedoch nicht unumstritten. Venrath verweist auf einen längerfristigen Doppelblindversuch, durch den im April 1993 festgestellt wurde, dass bei einer HIV-Patientengruppe, der AZT verabreicht wurde und einer anderen Gruppe mit Placebos kein signifikanter Unterschied im Verlauf der Krankheit festgestellt werden konnte (vgl. Venrath 1994, S. 36, Fußnote 38). Zuvor war gerade dies in den 80er Jahren nachgewiesen worden: Dass nämlich bei einer Behandlung mit AZT die Letalität gegenüber einer mit Placebo behandelten Vergleichsgruppe sank. Das Wohlbefinden der Behandelten besserte sich. Außerdem stieg die Zahl der zirkulierenden T4-Lymphozyten an (vgl. Stille 1988, S. 64).
Die Verabreichung von AZT während der Latenzzeit hatte sich vor allem in den 80er Jahren als Standardtherapie durchgesetzt, wenn sich der Patient in einem guten Allgemeinzustand befand (vgl. Koch 1987, S. 143).
Durch die Verabreichung von AZT konnten die Überlebenschancen von HIV-Infizierten für mehrere Jahre dramatisch verbessert werden (vgl. Zenz 1989b, S. 19). Damit ist offenbar der Ausbruch der eigentlichen Krankheit AIDS (AIDS-Vollbild) gemeint. Verzögert werden durch AZT also die Latenzzeit und damit die symptomfreie Zeit bei einer HIV-Infektion. Venrath weist darauf hin, dass dieser Erfolg einer Verlängerung der Latenzzeit durch AZT davon abhängig ist, wie rechtzeitig eine HIV-Infektion erkannt wurde (vgl. Venrath 1994, S. 36).
AZT wirkt damit lebensverlängernd, kann aber den fortschreitenden Virus-Befall der Zielzellen im Körper und damit den Ausbruch von AIDS nach Ende der Latenzzeit nicht verhindern, so dass von einer Heilung mit AZT keine Rede sein kann.

Die Situation in der Behandlung von AIDS weist starke Ähnlichkeit mit der Situation der Tuberkulosebehandlung vor 40 Jahren auf. Es steht ein außerordentlich

toxisches Medikament zur Verfügung (heute ist es AZT, damals Streptomycin), das zwar die Entwicklung der Krankheit verzögern kann, jedoch keine Heilung ermöglicht (vgl. SCHERING AG Berlin, S. 54). Charakteristisch für AZT sind nicht zuletzt die außerordentlich starken und für etliche Patienten mit erheblichen gesundheitlichen Schäden verbundenen Nebenwirkungen. Zenz verwendet in diesem Zusammenhang allerdings den verkleinernden Begriff ‚körperliches Missempfinden' (vgl. Zenz 1989b, S. 19), obgleich die bei der Behandlung auftretenden körperlichen Reaktionen der HIV-Infizierten durchaus mit den zellzerstörenden Medikamenten, die während einer Krebstherapie verabreicht werden, vergleichbar ist. AZT ruft bei einem Teil der Patienten gefährliche Blutbildveränderungen hervor, die eine Absetzung der Medikation dringend notwendig machen (vgl. Zenz 1989b, S. 19). Es kommt außerdem vor, dass der Patient häufig an den Nebenwirkungen des Präparats stirbt (vgl. Koch 1987, S. 143).
Die Verabreichung von AZT erfordert vom Patienten zudem die Einhaltung eines sehr rigiden Einnahmezeitschemas. Um wirksam zu sein, ist eine Einnahme von sechsmal täglich notwendig. Damit ist der HIV-Infizierte zu einer im Vergleich zu anderen Medikamenten erheblich höheren Aufmerksamkeit und Einnahmedisziplin gezwungen, denkbar sind zudem „soziale Komplikationen bei der Einnahme, die ja den meisten, wenn nicht allen Mitmenschen gegenüber verheimlicht werden muß, um nicht als AIDS-Kranker enttarnt zu werden" (Zenz 1989b, S. 19).
„Es besteht jedoch die Hoffnung, daß die Wirkung dieses Medikaments in Kombination mit anderen Wirkstoffen nach und nach verbessert werden kann. Spektakuläre Durchbrüche sind nicht zu erwarten. Mit Hilfe von kleinen Schritten könnte jedoch aus der tödlichen Krankheit AIDS eine behandelbare Erkrankung werden". (SCHERING AG, Berlin, S. 54)

Neben der direkt gegen das HI-Virus gerichteten Therapie gibt es zwei weitere wichtige Therapieansätze:

- Die Verhinderung des Ausbruchs von opportunistischen Infektionen
- Die Wiederherstellung der Immunfunktionen.

Die Therapie von Sekundärinfektionen ist schwierig. Sie setzt die häufig nicht einfache Diagnose der Erreger voraus. Die veränderte Immunsituation der Patienten bedingt generell ein geringeres Ansprechen auf eine antiinfektiöse Therapie,

so dass besonders hohe Dosen verwendet werden müssen. Die Therapie vieler Sekundärinfektionen ist noch erheblich verbesserungswürdig.
Die Therapie opportunistischer Tumore bei AIDS ist außerordentlich schwierig, wobei es kaum Erkenntnisse über eine geeignete Behandlung und eine optimale Therapie gibt. Die Behandlung des Kaposi Sarkoms mit Interferon ist wenig effektiv, die Gabe von Zytostatika wird durch eine schnell einsetzende Schädigung des Knochenmarks begrenzt (vgl. Stille 1988, S. 65).
Aufschiebende Wirkung für den Ausbruch des Vollbildes hat auch eine gesundheitsbewusste Lebensweise, bei der zusätzliche Infektionen, Stress, Alkohol, Tabak und sonstige Drogen vermieden werden, um das Immunsystem zu schonen.

Grundsätzlich lässt sich sagen, dass die Lebenserwartung eines HIV-infizierten Menschen heute höher ist als zu Beginn der Erforschung der Krankheit. Zuerst ging man in Deutschland von einer durchschnittlichen Lebenserwartung von 10 bis 12 Jahren aus. Heute geht man von 12 bis 14 (oder mehr) Jahren aus. Es ist durchaus möglich, dass in einigen Jahren eine Lebenserwartung von 15 oder mehr Jahren angenommen werden kann oder sogar die Regel ist.
Einerseits scheint nahezu unstrittig zu sein, dass entsprechende, neue Medikamente das Leben des HIV-Positiven verlängern, andererseits gibt es offenbar viele andere Faktoren, die auch mit den individuellen Anlagen und Lebensumständen eines Infizierten zu tun haben, so dass keine genauen Aussagen getroffen werden können. Zweifellos lässt sich auch sagen, dass die Behandlungsmöglichkeiten verbessert wurden, trotzdem gibt es Kritiker der Medikamentenverabreichung, die davon ausgehen, dass die negativen Nebenwirkungen der Medikamente so stark sind, dass sie das Immunsystem des HIV-Infizierten noch weiter schwächen und damit sein Leben sogar verkürzen.

Seit der Entdeckung von AIDS wurden mit höchster Intensität Forschungsanstrengungen unternommen, um Gegenmittel zu entwickeln. Denkbar wären hier Mittel, die den Verlauf der HIV-Infektion zumindest unterbrechen oder idealerweise den Erkrankungsstatus von HIV-positiv auf HIV-negativ verändern. Doch auch über 20 Jahre nach Entdeckung von AIDS sind derartige Gegenmittel nicht in Sicht. Realistischer sind Gegenmittel, die eine Lebensverlängerung bewirken können (also ohne die „eigentliche“ Krankheit dabei konkret abzubauen), eine

Lebensverlängerung in dem Status HIV-infiziert, aber noch nicht (AIDS-) krank. Denkbar wäre hier eine größere Verlängerung dieser Zeitspanne, so dass - in einigen Jahren vielleicht - die durchschnittliche Lebenserwartung bei einer HIV-Infektion in der BRD von jetzt ca. 12 Jahren z.B. auf 15 Jahre, 20 Jahre usw. verlängert werden könnte. Derzeit ist bei der Behandlung von AIDS wie bei vielen anderen nicht infektiösen Erkrankungen das bisher einzig mögliche Therapieziel eine Verlängerung des Lebens bei erträglicher Lebensqualität.

Die Biologie der Retroviren lässt es allerdings de facto ausgeschlossen erscheinen, dass eine Therapie gefunden werden kann, die das HIV-Virus endgültig aus dem Körper eliminiert. Das Grundproblem ist die laufende Änderung der Oberflächenstruktur des HI-Virus, d.h., heute sieht er „so“ aus, morgen „anders“, und alle Impf-Seren, die bis heute entwickelt wurden, passen immer nur auf einen Oberflächen-Typ; ein Impf-Serum, das sich unterschiedlichen Oberflächen anpassen kann, ist nach heutigem Wissensstand in den nächsten Jahren nicht realisierbar. Hier wird konkret deutlich, dass ein „richtiges Gegenmittel“ in den nächsten Jahrzehnten aller Wahrscheinlickeit nach nicht verfügbar sein wird.

Eine prägnante Situationsbeschreibung dazu findet sich in der Broschüre: AIDS. Die tödliche Bedrohung:
„Trotz der weltweiten Anstrengungen der Forscher ist die Entwicklung eines Impfstoffes gegen HIV noch nicht in Sicht. Der Grund hierfür liegt in der großen Wandlungsfähigkeit des HI-Virus. An der Außenhaut des HI-Virus befinden sich knopfförmige Gebilde, die aus einer Zucker-Eiweiß-Verbindung bestehen und als „gp120“ benannt werden. Sie sind aus heutiger Sicht die Ursache für die Infektiösität des Erregers. Treibt das Virus im Blutstrom an T-4-Lymphozyten oder an Makrophagen vorbei, bleibt es mit Hilfe des Knopfes an den sogenannten CD-4-Rezeptoren der Zellen hängen.
Gegen die knopfförmigen Gebilde können im menschlichen Organismus Antikörper gebildet werden. Das Problem ist: Die Knöpfe wechseln ihre Antigenität, und die gebildeten Antikörper wirken nicht mehr gegen die zweite Variante. Es wird berichtet, daß bei einem einzigen Patienten 14 verschiedene Virusvarianten gleichzeitig gefunden worden sind. Von den etwa 3000 Varianten, die weltweit in Laboratorien angezüchtet sind, scheinen keine zwei vollkommen identisch zu

sein. Dazu ein Beispiel: Forscher an der Universität von Alabama haben vom HI-Virus eines ihrer Patienten identische Kopien (Klone) hergestellt. Der Vergleich der vor 16 Monaten gewonnen Viren mit einer neuen Probe ergab: Von 18 Klonen stimmte kein einziger mit den früheren Klonen genau überein. Der Grund: Bei Umschreiben der Erbinformation mit Hilfe der reversen Transkriptase unterlaufen dem HI-Virus „Abschreibfehler“, die zur Entstehung von neuen Virus-Typen führen. (…) Bis der Impfstoff gegen eine Virusvariante auf den Markt kommt, könnte es passieren, daß er schon nicht mehr greift, weil sich das Virus längst verändert hat.

Ein weiterer Grund für die Schwierigkeiten der Impfstoffentwicklung liegt in der Tatsache, daß es an brauchbaren Tiermodellen für die Forschung mangelt. Zurzeit sind Schimpansen die einzigen bekannten Tiere, die mit HIV infiziert werden können. Der frühe Einsatz möglicherweise hochgefährlicher Substanzen am Menschen kann aber nicht die richtige Alternative sein. Dazu ein Beispiel: An verschiedenen Forschungszentren wird an Verfahren gearbeitet, wie man die Bindungsreaktion an der als CD-4-Rezeptor bezeichneten Anlegestelle der Viren an die Zelle blockieren könnte. Die theoretische Vorstellung ist faszinierend: Gentechnologisch hergestellte Imitationen dieses Rezeptors in der Blutbahn des Patienten könnten die Viren täuschen und am Eindringen in die Zelle hindern. Man weiß jedoch nicht, ob damit gleichzeitig nicht das gesamte Immunsystem lahmgelegt und so auch jede gesunde Immunreaktion vereitelt werden könnte.“ (SCHERING AG, Berlin, S.54). Grundlegende Schwierigkeit bei der Entwicklung eines Impfstoffes gegen AIDS ist die Tatsache, dass das Vorhandensein von Antikörpern das Eindringen der Viren in Makrophagen nicht nur nicht zu verhindern, sondern sogar grundsätzlich zu erleichtern scheint. Dieses Phänomen ist inzwischen auch für HIV nachgewiesen worden (vgl. Koch 1988, S. 82).

2.6. Der AIDS-Test

Genau genommen ist AIDS lediglich der Name für den Zeitraum der konkreten Immunschwächekrankheit des menschlichen Körpers, der sich wiederum aus diversen opportunistischen Krankheiten zusammensetzt. Von daher kann es den Begriff "AIDS-Test" eigentlich gar nicht geben, denn ein Test kann nicht den Namen einer Zeitspanne überprüfen, deren Name gegeben ist oder nicht.

Grundlage des Tests ist der Nachweis, ob sich Antikörper der HI-Viren im Blut des Testanten befinden. Aus diesem Grund wird der AIDS-Test konkret als HIV-Antikörper-Test bezeichnet und unter dieser Bezeichnung wird er auch in sämtlichen Institutionen durchgeführt.

2.6.1. Spezifikationen des Tests

Allgemein üblich ist ein Suchtest=ELISA (**E**nzyme **L**inked **I**mmuno **S**orbent **A**ssay) -Test. Dieses Verfahren wurde 1985 entwickelt, von diesem Zeitpunkt an allgemein angeboten und beruht auf der Tatsache, dass der HIV-Infizierte nach der Infektion Antikörper in messbaren Konzentrationen bildet (vgl. Venrath 1994, S. 29). Die gebildeten Antikörper richten sich gegen verschiedene Komponenten des Virus. Unterschieden werden kann zwischen neutralisierenden bzw. protektiven, schutzverleihenden Antikörpern und neutralisierenden, sogenannten indivikativen Antikörpern. Nach einer HIV-Infektion bildet der menschliche Körper beide Arten von Antikörpern. (vgl. Rozdzinski und Kern, S. 24).
Bei einem ELISA-Test wird durch einen Farbumschlag der Nachweis erbracht, dass sich Antikörper im menschlichen Blut befinden, die sich nach einer Infektion mit dem HI-Virus gebildet haben. Mit dem ELISA-Test konnte nachgewiesen werden, dass mehr als 99% aller an AIDS-Symptomen erkrankten Personen seropositiv auf den Antikörper-Titer reagierten, wodurch die Aufdeckung der Ansteckungswege ermöglicht wurde (vgl. Venrath 1994, S. 29).
Der ELISA-Tests ist optimal im Hinblick auf Schnelligkeit und Personal, da in relativ kurzer Zeit und mit wenigen Mitarbeitern viele Blut-Seren getestet werden können. Der ELISA-Suchtest hat die Funktion, Antikörper im Blut aufzufinden, dabei besteht allerdings die (geringe) Möglichkeit eines "falsch positiven" Ergebnisses, im Gegensatz zum negativen Ergebnis - dieses ist sehr sicher.
Bei der ersten Generation der ELISA-Tests (bis 1986) waren relativ hohe Fehlerquoten zu verzeichnen:

Sensitivität = falsch negativ bis 5 %
Spezifität = falsch positiv bis 15 %

Die Testgüte wird durch die Sensitivität und die Spezifität des Tests bezeichnet. Je sensitiver ein Test ist, desto mehr verliert er an Spezifität, und je spezifischer

ein Test ist, desto weniger sensitiv ist er. Die Sensivität bezeichnet den Anteil der im Test richtig negativen Testergebnisse bei allen Nicht-Virusträgern.
Je sensitiver ein Test ist,
- desto sicherer zeigt er Antikörper an,
- desto häufiger ergibt er falsch-positive Resultate
- desto seltener ergibt er falsch-negative Resultate

Die Spezifität bezeichnet den Anteil der im Test richtig positiven Testergebnissen bei allen Virusträgern. Je spezifischer ein Test ist,
- desto seltener zeigt er andere Antikörper an,
- desto seltener ergibt er falsch-positive Resultate

Antikörper gegen das 1986 bei AIDS-Erkrankten aus Westafrika isolierte Virus HIV-2 wurden von der ersten Generation der ELISA-Tests nicht immer erkannt. Seit 1988 wurden deshalb spezifische HIV-2-ELISA-Tests eingeführt, deren Nachteil allerdings darin bestand, Antikörper gegen HIV-1 nur teilweise zu erkennen. Inzwischen wurden kombinierte HIV-1/HIV-2-ELISA-Tests zugelassen.

Die zweite Generation gentechnologisch hergestellter **Oligopeptid-ELISA-Tests** verfügte über eine verbesserte Spezifität (>98 %) und eine hohe Sensitivität (>99 %):
Sensitivität = falsch negativ < 0,5 %
Spezifität = falsch positiv < 2 %
Diese Art der Testung ist in Deutschland der Standard-Suchtest. (vgl. BAGS 70-3.4., S.11).

Die früher bekanntgewordene Testunsicherheit ist heute weitestgehend eliminiert. Eines der Hauptprobleme war das falsch positive Ergebnis, für den Betroffenen eine furchtbare Angelegenheit mit weitreichenden Konsequenzen im persönlichen und sozialen Bereich. Um dieser Testunsicherheit zu begegnen, wurde eine Zeitlang die Wiederholung des Testes angeboten.

Bei den neuen Testmethoden wird zusätzlich zum ELISA-Test im Falle eines positiven Ergebnisses ein Bestätigungstest durchgeführt. Zu einem irrtümlich reaktiven Testergebnis, also der Vortäuschung einer Ansteckung ("falsch positiv"),

konnte es kommen, weil im Blut eine Vielzahl anderer Antikörper (z.B. Rheumafaktoren) und möglicherweise störender Stoffe vorhanden sind, die beim Suchtest u.U. fälschlich mit dem HIV oder seinen Bestandteilen reagieren können (vgl. BAGS 70-3.1, S. 10). Ein "positives" Testergebnis wird deshalb auf jeden Fall durch einen Bestätigungstest - den noch genaueren "Western-Blot-(Immunfluoreszenz) Test", der für diese Fehlerquelle unempfindlicher ist, überprüft. Die Zuverlässigkeit eines Ergebnisses wird deshalb besonders hoch eingestuft und beträgt annähernd 100%. Erst bei einer erneuten Bestätigung des Testergebnisses aus dem ELISA-Test durch den Western-Blot-Test darf dann ein "positiver" Befund mitgeteilt werden.
Die modernen ELISA-Tests sind hochempfindlich (sensitiv) und sehr genau (spezifisch), d.h. sie haben ein qualitativ hochwertiges Ergebnis. Nach Möglichkeit soll kein Test falsch negativ ausfallen, d.h. die Tests sollen immer reagieren, wenn Antikörper im (Blut) Serum vorhanden sind. Der Preis dieser hohen Empfindlichkeit sind (relativ selten vorkommende) Fehler, nämlich falsch positive Reaktionen. Verglichen mit anderen Tests in der Medizin werden diese modernen HIV-Antikörpertests trotzdem als extrem zuverlässig eingestuft: „Dennoch bleiben Fehlermöglichkeiten, die in der Methode selbst (Testgüte) oder beim Labor liegen können. Für die modernen HIV-Tests rechnet die Deutsche Gesellschaft für Medizinische Dokumentation, Informatik und Statistik bei ordnungsgemäßer Durchführung des gestuften Vorgehens (Suchtest und Bestätigungstest) mit weniger als einem falsch-positiven Testergebnis auf 100.000 Tests“ (BAGS 70 - 3.3., S. 11).
Die gegebenen Diagnosen einer HIV-Infektion bei einem positiven Testergebnis können deshalb auch als sehr zuverlässig eingestuft werden. Es kann jedoch nach einem positiven Testergebnis nicht davon gesprochen werden, dass eine AIDS-Erkrankung vorliegt, sondern der Test zeigt lediglich an, ob eine Virusinfektion vorliegt, die zu einer AIDS-Erkrankung führt (vgl. Selg 1988, S. 74).

Bei der Durchführung des ELISA-Tests ist allerdings eine Besonderheit zu beachten: Die Antikörper auf die HI-Viren bilden sich (wie bei anderen Krankheiten auch) nicht sofort, sondern erst nach einem bestimmten Zeitraum nach der Infektion, der Serokonversionslatenz. In diesem Fall handelt es sich um eine Zeitspanne von **drei** Monaten.

Dieser Zeitraum von der eigentlichen Infektion bis zur Ausbildung von HIV-Antikörpern, auch als sogenannte „diagnostische Lücke“ bezeichnet, ist von entscheidender Bedeutung, da in dieser Zeit ein AIDS-Test noch keine Aussagekraft haben kann und ein negatives Ergebnis keinesfalls als Nachweis gelten kann, dass der Testant nicht HIV-infiziert ist: „Für die BR Deutschland errechnet sich aufgrund einer solchen "diagnostischen Lücke" der HIV-Antikörper-Tests ein Restrisiko von 1:500.000 - 1.3.000.000.“ (BAGS 6.1., S. 33).

Sollte dieser Umstand nicht berücksichtigt werden bzw. gewährleistet sein, kann dies erhebliche Konsequenzen haben. Wenn der Test vor Ablauf der 3 Monate vorgenommen wird und die Antikörper-Abbildung noch nicht abgeschlossen ist, wird das Testergebnis „negativ“ ausfallen, während hingegen die betroffene Person tatsächlich HIV-positiv sein kann. In der praktischen AIDS-Arbeit und –Beratung ist diese Situation unter allen Umständen zu vermeiden, da sich der Testant bei einem entsprechenden Testergebnis dann in einer falschen Sicherheit wiegen würde und demzufolge seine HIV-Infektion u.U. leicht weiter tragen könnte.

Dies bedeutet auch, dass ein AIDS-Test nicht immer "sofort" durchgeführt werden kann, sondern - je nach Zeitpunkt des vermeintlichen Risikos - erst bis zu 3 Monaten später.

Allein diese Voraussetzung kann zu dramatischen Erscheinungen führen:

Beispiel A:

Ein Mann ist vor einer Woche aus einem Sex-Tourismus-Urlaub zurückgekommen und wird sich seiner gefährlichen Situation bewusst. Um sich hier möglichst schnell Klarheit zu verschaffen, will er so schnell wie möglich einen AIDS-Test machen. Aus den obengenannten Gründen ist das aber nicht möglich (auch wenn ihn seine "Angst noch so drückt"), sondern bis zum AIDS-Test muss er noch einmal 11 Wochen warten, und dann noch etwa 1- 2 weitere Wochen bis zum eigentlichen Ergebnis - diese Zeit von insgesamt etwa 13 - 14 Wochen langen Wartens voller Angst und Ungewißheit können zu sehr drückenden psychischen und sozialen Belastungen führen

Beispiel B:
Eine langjährig verheiratete Ehefrau ist vor einem Monat fremdgegangen (ohne ein Kondom zu benutzen). Sie kommt zum AIDS-Test, der aber (siehe oben), noch nicht gemacht werden kann, da sie bis dahin noch zwei Monate warten muss. Nicht nur, dass sie Angst hat, ob sie sich nun infiziert hat oder nicht, und mit einer Klärung noch 2 Monate bis zum Test und weitere 1 - 2 Wochen bis zum Ergebnis warten muß, sondern dazu ergibt sich für sie noch folgende Problematik: Wie verhält sie sich ihrem Ehemann gegenüber? Korrekterweise (um ihn zu schützen), müsste sie sich so verhalten, als sei sie infiziert , d.h., dass sie jetzt bei ehelichem Verkehr ein Kondom verwenden müßte - wie aber soll sie das ihrem Mann erklären, ohne ihre Situation (Seitensprung) preiszugeben (was ja unter Umständen zum Bruch der Ehe führen kann)? Wie soll sie sich ihren Kindern gegenüber verhalten in Bezug auf ein Übertragungsrisiko?

In beiden Beispielen ist der Zeitfaktor (Einhaltung der 3 Monate) das Primärproblem, denn wenn der Test sofort gemacht werden könnte, wären beide Situationen sofort "aufgelöst", zumindest in Bezug auf das alltägliche Sozialverhalten. Wie es sich jedoch mit dem persönlichen bzw. privaten Bereich (Gewissen, Verantwortung gegenüber anderen) verhält, bleibt offen.

Seit etwa 2000 wird mit dem EIA-Kombinations-Test ein etwas anderer Test praktiziert. EIA steht für **E**nzym **I**mmuno **A**ssay. Der Test ist eine Kombination von Antikörper- und Antigen-Test. Der ELISA-Test war lediglich ein Anikörper-Test. Mit dem bisherigen ELISA-Test konnte erst nach Ablauf von 3 Monaten nach der Infektion ein aussagekräftiges Ergebnis erzielt werden. Der neue EIA-Kombinations-Test hingegen erfasst auch den aktuellen Zeitraum, also „ab sofort“, direkt nach der Infektion, also ohne die 3 Monate Wartezeit. Allerdings gibt es bei der Erfassung der ersten 3 Monate nicht so eine hohe Sicherheit, so dass hier keine zuverlässige Aussage getroffen werden kann. Die Zuverlässigkeit dieses Tests wenn er innerhalb dieser ersten 3 Monate durchgeführt, liegt bei etwa nur 80% und deshalb gilt die verbindliche Sicherheit dieses Testes auch wieder erst nach dem Zeitraum von 3 Monaten. Zwar kann mit diesem Test auch „tendenziell“ eine aktuelle Infektion erkannt werden, er leistet also etwas, was mit dem ELISA-Test bisher nicht möglich war, aber es kann innerhalb der ersten 3

Monate nicht jene Sicherheit garantiert werden, die eben bei Tests nach Einhaltung des Zeitraums von 3 Monaten besteht.

In einigen Sonderfällen muss von dieser üblichen Vorgehensweise (3 Monate ohne Risiko, dann Beratungsgespräch mit Test und anschließender Ergebnisbekanntgabe eines sehr sicheren Ergebnisses) abgewichen werden: wenn ein berufliches HIV-Infektionsrisiko vorliegt. Dann werden auch heute noch 4 HIV-Antikörper-Tests in einer bestimmten festgelegten Reihenfolge durchgeführt. Der Grund dafür liegt in der beruflichen Unfallversicherung, hier muss im Prinzip nachgewiesen werden, dass die Infektion tatsächlich an dem betreffenden Tag im beruflichen Bereich (Dienst) stattgefunden hat, und der Betreffende nicht etwa vorher schon infiziert war. Deshalb sind hier einige Sonderregelungen zu berücksichtigen: am Tag des Unfalles ist die Meldung und Dokumentation desselben notwendig, am gleichen (oder folgenden) Tag der erste HIV-Antikörper-Test, ein weiterer Test nach 6 Wochen, der dritte nach 3 Monaten und der vierte und letzte Test nach einem halben Jahr. Nur diese gesetzlich vorgeschriebene Vorgehensweise bringt Sicherheit für den Fall, dass das erste Testergebnis (desselben Tages) negativ ist, und bei den folgenden Testen positiv wird: Ausschließlich dann ist gewährleistet, dass es sich um einen Berufsunfall handelt, mit dem Hintergrund, dass das erste, negative Testergebnis dokumentiert, dass vorher keine HIV-Infektion vorlag, und das eines der drei weiteren (positiven) Ergebnisse belegt, dass die Infektion zum Zeitpunkt des Berufsunfalles geschehen ist, und somit der Anspruch auf eine Unfallrente besteht. Sollte der erste Test (am selben oder nächsten Tag) bereits positiv ausfallen, wird die Argumentationskette in die Richtung ausgelegt werden, dass bereits vorher eine HIV-Infektion vorgelegen hat, und somit keine rechtlicher Anspruch auf eine Unfallrente besteht. Diese, von der sonst üblichen Test-Praxis abweichende Regel, ist also bei berufsbedingten HIV-Übertragungsrisiken von absoluter Bedeutung und von daher besonders herauszustellen, z.B. im Rahmen von berufsspezifischen AIDS-Fortbildungsseminaren, insbesondere für Polizei, Feuerwehr, Rettungsdienst und Labore (vgl. BAGS 51 - 4.2., S. 31).

2.6.2. Beratung und Durchführung des Tests

Der genaue Ablauf eines HIV-Tests sieht zeitlich aufgesplittet wie folgt aus:

- Erster Besuch des Testanten
  - Beratungsgespräch
  - anschließende Blutentnahme

- Zweiter Besuch des Testanten (etwa 1 bis 2 Wochen später):
  - Ergebnisbekanntgabe
  - verbunden mit einem weiteren Beratungsgespräch

Ein zentraler Bestandteil des AIDS-Tests ist das Beratungsgespräch, das der eigentlichen Blutentnahme für den AIDS-Test vorausgeht. Das persönliche Beratungsgespräch „ermöglicht es, die Ratsuchenden gezielt und unter Berücksichtigung der jeweiligen Lebenssituation über AIDS umfassend zu informieren und ggf. zusätzliche Hilfen anzuregen oder zu vermitteln“ (Schäfer, S. 98).
Ohne Beratungsgespräch wird kein Test durchgeführt, wobei es für die Länge des Beratungsgesprächs keine Vorgaben gibt. Die Zeitspanne ist abhängig von den Fragen und Bedürfnissen der einzelnen Personen. Die Dauer eines solchen Beratungsgespräches beträgt im Allgemeinen zwischen 15 Minuten und etwa einer halben bis zu einer Stunde. Die Bedingungen inhaltlicher Art dieser Beratungsgespräche sind auch ganz spezifischer Natur: Beim Beratungsgespräch sitzen sich zwei völlig fremde Menschen für eine kurze Zeit gegenüber und unterhalten sich über die Privat-Intimsphäre der ratsuchenden Person, um die Übertragungssituation und damit verbunden das Übertragungsrisiko herauszukristallisieren. Eine wichtige Aufgabe ist die individuelle anonyme Beratung aller Personen, die sich durch AIDS betroffen bzw. gefährdet glauben.

Das Beratungsgespräch erfüllt drei Funktionen:

1. Einhaltung des Dreimonatszeitraums

Die Notwendigkeit eines Beratungsgesprächs ergibt sich bereits daraus, dass geklärt werden muss, ob die zeitliche Voraussetzung für einen AIDS-Test gegeben

ist. Art und Durchführung des Antikörper-Tests sind vielen unbekannt, was bedeutet, dass sie auch nicht wissen, dass sie in diesem Fall 3 Monate warten müssen und der Test nicht eher durchgeführt werden kann. Auf jeden Fall muss dieser Umstand im Beratungsgespräch geklärt werden, ansonsten muss der Test verschoben werden bis zum Ablauf der 3 Monate.

2. Individuelle Risikoberatung

Das Beratungsgespräch hat aber nicht nur den (notwendigen) Sinn, die 3 Monate abzufragen, sondern natürlich muss es auch auf das eigentliche, individuelle Übertragungsrisiko eingehen, alleine schon, um ggf. zu entscheiden: Liegt überhaupt ein Übertragungsrisiko vor (es sollte ein Test durchgeführt werden) oder nicht (es ist kein Test notwendig). Für den Fall, dass ein Übertragungsrisiko vorliegt (in der Praxis ist das fast immer der Fall), muss im Beratungsgespräch spezifisch darauf Bezug genommen werden. Dazu dient eine auf den einzelnen zugeschnittene Analyse und Aufarbeitung der individuellen Übertragungssituation, um das Übertragungsrisiko bzw. die Übertragungshäufigkeit zu verdeutlichen. Das Beratungsgespräch dient so zur Aufarbeitung des Gesamtzusammenhanges, eine alleinige Konzentration auf das Verfahren und den Verfahrensablauf bleibt ein problematisches Unterfangen (vgl. Selg 1988, S. 74).

Ein wichtiger Bestandteil des AIDS-Tests ist es, dem Einzelnen zu vermitteln: Wenn in den letzten 3 Monaten kein Übertragungsrisiko stattgefunden hat, und das Testergebnis "negativ" ausfällt (also keine HIV-Antikörper im Blut nachgewiesen wurden), dann liegt es an dem weiteren Verhalten einer Person, nie wieder ein Übertragungsrisiko einzugehen, und somit lebenslang HIV-negativ zu bleiben. Im Beratungsgespräch muss also auch darüber gesprochen werden, dass der sicherste Schutz für den Einzelnen in einer Verhaltensänderung besteht, also in Zukunft eigenverantwortlich dafür zu sorgen, ein Übertragungsrisiko zu vermeiden. Das ist und bleibt der einzige Schutz vor AIDS/HIV-Infektionen. Daraus erklärt sich auch, daß ein AIDS-Test eigentlich nur einmal im Leben durchgeführt werden sollte, sozusagen "abschließend", und anschließend sollte eine entsprechende Verhaltensänderung erfolgen. Der AIDS-Test und das damit verbundene Beratungsgespräch ist eine wichtige Kontaktmöglichkeit, um dem Einzelnen gezielte Informationen zu vermitteln, und damit verbunden Verhaltensänderungsstrategien zu erreichen, die konkret der einzige Schutz vor AIDS sind.

3. AIDS-Prävention

Zwar werden in Deutschland bei Bedarf Präventions- und Informations-Veranstaltungen zu AIDS angeboten, aber das Beratungsgespräch beim AIDS-Test stellt einen der wenigen Kontaktmöglichkeiten zu einzelnen Personen und Paaren dar, die womöglich HIV-infiziert sind. Dies verdeutlicht wiederum die absolut zentrale Bedeutung des Beratungsgespräches, denn es bleibt im Prinzip keine andere Präventionsmöglichkeit für Einzelpersonen und Paare! Aufgrund der Tatsache, dass in der BRD wesentlich mehr HIV-Antikörper-Tests durchgeführt werden als Präventionsveranstaltungen, erlangt eben dieses Beratungsgespräch die Qualität und Bedeutung des wichtigsten und meistgenutzen Präventionsinstrumentes in der BRD.

Grundsätzlich darf der HIV-Antikörper-Test in der BRD nur mit der Einverständniserklärung der betreffenden Person gemacht werden, und keinesfalls "unter der Hand", also heimlich, z.B. als Schutz für das Krankenhauspersonal o.ä. Tests ohne vorherige Aufklärung und Einwilligung des Patienten sind rechtswidrig und als Körperverletzung strafbar (vgl. Bruns 1988, S. 123).

Alle Gesundheitsämter müssen den Test auch anonym anbieten, d.h., dass der Test ohne Angabe von persönlichen Daten durchgeführt werden kann. Letzteres wird häufig wahrgenommen, ein großer Teil der Testanten bevorzugt den anonymen Test. Die einzigen Daten, die dann - auf freiwilliger Basis - erhoben werden, sind eine bestimmte Codierung des Namens, das Alter und das Geschlecht der Testanten.

Im Regelfall ist der Test bei den Gesundheitsämtern kostenlos, wenn die Voraussetzungen der 3 Monate erfüllt sind.

Für die Gesundheitsämter ist neben der Anonymität der Faktor „kostenlos“ von Bedeutung, da die AIDS-Teste bei den niedergelassenen Ärzten im Regelfall bezahlt werden müssen. Die Preisspanne liegt dann im Bereich von etwa 25 bis 80 Euro.

Wenn es zu einem Test kommt, das Verfahren also z.B. nicht nach dem Beratungsgespräch abgebrochen wird, erfolgt im Anschluss die Blutentnahme. Diese wird anschließend zu einem autorisierten Labor eingeschickt und dort ausgewertet. Das Ergebnis wird an das entsprechende Gesundheitsamt zurückgesandt und liegt in der Regel 7 -14 Tage später vor.

Das persönliche Gespräch zur Ergebnisbekanntgabe im Falle eines negativen Testergebnisses bildet wiederum eine Präventionsmöglichkeit, insofern, als jetzt notwendige Verhaltensänderungen noch einmal verdeutlicht und individuell durchgesprochen werden können unter der Prämisse der jetzt persönlich abgestimmten einzig wirkungsvollen Schutzmaßnahmen. Verdeutlicht werden sollte, dass ein negatives Testergebnis keine absolute Sicherheit bedeutet (vgl. Selg 1988, S. 74). Die Beratung sollte weiterhin darauf einwirken, dass testnegativ nicht bedeutet:

„Daß das Individuum sich über sein Sexualverhalten (Sexualpraktiken, Kontakt mit Körpersekreten usw.) für die Zukunft keine Gedanken zu machen braucht; daß es gegen das Virus immun ist; daß es nicht mit dem Virus infiziert ist“ (Selg 1988, S. 74).

Das Gespräch bei einer positiven Ergebnisbekanntgabe ist äußerst schwierig, es dient allerdings nicht der allgemeinen Prävention, sondern ist Bestandteil einer psychologischen Beratung und Hilfestellung für den Einzelnen, wobei auch konkrete, jetzt notwendige Schutzmaßnahmen im Vordergrund stehen (vgl. BAGS 70-6.1., S. 25). Im kritischen Moment der Testmitteilung darf das Individuum nicht alleingelassen werden oder sich alleingelassen fühlen. Bei positivem Testergebnis sind lebensentscheidende Informationen durch die Sozialarbeit notwendig, das Individuum muss „Bewältigungsstrategien für die zwischenmenschlichen Auswirkungen des Ergebnisses lernen“ (Selg 1988, S. 75).

2.6.3. Kritische Bemerkungen zum HIV-Antikörper-Test

Gerade in den 80er Jahren stand der HIV-Antikörper-Test immer wieder im Mittelpunkt kritischer Einwände und im Verdacht, ein politisches Instrumentalisierungsorgan zu sein.

Venrath führt die Sinnhaftigkeit des Tests darauf zurück, dass mit Hilfe des Tests relativ sichere Aussagen über die Infektionsquelle auch noch Monate nach der

Infektion festgestellt werden kann, womit eine exakte Nachverfolgung und damit auch eine empirische Bestätigung ermöglicht wird (vgl. Venrath 1994, S. 36). Der Test wäre in diesem Sinne dann ein sinnvolles Element einer genauen Spezifikation der entsprechenden HIV-Infektionen, womit durch eine genaue Falldarstellung einer überhöht-spekulativen Fallzahl, wie sie z.T. in den Medien verwendet wurde, entgegengetreten werden könnte. Die empirische Bestimmung der Infektionen durch den Test macht das genaue Ausmaß der Verbreitung der Krankheit erst deutlich. Allerdings war gerade diese durch den Test ermöglichte Empirie immer wieder Ziel scharfer Kritik, ermöglicht sie doch auch entsprechende politische Druckmittel und Quasi-Verpflichtungen für Risikogruppen, wobei die Freiwilligkeit den Test machen zu lassen, ein Gradmesser der Verantwortung des Testanten ist, was auf eine Zweiteilung der Personengruppen in getestete und nichtgetestete Personen hinauslaufen würde. Diese Differenzierung ist, so kritisiert Salmen, Teil öffentlicher Kampagnen, die Problematik einer zu hohen Bedeutung, die die HIV-Antikörpertests in der staatlichen Aidsprävention hat. „Verantwortlich handelt demnach, wer sich nach Risikosituationen testen läßt – nicht derjenige, der sich und seinen Partner schützt“ (Salmen 1990, S. 95).

Theoretisch kann der Test auch zur Trennung von HIV-Infizierten und nichtinfizierten Menschen verwendet werden. Mit dem Test lassen sich diejenigen „aufspüren“, die gegen die Werte der sogenannten Normalbevölkerung verstoßen haben: „Er ist das Mittel der Unterscheidung von „uns“ (der „Allgemeinbevölkerung“) und „ihnen“ (den Schwulen und Fixern)“ (ebendaselbst). In diesem Zusammenhang wurden auch immer wieder Test-Empfehlungen oder Forderungen bei Berufseinstellungen oder Vertragsabschlüssen diskutiert, die mit Zwangsmaßnahmen zum Test verbunden wären, da die Einstellung oder der Vertragsabschluss an die Bedingung eines negativen Tests geknüpft wäre und die Betroffenen damit gezwungen wären, den Test durchführen zu lassen, auch wenn auf ihrer Sicht überhaupt keine Notwendigkeit dazu besteht: „Der Sinn solcher Indikation kann nur in Diskriminierung der Infizierten und ihrer Ausgrenzung aus dem sozialen Netz, d.h. der Schaffung einer Zweiklassenmenschheit, bestehend aus Nichtinfizierten und Infektiösen, vermutet werden“ (Wolters 1989, S. 92).

Damit wären die politischen Voraussetzungen geschaffen, um nun genau gegen die Personengruppe der HIV-Infizierten mit politischen Maßnahmen vorzugehen, die einer (möglichen) Gefahr dieser Krankheit vorbeugen und die anderen Nicht-

infizierten vor dem Einfluss der Infizierten schützen sollen, wobei den HIV-infizierten andere Rechte und Pflichten aufgezwungen würden als den Nichtinfizierten (vgl. ebendaselbst).
Rühmann argumentiert in diesem Zusammenhang, dass der Test ein gesellschaftliches Phänomen ist, das die Ausgrenzung Homosexueller verschärft. Homosexuelle nun, die den Test machen lassen, nicht zuletzt auch um der in der gesellschaftlichen Diskussion immer wieder angesprochenen Verantwortung gerecht zu werden, können als Homosexuelle identifiziert werden, sie wären damit im Falle eines positiven Ergebnisses nicht nur als HIV-positiver gesellschaftlich diskriminiert, sondern noch zusätzlich aufgrund ihrer Homosexualität benachteiligt (vgl. Rühmann 1985, S. 141). Außerdem ließe sich der Test, so wurde in den Anfangsjahren in medizinischen Publikationen verbreitet, auch als Markierungsinstrument missbrauchen. Damit würde nicht nur eine „medizinische Identifizierung von Homosexuellen möglich, sondern gleichzeitig die Identifizierung eines bestimmten Lebensstils mit hoher Promiskuität und bestimmten Sexualpraktiken“ (Rühmann 1985, S. 141-142) – ein Bild von Homosexualität, das aufgrund der bestehenden medial geschaffenen öffentlichen Meinung existiert, ohne dass die entsprechende Person wirklich so leben muss.
Wolters verweist darauf, dass trotz der mit dem Test verbundenen Absicht, möglichst viele Menschen zu testen, um damit eine bessere und frühere Bekämpfung zu erreichen, kritisiert werden muss, dass mit einem positiven Testergebnis erhebliche psychosoziale Folgen für die Betroffenen verbunden sind, wobei die Betroffenen mit diesem Ergebnis oft allein gelassen worden sind. Dem Versuch, über den Test möglichst effektiv einer HIV-Infektion vorzubeugen und auch der Prävention zu dienen, steht eine uneffektive Unterstützung der HIV-Infizierten im Falle eines positiven Testergebnisses entgegen, es scheint, als sei mit politischen Maßmahmen nur eine Ausrichtung auf den Test erfolgt, ohne an die Konsequenzen für die Betroffenen zu denken (vgl. Wolters 1989, S. 91).

Kritisiert wird auch immer wieder die unsichere medizinische Erkenntnislage bei der Durchführung des Tests. Der Zeitraum, in dem der menschliche Körper Antikörper auf die HI-Viren bildet, die dann im Test nachgewiesen werden und von der in der allgemein üblichen gesundheitspolitischen Lage ausgegangen wird, ist längst nicht bei allen HIV-Infizierten zu beobachten. In Einzelfällen, so Rozd-

zinski und Kern, hat es offenbar längere Zeiträume gegeben, bis sich Antikörper gebildet haben. In diesen Fällen wäre dann auch der 3 Monate nach einer möglichen Infektion durchgeführte Test nicht aussagekräftig, da die Person möglicherweise erst Wochen oder Monate später Antikörper gebildet hat, die auch erst dann nachgewiesen werden können. Der Infizierte wäre dann (obgleich im Test HIV-negativ) bei entsprechendem Kontakt oder als Blut- oder Organspender bereits infektiös (vgl. Rozdzinski und Kern, S. 24/25).

Ähnlich argumentiert Bruns. Er glaubt, dass die Aussagekraft negativer Testergebnisse auch als solche gering ist, da es in Einzelfällen sogar mehr als ein Jahr dauern kann, bis sich nach einer Infektion die gesuchten Antikörper bilden und der Test anspricht (vgl. Bruns 1988, S. 122). Allerdings ist die Frage, wie selbst bei Annahme unsicherer medizinischer Erkenntnisse oder Einzelfälle, die aus dem Dreimonatszeitraum herausfallen, praktisch verfahren werden soll. Die derzeitige Praxis ist, da der wirkliche Nachweis der HI-Viren im Menschen bisher technisch sehr aufwändig ist, dass der Test zum Nachweis einer Infektion von HI-Viren an den Nachweis der vom Körper gebildeten Antikörper gekoppelt ist. Dies ist bisher die ökonomischste und sicherste Möglichkeit, eine HIV-Infektion zuverlässig nachzuweisen. Es scheint aber trotzdem falsch zu sein, die beim Test erhaltenen negativen Ergebnisse als absolut sicher und zuverlässig darzustellen, als gäbe es hier eine hundertprozentige Sicherheit. Inhalt des Tests ist ja nicht zuletzt auch die Beratung des Testanten, wobei auch bei einem negativen Ergebnis auf das Präventionsverhalten, auf die Achtsamkeit und die Verantwortung des einzelnen Menschen eingewirkt werden soll.

Die z.Z. vorliegenden HIV-Antikörper-Tests, so Koch, verfügen nicht über die Potenz, Angaben über die Zeitdauer der vorliegenden Infektion zu machen. HIV-Antikörper konnten anfangs- auf Grund des „diagnostischen Fensters“ – frühestens 7-12 Wochen nach einer HIV-Infizierung nachgewiesen werden (Koch 1987, S. 14). 1986 wurde eine Serokonversion 26 Wochen nach einer HIV-Infizierung als Seltenheit bewertet (Koch 1987, S. 95). Infolgedessen galt bis zu diesem Zeitpunkt: Wer innerhalb eines halben Jahres zweimal hintereinander seronegativ getestet wurde, konnte davon ausgehen, daß er nicht HIV-infiziert ist. Inzwischen konnte das „diagnostische Fenster“ verkleinert werden, die Zeitspanne zwischen Virusinokulation und der Nachweisbarkeit von HIV-Antikörpern im Serum des Infizierten beträgt jetzt in der Regel 6-8 Wochen (Goebel 1989, S. 4). Seit der V.

Internationalen AIDS-Konferenz in Montreal im Juni 1989 wird von einer Antikörper-Serolatenz von 12 bis 24 Monaten ausgegangen. „Diese lange Serolatenz erklärt, weshalb HIV-Infektionen mit Antikörper-negativ-getesteten Blutplasmen und Blutprodukten zu Infektionen führen, weshalb seronegativ erkannte Hämophile ihre Partner/innen infizierten und weshalb serogeativ getestete Mütter HIV-infizierte Kinder gebaren“ (Kindler 1995, S. 20).
Koch bezeichnet den Test allerdings als kontraproduktiv im Rahmen der AIDS-Präventionspolitik, da negative Testergebnisse „(nicht nur) bei Angehörigen von Risikogruppen eine Scheinsicherheit erzeugen, in deren Verlauf es wiederum zu „gefährlichen“ Sexualpraktiken, zu „Leichtsinn“ und zur Überschätzung der individuellen Widerstandskraft kommen kann. Solche durch den Test hervorgerufenen Verhaltensreaktionen laufen dem primärpräventiven Ziel der Minimierung der Infektionswahrscheinlichkeit zuwider“ (Koch 1989, S. 27). Zweifellos kann ein negatives Testergebnis zu einer Scheinsicherheit des Testanten führen und es muss darauf hingewiesen werden, dass ein derartiges Ergebnis den Testanten nicht von einem verantwortungsvollen Sexualverhalten befreit. Dies impliziert jedoch Konsequenzen für die entsprechende Beratung und Informationen, die dem Testanten im Beratungsgespräch vermittelt werden sollten.

Was die aktuelle praktische Arbeit in Deutschland anbetrifft, so wird der HIV-Antikörper-Test derzeit bei folgenden Institutionen durchgeführt:
1) Gesundheitsämter führen den Test anonym, kostenlos und mit einem obligatorischen Beratungsgespräch durch.
2) Bei vielen Ärzten hingegen ist es leider üblich, den Test ohne Beratungsgespräch durchzuführen, obgleich es offensichtlich ist, dass gerade das Beratungsgespräch ein wesentlicher Bestandteil des Tests sein muss, allein um zu klären, ob die 3-Monats-Frist eingehalten wurde.
Beispielhaft sei hier darauf hingewiesen, welche Auswirkungen die Durchführung eines Tests ohne Abfragung der Frist haben kann: Eine Person hat sich vor einem Monat infiziert und läßt sich bei einem Arzt testen. Ein Beratungsgespräch findet nicht statt. Das Testergebnis lautet folgerichtig "negativ", denn es sind noch keine drei Monate vergangen, in denen der Körper des Infizierten hätte Antikörper bilden können, die beim Test nachgewiesen worden wären. Eine paradoxe Situation ist entstanden: Der Testant ist HIV-positiv, obgleich ihn dieser Test als HIV-

negativ „entlastet“ hat, gleichzeitig glaubt er sich jetzt sicher, nicht infiziert zu sein. Ein sorgloses Sexualverhalten kann jetzt die Folge sein, was dazu führt, dass der Testant den Virus in erhöhtem Maße weitergeben kann. Außerdem ist es jetzt auch nicht möglich, die Person ausfindig zu machen bzw. zu informieren, von welcher die Infektion übertragen wurde. Dieser Test ohne Beratungsgespräch bietet also keine Möglichkeit der Prävention und auch kein Mittel gegen die Ausdehnung von AIDS, sondern erreicht wird eher das Gegenteil. Deshalb sollte es, auch wenn der Test bei einem niedergelassenen Arzt durchgeführt wird, keinen Test ohne Beratungsgespräch geben.

Eine weitere Unzulänglichkeit ist die Tatsache, dass Frauen den AIDS-Test bei Ärzten dann kostenlos machen können, wenn sie schwanger sind. Dieses Angebot wird heute recht häufig wahrgenommen. Was aber wird wohl passieren, wenn das Testergebnis wider Erwarten positiv ausfällt? Soll/kann die Frau dann abtreiben? Wo findet die Frau eine entsprechende psycho-soziale Betreuung? Dieses Angebot müsste geändert oder erweitert werden, und zwar dergestalt, dass Frauen oder Paare bereits dann, wenn "nur" ein Kindeswunsch vorliegt, den AIDS-Test kostenlos bei ihrem Arzt machen lassen können. Diese Verfahrensweise könnte dazu beitragen, große Ängste und damit auch die psychische Belastung während der Schwangerschaft zu senken oder zu vermeiden. Ebenso könnte die Befähigung zu einer konkreten Entscheidungsfindung für oder gegen den Kindeswunsch - im Falle eines positiven Testergebnisses - gesteigert werden, ohne dass das ungeborene Leben bereits davon mitbetroffen sein könnte.

3. Empirische Daten

3.1 AIDS weltweit

Weltweit sind bisher seit Ausbruch von AIDS mehr als 60 Millionen Menschen mit HIV infiziert worden. Zum jetzigen Zeitpunkt leben etwa 42 Mio. Menschen mit dem HI-Virus (Stand: Dezember 2002) (vgl. UNAIDS 2003). Mehr als 5 Millionen Menschen infizierten sich weltweit im Jahr 2001 neu mit dem HI-Virus, d.h. mehr als 13.500 täglich oder knapp 10 jede Minute. Davon waren 4,3 Millionen Erwachsene und 800.000 Kinder unter 15 Jahren. Von den erwachsenen Personen waren 1,8 Millionen Frauen und 2,5 Millionen Männer (vgl. UNAIDS 2003).

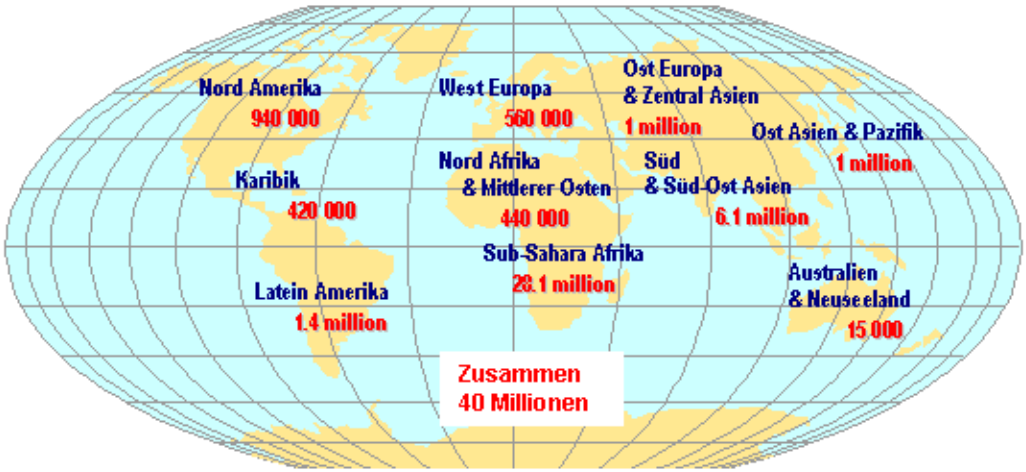


Abbildung 1 Weltweite Verbreitung von AIDS Ende 2001

Quelle: WHO/UNAIDS (www.unaids.org)

Insgesamt sind bis heute weltweit mehr als 20 Millionen Menschen an der HIV-Infektion verstorben, allein im Jahr 2001 rund 3 Millionen. Die HIV-Infektion ist damit zurzeit die vierthäufigste Todesursache weltweit gesehen (vgl. ebendaselbst).

Rund 3,1 Mio. Menschen sind 2002 an den Folgen ihrer HIV-Infektion verstorben, davon allein 2,3 Mio. in Afrika. So ist AIDS denn auch in den südlich der Sahara gelegenen afrikanischen Staaten bereits Todesursache Nummer 1 geworden.

AIDS ist nach wie vor hauptsächlich eine Erkrankung der Zweiten und Dritten Welt. Lediglich 1,5 Millionen der 42 Millionen lebenden HIV-infizierten Menschen sind Bewohner der westlichen Industriestaaten (vgl. ebendaselbst). Völlig anders ist die Situation z.B. in Afrika. Man schätzt, dass dort zurzeit gut 29,4 Millionen Menschen infiziert sind. Im Jahre 1999 lebten bereits 25 Mio. von 35 Mio. AIDS-Infizierten in Südafrika. Alleine die Zahl der Neuinfektionen im Jahre 1999 betrug hier 4,0 Mio. Fälle. AIDS ist mittlerweile für eine Reihe von Staaten zur Existenzfrage geworden. In sieben Ländern sind mehr als 20% der Erwachsenen infiziert. In Botswana sind es sogar 35,8%. (vgl. World Bank 2000, S. 8-9). 95% der 13,2 Mio AIDS-Waisen leben in Afrika. Manche Gebiete sind regelrecht entvölkert. Wie auch vorhergesagt wurde, hat die Zahl der infizierten Frauen, die der Männer erstmals überstiegen (vgl. World Bank 2000, S. 26).

Zwar ist bislang wohl aufgrund hoher Geburtenraten noch kaum ein Rückgang des Gesamtbevölkerungszuwachses Afrikas merklich, die Lebenserwartung sinkt jedoch in nahezu allen Staaten des Kontinents drastisch (vgl. Ayissi 2000), in manchen Staaten vermutlich um bis zu drei Jahrzehnte. Insgesamt sind vor allem jüngere Menschen von der Krankheit betroffen. Problematisch ist, dass verstärkt junge Mädchen infiziert sind. Diese erkranken oftmals, noch bevor sie Kinder zur Welt bringen konnten oder gebären infizierte Kinder, die eine Lebenserwartung von weniger als 6 Jahren haben (vgl. Ayissi 2000).

Neben dem Problem der fehlenden Aufklärung und der Tabuisierung des Themas AIDS ist die in den Entwicklungsländern herrschende Armut einer der Hauptgründe für die weite Verbreitung der Immunschwächekrankheit: Schlechte medizinische Versorgung begünstigt Erkrankungen wie Tuberkulose und Malaria, die den Ausbruch von AIDS beschleunigen. In Afrika südlich der Sahara haben über zwei Drittel der Bevölkerung keinen Zugang zu wichtigen Medikamenten, mit denen Infektionen bekämpft werden könnten, die einen Nährboden für AIDS bilden.

Abgesehen davon fehlt in den Ländern der Dritten Welt der Zugang zu Kondomen. Sie sind für die Menschen unerschwinglich.

In Afrika trifft AIDS selektiv junge Erwachsene, Menschen im Berufsleben, Mütter und Väter. Allein durch den Verlust von beispielsweise Lehrpersonal und Ärzten, die an der Krankheit sterben, werden die in den letzten Jahren erreichten Entwicklungen auf vielen Gebieten wieder zurückgeworfen. Die ohnehin schon be-

sonders schwache medizinische Versorgung und die schulische Ausbildung sind ohne die entsprechenden Fachkräfte stark gefährdet. In einigen Ländern Afrikas sind mehr als 30% der LehrerInnen HIV positiv. Es sterben mehr von ihnen an AIDS, als ausgebildet werden können.
Ein weiteres Problem ist, dass HIV immer häufiger von infizierten Müttern auf ihre Säuglinge übertragen wird. Dies kann schon während der Schwangerschaft im Mutterleib (intrauterin) oder bei der Geburt geschehen. Die Wahrscheinlichkeit, dass ein Kind einer infizierten Mutter auf diesen Wegen ebenfalls infiziert wird, liegt in Afrika bei ungefähr 30 Prozent (vgl. Ayissi 2000).

3.2. AIDS in Deutschland

3.2.1. Statistische Daten

Informationen über die Verbreitung von HIV in der Bundesrepublik Deutschland geben das AIDS-Fallregister am AIDS-Zentrum des BGA, die Meldungen der Untersuchungslabors gemäß der Laborberichtspflicht, Untersuchungen von Blutspendern und Schwangeren, sowie der Beratungsstellen, die anonyme Testmöglichkeiten anbieten. Bis auf die Untersuchungen bei Blutspendern handelt es sich um freiwillige und anonymisierte Untersuchungen und Meldungen. Eine Rückverfolgung durch das die Daten sammelnde AIDS-Zentrum ist in keinem Fall möglich. Ermittelt wurden die Gesamtzahlen der AIDS-Erkrankungen mit Hilfe verschiedener Datenerhebungsmethoden. Die hier angewandten Systeme zur Datenerfassung - also das Meldesystem zu AIDS besteht aus dem "Aids-Fallregister" und der "Laborberichtspflichtverordnung". "Das Aids-Fallregister basiert auf freiwilligen, anonymisierten Meldungen an das AIDS-Zentrum des Bundesgesundheitsamtes (BGA) in Berlin. Gemeldet werden durch Ärzte Erkrankungen am Vollbild AIDS und die Todesfälle. Dazu wird seit 1987 ein standardisierter Fallberichtsbogen verwendet, der einige verschlüsselte personenbezogene Daten enthält, um Doppelerfassungen weitgehend zu vermeiden. Zur Kennzeichnung werden aufgenommen der dritte Buchstabe vom Vor- und Familiennamen sowie die Anzahl der Buchstaben dieser Namen, die Staatsangehörigkeit, das Bundesland und die ersten zwei Ziffern der Postleitzahl, das Geburtsjahr und das Geschlecht. Dadurch kann allerdings eine Reidentifizierung im Einzelfall nicht vollständig

ausgeschlossen werden. Zur Erfassung der positiven HIV-Testergebnisse dient die "Laborberichtspflichtverordnung". "Seit Oktober 1987 besteht die "Verordnung über die Berichtspflicht für positive HIV-Bestätigungsteste". Durch sie sind Laboratorien, die HIV-Antikörper-Tests durchführen, zur **Meldung über Blutproben, die ein kontrolliertes positives Testergebnis aufweisen**, an das Bundesgesundheitsamt verpflichtet. Das heißt: die Blutproben sind außer im ELISA mindestens in einem zusätzlichen Bestätigungsverfahren (z.B. WESTERN BLOT) positiv..." (BAGS 60-2.2.2, S. 10)

„Diese Datenerhebungsmethode ist - anders als beim AIDS-Fallregister - **vollständig anonym**. Angaben zum Alter und Geschlecht der positiv getesteten Personen und zum Übertragungsweg ggf. auch zur Wiederholungstestung werden auf **freiwilliger Basis** ergänzend erhoben. Bis zum 30. Juni 1992 wurden 52.497 HIV-1-Infektionen registriert. Davon sind 7.395 Meldungen (14,1%) ohne Angaben zum Geschlecht." (BAGS 60-2.2.2, S. 10)

Trotz der Behandlungs-Erfolge entwickelt sich in Deutschland nach wie vor jährlich die HIV-Infektion von 700 HIV-infizierten Menschen zum Vollbild von AIDS. Die Zahl nimmt nur noch langsam ab. Immerhin noch 600 Betroffene sind im Jahr 2001 an HIV/AIDS verstorben. Auch diese Zahl verringert sich nur noch unbedeutend. Demgegenüber infizieren sich in Deutschland schätzungsweise 2.000 Menschen jährlich neu mit HIV. Das heißt, die Anzahl derjenigen, die mit HIV/AIDS leben wächst ca. um 1.000 pro Jahr, derzeit sind das ca. 38.000 Menschen. Den größten Anteil stellt die Gruppe der homosexuellen Männer dar. Der Anteil der Frauen steigt leicht, er betrug immerhin ein Viertel aller neu festgestellten HIV-Infektionen zwischen Juli 2000 und Juni 2001 (vgl. Unaids 2003).

Gesamtzahl der Menschen, die sich seit Beginn der Epidemie mit HIV infiziert haben	ca. 60.000
Menschen, die derzeit mit dem HIV-Virus leben	ca. 38.000
AIDS-Fälle seit 1982	ca. 23.000
Vollständigkeit der Erfassung	85%
davon als gestorben gemeldet	ca. 19.000
Verteilung nach Geschlecht	75% Männer 25% Frauen
Menschen, die mit AIDS leben	ca. 5000
Zahl der Neuinfektionen im Jahr 2001	ca. 2000
Neue AIDS-Fälle im Jahre 2001	ca. 700
HIV/AIDS-Todesfälle im Jahre 2001	ca. 600
zu erwartende neue AIDS-Fälle im Jahre 2002	ca. 600
Regionale Verteilung Knapp die Hälfte (47%) der nach 1995 neu an AIDS-Erkrankten stammen aus den Großstädten Frankfurt a.M., (West-) Berlin, München, Düsseldorf, Hamburg und Köln. Ebenfalls 47% der im o.g. Zeitraum Erkrankten kommen aus anderen Regionen in den alten Bundesländern und 7% aus den neuen Bundesländern.	

Tabelle 1: HIV/AIDS in Deutschland - Eckdaten und Trends (Ende 2001)

(Quelle: Epidemiologisches Bulletin des AIDS-Zentrums im Robert Koch-Institut, Berlin http://www.aidshilfe-karlsruhe.de/hiv_aids/zahlen_fakten.php)

1982	1983	1984	1985	1986	1987	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997
2	21	53	226	369	835	1196	1703	1635	1846	1862	1783	1630	1416
1998	1999	2000	2001	Gesamt									
943	578	1474	484	20460									

Tabelle 2: Gemeldete AIDS-Fälle nach Jahren in Deutschland

Quelle: www.unaids.org

Die in Tabelle 2 dargestellten gemeldeten AIDS-Fälle nach Jahren verdeutlichen die auf Deutschland bezogene geringe Fallzahl der Krankheit. In keinem der aufgeführten Jahre wurden mehr als 1900 AIDS-Fälle in einem Jahr gemeldet. Auch

zeigt die Tabelle, dass von einer Progression der AIDS-Fälle im Rahmen eines bestimmten Faktors nicht gesprochen werden kann, denn die Fallzahl ist alternierend, es sind mal mehr, mal weniger AIDS-Fälle.
In diesem Zusammenhang ist sicherlich davon auszugehen, dass nicht alle Erkrankungsfälle erfasst werden. Dies ist jedoch auch bei anderen meldepflichtigen Erkrankungen der Fall; das Bundesgesundheitsamt schätzt die Dunkelziffer von AIDS jedoch vergleichsweise niedrig ein. Die Schwierigkeit bei der Diagnoseerstellung war zu Beginn der Epidemie eine häufige Fehlerquelle der Fallstatistik. Heute spielt diese Fehlerquelle keine bedeutsame Rolle mehr. Für das AIDS-Fallregister wird die jeweils gültige Definition der Weltgesundheitsorganisation (WHO) zugrunde gelegt..." (BAGS 60.-2.2., Seite 10)
Bezogen auf ein Jahr lässt sich z.B. für das Jahr 1985 feststellen, dass Ende 1985 sechs von einer Million Personen an Aids erkrankt waren, was zweifelsohne den Schluss zulässt, dass AIDS also eine extrem seltene Krankheit ist (vgl. Schmidt 1987, S. 24).

3.2.2 Die Infektionsgefahr in Deutschland

Auf den ersten Blick erscheint der Anteil der bereits über den HIV-Antikörpertest untersuchten Personen "at risk" zwar sehr hoch; es darf aber nicht übersehen werden, daß schon allein die Zahl der bisher Erkrankten und somit Untersuchten einen erheblichen Teil der Infizierten ausmacht. Diese tauchen in den Statistiken immer wieder auf, da statistisch auf die kumulierten Fälle verwiesen wird. Dies bedeutet, dass nicht die jeweils pro Jahr zu verzeichnenden Neuerkrankungen mit aufgeführt wurden, sondern die bereits Erkrankten, ja sogar die bereits verstorbenen AIDS-Kranken, noch mit in der Statistik aufgeführt wurden.
Auf der Basis der bisher ausgeführten Annahmen zum vermutlichen Ablauf der Epidemie dürften daher bis heute etwa 20% der HIV-infizierten homosexuellen Männer und 15% der infizierten Drogenabhängigen AIDS entwickelt haben. Unter vorsichtiger Zugrundelegung der Überlegung, dass sich etwa der gleiche Anteil zur Zeit aufgrund anderer HIV-assoziierter Erkrankungen in ärztlicher Behandlung befindet und bei der überwiegenden Mehrzahl dieser Patienten zur Absicherung der Diagnose ein HIV-Antikörpertest durchgeführt wurde, erhöht sich der Anteil der bereits allein aus medizinischer Indikation untersuchten HIV-

Infizierten auf 40% bzw. 30%. Nahezu vollständig dürften Bluter und Neugeborene von Müttern mit HIV-Risiko in den Meldungen nach der Laborberichtspflicht erfaßt sein.
Auch wenn von einer gewissen Dunkelziffer der AIDS-Erkrankungen ausgegangen werden muss, so erscheint es unwahrscheinlich und wenig realistisch, diese Dunkelziffer mit rein fiktional orientierten Spekulationen nun so zu bestimmen, dass aus den AIDS-Fällen von einigen hundert Erkrankten oder maximal 1863 eine so große Zahl wird, dass von einer gesamtgesellschaftlichen Gefahr gesprochen werden kann. Die Dunkelziffer müßte dann die Zahl der wirklich existenten und gemeldeten AIDS-Fälle um ein außerordentlich Vielfaches übersteigen. Die Behauptung einer gesamtgesellschaftlichen Gefahr würde dann aufgrund einer fiktionalen, irrationalen Zahl erfolgen, die nicht nur völlig willkürlich festgelegt worden wäre, sondern die Zahl der realen AIDS-Erkrankungen auch mehr als extrem übersteigen würde.

Bei den genannten Gruppen handelt es sich um Personen mit "klassischen" Infektionsrisiken. Bei den AIDS-Fällen machen sie um 90% aus. Nimmt man an, daß auch bei Meldungen nach der Laborberichtspflicht 90% aus diesen Risikogruppen stammen und diese im Mittel zu 60% untersucht wurden, erhält man eine Schätzung der Gesamtzahl der Infizierten für diese Populationen von fast 50.000. Bei dieser Rechnung bleibt unberücksichtigt, dass in den Meldungen ein größerer Anteil von Mehrfachmeldungen enthalten ist und dass die "klassischen" Risikogruppen heute eher einen geringeren Anteil an der Gesamtzahl der Infizierten haben als an den bereits mit AIDS Erkrankten. Nimmt man an, daß heute der Anteil der Infizierten außerhalb der "klassischen" Risikogruppen nicht 10%, wie heute noch bei den AIDS-Fällen, sondern 20% beträgt, ergibt sich eine Gesamtzahl aller Infizierten von etwa 60.000. Spekulationen, dass ein bedeutend größerer Anteil der HIV-Infizierten aus der heterosexuell aktiven, nicht drogengebrauchenden Bevölkerung kommt, widersprechen allen Erfahrungen, die z.B. bei Untersuchungen von Blutspendern und Schwangeren oder in Beratungsstellen gemacht werden.

Dies entspräche bei 80 Millionen Einwohnern in Deutschland einer Rate von 0,1 %, also etwa jeder Tausendste (incl. Dunkelziffer) wäre betroffen. Die offiziellen

Angaben bewegen sich jedoch einschließlich der Verstorbenen von ca. 20.000 im Bereich von etwa 60.000, also deutlich unter dem Wert von 0,1 %.
Wenn sich das HI-Virus hautpsächlich sexuell überträgt, so müssten beide Geschlechter beidermaßen betroffen sein. Die geschlechtliche Verteilung in der BRD weist jedoch ca. 80 % Männer aus und ca. 20 % Frauen aus. Von den etwa 80 % Männern sind etwa 70 % homosexuelle Männer, von den lediglich 20 % Frauen sind ca. 50 % intravenöse Drogenbenutzerinnen.
Dieser Verweis auf die Betroffenheit hetereosexueller Sexualpartner erscheint notwendig, das mögliche Risiko für die Gesamtbevölkerung weiter einzugrenzen, zumal immer wieder auf einen leichten Anstieg der Ausbreitung von AIDS in der heterosexuellen Bevölkerung hingewiesen wird .
Im Erlaß des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen mit Datum vom 18.12.1993, S. 65, unter dem Kapitel: „Wahrscheinlicher Übertragungsweg“ findet sich folgende Aussage: „Eindeutig zunehmend und mit entsprechender Aufmerksamkeit zu beobachten ist der heterosexuelle Übertragungsweg. (...) Gleichwohl kann von dem großen Durchbruch der HIV-Epidemie in die heterosexuelle Bevölkerung noch nicht gesprochen werden. Eine eigenständige Ausbreitung ist nicht zu verzeichnen.“

Der sogenannte normale Bürger rückt mit derartigen Bemerkungen in das Blickfeld, suggeriert wird eine potentielle Gefährdung auch der gesamten Bevölkerung.

Wenn von einer heterosexuellen Betroffenheit gesprochen werden könnte, so lässt sich argumentieren, wäre der Anteil der betroffenen Frauen bedeutend höher, das dem nicht so ist, liegt daran, dass die Hauptbetroffenen von AIDS weiterhin zum größten Teil homosexuelle Männer sind. In absoluten Zahlen ausgedrückt sind von den ca. 38.000 lebenden HIV-infizierten und an AIDS erkrankten Personen in der BRD etwa 2.500 Frauen und etwa 5000 Männer heterosexuell betroffen, eine Feststellung, die die heterosexuelle Ausbreitung eindeutig widerlegt. „Für Heterosexuelle, die weder selbst drogenabhängig noch Partner von Drogenabhängigen oder Bisexuellen sind, ist die Infektionsgefahr verhältnismäßig gering“ (AIDS Fakten 1988) heißt es hingegen in einer Broschüre des Deutschen Bundestages. Ähnliches wird in Quartalsberichten zu AIDS/HIV angemerkt: „Eigenständige

Infektketten unter Heterosexuellen wurden bisher nur selten berichtet“. (RKI, Quartalsbericht I/96, S. 20).

Im AIDS/HIV Bericht 1995 zur epidemiologischen Situation heißt es unter der Überschrift „Heterosexuell Infizierte“: „Zur Zeit muß in dieser Gruppe mit etwa 300 - 400 Neuinfektionen pro Jahr gerechnet werden. (...). Eine eigenständige Epidemie innerhalb der allgemeinen heterosexuellen Bevölkerung wird es nach heutiger Einschätzung mit hoher Wahrscheinlichkeit nicht geben. (...). Die bisher beobachtetetn Infektionsketten brechen nach wenigen „Gliedern“ ab“ (RKI Quartalsbericht III/95). Diese Aussage verdeutlicht, dass die Mehrfach-Übertragung/-Weitergabe des HI-Virus im heterosexuellen Bereich kaum möglich ist – die Infektketten brechen ab – die Ausweitung im heterosexuellen Bereich verläuft „im Sande“. Die Entstehung der heterosexuellen Betroffenheit rührt aus der Übertragung aus den Hauptbetroffenen-Gruppen: „Bemerkenswert ist, daß in den Fällen, wo eine Exploration der über heterosexuelle Kontakte Infizierten möglich war, der Partner in der Regel ein „klassisches“ Infektionsrisiko hatte“ (BAGS 60,-7.2, S. 25). Es ist also einerseits relativ leicht möglich, in Hauptbetroffenen-Gruppen das Virus auf andere Menschen zu übertragen (lange Infektketten), andererseits kann das Virus von einer Hauptbetroffenengruppe zwar in den heterosexuellen Bereich hinein übertragen werden, verebbt dort jedoch in der Regel nach ein bis zwei Gliedern (kurze Infektketten). Historisch gesehen ist diese Erkenntnis bereits schon kurz nach dem Aufkommen von AIDS bekannt gewesen, indem vermutet wurde, dasss – durch die Übertragung aus den Hauptbetroffenen-Gruppen heraus – die Betroffenheit im heterosexuellen Bereich ansteigen wird. Aber es ist nicht zu der prognostizierten hohen Betroffenheit der Heterosexuellen gekommen („jeder normale Bürger ist betroffen“ und ähnliche Aussagen), sondern die Ausbreitung stagniert in diesem Bereich bedingt dadurch, dass die Infektketten hier schnell abbrechen bzw. sich nicht lange fortsetzen.

Um die aktuelle AIDS-Gefahr in der BRD weiter zu verdeutlichen, bietet sich ein Vergleich mit anderen Todesursachen deutscher BürgerInnen an. In einer Auflistung der häufigsten Todesursachen in Wikipedia, der freien Enzyklopädie, wird AIDS überhaupt nicht erwähnt, Todesursachen wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen,

Krebsleiden, Leber- und Lungenerkrankungen, Infektionen und Suizid werden hingegen aufgeführt (vgl. http://de.wikipedia.org/wiki/Todesursache).
Von den insgesamt 828 500 Personen (383 900 Männern und 444 600 Frauen) starb im Jahre 2001 fast jeder zweite an Erkrankungen des Kreislaufsystems. Fast ein weiteres Drittel der Sterbefälle entfällt auf Krebserkrankungen, wie Tabelle 3 zu entnehmen ist. Die Todesursache AIDS wird in dieser Statistik überhaupt nicht aufgeführt.

Grund der Todesursache	Anzahl	Prozent
Krebserkrankungen	207.700	25,1
Kreislauferkrankungen	391.300	47,2
Krankheiten des Atmungssystems	48.500	5,9
Krankheiten des Verdauungssystems	40.900	4,9
Verletzungen, Vergiftungen und andere äußere Einwirkungen	34.300	4,1
Suizid	11.000	1,3

Tabelle 3: Todesursachen in Deutschland 2001

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Statistisches Bundesamt 2003 (http://www.destatis.de/presse/deutsch/pm2003/p0130092.htm).

Die Anzahl der AIDS-Toten des Jahres 2001 beträgt laut UNAIDS und WHO in Deutschland 660.

Im weltweiten Vergleich ist das AIDS-Problem in der BRD also vergleichsweise gering einzustufen. Verglichen mit der Situation in anderen, vor allem afrikanischen Ländern kann davon ausgegangen werden, dass sich in Deutschland eine andere AIDS-Situation darstellt, weil die HIV-Ausbreitung hier relativ gering erfolgt ist und Zuwachsraten, wie sie noch zwischen 1982 und 1991 zu beobachten waren, in den letzten Jahren nicht mehr zu verzeichnen sind.
Hinzu kommt, daß die durchschnittliche Lebenserwartung bei einer HIV-Infektion in Afrika nicht wie in der BRD bei etwa 12 Jahren liegt, sondern nur etwa 3 bis 5 Jahre beträgt. Die Dramatik der Ausbreitung des Virus in Deutschland darf also nicht mit der Situation in Afrika gleichgesetzt werden.

Zudem lässt sich feststellen, dass bei einer derart geringen Zahl von gemeldeten AIDS-Fällen (vgl. Tabelle 3) von einer Gefahr für die Allgemeinbevölkerung

nicht gesprochen werden kann, womit AIDS keinesfalls verharmlost werden soll, aber auf die Sachangemessenheit einer Beurteilung eines Risikos, sich zu infizieren, hinzuweisen ist. Wäre AIDS zu einer ernstzunehmenden Gefahr für die Gesamtbevölkerung geworden, so wären an den gemeldeten AIDS-Fällen eine Verschlimmerung der Situation und eine beträchliche Erhöhung der AIDS-Fälle abzulesen. Sigusch verweist auf Studien, die zeigen, dass sich AIDS nicht in der Allgemeinbevölkerung allgemein ausgebreitet hat: „Auch kann nicht davon gesprochen werden, daß die Normalbevölkerung allgemein riskiert ist, an Aids zu erkranken. 99,9 Prozent der hiesigen Gesamtbevölkverung sind nicht mit HIV-1 infiziert“ (Sigusch 1987, S. 14). Für einen adäquaten Umgang mit dem Erkrankungsrisiko sind Kenntnisse darüber von Bedeutung, daß AIDS eine Krankheit ist, die außerordentlich schwer zu übertragen ist und hauptsächlich in besonders gefährdeten Gruppen auftritt. Diese Population umfasst schätzungsweise 4 % der Bevölkerung, wobei man davon ausgehen kann, daß die übrigen 96 % nicht zu den Personengruppen „at risk“ gehören (vgl. Venrath 1994, S. 96).

3.3. Die AIDS-Tests des Gesundheitsamtes Mülheim an der Ruhr

Die Durchführung der AIDS-Tests des Gesundheitsamtes Mülheim an der Ruhr unterliegt den Vorgaben des Bundesgesundheitsamtes (BGA). Verlangt wird u.a. eine quartalsweise zahlenmäßige Meldung. Durch diese zahlenmäßige Meldepflicht der Gesundheitsämter existieren in den Ämtern auch die Daten der durchgeführten Tests des jeweiligen Gesundheitsamtes, so auch im Gesundheitsamt Mülheim an der Ruhr.

3.3.1. Ziel und Eingrenzung der Untersuchung

Ziel dieser Untersuchung ist es, anhand der lokalen Daten zu einer Aussage zu kommen über den Ist-Zustand der AIDS-Situation in Mülheim an der Ruhr, letztendlich den prozentualen Anteil der Positiv-Ergebnisse im Vergleich zum Bundesdurchschnitt zu ermitteln, und - falls es das Datenmaterial ermöglicht - herauszufinden, ob die Positiv-Ergebnisse in den Bereich der hinlänglich bekannten

Hauptbetroffenen-Gruppen fallen oder eher im Bereich der heterosexuellen Bevölkerung zu finden sind.

Als Datenbasis dienten die Unterlagen über alle AIDS-Tests, die das Gesundheitsamt Mülheim an der Ruhr jemals durchgeführt hat. Seit dem 4. Juni 1987 führt das Gesundheitsamt Mülheim an der Ruhr AIDS-Tests (HIV-Antikörpertests) durch.

Als Datenbasis dienten sämtliche Ergebnisse der AIDS-Tests sowie das jeweilige Datenblatt. Diese Datenblätter in Form von Aktenvermerken enthielten entweder persönliche Daten der Testanten oder aber eine anonyme Nummer, falls der Testant einen anonymen AIDS-Test gewünscht hatte. Hier wurden lediglich das Geschlecht, das Alter, sowie der (angegebene) Grund des Testes und das Datum des Testes vermerkt. Die Gruppe der Tests, die mit Namen versehen waren, enthielten zusätzlich zu den vorgenannten Daten das Geburtsdatum, die Straße, Hausnummer sowie die Stadt.

Der vom Testanten zu nennende Grund des AIDS-Tests bezieht sich vorrangig auf den sogenannten Übertragungsweg, der wiederum für die Auswertung der Statistiken für die BRD von großer Bedeutung ist: Auf diese Weise ist es möglich, Aussagen über Hauptübertragungswege zu machen. Für eine Risikoeinschätzung ist es in diesem Zusammenhang wichtig, die Übertragungssituation offen anzusprechen. Die Angabe des Grundes für den AIDS-Test ist allerdings nicht immer auswertbar, da manche Testanten nicht über die konkrete Übertragungssituation bzw. Übertragungsmöglichkeit sprechen möchten - eventuell ist es ihnen sogar peinlich oder unangenehm. In diesem Fall werden unter „Grund“ oberflächliche kurze Vermerke, wie z.B. „Der Testant hat neuen Partner“ oder „Der Testant möchte den Test zu seiner abschließenden Sicherheit“ in das Datenblatt aufgenommen.
Solche, eher vagen Begründungen für einen AIDS-Test lassen keine genauen Rückschlüsse auf den eventuellen Übertragungsweg zu. Weiterhin muss davon ausgegangen werden, dass, selbst wenn der Testant einen konkreten Übertragungsweg angibt, dieser nicht unbedingt der Realität entsprechen muß.

Für meine Untersuchung bedeutet dies, dass im Falle des HIV-positiven Ergebnisses u.U. keine zuverlässige Aussage über den zugrundeliegenden Übertragungsweg gemacht werden kann.

Grundsätzlich ist zu bemerken, dass nur die wirklich durchgeführten AIDS-Tests erfasst wurden, nicht aber die durchgeführten Beratungen, die nicht zu einem Test führten. Die Zahl der Beratungen ohne anschließenden Test liegt etwa um 1/3 höher als die Zahl der durchgeführten Tests (einschl. Beratung).

3.3.2. Ergebnisse und Kommentierung

Jahr	**Anzahl der durchgeführten Tests**	**davon positiv**
1987 (ab 4.6.)	122	0
1988	182	0
1989	154	0
1990	106	2
1991	101	0
1992	189	0
1993	311	0
1994	189	0
1995	190	0
Gesamt	**1544**	**2**

Tabelle 4: Der Anteil der positiven AIDS-Tests an der Gesamtzahl der im Gesundheitsamt Mülheim a.d. Ruhr durchgeführten AIDS-Tests.

Wie Tabelle 2 zeigt, wurden am Gesundheitsamt Mülheim a.d. Ruhr zwischen 1987 und 1995 insgesamt 1.544 AIDS-Tests durchgeführt. Pro Jahr wurden im Durchschnitt 182 Tests durchgeführt. Im gesamten Zeitraum von fast 9 Jahren waren lediglich zwei AIDS-Tests positiv, es gab also in Mülheim a.d. Ruhr zwischen 1987 und 1995 zwei nachweislich HIV-Positiv-Ergebnisse.

Das prozentuale Verhältnis der Betroffenheit liegt damit bei rund 0,13 %. Übertragen auf die Gesamtzahl aller in der Bundesrepublik HIV-positiv gemeldeten Ergebnisse liegt diese Zahl durchaus im Rahmen, denn bezogen auf die Einwohnerzahl von ca. 80 Millionen BürgerInnen in der BRD betrug die Betroffenheitsquote gegen Ende der Untersuchung weniger als 0,1 %. Der unmittelbare Vergleich der Zahlen der gesamten Bundesrepublik und des Gesundheitsamtes Mülheim a.d. Ruhr zeigt, dass die Betroffenheit der Stadt Mülheim a.d.Ruhr in etwa dem Bundesdurchschnitt entspricht.
Ein Blick auf den möglichen Übertragungsweg des HI-Virus der beiden in Mülheim a.d. Ruhr positiv getesteten Testanten zeigt, dass sich bei einer Person als Übertragungsweg der Analverkehr ausmachen ließ, während bei der anderen Person hierauf keine konkreten Rückschlüsse gezogen werden können, außer der Wahrscheinlichkeit, dass das Infektionsrisiko in seinem Herkunftsland wohl ungleich größer ist als in der BRD, da es sich bei ihm um einen Asylbewerber aus einem Hochprävalenz-Land (HPL) handelt.

Es ergibt sich also eine Gruppen-Zugehörigkeit beider positiv getesteter Männer, die durch folgende Kategorien bestimmt ist: a) männlich b) homosexuell, c) Alter zwischen 20 und 40 Jahren. So kann auch in diesen Beziehungen eine Übereinstimmung der Schwerpunkte der Hauptbetroffenengruppen zwischen dem Bundesdurchschnitt und den Test-Ergebnissen des Gesundheitsamtes der Stadt Mülheim a.d. Ruhr festgestellt werden.

Die von mir aufbereiteten Daten aller vom Gesundheitsamt Mülheim a. d. Ruhr durchgeführten AIDS-Tests zeigen also, dass die lokalen Ergebnisse ein ähnliches Bild ergeben wie die Gesamtsituation des AIDS-Risikos in der gesamten Bundesrepublik. Es besteht keinerlei Grund, eine höhere Betroffenheitsquote als 0,1 % anzunehmen und es besteht keinerlei Grund, von einer hetereoxuellen Betroffenheit zu sprechen. Die äußerst geringe Anzahl der positiv getesteten Testanten zeigt außerdem, dass es sich bei der HIV-Infektion um eine äußerst seltene Erkrankung handelt.

Diese Situation wird weiter untermauert durch die Erfahrungswerte, die die berufliche Zusammenarbeit mit den entsprechenden Institutionen ergeben (Krankenhäuser usw.): auch hier sind eher wenig AIDS-Kranke zu verzeichnen.

4. AIDS in der öffentlichen Darstellung

4.1. Presseberichte in Zeitungen und Zeitschriften

4.1.1. Die Gefahr einer Infektion

4.1.1.1. Die Pestmetapher

Die ersten Zeitungsmeldungen über AIDS stammen vom 5. Juni 1981 und vom 3. Juli 1981 und wurden in amerikanischen Tageszeitungen veröffentlicht. Zu diesem Zeitpunkt hatte die Krankheit noch keinen Namen, so dass die Zeitungen sie zunächst als seltene Krebskrankheit bezeichneten, die unter Homosexuellen ausgebrochen sei (vgl. Köneke 1990, S. 9). Wie keine andere Krankheit eroberte AIDS dann die Schlagzeilen in der gesamten westlichen Welt. Deutsche Fachpublikationen und Zeitschriften wie Zeitungen griffen die neue Krankheit auf und brachten die zu diesem Zeitpunkt der Krankheit ausschließlich zugeordnete Risikogruppe der Homosexuellen mit Begriffen wie `Plage´ oder `Epidemie` in Verbindung (vgl. ebendaselbst). Oft war von einer Schwulen- oder Lustseuche die Rede. Durch diese bereits in der Anfangszeit der Berichterstattung erfolgende Zuschreibung wurde AIDS als infektiöse ansteckende Massenkrankheit präsentiert – eine Semantik, die für die kommenden Jahre prägend bleiben sollte. Dabei wurden immer wieder Ausdrücke mit AIDS in Verbindung gebracht, die eine nicht zu beziffernde Massengefahr, ein für auch für Nichterkrankte hohes Todesrisiko (das eben durch die Suggerierung einer flächenhaft sich verbreitenden Viruserkrankung, wie dies bei einer Seuche der Fall ist, erzeugt wurde) und ein prophetisch in die Zukunft gelegtes Massensterben mit einer kontinuierlich wachsenden Anzahl von zu beklagenden Todesopfern unterstrichen.

Dabei gab es identifizierbare Tatsachen, die diesen Panikbildern deutlich widersprachen: Bis zum Dezember 1981 hatte AIDS 74 Todesopfer gefordert, im November 1981 waren in den USA 159 AIDS-Fälle gemeldet worden (vgl. ebd., S. 10). Beim Nationalen AIDS-Zentrum im Bundesgesundheitsamt Berlin waren 1982 erst 15 AIDS-Erkrankungen gemeldet (vgl. Boes 1991, S. 15). Bereits zu Beginn der Berichterstattung über AIDS lässt sich also ein Missverhältnis von Tatsachen und Berichterstattung über diese Tatsachen konstatieren.

In Deutschland wurde AIDS 1982 und 1983 ausführlich thematisiert. Dabei blieb es nicht bei Einstufungen von AIDS als `Plage´ oder `Epidemie´. Die Negativität

der Berichterstattung über AIDS bekam eine mythische-archaische Überhöhung. AIDS wurde dabei fast durchgängig mit apokalyptischen Vokabeln wie `Pest´ und `Seuche´ beschrieben.

Im Sommer 1983 widmete „Der Spiegel“ AIDS einen Artikel mit dem Titel „Aids: Eine Epidemie, die erst beginnt“ (vgl. Hutter 1997). Der Spiegel schreibt: „Ist eine moderne Seuche in Sicht, die sich zu Tod, Hunger und Krieg gesellen wird, wie einst im Mittelalter?´“ (zitiert nach: Köneke 1990, S. 9). Die Zeitschrift PRALINE mutmaßte: „Droht uns eine neue schreckliche Pest?“, der Spiegel fragte: „Wird AIDS wie der apokalyptische Reiter auf schwarzem Roß über die Menschheit kommen?“ „Eine unsichtbare Gefahr bedroht Deutschlands Familien. AIDS – eine Seuche, so tückisch wie die Pest im Mittelalter“ (ebd., S. 29-30) lautete eine andere Formulierung in diesem Zusammenhang. „Diese „neue Pest“ breitet sich aus!“ hieß es in der Münchener Boulevardzeitung TZ: „Noch sind es `nur´ fünf Tote in der Bundesrepublik. In eineinhalb bis zwei Jahren – solange dauert die Inkubationszeit – können es Hunderte sein, die der Pest des zwanzigsten Jahrhunderts, genannt `AIDS` zum Opfer fallen“. In der Illustrierten QUICK wurde 1983 die Gefährlichkeit der Pestbezeichnung sogar noch gesteigert: AIDS wurde als fast namenlos zu nennendes Grauen bezeichnet, dessen übermächtiger Gefahr niemand Einhalt gebieten kann: „Das Übel, das aus Amerika kommt, ist tödlicher als die Pest und noch rätselhafter als der Krebs“ (1983) (vgl. Köneke, S. 30). Ungewissheiten im Zusammenhang mit AIDS gibt es in den Artikeln der bereits zitierten Zeitschriften keine, geschrieben wird, als seien die Gefahren von AIDS bereits als gesichert zu betrachten. Der Mangel an Fakten und Möglichkeiten sich zu schützen wurde zumeist durch „emotional besetzte Adjektive aufgefüllt. Typische Charakterisierungen der Krankheit AIDS sind beispielsweise `unheimlich´, `mysteriös´, `heimtückisch´, `rätselhaft´ oder `bedrohlich´“ (vgl. Köneke, S. 17).

Bock differenzierte in einer Analyse von 830 zwischen 1982-1990 in der Zeit, dem Spiegel, der Welt, der FAZ, der Frankfurter Rundschau und der Süddeutsche Zeitung veröffentlichten Artikel über AIDS zwischen angemessenen und unangemessenen Bezeichnungen der Krankheit. Zu unangemessenen Bezeichnungen gehören dabei Begriffe wie „Pest“ oder „Seuche“, angemessen bezeichnet wurde AIDS, wenn es um medizinisch-sachliche Beschreibungen ging, die der Krankheit entsprachen und nicht auf Sensation und Überhöhung der Gefahren ausgerichtet

waren. Bock stellte fest, „daß über alle Zeitungen und Jahre hinweg 67,4 % der KRAN-Bezeichungen als „angemessen“ zu kennzeichnen sind, demgegenüber enthalten die Artikel 5,3 % „unangemessene“ Namen für AIDS“ (Bock 1992, S. 91). Zwar scheint dieser Durchschnittswert für Veröffentlichungen zu AIDS in einem Zeitraum von 8 Jahren darauf hinzudeuten, dass angemessen und sachlich über AIDS berichtet wurde, doch bleibt nach der Addition der prozentalen Verteilungen von Bock ein Restwert von fast 30 % (also über 200 Artikel), über die Bock keine Aussagen macht. Waren also fast 30 % der untersuchten Artikel nicht zuzuordnen und enthielten sie keine Bezeichnung der Krankheit? Dies scheint schwer vorstellbar, denn gerade wenn über AIDS berichtet wurde, so waren wertende Beschreibungen nicht selten und sogar noch 1993 wurden im Spiegel Sensationsbilder und Panik-Metaphern, wie sie zwischen 1985 und 1987 häufig in den Medien zu finden waren, neu aufgebracht. Tendenziell hält Bock zwar fest, dass „der prozentuale Anteil von „angemessenen“ KRAN-Bezeichnungen zwischen 1982 und 1990 von 21,4 % auf 78,9 % angestiegen ist, und der Anteil an „unangemessenen Bezeichnungen demgegenüber von 16,7 % im Jahre 1982 auf 2,7 % im Jahr 1990 gefallen ist“ (Bock 1992, S. 91), jedoch verweisen die geringen Werte von 21,4 % angemessenen Bezeichnungen gegenüber einem nicht wesentlich geringeren Wert von 16,7 % für unangemessene AIDS-Bezeichnungen auf die zuvor beschriebene Form der Berichterstattung gerade in der Anfangszeit nach der Entdeckung der Krankheit. Zudem taucht im Durchschnitt fast einmal pro Artikel eine unangemessene Krankheitsbezeichnung auf (vgl. Bock 1992, S. 89).

Auch belegen diese Werte, dass nicht nur die Boulevardpresse von dieser Entwicklung betroffen war, sondern dass auch gerade seriösere bürgerliche Zeitungen auf unangemessene Beschreibungen von AIDS zurückgriffen. Differenziert nach Zeitungen fällt auf, dass gerade für den Spiegel im untersuchten Zeitraum ein Durchschnittswert von 9,01 % „unangemessener“ Bezeichnungen ermittelt wurde, ein Wert, der deutlich über den anderen Zeitungen liegt und fast doppelt so hoch ist wie der Wert der Frankfurter Rundschau, bei der Bock lediglich 5,14 % der Artikel als unangemessen charakterisierte (vgl. Bock 1992, S. 91).
Charakteristisch für die AIDS-Aufklärung der ersten Stunde war also zweifellos der Wunsch der Medien hohe Auflagen zu produzieren. Auf diese Art und Weise wurden Schreckensbilder über eine Krankheit verbreitet, wodurch viele von AIDS

gar nicht Betroffene zutiefst verunsichert und verängstigt wurden (vgl. Venrath 1994, S. 157-58). Sigusch bezeichnet diese Panikmache als erschütternd und „Versagen jener Presse, die zwischendurch auch einmal liberal war“ (Sigusch 1987, S. 8).

Auch zwischen 1985 und 1989 hat sich die Berichterstattung über AIDS nicht wesentlich geändert. Zwar dient die Pest-Metapher inzwischen nicht mehr zur Klassifizierung der Krankheit, stattdessen sind aber Begriffe wie `Geißel´, `Seuche´ oder `Katastrophe´ an ihre Stelle getreten. Am häufigsten wird dabei in „Bunte“, „Quick“, „Stern“ und „Der Spiegel“ auf den Begriff `Seuche´ zurückgegriffen (vgl. Schad 1991, S. 138).

Eine epidemologische Gefahr durch AIDS, die eine Vergleichbarkeit mit der Pest und anderen Seuchen rechtfertigen würde, war, wie sich leicht aus den gemeldeten Fallzahlen und den Todesopfern der Jahre 1981 bis 1983 entnehmen lässt, keinesfalls gegeben: „AIDS ist keine Epidemie im klassischen Sinne, die sich explosionsartig ausbreitet und ihre Opfer in unmittelbarer Folge fordert. Man kann schließlich HIV-positiv und dennoch völlig symptomfrei sein“ (Venrath 1994, S 49).

1987 hieß es in der Zeitschrift ELTERN: „Die neue Pest – so wird die Immunschwächekrankheit AIDS oft genannt. Dabei sind AIDS Viren bei weitem nicht so ansteckend wie die Pesterreger. Denn AIDS „bekommt“ man nicht wie die Pest, man muß es sich holen“ (zitiert nach: Köneke 1990, S. 31). Der Unterschied zwischen AIDS und einer Seuche oder einer Ansteckung mit der Pest oder Pocken besteht im Grad der Aktivität. Ein Vergleich von AIDS mit der Pest oder anderen Seuchen erzeugt die Angst, AIDS könne bei Alltagskontakten, möglicherweise bereits durch die bloße Anwesenheit eines AIDS-Kranken, übertragen werden (vgl. Schad 1991, S. 203). Während man bei einer Seuche dem Einfluss des Erregers hilflos ausgesetzt ist, eben infiziert wird, ohne eigenes Zutun dazu beigetragen zu haben, sobald man einem Kranken mit einer entsprechenden Infektion begegnet, besteht bei AIDS die Aktivität des Sexualkontaktes. Dem HI-Virus ist man nicht wie einer ansteckenden Krankheit ausgesetzt. Durch die Gleichsetzungen von AIDS mit den großen Seuchen wird eine seuchenhafte (flächenmäßig auch schnelle) Verbreitung von AIDS suggeriert, impliziert wird damit eine Infektion im normalen Alltagskontakt – was nicht stimmt (vgl. Bleibtreu-Ehrenberg 1989, S. 98). „Außerdem muß eine Seuche nach stattgehabter Infektion in einem

regelhaft vorhersagbaren Zeitraum ausbrechen“ (ebendaselbst). Bei einem Vergleich der Übertragungswege von Pest und anderen Seuchen zeigt sich, dass die Ansteckungsgefahr im Alltag präsent ist, zwar auch über enge Körperkontakte stattfinden kann, aber je größer ist desto schlechter die hygienischen Verhältnisse sind (vgl. ebd., S. 99).

4.1.1.2. Die apokalyptische Unabwendbarkeit

Besonders weit verbreitet war eine Metaphorisierung von AIDS, wobei mit den personifizierenden Beschreibungen suggeriert wurde, dass gerade auch Normalbürger und Familien bedroht sind. „Bunte“, „Quick“, „Stern“ und „Der Spiegel“ sehen in AIDS einen „Killer“. (vgl. Schad 1991, S. 138). Personifiziert wurde AIDS auch als heimtückischer Angreifer, der sich verschwörerischer Tricks bedient, AIDS wurde als „besonderer Teufel“, „unberechenbar“, bezeichnet, die HI-Viren „warten mit mehr Tricks auf, als unsere Phantasie sich auszumalen vermag“, so hieß es (vgl. Köneke 1990, S. 28-29). Gänzlich wurde die Ebene rationaler Argumentation verlassen, wenn das Virus ein heimtückischer Angreifer war: „Aus dieser perfekten Tarnung heraus vermag es andere Menschen anzustecken, falls sich dazu Gelegenheit bietet (zitiert nach Hutter 1997). Für Dunde sind diese Personifizierungen Feindbilder, die eine leichtere Vorstellbarkeit der Gefahren suggerieren, aber gleichzeitig auch von der Abstraktheit der Vireninfektion ablenken. Durch eine derartige Personifizierung aber, so Dunde weiter, wird Hass und Angst erzeugt, die Krankheit wird zum bösen Feinde, den es zu bekämpfen gilt (vgl. Dunde 1986b, S. 115). Eine Personifizierung von AIDS leistet also dem Hass auf die mit dieser Krankheit verbundenen gesellschaftlichen Entwicklungen, Hintergründen und Übertragungen des Virus Vorschub. Süssmuth konstatiert insbesondere für die Berichterstattung in der Boulevardpresse, eine „unheilvolle Mischung aus Halbwahrheiten und vielleicht Lügen, medizinischem Unsinn und aufgebauschten Einzelfällen“ (Süssmuth 1987, S. 155).

Gerade diese Personifizierung suggeriert eine Unmittelbarkeit der Bedrohung, als stehe die Gefahr, an AIDS zu erkranken, den LeserInnen greifbar und deutlich identifizierbar gegenüber. Die Personifizierung trägt aber gleichzeitig keine menschlich-fassbaren Züge. Personifiziert wird AIDS im Hinblick auf einen un-

bekannten, ungreifbaren und letztlich auch unverstehbaren Bereich, der deutlich archaische Züge trägt, wenn AIDS z.B. zugeschrieben wird, täglich `Menschenopfer´ zu fordern (vgl. Köneke 1990, S. 29-30). Menschenopfer werden in archaischen Gemeinschaften übermächtigen Ungeheuern (im Sinne eines dämonischen Archetypus) oder einem alttestamentarischen Rache-Gott zugeschrieben, suggeriert wird hier die Abhängigkeit von einer unheimlichen Regelmäßigkeit (täglich werden Menschenopfer gefordert), wobei die Abhängigen in einer gleichsam unaufgeklärten und dem Unheimlichen gegenüber ausgelieferten Haltung verhaftet bleiben. Diese dämonologischen Klassifikation von AIDS als „Sinnbild sämtlicher destruktiver, fremder Mächte, die den Organismus befallen“ (ebd., S. 29) ist aber gerade das Gegenteil einer Aufklärung über die Krankheit, die ja darin bestehen würde, Ursachen und Möglichkeiten einer weiteren Ausbreitung sachlich darzustellen, um LeserInnen so einen lesenden Umgang mit der Krankheit zu ermöglichen, dessen Angst und Atmosphäre nicht aus der über den Text vermittelten archaischen Symbolik des Aberglaubens gespeist wird. Wenn eine Personifizierung der Krankheit mit menschlich-faßbaren Zügen im Sinne von Dunde konkreten Hass und Angst in der Gesellschaft befördert, so ist bei einer Personifizierung mit nicht menschlich-fassbaren Zügen auch der dadurch ausgelöste Hass wenig konkret, die ausgelöste Angst bleibt unkonkret, diffus.

Nicht zuletzt suggerieren Bemerkungen wie „Aids: Eine Epidemie, die erst beginnt“ oder „Die Zeit führt eine scharfe Axt“ (Hutter 1997) einen Weltuntergang, der aufgrund der Seuche AIDS zu erwarten ist. „Das große Sterben hat schon begonnen“ schreibt der „Spiegel“, „sollen Hunderttausende, später vielleicht Millionen in Quarantäne leben“ fragt die „Zeit“ (zitiert nach: Schmidt 1987, S. 27). Wenn man dies so als Beginn einer Entwicklung weiterdenkt, kann der Eindruck entstehen, dass die über die scheinbare Kausalität einer angekündigten Entwicklung vermittelte Gefahr irgendwann in der Zukunft zu einer kompletten Ausrottung der Menschheit führt.

In diesem Zusammenhang wurde auch immer wieder eine Vergleichbarkeit mit anderen Katastrophen bemüht. Im „Spiegel“ wurde die HIV-Infektion als „schleichende, skuzessiv aber exponentiell ansteigende Katastrophe“ bezeichnet und von den Infektiologen Helm und Stille mit Tschernobyl verglichen, die sie als „herkömmliche akute Katastrophe“ bezeichneten (vgl. Fliegel 1988, S. 15). „Ein atomarer Supergau“, so kommentiert Fliegel diese Vergleichsmetaphern, „ist nichts

Besonderes und vorübergehend: eine Infektionskrankheit, die übrigens in der Geschichte der Menschheit gekommen und gegangen sind, eine Infektionskrankheit dagegen ist etwas Einzigartiges und bleibt“ (Fliegel 1988, S. 15). AIDS ist die unabwendbare Apokalypse, wenn man derartigen Darstellungen Glauben schenken will, schlechthin.

Auch was 370 Artikel deutschschweizerischer Zeitschriften im Jahre 1987 betrifft, so kommen Diggelmann et. al. zur Schlussfolgerung, dass „die Berichterstattung im Irrationalen stecken bleibt, das Thema „Angst vor der Ansteckung“ dominiert in 24 % der Artikel. AIDS wird als diffuse, unberechenbare Gefahr dargestellt, konkrete Ansteckungsfaktoren werden wenig genannt“ (Diggelmann et. al. 1988, S. 20 f.). Für das Ausbrechen der Epidemie werden nicht selten außerirdische Mächte in den Zeitungen als Ursache thematisiert (vgl. ebendaselbst).

4.1.1.3. Kriegs- und Kampfmetaphern

Wagner verweist darauf, dass die meisten der zur Veranschaulichung von AIDS verwendeten Metaphern aus den Bereichen KRIEG und KAMPF stammten. Er belegt diese Bilder mit Spiegel-Artikeln aus dem Jahre 1993. In Klammern sind jeweils die Hefte der entsprechenden Jahrgänge genannt. So werden Aidspatienten als tickende Zeitbombe (Heft 22, 203) beschrieben, AIDS selbst als etwas, das einschlägt wie eine Bombe (Heft 11, 196). Weiter heißt es über AIDS, dass AIDS eine der Schlachten war, die geschlagen werden (Heft 10, 232) und der bedrohlichste Feind seit dem Kalten Krieg (Heft 6, 194). Es wurden Menschen erwähnt, die AIDS zum Opfer fallen (Heft 22, 251) und AIDS und Krebs wurden zusammengefasst als die Killerkrankheiten (Heft 8, 139) (vgl. Wagner, S. 221).

Viele andere Metaphern stammten aus dem Bereich KATASTROPHE. AIDS wurde beschrieben als epidemische Langzeitkatastrophe (Heft 18, 177), als ein fast schon mythisches Schrecknis (Heft 12, 258), das wie eine unheimliche `Flut in der Nacht´ (Heft 18, 172) hereinbrach und zu einem Buschfeuer (ebd.) wurde. AIDS wurde beschrieben als Geißel der Armen, Drogensüchtigen und der rassischen Minderheiten (Heft 22, 250) und mythisch als Dämon AIDS (Heft 19, 191) überhöht (vgl. ebendaselbst).

Ausdrücke wie „AIDS rollt an“, „Todesbakterien“, der Krankheit zugeschriebene Tätigkeiten wie „greift über“, „hat erreicht“ „ist weiter auf dem Vormarsch“ stehen dabei für die fortschreitende, gerade kontinuierlich unabwendbare Ausbreitung der Krankheit, wie dies bei einem weit überlegenen militärischen Gegner, der einen imperialistischen Feldzug durchführt und nach und nach Stadt für Stadt sowie Dorf für Dorf erobert, der Fall ist. AIDS ist gleichbedeutend mit einem totalen Krieg, der alles vernichtet. Die scheinbare Kausalität einer flächendeckenden „Übernahme“ menschlicher Gebiete durch die militärisch personifizierte Krankheit bleibt semantisch unbewältigt für den Leser, der den Eindruck haben muss, AIDS grenzenlos unterlegen zu sein. Die Krankheit, die bestimmte Bereiche längst überrollt hat, nähert sich, so könnte beim Leser der Eindruck entstehen, in naher Zukunft auch dem eigenen Leben. Auch Bürger, die nicht zu den Risikogruppen gehören, müssen nach dieser Darstellung konkret Angst haben, mit der Krankheit zu tun zu haben.

Auch noch Jahre nach einer intensiven Erforschung der Krankheit, nach Aufklärungskampagnen zu Ursachen und möglicher Ansteckungsgefahr blieb die mediale Darstellung von AIDS überwiegend der Seuchen-, Katastrophen- und Kriegsmetaphorik verhaftet. Diese Berichterstattung lief bereits existierenden Erkenntnissen über die Krankheit zuwider, bei stetig wachsenden Kenntnissen über die Ursachen und die Verhinderung von AIDS gab es immer noch von Untergangsstimmung durchsetzte „Aufklärungsversuche“ in den Medien. Gerade Bilder aus der Katastrophen- und Kriegsmetaphorik, so Sonntag, dienen nicht zum Nachdenken über Krankheit und Gesundheit, betrieben wird Panikmache und Dramatisierung und dies trägt nachhaltig zur Exkommunikation und Stigmatisierung der Kranken bei (vgl. Sonntag 1989, S. 99).

4.1.1.4. Alle sind gefährdet

Speziell nachdem es 1983 einer Forschergruppe vom Pasteur-Institut in Paris gelang, den AIDS-Erreger zu isolieren und festgestellt wurde, dass sich auch Heterosexuelle infizieren konnten (vgl. Boes 1991, S. 15), waren in Presseberichten Einschätzungen globaler und gesamtgesellschaftlicher Gefährdung zu lesen. Nachdem sich die Krankheit nicht mehr nur einer Risikogruppe zuordnen ließ,

galt undifferenziert jetzt die gesamte Bevölkerung als in hohem Maße gefährdet, obgleich sich die Gefahr einer Infektion weiterhin in hohem Maße bestimmten Risikogruppen zuordnen ließ und der Anteil der Erkrankten, die nicht zu diesen Risikogruppen gehörten, sehr gering blieb. So wurde auch von offizieller Seite in Broschüren und Berichten diese gesamtgesellschaftliche Gefahr von AIDS betont. So hieß es 1988 in einer Schrift des hessischen Sozialministeriums zur Bekämpfung von AIDS: „Das Virus kennt keine Grenzen und lässt sich nicht auf die bisherigen Hauptbetroffenengruppen eingrenzen. Der so genannte Sprung in die Allgemeinbevölkerung ist bereits erfolgt“ (Hutter 1997). In einer Broschüre „Information zu AIDS für Prostituierte“ hieß es „Wir alle müssen davon ausgehen, daß es sich bei der Aids-Krankheit nicht um ein Sonderproblem bestimmter Gruppen handelt, sondern um eine Bedrohung der gesamten Gesellschaft“ (Hutter 1997). 1987 verbreitete das hessische Sozialministerium in der 3. Auflage von „AIDS“: „Aids hat inzwischen die Risikogruppen überschritten und ist zu einer allgemeinen lebensbedrohenden Gefahr geworden, gegen die sich alle Menschen schützen müssen“ (Hutter 1997).

Diese gesamtgesellschaftlichen Zuordnungen unterliegen dem Prinzip der Gefährlichkeit aufgrund reiner Pauschalisierung, bestimmte Gefahren werden einfach auf die gesamte Bevölkerung übertragen, um zu suggerieren, dass jeder Bürger gefährdet ist. Es wird dabei nach dem Prinzip verfahren: „Jede Person, bei der sich ein Infektionsrisiko nicht ausschließen lässt, gilt als gefährdet“ (Hutter 1997). Damit ist eine fundierte Information qua bestimmter Indizien, um aufzuklären oder auch Risikogruppen zu schützen bzw. dass man sich vor möglichen Risiken schützen kann, auf den Kopf gestellt.

4.1.2 Ursachen und Übertragungswege

Nachdem 1983 der AIDS-Erreger im Forschungslabor isoliert werden konnte und damit als Verursacher der Krankheit feststand, wurde dieser Erreger in „Bunte“, „Quick“ und „Der Spiegel“ zwischen 1983 und 1985 als Ursache von AIDS genannt. Auch als dieser Erreger als HI-Virus benannt wird, wird über einen (nicht existenten) „AIDS-Virus“ geschrieben, wobei nicht zwischen HIV-Infektion und AIDS-Erkrankung unterschieden wird. Auf diese Weise entstehen eine Vereinfachung und eine Verfälschung des Krankheitsgeschehens (vgl. Schad 1991, S.

140). Was heterosexuelle Sexualkontakte anbetrifft, so warnen viele Zeitschriften explizit vor der Gefahr durch einen ungeschützten Sexualkontakt (vgl. ebd., S. 155). Es wird allerdings nicht unterschieden zwischen homo- und heterosexuellen Sexualpraktiken, „erst im Jahre 1987 durchbricht die „Bunte“ die selbstgesetzte Tabugrenze, indem sie Sexualtechniken nennt und die korrekte Anwendung eines Kondoms beschreibt (Bunte 1987/16 zitiert nach Schad 1991, S. 155)“. Ein Hinweis auf den risikoreichen Analverkehr findet sich jedoch nur einmal, und auch erst im Jahre 1988 (vgl. ebendaselbst). Vielfach wird die Gefahr, an AIDS zu erkranken, auf sämtliche intime Verhaltensweisen übertragen, worauf Ausdrücke wie "jeder Intimkontakt“, oder "wenn zwei miteinander schlafen“ hinweisen (vgl. Hutter 1997).

Sexualkontakte werden nicht nach ihrer Gefährlichkeit und dem Risiko an AIDS zu erkranken differenziert, sondern es wird jeder intimen Begegnung, "wahllose(n) Sexualkontakte(n), gleich welcher Art, eine todbringende Gefährdung zugeschrieben“ (Hutter 1997). Der Tenor der Mitteilungen lautet: Jede/r kann sich „im täglichen Leben“ in Gefahr begeben (vgl. ebendaselbst). Gefahrenquellen für eine Infektion waren nach Ansicht etlicher Presseorgane neben alltäglichen Sexualkontakten nicht zuletzt Küsse oder wenn "Mund oder Zunge mit infizierter Samenflüssigkeit in Berührung kommen“ (ebendaselbst). Auch „Quick“ warnt 1985 vor dem Risiko intensiver Zungenküsse (vgl. Schad 1991, S. 155), die „Bunte“ warnt 1985 einmal vor dem Risiko intensiver Küsse (vgl. ebendaselbst). Sogar der Gebrauch von "Rasierklingen, Nagelfeilen, Zahnbürsten und ähnlichen Geräten durch mehrere Personen“ wird als Risiko der AIDS-Erkrankung ausgemacht (Hutter 1997). Letztendlich gilt die gesamte Ebene des sozialen Lebens als gefährlich. Welche Handlungen, welche Kontakte Menschen mit anderen Menschen auch pflegen, es gibt kaum eine Ebene der menschlichen Interaktion, in die das Risiko der AIDS-Erkrankung durch die Presseberichte nicht hineingetragen wird. AIDS, so scheint es, ist die allgegenwärtige Gefahr, die jegliche Form menschlichen Zusammenlebens bedroht und jede Ebene des Alltags betrifft. Um diese Gefahr von AIDS darzustellen, wird die AIDS-Erkrankung nicht zuletzt mit der Welt des grundanständigen Familienlebens in Verbindung gebracht. Die motivische Verknüpfung von Sexualität, Familiennormalität und AIDS (konnotativ noch immer mit tabuisierten Risikogruppen wie Prostituierten oder Homosexuellen besetzt) steigert die nicht greifbare Gefährlichkeit von AIDS, die auch für den Normalbür-

ger in jeder nur denkbaren Alltagssituation, vor allem im sexuellen Bereich besteht. „AIDS geht uns alle an“, so der Tenor eines Artikel der „Bunten“ aus dem Jahr 1987 wo es weiter heißt: „wenn es zum Beispiel Menschen trifft wie jenen 48jährigen Industriekaufmann, der acht Jahre treu war und dann im Urlaub einen Seitensprung wagte. Einen einzigen. Angesäuselt, wie er sagt. Er glaubte, er habe sich eine Grippe eingefangen. Aber es war AIDS. Es gibt immer mehr AIDS-Infizierte, die wie dieser Mann von sich behaupten können: Ich gehöre keiner Risikogruppe an, ich kannte Drogenmißbrauch nur vom Fernsehen, war nicht homosexuell, kein Bluter...“ (Bunte 1987/40, zitiert nach Schad 1991, S. 144).
Suggeriert wird mit dieser Darstellung eine AIDS-Infektion aufgrund eines einmaligen Sexualkontakts, wobei nicht einmal erwähnt wird, dass die Sexualpartnerin des Mannes auch mit AIDS infiziert sein muss, damit er sich ansteckt. So kann der Eindruck entstehen, dass man sich auch bei einem sexuellen Kontakt mit einem nicht erkrankten Menschen anstecken kann. Der Artikel bleibt motivisch in der Nähe des Bedeutungsfeldes „Schuld-Fehler-Bestrafung“. Grund für die AIDS-Erkrankung des Mannes ist, so kann man den Artikel verstehen, nicht die AIDS-Erkrankung seiner Partnerin, die ihn ansteckt (denn dieser Tatbestand wird verschwiegen), sondern seine Untreue, die auch prompt bestraft wird. Eine entsprechende Latenzzeit wird im Artikel nicht thematisiert, wobei die Gleichsetzung der AIDS-Erkrankung mit Grippe-Symptomen beim Leser den Eindruck erwecken kann, dass alle an einer einfachen Grippe erkrankten Männer und Frauen nun Angst haben müssen, sich AIDS „eingefangen“ zu haben.

4.1.3. Statistik und Prophezeiungen

Kennzeichnend für die Berichterstattung ist ein Artikel in der BILD-Zeitung, in dem es heißt: „Die Lustseuche AIDS entwickelte sich zur modernen Pest: Immer häufiger werden AIDS-Kranke wie Aussätzige behandelt. In Amerika starben fast 800 AIDS-Opfer, in Deutschland 6 von rund 100 Erkrankten“ (Köneke 1990, S. 30). Grundlegend für diesen Artikel sind zwei gegenläufige semantische Ebenen: Zum einen wird zahlenmäßig auf eine bestimmte Anzahl von Toten Bezug genommen, zum anderen werden die Gefahren, die zu diesem Tod geführt haben, überhöht, wobei die durch den Doppelpunkt suggerierte Deduktion, die sich aus der Klassifizierung von AIDS als Pest ergibt, völlig willkürlich ist und einer rei-

ßerischen Überhöhung der genannten Zahlen mit einer nur der Sensation dienenden Panik-Metapher gleichkommt. Bezeichnend ist auch die durch die Vergangenheitsform des ersten Satzes suggerierte Kontinuität einer Entwicklung, die damit, würde man diesen Bemerkungen Glauben schenken, bereits abgeschlossen ist. Die Leser von BILD, so ließe sich diesem Artikel entnehmen, müssen also bereits aktuell damit rechnen, einem ähnlichen Massensterben wie der Pest im Mittelalter zum Opfer zu fallen, AIDS hat sich bereits so entwickelt, ein Prozess hat stattgefunden, der unumkehrbar ist.

Ähnliches findet sich in einem Spiegel-Artikel über die AIDS-Gefahr an Schulen. Hier ist im ersten Absatz von der „Horrorseuche AIDS“ die Rede, die „unausweichlich“ als „Lawine“ auf die Schulen „zurollt“ (vgl. Clement 1987, S. 223). Suggeriert wird hier eine bestimmte Anzahl von Opfern, die eine derart negative Verbildlichung der AIDS-Gefahr rechtfertigen würde. Wer weiter liest, stellt fest: „Es sind bisher nur „drei Träger des gefürchteten Aids-Virus“ an den Schulen bekannt geworden, ein vierter Jugendlicher ist im Alter von 16 Jahren bereits an den Folgen der Immunschwäche gestorben“ (ebd., S. 224). Die im Artikel genannten Opferzahlen sind dabei konträr zur zuvor suggerierten Gefährlichkeits-Semantik, entstanden sind ebenso wie in der BILD-Zeitung zwei widersprüchliche Ebenen der Berichterstattung: Zum einen gibt es die explizit genannten Zahlen, zum anderen die überhöhte Dramatisierung einer Gefahr, die im Artikel durch keinen Umstand und durch keinerlei Zahlen gerechtfertigt erscheint. Auch der Spiegel-Artikel arbeitet mit einer Kausalitätsprophezeiung: „Das bezeichnende Wort heißt hier „bereits“. Es suggeriert, daß es die anderen auch bald packen wird, (...)“ (ebendaselbst).

Auch die in einem Artikel der AZ in die Zukunft verlegte Kausalität einer vermuteten Anzahl von Todesopfern, steht, obwohl damit eine heraufziehende Gefahr von AIDS beschworen wird, semantisch gegenläufig zur Metaphorik, mit der diese Vermutung belegt wird: „Noch sind es `nur´ fünf Tote in der Bundesrepublik. In eineinhalb bis zwei Jahren – solange dauert die Inkubationszeit – können es Hunderte sein, die der Pest des zwanzigsten Jahrhunderts, genannt `AIDS` zum Opfer fallen“ (Köneke 1990, S. 30). Dieser Artikel verdeutlicht die absurden Zahlenspiele, die in vielen Artikeln zu lesen waren. Die semantischen Ebenen der Nachricht gehen von „fünf“ über „Hunderte“ zu „Pest des zwanzigsten Jahrhunderts“. Besonders abstrus ist die semantische Verbindung der Zahl „fünf“ mit dem

dieser geringen Zahl völlig zuwiderlaufenden Metapher der Pest. Mit dieser extremen bildlichen Übertreibung der Gefahren von AIDS wird eine Relationalität betrieben, die durch nichts und keinerlei Fakten und konstatierten Gefahren zu rechtfertigen ist.
DER SPIEGEL behauptet in diesem Zusammenhang, die bekanntgewordenen Fälle seien, obwohl zahlenmäßig gering, die „Spitze eines Eisbergs“ (Spiegel 1983) (vgl. Köneke 1990, S. 18). Auch mit dieser Metapher wird die zahlenmäßig geringe Fallanzahl aufgehoben und eine höhere Gefahr suggeriert als sich durch die Statistiken beweisen lässt. Im Zusammenhang mit der Berichterstattung über AIDS dienen Fallzahlen und statistische Daten, obgleich belegbar gering, vielfach offenbar zur metaphorischen Überhöhung der Gefahr von AIDS bis hin zur „...Darstellung einer Krankheit als Apokalypse der Menschheit“ (Rühmann 1985, S. 75).

Sofern die geringen Fallzahlen und Todesopfer nicht in den Artikeln genannt wurden, um die in ihnen angelegten Bedeutungen gleich wieder durch gegenläufige Bilder aufzuheben, so waren die Medien voll von nicht an Schrecken zu überbietenden Hochrechnungen zukünftiger Todesopfer, die vor allem 1986 und 1987 von den Medien verbreitet wurden. Vermeintliche Hochrechnungen sind das Verbindungsstück zwischen der realen Zahl der Erkrankungen und apokalyptischen Prophezeiungen. Diese sind vielfältig und es wird variabel mit Zahlen operiert, grundlegend ist allerdings immer ein Gesichtspunkt: „am Ende steht immer eine horrende Zahl“. „Der Spiegel“ rechnet „für das Ende des Jahrzehnts (mit) 10 000 Aids-Erkrankungen“ in der Bundesrepublik, die „Zeit“ kommt vier Wochen früher auf eine 25mal so hohe Zahl und vermutet „bis Mitte 1990 hierzulande 256000 Aids-Kranke“ (Schmidt 1987, S. 27). Die Bunte prophezeite 1987: „Schon im Jahre 2000 werden 100 Mio. Menschen an AIDS, am Fluche Gottes gestorben sein“ (zitiert nach: Schad 1991, S. 152). Mit Berufung auf scheinbar seriöse Quellen oder eine ungenannt bleibende, aber mit einem zusätzlichen, die Autorität des noch unterstreichenden Attribut „Gruppe von Wissenschaftlern“ werden konkrete Zahlen verbreitet: „Seriöse Wissenschaftler befürchten, dass es in fünf Jahren weltweit eine Million Aids-Opfer geben könnte“ (zitiert nach Hutter 1997). Diese vermeintlichen Hochrechnungen jagten sich „gegenseitig darin den Rang ab, Angst und Schrecken durch die Vision von immer schneller wach-

senden Erkrankungsraten zu verbreiten“ (Venrath 1994, S. 159-60), was ein Klima von Misstrauen und Unbehagen gegenüber potentiell HIV-Gefährdeten entstehen ließ.

Zwar ist es gerade im Hinblick auf die Kenntnis über die Ausbreitung von AIDS unabdingbar, über valide Daten zu verfügen, doch können „… irrationale Ängste eine Aufklärung geradezu verhindern. So kann eine angstverbreitende Aufklärungskampagne eine resignative Angstverarbeitung zur Folge haben, was wiederum eine massive Abwehr und die Verhinderung eines adäquaten Umgangs mit dem Problem bedeuten kann“ (ebd., S. 161).

Charakteristisch für die Berichterstattung über eine statistisch ablesbare Gefährlichkeit von AIDS ist der Begriff „Zahlenvergrößerungstechnik“, den Clement für einen Artikel des Spiegel-Journalisten Halter gebraucht. Panik mit Zahlen: dazuerfinden und beliebig Quellen missbrauchen (vgl. Clement 1987, S. 212).

In diesem Zusammenhang taucht, auch in vermeintlich seriösen wissenschaftlichen Veröffentlichungen, der Begriff der Verdopplungszahlen auf, der die mögliche Entwicklung der AIDS-Epidemie bezeichnen soll. Hierbei wurden die pro Jahr bekanntgewordenen neuen AIDS-Fälle in Beziehung zueinander gesetzt, aus denen sich für manche Forscher offenbar eine Verdopplung der AIDS-Erkrankungen ablesen ließ, die, ganz gleich, wie gering die bisher gemeldeten AIDS-Fälle auch waren, unreflektiert in die Zukunft übertragen wurde, um damit von einer großen Gefahr durch AIDS auszugehen. Goddenthow betont zwar, dass es sich um Zahlenspielerei handelt, die die gravierende Faktenunsicherheit von AIDS widerspiegelt und bezeichnet den Charakter dieser Berechnungen als noch spekulativ, verweist aber gleichzeitig darauf, dass diese von ihm durch ihren spekulativen Charakter bereits als unwissenschaftlich bezeichneten Zahlen durchaus nützlich sein können als Anhaltspunkt für die Berechnung der Entwicklung von AIDS (vgl. Goddenthow 1988, S. 17). Mit dieser Unsysthematik spekulativer Schein-Kausalitäten entlarvt sich ein so arbeitender wissenschaftlicher Autor in seinen eigenen Bemerkungen gleich selbst und widerspricht seinen eigenen quasi-wissenschaftlich aufgestellten Behauptungen. Die diesen angeblichen Verdopplungszahlen zugrundeliegenden AIDS-Fälle weisen tatsächlich in den angegebenen Jahren eine gewisse Progression und Fortschreitung auf, wie die von Goddenthow angeführte Statistik des Bundesgesundheitsamtes Berlin (vgl. Goddenthow 1988, S. 17) bei neuen AIDS-Fällen von 2 (1981), 13 (1982), 42 (1983)

und 121 (1984) zeigt. Spätestens bei der Betrachtung der Zahlen von 1986, 1987 und 1988 wird diese Prognose wieder ad absurdum geführt, denn von 290 gemeldeten AIDS-Fällen im Jahre 1986 stieg diese Zahl auf 507 (bei einer Verdopplung hätten es 580 oder mehr Fälle sein müssen), schließlich auf 828 (bei einer Verdopplung vom vorhergehenden Jahr hätten es hier 1014 Fälle sein müssen). Besonders offensichtlich ist die Absurdität der postulierten Verdopplungsrate bei der Zahl der neuen AIDS-Fälle, die für 1988 (Stand März) angegeben wird. Diese beträgt, bezogen auf die ersten drei Monate des Jahres, 103. Hochgerechnet auf 12 Monate (Faktor 4) kämen 412 neue AIDS-Fälle für 1988 heraus, womit sich eine Zahl ergäbe, die dem behaupteten Verdopplungseffekt komplett zuwiederliefe. Auf derartige, vom Autor selbst in seinen Bemerkungen vom Verdopplungseffekt aufgeführte Statistiken, Bemerkungen von einer zukünftigen Progression zu gründen, wobei für den Leser die fortschreitende Gefährdung durch AIDS entstehen muss, ist nicht nur völlig unwissenschaftlich und entbehrt jeglicher Grundlage einer auf Argumente und rationalistische Erkentnisse im Sinne einer Nachvollziehbarkeit wissenschaftlichen Argumentierens gegründeten Textarbeit, sondern ist auch eine grobe Fahrlässigkeit. Die unterhalb der Statistik angebrachte Deduktion „Diese Statistik belegt die Verdopplungszahlen und signalisiert die epidemiologische Steigerungsrate (Nachmeldungen werden erwartet)“ (Goddenthow 1988, S. 17) zeigt sich somit als bare Unmöglichkeit, da die behauptete Schlussfolgerung und die aufgeführte Statistik auch nicht entfernt in einem semantischen Verhältnis stehen, wobei der Autor seine spekulative Annahme mit einer weiteren Spekulation (Nachmeldungen werden erwartet) zu kaschieren sucht. Die Verdopplungszahlen, die sich also offensichtlich doch nicht aus der aufgeführten Statistik ergeben, sollen sich nun quasi später durch Nachmeldungen irgendwann bewahrheiten. Für 1986 und 1987 geltende AIDS-Fälle, so scheint Goddenthow zu glauben, werden erst in einigen Jahren oder Jahrzehnten gemeldet oder es wird sich auf wundersame Weise eine statistische Erneuerung oder eine Statistik ergeben, womit sich die Behauptung der epidiomolgischen Progession der Erkrankungszahlen dann zukünftig als richtig erweisen wird.

Fliegel bezeichnet diese Behauptungen über eine Exponentialität der AIDS-Zahlen in einem bestimmten Zeitraum als Unwahrheit, die allein schon dadurch widerlegt ist, dass sich die Verdopplungszeit in den USA ständig verlängert hat.

Sie lag in den USA im Jahre 1982 bei 5 bis 6 Monaten, 1988 liegt sie bei 13 bis 14 Monaten (vgl. Fliegel 1988, S. 15).

In diesen und vergleichbaren Hochrechnungen werden zudem bisher gemachte Erkenntnisse über die Krankheit über den Haufen geworfen, eine bei jedem Erkrankten unterschiedlich lange Inkubationszeit sowie eine nicht innerhalb eines bestimmten Zeitraumes gradlinig fortschreitende Progression der Krankheit werden außer Acht gelassen. In den Hochrechnungen wird angenommen, dass „ganz sicher 100 % aller Infizierten binnen der kommenden Jahre sterben müssten, es werden „Stadienlehren“ aufgestellt, wonach die Menschen von Stadium 0 oder 1 a (...) bis zum Stadium 4 oder 5 (Vollbild AIDS) unaufhaltsam fortschreiten, als wäre dies ein Naturgesetz“ (Dunde 1988b, S. 98).
Derartige Berechnungen, so Schmidt 1987, entbehren jeder Grundlage und sind empirisch falsch, auch wenn deren vermeintliche Authentizität durch für LeserInnen dieser Prognosen undurchschaubare und nicht überprüfbare technizistisch-wissenschaftliche „Autoritäten“, wie z.B. Computer oder komplexe mathematische Modelle, aufgewertet werden sollen (vgl. Schmidt 1987, S. 27). Auch hier werden wieder Metaphern von Wissenschaftlichkeit benutzt, um fragwürdige Modelle und Prognosen zu erstellen, die grundlegenden wissenschaftlichen Techniken und Untersuchungsmethoden zuwiderlaufen. Bleibtreu-Ehrenberg verweist darauf, dass es eine derartige in allen Jahren gleich verlaufende Progression von bestimmten Fallzahlen nicht gibt, hier wird stillschweigend eine bestimmte Entwicklung unterstellt, wobei davon ausgegangen wird, dass die Ausbreitung von AIDS im bisherigen Umfang so weitergeht, wie sie das tat, als noch niemand von ihrer Existenz wusste. Darin kommt auch die (pessimistische) Unterstellung zum Ausdruck, dass alle gegenwärtigen Bemühungen um die Eindämmung von Neuinfektionen unwirksam bleiben werden (vgl. Bleibtreu-Ehrenberg 1989, S. 114). Die in den Hochrechnungen behaupteten Progressionen gibt es, wie aus der Wahrscheinlichkeitstheorie bekannt, so nicht, da „anfängliche Anstiegsquoten, die auf extrem niedrigen Fallzahlen basieren, sich mit zunehmender Fallzahl rasch reduzieren“ (Schmidt 1987, S. 27). Sie sind außerdem „sexualwissenschaftlich und psychologisch falsch, weil sie stillschweigend die unsinnige Voraussetzung machen, daß in den nicht-hochriskierten Gruppen (die ja über 95 Prozent der Bun-

desbevölkerung ausmachen) die gleichen Sexualgewohnheiten bestehen wie bei den besonders gefährdeten männlichen Homosexuellen“ (ebendaselbst).
In diesem Zusammenhang ist offensichtlich auch ein Versagen der WHO und internationaler AIDS-Experten zu konstatieren, die im Januar 1988 eine fast apokalyptisch anmutende Entwicklung von AIDS für die westliche Welt prognostizierten. Auf diesem ersten internationalen AIDS-Kongress wurde angegeben, es sei zu befürchten, dass „im Jahre 1991 in der westlichen Welt mehr junge Männer zwischen 25 und 35 Jahren an AIDS sterben als an Verkehrsunfällen, Selbstmord, Herzversagen und Krebs, den gegenwärtig vier häufigsten Todesursachen“ (Goddenthow 1988, S. 28).
Panikmache, Hysterie und AIDS-Phobie scheint 1988 auch Wissenschaftler und AIDS-Experten der weltgrößten Gesundheitsorganisation, die es besser hätten wissen müssen, erfasst zu haben, denn ein Vergleich aller in über 20 Jahren AIDS-Erkrankungen gestorbenen Patienten mit der Anzahl der Verstorbenen eines Jahres (2001) offenbart, dass selbst die Gesamtzahl aller verstorbenen AIDS-Erkrankten nur knapp 2,4 % der Verstorbenen eines Jahres ausmacht und gemessen an den Hunderttausenden, die durch Verkehrsunfälle, Selbstmord, Herzversagen und Krebs zu Tode kamen, (verschwindend) gering ist.

Wie absurd eine derartige Hochrechnungsphilosophie verwertet wurde, wird in einer Ausgabe des „Spiegel“ deutlich, wo die Zeitschrift derartige scheinbar wissenschaftliche Hochrechnungen verkündet und „dokumentiert, offenbar ohne es zu merken, auf derselben Seite Graphiken, die belegen, daß von einer geometrischen Progression in den USA nicht mehr gesprochen werden kann“ (ebendaselbst).
Nicht zuletzt fand sich diese widersinnige Zahlenspielerei unter Zugrundelegung von willkürlicher Anwendung bei Errechnung und Schätzung der bisher Infizierten. So verweisen Exner-Freisfeld/Weber-Falkensammler auf epidemiologische Beobachtungen, um auch mit Blick auf den Zeitfaktor eine Relation von AIDS-Patienten und tatsächlich Infizierten von 1:100 aufzustellen. Warum gerade diese Zahl den Autoren als anzunehmender Wert erscheint, wird nicht weiter ausgeführt, stattdessen wird behauptet: „Den derzeit 1500 AIDS-Fällen in der Bundesrepublik Deutschland stehen demnach ca. 150 000 Infizierte gegenüber“ (Exner-Freisfeld/Weber-Falkensammler, S. 18). Ähnlich wurde anlässlich einer Tagung

des Stadtparlaments in Frankfurt am Main im Mai 1987 argumentiert. Bei dem Vortrag eines Professor Rhein bezüglich der AIDS-Problematik in der Stadt Frankfurt wurde von schätzungsweise Infizierten einer bestimmten Altersgruppe ausgegangen, deren Zahl vom Prozentwert der vom Statistischen Bundesamt für Frankfurt ausgewiesenen Anzahl einfach behauptet wurde. Der Anzahl von 290.000 in Frankfurt lebenden 20-50jährigen stehen 15.000 in dieser Altersgruppe Infizierte gegenüber, ein als solcher auch titulierter „Schätzwert", der reine Spekulation bleibt und weder wissenschaftlich noch argumentativ-sprachlich begründet wurde (vgl. Exner-Freisfeld/Weber-Falkensammler, S. 18). Dieser Wert bleibt reine Behauptung und damit willkürliche Festlegung einer Anzahl von Infizierten, die nichts mit den wirklichen Gefahren von AIDS und der realen Zahl der Infizierten zu tun hat. Ausgegangen wird damit nicht zuletzt von einem Prozentsatz von 5 % Infizierten, eine Annahme, die, wie die statistischen Fallzahlen gezeigt haben, weit über der realen Zahl der Infizierten liegt, die weniger als 0,1 % beträgt.

Die Zahlen der AIDS-Erkrankungen wurden nicht zuletzt auf ungewöhnliche Art statistisch erfasst: Um die Größenordnung einer Krankheit, ihre Gefährlichkeit und die Neuerkrankungen zu beschreiben, ist es üblich, die neu aufgetretenen Erkrankungen in einer bestimmten Zeiteinheit, meist bezogen auf ein Jahr und eine entsprechende Häufigkeit der Krankheit in der Bevölkerung aufzuführen (vgl. Clement 1987, S. 210). Nicht so bei den AIDS-Statistiken. Statt der üblichen Zahl der Neuerkrankungen pro Jahr tauchen fast überall kumulative Inzidenzraten auf. Diese geben an, wie viele Menschen insgesamt bisher erkrankt sind (vgl. ebendaselbst). Zu den bisher an AIDS erkrankten Männern und Frauen werden also jedes Jahr die Neuerkrankungen hinzuaddiert, auch die bereits an AIDS Verstorbenen gehen mit in die Erkrankten-Zahlen ein. Von einer nachlassenden Gefährlichkeit der Krankheit kann auf diese Wiese niemals gesprochen werden, da selbst nur bei wenigen Neuerkrankungen die Zahl der AIDS-Kranken immer statistisch höher ausgewiesen wird als in der zuvor erstellten Statistik: Die AIDS-Erkrankungen lassen sich somit permanent unter „Es gibt immer mehr Aids-Fälle" fassen: „Auf diese Weise kann man unbegrenzt sammeln. Man addiert die Zahl der Neuerkrankungen einfach zur Anzahl der bisher Erkrankten. Definitionsgemäß steigt eine solche Zahl immer. Selbst wenn es zu einer Abnahme der Neuerkrankungen

kommt, nimmt die kumulative Inzidenz, die „Bisher"-Anzahl zu" (ebd., S. 211). Viele statistische Berechnungen, so Bleibtreu-Ehrenberg 1989, beruhten darauf, „stets alle Opferzahlen zu kumulieren, mit einem gewaltigen Sicherheitszuschlag zu multiplizieren und das Ganze dann als Untergrenze realistischer Schätzungen zu verkaufen" (Bleibtreu-Ehrenberg 1989, S. 114).
Clement spricht von epidemiologischem Unsinn, weil aus diesen Zahlen „Prävalenzraten errechnet werden, die nicht die sonstige Sterbeentwicklung im selben Zeitraum mitberücksichtigen" (Clement 1987, S. 211). Clement spricht sogar von Hochrechnungen, in die viel Beliebigkeit eingeflossen ist (vgl. ebd., S. 213).
Hutter verweist darauf, dass die Statistiken zudem in uneinheitlichen Zeitperioden ausgewiesen wurden. Somit muss sich der/die Interessierte die Anzahl der jährlichen Neuerkrankungen und Todesfälle selbst errechnen (vgl. Hutter 1997). Venrath 1994 bezeichnet die über AIDS-Infizierte geführte Medizinstatistik aus einem weiteren Grund als außerordentlich problematisch, da häufig von sehr unterschiedlichen Populationen ausgegangen wird (vgl. Venrath 1994, S. 25).

4.1.4. Die Darstellung von Homosexualität

Von Anfang der Berichterstattung über AIDS wurde die Krankheit mit Bezeichnungen wie „Schwulenseuche" homosexualisiert, eine folgenschwere Zuschreibung und Festlegung einer bestimmten Begrifflichkeit, die auch später, nachdem längst belegt war, dass sich auch Heterosexuelle mit dem HI-Virus infizieren konnten, in der öffentlichen Wahrnehmung vorherrschend bleiben sollte. AIDS blieb weiter die „Schwulenseuche", an der aber auch Nicht-Schwule erkranken konnten: „Die Folge war ein weiterer Irrationalisierungsschub, etwa seit Mitte 1986, mit der absurden Versicherung, daß ein Virus nicht nur Randgruppen befalle und daher die gesamte Wohnbevölkerung bedroht sei. Aus der Schwulenseuche wurde eine Nicht-nur-Schwulen-Seuche, mit dem gleichen Stigma" (Göckerjan 1987, S. 198). Venrath 1994 weist darauf hin, dass auch mit Blick auf die ersten Entdeckungen von AIDS nicht davon ausgegangen werden kann, dass ausschließlich homo- oder bisexuelle Männer betroffen waren, hier gehörten etwa 80 % der Betroffenen zu dieser Personengruppe (vgl. Venrath 1994, S. 23).
Diese Zuschreibung von Homosexualität als AIDS-Ursache bzw. –Betroffenheit ist demnach eine medial-diskriminierende Konstruktion und in dieser medialen

Auseinandersetzung mit der AIDS-Problematik zeigte sich die gesellschaftliche Beurteilung von Homosexualität und dem Umgang mit einer sozialen Minderheit. „Ohne die alten abendländischen normischen Vorurteile gegen Homosexualität und Prostitution, ja Sexualität schlechthin gäbe es eine andere soziale Wahrnehmung von AIDS“ (Bleibtreu-Ehrenberg 1989, S. 28).

4.1.4.1 Krankheit als Schuld

Von vielen Zeitschriften werden in den 80er Jahren homosexuelle Sexualpraktiken als Verursacher der Krankheit genannt (vgl. ebendaselbst). Die Zeitschriften bleiben dabei, obwohl statistisch längst das Gegenteil bewiesen ist, AIDS fast ausschließlich mit Homosexualität in Verbindung zu bringen, oft unter moralisch-wertenden Gesichtspunkten. Für „Bunte“, „Quick“, „Der Spiegel“ und „Stern“ scheint es einen Zusammenhang zwischen homosexueller Promiskuität und der AIDS-Erkrankung zu geben. Auch was die Darstellung von AIDS in deutsch-schweizer Tageszeitungen im Jahre 1987 anbetrifft, so wird auch hier noch mit den „klassischen Risikogruppen“ gearbeitet, obwohl in der Fachwelt zu diesem Zeitpunkt längst Klarheit darüber bestand, dass damit das Problem der Ausbreitung nicht bewältigt werden kann. Die Presse fördert damit die Stigmatisierung dieser Randgruppen (vgl. Diggelmann et al. 1988, S. 45).

Immer wieder wird auf die Gefahr einer maßlosen Sexualität hingewiesen, die mit vermeintlich normalanständigen Sexualvorstellungen, dem sogenannten Pfad der Tugend, in Verbindung gebracht wird: „Bei einem der sittlichen Norm entsprechenden Lebenswandel kann es nach heute bestehender Auffassung zu keiner AIDS-Erkrankung kommen“ behauptet Bunte 1985 (zitiert nach Schad 1991, S. 154). Gerade der häufige Partnerwechsel unter Homosexuellen führt, glaubt man diesen Artikeln, zum Ausbruch von AIDS, wobei die Häufigkeit des Partnerwechsels ja als von den Homosexuellen gewollte und gewählte Promiskuität gesehen wird und AIDS damit als durch das eigene Verhalten hervorgebrachte Krankheit, also selbstverschuldetes Schicksal, das seinen Ursprung in einem sogenannten unnormalen Sexualverhalten hat, bewertet wird. Darauf scheinen Artikel in „Quick“ hinzudeuten, in denen AIDS bei Heterosexuellen als nicht persönlich zu verantwortendes Schicksal dargestellt wird, gleichzeitig AIDS bei Homosexuellen für die Zeitschrift durch zu intensiven Sexkonsum zustande gekommen ist, man

also annehmen kann, dass für „Quick“ die AIDS-Erkrankung eines Homosexuellen selbst verschuldet ist (vgl. Schad 1991, S. 153).
Diesen Gedanken liegt die Vorstellung von Krankheit als Schuld zugrunde. Homosexuelle und andere stigmatisierte Personengruppen haben, so geht aus diesen Artikeln hervor, ihre Krankheit verdient.
Mit Rückgriff auf eine übergeordnete Bestrafungsinstanz wird der AIDS-Erkrankung dabei ein scheinbarer Sinn gegeben: „Der Herr, wagte sich der Bakteriologe Fehrenbach zu formulieren, hat für die Homosexuellen immer eine Peitsche bereit.“ (Bunte 1985, zitiert nach Schad 1991, S. 144). Dies impliziert, dass es eine „Zuchtrute Gottes“ für eine bestimmte Form menschlichen Verhaltens gibt, eine tödliche, unheilbare Krankheit als Strafinstrument zur Besserung der sündigen Menschen (vgl. Dunde 1988a, S. 105).

Besonders weit verbreitet sind diese Gedanken in religiösen Zeitschriften und Schriften, wobei sich auch kirchliche Würdenträger bemühen, einen Zusammenhang zwischen einem unmoralischen Lebenswandel und der Krankheit AIDS als Strafe herzustellen. Stellenweise wird dabei subtil und hintergründig-suggestiv argumentiert: „Ist AIDS als erworbene Immunschwäche des Menschen gegenüber kleinsten Infektionen vielleicht auch Symptom für eine tiefer liegende geistige Immunschwäche? Fehlt uns aufgrund mangelnder sittlicher und religiöser Orientierung die innere Widerstandsfähigkeit für die auftretenden Belastungen des Lebens in anderen Bereichen? Wenn bei einer Aufklärungsaktion nur eine Kondomwerbung erfolgt, die tiefer liegenden Ursachen jedoch verschleiert werden und die ethische Frage ausgeklammert bleibt, wird nur eine Symptombehandlung vorgenommen“ (Gründel 1987, S. 100).
In diesem Zeitungsartikel wird angenommen, dass aufgrund einer inneren moralischen Stärke eine Festigkeit vorliegt, um gegen AIDS gewappnet zu sein. Damit erfolgt eine Gleichsetzung von der Einhaltung bestimmter ethischer Vorstellungen und körperlicher Gesundheit und AIDS wird nicht auf den HI-Virus zurückgeführt, sondern auf die moralische Schwäche der jeweiligen Menschen, die diese anfällig macht für eine körperliche Erkrankung.
Mit derartigen moralisierenden Spekulationen wird eine Zweiklassengesellschaft geschaffen, wobei Menschen, die den eigenen Lebensvorstellungen und Weltbildern entsprechen, als Menschen erster Klasse hingestellt werden und die Verwerf-

lichkeit des Lebens anderer Menschen aus der Abweichung ihres Verhaltens von der eigenen zur Objektivität erhobenen subjektiven Wahrheit abgeleitet wird. Eigene Lebensvorstellungen werden zu Allmachtsphantasien erhoben, stellen allgemeinverbindliche Richtlinien, die mit göttlichen Gesetzen gleichgesetzt werden (vgl. Rühmann 1985, S. 77).

Im kirchlichen Bereich waren jedoch die Annahmen, bei AIDS handele es sich um die Geißel Gottes, zumindest was den evangelischen Bereich angeht, in der Minderheit, es wurde in einer Stellungnahme der Evangelischen Kirche Deutschlands darauf verwiesen, dass jegliches Moralisieren, Diskriminieren und Zuweisen von Schuld ausdrücklich unevangelisch sei (vgl. Bleibtreu-Ehrenberg 1989, S. 208). Trotzdem gab es gerade im christlichen Bereich viele Stimmen, die mit Schlagworten wie „Verfall christlicher Werte", „Neuheidentum" „AIDS ist ein schweres Gericht Gottes", „Antwort Gottes auf Mißachtung seiner Maßstäbe" „rächende Seuche", AIDS in die Nähe eines Ursachen-Wirkungszusammenhangs rückten, der von den Betroffenen durch ihr unnormales Verhalten selbst produziert worden ist und damit Gott als strafenden Richter auf den Plan gerufen hat (vgl. ebd., S. 208-209).

Historisch gesehen, wird damit auf drei Jahrhunderte altes Gedankengut zurückgegriffen. Im 18. Jahrhundert galten Behinderung und abweichendes Verhalten als eine Strafe Gottes für begangene Sünden und eine psychische Krankheit wurde z.B. als Besessenheit verstanden. Krankheitsäußerungen ganz allgemein wurden als Ausfluss persönlicher Torheit oder Niedertracht betrachtet. Kranke galten als sittlich entgleiste, übelwollende und vielfach bösartige Geschöpfe (vgl. Kraeplin 1918, S.13).

Auch für andere Zeitschriften sind AIDS-Kranke nicht Opfer, die ein schreckliches Schicksal getroffen hat, sondern Schuld und Unschuld tauchen als Differenzierung nach Vertretern bestimmter Sozialgruppierungen immer wieder auf. Zwischen 1982 und 1989 werden in populären US-Magazinen in Zeitschriftenartikeln über AIDS besonders häufig „sündhafte" Persönlichkeitsmerkmale betont. Die soziale Rolle „Kranker" wird diesen Personen verwehrt, weil AIDS in der Biographie angelegt zu sein scheint und damit in den Bereich persönlicher Verantwortung fällt (vgl. Koch 1989, S. 37).

Wenn „Quick“ schreibt, dass AIDS auch völlig unschuldige Personen bedroht, so suggeriert eine derartige Aussage, dass es auch Personen gibt, die Schuld sind an ihrer eigenen AIDS-Erkrankung (vgl. Schad 1991, S. 145). Andere Zeitschriften folgen dieser Unterscheidung in schuldig und schuldlos Erkrankte. Auf der einen Seite gibt es den „sexuellen“ (d.h. meist homosexuellen AIDS-Kranken, der sich durch Geschlechtsverkehr mit dem HI-Virus infiziert hat) und den „sauberen“ AIDS-Kranken („unschuldige“ Kinder, Bluter und Transfusionsempfänger). Gerade Homosexuelle werden auf diese Weise stigmatisiert, die sogenannten „sauberen“ Kranken sind Opfer der Krankheit (vgl. Venrath 1994, S. 129). Der SPIEGEL setzt bestimmte Gruppen von AIDS-Erkrankten mit der Stigmatisierung dieser Krankheit gleich, als gäbe es einen Zusammenhang zwischen dem Stigma bestimmten Randgruppen gegenüber und der AIDS-Erkrankung: „Wenn erst Kinder an Aids sterben werden, Frischoperierte, Unfallopfer, Krankenhauspatienten, ohne jedes Stigma also, (...)“ (Spiegel 1984) (zitiert nach: Köneke 1990, S. 24).

Dunde spricht in diesem Zusammenhang von einem Mechanismus der Verachtung, von Hass auf die Kranken, der so lange besteht, „so lange zwischen „schuldigen“ und „unschuldigen“ Aids-Opfern (hier selbstverständlich die Schwulen, Drogis, Prostis; dort die Kinder, Bluter, Transfusionsempfänger) unterschieden wird, solange Menschen als „Gefahrenherde“ diffamiert werden“ (Dunde 1986b, S. 113-114).

Die so betriebene Differenzierung in unschuldige und schuldige AIDS-Kranke spiegelt die Wertigkeit des gesellschaftlichen Ansehens und die Diffamierung bestimmter Personengruppen aufgrund einer bestimmten Sozialkategorie oder einer gesellschaftlich gesehen besonders verachteten Lebensweise wider: Die „Quick“ überträgt die Verantwortung bzw. Schuld für die AIDS-Erkrankung bisexuellen Männern, Drogensüchtigen und (drogenabhängigen) Prostituierten. Drogenabhängige werden z.B. „zu einer Art Virus-Schleuder gegenüber der Bevölkerung“ erklärt. Prostituierte sind „heimtückische Todesboten“ oder „Mörderbienen“ (vgl. Schad 1991, S. 146). Für „Quick“ bedrohen AIDS-Kranke andere Personen, die Verbreitung der Krankheit wird hier in einer Ausgabe aus dem Jahr 1986 mit einem Schneeballsystem gleichgesetzt. Einer besonders drastischen Beschreibung bedient sich die „Bunte“ in einer Ausgabe aus dem Jahr 1987: „Ein einziger AIDS-infizierter Fixer kann eine Kettenreaktion in einer ganzen Schule, einem ganzen Viertel auslösen“ (Bunte 1987/12:142) (zitiert nach: Schad 1991, S.

146). Durch diese Semantik werden AIDS-Kranke zur Gefahr für die Gesellschaft erklärt, die eine ganze Stadt oder ein ganzes Stadtviertel in kürzester Zeit ausradieren können. Derartige Beschreibungen bleiben auf der Bedeutungsebene der Pest oder der Seuche: Suggeriert wird eine extrem hohe Ansteckungsgefahr, die bereits durch die bloße Anwesenheit des AIDS-Kranken besteht. Aus Krankheitsopfern werden so Täter mit einem fast gemeingefährlichen Status, vor dessen Kontakt, sei es auch nur ein flüchtiger Händedruck oder ein Gespräch mit ihnen, man sich zu schützen hat. Sonntag plädiert dafür, dass man Krankheit als das nehmen soll, was sie ist, nämlich als eine Erscheinung der Schattenseite des Lebens, „eine eher lästige Staatsbürgerschaft, die keiner gerne vorweisen will und zu deren Annahme doch jeder, der geboren wird, früher oder später, zumindestens zeitweise, gezwungen wird“ (Sonntag 1989, S.5).

4.1.4.2. Homosexuelle Promiskuität

In vielen Artikeln zwischen 1981 und 1989 wird Homosexualität mit einem im Vergleich zur Normalität des monogamen Sexualverhaltens sittlich völlig entgleisten Sozialverhalten in Verbindung gebracht. Charakteristisch ist eine Bemerkung in der Bunten von 1988: „Denn das ist es, was Homosexualität im wesentlichen von Heterosexualität unterscheidet: der spontane Sex mit völlig Fremden“ (Bunte 1988) (zitiert nach: Schad 1991, S. 181-82). Mit dieser Darstellung wird homosexuelle Sexualität als ausschweifende Wahllosigkeit der Sexualpartner definitorisch festgelegt.

Vor allem der Spiegel bedient sich dabei besonders bizarrer Vorstellungen, wobei sogar konkrete Zahlen genannt werden. „Viele bringen es auf hundert verschiedene Sexualpartner pro Jahr, manche auf tausend. Stefan Reiss, 33, Rechtsanwalt in Berlin und Vorsitzender der `AIDS-Hilfe´, schätzt den Anteil der Homosexuellen, die in ´ehelicher Treue´ leben, auf höchstens zwei Prozent“ (Spiegel 1984) (zitiert nach: Schad 1991, S. 186). In den Artikeln des SPIEGEL zum Thema AIDS gibt es in den Jahren 1984 und 1985 eine Fülle von ähnlichen Schilderungen zu homosexuellem Sexualverhalten, wie folgende zwei Beispiele belegen: „Tausend Intimpartner – tausend verschiedene – innerhalb von drei Jahren gelten den amerikanischen Aids-Ärzten keineswegs als Spitzenleistung. Unter den Patienten sind Männer, die im gleichen Zeitraum dreitausend Partner hatten“. „Wer nicht anders

kann, als in die Sauna gehen und losmachen, der muß in die Sauna gehen und losmachen. Wenn ich mich auf eine Bank lege und von fünf Männern ficken lasse, will ich fünf Männer“ (zitiert nach Clement 1987, S. 226-27).
Homosexuelle Persönlichkeit und homosexuelles Verhaltens werden so primär unter dem Blickwinkel der Triebhaftigkeit betrachtet. Auch politisch einflussreichen und wichtigen Homosexuellen wird im Spiegel ein über die politische Einflussnahme erreichtes Ausleben ihrer sexuellen Vergnügungen unterstellt (vgl. Schad 1991, S. 178). Ein erhöhter Sexualkonsum wird dabei als Resultat politischer Emanzipation und Einflussnahme beschrieben: „`Recreation Sex´, Erholungssex, war einer kräftig ausgenutzten Nebeneffekte schwuler Emanzipation“. (Spiegel 1987) (vgl. ebendaselbst).

Für Quick, Stern und Bunte und den Spiegel hängt AIDS bei Homosexuellen dann auch mit dem ausschweifenden Sexualleben der Homosexuellen zusammen, „die „Bunte“ bringt das Auftreten von AIDS bei Heterosexuellen am häufigsten in Beziehung zu leichtsinnigem Verhalten. Im Kontext von Homosexualität tritt diese Bewertung nicht auf“ (Schad 1991, S. 153). Ein intensiver Sexkonsum führt vor allem für den „Spiegel“ zum Auftreten der Immunschwächekrankheit. „Diese Bewertung erfolgt zu 68 % im Umfeld von Homosexualität, zu 18 % ohne Differenzierung nach sexueller Orientierung und zu 13 % im Umfeld von Heterosexualität“ (ebendaselbst).
Die Verknüpfung von ausschweifendem Sexualverhalten und einer daraus resultierenden Krankheit gleicht der rätselhaften Begründung einer Krankheit, für die es keine medizinischen Belege gibt, sondern die auf spezielle Körperlichkeiten einer bestimmten Personengruppe zurückzuführen sind. Aktiviert werden damit Vorstellungen von einem durch übermäßige Sexualität ausgebrannten und geschwächten Körper. LeserInnen können dabei das Bild von einem von Krankheit und Auszehrung entstellten Homosexuellen vor Augen haben, der nun besonders anfällig ist für Infektionskrankheiten, die dann, um in diesem Bild zu bleiben, nicht als opportunistische Krankheiten der HIV-Infektion zu bezeichnen wären, sondern opportunistische Krankheiten der gelebten Sexualität darstellen würden (vgl. Venrath 1994, S. 143).

4.1.4.2. Gesellschaftliche Ordnungsvorstellungen

Offenkundig ist, dass die behauptete Sexualmoral der Homosexuellen nicht mit dem alltäglichen Leben der Leser in Einklang gebracht werden kann, aber auch von den Medien nicht so präsentiert wird, dass Homosexualität tolerierbar und akzeptabel erscheint (vgl. Rühmann 1986, S. 85). Homosexualität wird somit nicht als Variante alltäglicher Lebensformen beschrieben, sondern ausgegrenzt und diffamiert (vgl. Clement 1987, S. 227-28). Sie bleibt abseitige Subkultur.
Zudem ist diese Promiskuität der Homosexuellen, wie sie in vielen Zeitungs- und Zeitschriftenartikeln zum Ausdruck kommt, eine gesellschaftliche Gefahr und verantwortungslos, es handelt sich nicht um eine menschliche Lebensform, sondern um eine Bedrohung der Gesellschaft (vgl. ebd., S. 228). Die behauptete Promiskuität der Homosexuellen ist bildliche Entmenschlichung homosexuellen Lebens, mit der homosexuelles Leben auf eine quasi tierische Ebene verschoben wird. Sexualität als Ausdruck von Personen und Beziehungen, von Zuneigung und Zärtlichkeit kommt in vielen Artikeln kaum vor (vgl. ebendaselbst), beschrieben werden keine „Mitbürger“, mit deren Schicksal die Leser mitfühlen und in das sie sich hineindenken können, sondern die übertriebene Wahllosigkeit des Sexkonsums erinnert eher an das „Paarungsverhalten von Pavianhorden“ (ebd., S. 227). Hier wird bewusst mit nicht menschlichen Bildern gearbeitet, um einer Dehumanisierung von Homosexualität den Weg zu bereiten. Bevorzugt wird eine voyeuristische Perspektive, mit der Homosexualität als Exotikum ausgeschlachtet wird, ohne den Blick zurück zu gestatten und damit jede Möglichkeit von Solidarität und potentieller Gleichartigkeit unterbunden (vgl. ebendaselbst). Eine mitfühlende Identifikation gegenüber den Kranken und der Abbau von Vorurteilen werden verhindert. Diese und ähnliche Artikel dienten, so Rühmann, dazu, „vorhandene Vorurteile deren Wirksamkeit abgestumpft war, gewissermaßen energetisch aufzuladen und zu aktualisieren“ (Rühmann 1985, S. 53). Sigusch sieht in diesen Darstellungen nicht nur ein „Ausgrenzen verfolgter Minderheiten“, sondern auch ein „Anstacheln des ohnehin dumpf grollenden „gesunden“ Volksempfindens“: „Als hätte es noch eines Beweises bedurft, daß der Rassismus bei uns nicht nur latent vorhanden ist – Aids hat ihn geliefert“ (Sigusch 1987, S. 8). Für Leky erfolgt unter dem Deckmantel der Aufklärung und Hilfe ein sozialer Sadismus. Kennzeichnend sind „die Einkreisung einer Opfergruppe, die Betonung ihrer Se-

xualität, die Dehumanisierung der Opfer, das Sich-nicht-mehr-vorstellen-Brauchen, was dieser Umgang für den einzelnen bedeutet, die rigorose Einflußnahme allein unter Sachgesichtspunkten“ (Leky 1986, S. 101).
Da AIDS als Krankheit von Randgruppen ins öffentliche Bewusstsein gerückt wurde, war es möglich, weitverbreitete Schuldgefühle auf Angehörige dieser Gruppen zu projizieren (vgl. Rühmann 1985, S. 75). Dass es dabei nicht um die Krankheit als solche ging, sondern Hass und Diffamierung im Mittelpunkt standen, verdeutlicht der Zusammenhang zwischen Prostitution und AIDS. Obwohl Prostituierte eine äußerst geringe Rolle spielen bei der Weiterverbreitung des Virus, wurden gerade sie immer wieder in die Diskussion um AIDS eingebracht und als Gefährderinnen oder als „Mörderbienen“ diffamiert. Die Darstellung der Krankheit AIDS bot sich an, die Angst vor dem Fremden und dem Normbruch gleich mit der Abwertung „liederlicher“ und „unmoralischer“ Frauen zu verbinden, die in einem Zusammenhang mit der für viele unnormalen Sexualität der Homosexuellen genannt wurden (vgl. ebendaselbst).

Außenseiter und wenig geachtete Bevölkerungsgruppen wurden auf diese Weise zu Sündenböcken einer gesellschaftlichen Gefahr hochstilisiert, die Art der Bedrohung variierte, doch die Botschaft blieb gleich: Durch sexuelle Promiskuität, durch Homosexuelle und Prostituierte ist die soziale Ordnung gefährdet: „Und je weiter die Ängste sich ausbreiteten, desto stärker empfand die Gesellschaft sich schließlich wie im Belagerungszustand“ (Bleibtreu-Ehrenberg 1989, S. 170). Grundlage dieses Denkens ist die „Vorstellung, wonach die Seuche ausschließlich durch Homosexuelle in die sog. Normalbevölkerung eingeschleppt wurde. So wurde die Hoffnung auf einen rationalen Umgang mit AIDS vorerst zunichte gemacht und Homosexuelle zur Gefahr für die „Volksgesundheit“ abgestempelt“ (vgl. Venrath 1994, S. 143). Dass solche Vorstellungen durchaus auf fruchtbaren Boden fielen und von der Bevölkerung weitergetragen wurden, zeigt ein Flugblatt, das in Passau 1987 kursierte. Dort heißt es: „Die Gauweiler-Gesetze sind ein taugliches Mittel, um die Schädlinge der Volksgesundheit zu eliminieren und zu isolieren“ (zitiert nach Venrath 1994, S. 243). AIDS ist der Vorwand, dass „die Homosexualität und die Homosexuellen „endlich wieder pathologisiert, verdammt und ausgegrenzt werden"“ (Wolters 1989, S. 42).

Die in diesen journalistischen Ausgrenzungsbemühungen zum Ausdruck kommenden Diffamierungen suggerieren eine Distanz gegenüber Lebensformen, denen gegenüber die Grenzen aufzurichten näher liegt als sie einzureißen.

Dem von der Gesellschaft negativ sanktionierten Sexualverhalten wird dabei über die Zuschreibung von Krankheit als Schuld und einer gesellschaftlichen Gefahr moralische Kategorien untergeschoben: „Die moralische Schuldzuweisung erfolgt, entgegen dem äußeren Anschein, letztlich nicht aufgrund eines individuellen Verhaltens, sondern aufgrund der Zugehörigkeit zu einer bestimmten Gruppe“ (Rühmann 1986, S. 76). Man erwartet Schuldbekenntnisse und ein Verhalten, wie es der Mehrheit dieser Gesellschaft gefällt. Und dieses geforderte Wohlverhalten geht weit über ein Verhalten hinaus, welches eine reale Ansteckungsgefahr verhindert.

Es geht „um den Angriff auf eine Lebenshaltung, die in ihrem symbolischen Gehalt für mehr steht als nur für die Umgangsform mit Sexualität“ (Parin, 1987, S. 65). Das abweichende Sexualverhalten symbolisiert die „Abweichung von Lebensformen, wie sie dem allgemeinen Durchschnitt entsprechen und daher normierenden Charakter für sich in Anspruch nehmen“ (Rühmann 1985, S. 76).

Die von AIDS ausgehende Bedrohung setzt gesellschaftliche Ordnungsphantasien frei, transportiert werden rigide Vorstellungen von gesellschaftlicher Ordnung und gesellschaftlicher Wirklichkeit, in denen abweichendes Verhalten als asozial gilt und mit dem Tode bestraft wird.

Diese erwünschte Vernichtung der Abweichler drückt sich beispielsweise in Suggestivformulierungen wie: „Oder werden nur die homosexuellen Männer daran glauben müssen? Vielleicht..., weil `der Herr für die Homosexuellen immer eine Peitsche bereit hat?`“ aus. Die noch gestellte Frage nach dem Nur-Tod der Homosexuellen durch AIDS wird dabei gleich mit einer Quasi-Antwort zu Ende gedacht. Mit bedrohlichen Metaphern und suggerierter Gefährlichkeit wird schon von einer Verfolgung und Isolierung der Abweichler geschrieben: „Neue Hatz wie auf Pestkranke im Mittelalter? Wie die Pest: Homosexuellenkrankheit Aids, Seuche Aids, Aids: Die Bombe ist gelegt, die Hatz ist schon im Gange, Quarantäne, seuchenpolizeiliche Instrumente etc.“ Auch mit Formulierungen „die Hatz ist schon im Gange“ wird bereits der Anfang der noch zuvor als Frage ausgedrückten Verfolgungs- und Diffamierungsmöglichkeit der Kranken suggeriert. Der Aus-

grenzung und Verfolgung AIDS-Kranker im Sinne eines Pogroms wird somit geistig der Weg bereitet.

Denkbarrieren gegen die schlimmsten Verbrechen des nationalsozialistischen Terrors werden durchlässig. Im New Yorker Programm des Kabelfernsehens äußerte der Psychologe Paul Cameraon aus Omaha, Nebraska, „(...), daß die Vereinigten Staaten in einigen Jahren möglicherweise darüber nachdenken müßten, alle Homosexuellen auszurotten, um Aids unter Kontrolle zu bekommen“ (Parin 1987, S. 66).

AIDS mobilisiert krypto-faschistische Reaktionen und macht zugleich die latente Bereitschaft zu solchen Reaktionen in dieser Gesellschaft beklemmend deutlich. Selg 1988 verweist auf eine Studie, bei der Menschen befragt wurden, ob sie damit übereinstimmen würden, ob es unter extremen Bedingungen völlig gerechtfertigt ist, jene zu eliminieren, die als gefährlich für das Allgemeinwohl betrachtet werden müssen. Nach dieser Studie stimmten 91 % der Befragten zu, nur 5 % lehnten ab. Als zu eliminierende Gruppen wurden dabei in der Regel Minderheiten genannt, die nach Meinung der Befragten ein eher lebensunwertes Leben führten. Es drängt sich der Gedanke auf, so Selg 1988 weiter, dass nach diesem Denken auch HIV-Infizierte oder gar AIDS-Kranke für viele in der Bevölkerung als zu eliminierende Gruppen betrachtet werden und daher vernichtet werden können (vgl. Selg 1988).

Dieses Denken spiegelt sich nicht zuletzt in einzelnen Leserbriefen des „Spiegel“ wider. Dort heißt es: „Was schadet es schon, wenn Teile einer verruchten Brut en masse vergehen“ oder: „Achtung Ihr Schwulen, Fixer und Nutten: Solltet Ihr wirklich so weitermachen, wird man auf euch in wenigen Wochen die Jagd freigeben“ (zitiert nach Schmidt 1987, S. 26).

Die Vehemenz des Hasses gegen diese Andersartigen leitet sich dabei, so Wolters 1989, aus dem Stellenwert der kollektiven Verdrängung homoerotischer Verhaltensweisen her. Grundlage des Homosexuellenhasses ist nichts weiter als die in andere Bereiche projizierte Abwehr eigener Phantasien, Wünsche und Ängste in Bezug auf homosexuelle Triebkomponenten (vgl. Wolters 1989, S. 42). Psychologisch gesehen spiegeln die überzogenen Hassmetaphern die Kräfte und die Gewalt eines Teils einer Gesellschaft wider, die notwendig sind, um den kulturell geforderten und geförderten übermäßigen Zwang zur Verdrängung der homoerotischen Triebanteile aufrechtzuerhalten. Die so selbst unter billigender Akzeptanz

faschistischer Tötungsphantasien vollzogene Ausgrenzung durch Unterdrückungsmetaphern ist die Stabilisierung der vermeintlichen Ordnung des Kollektivs (vgl. Wolters 1989, S. 42).

Die Wertigkeit des menschlichen Lebens leitet sich dabei her aus der herrschenden Norm übereinstimmenden Sexualverhaltens. Auf die Rechte dieser Minderheiten wird keine Rücksicht genommen, so argumentiert der Journalist Shilts, der den gesundheitlichen Institutionen der USA schwere Versäumnisse vorwirft: „Die bittere Wahrheit war, daß Aids nicht einfach Amerika zustieß – eine Phalanx von Institutionen ließ es zu, daß es ihm zustieß, Institutionen, die alle von ihrer Aufgabe versagten, die öffentliche Gesundheit zu schützen. Dieses Versagen des Systems hinterläßt ein Erbe unnötigen Leidens, das die westliche Welt in den kommenden Jahren verfolgen wird“ (Dunde 1986b, S. 127). Moralische Tabus, Sexualängste und deren kompensatorische Reaktion in der „gay community“ (=schwule Gemeinschaft) in Form von Verdrängung der Gefahr, aber auch Minderheitenhass und Homophobie haben offenbar eine rechtzeitige und koordinierte Präventionsstrategie verhindert (vgl. Dunde 1988a, S. 104).
Dunde verweist in diesem Zusammenhang auf Fehlleistungen wie unterlassenen Schutz und Hilfeleistung des Systems in den USA (vgl. Dunde 1986b, S. 128). Den homosexuellen Opfern wurde, so lassen sich Shilts Bemerkungen verstehen, nicht geholfen, weil man ihr Leben nicht für wertvoll und schützenswert erachtete.
Diese Ignoranz gegenüber dem Leiden von Homosexuellen zeigte sich in den USA vor allem daran, dass zuerst gar nicht über AIDS berichtet wurde. Hier, so könnte man annehmen, sind der Tod und die Krankheit von Homosexuellen keine berichtenswerten Ereignisse, weil es „nur“ um den Tod von Homosexuellen geht (vgl. Dunde 1988a, S. 104).
Diese Weigerung zu helfen und der Krankheit zu wehren, auch indem über sie in den amerikanischen Medien berichtet wird, hat offenbar etwas mit der Sexualität der Opfer zu tun. Aus dem amerikanischen Gesundheitsministerium hieß es angesichts der Gefahr von AIDS: „Wir müsse Aids besiegen, bevor es die heterosexuelle und Allgemeinbevölkerung angreift... Wir haben ein sehr starkes öffentliches Interesse daran, Aids zu stoppen, bevor es außerhalb der Risikogruppen ausgebreitet wird, bevor es ein überwältigendes Problem wird“ (Dunde 1986b, S. 128).

Aus diesen Worten scheint der Wunsch zu sprechen, AIDS zu stoppen, weil die Krankheit auf die heterosexuelle „Normalbevölkerung“ übergreifen könnte, aus ihr spricht nicht der Wunsch, auch den erkrankten Homosexuellen zu helfen. Eine Wertigkeit von Homosexualität (die offenbar als nicht schützenswert erachtet wird) und Heterosexualität (die als unbedingt schützenswert betrachtet wird) ist offenkundig.

Der Kampf wird also nur auf der einen Seite gegen AIDS als Krankheit geführt, auf der anderen Seite tauchen die Wünsche nach einem Kampf gegen Laster und Unmoral auf. Während vordergründig nur von der Krankheit geredet wird, ist dieses Reden, da es in Form bestimmter Zuordnungen und Metaphorisierungen erfolgt, bereits Teil bestimmter gesellschaftlicher Ordnungsvorstellungen – ein Versuch, darzustellen, wie das Leben und die Ordnung des Sexuellen an sich zu sein habe (vgl. Rühmann 1985, S. 14-15). Dabei wird mit dem Propagieren politischer und moralischer Ordnungsvorstellungen im Sinne eines sexuellen Puritanismus zur Unterbindung der Homosexualität aufgerufen (vgl. Parin 1987, S. 66).
Denn dies passt recht gut in das Konzept der erstarkenden fundamentalistischen Bewegung in den USA, in der sich mehrere Millionen bibelfrommer Protestanten zusammengefunden haben, um die „alten“ Werte der Familie, der Treue, der Vaterlandsliebe wieder in Amerika einzupflanzen. So wird dann AIDS gerne als Argument benutzt, um die Folgen eines „gottfernen“ Lebensstils aufzuzeigen (Shilts 1987, S. 347 f.).

Die über den AIDS-Kranken schuldhaft zugeschriebene Selbstverursachung ihrer Krankheit aufgrund eines bestimmten Lebenswandels dient letztendlich auch als Vorwand zur Verweigerung menschlich-sozialer Leistungen. Viele Medienberichte spiegeln dabei eine offene Homophobie wider: „Eine Kampagne, die als verantwortungsvolle Prävention einer gefährlichen Krankheit getarnt ist, legitimiert zur neuen Hexenjagd“ (Parin 1987, S. 66).
Auf diese Weise wird für Homosexuelle in Zeitungs- und Zeitschriftenartikeln jener gesellschaftlichen Status propagiert, der ihnen zuvor längst im Rahmen gesellschaftlicher Ordnungsvorstellungen und Vorurteile zugewiesen wurde: Homosexuelle sind als Abweichler von der sogenannten Normalität auszugrenzen, die Verweigerung gesellschaftlich-menschlicher Rechte ist die Strafe, die sie für ihren

Lebenswandel zu tragen haben, die Aufnahme der Glücklichen mit einem negativen Ergebnis in den Kreis der Arbeitenden, Auszubildenden, Versicherten wird zur Prämie für entsprechendes Wohlverhalten (vgl. Schmidt 1987, S. 26). „Der Staat des Kapitals“ (...) „kauft dem Individuum die Übereinstimmung mit der Norm ab; er schafft (damit) Nachfrage nach dem Angepaßten“ (Schmidt 1987, S. 26).

4.2. AIDS-Broschüren und (wissenschaftliche) Verlautbarungen

Viele Broschüren, auch von offizieller Seite zu AIDS, sind ein Spiegelbild schlechter Aufklärungspolitik und unklarer Informationen. Als ein Beispiel soll hier die Broschüre der AIDS-Hilfe mit dem Titel „Heutiger Wissensstand“ genannt werden. In dieser Broschüre werden absolut keine Zahlen genannt, es wird lediglich auf die hinlänglich bekannten negativen Entwicklungen verwiesen, ohne diese weiter zu differenzieren. Wie vielfach in offiziellen Informationen zum Thema, werden die Gefahren einer Infektion dramatisiert und die Risiken einer Erkrankung werden nicht nur im Hinblick auf die hetero- und die homosexuelle Betroffenheit gleichgesetzt, sondern es wird suggeriert, dass AIDS für Deutschland eine ebenso schlimme Bedrohung ist wie für Afrika. Es werden keine Zahlen genannt, wie viele Erkrankte es in Deutschland denn nun wirklich gibt (vgl. Deutsche Aids-Hilfe 2000).
Der interessierte Leser kann sich also absolut kein konkretes Bild darüber machen, wie hoch z.B. die Ausbreitung in Deutschland ist.
Ähnliches lässt sich im Bezug auf andere Broschüren konstatieren. So z.B. in Informationen der Broschüre „Aids von A bis Z. 24 Fragen und Antworten zu Aids, HIV und zum Test“ (BzgA 1997/98). Hier wird, obwohl die Broschüre durchgehend in einem sachlichen Informationsstil gehalten ist, nur kurz auf eine Anzahl der Erkrankten verwiesen, deren geringe Anzahl im internationalen Vergleich und vor allem was andere Erkrankungen der Seuchengeschichte betrifft, zu differenzieren ist. Zudem wird in dieser Broschüre auf eine heterosexuelle Betroffenheit verwiesen, die unter Bezugnahme auf das Robert-Koch-Institut bei 15 % liegen soll (vgl. BzgA 1997/98, Frage 10). Die heterosexuelle Bevölkerung muss also aufgrund dieser Informationen annehmen, von der Möglichkeit, sich zu infizieren, stärker betroffen zu sein als dies wirklich der Fall ist. Auch in einer Broschüre des

BzgA von 1987 wurde der Bürger falsch informiert. Hier wird nicht nur nicht zwischen einer homo- und einer heterosexuellen Betroffenheit unterschieden, sondern es wird auch von einer gleichen Betroffenheit von Frauen und Männern ausgegangen. Unter Frage 12 heißt es, dass auch wenn vorwiegend Männer in der Bundesrepublik Deutschland erkrankt sind, dass Frauen grundsätzlich genauso gefährdet sind. Nach dieser Broschüre (Frage 6) ist Geschlechtsverkehr ohne Kondom der häufigste Ansteckungsweg (vgl. BzgA 1987), wobei nicht auf den Unterschied von Analverkehr und Vaginalverkehr verwiesen wird. Als Schutz wird in dieser Broschüre partnerschaftliche Treue empfohlen (vgl. ebendaselbst).

Sie verweisen beispielhaft auf Schlimmes aus dem AIDS-Bereich oder schildern gefährliche Situationen, die der Einzelne besser meiden sollte.
Diese der Sachlage völlig ungemessenen AIDS-Informationen transformieren, salopp gesagt, afrikanische Verhältnisse unmittelbar auf die BRD, häufig verbunden mit ein paar Bildern von Sex-Shops oder der heterosexuellen Bevölkerung wie „Du und ich“, wobei suggeriert wird, dass jeder „normale“ Mensch auch betroffen sein kann, zumindest, wenn er auch nur irgendetwas mit Sexualität zu tun hat. Gerade dadurch lässt sich fast jeder ansprechen, fast jeder fühlt sich betroffen und überschätzt die AIDS-Situation auf die BRD und sich selbst bezogen.
Im Sommer 1988 erschien eine Broschüre „AIDS – was Reisende wissen sollten“ des Münchener Innenministeriums, in der vor der Infektionsgefahr durch Zungenküsse gewarnt wurde, obwohl weltweit kein einziger Fall einer derartigen Übertragung bekannt war und bis heute auch nicht bekannt ist (vgl. Bleibtreu-Ehrenberg 1989, S. 213).
Besonders fragwürdig ist in diesem Zusammenhang der Inhalt einer Broschüre für Betroffene mit dem Titel „Für alle, bei denen im HIV-Test Antikörper festgestellt wurden“. Dort heißt es:
„AIDS hat bei vielen Menschen schwer beherrschbare Ängste geweckt, und nicht immer wird in der Öffentlichkeit sachgerecht informiert. Erfahrungsgemäß haben oft gerade jene Menschen am meisten Angst vor AIDS, die am wenigsten Grund dazu haben und die besonders schlecht informiert sind. Vergegenwärtigen Sie sich dann, daß hinter dieser Angst vor AIDS bei solchen Menschen meist ganz andere Probleme stehen. Ängstliche Menschen sind vernünftigen Argumenten nur sehr begrenzt zugänglich.“ (BZGA 1988, S.10)

Staatliche Verlautbarungen und Informationen zu AIDS waren, so offenbart nicht zuletzt ein Vergleich der Agenturmeldungen des Basisdienstes und des Berliner Landesdienstes, offensichtlich geprägt von einer bestimmten Atmosphäre zu AIDS, die verbreitet wurde. Agenturmeldungen mit negativen Inhalten standen dabei im Vordergrund, während viele Meldungen aus Berlin mit beruhigenden Fakten nicht in den Basisdienst übernommen und damit nicht bundesweit verbreitet wurden (vgl. Mackenthun 1990, S. 83).
So wurden die vom Berliner Landesbüro stammenden Meldungen „Ausbreitung des Aids-Virus verlangsamt sich“ sowie „Nur geringes Infektionsrisiko für Zahnärzte und Zahnarzt-Patienten“ (Quelle: Deutscher Ärzte-Kongreß) vom 22. Mai 1986 von der dpa-Zentrale in Hamburg nicht aufgegriffen. Stattdessen heißt es am 10. Juli 1986 im Basisdienst: „Bundesgesundheitsministerium besorgt über schnelle Aids-Ausbreitung“, obwohl sich tatsächlich der Verdopplungszeitraum verlängert hatte (ebendaselbst).
Auch die Berliner Landesmeldungen „BGAP-Virologe Koch präzisiert Aids-Risiko“ vom 16. Januar 1987 mit genauen Angaben über Risiken bzw. Nichtrisiken die Meldung „Aids-hilfe: Keine Ansteckungsgefahr durch Küssen“ vom 12. Februar und „Virologe: Aids-Hochrechnungen mit größter Vorsicht betrachten“ vom 19. März 1987 (der Virologe war Karl Otto Habermehl, Direktor am Institut für klinische Virologie der Freien Universität Berlin) wurde nicht bundesweit verbreitet. Am 27. Januar 1987 tickerte es stattdessen im Basisdienst „Bischöfe: Treue und Enthaltsamkeit bestes Mittel gegen Aids“. Auch die Meldung „Interferon kann Aids-Krankheitsbild stabilisieren“ (28. Mai 1987) blieb in Berlin hängen (ebendaselbst).

Wie falsch die Gefahr durch AIDS für die Bevölkerung in Deutschland auch von staatlichen Stellen eingeschätzt wurde, verdeutlichen Ausführungen von Ulf Fink, 1987 Senator für Gesundheit und Soziales, Berlin, der in einem Artikel über die Berliner AIDS-Politik zum Fazit kommt: „AIDS ist eine der bedrohlichsten Seuchen. Niemand nimmt diese Gefahr auf die leichte Schulter“ (Fink 1988, S. 59). Fink greift mit dieser Attribution eine für deutsche Verhältnisse gerade nicht zutreffende Beurteilung auf, wobei er die Vergleichbarkeit von AIDS mit (anderen) Seuchen suggeriert, gleichzeitig aber AIDS als bedrohlicher bezeichnet.

Die von der Presse aufbereiteten Informationen zu AIDS wurden oft mit dem Attribut einer Wissenschaftlichkeit versehen, wobei in vielen Artikeln Wissenschaftler als Autorität aufgeführt wurden, die die genannten Zahlen oder Beurteilungen mit der eigenen Kompetenz oder der eigenen Stellung aufwerten sollten. Wurden Wissenschaftler nicht namentlich erwähnt, dienten die Quasi-Nennung einer Gruppe von Wissenschaftlern oder eine Vermutung von Hörensagen zur Erhöhung der Authentizität der gemachten Angaben, als wäre bereits durch die Pauschalnennungen wie „wie Wissenschaftler vermuten“ von einer größeren Wahrheit der (vermutlich von der Zeitung selbst) spekulativ aufbereiteten Zahlen auszugehen. Informationen zu AIDS wurden so quasi-wissenschaftlich verbürgt, was die Angst vor AIDS steigerte, da die reißerischen Informationen nun quasi abgesichert und wahr erscheinen mussten. Die Desinformation zu AIDS wird für den Bürger auf diese Weise verbürgt und festlegend beschrieben, als seien die Informationen auf eine wissenschaftliche Erkenntnis zurückzuführen und käme ihnen sozusagen Wahrheit zu. Der so desinformierte Bürger und Zeitungsleser hat keine Möglichkeit mehr, dieser medialen Inszenierung zu entkommen, da, diese durch den Zusatz einer vermeintlichen Wissenschaftlichkeit geradezu faktisch und sicher festgelegt wurden.

Charakteristisch für Aufbereitung der Informationen vieler Wissenschaftler ist, dass es der bundesdeutschen Presse dabei an journalistischer Kompetenz gegenüber der Art und Weise medizinischer Veröffentlichungen und Empfehlungen fehlte. Dominiert hat vor allem die sensationelle Aufbereitung neuer wissenschaftlicher Thesen und Überlegungen: „Jede Pressekonferenz oder Verlautbarung von ärztlicher Seite löste gleich eine Lawine von Sensationsberichten in den Printmedien aus, denen es durchgängig an kritischer Distanz gegenüber medizinischen Veröffentlichungen oder Empfehlungen mangelte“ (Köneke 1990, S. 15).

Dies ist daran zu erkennen, dass man sich nicht nur auf Veröffentlichungen von Ärzten und Publikationen der internationalen und seriösen medizinischen Fachzeitschriften in ihre Berichterstattung stützte, sondern auch den breiten Markt der populärwissenschaftlichen Zeitungen für Ärzte und Pflegepersonal berücksichtigte, die für viele Presseorgane denselben Stellenwert hatten und von ebensolcher

Wichtigkeit waren (vgl. Rühmann 1985, S. 65 ff.). Ein Beleg dafür sind Berichte in der Hospital Tribune und der Medical Tribune von 1982, die von der Sensationspresse aufgegriffen wurden und das Bild von AIDS als Homosexuellen-Krankheit maßgeblich geprägt haben. Spektakulär aufbereitet verkündeten die beiden Zeitschriften: „Homosexuelle: Eine rätselhafte Krankheit rafft sie dahin“ und „Tödliche Homo-Epidemie“ (vgl. Köneke 1990, S. 14).
Koch beschreibt das Wechselspiel von vermeintlich wissenschaftlich-kompetenten Berichten und der Reaktion der Presse auf diese Veröffentlichungen als „Serie abwechselnd beruhigender und alarmierender Berichte aus, erschreckender Prognosen, rascher Dementis, dann beklemmender Eingeständnisse dessen, was an den alarmierenden Nachrichten doch wahr gewesen sei. Es folgten Deutungen, Ausreden, ausweichende Erklärungen, im besten Fall bedauernde Zugeständnisse eigener Beurteilungsfehler“ (Koch 1988, S. 68). Die Veröffentlichungen sind also geprägt von widersprüchlichem Durcheinander, von einander entgegengesetzten Mitteilungen und zurückgenommenen, aber dann doch bestätigten Informationen.

Was weitere Informationen aus Wissenschaft und Forschung betrifft, so hat das Kumulieren der wenigen Krankmeldungen - so kann man heute resümieren - die geringe Fallzahl sehr geschickt kaschiert und die Dramatisierungen überhaupt erst ermöglicht (vgl. Hutter 1997). Diese kumulative Statistik über die Zahl der AIDS-Erkrankungen ist jedoch nicht die einzige statistische Verzerrung und Unwissenschaftlichkeit, von der im Zusammenhang mit einer zahlenmäßigen Erfassung und einer darauf bezogenen Berichterstattung gesprochen werden kann. Die Definitionsprozesse, die AIDS zu einem gesellschaftlichen Problem werden ließen, waren deshalb so erfolgreich, da die Mediziner eine im Verhältnis zu anderen Infektionskrankheiten schwer übertragbare und eher seltene Krankheit zu einer ubiquitären Bedrohung hochstilisierten.

Wie fragwürdig selbst in Fachartikeln in Aufsatzsammlungen auch mit kumulativen Zahlen wissenschaftlich gearbeitet wurde, verdeutlicht ein Beitrag von Weyer/Körner/Schmidt. Die Autoren errechnen aufgrund der Anzahl der Neuerkrankungen in den Jahren 1985-1987 einen Multiplikationsfaktor von 1,85 für die Anzahl der zu erwartenden Neuerkrankungen von AIDS in den kommenden Jahren.

Vorausgesagt wird pro Jahr eine Anzahl von 62 521 neuen AIDS-Fällen. Die Autoren räumen zwar ein, dass, damit diese Zahl Wirklichkeit wird, die Anzahl der Neuerkrankungen weiterhin exponential verläuft, geben aber gleichzeitig an, dass die Statistik in diese Richtung zu weisen scheint (vgl. Weyer u.a. 229). Die Autoren prophezeien dann im weiteren Verlauf des Artikels eine kumulativ gezählte Anzahl der AIDS-Toten von 270.000, bezogen auf eine Einmillionenstadt (vgl. Weyer u.a., S. 248). Selbst wenn nur die derzeitige Einwohnerzahl Deutschlands von 80 Millionen zugrundegelegt wird, so wäre nach dieser Berechnung mit einer Anzahl von AIDS-Toten von über 21 Millionen Deutschen zu rechnen, was selbst wenn sich die Anzahl der AIDS-Toten in Deutschland bis zu diesem Zeitpunkt summieren würde, einer immensen Anzahl von Todesopfern gleichkäme und in keiner Relation zu der wirklichen Anzahl von ca. 20.000 AIDS-Toten, also 0,025% der Bevölkerung steht. Doch damit noch nicht genug. Im bereits zitierten Artikel stellen Weyer/Körner/Schmidt weitere Zahlenprophezeiungen an und kündigen für die Bundesrepublik Deutschland „für das Jahr 2000 – je nach Verhaltensszenario – zwischen 44 000 und 70 000 Neuerkrankungen an Voll-Aids innerhalb eines Jahres“ an. Zur (wissenschaftlich abgesicherten) Begründung dieser Fallzahlen wird auf die Anzahl der Toten bei Verkehrsunfällen und infolge von Herz- und Kreislauferkrankungen verwiesen, deren Bezug zu den Erkrankungen am Vollbild von AIDS die Autoren schuldig bleiben. Eine derartige spekulativ-unwissenschaftliche Aufbereitung von willkürlich-statistischer Zahlenspielerei widerspricht nicht nur grundsätzlichen Bedingungen nachvollziehbarer wissenschaftlicher Deduktion, sondern ist auch eine völlig jeder Grundlage entbehrende statistische „Kaffeesatzleserei“, bei der einfach Zahlen für die Zukunft prophezeit werden.

Singhartinger verweist im Zusammenhang mit Statistiken zu AIDS-Erkrankungen und Todesopfern darauf, dass es sich eigentlich verbietet, Tote gegeneinander aufzurechnen, weil das individuelle Leid mit dem des anderen nicht zu vergleichen ist (vgl. Singhartinger 1987, S. 24).

Auch Singhartinger verweist auf statistische Scheinberechnungen:

„Johanna L`age Stehr (1985) geht davon aus, daß sich die Zahl der Erkrankten innerhalb von sechs bis acht Monaten verdoppelt, aus der Tabelle ist allerdings ersichtlich, daß beispielsweise in den neuen Monaten zwischen November 1985 (340 Fälle) und August 1986 keine derartige Entwicklung der AIDS-Fälle stattge-

funden hat – statt 680 sind es 588 Fälle im August 1986“ (Singhartinger 1987, S. 22). Ähnlich spekulativ sind die Zahlenspielereien einer Frau Prof. Helm, die 1985 mit einer Verdopplung der AIDS-Fälle alle 12 Monate rechnet, wonach 1993 ca. 100.000 AIDS-Erkrankungen in der Bundesrepublik zu erwarten waren (vgl. ebd., S. 23). Wie absurd derartige vermeintlich wissenschaftliche Bemerkungen sind, zeigen die realen Zahlen der AIDS-Erkrankungen zehn Jahre nach den für 1993 prophezeiten Zahlen von 100.000 AIDS-Erkrankungen, denn seit Beginn sind in Deutschland bis heute lediglich etwas weniger als 40.000 Menschen betroffen, sowohl HIV-Positive als auch AIDS-Kranke.

Eine wissenschaftlich korrekte und statistisch adäquate Anmerkung zu den vermuteten Fallzahlen für ein bestimmtes Jahr in der Zukunft hätte, so Singhartinger, verschiedene Aspekte der Ausbreitung und Prävention von AIDS berücksichtigen müssen. Dabei muss die Entwicklung der AIDS-Zahlen nicht übereinstimmen mit der Ausbreitungsgeschwindigkeit der Krankheit: „Zum einen wird ein Teil der Erhöhung der Zahlen gerade in den letzten zwei Jahren auch der verbesserten Diagnostik zu verdanken sein, d.h. einer Abnahme des „Dunkelfeldes“ und nicht einer tatsächlichen Zunahme der Erkrankungen. Zum anderen kommen wohl nicht alle Ärzte in gleichem Maße der Aufforderung des BGA zur freiwilligen und anonymen Meldung der AIDS-Krankheits- und Todesfälle nach (ein Unsicherheitsfaktor, der also in die entgegengesetzte Richtung wirkt wie der erste)“ (Singhartinger 1987, S. 23). Außerdem ist es möglich, dass die Ansteckungsgefahr, wie sie im Jahre 1985 existiert hat, 10 Jahre später völlig anders beschaffen ist, weil gefährdete Personengruppen ihr Verhalten geändert haben. Eine auf den Ansteckungsgefahren von 1985 für 1993 prophezeite Zahl von AIDS-Erkrankungen ist dabei immer die Annahme der gleichen Bedingungen des aktuellen Jahres für das in der Zukunft liegende Jahr. Man geht also fälschlicherweise davon aus, bestimmte Annahmen einfach in die Zukunft zu projizieren, ohne weitere Details zu berücksichtigen, die veränderte Berechnungen notwendig machen könnten (vgl. ebendaselbst).

Daneben finden sich in auch heute noch zugänglichen Fachaufsätzen eklatante Missdeutungen und fehlinterpretierte Risikoelemente sowie etliche falsch berichtete Details im Zusammenhang mit der AIDS-Erkrankung. Dies betrifft z.B. die Gleichsetzung sexueller Promiskuität mit einer Gefahr der Verbreitung von AIDS.

In einer Aufsatzsammlung von Mühlfeld, Oppl heißt es: „Die Bedeutung der Promiskuität, d.h. des Geschlechtsverkehrs mit verschiedenen, häufig wechselnden Geschlechtspartnern für die Verbreitung von AIDS wurde besonders durch die Beobachtungen aus Afrika belegt“ (Mühlfeld, Oppl, S. 11). Auch diese auf vermeintlich wissenschaftlich begründete Erkenntnisse und Untersuchungen zurückgehende Bemerkung bleibt bloße Behauptung, da sie mit keinen weiteren Argumenten begründet wird. Im selben Band werden ebenfalls durch keine weiteren Bemerkungen begründete Prozentzahlen für die an AIDS erkrankten Drogenabhängigen gegeben. Hier wird auf einen Prozentsatz von 30 bis 50 % verwiesen, d.h. nach Ansicht der Autoren sind 30 bis 50 % aller Drogensüchtigen in Deutschland mit AIDS infiziert. In einigen Gebieten New Yorks, so die Autoren weiter, sind mittlerweile bis zu 87% der Drogensüchtigen Anti-HIV-positiv (vgl. ebendaselbst). Auch wird das Risiko sich zu infizieren, von den Autoren nicht korrekt wiedergegeben, denn die Autoren verweisen auf das hohe Risiko der gemeinsamen Benutzung von Rasierapparaten, Klingen und Zahnbürsten, das aufgrund einer potentiellen Verletzungsgefahr gefährlich ist (vgl. ebd., S. 14).

Über Rolle und Kompetenz der vermeintlichen Fachleute im Zusammenhang mit AIDS stellte Koch 1988 zusammenfassend fest: „Selten irrten in so kurzer Zeit so viele Experten so oft und so sehr“ (Koch 1988, S. 68).

Auf die BRD bezogen offenbart jedoch ein kritischer Blick auf den Bereich „Geschlechtsverkehr“ sehr schnell und deutlich, daß das HI-Virus eindeutig beim Analverkehr am ehesten übertragen wird, jedoch beim Vaginalverkehr am geringsten. Das läßt sich jedoch in der Literatur, in Broschüren und für die Allgemein-Bevölkerung gut „vertuschen“ unter dem Sammelbegriff „Geschlechtsverkehr“ - das macht „jeder“ der Geschlechtsverkehr hat und dadurch erscheint auch jeder als (Haupt-) Betroffener - eine „geschickte“ Darstellung, die durch Fortlassung einer Detaillierung ein Risiko in ganz andere Bevölkerungsschichten hineinimpliziert.

4.3. Hintergründe der Berichterstattung und eine darauf aufbauende Prävention

4.3.1 Die publizistische Inszenierung der Krankheit

Angesichts dieser angstmachenden Thematisierungen von AIDS argumentiert Köneke, dass sich hinter der medizinischen Problematik noch eine andere verbergen musste, die den Irrationalismus im Umgang mit AIDS hervorrief (vgl. Köneke 1990, S. 19). Die Thematisierung von AIDS provozierte zur Auseinandersetzung mit Sexualität und Tod, sie forderte auf, über Grenzfragen menschlicher Existenz nachzudenken, was dem Selbstbild menschlicher Möglichkeiten in der industriell-kapitalistischen Gesellschaft des 20. Jahrhunderts diametral zuwiderlief, das durch „Verheißung unbegrenzten Fortschritts, der Aussicht auf Unterwerfung der Natur, auf materiellen Überfluß, auf größtmögliches Glück und Vergnügen, sowie uneingeschränkte persönliche Freiheit“ geprägt ist (Wolters 1989, S. 46).

Die mit AIDS verbundenen Gefahren standen offenbar, so Köneke weiter, stellvertretend für die Gefahren schlechthin, die dem menschlichen Leben drohen können (vgl. Könecke 1990, S. 20). Nach Sonntag brauchen alle Gesellschaften eine Krankheit, die sie mit dem Bösen identifizieren können. Als besonders böse werden dabei jene Krankheiten empfunden, die uneindeutig sind, schwer behandelbar und schwer durchschaubar, wobei gerade dieser Umstand offenbar magisch-spekulative Deutungen und Phantasien begünstigt, denn der Mangel an Eindeutigkeit wird in diesem Sinne mit quasi-wissenschaftlichen Deutungsmustern kompensiert, um das Unbekannte in den eigenen Zusammenhang (und sei es auch nur als Magie) einordnen zu können (vgl. Schütte 1995, S. 7).

Menschliches Leben und die medizinische Beherrschbarkeit von Krankheiten wurden in die Schranken gewiesen, was durch die Tatsache, dass AIDS bis heute mit absoluter Sicherheit zum Tode führt (vgl. Köneke 1990, S. 20), zusätzlich verstärkt wurde. AIDS „erscheint wohl aber als Anachronismus in einer Periode, in der die chronisch-degenerativen „Zivilisationskrankheiten“ das Krankheits- und Todesursachenspektrum beherrschen“ (Koch 1989, S. 48). Der Glaube an den Fortschritt und das Fortdauern des menschlichen Lebens, so ließe sich mit Köneke argumentieren, werden mit AIDS untergraben. Die Gewissheit des Todes, die

aufgrund einer Viruskrankheit unausweichlich ist, ist ein menschliches Tabuthema, es warf menschliches Wissen zurück und führte zu der Erkenntnis, „daß wir trotz allen Wissens und aller Fortschritte noch immer Unwissende waren, die lebensbedrohende Gefahren nicht immer vermeiden konnten. Diese Erfahrung schlug sich nieder in der Angst vor dem Unheimlichen, dem Übermächtigen dieser Krankheit“ (Köneke 1990, S. 20). Dass AIDS gerade das Immunsystem des Menschen angreift, also den Schutz, den die Evolution dem Menschen über Jahrmillionen ermöglich hat, ist psychoanalytisch, so Clement, mit dem Gefühl vergleichbar, wenn die seelische Schutzorganisation der Abwehrmechanismen zusammenbricht und ein Mensch durch den Verlust seiner Identität in den akuten Strudel einer Psychose gerät, (Clement 1992 zitiert nach Kindler 1995, S. 56).
Zweifellos wurden mit der Darstellung von AIDS Tabubrüche und von vielen verdrängte Darstellungen von Tod und Sexualität geradezu in außerordentlich zahlreicher Form ins öffentliche Bewusstsein gerückt, andererseits wurde gerade in der Anfangszeit nach der Entdeckung der Krankheit immer wieder davon ausgegangen, dass eine Infektion mit dem HI-Virus nicht notwendigerweise zu AIDS führt, so dass die Thematisierung des sicheren Todes der AIDS-Kranken längst nicht allgemein akzeptierte Erkenntnis in den wissenschaftlich fundierten Darstellungen, auf die Zeitungen und Zeitschriften für ihre Darstellungen auch zurückgegriffen haben dürften, gewesen ist. Die irrational-verzerrende Darstellung der Gefahren von AIDS ist also offenbar nicht ausschließlich auf die von Köneke beschriebenen Momente zurückzuführen, sondern wesentlicher und grundlegender erscheint hierbei die zu Anfang erfolgende Attributisierung der Krankheit als „GRID“ (Gay-Related-Immuno-Deficiency), einem reinen Medienprodukt, wie Koch zutreffend bemerkt (vgl. Koch 1989, S. 36) und damit die Zurückführung der Krankheit auf Homosexualität und homosexuelle Lebenswirklichkeiten.

Eirmbter u.a. verweisen darauf, dass die gesellschaftliche Wahrnehmung von AIDS nicht notwendigerweise ausschließlich auf die Berichterstattung der Medien zurückgehen: „Die Medien spiegeln vielmehr eine „Betroffenheit“, die selbst erst in ihrer Universalität erklärt werden muß; AIDS ist epidemisch, tödlich, wird sexuell übertragen und mit „Abweichung“ verknüpft“ (vgl. Eirmbter u.a., S. 36).
Nach Eirmbter u.a. ist die Darstellung der Krankheit AIDS in den Medien also offenbar eine Widerspiegelung gesellschaftlicher Prozesse, die aufgrund von Vor-

stellungen oder einer Wahrnehmung, die in der Bevölkerung vorhanden ist, aufgenommen und in den Medien wiedergegeben wurde. Die Medien wären somit ein Seismograph kollektiver Befindlichkeiten und hätten in ihrer Berichterstattung gesamtgesellschaftliche Auffassungen zum Ausdruck gebracht. Die kulturellen Filter, durch die LeserInnen in Artikeln über AIDS die Krankheit wahrnehmen würden, hätten somit ihren Ursprung in der Gesellschaft selbst. Diese Vorstellungen widersprechen jedoch gängigen Modellen massenmedialer Kommunikation. Massenmedien sind ein Integrationsmittel, das auf das soziale Verhalten der Empfänger wirken soll. Newcomb fasst diese Wirkung unter dem Begriff „Propaganda" zusammen, „als den systematischen Versuch, (...) mittels der Massenkommunikation Einstellungen zu beeinflussen" (Newcomb 1959, S. 136). In Zeitungsartikeln und Fernsehberichten werden Informationen transportiert, die beim Konsumenten ankommen und wirken sollen. Dieser Vorgang ist jedoch nicht als einseitiges Reiz-Reaktions-Schema zu denken. Maßgeblich ist also nicht die übertragene Mitteilung, sondern der Selektionsvorgang des Rezipienten, der massenmediale Kommunikation glücken lässt oder nicht: „Information und Wissen entstehen immer nur im Lernenden selbst als kreativer Prozeß des Erfindens" (Krieg 1979, S. 65). Information „wird durch Selektion aus der Varietät der objektiven Realität erzeugt" (Hund 1976, S. 24). So können Mitteilungen der Medien eine Meinung maßgeblich beeinflussen, sind aber nicht notwendigerweise determinierend für die Rezipienten: „Die in den Medien veröffentlichte Meinung organisiert die Zirkulationssphäre der öffentlichen Meinung, aber macht sie nicht" (ebd., S. 56). Die massenmediale Aufbereitung der Krankheit AIDS ist also nicht als determinierende Festlegung von bestimmten Inhalten zu denken, die der Rezipient dann ungefragt übernimmt, sondern es kann von einem auf Selektion gegründeten Informationsprozess ausgegangen werden, wobei gerade bei sensationell und reißerisch aufbereiteten AIDS-Berichten erschwerend hinzukommt, dass diese auf grelle Effekte und Emotionen ausgerichteten Artikel beim Rezipienten eher wirken und auch Beeinflussungen hinterlassen können, die den Eindrücken sachlicher Artikel nicht vergleichbar sind. Eine auf Sensationen und Katastrophen ausgerichtete Berichterstattung von AIDS wird also viel eher beim Rezipienten Spuren hinterlassen, Eindrücke, Skandale und überzeichnete Metaphern von Gefahren bleiben haften und formen den Eindruck, den jemand von der gesellschaftlichen Realität hat, über Jahre, oft über Jahrzehnte. Deutungsmuster bilden sozio-kulturelle

Interpretationsfolien, die als „kognitive und normative Verhaltens- und Einstellungsorientierungen“ (Honneger 1978, S. 25) im Alltag wirksam sind.

Da die AIDS-Erkrankung nur einen sehr geringen Teil der Bevölkerung betraf, konnten Informationen zu AIDS zudem nicht empirisch über die eigene Lebenswirklichkeit erfahren werden, sondern die Normalität des eigenen Alltags vieler Bürger hatte relativ wenig mit der Gefahr einer AIDS-Erkrankung, die bestimmte Risikogruppen betraf, zu tun: „So berichten nur 3% der bei einer Umfrage der Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung befragten Jugendlichen (1988) von persönlichen Bekanntschaften mit HIV-Infizierten. In den Großstädten mit mehr als 500 000 Einwohnern waren es 6 %“ (Schütte 1995, S. 9). Bei den persönlichen Kontakten Erwachsener mit HIV-Infizierten kann von einem ähnlichen Prozentsatz ausgegangen werden.
Die Problemperzeption von AIDS ist also weniger alltagspraktisch begründet als durch kommunikativ ermittelte Deutungsmuster bestimmt und hervorgerufen (vgl. Schütte 1995, S. 9). Diese kommunikativ ermittelten Deutungsmuster sind zweifellos medial zustandegekommen. Die Realität von AIDS ist also eine Realität der medialen Kommunikation.
Kennzeichnend für die Berichterstattung über AIDS war gerade in der Anfangszeit der Berichterstattung außerdem ein Mangel an Fakten. Dass die Krankheit zunächst keine eindeutigen Symptome produzierte, verstärkte das Unbehagen. „Die unheimliche Seuche AIDS beginnt ganz `harmlos´: Die Patienten klagen über Müdigkeit, Nachtschweiß, Durchfall und erhöhte Temperatur“ (Praline 1983) (zitiert nach: Köneke 1990, S. 21). Die Sensationsberichterstattung wurde zudem angetrieben von der Thematik von AIDS und erhält zudem eine enorme „Attraktivität“ durch die Krankheitsspezifika von Tod und Metaphysik, denn „... die medizinische Sensation erhält einen wesentlichen Teil ihres erregenden Elementes dadurch, daß sie für den Leser... in aller Regel eben nicht nur medizinisch ist, sondern des Menschen ganze Existenz berührt und damit auch metaphysische Aspekte enthält“ (Böhme-Dürr 1989, S. 464).
„Dies würde implizieren, dass jeder Mangel an konkretem Wissen die Anfälligkeit für diffuse Ängste erhöht und das Unbekannte stets unheimlicher wirkt als die konkrete Gefahr, weil es der Phantasie freien Lauf läßt“ (Venrath 1994, S. 160).

Die bestehenden unsicheren Fakten wurden dabei nicht als unsicher präsentiert. Dieser qua Wissenschaftlichkeit abgesicherte Irrationalismus im Umgang mit AIDS ist in den Unsicherheits- und Uneindeutigkeitsfaktoren der Krankheit zu suchen.
Ein Grund für die prophetisch überhöhten Gefahrenzahlen bei AIDS mag zudem darin zu suchen sein, dass es weder eine Eindeutigkeit der Symptome einer beginnenden AIDS-Erkrankung noch äußerlich bestimmbare Erkennungszeichen der Krankheit gibt. Deshalb kann nicht von einer genau bestimmbaren Gruppe von Erkrankten ausgegangen werden, theoretisch können sehr viel mehr Menschen erkrankt sein (vgl. ebendaselbst). Allerdings wurde dieser Umstand nicht in den Medienberichten berücksichtigt. Viele Journalisten gingen stattdessen so vor, die Annahme, dass mehr Menschen an AIDS erkrankt sein könnten, als Tatsachen präsentieren zu können. Aufgeklärt wurde also nicht mit konkreten Fakten, sondern der Mangel an konkretem Wissen wurde mit medialen Fiktionen gefüllt, deren semantische Ebenen so sehr von den wirklichen Fakten abwichen, dass schon fast von einer Manipulation und extremen Verzerrung der existierenden Wirklichkeit gesprochen werden kann, die weit über die medialen Darstellungen hinausgeht, wie sie üblicherweise typisch sind für Zeitungs- und Zeitschriftenberichte.

Charakteristisch war somit eine mediale Verbildlichung bestimmter Metaphern zu AIDS, kennzeichnend für die Wirkung dieser Darstellungen waren somit nicht in erster Linie falsche Zuschreibungsprozesse oder irrtümlich dargestellte Unsicherheiten, sondern wesentlich war die publizistische Inszenierung der Krankheit (vgl. Rühmann 1985, S. 67). Was die Rolle der Medien betrifft, so wird die Darstellung von AIDS in der Literatur auch als Medienseuche oder Medienkunststück, als Medienprodukt oder Medienartefakt bezeichnet. Göckerjan spricht sogar davon, daß AIDS lange Zeit – ein Verdienst der Massenmedien – nur als „Vorurteilsstruktur aus sozialem Stigma und entgrenzten Bedrohungsvermutungen“ existierte, geboren aus den Bedürfnissen der Massenmedien selbst (vgl. Göckerjan, S. 199). Mit ihrer Metaphorik folgten die Medien bestimmten medienspezifischen Gesetzmäßigkeiten, deren Inhalte dem in diesen Berichten dezent verschwiegenen oder verzerrt dargestellten Zahlenmaterial, das der verwendeten Katastrophenthematik diametral entgegenlief, zuwiderlief: „Die Effekte dieser Berichterstattung sind so stark, daß von einer massenpsychologischen Wirksamkeit gesprochen

werden kann“ (Rühmann 1985, S. 68). Grundlage war eine Überdramatisierung der Infektionsgefahren. Hutter spricht sogar von einer „öffentlich inszenierten Panik“ (vgl. Hutter 1997). Entstandenen ist somit eine mediale Konstruktion der Krankheit AIDS, deren individuelle Wahrnehmung und Interpretation der Krankheit das Bild, das sich LeserInnen von AIDS machten, geprägt hat (vgl. Jacob u.a. 1993, S. 23) und deren Inhalte nur sehr wenig mit den wirklichen Gefahren der Krankheit zu tun hatten.

4.3.2 Der Diskurs von Sexualität

Die in dieser medialen Inszenierung der Krankheit AIDS zum Ausdruck kommende Thematisierung von Sexualität verweist auf die gesellschaftlichen Bezüge sexueller Normiertheit. Der Diskurs von Sexualität ist nach Foucault an eine Beschreibung der Sexualität durch das Aufzeigen der Verbote, Ausschlüsse, Grenzen, Aufwertungen, Freizügigkeiten und Grenzüberschreitungen charakterisiert, deren sprachliche oder nicht-sprachliche Manifestationen an eine determinierte diskursive Praxis gebunden sind. Der Diskurs wird konstituiert durch die Differenz zwischen dem, was man korrekt in einer Epoche sagen könnte (nach den Regeln der Grammatik und denen der Logik) und dem, was tatsächlich gesagt wird (vgl. Lemke 1997, S. 46).
In Sexualität und Wahrheit, Der Wille zum Wissen belegt Foucault diesen gesellschaftlichen Diskurs mit Ausführungen über die Sexualität im Viktorianischen Zeitalter, einer Epoche, die mit einer starken sexuellen Repression assoziiert wird. In den Akten, Verhören, medizinischen Abhandlungen dieser Zeit entdeckt Foucault die Sexualität jedoch nicht als Repression, denn diese würde implizieren, dass Sexualität dergestalt tabuisiert wird, dass nicht über sie gesprochen wird. Vielmehr besteht die Einstellung zur Sexualität dieser Zeit in einem Anreiz zum Sprechen über Sexualität. Daraus folgt, dass erst durch die Idee der Repression der Diskurs über den Sex entstehen konnte, gespeist aus dem Willen zum Wissen, der sowohl Grundlage wie Instrument der diskursiven Produktion bildet. Foucault geht es darum, das Regime von Macht-Wissen-Lust in seinem Funktionieren und in seinen Gründen zu bestimmen, das unserem Diskurs über die menschliche Sexualität unterliegt (vgl. Foucault 1973, S. 21).

Mit dem Macht-Wissen-Lust in seinem Funktionieren und in seinen Gründen hat sich eine vom Sex abstrahierte oder transzendierte diskursive Formation, so führt Foucault weiter aus, als eigenständiges Feld etabliert. Dieses Feld wird nicht unterdrückt, sondern im Gegenteil explodiert es geradezu. Je mehr geredet wird, desto größer wird dieses diskursive Feld. Die Intensivierung der Diskurse über den Sex zeigt, dass es darum geht, *dass* geredet wird und nicht worüber geredet wird (vgl. Foucault 1983, S. 114). Um Sexualität herum entsteht ein ganzer Apparat zur Produktion von Diskursen, dessen Machtmechanismen politisch, ökonomisch und technisch Anreiz zum Diskurs bieten. Es herrscht also kein Schweigegebot sondern ein neues Regime der Diskurse (vgl. Foucault 1973, S. 40), das institutionalisiert wird und in dem der Mensch zum Objekt eines Diskurses wird, dessen Produzent er gleichzeitig ist.

Das Gerede über den Sex wird aus unterschiedlichen Motiven und Haltungen heraus aufgeladen, das entstehende Wissen über Sexualität ist weniger der Wahrheit verpflichtet als vielmehr den Ordnungsmächten untergeordnet (vgl. Foucault 1973, S. 79). Das Reden über Sexualität fungiert dabei als Dispositiv, als Vorrichtung oder Brennpunkt, an dem weit über das Thema Sex hinaus Macht ausgehandelt wird: „Das Dispositiv ist also immer in ein Spiel der Macht eingeschrieben, immer aber auch an eine Begrenzung oder besser gesagt: an Grenzen des Wissens gebunden, die daraus hervorgehen, es gleichwohl aber auch bedingen. Eben das ist das Dispositiv: Strategien von Kräfteverhältnissen, die Typen von Wissen stützen und von diesen gestützt werden." (Foucault 1978, S. 123). Der Diskurs über Sexualität kann also nicht losgelöst von Macht gedacht, beschrieben oder analysiert werden. Die Macht ist Bestandteil des Diskurses (vgl. Foucault 1983, S. 114). Wissen über Sexualität analysiert Foucault nicht in den Begriffen der Repression sondern in denen der Macht. Das Machtverhältnis ist überall und beeinflusst das Wissen über Sexualität so, dass Macht immer schon da ist, wo das Begehren ist (vgl. Foucault 1973, S. 101). Für Foucault stellt die Sexualität einen besonders dichten Durchgangspunkt für die Machtbeziehungen dar. Sie gehört zu den vielseitigsten einsetzbaren Elementen (vgl. Foucault 1973, S. 125).

Daraus resultiert, dass der Wissensbereich Sexualität nur auf dem Sockel von Machtbeziehungen errichtet werden konnte. Dazu kommt, dass Foucault in den Beziehungen des Macht-Wissens keine Verteilungsformen sondern Transformationsmatrizen sieht (vgl. Foucault 1973, S. 120). Entscheidend ist, dass die Welt

des Diskurses als eine Vielfältigkeit von diskursiven Elementen zu verstehen ist, die miteinander verkettet und ineinander verschlungen sind; „ein komplexes wechselhaftes Spiel, in dem der Diskurs gleichzeitig Machtinstrument und -effekt sein kann, aber auch Hindernis, Gegenlager, Widerstandspunkt und Ausgangspunkt für eine entgegengesetzte Strategie. Der Diskurs befördert und produziert Macht; er verstärkt sie, aber er unterminiert sie auch, er setzt sie aufs Spiel, macht sie zerbrechlich und aufhaltsam“ (Foucault 1973, S. 122)

Die Macht, ohne die das Wissen über Sexualität nicht gedacht werden kann, kann sich z.B. in der Erstellung einer allgemeinen Matrix zeigen, die für die in der Gesellschaft charakteristischen sexuellen Hierarchisierungen genutzt wird, in die auch Zwangsheterosexualität eingeschrieben werden kann. Der Diskurs über Sexualität mündet in eine Machtausübung, in der die Verwaltbarkeit der Sexualität sichergestellt ist.

Dies zeigt, dass die gesellschaftlichen Diskurse über Sexualität normierend und kontrollierend wirken. Der innerhalb der langfristigen heterosexuellen Paarbeziehungen Erwachsener zu Hause praktizierte Geschlechtsverkehr bleibt dabei immer noch der Standard, an dem alle Formen der Sexualität gemessen werden. Der Ort der in unserer Gesellschaft an der Spitze der Hierarchie der Legitimität stehenden sexuellen Praktiken ist das Haus, das Schlafzimmer, das Bett. An der Zwangsheterosexualität wird sich wenig ändern, solange das Paar unbefragte Leitfigur bleibt und die Komplexität der vielfältigen Hierarchisierungen sexueller und nichtsexueller Beziehungen und das Ziehen dieser Grenzen selbst unbeachtet bleibt (vgl. Karoshi 2, o.J.).

In Anlehnung an Foucault lässt sich daher mit Blick auf die gesellschaftliche Thematisierung von AIDS in den Medien und der Politik festhalten, dass das in den Medien zum Ausdruck kommende Gerede über Homosexualität zweifellos von Macht geprägt ist und ohne diese nicht gedacht werden kann.

Dieser Medien-Diskurs von Sexualität orientierte sich an der normierenden Diskursivität von Sexualität. Foucault verweist in diesem Zusammenhang auf die Abhängigkeit der Auseinandersetzung um verschiedene Sexualitäten mit der Legitimität bestimmter sexueller Praktiken, an dem der Diskurs über Sexualität dann ausgerichtet wäre, wobei diese Auseinandersetzung nicht in gleicher Weise parallel zur gesellschaftlichen Gesamtstruktur ist, obwohl sie in einer unabdingbaren

Abhängigkeit davon stehen. Legitimierter normierter Bestandteil des medialen Diskurses war, wie die Darstellung der Artikel der Boulevardpresse und des Spiegels auch gezeigt haben, eben die der Homosexualität als positiver Kontrast entgegengestellte Hetereosexualität, die ganz anders konnotiert war als die Darstellung der Homosexualität. Auf diese Art und Weise dienen Artikel über AIDS nicht der adäquaten Darstellung gesellschaftlicher Phänomene, deren Akzeptanz oder Existenzberechtigung in den Artikeln zum Ausdruck kommt, sondern sie dienen der Bestätigung gesellschaftlicher Sichtweisen und sind somit ein Ausdruck von Macht, die sich kontrollierend auf eine Auseinandersetzung mit Sexualität bezieht. Mediale Bilder der Homosexualität werden somit zu Disziplinarräumen, in denen die Hierarchisierung legitimer und illegitimer Sexualität zum Ausdruck kommt.

Aus diesem dem Diskurs über Sexualität inhärenten Machtfaktor ist offenbar das mediale Konstrukt der Darstellung über AIDS und der Auseinandersetzung mit Homosexualität entstanden. Es kann in Anlehnung an die Gedanken Foucaults die These aufgestellt werden, dass die dem Diskurs über Sexualität zugrundeliegenden Episteme eine Erklärung für die ungewöhnliche publizistische Inszenierung von AIDS geben können, denn in ihnen wurde weniger im Rahmen einer sachangemessenen Darstellung der in der Gesellschaft praktizierten Sexualität (und damit auch Homosexualität) berichtet, sondern ein Diskurs über Sexualität installiert, der durch einen Anreiz vom Reden über Sexualität geprägt war. Offensichtlich ist, dass es sich bei dieser Mediendarstellung um die von Foucault beschriebene und für das Viktorianische Zeitalter konstatierte transzendierte diskursive Formation handelt, die sich als eigenständiges Feld etabliert hat. Das diskursive Feld kann dann in diesem Zusammenhang nicht als Verweis auf gesellschaftliche Zustände, auf Realität, auf Sachangemessenheit bezeichnet werden, sondern das diskursive Feld der Medienberichte über AIDS existiert, wie auch gezeigt werden konnte, vielfach unabhängig von der Sache AIDS, um die es eigentlich geht. Seine von der Darstellung der Sexualität transzendierte Form und Eigenständigkeit kommt in dem Phänomen zum Ausdruck, das als mediales Konstrukt oder rein publizistische Inszenierung der Krankheit bezeichnet wurde. Die Darstellung von AIDS folgt, so ließe sich medienkritisch formulieren, nur den eigenen medialen Gesetzmäßigkeiten, um die Krankheit publizistisch zu inszenieren, in Anlehnung an Foucault ließe sich aber gleichzeitig sagen, dass diese Darstellung dem Macht-

Wissen von Sexualität folgt. Damit ist das Wissen von Sexualität als eigenständiges Konstrukt der Macht, abstrahiert vom eigentlichen Phänomen, entlarvt.
Dass es bei den öffentlichen Auseinandersetzungen mit AIDS und Homosexualität nach der erstmaligen Thematisierung von AIDS in den Medien nicht um die Sache AIDS ging liegt damit auf der Hand.

4.3.3 Implikationen einer möglichen Prävention

Eine derartige Berichterstattung dient nicht der Prävention von AIDS. Diese auf Sensation ausgerichtete mediale Inszenierung der Krankheit, die eine rein verkaufsorientierte Ausrichtung nach Effekten und Sensationen darstellte, um Auflagen zu steigern oder an höhere Einschaltquoten zu denken, hat, so konstatiert Bleibtreu-Ehrenberg 1989, zu einer allgemeinen Desinformation des Publikums geführt (vgl. Bleibtreu-Ehrenberg 1989, S. 245). Der Umgang mit AIDS wird in beträchtlichem Maß von spezifischen Formen der individuellen Wahrnehmung und Interpretation von Krankheit bestimmt (vgl. Jacob u.a. 1993, S. 23). Dabei spielen offenkundig wissenschaftlich gewonnene Erkenntnisse über Infektionswege und –möglichkeiten nur eine nachgeordnete Rolle (vgl. ebendaselbst). Die Medienwirklichkeit der HIV-Infektion und der Krankheit AIDS ist in erschreckendem Maß gekennzeichnet durch Desinformation und Widersprüchlichkeit. Denn es ist nicht möglich - oder führt zu einem falschen oder unkorrekten Ergebnis - mit diesen falsch geprägten Grundannahmen perspektivische Schutz- und damit Verhaltensmaßregeln zu erarbeiten oder zu erstellen, da das Risiko viel zu hoch, die Betroffenheit viel zu breit eingeschätzt wird, und damit ein reales Ausmachen der individuellen Risikosituation verwischt wird.

Diese Art der Berichterstattung steht kontraproduktiv zu den von Süssmuth hervorgehobenen möglichen zwei Funktionen der Medien: „umfassende und schonungslose Aufklärung sowie Vermeidung von Hysterie und Panikmache. Sie sollen Betroffenheit auslösen, breit informieren, auch über kontroverse Standpunkte, und auf diesem Weg zu mehr Wissen und problem-adäquatem Verhalten beitragen“ (Süssmuth 1987, S. 153).
Die sprachliche Aufarbeitung von AIDS in den Medien fand stattdessen über eine Veränderung und streckenweise Pervertierung von Alltagssprache statt (vgl. e-

bendaselbst). Es wurde „polemisiert und agitiert und beschwört und bekämpft, bedroht und exerziert“ (Koch 1988, S. 67). Koch konstatiert: „Die öffentliche Aids-Debatte wurde von Anfang an von betrüblicher Unsachlichkeit, von politischen Verdächtigungen und der gegenseitigen Unterstellung finsterer Motive dominiert“ (Koch 1988, S. 68).

Ebensowenig kann von einer Unterstützung der Prävention im Sinne von Handlungsanweisungen für LeserInnen zum Schutz vor der Krankheit gesprochen werden. Diggelmann et al. fassen die Kernpunkte der AIDS-Berichterstattung in 380 untersuchten Zeitungsartikeln in deutschschweizer Zeitschriften des Jahres 1987 deshalb folgendermaßen zusammen: „Die AIDS-Berichterstattung – das machen die Untersuchungsergebnisse deutlich – vermittelt kaum Informationen, die dazu angetan wären, eigenverantwortliches Handeln in den nach wie vor tabuisierten Intimbereichen zu stützen – die Berichterstattung ist von geringem instrumentellem Wert. (...). Aus dem Blickwinkel der Prävention betrachtet, liegt das Problem einer so gearteten Berichterstattung darin, daß sie – präventiv – am Zeitungsleser vorbeigeht. In der beschriebenen Form leistet die AIDS-Berichterstattung weder einen die Kampagne ergänzenden noch einen eigenständigen Beitrag zur Aufklärung“ (Diggelmann et al. 1988, S. 20 f.).
In diesem Zusammenhang verdeutlicht ein Artikel aus der WAZ vom 16.08.2003, dass die bereits für die Berichterstattung der 80er und 90er Jahre vorherrschenden AIDS-Metaphern weiterhin bemüht werden, um nicht nur einen Zusammenhang zwischen Homosexualität und AIDS zu suggerieren, sondern auch auf Promiskuität als Ursache von AIDS hinzuweisen. Im Artikel „Die Folge des Kondom-Verzichts heißt Syphilis“ wird über die Zunahme der Geschlechtskrankheit Syphilis im Ruhrgebiet berichtet, wobei gleichzeitig unter dem Stichwort „Geschlechtskrankheit als Wegbereiter für HIV“ ein Zusammenhang mit steigenden HIV-Infektionen suggeriert wird. Grundlegend für den Artikel ist die Vorstellung, sexuell aktive Menschen seien in ihrem Sexualverhalten sorglos geworden, hätten Safer Sex Empfehlungen nicht länger beachtet, auch die konsequente Benutzung von Kondomen (die wie gezeigt werden konnte, ohnehin nie besonders konsequent gewesen ist, vgl. S. 126 dieser Arbeit) sei vernachlässigt worden. Grund dafür, so die Autorin, wären Fortschritte in der AIDS-Therapie gewesen, wobei die Autorin zusätzlich die Falschinformation streut, AIDS sei heilbar. Mit Hilfe

dieser leicht als völligen Unsinn zu entlarvenden Behauptung wird dem Leser suggeriert, es gäbe aufgrund des Anstiegs der Geschlechtskrankheit Syphilis einen Kausalzusammenhang mit einer noch zu erwartenden höheren Anzahl von HIV-Infektionen. Besonders letztere Annahme ist im Stil der bereits in den 80er und 90er Jahren verwendeten grundlosen, unbewiesenen Spekulation gehalten, wobei von einer noch zu erwartenden aber nicht näher zu spezifizierenden zukünftigen großen Gefahr von AIDS ausgegangen wird, die zudem auch, wie im Artikel der WAZ, noch zusätzlich mit dem Hinweis auf die vermeintliche Autorität von Wissenschaftlern abgesichert wird (vgl. Korruhn 2003). Journalistisch gesehen ist damit die Ebene haltloser Prophezeiungen erreicht, mit denen pseudowissenschaftlich Angst und unbegründete Sorge beim Leser erzeugt werden.

5. Gesellschaftliche Folgen

5.1. Die AIDS-Angst in der Bevölkerung

5.1.1. Vorstellungen der Infektionsgefahr

Laut einer Repräsentativbefragung der Gesellschaft für Sozialforschung und statische Analysen (Forsa) von 1987 hatten zu diesem Zeitpunkt 99 Prozent der über 2.000 Befragten von AIDS gehört, 96 Prozent kannten die Übertragungsmöglichkeit beim Geschlechtsverkehr. Die Befragten gaben an, ihre Kenntnisse über AIDS überwiegend aus den Medien zu beziehen (vgl. Mackenthun 1990, S. 77). Auch eine von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung in Auftrag gegebene Repräsentativbefragung der Bundesbürger ab 16 Jahre vom Juli/August 1988 ergab einen sehr hohen Informationsstand. Weit über 90 Prozent der Befragten konnten Übertragungswege des HIV korrekt beschreiben und nur 7 Prozent traten für eine Isolierung von Aids-Kranken ein (vgl. Salmen 1990, S. 93).

Grundlegend für die Wahrnehmung der Krankheit AIDS sind kulturelle (mediale) Filter, die wie bei anderen Gefahren und Risiken auch, den Bedeutungsrahmen abgeben, in dem das Ereignis wahrgenommen wird. Die öffentliche Thematisierung in den Medien definierte also offenbar für viele Bundesbürger den verbindlichen Informationsrahmen, den sie als gültig und akzeptabel erfuhren. In der medial durchstrukturierten gesellschaftlichen Wirklichkeit des 20. Jahrhunderts sind es die Bilder und Metaphern der Medien, die von vielen als objektive Tatsachen und Widerspiegelung der Realität wahrgenommen werden (vgl. Müller-Doohm 1990, S. 102). Nicht zuletzt definieren diese Informationen aus den Medien auch die Grundlage der eigenen Erfahrung, wie im Rahmen der eigenen Wirklichkeit und des eigenen Lebens mit dem Risiko, dass man sich mit dem HI-Virus infizieren kann, umgegangen wird und wie der einzelne Bürger die HIV-Infizierten betrachtet, bewertet, akzeptiert, toleriert oder diffamiert. Gerade die Pest- und Seuchenmetaphern in den Medien dürften die Unsicherheit und die Angst in der Bevölkerung verstärkt haben, was den Prozess einer über die Medien zu leistenden Aufklärung zusätzlich erschwert hat.

Was die Gefährlichkeit der AIDS-Erkrankung anbetrifft, so halten nach einer STERN-Umfrage 52 % der befragten Bundesbürger deshalb AIDS noch vor Krebs und Herzinfarkt für die gefährlichste Krankheit (vgl. Schmidt 1987, S. 24).

Die statistischen Zahlen zeigen jedoch ein ganz anderes Bild: „Jährlich sterben in der Bundesrepublik etwa 350.000 Personen an Herz-Kreislauferkrankungen und mittlerweile 160.000 an Krebs bzw. bösartigen Neubildungen. (...)“ (Venrath 1994, S. 139).

Gemessen an diesen „jährlichen Todesopfern des Straßenverkehrs in der Bundesrepublik Deutschland, an der Anzahl der Krebstoten und der Todesfälle durch Herzinfarkt – zumindest bisher und in absehbarer Zeit – [ist] die statistische Wahrscheinlichkeit, an AIDS zu sterben, relativ gering. Dennoch weckt und bündelt AIDS mehr Ängste als die genannten Bedrohungen und als die Bedrohungen durch das atomare Ende dieser Welt oder die Zerstörung der Schöpfung durch den Raubbau der Natur durch den Menschen“ (Bleibtreu-Ehrenberg 1989, S. 101).

Die Angst vor AIDS ist von 1985 bis 1988 stark angestiegen, wie Umfragen der Gesellschaft für erfahrungswissenschaftliche Sozialforschung (GEWIS) belegen: „Bei den ersten GEWIS-Untersuchungen im Jahr 1985 (33. Woche) hatten 22% der befragten Frauen und Männer zwischen 16 und 60 Angst vor AIDS. 1987 (30. Woche) waren es 61%, Anfang 1988 (5. Woche) 68%“ (Habermehl 1996, S. 5). Es lässt sich konstatieren, dass durch die Medienberichterstattung in den ersten Jahren nach Entdeckung des HI-Virus gerade zwischen 1985 und 1987 Ängste geweckt wurden, wo nach heutigem Wissenstand keine wirkliche Ansteckungsgefahr besteht (vgl. Venrath 1994, S. 163).

Wie falsch die Bürger informiert waren, zeigte auch eine Umfrage von 480 Heidelberger Schülern im Jahre 1987: 24 % von ihnen hatten Angst davor, selbst HIV-infiziert zu sein, 44 % überlegten, einen HIV-Test durchzuführen und 6 % hatten bereits einen Test gemacht (vgl. Venrath, S.158-159).

Die Angst-Phantasien vieler Bürger angesichts von AIDS spiegeln nicht nur die kollektive Verzerrung der realen Gefahren wider, sondern rufen eine gesamtgesellschaftliche Erwartungshaltung hervor, deren Konsequenz es sein könnte, diesen kollektiven Ängsten mit Sicherheitsmaßnahmen zu begegnen. Die Konsequenz dieser Angst-Phantasien ist es, „daß wir – anders als in unserem übrigen Leben, wo wir wissen, daß bestimmte Risiken vorhanden sind und daß es nirgendwo 100prozentige Sicherheit geben kann – bei AIDS dennoch totale Sicherheit verlangen“ (Bleibtreu-Ehrenberg 1989, S. 106). Der Wunsch nach Repression und staatlichen Maßnahmen entsteht, um die eigene Angst zu bannen, er ist umso

größer, je geringer das eigene Selbstvertrauen ist und die Fähigkeit (bei möglichen Gefahren) selbstverantwortlich zu handeln (vgl. Venrath 1994, S. 147).

Nach einer Umfrage aus dem Jahre 1985 sprachen sich 75 % der befragten Bundesbürger für die Meldepflicht der „mit AIDS angesteckten“ Personen aus. Diese hohe Zahl verweist auf eine extreme Unsicherheit und Angst vor einer gesamtgesellschaftlichen Gefahr durch AIDS, was bedeuten könnte, dass diese Gefahren nur durch staatlich-regulative Interventionen einzudämmen wären, die die drohende Katastrophe verhindern könnten (vgl. Venrath 1994, S. 157). Der Zusammenhang zwischen Angst-Phantasien und dem Wunsch nach veränderten Gesellschaftsstrukturen, deren möglichen totalitär-katastrophenspezifischen und Bürgerrechte einschränkenden Strukturen dann die bedrohlich-irrationale Katastrophe eindämmen und als Konsequenzen einer hundertprozentigen Sicherheit in Kauf genommen werden, ist offensichtlich.

Die kollektiven Panik-Metaphern der Medien werden auf diese Weise schnell zu einem politischen Instrumentarium, sie können zu Vorstellungen von einem völlig anderen Bild der Gesellschaft führen, zu einem völlig veränderten gesellschaftlichen Zusammenleben, in dem autoritäre Strukturen vorherrschen, deren Aufgabe es wäre, den kollektiven Ängsten durch staatliche Maßnahmen Einhalt zu gebieten: „Die Krankheit greift unmittelbar in „den Kampf um die Köpfe“ ein und wird zum Antriebsverstärker der politischen Restauration. Aids bringt die Versicherungsmathematik durcheinander, stellt die Rentenformel in Frage und zwingt zur Neubewertung des Produktionsfaktors „Arbeit“. Ganz offen werden Rentabilitätsberechnungen am menschlichen Objekt angestellt. Es wird suggeriert, Aids sei die Folge eines lasterhaften Lebens, in der Absicht, aus Krankheitsopfern Schuldige werden zu lassen“ (Amendt 1987, S. 69). Bei der politischen Instrumentalisierung von AIDS geht es nicht mehr um Aufklärung über eine Krankheit und ihre Übertragung. Es geht um das Ende einer liberaleren Epoche.

Vorstellungen von einer zu politischen Realien ausgeweiteten Instrumentalisierung der fiktionalen AIDS-Metaphern waren aber offenbar nur bis 1987 in der Bevölkerung weiter verbreitet, denn bei einer weiteren Umfrage im Jahre 1988 sank der Anteil der Meldepflichtbefürworter allerdings dann auf (den immer noch sehr hohen Wert von) 49 %, was Venrath 1994 auf die intensiv betriebene Aufklärung über AIDS zurückführt, die bereits Auswirkungen im Hinblick auf die Verminderung der unbegründeten Ängste gezeigt hat (vgl. Venrath 1994, S. 157).

Auch Jahre nach intensiver Aufklärungsarbeit und durch politische Broschüren beziehen sich die Ängste von befragten Bundesbürgern also nicht nur auf eine vermutete gesamtgesellschaftliche Gefahr von AIDS als realem Phänomen, sondern es wird von einer Gefahr durch die Anwesenheit eines AIDS-Kranken ausgegangen, dessen bloße Gegenwart als gefährlich empfunden wird: „1987 hatten 58% der 16-60jährigen Angst davor, mit einem AIDS-Infizierten aus demselben Glas zu trinken. Heute [1989] sind es nur noch 21%. 45% hatten 1987 Angst davor, zusammen mit einem AIDS-Infizierten in die Sauna zu gehen, 27 % gar vorm Händeschütteln und 21 % vor gegenseitigen Besuchen. Jeweils 19% ängstigte die Vorstellung, mit einem AIDS-Infizierten eine Party zu feiern oder zusammen Sport zu treiben“ (vgl. Habermehl 1996, S. 5).

Bengel/Koch verweisen auf eine Studie von Wellings von 1988 zu Laienannahmen über die Übertragungswege und Ansteckungsgefahren von AIDS, die belegt, dass AIDS als hochinfektiös eingestuft und es sogar für möglich gehalten wird, sich durch Berühren anzustecken. Weiterhin wird angenommen, das Virus sei überall unsichtbar in der Luft vorhanden (vgl. Bengel/Koch 1990, S. 116-117).

Auch wenn angenommen werden kann, dass über bestimmte Krankheitsverläufe grundsätzlich laienhafte Vorstellungen gebildet werden, die mit den wissenschaftlichen Erkenntnissen nicht übereinstimmen und völlig irrational sind, so zeigen diese Vorstellungen doch einen geradezu unwirklichen Charakter, dessen außerordentlich fiktionaler Inhalt so gar nicht zu einer über mögliche Informationen zu erreichenden grundsätzlichen Einschätzung von AIDS und damit auch einer gewissen Kalkulation möglicher Gefahren für das eigene Leben des einzelnen Bürgers passen will. Diese irrationalen Ängste vor einer nicht existierenden Übertragung des Virus aufgrund gleicher Benutzung eines Glases oder gar Händeschütteln belegen die Desinformiertheit vieler Menschen, deren Fehlerhaftigkeit nicht nur Ursache eines übertriebenen Angstverhaltens gewesen sein wird, sondern auch zur Verweigerung grundlegender Kommunikationsmöglichkeiten mit AIDS-Kranken, zu Ausgrenzung und Isolation geführt haben dürfte.

Erreicht wurde somit aufgrund der falschen Informationen zu AIDS in den Medien, dass der einzelne Bürger angesichts dieser laienhaften Fiktionen annehmen muß, permanent in Gefahr zu sein. Die Metapher von AIDS als infektiöser Krankheit verstärkt also das Bewußtsein einer als feindlich und gefährlich wahr-

genommenen Welt. Die Öffentlichkeit wird als bedrohlich wahrgenommen und Rückzugsstrategien erscheinen dann ebenso angebracht wie die Beseitigung der Gefahr durch Ausgrenzung und Absonderung der tatsächlich oder vermeintlich Gefährlichen, der sog. „Hauptrisikogruppen“ (vgl. Bleibtreu-Ehrenberg 1989, S. 170).

Was die Wahrnehmung der Krankheit in den 90er Jahren anbetrifft, so zeigen Studien von Orth/Broszkiewicz, dass das gesellschaftliche AIDS-Risiko im Vergleich zu anderen Krankheiten auf allen zentralen Dimensionen der Risikowahrnehmung eine hohe Position einnimmt. Auch absolut gesehen wird das AIDS-Risiko als äußerst folgenschwer bzw. schrecklich eingeschätzt (vgl. Orth/Broszkiewicz 1993, S. 34). „Ganz offenkundig wird Aids von vielen Menschen anders wahrgenommen und interpretiert, als dies nach wissenschaftlichen Erkenntnissen, wie sie über die breit gestreuten Aufklärungskampagnen vermittelt werden sollen, „richtig“ ist“ (Eirmbter u.a. 1993, S. 13).
Bengel u.a. führten 1993 Interviews an drei verschiedenen Stichproben der Allgemeinbevölkerung (keine Hauptbetroffenengruppen von AIDS) beiderlei Geschlechts zwischen 20 und 45 Jahren durch. Als Ergebnis lässt sich festhalten: „Die Hälfte der Befragten gibt an, Angst vor Aids zu haben. Jedem Fünften würde es etwas ausmachen, einen Freund oder eine Freundin zu berühren, die HIV-infiziert oder an Aids erkrankt sind. Jeder Siebte hat Angst vor Umarmung eines Aids-Kranken oder auch nur davor, sich mit ihm in einem Raum aufzuhalten. (...) Mehr als drei Viertel der Befragten halten Aids für ein großes Risiko und eine gesundheitliche Bedrohung für die Menschen. Lediglich 5 Prozent gehen von einer geringen Bedrohung aus“ (Bengel u.a. 1993, S. 222).
Auch 1993 sind also mit Vorstellungen, die viele Menschen von AIDS haben, unaufgeklärte Angst-Fiktionen verbunden, die weder mit sachlicher Informiertheit noch mit begründeten Annahmen zu AIDS in Einklang gebracht haben. Der Umstand, dass ein grundlegender Wandel in der Beurteilung der Krankheit auch Anfang der 90er Jahre ausgeblieben ist, bestätigt, wie lange sich negative Vorurteile halten und stabilisieren können, selbst wenn zu diesem Zeitpunkt bereits anders über AIDS berichtet wird als noch 1985. Zwar lassen sich diese falschen Einschätzungen von AIDS auch auf subjektive und manchmal auch magische Vorstellungen über die Ursachen von Krankheiten zurückführen, die wider jede ratio-

nale Einsicht wirken und über einen langen Zeitraum die Einstellungen und das individuelle Handeln beeinflussen, (vgl. Venrath 1994, S. 144) zutreffender scheint jedoch die Überlegung zu sein, dass viele Bundesbürger, so scheint es, 12 Jahre nach der Entdeckung von AIDS, immer noch die von den Medien Mitte der 80er Jahre verbreiteten Metaphern im Kopf haben. Hinzuzufügen ist, dass im „Spiegel“ auch 1993 noch ebenso falsch und bedrohlich-diffamierend über AIDS berichtet wurde, so dass AIDS-Metaphern, die viele Menschen noch aus den 80er Jahren im Kopf haben, durch diese Berichte möglicherweise wieder aufgefrischt neu aktiviert wurde, wodurch die Bilder gerade in diesem Jahr besonders präsent und geblieben sind. Durch die Summe der Informationen, Einwirkungen und Prägungen ist ein völlig falsches Bild von den realen Verhältnissen entstanden. Es ist ein Auseinanderfallen der realen Gefahren von AIDS und der angstauslösenden Einschätzung dieser Gefahren zu konstatieren, wobei die Einschätzung der Bundesbürger nicht mit dem realen Krankheitsbild und den realen Gefahren zu tun hat. Es scheint als hätten sich Ängste und Emotionen, die durch AIDS hervorgerufen werden, verselbständigt (vgl. Rühmann 1985, S. 14).
Angenommen wird eine Bedrohung der gesamten Gesellschaft durch AIDS, angenommen wird eine allgemeine lebensbedrohende Gefahr auch für Personen, die nicht zu den sogenannten Hauptrisikogruppen gehören, so dass auch für Nichterkrankte ein hohes Todesrisiko im Zusammenhang mit AIDS besteht. Dies sind Annahmen über AIDS, die sich in den Medien zwischen 1983 und 1989 als charakteristische Bewertung der Gefahren durch AIDS finden lassen (vgl. Kapitel 4.1.1.4 dieser Arbeit). Konstatieren lässt sich eine hypochondrische oder panisch verstärkte Angst, wobei mit Vorstellungen operiert wird, die in keiner Relation mehr zur wirklichen Gefahr stehen, sondern irrational ausgeufert sind (vgl. Schmidt 1987, S. 24).

Auch über 20 Jahre nach der Entdeckung der Krankheit hat sich die Wahrnehmung von AIDS in der Bevölkerung offenbar nicht wesentlich geändert, wie es immer wieder in aktuellen persönlichen Einschätzungen zur prozentualen AIDS- und HIV-Betroffenheit in der BRD von TeilnehmerInnen meiner Präventionsveranstaltungen und Seminare, die ich sie zu Beginn vornehmen lasse, zum Ausdruck kommt. Als Einleitung der Seminare dient dabei die Frage, wie groß der Prozentsatz der Bevölkerung ist, der nach Einschätzung der Seminarteilnehmer von AIDS

betroffen ist. Die Standardeinschätzungen von Schulklassen, z.B. in Jahrgangsstufe 9, liegen durchschnittlich etwa bei 30 % (d.h., die Spannbreite liegt meist im Bereich von 10% bis 50%). In den Seminaren für Erwachsene liegt die Zahl etwas niedriger, meist um die 20%, äußerst selten kommt es vor, dass die Zahl im Bereich von 1% angesiedelt wird. Das Erstaunen ist groß, wenn ich die tatsächliche Zahl nenne und darauf verweise, dass weniger als 0,1% der Bevölkerung betroffen ist.

Dass eine vermutete AIDS-Erkrankung sich als hysterische Wahrnehmung blitzschnell noch unter Zugrundelegung von falschen und bizarren Vorstellungen in einer großen Gruppe von Menschen verbreitete, belegt ein Vorfall in einer Mülheimer Gesamt-Schule mit einer Schülerzahl von über 1000 Schülern.

Einige Tage, nachdem ich an dieser Schule in den Klassen der Jahrgangsstufe 8 meine AIDS-Seminare von jeweils 4 Std. Dauer durchgeführt hatte, erhielt ich einen Anruf von der dortigen Leitung. Inhalt des Telefonates war folgender Sachverhalt: die Schulleitung hatte von einem der LehrerInnen die Information erhalten, dass ein Kind aus der 8ten Klasse HIV-positiv sei. Man bat mich um Auskunft und Hilfestellung beim Umgang mit dieser Situation. Die akute Fragestellung lautete, in welchem Umfang und auf welche Weise z.B. die Lehrer und andere Schüler zu informieren seien. Ich wies darauf hin, dass die Schulleitung diesbezüglich unter Schweigepflicht stehe, und dementsprechend keinen anderen Lehrer und Schüler darüber in Kenntnis setzen dürfe, außer mit der ausdrücklichen Genehmigung durch die Eltern des betroffenen Kindes. Ich empfahl daher, sich dringend zur grundsätzlichen Klärung der Sachlage erst einmal mit den Eltern in Verbindung zu setzen. Wenige Stunden später schilderte mir die Schulleitung in einem erneuten Telefonat, dass eine Lehrerin, der angeblich bekannt geworden war, dass ein Kind dieser Schule AIDS-krank bzw. HIV-positiv sei, an diesem „Wissen“ bereits das Lehrerkollegium habe teilhaben lassen und darüber hinaus in der betreffenden Schulklasse die Situation bereits offen zum Gesprächsthema gemacht hatte. Zur Abwendung von weiterem Schaden bot ich an, das Telefonat zu beenden und im persönlichen Gespräch vor Ort bei der Klärung und Lösung des Falles Unterstützung zu leisten. Dieses Angebot wurde von der Schulleitung sofort in Anspruch genommen. In der Schule kristallisierte sich dann die folgende Situation heraus: fast jeder war mittlerweile darüber informiert, dass ein Kind AIDS hat respektive HIV-positiv ist. Dieses „Ereignis“ hatte sich bereits „wie ein

Lauffeuer“ herumgesprochen. Die Situation drohte außer Kontrolle zu geraten, da bereits Eltern anriefen, sich erkundigten und sogar bereits ihre Kinder aus der Schule/Klasse nehmen wollten. Die genauen Recherchen vor Ort ergaben folgende Situation: Eine Lehrerin erfuhr in einem Gespräch mit einer Schülerin, dass diese in der Vergangenheit eine Blut-Transfusion erhalten hatte. Für diese Lehrerin stand damit fest, dass die Schülerin AIDS-krank bzw. HIV-infiziert war, da sie den Erhalt einer Blutkonserve als eindeutiges Indiz für eine AIDS-Erkrankung bzw. HIV-Infektion des betreffenden Empfängers betrachtete. Diese „Schlussfolgerung“ äußerte sie sowohl vor der Klasse als auch gegenüber einigen Lehrer-Kolleginnen und –Kollegen. Wie ich erfahren konnte, war diese Biologie-Lehrerin bereits bekannt für ihre Ängstlichkeit, vermutlich sogar leicht phobisch veranlagt. Um diese Situation und die Verhältnisse in der Schule wieder zu verbessern, verabredeten wir ein Fachgespräch mit dem Schulleiter, den Fachbereichs-Lehrern, dem Pädagogischen Leiter, der betreffenden Lehrerin und mir als Neutralem Sachverständigen. Solche Gespräche gestalten sich oft als müßig und unergiebig, denn Gerüchte und Getuschel lassen sich nur selten vermeiden und die wirkliche Quelle bzw. die Initiatoren lassen sich nur schwer ausfindig machen. Als dieses Gespräch wenige Tage später mit allen beteiligten Personen stattfand, spielte sich die betreffende Biologie-Lehrerin jedoch recht in den Vordergrund und äußerte sogar konkret, dass es doch hinreichend bekannt sei, dass man sich nicht nur bei Blutübertragungen, sondern auch beim Küssen anstecken würde! Diese völlig überzogenen und überängstlichen Äußerungen im Beisein aller Personen gab mir eine konkrete Handlungsmöglichkeit. Ich forderte den Schulleiter an dieser Stelle auf, das allgemeine Gespräch abzubrechen und später in kleinerem Kreis nach Lösungsmöglichkeiten zu suchen. Die Lehrerin wurde dann dazu verpflichtet, nur noch Aussagen zur AIDS-Übertragung zu äußern, wie sie in den bekannten Broschüren der BZGA enthalten sind. Da auch die Schüler von mir diese Broschüren erhalten hatten, wäre somit eine Gleichschaltung erreicht, die Aussagen der Broschüren, der Fachleute (meine Seminare) und der Lehrer wären deckungsgleich, und somit eine gültige Richtschnur für die Schüler. In gemeinsamer Abstimmung mit der Schulleitung arbeiteten wir also Problemlösungskonzept eine Lehrerfortbildung für diesen Themenbereich aus, angeboten für alle interessierten LehrerInnen. Die betreffende Biologielehrerin wurde von der Schulleitung zur Teilnahme verpflichtet.

Die verbale Weiterverbreitung von Informationen bezüglich der HIV- bzw. AIDS-Betroffenheit eines Menschen zeigt an diesem Beispiel ganz aktuell, mit welchen immensen irrationalen Ängsten und Metaphern die AIDS-Problematik auch heute noch behaftet ist.

Die fehlende Wahrnehmung, die geringe Gefahr, selbst an AIDS zu erkranken oder mit AIDS persönlich in Kontakt zu kommen, als solche zu akzeptieren, ist verglichen mit der Akzeptanz von Gefahren für Leib und Leben in anderen Bereichen eine Besonderheit, denn das „Restrisiko“ sich außerhalb der bekannten Übertragungswege der Krankheit mit AIDS zu infizieren, ist derart klein, dass es als „nicht mehr quantifizierbar“ eingestuft werden kann. Längst gilt es als akzeptiert, mit einem wesentlich höheren Restrisiko zu leben: „Jeder Teilnehmer am Straßenverkehr hat zu Beginn jeden Jahres ein Risiko von eins zu sechstausend zu gewärtigen, daß er am Ende des Jahres zu den Verkehrstoten der vergangenen zwölf Monate zählen wird (...), was natürlich niemanden hindert, auf die Straße zu gehen oder sich ins Auto zu setzen“ (Bleibtreu-Ehrenberg 1989, S. 102). In der Literatur wird diese Wahrnehmung der möglichen Gefahren durch AIDS daher auch als psychologische Überreaktion interpretiert. Die Angst vor AIDS bezieht sich nicht notwendigerweise auf die realen Gegebenheiten von AIDS, sondern die Wahrnehmung von AIDS ist das Ventil für eine Reihe von Ängsten und Unsicherheiten in anderen Bereichen und auch persönlich-individuellen Phantasien, die nun über die Angst vor AIDS abgearbeitet werden (vgl. Venrath 1994, S. 184). Ähnlich heißt es auch im Zwischenbericht der Bundestags-Enquete-Kommission AIDS, 1988, S. 32: „Ferner verschmelzen die Ängste, die sich an AIDS knüpfen, mit anderen latenten Ängsten der Bevölkerung, die mit Bedrohung verbunden sind und sich, weil weniger anschaulich, auch weniger an konkrete Vorstellungen binden. Beispiele solcher Bedrohung sind atomare und Umweltgefahren, die in Form diffuser Ängste auf AIDS als Träger, zumindest zeitweilig, projiziert werden“ (zitiert nach: Bleibtreu-Ehrenberg 1989, S. 106). Es ist dabei zu konstatieren, dass AIDS die Voraussetzung der körperlichen Integrität des Menschen zerstört und aufgrund dieser durch die Infektion drohenden Wehrlosigkeit des Erkrankten archaische Ängste auslösen kann (vgl. Köneke 1990, S. 19), wobei dies zu einem Zeitpunkt geschah, „als man meinte, einerseits alle Infektionskrankheiten medizinisch beherrschen und andererseits eine von Ängsten befreite

Sexualität leben zu können“ (Venrath 1994, S. 39). Koch bezeichnet AIDS als „Anachronismus in einer Periode, in der die chronisch-degenerativen „Zivilisationskrankheiten“ das Krankheits- und Todesursachenspektrum beherrschen“ (Koch 1989, S. 48).

Sigusch drückt es folgendermaßen aus: „Weil die Erkrankung tödlich ist und die Mystifikation verheerend, fällt es uns unendlich schwer, die Wirklichkeit von ihren Verdrehungen zu trennen und die Realangst von der neurotischen. AIDS ist ein kultureller und politischer Volltreffer, in dem sich die einzelnen Greuel mit dem Grauen des Ganzen lärmend vermählen. In diesem Phänomen schießen zusammen: die latente Untergangsstimmung mit bestens bedienten Geschäftsinteressen, das Sicherheitsdenken mit dem ökologischen, der Präventivschlag mit dem Mythos vom Blut, das heidnische Aug-um-Auge der vatikanischen Geißel Gottes mit der christlichen Charité, der Haß auf das Andersartige mit dem Neid auf den Glamour der Perversion, die Angst vor dem sexuell Triebhaften mit dem Liberalisierungshorror“ (Sigusch 1987, S. 7).
Einen maßgeblichen Einfluss auf diese Angst-Phantasien dürften allerdings Medienberichte über AIDS ausgeübt haben, ohne diese wäre die verzerrte Wahrnehmung der Bevölkerung nicht möglich, denn die Einschätzung von Gefahren wird wesentlich von Medienbildern beeinflusst. Man denke z.B. an die Ängste vor einem Flugzeugabsturz. Weil in den Medien Flugzeugabstürze, auch was die Zahl der Opfer anbetrifft, oftmals schrecklicher und katastrophaler als Autounfälle dargestellt werden, gelten Reisen mit dem Flugzeug, so kann angenommen werden, bei vielen als gefährlich, obwohl statistisch gesehen, das Flugzeug eines der sichersten Verkehrsmittel ist. Die artikulierte Angst vor AIDS ist also ohne die Angst und Schrecken verbreitenden Panik- und Seuchen-Metaphern der Medien nicht denkbar.

5.1.2. Auswirkungen auf das sexuelle Erleben

Da es sich bei AIDS um eine sexuell übertragbare Krankheit handelt, kann eine Darstellung von AIDS, wie sie in den Medien erfolgt ist, nicht ohne Auswirkungen auf das sexuelle Erleben und auf die Wahrnehmung von Sexualität überhaupt bleiben. Zu unterscheiden sind dabei die über AIDS mit Sexualität verbundenen

Vorstellungen und die konkreten sexuellen Verhaltensänderungen, die sich angesichts der Gefahr, an AIDS zu erkranken, feststellen ließen.

In der medialen Konstruktion von AIDS wurde die Krankheit mit Metaphern aus den Bereichen Tod, Leiden und Seuche assoziiert. Grundlage des sexuellen Erlebens sind jedoch Assoziationen wie Lust, Genuss und Leben. Diese Vorstellungen gehen auf das romantische Ideal der Liebe zurück.
Sexualität also über AIDS mit Todesbildern zu assoziieren bedeutet eine grundlegende Bedeutungsverschiebung sexuellen Erlebens und stellt, so Rühmann, „neben den psychischen und sozialen Problemen eine Bedrohung von Sexualität überhaupt dar“ (Rühmann 1985, S. 156).
Schmidt argumentiert, dass AIDS die gefährliche und damit auch aggressiv machende Seite der Sexualität symbolisiert, die vom eigenen Erleben abgespalten und in der Krankheit wiedergefunden wird, die sich zu einem Sinnbild des angstmachenden, destruktiven „bösen“ Anteils der Sexualität entwickelt (vgl. Schmidt 1987, S. 31). Die vorgestellte allgegenwärtige gesamtgesellschaftliche Gefahr an AIDS zu erkranken, verweise, so Schmidt weiter, auf quälend, ungelöste eigene Konflikte: „Die Angst vor Aids ist also auch Bestandteil einer kollektiven Sexualneurose“ (ebd., S. 32). AIDS wird so für viele zu einer Projektionsfläche unbewußter und verdrängter Sexualeffekte (vgl. ebd., S. 31). Schmidt problematisiert in dieser Darstellung allerdings nicht, dass es sich bei den von ihm thematisierten Sinnbildern nicht um individuelle Vorstellungen (möglicherweise sexualneurotischer) Individuen handelt, sondern die Todesbilder auf einer medialen Konstruktion bestimmter Verweisungszusammenhänge zu AIDS beruhen. Zutreffender erscheinen in diesem Zusammenhang archaische Ängste zu sein, die auf Sexualität überhaupt übertragen werden: „Die Angst vor AIDS ist die Angst davor zu sterben. Weil aber für die Mehrzahl der Menschen die einzige Möglichkeit, sich mit dem AIDS Virus zu infizieren, in ihrer Sexualität liegt, wird die Angst vor dem Tod zur Angst vor der Sexualität“ (Dannecker 1990, S. 298).
Zweifellos wurde die Berichterstattung über AIDS von den Medien im größeren Umfang dazu genutzt, den für moderne Gesellschaften charakteristischen Diskurs über Sexualität zu intensivieren. Grundlegend waren aber negative Beschreibungen, nicht zuletzt der Zusammenhang des sexuellen Erlebens mit einem komplexen, stellenweise noch mythisch überhöhten Bezug von Schuld und Strafe (vgl.

Venrath 1994, S. 147). Reale Gefährdung, irreale Ängste und die bewertende Zuschreibung eines bestimmten sexuellen Verhaltens als unmoralisch gehen dabei eine Verbindung ein. Sexualität, über AIDS verstanden als Ursache einer selbstverschuldeten Krankheit, wird einer moralischen Verurteilung ausgesetzt (vgl. Rühmann 1985, S. 139) und die damit propagierte Sexualmoral Herrschaftsinstrument eines zu erfüllenden bestimmten Sexualverhaltens. Da die Krankheit als konsequente (tödliche) Folge der sexuellen Freizügigkeit der vergangenen Jahre verstanden wurde, erfolgte eine Moralisierung im Hinblick auf gesellschaftliche Wertmaßstäbe, deren richtungsweisende Verbindlichkeit für alle Gesellschaftsmitglieder offensichtlich ist (vgl. Venrath 1994, S. 131).

Zum obersten Prinzip sexuellen Handelns wird damit nicht mehr die lustvolle Vereinigung, die Intimität mit dem Partner, sondern der Selbsterhaltungstrieb eines jeden Einzelnen, die Erhaltung der eigenen (auch moralischen) Gesundheit, die garantiert werden soll (vgl. Dannecker 1990, S. 210). Sexualität ist also zu einem Bereich mit hoher moralischer Bedeutung geworden, dies vor dem Hintergrund von Schuld und Strafe. Die Konnotationen sexuellen Erlebens haben sich im Rahmen der Berichterstattung von AIDS vom freien, affektbezogenen Miteinander wegentwickelt hin zur Wahrnehmung von Sexualität, die eingeschränkt sein sollte auf das gesundheitserhaltende Verhalten sexueller Bestimmtheit. Der Einzelne ist nicht länger ein sexueller Partner, sondern jetzt ein verantwortlich Handelnder unter dem Diktum einer drohenden Gefahr, in die er sich nicht nur selbst mit einem anderen begibt, sondern durch eine bereits bei ihm selbst bestehende mögliche HIV-Infektion andere auch gefährdet. Das Risiko für den einzelnen, so lässt sich mit Blick auf die Medienberichterstattung zweifelsfrei feststellen, liegt dabei nicht in bestimmten sexuellen Praktiken der Hauptbetroffenengruppen, sondern bedrohlich ist jede Form von Sexualität, auch der sogenannten Normalbevölkerung.

Sexualität unter dem Einfluss der Darstellung und Fiktionalisierung von AIDS hat sich also grundlegend geändert, Sexualität wird jetzt mit Bedrohung verknüpft, ein nicht zu unterschätzendes Angstpotential liegt in Gedanken an sexuelle Erlebnisse. Die Sexualität, ganz gleich wie lustvoll und intensiv sie zuvor erlebt wurde, ist zu einer Gefahr für das eigene Leben geworden (vgl. Rühmann 1985, S. 165).

Für das konkrete sexuelle Erleben in einer Partnerschaft ergeben sich ganz erhebliche Konsequenzen. Nicht nur ist es die moralische Verpflichtung, aller sexuell

aktiven Menschen, sich mit AIDS auseinanderzusetzen, um sicherzugehen, dass sie nicht infiziert sind und den Partner nicht gefährden, sondern dieses Verhalten ist zudem aufgrund der (angenommenen gesamtgesellschaftlichen) Gefahr von AIDS permanent zu aktualisieren. Notwendig ist es also, sich mit aktuellen Informationen zu AIDS immer wieder neu zu informieren (vgl. Dannecker 1990, S. 210). Das sexuelle Erleben wäre dann unter Gesichtspunkten von Verantwortung und aufgrund von Erkenntnissen zu AIDS zu strukturieren, eine Vorstellung, die nicht nur die Spontaneität jeglicher Sexualität zerstören und damit einen affektgesteuerten Bereich rationalistischem Kalkül unterstellen würde, sondern auch die Partnerschaft als Übereinstimmung mit einer gesellschaftlich erwarteten Sexualität im Rahmen der gesamtgesellschaftlichen Gesundheitsvorsorge beschränken würde. Nicht zuletzt stellt eine Thematisierung der Gefahren von AIDS, auch für die eigene Partnerschaft, hohe Anforderungen an Verantwortungsbewusstsein und die Integrität der Sexualpartner (vgl. Venrath 1994, S. 181).

Wer die Medienberichte zu AIDS im Kopf hat, sieht einen möglichen Partner in diesem Zusammenhang auch als mögliche Gefahrenquelle, ja sogar als Bedrohung des eigenen Lebens (vgl. Schad 1991, S. 165). Die Darstellung von Aids hat die Sexualität mit einem tödlichen Risiko belastet. Nach AIDS muß, „...die Ausübung sexueller Aktivitäten mit einem Partner – als besonders lebensgefährdendes Risiko betrachtet werden“ (Atteslande/Bender 1988, S. 144). Bereits vor dem ersten intimen Kontakt könnte dabei bereits eine indirekte Bewertung des neuen Sexualpartners stattfinden, was die Grundlage für einen chronischen Mißtrauensvorschub darstellen würde, der bei jedem erneuten sexuellen Kontakt wieder auftritt (vgl. Venrath 1994, S. 182). Dies trifft auch auf eine explizite Thematisierung von AIDS in einer Beziehung zu. Impliziert wird mit dem vermittelten Bild von AIDS eben jene leichtfertige Moral der Promiskuität, die einmal in einer Beziehung thematisiert, kaum einen vertrauensvollen Umgang miteinander ermöglicht. Die moralische Komponente, die promiskes Sexualverhalten unterstellt, macht die Thematisierung von AIDS-Prävention in einer Partnerschaft extrem schwierig, da sie besonders viele emotionale Verletzungsmöglichkeiten in sich birgt. Damit wird dem anderen die Wahrscheinlichkeit anderer Intimbeziehungen unterstellt, die nun praktisch aus dem Blickwinkel einer möglichen AIDS-Gefahr (neu) bewertet werden muss, Mißtrauen bezüglich der Lebensweise des jeweilig anderen kommt auf (vgl. Gerhards 1990, S. 178).

Auf längere Sicht eröffnet diese angstbesetzte Form der Thematisierung, die Sexualität (und nicht nur die Homosexualität) exklusiv mit Krankheit assoziiert, keine vielversprechende menschliche Perspektive, auch wenn AIDS zu deutlichen Veränderungen im sexuellen Verhalten gerade bei Homosexuellen geführt hat und in den ersten Jahren nach der Entdeckung der Krankheit zweifellos zu beobachten war, dass sich das Verhalten homosexueller Männer aufgrund von AIDS verändert hat und sich hier die Präventionskonzepte bereits in großem Maße durchgesetzt haben. (vgl. Venrath 1994, S. 180). Dies ist z.B. daran abzulesen, dass bereits 1983 ein drastischer Rückgang von Geschlechtskrankheiten bei Homosexuellen festgestellt wird (vgl. Rühmann 1985, S. 162). Andererseits zeigen die Veränderungen im sexuellen Verhalten, dass Sexualität seit dem Ausbruch von AIDS negativ besetzt ist, was bedeutet, dass bedeutend weniger sexuelle Erlebnisse gesucht werden. Die Veränderungen im eigenen sexuellen Erleben haben offenbar, so Rühmann, dazu geführt, dass die sexuelle Aktivität insgesamt, auch bei monogamen Partnern, zurückgegangen ist (vgl. ebd., S. 162-63).

Untersuchungen zum homosexuellen Sexualverhalten belegen, dass unter dem Eindruck von AIDS die Partnerzahlen zurückgegangen sind. Auch werden bestimmte sexuelle Praktiken, vor allem der Analverkehr, bedeutend seltener vollzogen. Dieser Umstand lässt sich aber nur bis 1987 konstatieren, danach stagniert die Entwicklung bzw. ist wieder leicht gegenläufig (vgl. Bochow 1990, S. 47). Wie eklatant sich die Veränderungen in der Sexualität ausgewirkt haben, zeigt ein Ergebnis einer Untersuchung besonders deutlich. Vor der Entdeckung von AIDS gehörte das Küssen, insbesondere „der Zungenkuß bei sieben Zehnteln zum festen Bestandteil ihrer sexuellen Begegnungen. „Nach Aids“ war das nur noch bei etwas mehr als einem Drittel der Fall“ (Dannecker 1990, S. 215). Diese über die Einschränkung bestimmter Formen von Zärtlichkeit praktizierter Leibfeindlichkeit homosexueller Männer ist offensichtlich auf Medienberichte zurückzuführen, bei denen vor der Gefahr einer HIV-Infektion durch Zungenküsse (und damit einer Übertragung des Virus durch Speichel) gewarnt wurde, denn die reale Gefahr einer Infektion geht von Zungenküssen nicht aus. Die realen Konsequenzen der medialen Konstruktion von AIDS lassen sich also an der Vermeidung eines als gefährlich wahrgenommenen Sexualverhaltens festzumachen – eine eklatante Desinformation gerade auch der Hauptbetroffenengruppen mit weitreichenden Folgerungen.

Was das Sexualverhalten der heterosexuellen Bevölkerung betrifft, so sind Aussagen über ein verändertes Sexualverhalten schwierig. Bei einer Umfrage unter 3.000 Studierenden 1988 in Gießen zeigte sich, dass die Kondombenutzung und damit ein entsprechender Schutz vor AIDS von der Anzahl der Sexualkontakte der Studierenden abhing. Je höher die Zahl der Sexualpartner in einem Jahr war, desto eher wurde Wert darauf gelegt, ein Kondom zu benutzen. Bei sechs und mehr Partnern lag der Prozentsatz der Befragten, die ein Kondom benutzten, aber lediglich bei 27,4 % (Männer) und 36,7 % (Frauen) (vgl. Reimann u.a., S. 233). Diese Ergebnisse verweisen nicht nur auf eine mangelnde Akzeptanz des Kondoms, denn knapp ein Drittel der Befragten vertrauen auf den durch die Aufklärungskampagnen propagierten Schutz vor AIDS.

Eine von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung in Auftrag gegebene Repräsentativbefragung der Bundesbürger ab 16 Jahre vom Juli/August 1988 zeigte ähnliche Werte: Ein Kondom hatten demnach „in der letzten Zeit“ 35 Prozent aller Befragten benutzt, wobei alleinlebende Frauen unter 45 Jahren zu 48 Prozent und alleinlebende Männer unter 45 Jahren zu 65 Prozent diese Angabe machten (vgl. Salmen 1990, S. 93). Mehr als die Hälfte der befragten Studierenden der Gießen-Umfrage ist zwar der Meinung, dass Kondome vor AIDS schützen, allerdings glauben nur lediglich 8 % der Befragten an einen vollkommenen Schutz durch Kondome (vgl. Dannecker 1990, S. 234). Der geringe Prozentsatz von 8% zeigt, dass viele Befragten zwar grundlegend an den Schutz durch Kondome glauben, aber gleichzeitig es nur sehr wenige gibt, die diesen Schutz für absolut sicher halten und damit den Aussagen der Aufklärungskampagnen vertrauen, um sich auch in ihrem eigenen Sexualverhalten darauf zu verlassen. Einen absolut sicheren Schutz vor AIDS, wie ihn die Aufklärungskampagnen der Bundesregierung gerade für die gesamte Bevölkerung verbreitet haben, scheint es für diese Befragten nicht zu geben. Dies kann zum einen auf ein generelles Misstrauen vor der Annahme einer vollkommenen Sicherheit verweisen, zum anderen könnten Vorstellungen einer größeren Gefahr durch AIDS bei den Befragten vorhanden sein, Annahmen eines Risikos, selbst an AIDS zu erkranken, vor dem selbst Kondome nicht mit Sicherheit schützen.

Gleichzeitig implizieren die Ergebnisse der Studierenden-Befragung auch die Vorstellung, dass der Schutz vor AIDS in Abhängigkeit von der Anzahl der Sexu-

alkontakte erfolgen müsse. Implizit wird damit auf das von den Medien mit AIDS verbundene Bild der Promiskuität verwiesen, denn wenn mehr Wert auf eine Kondombenutzung auch bei wenigen Sexualpartnern gelegt würde, wären der prozentuale Anteil der Befragten, die auch bei 1 und 2 Sexualpartnern ein Kondom benutzten, höher.

5.2. Die staatlichen AIDS-Maßnahmen

5.2.1. Prävention der Freiwilligkeit

5.2.1.1. Die AIDS Slogans

Grundlegend für die staatlichen von Gesundheitsministerin Rita Süssmuth 1987 ins Leben gerufenen AIDS-Kampagnen war eine entschiedene Ablehnung staatlich-repressiver Maßnahmen gegenüber den Hauptbetroffenengruppen. Charakteristisch waren vielmehr Aufklärungsspots im Fernsehen sowie Informationsbroschüren und –politik, die auf sachliche Informationen setzten und an die Selbstverantwortung des Einzelnen appellierten (vgl. Venrath 1994, S. 39). Die Sachlichkeit dieser staatlichen AIDS-Kampagne lässt sich an einer semantischen Aufklärungsebene festmachen, mit der versucht wurde, Diffamierungen und einer Pogrom-Stimmung gehen HIV-Infizierte entgegenzuwirken. Aus diesem Grund entstand der Slogan „Aids geht alle an!“, der angesichts der gesellschaftlichen Stimmung gegen die bereits Infizierten im Rahmen der praktischen Arbeit der AIDS-Hilfen entwickelt wurde (vgl. Bleibtreu-Ehrenberg 1989, S. 140). Der Slogan war der Versuch, auch andere sexuell aktive Bundesbürger außerhalb der Hauptbetroffenengruppen auf das Risiko, an AIDS zu erkranken, aufmerksam zu machen, einer hysterischen Atmosphäre und Schuldzuweisungen vorzubeugen. AIDS sollte nun nicht länger als „Schwulenpest“ stigmatisiert werden, theoretisch, so wurde argumentiert, könne sich jeder infizieren (vgl. Salmen 1990, S. 95). Dunde weist auf die demokratische Anthropologie dieser Kampagne, die (mit Blick auf auch mögliche Zwangsmaßnahmen) an das Verantwortungsbewusstsein eines jeden Einzelnen appellierte und offensichtlich in der Lage ist, „vielen Menschen deutlich zu machen, daß sie selber gefragt sind und ihre Beteiligung vonnöten ist“ (Dunde 1988a, S. 108). Rosenbrock hingegen kritisert diese Aufklärungspolitik der Bundesregierung als widersprüchlich: „Einerseits wird – zu wenig und

zu verschämt – aufgeklärt, auf der anderen Seite wird mit dem breiten Testangebot, das de facto auf ein ungezieltes und medizinisch nicht vertretbares Massenscreening hinausläuft, eine Strategie der individuellen Infektionsquellensuche auf freiwilliger Basis betrieben“ (Rosenbrock 1990, S. 24).

Im durch die reißerischen Medienberichte Mitte der 80er Jahre bestimmten öffentlichen Klima wurde mit diesem Slogan allerdings nicht die gewünschte Aufklärung erreicht. Offenbar war es ein Unterschied, ob der Slogan von den AIDS-Hilfen im Rahmen der praktischen Arbeit verwendet wurde oder ob der Slogan vom Staat aufgegriffen und bundesweit verbreitet wurde.
Dornheim verweist darauf, dass aufgrunddessen Ende 1986 ein Umschwung im öffentlichen Bewusstsein festzustellen war, wobei sich nun ein Gefühl der allgemeinen gesamtgesellschaftlichen Bedrohung durch AIDS auszubreiten begann (vgl. Dornheim 1990 S. 201). Der Satz „Aids geht alle an!“ war in der propagierten Form die „Verwischung unterschiedlich hoher Infektionsrisiken unterschiedlicher Bevölkerungsgruppen“ (Salmen 1990, S. 95). Er stellte offenbar die moderate Form der durch die Medienberichte fiktionalisierten gesamtgesellschaftlich-apokalyptischen Gefahr dar, die nun plötzlich durch öffentliche Kampagnen vom Staat bestätigt schienen. Zwar kann „Aids geht alle an“ auch als informativer Slogan verstanden werden, der nichts weiter aussagt, dass auch eine (nicht näher bezeichnete) Gefahr für die hetereosexuelle Bevölkerung besteht, so dass es Sinn macht, sich zu schützen und sich zu informieren, andererseits kann aber „Aids geht alle an“ aus individueller Sicht als persönliche Gefährdung verstanden werden, die nun möglicherweise dadurch gegeben ist, dass AIDS in der Gesellschaft existiert und es andere (auch homosexuelle) Personen gibt, sie erkrankt sind. Diese negative Bewertung des zunächst neutral erscheinenden Satzes „Aids geht alle an“ ist allerdings kaum denkbar ohne die bereits medial konstruierten Metaphern. Wer als sexuell aktiver Mensch AIDS durch die Medien bereits mit negativen Eigenschaften, mit (persönlicher) Gefahr, ja sogar mit aktuell bestehender oder noch in Zukunft überall möglicher Ansteckungsgefahr verbindet, wird im Rahmen des Slogans „Aids geht alle an“ keine anderen Konnotationen für die Krankheit entwickeln. Je mehr AIDS auf diese Weise aus den sogenannten Risikogruppen gelöst wird, so lässt sich auch argumentieren, desto unmittelbarer kann die Krankheit als kollektive Bedrohung empfunden werden und wird damit auch ein-

flussnehmend auf das eigene Leben und die eigene Sexualität erlebt: „Mit dem Versuch, das Infektionsrisiko zu generalisieren („AIDS geht uns alle an“) geht auch eine Generalisierung des Verdachts einher“ (Koch 1989, S. 109). Die Gefahr einer HIV-Infektion wurde zwar nicht explizit zu einer Gefahr für die gesamte Gesellschaft stilisiert, wie dies in den Medien geschah, trotzdem verbanden offenbar viele Bürger „Aids geht jeden an“ mit hinter dieser Mitteilung möglicherweise noch verborgenen Fakten, die aber nicht veröffentlicht wurden, gleichzeitig aber diesen Slogan notwendig machten, um schlimmeren Entwicklungen vorzubeugen (vgl. Dornheim 1990 S. 201). Damit wird eben auf jene Vorstellung von der AIDS-Gefahr als „Spitze eines Eisbergs“ verwiesen, die in den Medienberichten als Fiktion der Gefährdung trotz auffallend geringer Fallzahlen und Meldedaten thematisiert wurde. Auf diese Weise wird nicht aufgeklärt, um zu informieren und Ängste zu vermeiden, sondern es wird ein Mangel an konkretem Wissen geschaffen, das keine konkrete rationale Bewältigung ermöglicht und die Anfälligkeit für diffuse Ängste wird erhöht. Wie real diese diffusen Ängste wurden, zeigen Informationsspots im Fernsehen 1987, mit denen aufgrund vieler Anfragen darüber informiert wurde „daß in Schwimmbädern und Saunen keine Ansteckungsgefahr besteht, während sich gleichzeitig HIV-infizierte Personen wegen der Reaktionen ihrer sozialen Umgebung weigern, vor der Kamera zu erscheinen“ (Dornheim 1990 S. 201).
Nicht zuletzt wurde die dem Slogan zugrundeliegende Absicht, hysterischen Reaktionen und Ausgrenzung angesichts von AIDS vorzubeugen, damit ad absurdum geführt. Zudem können sich Repressionen selbst dann noch gegen die Angehörigen sogenannter Risikogruppen richten, wenn von ihnen gar nicht die Rede ist (vgl. Dornheim 1990 S. 200).

Auch die AIDS-Aufklärung des Staates trug also neben den Medienberichten zur Schaffung unbegründeter Ängste in der heterosexuellen Bevölkerungsmehrheit bei. Meinrad Koch, Leiter des Nationalen AIDS-Zentrums in Berlin, beurteilte den Slogan „Aids geht jeden an!“ deshalb später als irreführend, da es zu den wesentlichen Charakteristika von AIDS gehört, dass AIDS eben nicht „alle“ angeht, sondern bestimmte Gruppen, die ein erhöhtes Risiko haben, sich anzustecken (vgl. Venrath 1994, S. 140). Grundlage dieser Präventionskampagne waren die Gleichsetzungen der Gefahren für verschiedene Bevölkerungsgruppen, Risiken ver-

schiedener Lebensstile wurden mit einer Kampagne, mit einem Slogan abgedeckt. Kritiker dieser Präventionskampagne sind sich, obgleich die liberalen Ansätze und Vorstellungen dieser AIDS-Politik anerkannt werden, einig, dass es falsch war, nicht zwischen unterschiedlichen Betroffenengruppen von AIDS zu differenzieren. Vor allem wurden die Infektionsgefahren von Homo- und Hetereosexuellen gleichgesetzt, was bereits 1985 angesichts der bisherigen AIDS-Fallzahlen auf keinen Fall aufrechtzuerhalten war. Angesichts der realiter geringen heterosexuellen Betroffenheit muss gefragt werden, wie es möglich war, bundesweite AIDS-Kampagnen, ausgerichtet auf die heterosexuelle Bevölkerung in einem solchem Umfang (z.B. täglich im Fernsehen) zu gestalten. Hier wurde AIDS-Aufklärung für eine Bevölkerungsgruppe betrieben, die, was die Risiken sich zu infizieren, zu einer verschwindend geringen Minderheit der Betroffenen gehört. Gerade der „rein Heterosexuelle“ kann so gut wie nicht betroffen sein, denn einer der vorigen (heterosexuellen) Partner müßte schon einer Hauptbetroffenen-Gruppe angehört haben - und selbst dann wäre sein Risiko immer noch relativ klein.

Denkbar wäre daher eine zielgruppengerichtete Aufklärungskampagne gewesen, doch diese wurde, „was die „Schmuddelgruppen der Nation“ anbelangt, weitgehend an die Aids-Hilfen und andere Selbsthilfezusammenschlüsse deligiert“ (Rosenbrock 1990, S. 22).

Zwar lässt sich argumentieren, dass diese Kampagne die einfachste Möglichkeit darstellte, auch Heterosexuelle anzusprechen, um damit durch die Propagierung eines maximalen Schutzes die Ausbreitung von AIDS auf die heterosexuelle Bevölkerung zu verhindern, aber für eine mögliche Ausbreitung von AIDS über die Hauptbetroffenengruppen hinaus in dem Maße, die eine Präventionskampagne wie „Aids geht jeden an!“ notwendig gemacht hätte, gibt es keinerlei Anhaltspunkte. Grundsätzlich lässt sich sagen, dass die Risikosituation auch für promiske Heterosexuelle als sehr viel weniger gefährlich eingeschätzt werden kann als die der promisken Homosexuellen, womit sich für die AIDS-Information zwei völlig verschiedene Lebenssituationen ergeben, auf die in der Präventionskampagne mit keinem Wort eingegangen wurde (vgl. Venrath 1994, S. 187). Die Strategie des Gesundheitsministeriums, so Venrath 1994, differenziert nicht die Personengruppen, an die sie sich richtet, sondern verkündet für alle sexuell aktiven Personen dieselbe Präventionsbotschaft (vgl. Venrath 1994, S. 186). Dies ist der Klarheit und damit der Wirksamkeit der Botschaft abträglich, denn die Hauptbetroffenen-

gruppen kommen in der allgemeinen Aufklärung gar nicht vor (vgl. Rosenbrock 1990, S. 22). Die neben dieser großen AIDS-Kampagne propagierten wenigen und weniger populär gemachten Aufklärungskampagnen, die sich vor allem an die sogenannten Hochrisikogruppen richteten, basierten vielfach auf den auch in den Medien präsenten Vorstellungen von promisker Homosexualität, womit ein Zusammenhang zwischen AIDS und leichtfertiger Moral hergestellt wird, wodurch „wiederum eine indirekte Abwertung aller Personen vorgenommen wird, die sich einen HIV-Schutz von ihrem neuen Sexualpartner wünschen“ (Ahlemeyer 1990, S. 182). Zu fragen ist, ob die für die AIDS-Kampagnen verantwortlichen PolitikerInnen und Medienfachleute in den 80er Jahren selbst einer AIDS-Phobie oder –Hysterie verfallen waren und ihre AIDS-Aufklärung auf der medialen Fiktionalisierung von AIDS aufbaute und nicht durch sachliche Informationen begründet war. Koch kritisiert, dass für nicht wenige Präventionsstrategen die Welt mit einem allgegenwärtigen Virus ausgestattet ist, „dem man nur dadurch entrinnt, daß man sich „verhält““ (Koch 1989, S. 110). Damit wird auf quasi magische, laienätiologische Vorstellungen von AIDS verwiesen, die wissenschaftlich-medizinisch völlig unhaltbar sind und die eigentlich nicht Teil einer politischen Aufklärungskampagne sein sollten. Die individuelle Gesundheitsvorsorge vor AIDS würde damit von der durch die Medien vermittelten Evidenz einer universellen Bedrohung „profitieren“, die nicht weiter hinterfragt wird, sondern als grundlegend gilt und nicht mehr auf ihre Angemessenheit in diesem speziellen Zusammenhang hin überprüft werden muss. Die damit suggerierte Universalität der Gefahr erübrigt jede Überlegung zur Verhältnismäßigkeit des Mitteleinsatzes (vgl. Koch 1989, S. 110).

Grundsätzlich lässt sich damit neben der Darstellung eines Trends, der aber datenmäßig nicht sehr relevant ist (der Zunahme der heterosexuellen Betroffenheit) noch auf weitere Charakteristika verweisen, die dazu führten, dass das HIV/AIDS-Problem in eine Bevölkerungsschicht transferiert wurde, die schwerpunktmäßig kaum von AIDS betroffen ist:

- Fortlassungen von Spezifizierungen (Hinweis auf das erhöhte Risiko beim Analverkehr)
- Zurückhaltung bestimmter Erkenntnisse (genaue Zahlen zur heterosexuellen Betroffenheit wurden nicht genannt)

- Erzeugung von Angst (Verweis auf die gesamtgesellschaftliche Gefahr durch den HI-Virus)

Eine bessere und vor allem den möglichen Risiken angemessene AIDS-Präventionskampagne hätte sich gezielter Aufklärung bedient, statt allen Angst vor der Sexualität einzujagen, kritisiert Venrath 1994 (vgl. Venrath 1994, S. 114). Weitaus schärfer ist die Kritik von Koch, für den die falsche öffentliche Information zu AIDS das Spiegelbild katastrophaler gesundheitspolitischer Maßnahmen ist: „Die Verschleppung drängender Maßnahmen im Bereich von Prävention und Information, (...) der konsequente Verzicht auf die normalen und vorgegebenen gesundheitspolitischen Reaktionen gegenüber einer so ernsten Bedrohung, (...) wird kaum mehr zu reparieren sein und damit in einigen Jahrzehnten als die zentrale Fehlentscheidung jener Verantwortlichen dastehen, die dann kaum mehr die Verantwortung dafür werden übernehmen wollen“ (Koch 1988, S. 68).

Ein anderer, im Rahmen der AIDS-Kampagnen propagierter Slogan war „Aids kriegt man nicht, Aids holt man sich“. Verglichen mit der Seuchengeschichte kann dieser Slogan sicherlich in dem Sinne verstanden werden, dass mit AIDS eine sexuelle Aktivität verbunden ist, die zur Krankheit führen kann, während die Verbreitung von Pest und anderen Seuchen auf der aktuellen Anwesenheit eines Erkrankten und damit der Verbreitung durch alltägliche soziale Kontakte möglich ist, was bei AIDS gerade nicht der Fall ist. Außerdem werden mit diesem Slogan tradierte Vorstellungen über Geschlechtskrankheiten, z.B. Syphilis, aktiviert, denn gerade Syphilis ist die Krankheit, mit der „Sich-Holen“ besonders eng assoziiert ist (vgl. Dornheim 1990 S. 200).
Gleichzeitig impliziert das Motto über die angesprochene Aktivität eine Schuldzuweisung an Kranke und Infizierte, denn wenn man sich AIDS nur durch sexuelle Aktivität „holen“ kann, so sind die Erkrankten aufgrund der damit von ihnen gewählten Handlung selbst schuld an ihrer Krankheit, denn sie haben sich AIDS ja „geholt“ (vgl. Salmen 1990, S. 95). Dem vermeintlich schuldig Erkrankten wird so ein wichtiges Kriterium seiner Krankenrolle abgesprochen (vgl. Zenz 1989b, S. 14).

5.1.1.2 Kondome schützen

Grundgedanke der propagierten Benutzung von Kondomen zum Schutz von AIDS war die Vorstellung: „Wenn sich alle schützen, hat Aids keine Chance“. Der mittlerweile selbstverständliche Umgang mit Kondomen war in der Anfangszeit der AIDS-Kampagnen an eine erst herzustellende Thematisierung von Sexualität in der Öffentlichkeit, in Familie und Partnerschaft gebunden. Ohne die Informationen der Präventionskampagne wäre dies in dieser Form nicht möglich gewesen. Dabei wurden die angebotenen Kondome mit einer Gebrauchsanweisung mit Angaben zur Handhabung versehen. Wichtig war diese Gebrauchsanweisung vor allem, weil eine falsche Handhabung von Kondomen auch mit Fehlerquellen verbunden war, die zu fehlendem Schutz vor AIDS und damit zu einer (vermeidbaren) Ausbreitung von AIDS hätte führen können.
Inzwischen ist diese Gebrauchsanweisung modifiziert worden und neuere Kondome dürfen mit der Gebrauchsanweisung, wie sie für die erste Zeit der AIDS-Kampagne üblich war, nicht mehr verkauft werden.

Abbildung 2 Kondombeschreibung alte Version

Wie man das Kondom benutzt

SO MACHT'S DER MANN VON WELT:

- Einsiegelung vorsichtig an der Einkerbung aufreißen u. Kondom behutsam aus der Packung nehmen. Vorsicht bei spitzen Fingernägeln: keine Schere o. scharfkantige Gegenstände zum Öffnen benutzen.
- Vorhaut ganz zurückziehen.
- Reservoir mit Daumen und Zeigefinger zusammendrücken, Kondom vollständig von der Gliedspitze über das steife Glied abrollen.
- Nach dem Erguß, vor dem Erschlaffen, das Glied mit Kondom vorsichtig aus der Scheide ziehen, dabei Kondom am Gliedansatz festhalten.
- Glied waschen, damit beim Nachspiel kein Samen mehr vorhanden ist.
- Jedes Kondom nur einmal benutzen!
- Nach Gebrauch Kondom in den Hausmüll (nicht in die Toilette) werfen.

Wenn's zu Anfang nicht klappt - helfen lassen. Gemeinsam geht's besser.

WEITERE HINWEISE:

- Vor jedem Intimkontakt ein neues Kondom nehmen. Kondom anlegen, bevor Glied und Scheide miteinander in Berührung kommen.
- Falls zusätzlich Gleitmittel verwendet werden, bitte nur wasserlösliche Gele verwenden, keinesfalls Babyöl, Handcreme, Vaseline, Lotionen und dergl.; Fette und Öle zerstören das Kondom.

- Bei Unverträglichkeitsreaktionen auf Latex (Latex-Allergie) keine Kondome verwenden. Arzt befragen.
- Benutzen Sie bitte Kondome nicht zusammen mit Scheidenzäpfchen, es sei denn, diese sind für die Verwendung mit Kondomen empfohlen.
- Kondome sind nur für die vaginale Anwendung geprüft.
- Bitte verwenden Sie kein Kondom, dessen Haltbarkeitsdatum abgelaufen ist.
- Kondome vor direkter Sonneneinstrahlung, Hitze und Kälte schützen.

Abbildung 3 Kondom mit Beschreibung neue Version

Folgende tabellarische Übersicht zeigt die unterschiedlichen Informationsbausteine der beiden Gebrauchsanweisungen:

Alte Version	**Neue Version**
1. Vorsichtig die Packung aufreißen.	-Einsiegelung vorsichtig an der Einkerbung aufreißen u. Kondom behutsam aus der Packung nehmen. Vorsicht bei spitzen Fingernägeln; keine Schere o. scharfkantige Gegenstände zum Öffnen benutzen.
2. Kondom behutsam aus der Packung nehmen.	-Vorhaut ganz zurückziehen.
3. Sanft auf die Spitze des steifen (!) Gliedes setzen	-Reservoir mit Daumen und Zeigefinger zusammendrücken, Kondom vollständig von der Gliedspitze über das steife Glied abrollen.
4. Reservoir berücksichtigen.	-Nach dem Erguß, vor dem Erschlaffen, das Glied mit Kondom vorsichtig aus der Scheide ziehen, dabei Kondom am Gliedansatz festhalten.
5. Mit Gefühl abrollen. Paßt!	-Glied waschen, damit beim Nachspiel kein Samen mehr vorhanden ist.
6. Nach dem Höhepunkt das Kondom abstreifen.	-Jedes Kondom nur einmal benutzen!
7. Das Glied waschen, damit beim Nachspiel kein Sperma mehr im Spiel ist.	-Nach Gebrauch Kondom in den Hausmüll (nicht in die Toilette) werfen.
Wenn's zu Anfang nicht ganz richtig klappt - helfen lassen. Gemeinsam geht's besser."	Wenn's zu Anfang nicht klappt - helfen lassen. Gemeinsam geht's besser.
	-Vor jedem Intimkontakt ein neues Kondom nehmen. Kondom anlegen, bevor Glied und Scheide miteinander in Berührung kommen.
	-Falls zusätzlich Gleitmittel verwendet werden, bitte nur wasserlösliche Gele verwenden, keinesfalls Babyöl, Handcreme, Vaseline, Lotionen und dergl.; Fette und Öle zerstören das Kondom.
	Bei Unverträglichkeitsreaktionen auf Latex (Latex-Allergie) keine Kondome verwenden. Arzt befragen.
	-Benutzen Sie bitte Kondome nicht zusammen mit Scheidenzäpfchen, es sei denn, diese sind für die Verwendung von Kondomen empfohlen.
	-Bitte verwenden Sie kein Kondom, dessen Haltbarkeitsdatum abgelaufen ist.
	-Kondome sind nur für die vaginale Anwendung geprüft.
	-Kondome vor direkter Sonneneinstrahlung, Hitze und Kälte schützen." (Eine Initiative des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales, NRW).

Tabelle 5: Kondombeschreibung alte und neue Version

Die tabellarische Gegenüberstellung zeigt, dass die neuere Version der Gebrauchsanweisung wesentlich ausführlicher ist. Die Bedeutung dieser Ausführlichkeit kann nicht hoch genug eingeschätzt werden. Je mehr Informationen enthalten sind, desto geringer ist die Wahrscheinlichkeit möglicher Fehler. Durch die genauere Beschreibung wird z.B. besser garantiert, dass Kondome nicht platzen, reißen oder ihre Schutzwirkung ganz verlieren. Ebenso wichtig ist eine genaue Beschreibung, wie die Verpackung zu öffnen ist.

Auch wenn der Schutz von Kondomen vor AIDS erwiesen ist, so kommt die Propagierung der Verwendung von Kondomen doch nicht ohne eine plakative Kausalität aus. Wenn Kondome vor AIDS schützen, wie Plakate, Spots und Broschüren den Menschen suggerieren, so könnte man umgekehrt annehmen, dass Sexualpartner nicht geschützt sind, wenn sie keine Kondome benutzen, es also aufgrund eines einmaligen ungeschützten Geschlechtsverkehrs zu einer Infektion kommen könnte. Sicherlich ist dieser Umkehrschluss nicht für jeden zwingend, bei dem die Botschaft „Kondome schützen!“ ankommt, aber implizit wird auf die Angst eines sexuell aktiven Menschen verwiesen, der womöglich glaubt, die Ansteckungsgefahr würde zunehmen, wenn einmal kein Kondom verwendet wird. Gerade wenn bei Plakaten oder Spots nur Bilder und der Text „Kondome schützen!“ verwendet wurden, liegt auch die Annahme einer möglichen Ansteckung durch einen einmaligen Sexualkontakts ohne Kondom nahe, was sich im Übrigen medizinisch nicht aufrechterhalten lässt, selbst wenn es sich bei dem Sexualpartner um einen HIV-Infizierten handelt. Hier wurden deutlich weitere Differenzierungen der Kondombenutzung versäumt.
Im positiven Sinne kann die Botschaft „Kondome schützen!“ an das Verantwortungsgefühl eines jeden Einzelnen appellieren, nicht sorglos zu sein und das eigene Sexualverhalten nicht gedankenlos zu gestalten, ohne an die möglichen Konsequenzen zu denken. Gleichzeitig suggeriert die Kampagne: Wenn alle sexuell aktiven Personen Kondome benutzen, gibt es kein Risiko, sich zu infizieren. Die Gesellschaft als Gesamtheit der Individuen verweist diese Individuen also nicht nur auf ihr eigenes Handeln, sondern bestimmt die gesellschaftliche Sicherheit als die Gesamtheit der individuellen Schutzmaßnahmen. „Es wird suggeriert, daß durch ein eigenverantwortliches, selbstbezogenes Handeln ein Höchstmaß an Sicherheit erreicht werden könne“ (Fischer 1988, S. 147). Die konsequente Ver-

wendung von Kondomen zum Schutz vor AIDS „entspricht einer Bewältigungsstrategie technologischer Art, welche auf durchweg kognitive Strukturen baut“ (Venrath 1994, S. 185). Erwartet wird hier die Einsicht eines jeden Einzelnen, der die Konsequenzen einer möglichen Nichtbenutzung von Kondomen begreift.
Als Konsequenz wäre hier auch ein Ausgrenzungsverhalten gegenüber denjenigen denkbar, die dieser individuellen Verantwortung nicht gerecht werden.
Es bleibt zu fragen, ob das propagierte Präventionsverhalten ausgehend von den wirklichen Fallzahlen entwickelt wurde und sachlich angemessen ist oder ob Ängste und Seuchenmetaphern in den konzeptionellen Überlegungen eine Rolle gespielt haben, womit die Verhaltensprävention, die auf einen „flächendeckenden Kondomgebrauch“ setzte, bei letzterem Umstand dann den publizistisch geschaffenen entstandenen Wunsch nach absoluter Sicherheit abdecken würde und politisch nicht auf reale Gefährdungen reagiert worden wäre, sondern auf die Darstellung der Krankheit in den Medien. Hier ist gerade die Vorstellung absoluter Sicherheit charakteristisch, die gerade in den Medien immer wieder suggeriert wurde. Ein Umstand, der für letzteres Argument spricht und damit die Prävalenz von Seuchenmetaphern in der konzeptionellen Entwicklung der Präventionskampagnen, ist die Tatsache, dass AIDS in der Bundesrepublik Deutschland 1983 seuchenpolitisch sehr stark diskutiert wurde, d.h. es wurden Seuchenschutzmaßnahmen erörtert, wozu auch Zwangsmaßnahmen und gesundheitspolitische Ausgrenzungen gegenüber den Infizierten gehörten (vgl. Bleibtreu-Ehrenberg 1989, S. 185).

Gleichwohl zeigt die Präventionskampagne zur Benutzung von Kondomen auch, wie Aufklärung und Informationen, gerade mit Blick auf die Hauptgefahren sich zu infizieren, verbessert wurden. Zweifellos sind Effekte präventiven Handelns und von Präventionskampagnen schwer nachprüfbar, da sie häufig nicht direkt beobachtbar sind, was gleichermaßen für die Prüfung von Effekten einer Maßnahme zur Beeinflussung präventiven Handelns gilt, da präventives Handeln ebenfalls keiner unmittelbaren Beobachtung zugänglich ist (vgl. Schütte 1995, S. 99).
Bei einer Umfrage unter 3000 Studierenden 1988 in Gießen zeigte sich, dass die Kondombenutzung auch bei einem unbekannten Sexualpartner zum Teil sogar noch unter 30 Prozent liegt. Der höchste Prozentsatz zeigte sich bei 6 und mehr

Partnern in einem Jahr (27,4 % der Männer, 36,7 % der Frauen legten Wert auf die Benutzung eines Kondoms) (vgl. Bardesleben u.a. 1988, S. 228-233). Eine Untersuchung zum Sexualverhalten von Paaren ergab, dass mehr als die Hälfte (59,4 %) Kondome nur inkonsistent benutzen (vgl. Reimann 1990 S. 228-29).
Grund für dieses Verhalten kann, so Venrath, eine für viele Paare problematische Thematisierung von Kondomen in der Beziehung sein, wobei die Verwendung von Präservativen mit Scham- und Peinlichkeitsempfindungen verbunden ist und schnell Missverständnisse in der Partnerschaft entstehen können, wenn nicht über eine geeignete Sprache eine gute Basis für einen verantwortungsvollen Umgang mit der eigenen Sexualität und der Sexualität des anderen geschaffen wird, außerdem einer der Partner nicht die Fähigkeit hat, Tabus anzusprechend und Intimes zu thematisieren (vgl. Venrath 1994, S. 188-189): „Die Thematisierung der eigenen Sexualität und die Verwendung von Kondomen scheint, gemessen an der Verwendungshäufigkeit in heterosexuellen Beziehungen, peinlicher zu sein, als die Praktizierung der Sexualität selbst“ (Venrath 1994, S. 188).
Ein hoher Prozentsatz der sexuell aktiven Männer und Frauen, die kein Kondom benutzen, ist überzeugt, die Verwendung von Kondomen führe zu einem Verlust des sexuellen Genusses (vgl. Venrath 1994, S. 189). Einerseits schützt das Kondom zwar, führt aber gleichzeitig zu einer Versachlichung der Sexualität, sexuelle Phantasien im Hinblick auf eine Vereinigung, ein „Sich-Verströmen“ im Partner durch die Verwendung von Kondomen beeinträchtigt werden. Gerade bei Partnern, die den Wunsch haben, in der Sexualität mit dem Sexualpartner zu verschmelzen, kann diese Vorstellung durch eine Benutzung eines Kondoms nicht mehr gelebt werden, weil die Versachlichung der Präservative dem Verschmelzen nun eine Grenze setzt (vgl. Becker, Clement 1990, S. 222). Verhindert werden außerdem Zeugungsphantasien, die das erotische Verschmelzungserlebnis für Frauen und Männer ausmachen können (vgl. Venrath 1994, S. 189).

Trotz umfangreicher staatlicher Informationen und Aufklärungskampagnen in den 80er Jahren scheint sich das Sexualverhalten also nicht grundlegend geändert zu haben. Auch wenn sich eine flächendeckende Kondombenutzung sicherlich nicht erreichen lässt, so scheinen sexuell aktive Menschen, die ein Kondom benutzen, sogar zum Teil in der Minderheit zu sein. Es ist zu vermuten, dass die bisherigen Präventionsmaßnahmen die Heterosexuellen zwar beunruhigen, deren Sexualver-

halten aber nur in einem sehr bescheidenen Ausmaß beeinflussen (vgl. Reimann 1990 S. 228-29).

Die Berichterstattung in den Medien hat offenbar nicht dazu geführt, dass ein für das eigene Leben verbindliches Schutz- und Vorsorgeverhalten für so wichtig gehalten wurde, dass ein bestimmtes Verhalten, nämlich die Benutzung von Kondomen, eingesetzt wurde, um sich selbst zu schützen. Zu konstatieren ist offenbar ein Unterschied zwischen den Panik-Metaphern der Medienberichte, die in der Bevölkerung zu völlig unbegründeten Ängsten und laienätiologischen Annahmen über Verbreitung und Ansteckungsgefahr von AIDS geführt haben, andererseits scheint man keine diesbezüglichen Schutzmaßnahmen ergriffen zu haben. Dieser Zusammenhang scheint auf die Prävalenz von autoritären Maßnahmen und Ausgrenzung von HIV-Infizierten zu deuten, denn die Angst vor AIDS in der Bevölkerung war offenbar nicht dergestalt, dass man sich selbst vor AIDS durch die vermehrte Benutzung von Kondomen schützte, zumal in den Medien auch immer wieder von einer Gefährdung der heterosexuellen Bevölkerung gesprochen wurde, die weit über das bisher festgestellte Maß hinausging, Heterosexuelle also auch glauben mussten, sie selbst könnten sich infizieren.

Andererseits kann die selbstverständliche Verwendung von Kondomen bei einem bestimmten Prozentsatz der Bevölkerung und die von der Industrie berichteten erhöhten Absatzzahlen von Kondomen (vgl. Wolters 1989, S. 74) als ein gewisser Erfolg in der heterosexuellen Bevölkerung bewertet werden.

Ganz anders verhält es sich mit der Benutzung von Kondomen bei Homosexuellen. Besonders für sie sind Kondome allgemein akzeptierter und gebräuchlicher Bestandteil ihrer Sexualität geworden. Venrath 1994 verweist in diesem Zusammenhang auf Befragungen, die in Homosexuellengruppen durchgeführt wurden und führt zusätzlich den Nebeneffekt der Kondomverwendung an: Die unter Homosexuellen weit verbreiteten typischen Geschlechtskrankheiten sind erheblich zurückgegangen (vgl. Venrath 1994, S. 186). Als weiteres Indiz für den Erfolg eines durch die AIDS-Kampagnen verändertes Sexualverhalten wird der beobachtbare Rückgang von Geschlechtskrankheiten, insbesondere der Fälle von rektaler Gonorrhoe als klassischem Indikator für Infektionen durch homosexuelle Aktivität, gewertet (vgl. Wolters 1989, S. 73). „Als weitere Beweise für den Erfolg der Aufklärungsbemühungen werden die zunehmende Anzahl freiwilliger HIV-Tests, der Rückgang HIV-positiver Blutspenden und der in verschiedenen

Studien festgestellte Rückgang von Neuinfektionen bei Homsexuellen gewertet“ (Wolters 1989, S. 74). Auch wenn die staatlichen AIDS-Kampagnen kaum auf die Hauptbetroffenengruppen ausgerichtet waren, so scheinen doch feststellbare Veränderungen des Sexualverhaltens gerade bei Homosexuellen für einen gewissen Erfolg der Aufklärung und Informationen zu AIDS zu sprechen.

5.2.1.3. Verhaltensänderung durch Aufklärung und Information

Grundlage einer Verhaltensänderung in der Sexualität, wie sie Süssmuth mit Aufklärung und Information im Rahmen der Gesundheitspolitik propagiert hat, ist die Idee, dass Menschen über Selbststeuerungskompetenz verfügen, und verantwortlich handeln können. Süssmuth will „verdeutlichen, daß der entscheidene Ansatz im Umgang mit AIDS weder die Abschreckung durch Strafandrohung noch der Zwangstest, noch die namentliche Meldepflicht sind, sondern die Werterkenntnis des einzelnen, die persönliche Entscheidung, die eigene Motivation und, wo notwendig, die individuelle Verhaltensänderung“ (Süssmuth 1987, S. 93). Grundlegend ist der Wunsch nach sozialem Wandel und einer Verstärkung schon bestehender Solidarisierungsprozesse. Ziel war es, bestimmte negative Emotionen gegenüber Krankheit, Sexualität, Minderheiten zu verändern und die Bereitschaft zu prosozialem Handeln zu unterstützen (vgl. Dunde 1988a, S. 109).
Slogans wie „Kondome schützen“ oder „Aids geht jeden an“ sind auf das Vertrauen auf die Zuverlässigkeit einer freiwilligen Einsicht gegründet. Die Verhaltensmodifikationen im Bereich sexuellen Handelns sollen dabei aufgrund von im Rahmen von Aufklärung vermittelten bestimmten Informationen erfolgen. Die Verhaltensänderung erfolgt, weil der Einzelne Notwendigkeit und den sinnvollen Zusammenhang begreift. Kennzeichnend ist eine Überbetonung des Kognitiven, wobei fast ausschließlich auf Wissen und Wissensvermittlung gesetzt wird. Gesundheitsvorsorge wird rationalistisch „als Erleben von Handlungskompetenzen im Hinblick auf die faktischen Gesundheitsrisiken“ (Venrath 1994, S. 187) verstanden.
Damit wird unterstellt, dass sexuelle Verhaltensweisen über rationale Entscheidungen nicht nur steuerbar, sondern veränderbar und bestimmte Verhaltensweisen seien vermeidbar oder im Rahmen bestimmter Ziele auch herbeiführbar (vgl. Billman-Machecha 1990, S. 105). Diesen Überlegungen liegen nicht zuletzt Vor-

stellungen von Sexualität als primär rational zugrunde, die sexuellen Handlungen werden als aufgrund bestimmter Willensentscheidungen durchgeführte Verhaltensweisen verstanden und damit auf dieselbe Art und Weise veränderbar. Ein anderer Ansatz bestände darin, sexuelles Verhalten als reaktiv, spontan, lustgeleistet, hochgradig emotional oder sogar triebgeleitet zu verstehen (vgl. ebendaselbst), womit eine Veränderung derartiger Verhaltensweisen aufgrund von Aufklärung und Information nicht nur problematisch wäre, sondern eine Änderung grundsätzlich schwierig erscheint, denn ein Verhalten, das sich aus bestimmten Reizen, Reaktionen oder Situationen entwickelt, ist kaum als solches zu steuern und veränderbar, da in Momenten dieser Art der Sexualität rationalistische Überlegungen der Sexualpartner keine oder seine nur sehr untergeordnete Rolle spielen. In diesen Situationen dann mit dem Verstand bestimmte Überlegungen in das entsprechende Sexualverhalten einzubringen, wäre nicht nur kontraproduktiv für die Spontaneität der Begegnung oder der Situation, sondern würde wesentliche Momente des sexuellen Erlebens zerstören. Venrath kritisiert deshalb, dass diese auf Rationalität basierenden Präventionsstrategien durchweg die irrationale Seite der Sexualität vernachlässigen (vgl. Venrath 1994, S. 38).

Es stellt sich die Frage, ob der Eingriff in das Sexualverhalten von Menschen überhaupt als allgemeine Kampagne mit den für allen Personen gleichen Slogans oder Zeichen erfolgen kann und ob es erfolgversprechend ist, eine Verhaltensänderung über Quasi-Werbemaßnahmen für Kondome oder sogar ein bestimmtes risikoreiches Sexualverhalten zu erreichen: „Werbung für Kondome ist noch keine Werbung für Sexualität, Werbung für Treue noch keine Werbung für Liebe“ (Wolters 1989, S. 72). Rosenbrock kritisiert, dass auf der Ebene der allgemeinen Aufklärung nach wie vor die Themen Treue, Kondom und Test in einer Weise durcheinandergeworfen werden, die der Klarheit und damit der Wirksamkeit der Präventivboschaft abträglich ist (vgl. Rosenbrock 1990, S. 24).

Das Sexualverhalten eines jeden einzelnen Bürgers ist ebensowenig verallgemeinerbar wie es das Arbeits- oder Lernverhalten eines jeden Menschen ist. Es ist von vielen Faktoren, wie der Lebensgeschichte, dem sozialen Umfeld, gesellschaftlichen Einflüssen und vor allem von Verhaltensweisen und Vorlieben, die der einzelne für sein Selbstverständnis adaptiert hat (vgl. Rühmann 1986, S. 79). Es ist daher fraglich, ob eine allgemeine Kampagne den Einzelnen überhaupt dergestalt erreicht, dass er eine Veränderung des Sexualverhaltens in Erwägung zieht. Für

Dannecker greift eine derartige Massenpädagogik, gleichwohl er diesen Ansatz nicht in Frage stellt, zu kurz, denn AIDS-Prävention kann sich, so Dannecker, nicht auf eine Änderung des Verhaltens beschränken (vgl. Dannecker 1990, S. 207).

Zweifellos ist es wichtig, über Informationen und Wissen sachlich aufzuklären, wobei zu fragen ist, mit welchen Zielen welche Formen von Informationen verwirklicht werden können. Da es aber Ziel sein muß, die weitere Ausbreitung der Krankheit zu verhindern, müssen diejenigen Faktoren spezifiziert herausgestellt werden, mit deren Hilfe dieses Ziel realisiert werden kann. Und hier gilt: „Die wichtigsten Maßnahmen, durch die sich die Weiterverbreitung der HIV-Infektion eindämmen ließe, sind Aufklärung und Änderung der Verhaltensweise“ (Fineberg 1988, S. 146).

Da aber die kognitive Dimension nur eine von vielen verhaltensdeterminierenden Faktoren ist, reichen sie oft nicht aus, damit die Verhaltensänderung auch über einen längeren Zeitraum aufrechterhalten wird (vgl. Ahlemeyer 1990, S. 181). Außerdem ist die Einsicht nicht gleichbedeutend mit einer entsprechenden Änderung. Nur weil eine entsprechende Intention da ist, heißt dies nicht, dass sich daraus faktisches Handeln ergibt (vgl. ebd., S. 182-83).

Rühmann verweist auf Untersuchungen, die zeigen, dass Informationen über AIDS und die Übertragungswege der Krankheit den geringsten Einfluss auf eine Verhaltensänderung haben. Vielmehr werden Menschen erst intensiv zu einer Verhaltensänderung motiviert, wenn sie persönlich betroffen sind. Dabei kann es sich auch um Erfahrungen mit AIDS im persönlichen Umfeld, etwa den Tod eines Freundes, handeln (vgl. Rühmann 1985, S. 159). Dies mag eine Erklärung für die in Homosexuellenkreisen erheblich größere Verhaltensänderung sein, denn durch den persönlichen Kontakt vieler Homosexueller zu einem HIV-Infizierten oder sogar an AIDS verstorbenen ist es kaum möglich, zu AIDS ein distanziertes und damit auch rationales Verhältnis aufrechtzuerhalten. Vorherrschend ist vielmehr eine starke Emotionalität, geprägt durch Trauer, Ängste oder dramatische Konflikte. Der Agens einer feststellbaren Verhaltensänderung ist in diesem Zusammenhang dann nicht die Einsicht eines zu ändernden Verhaltens aufgrund der Einsichten einer instrumentellen Vernunft, sondern die Angst vor Ansteckung bzw. der Ansteckung anderer, deren Konsequenzen der Einzelne persönlich (mit)-erlebt hat (vgl. Dannecker 1990, S. 209).

Es bleibt aber anzumerken, dass diese Überlegungen kaum auf Heterosexuelle übertragbar sind, da AIDS für diese Gruppe der Bevölkerung kaum alltagspraktisch begründet ist, sondern durch medial-kommunikative Deutungsmuster bestimmt und hervorgerufen ist. Aufgrunddessen scheint es naheliegend, diese kommunikativen Deutungsmuster auch mit Hilfe von Aufklärung und Information zu bestimmen.

Nicht nur von seiten konservativer Sekundärinteressenten wird bezweifelt, ob die Orientierung auf Benutzung von Kondomen und Einwegspritzen in Risikosituationen ausreichend sei. Im Kern läuft dies stets auf die logisch richtige Feststellung hinaus, daß es in einer monogamen und suchtfreien Gesellschaft faktisch keine Risikosituationen gäbe. Deshalb sei es richtig, zumindest neben dem Kondom auch die Treue zu loben. Übersehen wird dabei regelmäßig, dass die treu lebenden Menschen oder die, denen dies ein Ideal ist, nicht die Zielgruppe der AIDS-Prävention darstellen. Entsprechende Botschaften gehen an den gefährdeten Gruppen vorbei (vgl. Rosenbrock 1990, S. 26), als Implikationen von Monogamie und bestimmten Sexualvorstellungen, um somit nicht nur einen flächendeckenden Kondomgebrauch zu propagieren, sondern auch zu Treue und Monogamie zu erziehen.

5.2.2. Zwangsmaßnahmen

Den AIDS-Kampagnen der Bundesregierung völlig entgegengesetzt waren die politischen Maßnahmen der bayrischen Landesregierung in den 80er Jahren.
Am 19. Mai 1987 verabschiedete das bayrische Kabinett endgültig seinen am 25. Februar beschlossenen „Maßnahmenkatalog zur Verhütung und Bekämpfung von AIDS“ mit weitreichenden Vollzugshinweisen für die Bereiche Seuchenrecht, Ausländerrecht und Polizeirecht (vgl. Singhartinger 1987, S. 104), was erhebliche Auswirkungen auf den Status und den individuellen Wert des Lebens von HIV-Infizierten hatte. Vor allem der CSU-Staatssekretär Peter Gauweiler hatte zuvor die Einführung einer allgemeinen Meldepflicht für AIDS und verschärfte Kontrolle in sog. AIDS-Hauptrisikogruppen vorangetrieben (vgl. Wolters 1989, S. 39) – Maßnahmen, die auf eine rigide, fast totalitäre Kontrolle des Staates hinausliefen. Wenn HIV-Infizierten nicht mehr freigestellt wird, aus eigenem Antrieb und frei-

willig einen AIDS-Test machen zu lassen, so kann dies zu Bespitzelung und Denunziation in großem Umfang führen. Für AIDS-Kranke bedeuten diese Maßnahmen eine gefährliche Diskriminierung, (vgl. ebendaselbst). Hauptkritikpunkt an diesen Maßnahmen ist daher auch, dass Kranke und Infizierte als Seuchenherd eingestuft wurden, in einigen von ihnen gar „Gefahrenherde“ für die öffentliche Gesundheit oder aber „Sünder“ gesehen werden, vor denen man die Gesellschaft zu schützen habe, wobei den Kranken eine Schuld an ihrem Schicksal zugewiesen wurde (vgl. Singhartinger 1987, S. 104). Schwulenpest oder Lustseuche sind in diesem Zusammenhang gebrauchte Metaphern, auf die derartige Zuschreibungen zurückgehen. Bestimmte Attribute übernehmen hier die Rolle der Verursachung der Krankheit und spiegeln eine Einschätzung wider, die als politische Handlungsanweisung dienen kann (vgl. Knapp, S. 68).

Auch lässt sich die zum Schutz der Gesellschaft betriebene Sonderbehandlung von Ausländern und die damit verbundene Unterteilung von Herkunftsländern als vermeintlich ansteckungsgefährlich oder nicht als offensichtlich rassistisch bewerten, insbesondere die Unterscheidung von Europäern und „Asylbewerbern aus außereuropäischen Ländern und aus der Türkei“ verstößt gegen das Grundprinzip der Gleichbehandlung (vgl. Singhartinger 1987, S. 104).

Kongehl weist darauf hin, dass ein Zwangstest einen Eingriff in die Persönlichkeitsrechte darstellt, wobei er juristisch als Körperverletzung zu werten ist (vgl. Kongehl 1989, S. 115). Von einer Rechtfertigung kann nur die Rede sein, wenn durch einen Zwangstest für die Allgemeinheit die Gefahr einer Infektion mit AIDS-Viren drastisch reduziert werden könnte (vgl. ebendaselbst). Bereits die Mitte der 80er Jahre in der Bevölkerung und in der Politik ernsthaft diskutierten Zwangsmaßnahmen, auch was einen Zwangstest anbetraf, zeigen die verzerrte Wahrnehmung der Krankheit AIDS gerade im Hinblick auf deutsche Verhältnisse. Die Verhältnismäßigkeit, die Persönlichkeitsrechte Einzelner mit einer Anordnung zum Zwangstest zum Schutze der Gesellschaft vor einer weiteren Ausbreitung des HI-Virus dem Allgemeinwohl unterzuordnen, ist als seuchenspezifische Maßnahme zu bewerten, die bei einer Infektionsgefahr, wie sie durch Pest oder andere Seuchen gegeben wäre, verständlich erscheint, keinesfalls aber bei AIDS, da die Übertragung des Virus nicht bei bloßer Anwesenheit des Infizierten erfolgt, also letztendlich die HIV-Infizierten nicht mit einem so großen Gefahrenpotential für die Allgemeinheit belegt werden können, wie dies in Überlegungen zum

Zwangstest suggeriert wird. Es zeigen sich hier die politischen Auswirkungen medialer Deutungsmuster von AIDS, Grundlage politische Diskussionen waren hier offenbar Uninformiertheit und unsachliche Aufklärung, mit denen den politischen Diskussionen eine Metaphorisierung der Krankheit unterlegt wurde, die jeglicher Grundlage entbehrt.

Fliegel bezeichnet diese bayrische AIDS-Politik als „verbrecherisch", weil „sie Riskierte und Infizierte davon abhält, notwendige Sachinformationen einzuholen, Beratung zu bekommen, weil sie Kranke von lebensverlängernden Behandlungen durch Angstmachung abhält, weil sie stigmatisiert" (Fliegel 1988, S. 18).

Grundlegend ist eine explizite Ausgrenzung der HIV-Infizierten, der nun gesellschaftlich ein Randgruppendasein in der Gesellschaft zugewiesen wird, was zum Schutze der übrigen Gesellschaft dienen soll. Schütte verweist darauf, dass gerade die Fehleinschätzung der potentiellen Betroffenheit und die Verengung der Problemsicht auf Homosexuelle erheblich zu einem gesellschaftlichen Klima beigetragen hat, das von Forderungen nach staatlichen Reglementierungen, Schuldzuweisungen und die Bereitschaft zur Diskriminierung der von AIDS betroffenen Menschen geprägt war (vgl. Schütte 1995, S. 9). Auch Klußmann sieht einen Zusammenhang zwischen der gesellschaftlich geächteten Homosexualität und den rationalen oder sogar wissenschaftlichen Begründungen für zwangsmoralische Maßnahmen, wie Kontrolle, Isolation, Präventionsvorschriften (vgl. Klußmann, S. 68), deren explizite politische Umsetzung nun als Weiterführung der gesellschaftlichen (Vor)-Verurteilung dieser Personengruppen im Rahmen gesellschaftlicher Ordnungsvorstellungen oder vermeintlich gültiger sozialer Normen ihren Niederschlag finden. Somit zeigen sich in der AIDS-Politik der bayrischen Landesregierung ähnlich diffamierende Implikationen wie in der Medienberichterstattung. Die politisch betriebene Ausgrenzung von Homosexuellen über die bereits zuvor vorgenommene Verengung des Problemkreises der Krankheit AIDS auf Homosexualität wirken wie die reale Umsetzung politischer Maßnahmen unter dem Deckmantel von AIDS bereits in den Vorstellungen verschiedener Menschen vorhandener Handlungsanweisungen, wie mit Homosexuellen zu verfahren sei: „Minderheiten und Mehrheiten sollen einander nicht näherrücken, sondern in sozialer Beharrung gebunden sein, wobei latenter Haß durchaus aufrechterhalten bleiben darf" (Dunde 1988a, S. 109). Haben sich diese Hassverschiebungen erst einmal zahlreich in einer Bevölkerung ausgebreitet, werden Fragen und Hinterfragungen

der Plausibilität nutzloser, aber harter Maßnahmen überflüssig (vgl. Dunde 1986b, S. 114).
Ein derartiges Denken spiegelt den gesellschaftlichen Status wider, der Abweichlern und Andersartigen in einer Gesellschaft zukommt, denn offenbar fällt es politischen Entscheidungsträgern oder auch Journalisten und Redakteuren leichter, reale Politik oder Medienberichterstattung auf dem Rücken von Homosexuellen auszutragen, ohne sich um sachliche Informationen zu AIDS zu bemühen. Der Inhalt dieser politischen Maßnahmen ist dabei ebenso wie der Inhalt von Medienberichten zu AIDS nicht aus der Sachangemessenheit des Problems und der Information entstanden, sondern die Projektion gesellschaftlicher Vorurteile und Hassphantasien der Entscheidungsträger in Politik und Medien.

Welche absurden Konsequenzen der Maßnahmenkatalog in der Bevölkerung hatte, zeigen nicht zuletzt Denunziationen und anonyme Anrufe von BürgerInnen, die glaubten, ihnen nicht angenehme Nachbarn oder Mieter mit für ihre Begriffe eigenartigen Lebensgewohnheiten grundlos verdächtigen und aufgrund dieser willkürlichen Spekulation auch die Wohnung kündigen oder bei der Polizei belangen könnten. Bei der Münchener AIDS-Hilfe riefen 1987 täglich etliche BürgerInnen an, die bereit waren, die Namen von ihnen verdächtigen Mitbürgern zu nennen. Es wurden Fragen gestellt wie „Mein Mieter hat oft so komische Burschen zu Gast. Kann ich ihm jetzt die Wohnung kündigen?“, „Was kann ich denn gegen Herrn X machen, der schaut mir aus, als ob er AIDS hätte“ (Bleibtreu-Ehrenberg 1989, S. 241).

Den politischen Maßnahmen der bayrischen Landesregierung liegt nicht zuletzt seuchenpolitisches Denken zugrunde, wie es gerade in den Medien immer wieder im Vergleich von AIDS mit der Pest bemüht wurde. Politische Maßnahmen gründeten sich somit auf eine moralische bzw. moralisierende Argumentation und die Vorstellung, AIDS sei hochinfektiös und allgegenwärtig, wobei unterstellt wurde, die Gefahr durch AIDS sei so groß, dass der Staat eingreifen müsse (vgl. Wolters 1989, S. 94). Es zeigen sich somit die politischen Auswirkungen alltagstheoretischer Mystifizierungen von Krankheit und Infektion. Die politische Denkweise entlarvt sich somit als Teil des Problems, das sie eigentlich bewältigen soll: „Nicht der Erreger dieser schrecklichen Krankheit, den Menschen, als sei er auch

einer, bösartig und heimtückisch nennen, bedroht die Kinder und Jugendlichen wirklich, sondern die, die ihnen einreden, jeder Intimpartner sei potentiell infektiös, „Zungenküsse“ seien lebensgefährlich“ (Sigusch 1987, S. 11).

Wenn, wie dies in den politischen Maßnahmen der bayrischen Landesregierung zum Ausdruck kommt, die Gefahr durch AIDS so groß ist, so heißt dies, dass sich der Umgang mit den Erkrankten, Infizierten, Krankheitsverdächtigen primär auf Kontaktvermeidung beschränken muss und die ganze Bandbreite kontaktvermeidender Maßnahmen praktiziert werden muss (vgl. Jacob u.a. 1993, S. 16). Implizit wird auch eine Einschränkung der Bürgerrechte Einzelner auf der Grundlage von auch im Rahmen dieser Maßnahmen behaupteten angeblichen großen gesellschaftlichen Gefahr durch die Krankheit AIDS in Kauf genommen.

Es wird deutlich, dass sich Realpolitik auf Vorstellungen von einer alltagsrelevanten Gefahr durch HIV-Infizierte für Jedermann gründete, einer Übertragung durch bloße Anwesenheit, wie sie z.B. bei der Pest und anderen Seuchen gegeben war, womit sich gerade bei der Pest eine Abschottung der übrigen Gesellschaft begründen ließe, damit sich die Seuche nicht weiter verbreiten kann. Somit zeigt sich, wie im Rahmen von Zwangsmaßnahmen und gesellschaftlicher Isolation real wirksame Maßnahmen eingeleitet werden, die nicht auf sachlicher Information basieren, sondern auf Seuchenmetaphern, die gerade im Bezug auf AIDS nicht nur jeder Grundlage entbehren, sondern auch durch Angst und Hysterie zustandegekommen sind. Es herrscht die Vorstellung vor, dem Problem sei durch verhaltensrelevante Aufklärung nicht mehr beizukommen. Charakteristisch sind Projektionen und Schuldattributionen, womit auch unterstellt wird, dass Menschen selbst nicht in der Lage sind, in Eigenverantwortung ihr Verhalten zu regulieren oder sich verantwortungsbewusst zu verhalten, so dass sie es mit den Maßnahmen eines starken Staates zu tun bekämen. Hier wurde offenbar von einem Menschenbild ausgegangen, dass Männer und Frauen nicht selbstbestimmte Subjekte sind, sondern in ihnen Objekte für staatliches, obrigkeitliches Handeln zu erblicken (vgl. Dunde 1988, S. 109). Damit wird im Rahmen des Objektstatus, der HIV-Infizierten im Rahmen der Medienberichterstattung zugeschrieben wurde, argumentiert, eine normale Krankenrolle, die auch Mitgefühl mit den Erkrankten ermöglichen würde, wurde den HIV-Infizierten nicht zugestanden.

Es lässt sich weiterhin feststellen, dass eine Politik betrieben wurde, mit der Ängste und Hysterie aus der Bevölkerung aufgenommen und womöglich diese noch

gesteigert wurde, wobei ausgeprägte Wünsche nach Kontaktvermeidung, nach Ausgrenzung Betroffener der Bevölkerung politisch umgesetzt wurden, anstelle diesen gesellschaftlichen Phänomen durch sachliche Informationen entgegenzuwirken. Die Reaktion der Bevölkerung auf die verwirrenden, teils widersprüchlichen Informationen war gerade eine diffuse, immer stärker werdende Angst vor AIDS, die sich teilweise in der Forderung nach rigiden Zwangsmaßnahmen manifestierte. 1985 sprach sich eine Mehrheit für die Einführung einer Meldepflicht für AIDS-Infizierte aus. Auch Berufsverbote und Reihenuntersuchungen wurden gefordert. Besonders Ängstliche mieden öffentliche Toiletten, Schwimmbäder und Gemeinschaftsduschen (vgl. Habermehl 1996, S. 3). Es sei daran erinnert, dass bis Ende 1985 (also von 1982 bis 1985) gerade einmal 303 AIDS-Fälle gemeldet waren (vgl. Kapitel 3.2 dieser Arbeit).
Diese Ängste wirken wie eine Vorwegnahme der 1987 in Bayern verabschiedeten Zwangsmaßnahmen. Zudem wird auf diese Weise die Möglichkeit der Prävention durch aktive Verhaltensveränderung umgangen, ja gar nicht angesprochen. Grundlegend ist ja, dass der Eindämmung der Krankheit mit Maßnahmen und nicht mit Verhalten begegnet werden soll.
Es wird ein gesellschaftliches Klima in Kauf genommen, das damit verbunden ist, Randgruppen mit Krankheiten zu verbinden. Ansteckungsvermeidung basiert dabei auf einem generellen Misstrauen allen Fremden gegenüber, da alle Fremden potentielle Virusträger sein können.

Auch Einschätzungen der Bundesregierung waren diesen politischen Maßnahmen der bayrischen Landesregierung entgegengesetzt. Im Januar 1986 schrieb Bundesgesundheitsministerin Süßmuth: „Meldepflichten, wie sie das Seuchengesetz oder Geschlechtskrankheitengesetz zulassen, werden derzeit nicht erwogen“ (vgl. Singhartinger 1987, S. 94). Der Hessische Datenschutzbeauftragte gelangt zu der Einschätzung, daß die „Aufnahme einer personenbezogenen Meldepflicht für AIDS unter im übrigen unveränderten gesetzlichen Bedingungen in das Bundesseuchengesetz verfassungsrechtlich unzulässig (ist), da die mit einer Meldung von AIDS-Infizierten an das Gesundheitsamt auszulösenden Maßnahmen nicht geeignet sind, das angestrebte Ziel, die Verhütung und Bekämpfung von AIDS, zu erreichen. (...)“ (ebendaselbst).

Zwangsmaßnahmen sind kontraproduktiv für jede Art von AIDS-Sozialpolitik, denn bei HIV-Infizierten und AIDS-Kranken werden durch diffamierende Zuordnungen Angst erzeugt, wobei sich ein HIV-Infizierter, der von der Politik zur Gefahr für die Gesellschaft erklärt wird, eine bereits bestehende Distanz zur Gesellschaft womöglich vergrößern oder sogar wie ein Außenseiter „abtauchen“ wird, um Repressalien, Diffamierungen und staatlichem Terror zu entgehen. Betroffene werden somit für Aufklärungs- und Betreuungsmaßnahmen unerreichbar (vgl. Bruns 1988, S. 124). Viele Betroffene würden, so wurde befürchtet, z.B. bei Einführung einer Meldepflicht sich aus Furcht vor staatlicher Registrierung nicht mehr in ärztliche Obhut begeben (vgl. Wolters 1989, S. 94). Sie wären gesellschaftlich unsichtbar, was das Risiko einer Ausbreitung von AIDS eher erhöhen würde, da die Betroffenen in ihrem Sozialverhalten womöglich keine gesellschaftliche Relevanz mehr erkennen, Verantwortung und der Schutz von sich und anderen werden ihnen gleichgültig.

Zwangsmaßnahmen können außerdem dazu führen, dass der Einzelne nun auf den starken Staat vertraut und glaubt, die Verantwortung für die Krankheit auf diese Ebene delegieren zu können. Menschen können so zu der Vorstellung gelangen, dass der Einzelne keine Verantwortung mehr übernehmen muss, da der Staat mit seinen Zwangsmaßnahmen das Problem schon in den Griff bekommen wird. Die erforderderliche Vorsicht wird vernachlässigt, mögliche Risiken werden überhaupt nicht wahrgenommen, was gerade bei AIDS verhängsnisvoll ist, da insbesondere gedankenloses Verhalten und ein sorgloser Umgang mit der eigenen Sexualität zur Ausbreitung von AIDS führen kann (vgl. Bruns 1988, S. 124).

Die in diesem Zusammenhang immer wieder implizierte absolute Sicherheit ist reine Fiktion. Soll wirklich mit derartigen Zwangsmaßnahmen eine Sicherheit garantiert werden und eine Ausbreitung von AIDS verhindert werden, so müssten, wie Rothleuthner an einem Präventions-Szenario exemplarisch deutlich macht, allgemeine Massentests durchgeführt und wiederholt durchgeführt werden: „Vor der ersten Durchführung eines solchen allgemeinen Massentests müßte eine ca. sechsmonatige Enthaltsamkeit von Geschlechtsverkehr, der intravenösen Verabreichung von Drogen und anderen riskaten Aktivitäten eingehalten werden, damit die Infektion wirklich nachgewiesen werden kann“ (Rothleuthner 1990, S. 126). Die getroffenen Vorkehrungen gegen Infizierte müssten allumfassend sein. Lebenslange Maßnahmen, wie z.B. Berufsverbote, Aufsicht, Auskunftspflichten

über Kontakte, Kontrolle der Sexualkontakte, eine permante Kontrolle von Ausländern und Einreisenden wären erforderlich (vgl. ebendaselbst). Derartige Maßnahmen wären nicht nur unmöglich durchzuführen, sondern würden, bereits wenn sie im Ansatz umgesetzt würden, auf einen totalitären Staat hinauslaufen, der sämtliche Bereiche seiner Bürger, auch die intimsten Kontakte, kontrollieren müsste. Dies entspricht einem Wunsch nach absoluter Ordnung, der auch im Rahmen von Zwangsmaßnahmen, selbst totalitärster Art, nicht erreicht werden kann: „Die weitreichenden Erschütterungen der Fundamente unseres Gesellschaftssystems durch AIDS können nicht einmal durch gesetzlich fixierte Normen und der totalitären Überwachung ihrer Einhaltung aufgefangen werden. In unserem ansonsten so durchgeplanten gesellschaftlichen Leben funktioniert der gewünschte reibungslose Ablauf offenbar nicht mehr und ist durch gesetzgeberische Maßnahmen auch nicht (wieder) herzustellen“ (Wolters 1989, S. 39).
Zudem betrifft AIDS den persönlichsten und intimsten Bereich zwischenmenschlicher Beziehungen, der sich staatlich nicht reglementieren lässt, wobei staatliche Reglementierungen kriminalisiertes oder kriminalisierbares Verhalten betreffen können. Die menschliche Sexualität im Rahmen von Hetereo- oder Homosexualität ist jedoch per se kein kriminalisierbarer Bereich und gesetzliche, gesetzgeberische Maßnahmen taugen nicht zur Prävention und Bewältigung von AIDS (vgl. ebd., S. 40).

5.3. Die Safer Sex Kampagne

Unter der Bezeichnung „Safer Sex“ werden sexuelle Praktiken zusammengefasst, mit denen sichergestellt werden soll, dass keine HIV-Infektion stattfinden kann. Es handelt sich um die Propagierung neuer sexueller Idealbilder, die „sicherer“ sind als genital-penetrierender Verkehr. Es geht auch um neue sexuelle Normen, die größtmögliche Ansteckungssicherheit versprechen, wobei auch auf traditionelle Normen zurückgegriffen wird, also Enthaltsamkeit und Treue (vgl. Dunde 1988a, S. 106).
Bisher als pseudo-perverse Praktiken beschriebenes Sexualverhalten, voyeuristische und exhibitionistische Rituale sollen jetzt sexuelle Befriedigung bringen: „Paare, die gelernt haben, ihre Hemmungen durch gegenseitiges Masturbieren über Bord zu werfen, können vielleicht dazu übergehen, voreinander lustvoll zu

posieren oder ganz einfach zuzusehen, wie der andere Partner den Höhepunkt erreicht. Männer und Frauen, denen das liegt, können ganz ausgeklügelte Vorstellungen inszenieren, von einem „Strip-tease“ bis zum So-Tun, als sei man unbeobachtet. Sie können sich gegenseitig „ertappen“ oder komplizierte Szenarien erfinden und durchspielen, um die gegenseitige Erregung zu steigern. Andere Paare beobachten gemeinsam Pornovideos und schauen sich dabei beim Masturbieren zu“ (Rühmann 1986, S. 80).

Dies bedeutet eine vollständige Umbewertung sexueller Verhaltensweisen. Angesichts der im Rahmen von Safer Sex behaupteten gesamtgesellschaftlichen AIDS-Gefahr bekommen solipsistische Sexualität und zuvor noch als negativ bewertete und ebenso tabuisierte Sexualität wie gemeinsames Masturbieren einen neuen Stellenwert. Diesen verzweifelt-vereinsamten, bisher als abseitig angesehenen Sexualpraktiken (Sex mit mechanischen Hilfsmitteln, Telefon-Sex, Peep-Shows o.ä.) wird so ein neuer gesundheitlicher und vor allem moralischer Rang zugewiesen (vgl. Schmidt 1987, S. 35). Die Sexualität soll weitreichend beschränkt werden, gemeinschaftliche Nähe wird auf nichtgefährliches absolut sicheres Sexualverhalten reduziert, ein Sexualverhalten, das nun gerade nicht in der Erfahrung von Gemeinschaft besteht: „Was geblieben ist, sich allein oder in Gruppen zu Schau zu stellen, sich gegenseitig anzufassen, zu streicheln, (...)“ (Leky 1986, S. 107). Wer die mit Safer Sex verbundenen Empfehlungen berücksichtigt und umsetzt, wird Berührungen, Annäherungen und Nähe vermeiden und sich in Vereinzelung zurückziehen, Paare werden nicht mehr als Paar leben, sondern als zwei vereinzelte Sexualwesen. Die Möglichkeit von Sexualität, Beziehungen zu fördern, ist damit reduziert, wenn nicht völlig aufgehoben, „…weil ja kaum noch reale lustvolle Erfahrungen mit dem Partner gemacht werden können, sich das lustvolle Verhalten nur noch indirekt auf ihn bezieht und von Beginn an gebremst, standardisiert ist“ (Leky 1986, S. 108). Dabei sind die propagierten Verhaltensänderungen, wenn sie denn umgesetzt werden, ein dramatischer Eingriff in das persönliche Leben sexuell aktiver Menschen: Ein entsprechendes Sexualverhalten, das bisher identitätsbildend war, soll nun aufgegeben werden (vgl. Wolters 1989, S. 99). Safer Sex ist damit nicht nur mit einer Einschränkung der Sexualität gleichzusetzen, sondern ist eine massive Bedrohung bestimmter Ich-Aspekte der Persönlichkeit. Begierde, Lust, Entspannung und Kommunikation sollen nicht

mehr kreativ gelebt werden, womit Ich-Erweiterung und Ich-Stabilisierung unter Druck gesetzt werden (vgl. Wolters 1989, S. 101).

Entstehen wird ein Sexualverhalten, dessen Präferenzen Pornographisierung, Technisierung und Isolation sind, womit Sexualverhalten zu einer Kultur der „Sumpfblüten zerstörter Sinnlichkeit“ (Sigusch 1987, S. 52-53) wird.

Die simple Kausalität von `gefährlich´ und `nicht gefährlich´ ist die geistige Grundlage dieses Denkens: Gefährlich gilt jegliches Sexualverhalten, mit dem zwei Menschen die Nähe untereinander zum Ausdruck bringen, nicht gefährlich ist das vereinzelte Sexualverhalten, das z.B. im Rahmen von Masturbation oder Voyeurismus stattfindet (vgl. Rühmann 1986, S. 79 ff.). Die Sicherung des Trieblebens gerät dabei zur verlockenden Erneuerung, vergleichbar einem Produkt, für das im Rahmen einer positiven Kampagne geworben wird. In San Fransisco wurde eigens eine Werbefirma damit beauftragt, das Material für die Kampagne zum Safer Sex zu entwickeln. Ihr Auftrag bestand darin, die neuen Verhaltensempfehlungen zur Sexualität auf jeden Fall positiv zu besetzen. Als Herausforderung an Kreativität und Phantasie sollte man den „safer sex“ sehen, so wurde behauptet, man könnte nun „neue Spiele erfinden, Techniken intensivieren, Stimulationen ausprobieren“ (Schmidt 1987, S. 35). Propagiert wurde der Safer Sex damit als brandneue Form sexueller Freiheit und Ausdrucksmöglichkeit (vgl. Rühmann 1985, S. 160) – eine Begrifflichkeit, die im krassen Widerspruch zur solipsistischen Natur des Safer Sex steht. Die Inhalte dieser Kampagne sind somit als Werbemetapher eines bestimmten Verhaltens zu charakterisieren, das anders verkauft und dargestellt werden soll als es in Wirklichkeit ist.

Schorsch bezeichnet diese Umwertung der Sexualität deshalb als moralisch-politische Instrumentalisierung (vgl. Schorsch 1987, S. 160). AIDS ist das Mittel zu einer propagierten Veränderung der sexuellen Liberalisierung, die in Richtung eines neuen Sexualverhaltens eingeschränkt werden soll (vgl. Fischer 1988, S. 141). Es geht, so Parin, um das Ende einer liberaleren Epoche, „um den Angriff auf eine Lebenshaltung, die in ihrem symbolischen Gehalt für mehr steht als nur für die Umgangsform mit Sexualität“ (Parin 1987, S. 65) Im Mittelpunkt stehen Ordnungsvorstellungen eines bestimmten sexuellen Verhaltens, das wieder überschaubar werden soll. Treue-, Partnerschafts- und Eheideale gewinnen verstärkt an Bedeutung und werden durch die Mechanismen der AIDS-Strategien gefestigt (vgl. Fischer 1988, S. 141).

Zu unterscheiden sind auch hier wirkliche Gefahren von AIDS und Zuschreibungen der Gefährlichkeit, zu unterscheiden sind Aufregung und Realität. Die Safer Sex Kampagne ist die politische Antwort auf die Medienhysterie, auf das durch die Panik-Metaphern geschaffene gesellschaftliche Klima. Grundlage ist nicht eine sachangemessene Aufklärung der Öffentlichkeit, sondern die Instrumentalisierung der Krankheit AIDS als Regulierung von Sexualität zum Zwecke der Veränderung von alten und der Stabilisierung von neuen Sexualnormen. Der in Verbindung mit dieser Kampagne propagierte Ansteckungsschutz hat dabei die Funktion einer medizinisch begründeten Vernunft, die ein neues Sexualverhalten scheinbar unumgänglich machen soll zum Schutze anderer Menschen und zum Schutz der gesamten Gesellschaft.

Es lässt sich leicht feststellen, dass diese scheinbare Vernünftigkeit der Einschränkung des eigenen Sexualverhaltens auf zwei, bereits medial verzerrt dargestellten Grundannahmen beruht:

Zum einen gründeten sich Safer Sex Empfehlungen auf epidemiologischen Studien, die einen Zusammenhang zwischen der Anzahl der Sexualpartner und dem Risiko, an AIDS zu erkranken, suggerieren (vgl. Rühmann 1985, S. 157). Die so beschriebene Promiskuität, die bereits im Zusammenhang mit Homosexualität auf besonders bizarre Weise von den Medien als sittlich völlig entgleistes Sozialverhalten im Bewusstsein der Bevölkerung verankert wurde, ist offenbar als simple Kausalität in dem Sinne gemeint, dass mit der Anzahl der Sexualpartner auch das Risiko der Infektion steigt – eine Annahme, die sich nicht mit den medizinisch begründeten Untersuchungen zu AIDS deckt. Implizit wird damit lediglich auf eine Empfehlung zur sexuellen Abstinenz verwiesen, wobei weder die Übertragungswege noch die Tatsache, dass eine Infektion nur dann stattfinden kann, wenn der Sexualpartner bereits infiziert ist, thematisiert werden. Die Safer Sex Empfehlungen bedeuten dann nichts anderes, als dass auch der Kontakt mit nicht infizierten Heterosexuellen gefährlich ist, denn sonst würde die propagierte sexuelle Abstinenz keinerlei Sinn machen und es müsste zwischen gefährlichen und ungefährlichen Sexualkontakten differenziert werden, was einer fragwürdigen Pauschalisierung der Infektionsgefahr bei jedem nur denkbaren Sexualkontakt gleichkommt und die bereits vorgenommene ernsthafte Aufklärung zu AIDS völlig ad absurdum führt.

Die schnelle Übernahme der Safer-Sex-Programme erlaubt es also, einer tatsächlichen Konfrontation mit der Krankheit und der damit verbundenen politischen, sozialen und psychischen Problematik sowie einer seriösen Information über AIDS auszuweichen. AIDS als Problem wird verdrängt und nicht mehr wahrgenommen (vgl. Rühmann 1985, S. 165-66).

Dies wird auch bei der zweiten Grundannahme deutlich, denn die Safer Sex Empfehlungen bewerten nicht nur jeden Sexualkontakt als gefährlich, sondern implizieren, dass nicht zuletzt bereits ein sexueller Kontakt zu AIDS führen kann. Es wird argumentiert im Rahmen eines Prinzips der Gefährlichkeit aufgrund reiner Pauschalisierung, bestimmte Gefahren werden einfach auf die gesamte Bevölkerung übertragen, um zu suggerieren, dass jeder Bürger gefährdet ist

Es wird dabei von einer in den Medien dargestellten maximalen Gefahr durch bisher als normal verstandenes gemeinsam praktiziertes Sexualverhalten ausgegangen und in den Merkblättern der Kampagne wird ein Szenario aller, auch nur theoretisch denkbarer Infektionsmöglichkeiten entwickelt (vgl. Rühmann 1986, S. 79). Es wird darauf hingewiesen, anal-genitale, anal-orale und oral-genitale Kontakte zu vermeiden, selbst Zungenküsse gelten als gefährlich und auch Quetschungen geraten zu einem Infektionsrisiko (vgl. ebendaselbst). Die vermeintliche Prävention von AIDS bewegt sich damit im Rahmen fiktionaler Medienmetaphern. Damit wird ebenjene durch die Medien geschürte Angst bedient, dass der Sexualpartner (ganz gleich welches Sexualverhalten er praktiziert) ein potentieller Todesbote ist, der AIDS überträgt, was bedeutet, dass der gesamte Geschlechtsverkehr mit dem Partner nun per se als gefährlich abqualifiziert wird (vgl. Schorsch 1987, S. 160-61). Die Botschaft ist einfach: Der Geschlechtsverkehr, zumindest der falsche, kann zum Tode führen: die Sexualität wird, wenn man nicht aufpaßt, sich und andere nicht kontrolliert, ein Wagnis auf Leben und Tod. Auf diese Weise werden Menschen verunsichert und halten selbst normale Sozialkontakte für gefährlich, der gesamte Sexualbereich gerät zur gefährlichen Bedrohung des eigenen Lebens.

Die Safer Sex Kampagne ist also eine Antwort der Gesellschaft auf die in den Medien dargestellten Gefahren an AIDS zu erkranken, nicht auf die wirklichen Bezüge. Mit der „Safe Sex"-Kampagne wird auf eine vermeintliche AIDS-Gefahr reagiert, die in dieser Form nie existiert hat. Es ist offensichtlich, dass die mit der Einstufung des gemeinsamen Sexualverhaltens als `gefährlich´ verbundene An-

nahme, dass der gesamte bisher als normal bewertete Sexualbereich eine gefährlichen Bedrohung des eigenen Lebens sein könnte, ohne eine hysterische Angst vor AIDS, ohne eine falsche Charakterisierung des Risikos an AIDS zu erkranken nicht möglich wäre: „Diese Ängste führen dazu, daß wir – anders als in unserem übrigen Leben, wo wir wissen, daß bestimmte Risiken vorhanden sind und daß es nirgendwo 100prozentige Sicherheit geben kann – bei AIDS dennoch totale Sicherheit verlangen“ (Dunde 1988a, S. 106).

Das propagierte Safer Sex Verhalten ist dabei ebendieses Versprechen von totaler Sicherheit, wobei suggeriert wird, die Gefahr einer AIDS-Erkrankung sei durch eine Veränderung des Sexualverhaltens nicht mehr vorhanden und jedes auch nur theoretisch denkbare Risiko ließe sich vermeiden, wenn sich Menschen nur genügend kontrollieren (vgl. Rühmann 1986, S. 80). Die Safer Sex-Kampagne ist das saubere Gegenbild der AIDS-Kampagne, wobei aus Krankheitsopfern Schuldige gemacht werden, wenn und weil diese sich den Regeln von „Safe Sex“ nicht unterwerfen (vgl. Amendt 1987, S. 78).

6. Konsequenzen für die AIDS-Kranken

6.1. Die psychische Situation

Die Bekanntgabe eines positiven Testergebnisses bedeutet für den Betroffenen eine erhebliche und extreme Belastung, die mit weit reichenden psychischen Konsequenzen für den Rest des eigenen Lebens verbunden ist. Die Diagnose HIV-positiv stellt in besonderer Weise ein kritisches Lebensereignis dar (vgl. Springkart u.a., S. 325). Die in der Literatur verwandten Begriffe wie Schock, völlig physischer und psychischer Zusammenbruch, schwere Depression, psychosomatische Manifestationen, neurotische und psychotische Reaktionen, sozialer Rückzug, Apathie und erhöhte Suizidalität zeigen die Extremsituation, die die Bekanntgabe des positiven Testergebnisses für die Betroffenen darstellt (vgl. Wolters 1989, S. 47). Homosexuelle stellen dabei eine besonders gefährdete Gruppe der AIDS-Klientel dar. Aufgrund der speziellen gesellschaftlichen Situation, in der Homosexuelle leben, zeigen sie vermehrt schwere psychosomatische und psychische Reaktionen auf die Testmitteilung (vgl. Wolters 1989, S. 45).
Der Moment der Gewissheit, HIV-infiziert zu sein, ist für die Betroffenen ein Schockerlebnis, eine Art Erstarrung und gefühlsmäßiger Totstell-Reflex, da zuerst nicht realisiert werden kann, was mit diesem Befund verbunden ist. Kurze Zeit nach der Bekanntgabe des Testergebnisses folgen Zustände der Todes- und Vernichtungsangst, der tiefen Trauer und der Verzweiflung. Es kann zu schweren Depressionen und einer erhöhten Selbstmordgefahr kommen. Der sogenannte Diagnoseschock kann dabei noch Wochen und Monate anhalten (vgl. Leiberich u.a. 1993, S. 289).
Der HIV-Infizierte verbindet mit dem positiven Testergebnis zunächst die Vorstellung, kurze Zeit später sterben zu müssen (vgl. Zenz 1989b, S. 13), obwohl er noch mehr als zehn Jahre leben kann. Objektiv entspricht die Lebenserwartung des HIV-Positiven beim derzeitigen Stand der Medizin derjenigen eines 65jährigen Mannes (vgl. ebendaselbst). Die Fortschritte der Forschung, namentlich die Entwicklung immer neuer Medikamente hat zu einer erheblichen Lebenszeitverlängerung der Betroffenen geführt: das Auftreten von AIDS wird hinausgezögert, die Krankheit ist behandelbar geworden. Die HIV-Infektion wandelt sich dadurch von einer akuten Lebensbedrohung zu einer chronischen Erkrankung, die

bei gut funktionierender Therapie auch über Jahre nur wenige Einschränkungen mit sich bringt.

Das Wissen um die HIV-Infektion erfordert tiefgreifende Anpassungsprozesse an die im Laufe der Jahre auftretenden Belastungen. Ziel solcher Anpassungsleistungen ist es, das weitere Leben nicht allzu sehr von körperlichen und seelischen Beschwerden und vom Damoklesschwert des zeitlich nicht festlegbaren Ausbruchs der AIDS-Vollbilderkrankung bestimmen zu lassen. Leiberich u.a. stellten in Untersuchungen fest, dass für ein Drittel der HIV-Infizierten die Belastung der Infektion so groß ist, dass sie über einen längeren Zeitraum zu evasiv-regressiven Strategien, wie z.B. Ausweich- oder Ersatzhandlungen des Rückzugs und des depressiven Verweilens greifen, um die Belastung zu kompensieren (vgl. Leiberich u.a. 1993, S. 301-02): „Sie grübeln viel, kritisieren sich selbst, haben die Tendenz zu Niedergeschlagenheit und Flucht und zeigen psychosomatische Reaktionen“ (ebd., S. 304-305).
HIV-Infizierte sind bei der Bewältigung der positiven Diagnose vor die Aufgabe gestellt, ihr Arbeitsleben und ihr privates Leben so normal wie möglich zu gestalten. Auch wenn die Betroffenen nach außen scheinbar gesund erscheinen, so kann von einer Normalität ihres Lebens nur selten gesprochen werden. Zu den äußeren Faktoren, die ihre Lebensqualität nachhaltig negativ beeinflussen und ein normales Leben als eine Art Idealfall erscheinen lassen, ist die Tatsache, dass sie gezwungen sind, der Infektion eine erhöhte Aufmerksamkeit zu schenken. Wenn sie einen beschleunigten Ausbruch und eine Ansteckung anderer verhindern wollen, sind regelmäßige medizinische Kontrollen notwendig, Einschränkungen und Vorsichtsmaßnahmen im Sexualleben unumgänglich. Gerade die Einleitung einer antiretroviralen Therapie führt zu extremen Belastungen ihres Alltagslebens und erfordert eine rigide Selbstdisziplin (vgl. S 27-30 dieser Arbeit). Weiterhin können Veränderungen des Lebensstils notwendig erscheinen, um gesundheitlich halbwegs konstant zu sein und die Gesamtkonstitution nicht noch durch weitere Belastungen zu schwächen (vgl. Leiberich u.a. 1993, S. 289).
Unverzichtbare Grundlage der Gestaltung des eigenen Lebens mit AIDS ist dabei das Verständnis des Krankheitsprozesses, wobei gesellschaftliche Bewertungsvorgaben von AIDS eine nicht zu unterschätzende Bedeutung haben. Der HIV-Infizierte kann wie andere Kranke auch ohne diese individuelle Wirklichkeitskon-

struktion die Krankheit nicht in seine Lebenswirklichkeit integrieren (vgl. Springkart u.a., S. 328). Die kontextbezogene gesellschaftliche Bedeutung einer Krankheit, die Kenntnisse über Verlauf und Symptomatik sind dabei Bedeutungsvorgaben, die dem Kranken helfen, sich persönlich zu orientieren. Diese persönliche Orientierung über die Krankheit AIDS ist gerade – und hier unterscheidet sich die Situation von HIV-Infizierten erheblich von der Situation, in der sich z.B. Krebskranke befinden – außerordentlich schwierig und führt nicht selten zu persönlichen und psychischen Extremsituationen.

Beunruhigend ist dabei zunächst die Eigenart der Krankheitssymptomatik. Während es bei Krebs und anderen Krankheiten klar identifizierbare (auch äußerlich sichtbare) Symptome geben kann, die von den Betroffenen klar, direkt und körperlich spürbar wahrgenommen werden können, ist dies bei einer HIV-Infektion nicht der Fall. Die Infektion bleibt, gleichwohl sie beim AIDS-Test klar festgestellt wurde, schleichend und im Hintergrund. Für das Krankheitserlebnis der Betroffenen gibt es kein klar umrissenes Krankheitsbild (vgl. Springkart u.a., S. 326). Die Krankheit selbst ist für die Betroffenen, wenn überhaupt, nur indirekt in der Vielfalt der symptomatisch zu behandelnden Folgeerscheinungen spürbar, die aber erst zu einem späteren Zeitpunkt der HIV-Infektion auftreten.

Als besonders widersinnig muss dem HIV-Infizierten dabei erscheinen, dass er trotz der Diagnose weiterhin im medizinischen Sinne gesund ist, gleichzeitig aber weiß, dass die Infektion zu einem späteren Zeitpunkt zum Vollbild von AIDS führen wird, das mit Sicherheit tödlich ist. Das Lebensverständnis des HIV-Infizierten ist damit durch eine paradoxe Mischung von äußerlich sichtbarer Gesundheit und kognitiv gewusster Konsequenzen des eigenen Todes geprägt, ein Gegensatz von gesund und „tödlich gesund“ (vgl. Zenz 1989b, S. 14).

Die Infektion ist für das eigene körperliche Erleben zunächst ohne Konsequenzen und unfaßbar und bleibt dies auch, bis sich die eigentliche Krankheit AIDS konkret manifestiert und ausbricht. Die Latenzzeit ist aufgrund der nur indirekt nachvollziehbaren Kausalbeziehung von der Schädigung des Immunsystems und opportunistischer Infektion unbegreiflich und dieser Mangel an Anschaulichkeit der Krankheit wird von Betroffenen immer wieder betont (vgl. Springkart u.a., S. 326). Das Unkonkrete der Krankheit bekommt dabei den Status eines Leidens an einem Wort, an einer persönlichen, wissenschaftlichen oder gesellschaftlichen Konstruktion, die nicht fassbar ist und auch nicht in den Lebenszusammenhang

eingegliedert werden kann. Der eigentliche Ausbruch der Krankheit wird von den Betroffenen daher oft als entlastender Konkretisierungsschritt empfunden, da sie es nun mit einer klar bestimm- und erfahrbaren Krankheit zu tun haben (vgl. ebendaselbst).

Auch war gerade in den ersten Jahren nach der Entdeckung der Krankheit der medizinische Wissensstand so gering, dass HIV-Infizierte das Gefühl haben konnten, nun als Forschungsobjekt und Versuchskaninchen für weitere medizinische Grundlegungen von AIDS missbraucht zu werden. Ressentiments gegenüber Ärzten und Pflegepersonal waren deshalb nicht selten (vgl. Zenz 1989b, S. 29)

Ungewißheit und Unsicherheit ergeben sich auch aus unklaren wissenschaftlich-medizinischen Informationen oder pseudowissenschaftlichen Zusammenhängen, wie sie nicht nur in der Boulevard-Presse, sondern auch in offiziellen Informationen zu AIDS immer wieder verbreitet wurden. Klarheit über den Krankheitsverlauf konnten HIV-Infizierte in den 80er Jahren nur sehr wenig gewinnen. Die Informationen in den Medien waren, auch wenn sie seriös angelegt waren, für den Betroffenen kaum eine Möglichkeit, sich bezogen auf die eigene Situation Orientierung zu verschaffen, da auch die seriöse Berichterstattung zu AIDS widersprüchliche Angaben enthielt. Zudem gab es viele ambigue und widersprüchliche Informationen, die sich aufzuheben schienen.

Es ergab und ergibt sich also „ein Lebensgrundgefühl, das dem Gehen auf dünnem Eis entspricht“ (Springkart u.a., S. 326-27). Die Lebenssituation der HIV-Infizierten ist von Extremen geprägt, wie sie stärker kaum sein könnten. Dabei bewirken die spontanen Schwankungen im Krankheitsverlauf einen ständigen Wechsel zwischen Hoffnung und Hoffnungslosigkeit, eine Achterbahn der Gefühle (vgl. Kindler 1995, S. 56). Charakteristisch ist das diffuse Angstpotential einer haltlosen Situation, in der vor allem medizinisch praktisch nichts sicher ist, wobei sich das Lebensgefühl leicht zu einer Panik steigern kann oder in Depressivität übergeht. Das Wissen um das sichere Ende, auf das die Krankheit unwiderruflich zuläuft, gleicht einem subjektiv wahrgenommenen Kontrollverlust, der durch ein umfassendes Gefühl von Hilf- und Schutzlosigkeit geprägt ist (vgl. Springkart u.a., S. 327). Die gewohnte psychologische Lebenssituation oder –sicherheit ist zusammengebrochen, dominant sind Verunsicherung und Destabilisierung. Die Betroffenen befinden sich in einer Lebenssituation, die einem umfassenden Ausgeliefertsein entspricht (vgl. Springkart u.a., S. 327).

Mit der Krankheit können sie, da eine Heilung nicht in Sicht ist, nur reaktiv umgehen und bestimmte Symptome behandeln lassen oder opportunistischen Infektionen vorbeugen (vgl. ebendaselbst). Lebenspraxis findet daher nur noch als kurzzeitige Handlungsfähigkeit statt, ein Leben über die unmittelbare Gegenwart hinaus ist kaum vorstellbar, langfristige Lebensplanungen erscheinen sinnlos und werden vermieden (vgl. ebendaselbst).

Die umfassende das gesamte eigene Fühlen und Denken betreffende psychische Destabilisierung ist für HIV-Infizierte mit einer existentiell gefährdenden psychischen Bedingungslage verbunden, die die über bestimmte medizinische wie psychosoziale Maßnahmen noch zu gestaltende mögliche Lebensqualität negativ beeinflusst. Die psychische Haltlosigkeit fungiert dabei als zusätzliche Schwächung des Organismus und als weiterer Katalysator der Krankheit (vgl. ebendaselbst). Untersuchungen haben gezeigt, dass psychische Extremsituationen, empfunden als Kontrollverlust, Handlungsunfähigkeit und Erwartungsängsten zu einer geschwächten Immunantwort führen (vgl. Springkart u.a., S. 328).
Dass diese psychischen Extremsituationen nicht zuletzt wesentlich mit Stigmatisierungen und öffentlichen Diskussionen der Situation, Schuld und vermeintlichen Pervertiertheit des Lebens von HIV-Infizierten zu tun hat, steht außer Frage.
Ein HIV-Infizierter, der über die Medien erfährt, dass seine Krankheit mit den Opfern der Seuchengeschichte des Mittelalters in Verbindung zu bringen ist, und der dann die Pestkranken und –toten bildlich auf sein eigenes Leben bezieht, steht psychisch unter einem ungleich höheren Stress als z.B. ein Krebskranker, der über die Medien über Risiken und Vorsorge der bereits bei ihm diagnostizierten Krebserkrankung informiert wird.
Gerade homosexuelle Männer waren aufgrund der öffentlichen Diskussion und medial verbreiteten Stigmatisierungen einem hohem psychischen Gesundheitsrisiko ausgesetzt. Zu den Frustrationen darüber, in einer nicht verständnisbereiten Gesellschaft homosexuell zu sein, kommt die durch die Medien apokalyptisch übersteigerte neue und durchdringende Angst vor AIDS hinzu. Gerade die 1985 durchgeführten Pressekampagnen zum Thema AIDS führten zu einer enormen Verstärkung der psychischen Probleme vieler HIV-Infizierter und zudem noch zu einer großen Verunsicherung der professionellen Helfer und ärztlichen Unterstützung (vgl. Springkart u.a., S. 324). Öffentliche Attacken gegen Menschen mit

AIDS als „unmoralische Homosexuelle“, die die Belohnung für ihre Sünden erhalten haben, übten dabei die größte Wirkung auf die seelische Verfassung von Menschen, die zu den Risikogruppen gehören oder potentiell auch betroffen sein könnten, aus (Morin, Batchelor 1984, S. 8). In der öffentlichen Diskussion wurde nicht zuletzt wenig bis gar keine Solidarität mit HIV-Infizierten demonstriert, wobei durch die Medienberichterstattung ein humaner und mitfühlender Umgang mit den Erkrankten verhindert wurde. Es wurde sehr „deutlich demonstriert, daß große Teile der Öffentlichkeit über die Krankheit nicht beunruhigt waren, solange nur Homosexulle daran erkrankten und starben. (...). Das aber impliziert den Ausdruck eines unbewußten Todeswunsches der Gesellschaft gegenüber Homosexuellen“ (Rühmann 1985, S. 121).

Für einen HIV-Infizierten entsteht somit nicht nur die ausweglose Unveränderbarkeit der Lebenssituation, die konsequent und auch kognitiv nachvollziehbar auf ein absolut vorhersagbares Ende, das zudem noch zeitlich ungefähr eingegrenzt werden konnte, hinauslief (vgl. Springkart u.a., S. 305), wobei er erfahren muss, dass sein Schicksal der Gesellschaft gleichgültig ist, ja sein eigener Tod wie ein gleichsam in der Gesellschaft bereits unterschwellig vorhandener Vernichtungswunsch seiner eigenen durch die negativ sanktionierte Sexualität und seiner Persönlichkeit empfunden wird, was schwerste psychische Probleme hervorrufen kann. Seidl & Goebel sehen eine Gefährdung für krisenhafte Entwicklungen, aggressive und sozial gefährliche Durchbrüche und Suizid bei Personen mit hohem neurotischen Potential bzw. mit einer „prämorbiden Persönlichkeitsstruktur“ und bei sehr jungen Homosexuellen, die ihre homosexuelle Identität noch nicht angenommen haben, bei älteren Homosexuellen (>40 Jahre) ohne feste Partnerschaft und mit großen Ängsten, keinen Sexualpartner mehr zu finden (vgl. Seidl & Goebel 1987, S. 186-87).

Gerade die gesellschaftlich sanktionierte Verdrängung des Todes und die Unfähigkeit vieler Menschen, todkranken AIDS-Patienten zu begegnen, schaffen zusätzliche psychosoziale Probleme der Betroffenen (vgl. Wolters 1989, S. 48).

Es entsteht also für die HIV-Infizierten gerade durch die Medienberichterstattung eine Bedeutungszuweisung, die für ihr eigenes Schicksal, ihr eigenes Selbstverständnis und auch ihre psychische Stabilität von wesentlicher Bedeutung ist. Die durch die Angst-Metaphern und die apokalyptischen Bilder in den Medien geschaffene Semantik dürfte nicht nur für die eigenen subjektiven Deutungen und

Wirklichkeitskonstruktionen der HIV-Infizierten verbindliche psychisch-somatische Reaktionen hervorgerufen haben, sondern das Leben vieler Betroffenen negativ beeinflusst, wenn nicht sogar verkürzt haben, indem die über die psychischen Reaktionen geschaffene Instabilität der Situation verstärkt zum Ausbrechen opportunistischer Krankheiten, die auf einen bedeutend schwächeren Organismus trafen, beigetragen haben dürfte. „Die Angst vor den krankheitsbedingten physischen und psychischen Beeinträchtigungen und die Angst vor dem Sterben paart sich mit Schuldgefühlen und Selbstvorwürfen zu verhängnisvollen, gefährlichen Stress“ (Wolters 1989, S. 47-48). Für einen HIV-Infizierten kann diese, gerade über die öffentliche Diskussion der Krankheit geschaffene psychische Destabilisierung also neben den außerordentlich starken Belastungen durchaus lebensverkürzend sein (vgl. Springkart u.a., S. 327).

6.2. Diskriminierung im Alltag

6.2.1. Selbstdiskriminierung

Wie groß der Einfluss der Medienberichte und über sie transportierter Metaphern in den 80er Jahren war, zeigt sich an den Stimmungen und Meinungen zu AIDS im homosexuellen Milieu, die den öffentlichen Vorurteilen, die gegenüber AIDS-Kranken geäußert oder vermutet werden, fast bis auf dieselbe Wortverwendung gleichen. Diskutiert wurde die AIDS-Krankheit unter Homosexuellen dabei vielfach im Sinne von „Der hat es aber auch wirklich zu wild getrieben“ (vgl. Rühmann 1985, S. 138-39). Damit wird implizit unterstellt, dass es einen Kausalzusammenhang zwischen der Krankheit und der Häufigkeit des Geschlechtsverkehrs gibt. Die Promiskuität einzelner Homosexuellen, so scheint, ist selbst für Homosexuelle die Ursache gewesen, die sich dann in einem Ausbruch der Krankheit niedergeschlagen hat. Die Krankheit ist die Strafe, die der Erkrankte für seine Sexualkontakte zahlen muss. Damit werden die von Medien und Gesellschaft willkürlich gesetzten Schuldzuweisungen von Homosexuellen selbst sinnhaft übernommen und im Sinne eines verinnerlichten Schuldgefühls persönlich entfaltet und auf die eigene Situation bezogen.

Ein ähnliches kausales Schuldverhalten unterstellte der prominente homosexuelle Filmemacher Rosa von Praunheim, indem er die Frage stellte: „Warum trifft es

uns Schwule, fragen wir uns, Jahrhunderte lang verfolgt, gedemütigt, bestraft. ... Wir haben wenig richtig und viel falsch gemacht“ (Rühmann 1985, S. 128). Das falsche Verhalten, so impliziert von Praunheim, ist sinngebende Handlung, die zu AIDS geführt hat, womit die Homosexuellen selbst an ihrem Schicksal schuld sind. Ähnlich argumentierte Johnson 1983: „Vielleicht hat AIDS deshalb eine so große Aufmerksamkeit erreicht (und diese Aufmerksamkeit hat sich so stark auf Lebensstilthemen konzentriert), weil es gerade in dem Augenblick zuschlug, als die Nach-Stonewall-Generation – die erste Generation befreiter schwuler Männer – das Alter der vorhersagbaren Midlife-Crisis erreicht hat. Die Substanz dieser Krise ist Sterblichkeit, die sich in der bohrenden Frage niederschlägt, ob jemand den richtigen Lebensstil gewählt hat, die Wahl, die unabänderlich das eigene Leben geprägt hat“ (Rühmann 1985, S. 128). Johnson verbindet hier die Frage nach dem richtigen Leben mit AIDS, wobei die gesellschaftlichen Ordnungsvorstellungen, die im Denken der Vorurteile und Diffamierungen eine Rolle spielen, mit übernommen werden, denn die Vorstellung eines richtigen Verhaltens suggeriert die objektive Verbindlichkeit eines bestimmten Lebensstils, dessen Übereinstimmung sich in einem entsprechenden gesunden Leben niederschlägt. Ein Verstoß gegen diese ungeschriebenen Gesetze wird, so scheint Johnson andeuten zu wollen, mit Krankheit und Tod, bestraft.

Die von der Hauptbetroffenengruppe geäußerten internalisierten Schuldgefühle finden ihre Entsprechung bei individuellen Schuldphantasien und Selbststigmatisierungen, die für viele HIV-Infizierte untrennbar mit der Wahrnehmung ihrer Krankheit verbunden sind und eine nicht unbeträchtliche Rolle spielen (vgl. Springkart u.a., S. 327).
Vor allem nach dem Erfahren der positiven HIV-Diagnose kommt es zu intensiven Prozessen der Auseinandersetzung mit der Krankheit (vgl. Springkart, S. 305), die u.a. darin besteht, „Tendenz, Leistungen, Verfehlungen und Beziehungen im Lichte der tödlich verlaufenden Krankheit neu zu bewerten“ (Zenz 1989b, S. 29). Für viele HIV-Infizierte ist die Krankheit nicht nur ein bloßer Unfall, sondern sie versuchen wie viele andere Kranke auch eine Verbindung mit ihrer Identität herzustellen, das Leiden erscheint dann als geheimnisvolle Auskunft über ihre Existenz und deren Wahrheit, die bislang Verborgenes oder Verheimlichtes erschließt (vgl. Jacob u.a. 1993, S. 15). In diesem Zusammenhang wird die eigene

homosexuelle Orientierung als schuldhaftes, verwerfliches Handeln verurteilt (vgl. Venrath 1994, S. 159).

Es sind also nicht allein die Stigmatisierungen, die in der Presse, der Öffentlichkeit und auch von Medizinern vorgenommen werden, mit denen ein Mensch mit AIDS fertig werden muß.

6.2.2. Gesellschaftliche Isolation

Zum fortschreitenden körperlichen Verfall, der psychischen Destabilisierung der gesamten Lebensgrundlage kommen für viele HIV-Infizierte das soziale Sterben und der soziale Tod hinzu. Nicht nur neigen viele HIV-Infizierte aufgrund der eigenen Schuldvorstellungen zu Selbstisolation, sondern Freunde, Bekannte, Familie und ziehen sich zurück. Konkret bedeutet dies, dass HIV-Infizierte aus den Netzwerken der sozialen Unterstützung und des sozialen Austauschs herausfallen (vgl. Springkart u.a., S. 305).
Zu diesen sozialen Veränderungen kommen ökonomische hinzu: HIV-Infizierte müssen den Verlust ihrer Wohnung, ihrer Arbeit und ihres Versicherungsschutzes befürchten, wenn die Tatsache ihrer Infektion bekannt wird (vgl. Bruns 1988, S. 123). Dabei ist die Arbeitsfähigkeit der HIV-Infizierten – zumindest im asymptomatischen Stadium – nicht oder nur geringfügig beeinträchtigt (vgl. Schütte 1995, S. 1). Es gibt, selbst für Berufsgruppen mit erhöhtem Verletzungsrisiko, wie z.B. Justizvollzugsbeamte oder Feuerwehrleute, keinen Grund, HIV-Infizierte zu meiden, da keine berufsbedingten Infektionen nachgewiesen werden konnten (vgl. ebd., S. 2).
Gerade homosexuelle HIV-Infizierte sind durch eine weitreichende Isolation gegenüber ihrer sozialen Umwelt gekennzeichnet. Wolters verweist auf jüngere Untersuchungen, nach denen nur 10 % der Betroffenen noch Kontakte mit ihren Eltern hatten, nur 5 % Kontakte zu Geschwistern, nur 30 % hatten eine stabile Partnerschaft, und 42 % hatten keine feste Beziehung (vgl. Wolters 1989, S. 45).

Zum Teil mögen die sozialen Hemmungen und das Erlöschen der geselligen Freizeitaktivitäten der depressiven und hoffnungslosen Grundstimmung entspringen,

die das Wissen um die eigene vitale Bedrohung in dem Betroffenen erzeugt (vgl. Zenz 1989b, S. 14). Einen konkreten Grund der Gefährdung durch einen sozialen Kontakt mit einem HIV-Infizierten gibt es nicht, der soziale Tod der HIV-Infizierten ist ausschließlich die Folge von Diskriminierung und Ausgrenzung von HIV-Infizierten durch ihr unmittelbares persönliches Umfeld. Vielfach erfolgt diese Ausgrenzung in Form abstruser irrationaler Annahmen.

Für ein auf offenkundiger Irrationalität gegenüber HIV-Infizierten beruhendes Verhalten gibt es eine Fülle von Beispielen. Nicht zuletzt ist die in der Gesellschaft seit der Berichterstattung über AIDS zu beobachtende AIDS-Phobie ein evidentes Beispiel für den irrationalen Umgang mit der Krankheit, wobei die Irrationalität gerade im Zusammenhang mit AIDS besonders ausgeprägt gewesen zu sein scheint:

So nahm eine Frau in Göttingen an, ein Bekannter sei, weil er während einer Darmgrippe innerhalb kürzester Zeit fünf Kilogramm abgenommen, an AIDS erkrankt. Verstärkt wurde für sie diese Behauptung noch durch die Merkmale `gelegentliche Frauenbekanntschaften´ und `häufiger Besuch von Jazz-Lokalen´. Doch damit nicht genug, denn die Frau befürchtete nun, sich durch das bloße Händeschütteln infiziert zu haben. Als sie wenig später selbst an einer Darmgrippe erkrankt, ist sie davon überzeugt, sich nun mit HIV infiziert zu haben (vgl. Goddenthow 1988, S. 30). Auch gesunde Menschen verfielen bei Durchfällen, kleinen Hautpusteln, Schweißausbrüchen, Fieber oder permanter Müdigkeit darauf, nun an AIDS erkrankt zu sein. Oft kann nicht einmal ein negatives AIDS-Testergebnis diese Menschen von ihrer Überzeugung, an AIDS erkrankt zu sein, abbringen (vgl. ebd., S. 30).

In einem Beitrag der ZEIT vom Dezember 1988 wurde eine Kioskverkäuferin zitiert, die ihre Weigerung einen HIV-infizierten Kunden weiterhin zu bedienen, folgendermaßen begründete: „Wenn der reinkommt, dann kribbelt mein ganzer Körper. Ich kann ihn nicht bedienen – seitdem ich das weiß. Das geht nicht“ (Dornheim 1990 S. 202).

Das Wort AIDS scheint für manche Menschen zum Angst-Reflex geworden zu sein, wobei sich viele BürgerInnen ihr AIDS-Bild aus Zeitungslesen, vom Hörensagen oder Meinungen anderer zusammensetzen, wobei sie auch bei absurdesten Annahmen glauben, nun ganz genau Bescheid zu wissen (vgl. Bleibtreu-Ehrenberg 1989, S. 222). Diskriminierungen richteten sich nicht selten gegen An-

gehörige von HIV-Infizierten und Gewalt gegen diese war nicht länger Denktabu. Fragen, ob ein Kind HIV-infiziert ist, wurden z.B. im Gemeinderat kleiner Ortschaften „durchgehechelt“, so dass bald der ganze Ort darüber spricht, wobei in einem anderen Fall eine Mutter in einem Nachbarort einkaufen geht, weil sie in ihrem Heimatort nicht mehr bedient wird (vgl. ebendaselbst). In Hannover waren Schüler 1987 davon überzeugt, dass sie einen Klassenkameraden, der AIDS hätte, umbringen könnten, wobei sie meinten, „der gehört erschossen“ (ebendaselbst). Derartiges Meide- und Diskriminierungsverhalten, das nahe am Aberglauben ist, geht nicht selten auf Medienberichte zurück und die entsprechenden absurden Medienunterstellungen korrelierten mit Diffamierungen und auf Ausgrenzung zielendem Meideverhalten von Personen, auch wenn bei diesen überhaupt keine HIV-Infektion vorlag. Im Sommer 1988 fand eine kranke Frau, die sich in stationärer Behandlung befand, auf ihrer Telefongeldquittung den handschriftlichen Warn-Vermerk „AIDS“ (vgl. ebendaselbst). Wohngemeinschaften lösten sich aufgrund von AIDS oder einem AIDS-Verdacht auf, Infizierte oder Kranke finden keine Wohnung und Kündigungen oder „Herausgraulen“ auch nicht HIV-Infizierter, aber Verdächtigter häuften sich, wenn in den Medien eine HIV-Infektion im Alltagsbereich suggeriert wurde (vgl. ebd., S. 223). Für HIV-Infizierte und –Verdächtige hatten also Fiktionen und Vorstellungen reale Konsequenzen. Unschuldige wurden absurd diskrimiert, Hörensagen und Vorurteile galten auf einmal – in einem Rechtsstaat! – als legitime Auslöser einschneidender Maßnahmen. Die Angst der Patienten wuchs in der Interaktion zwischen dem Krankheitserleben und den zum Teil eher irritierenden als informierenden Medienberichten.

Absurde quasi-magische Diffamierungen richteten sich nicht zuletzt auch gegen soziale Einrichtungen und AIDS-Arbeit. 1988 befürchteten Bürger der Stadt Polling im Schongau, dass sie selbst durch die bloße Existenz einer AIDS-Beratungsstelle, zu der Betroffene telefonisch Kontakt aufnehmen konnten, AIDS bekommen könnten, ein Irrglaube, der in seiner quasi-hysterischen Annahme jeglicher möglicher Übertragbarkeit von Krankheitserregern (die in diesem Fall ja, um sich anzustecken, über das Telefonnetz körperlich übertragen werden müssten) jeder nur denkbaren Entstehung und Ansteckungsmöglichkeit von Krankheiten widerspricht (vgl. ebendaselbst). Auch im kirchlichen Bereich wurde davon ausgegangen, dass sich man sich mit HIV infizieren könne aufgrund der bloßen

Anwesenheit einer Person, die nun ihrerseits „irgendwie“ mit AIDS-Kranken in der sozialen Arbeit zu tun hatte, so dass man vom Besuch des Gottesdienstes Abstand nehmen müsse oder auch diskutiert wurde, ob der Gemeinschaftskelch im Gottesdienst nicht ein Risiko darstelle, sich zu infizieren (da er ja von Mund zu Mund gereicht werde) (vgl. ebd., S. 224-225). Ein Beleg für die zentrale Evidenz irrationaler Vorstellungen ist die Tatsache, dass die Diskriminierung noch über den Tod hinausgeht: „In Bayern ist beobachtet worden, daß am Sarg eines verstorbenen Infizierten die Inschrift angebracht wurde: „AIDS“. Diese „Maßnahme (...) wird als schimpflicher erlebt als vergleichbare Maßnahmen etwa der Isolierung oder der Infektionshygiene im Krankenhaus. Die Folge der Diskriminierung ist, daß der Tote aus dem ehrenden Gedenken seiner Verwandten und Bekannten ausgeschlossen wird. Man vermeidet, über ihn zu sprechen, und schließlich ist seine Existenz aus dem Bewußtsein seiner Mitwelt verdrängt“ (Zenz 1989b, S. 20).

HIV-Infizierte mussten in den 80er Jahren nicht selten diskriminierendes Verhalten auch bei der medizinischen Versorgung erfahren, obgleich sie mit ärztlichem Personal zu tun hatten, das eigentlich über die wirklichen Gefahren einer Infektion informiert sein sollte. Dabei wuchs die Angst der behandelnden Ärzte in der Interaktion zwischen dem erlebten diagnostischen und therapeutischen Unvermögen und dem Zurückschrecken vor dem Ansteckungsrisiko ins Unermessliche, wobei teilweise sogar das Pflegepersonal Kontakte vermeidete. Inviduelle Ängste und Hilflosigkeit der Professionellen spiegeln dabei die gesellschaftlichen Stigmatisierungs- und Ausgrenzungsprozesse wider, deren Grundlage die Uninformiertheit über eine mögliche Infektionsgefahr ist, wobei offensichtlich eine Vermeidung praktiziert wurde, die auf einem Denken von der Allgegenwärtigkeit der Gefahr und von einer hochinfektiösen Natur des Virus ausging. So lehnte ein Unfallchirurg aus Düsseldorf die Behandlung eines HIV-infizierten Kindes mit einer Platzwunde am Kopf ab, weil er der Meinung war, dass er seine Instrumente danach nicht mehr zur Versorgung anderer Patienten einsetzen könnte (vgl. Bleibtreu-Ehrenberg 1989, S. 214). Einem farbigen Studenten, der ehrlicherweise seine HIV-Infektion angab, wurde mehrfach die Zahnbehandlung von etlichen Zahnärzten seines Wohnortes verweigert (vgl. ebendaselbst), wobei diese Fälle keine Einzelerfahrungen HIV-Infizierter sind, sondern viele die Erfahrung machen mussten,

„daß sie nach Mitteilung ihres Befundes von Ärzten, Zahnärzten und Krankenhäusern entweder gar nicht oder nur unter diskriminierenden Bedingungen behandelt wurden“ (Bleibtreu-Ehrenberg 1989, S. 214).
Ein ähnliches Verhalten war in meiner eigenen Arbeit im Gesundheitsamt Mülheim-Ruhr zu beobachten. Es ging darum, dass ich beim Standard-Ablauf eines AIDS-Tests nach dem Beratungsgespräch den Testanten zum Labor des Gesundheitsamtes geschickt habe, um dort die Blutentnahme durchzuführen. Als der Testant dort ankam, nahm das Laborpersonal aus einem nicht näher erkennbaren und einsichtigen Grund an, dass der Testant HIV-positiv sei, was dazu führte, dass sie ihm die Blutentnahme verweigerten. Es handelte sich bei den Laborangestellten nicht etwa um Studenten oder Aushilfen, sondern um ausgebildete Medizinisch-Technische-Assistentinnen (MTA`s) mit den entsprechenden Kenntnissen und Qualifizierungen, die zudem noch die Möglichkeit haben, an Weiterbildungen allgemein teilzunehmen und dies auch schon wahrgenommen hatten. Aufgrund ihrer Ausbildung hätte ihnen eigentlich klar sein sollen, dass sie auch mit einem Testanten, selbst wenn er HIV-positiv ist (was in diesem Fall nicht belegt wurde) umgehen können und ihm nicht medizinische Betreuung oder Leistungen verweigern sollten. Dies zeigt die Angst bzw. Panik sehr deutlich, wenn bekannt ist (oder als sicher angenommen werden kann), dass jemand HIV-positiv ist.

Zur Sicherung der gesellschaftlichen Ordnung und zur Abwendung der von den AIDS-Kranken ausgehenden (fiktional zugeschriebenen, aber nicht verifizierten) gesamtgesellschaftlichen Gefahr kann, so zeigen diese Fälle, auf die Rechte dieser Minderheiten keine Rücksicht genommen werden, ihnen soll das gleiche Recht auf Arbeit und Ausbildung, das Recht auf die gleiche Behandlung, letztendlich sollen ihnen die gleichen Lebensrechte verweigert werden: „In den USA fordern viele Arbeitgeber die Vorlage negativer Aids-Antikörper-Testergebnisse (...) als Voraussetzung für die Einstellung. (...) US-amerikanische Kranken- und Lebensversicherungen haben angekündigt, ihre Leistungen vom Aids-Antikörper-Test abhängig zu machen, (...). Die AOK Berlin verlangt von Personen unter fünfzig Jahren, die sich freiwillig versichern lassen wollen, einen „AIDS-Test“ (den es nicht gibt), mit der Konsequenz, die „Testpositiven“ nicht aufzunehmen oder nur unter der Bedingung, daß sie vertragsmäßig auf Leistungen im Falle einer späteren Aids-Erkrankung verzichten“ (Schmidt 1987, S. 25).

Ein wesentlicher Faktor des auf Desinfomiertheit beruhenden Meidungsverhaltens sind laienätiologische Krankheitstheorien, die mit irrationalen Metaphern und Mystifizierungen von AIDS verbunden sind. Gerade die im Zusammenhang mit AIDS gebildeten laienätiologischen Krankheitstheorien haben die Diskriminierungsbereitschaft gegenüber HIV-Infizierten begünstigt, denn die mit diesen Theorien verbundenen Vorstellungen von einer Allgegenwärtigkeit des Virus und der hochinfektiösen Art des Virus sind auf Meidung und Isolierung Kranker zur Prävention von Krankheiten ausgerichtet (vgl. Schütte 1995, S. 6).
Die Ausgrenzung von Kranken ist je stärker, umso mehr sich die Krankheit einer Behandlung entzieht und je weniger es möglich ist, die Krankheit mit sachlichen Informationen zu verstehen. Die Leerstelle der Informativität wird dann mit mystifizierenden Bedeutungen überfrachtet. AIDS-Gefahren gehen von den anderen aus und lauern prinzipiell überall. Vor allem die fehlerhaften Begründungszusammenhänge, die oft sogar einen magischen Charakter haben, verhindern eine adäquate Auseinandersetzung mit AIDS und sind vielfach verknüpft mit Metaphern und Mystifikationen, die deren Inhalte eine radikale Ausgrenzung der Kranken nahelegen. Die Uninformiertheit, die im Rahmen dieser laienätiologischen Denkmetaphern gesehen werden muss, verhindert aufgrund der willkürlichen Zuschreibung einer den Erkrankten zugeschriebenen quasi-unsichtbaren Gefahr ein einfühlendes Verstehen und somit auch Erkenntnisse über wirkliche Gefahren, vor denen man sich nun mit bestimmten Verhaltensweisen schützen könnte (vgl. Schütte 1995, S. 6).

Diese Sichtweise von AIDS beruht auf der Wahrnehmung von AIDS als Gefahr und ihrer Auswirkung für den eigenen individuellen Alltag. Alltagstheoretisch relevant ist die Vorstellung dieser Gefahr im Sinne übermächtiger Kräfte, die auf den Einzelnen zu kommen (vgl. Eirmbter u.a. 1993, S. 49). Bei einer derartigen Wahrnehmung von Gefahr bieten sich ohnehin stigmatisierte Gruppen in den westlichen Industrieländern für Projektionen und Schuldzuweisungen an (vgl. ebendaselbst). Von dieser Wahrnehmung zu unterscheiden ist die Attribution der Krankheit AIDS mit dem Begriff des Risikos. Ein Risiko ist weitaus bestimmter und kann bezogen werden auf eine konkrete Situation. Als Beispiel können die Ereignisse einer ganzen Woche dienen. Wenn ich mein Leben in dieser Woche

mit dem Begriff der Gefahr verbinde, muss ich befürchten, dass mir die ganze Woche über etwas passieren kann. Ich kann mich dann schlecht schützen, da ich nicht an allen Stunden an allen Tagen der Woche darauf achten kann, ob mir etwas passiert. Ich glaube daher mich permanent in Gefahr zu befinden, obwohl diese Gefahr möglicherweise nur rein theoretisch ist und in Wirklichkeit nichts passieren wird. Verbinde ich mein Leben in dieser Woche mit dem Begriff des Risikos, gehe ich von konkreten Situationen aus, die von bestimmten Bedingungen und Verhaltensweisen abhängen. In diesem Fall kann ich ungefähr einschätzen, dass z.B. in dieser besagten Woche nur Dienstag von 13.00 bis 13.30 und Donnerstag von 8.00 bis 9.00 „etwas passieren" kann. Auf diese Zeiten bezogen kann ich mich konkret schützen, ich könnte mich ausschließlich darauf konzentrieren und hätte den Rest der Woche für andere – wichtige Dinge den Kopf frei.

Bezogen auf AIDS lässt sich sagen, dass die Wahrnehmung von AIDS als Risiko ebendiese konkrete Risikovorsorge ermöglichen würde und den Einzelnen in die Lage versetzen würde, sich selbst und andere bezogen auf konkrete Situationen zu schützen, was aber vielfach völlig unmöglich war, da die Wahrnehmung von AIDS von vielen durch den Begriff der Gefahr geprägt war, man also davon überzeugt war, permanent in Gefahr zu sein, weil theoretisch davon ausgegangen wurde, dass das Virus allgegenwärtig war und man sich also auch in irgendeiner Situation, mag sie noch so absurd und nebensächlich erscheinen, anstecken kann.

Auf diese Weise wurden Gegenstände der tiefsten Furcht (die u.a. normabweichendes Verhalten betrafen) mit der Krankheit identifiziert, wobei die Krankheit selbst zur Metapher wurde: „Während Gefühle in bezug auf das Böse auf die Krankheit projiziert werden, wird die Krankheit auf die Welt projiziert. Die perzipierten Virusträger werden als Fremdgruppe angesehen, wobei die Größe der Risikogruppen als unterschiedlich groß wahrgenommen werden kann" (Jacob u.a. 1993, S. 17).

Die Angst vor Ansteckung impliziert die Angst vor außerhalb der üblichen Normen stehende Gruppen, wie Homosexuelle und Drogenkonsumenten. Auf diese Weise wird die Stigmatisierung vorangetrieben und der entsprechende Charakter dieser Gruppen betont, gleichzeitig versichert sich die konforme Mehrheit ihrer Unschuld und Unbeflecktheit (vgl. Schütte 1995, S. 6). Durch die Stigmatisierung der Kranken wird ihnen „die Wiedergewinnung der normalen Krankenrolle – in

der Regel als bedeutende zivilisatorische Leistung der Neuzeit aufgefaßt“ (Göckerjan 1987, S. 198) verweigert.

Die vielfältigen Formen der Diskriminierung gehen auf die entsprechenden (Vor)-Urteile in Medienberichten zurück. Es lässt sich also feststellen, dass die in der Bevölkerung inhärenten Vorstellungen mit den von den Medien betriebenen Panikmetaphern korrelieren. Ein angstfreier Umgang mit Betroffenen ist dabei gerade im Jahr der AIDS-Massenhysterie, 1987, kaum noch möglich, wenn allabendlich im Fernsehen verbreitet wird: Jeder könnte es haben und du kannst dich anstecken.
Es zeigt sich also die evidente Bedeutung dieser Einstellungs- und Verhaltensmuster, mit denen eine rationale Auseinandersetzung und damit eine sachliche Information über das Thema verhindert wird, die zu einer Klärung von wirklichen Gefahren hätte führen können.

Zu den besonderen Schwierigkeiten, mit denen an AIDS erkrankte Menschen zusätzlich konfrontiert sind, kommt die absurde Stigmatisierung durch desinformierte BürgerInnen in der Öffentlichkeit hinzu.
Gesundheitliche Folgen hat die Diskriminierung, weil Schwere und Verlauf von Erkrankungen u.a. durch die psychische Befindlichkeit beeinflußt werden. Dies gilt auch im Falle von HIV-Infektionen. In einer Pilotstudie zum Zusammenhang zwischen psychosozialem Wohlbefinden und immunologischem Zustand HIV-infizierter Menschen konnte Schiefer-Hofmann (1990, S. 194) den Nachweis eines solchen Zusammenhangs erbringen. Depressivität infolge tatsächlicher oder auch nur antizipierter Diskriminierung dämpfte die immunologische Aktivität bei HIV-Infizierten, wogegen soziale Unterstützung durch Freunde und Verwandte zu einer Verbesserung der Immunparameter beitrugen.

7. Kernpunkte zielgerichteter AIDS-Arbeit

7.1. Mögliche Inhalte der AIDS-Aufklärung

Aufgrund der Tatsache, dass AIDS vorläufig für die Medizin therapeutisch unzugänglich bleibt und es keine Heilungschancen, sondern im besten Fall lebensverlängernde Maßnahmen gibt, kommt der Prävention eine weitaus größere Bedeutung zu als bei anderen Krankheiten. Die Aufklärung über AIDS ist dabei die wichtigste Präventionsmaßnahme (vgl. Wolters 1989, S. 70). Da sich im medizinischen Bereich kaum Neuerungen in Hinsicht auf ein Gegenmittel ergeben haben und werden, bleibt die gezielte Präventions-Strategie als vorläufig einzige „Gegenmaßnahme".

Grundlegend für eine AIDS- Aufklärung ist eine problematische Doppelfunktion: Im Rahmen der Vermittlung des Wissens über mögliche Gefahren soll ebenso alarmiert wie beruhigt werden (vgl. ebd., S. 72). Darüber hinaus haben Informationen über AIDS auch die Funktion, für eine Risikovermeidung zu werben und damit über eine Verhaltensänderung eine konkrete Prävention zu erreichen. Gesundheitsbezogene Prävention soll dabei den einzelnen in seinem Verhalten beeinflussen, gleichzeitig ist diese Prävention eine auf die Gesamtgesellschaft bezogene Verhältnisprävention (vgl. Salmen 1990, S. 87).

Primäres Ziel einer Aufklärungs- und Informationskampagne muss dabei sein, möglichst viele Menschen zu erreichen, die im besten Fall auch noch bewegt, überzeugt und motiviert werden, zu handeln (vgl. Wolters 1989, S. 70).

Damit die AIDS-Aufklärung überhaupt die Adressaten erreicht, so lässt sich argumentieren, muss eine thematische Relevanz erzeugt werden. Dies bedeutet, dass AIDS einem möglichst großen Teil der Bevölkerung bekannt sein muss. Hierzu gehört auch ein Grundwissen über die Krankheit sowie Übertragungswege und –möglichkeiten des HI-Virus. Mit Blick auf Umfragen zu AIDS kann gesagt werden, dass AIDS durchaus eine so geartete thematische Relevanz hat, da lediglich ein verschwindend geringer Prozentsatz in Umfragen angibt, noch nichts über die Krankheit sowie ihre Verursachungswege gehört zu haben (vgl. Huge 1990, 194).

Allerdings ist hier zu fragen, ob allein der Bekanntheitsgrad der Krankheit ausreicht, um Aufklärungs- und Informationskampagnen zu AIDS wahrzunehmen, um sich damit auch wirklich vor AIDS schützen zu können. Gerade die immer

wieder genannte Gefährlichkeit von Küssen oder die in Umfragen zum Ausdruck kommende von der bloßen Anwesenheit HIV-Infizierter ausgehende Gefahr, sich anzustecken zu können, verweisen darauf, dass falsche Informationen vorhanden sind, deren Semantik nicht zuletzt zu einer Diskriminierung Erkrankter führt und über die BürgerInnen nicht in der Lage sind, die im Zusammenhang mit AIDS zu erkennenden wirklichen Risikosituationen wahrzunehmen. Andererseits sorgt diese thematische Relevanz, die nicht zuletzt durch die Präsenz der Krankheit in den Medien geschaffen wird, für einen ersten Wahrnehmungs- und Selektionsfilter, der dazu dienen kann, Aufklärungsangebote wahrzunehmen (vgl. ebendaselbst). Mediennutzer werden so auf ein Thema verwiesen, das ihnen bereits bekannt ist und das sie selbst durch die Präsenz in den Medien bereits als wichtig wahrgenommen haben, was zu einer erhöhten Aufmerksamkeit gegenüber den in diesem Zusammenhang bereitsgestellten Aufklärungsinformationen führen kann. Gleichzeitig kann diese Aufmerksamkeit aber auch zu Rezeption selbst absurder Informationen und sensationell aufbereiteter Meldungen zum Thema führen. Aufgrund der Akzeptanz der thematischen Relevanz von AIDS haben sachliche Informationen und Panik-Metaphern dann denselben Stellenwert.

Außerdem ist zu fragen, wodurch die thematische Relevanz, wenn sie über die Medien vermittelt wurde, konstituiert ist. Eine entsprechende Aufmerksamkeit für AIDS bei vielen MediennutzerInnen kann auch durch eine sachunangemessene Berichterstattung erzeugt worden sein. Ob diese zu einer höheren Aufmerksamkeit gegenüber Aufklärungsangeboten führt, darf bezweifelt werden, da in den reißerischen Berichten der Medien AIDS nicht selten den Stellenwert einer Naturkatastrophe oder eines übermächtigen Gegners hatte, gegen den der Einzelne nichts tun kann.

Selbst wenn sich BürgerInnen sachlich über AIDS informieren, so ist dies noch kein Garant für den Erfolg einer Kampagne: „Dem Vertrauen (oder der Hoffnung) auf die Wirksamkeit und den Erfolg der Aufklärungskampagnen steht die Erkenntnis gegenüber, daß Faktenwissen und gute Argumente allein noch keine Einstellungs- und Verhaltensänderungen bewirken“ (Wolters 1989, S. 71). Die Rezeption von Informationsvermittlung und Wissen um eine Gesundheitsgefährdung, so überzeugend und konsequent diese Informationen auch präsentiert werden, beschränkt sich vielfach auf die zwar kognitiv begriffenen Risikosituationen, wobei die dargestellte Informationssemantik zwar als solche rational nachvollzo-

gen wird, möglicherweise sogar akzeptiert wird, dass eigenes Verhalten zu dem im Rahmen von gesundheitlicher Aufklärung beschriebenen Konsequenzen führen kann, das eigene Verhalten trotzdem aber nicht verändert wird (vgl. Bengel, Koch 1990, S. 113). Aufklärungskampagnen zur Krebsgefahr durch Rauchen haben in der Vergangenheit gezeigt, dass vielen Rauchern das Risiko, zu erkranken, sehr wohl bewusst ist, aber offenbar ist die Teleologie der im Rahmen der Aufklärung benannten möglichen Krankheit im Alter oder in Jahrzehnten zu abstrakt, zu wenig greifbar, als dass eine entsprechende Verhaltensveränderung im Hinblick auch auf zukünftige Gesundheit erfolgt. Verglichen damit sind die Aufklärungskampagnen zu AIDS unkonkreter, denn hier wird vom Einzelnen verlangt, nicht nur die Gefahr bestimmter Risikosituationen zu akzeptieren, sondern gleichzeitig das eigene Verhalten präventiv so diszipliniert zu gestalten, dass die mit diesem Präventivverhalten in Aufklärungskampagnen ja zunächst nur behauptete Gefahr für die eigene Gesundheit und das eigene Leben sowie Gesundheit und Leben des Partners verhindert wird, was ein Weiterdenken des eigenen Verhaltens auf zukünftige Verhältnisse und den Glauben an eine (im Gegensatz zum Beleg der Gefährlichkeit des Rauchens) zunächst wissenschaftlich nicht beweisbaren Zusammenhang möglicher, zu vermeidender Risikosituationen mit der Krankheit AIDS erfordert. Analytischer Ansatzpunkt ist zudem „das soziale System intimer Kommunikation und seine Fähigkeit zu Risikobeobachtung und Risikomanagement“ (Ahlemeyer 1990, S. 183), was die Aufklärungsarbeit nicht einfacher macht.

Diese im Rahmen auf die Verhaltensänderung des Einzelnen ausgerichteten sachlichen Informationen erfordern ein großes Abstraktionsvermögen und gleichzeitig die Fähigkeit einer konkreten Veranschaulichung der im Rahmen der AIDS-Aufklärung als gefährlich beschriebenen Gefahrensituationen, die zudem noch auf das eigene Leben übertragen werden müssen, um auf diese Art und Weise aufgrund der als richtig erkannten Informationen oder der einfach geglaubten Semantik das eigene Verhalten wirklich zu ändern – eine Verhaltensmöglichkeit, die, wie gerade das Verhalten von Rauchern zeigt, in anderen Bereichen wenig bis überhaupt nicht gegeben ist. Was Menschen aktuell nicht direkt und persönlich bedroht, wo eine mögliche Gesundheitsgefahr (auch für die nahe Zukunft) nicht überschaubar und absehbar ist, so könnte man im Hinblick auf die Gefahren des Rauchens und von AIDS schlussfolgern, wird auch nicht als so bedrohlich empfunden, dass von vielen das eigene Verhalten dementsprechend verändert wird.

Die bloße thematische Relevanz, die bloße Bekanntheit der Krankheit, genügt also offenbar nicht, damit Aufklärung über AIDS erfolgreich ist und über die sachliche Information eine Verhaltensänderung erreicht werden kann.

Bengel, Koch verweisen darauf, dass mit den Informationen über AIDS ein näher bestimmbares Angstniveau beim Einzelnen entstehen muss, das als Bezug auf die persönliche Situation verstanden, zur gewünschten Verhaltensänderung beim Einzelnen führen kann (vgl. Bengel, Koch 1990, S. 113). Angst vor möglichen Konsequenzen erfüllt dann die Funktion, sich selbst auf eine bestimmte Weise vor den Gefahren schützen zu können und dann selbst dafür sorgen zu können, dass man sich selbst der Gefahr nicht aussetzt. Eine AIDS-Aufklärung, die auf angsterzeugende Information baut, wäre dann ebenfalls an die Möglichkeit geknüpft, dem Einzelnen zu vermitteln, etwas gegen diese Bedrohung tun zu können (vgl. ebendaselbst). Allerdings waren viele Medienberichte durch ein Angstniveau vor AIDS gekennzeichnet, das weniger an zu bewältigender angsterzeugender Präventionsinformation als an Hysterie und Panik orientiert waren. Dabei wurde zudem die Vorstellung vermittelt, dem Problem sei durch verhaltensrelevante Aufklärung nicht mehr beizukommen. Kontraproduktiv sind auch die mit dem Angstniveau in den Medien verbundenen Projektionen bis hin zu laienätiologischem Aberglauben sowie Schuldattributionen, womit MediennutzerInnen einmal mehr glauben mussten, mögliche Risiken, sich zu infizieren seien nicht im Rahmen eines individuellen Verhaltens zu bewältigen, man selbst könne sich nicht schützen, sondern hier seien Maßnahmen eines starken Staates gefordert. AIDS wurde in diesem Zusammenhang auch als diffuse, unberechenbare Gefahr dargestellt. Eine auf diesen und vergleichbaren Informationen basierende angsterzeugende AIDS-Information und –Aufklärung führt jedoch zu psychischen Abwehrprozessen und resignativer Angstverarbeitung, da der Einzelne dann möglicherweise nichts unternimmt, sich zu schützen, weil er glaubt, nicht selbst aktiv sein zu können.

Daneben darf das Risiko einer Infektion nicht als kollektive Bedrohung beschrieben werden. Das Risiko, sich zu infizieren, besteht für jeden Einzelnen allein, womit es als ein wesentliches Merkmal der AIDS-Aufklärung zu beschreiben ist, dass sich die Informationen an den Einzelnen zu richten hat. Diese möglichen Gefahren für das Individuum dürfen nicht gesamtgesellschaftlich umgelegt werden (vgl. Sigusch 1987, S. 8).

Durch die Wahrnehmung einer gesamtgesellschaftlichen Bedrohung wird zudem die Notwendigkeit staatlicher Repression und Gewalt suggeriert, da der Einzelne jetzt das Gefühl hat, die Verantwortung für das eigene Verhalten an eine Autorität delegieren zu können.
Die Abwehrmaßnahmen des Einzelnen gegenüber diesen angsterzeugenden Informationen können sich nicht zuletzt in Gleichgültigkeit gegenüber dem Risiko, sich zu infizieren, manifestieren, womit der Ausbreitung von AIDS Vorschub geleistet wird anstelle ihr entgegenzuwirken.
Eine AIDS-Aufklärung, die auf angsterzeugende Informationen setzt, erweist sich somit als unsichere Präventionsmöglichkeit, da die mit der Aufklärung transportierten Angstgefühle beim Rezipienten sehr schnell in eine andere Angstverarbeitung umschlagen können, als dies beabsichtigt war. Es stellt sich außerdem die Frage, wie angsterzeugende Information zu klassifizieren ist und welches Angstniveau als akzeptabel bei der Informationsvermittlung gestaltet werden soll.

Wann also lässt sich eine Verhaltensänderung im Rahmen von AIDS-Aufklärung erreichen?
Wann kann eine AIDS-Aufklärung überhaupt als erfolgversprechend klassifiziert werden?
Salmen nennt fünf Bedingungen, an die das Individuum glauben muss, damit eine AIDS-Aufklärung erfolgreich ist und sich eine Verhaltensänderung erreichen lässt:
1. daran, dass AIDS eine persönliche Bedrohung darstellt, nicht etwa, wovon nur andere betroffen werden.
2. an die Möglichkeit der Prävention
3. an die eigene Fähigkeit, die neuen Verhaltensweisen umzusetzen
4. an die Möglichkeit der Bedürfnisbefriedigung mittels dieser Verhaltensweisen
5. an die Unterstützung dieser Verhaltensweisen, durch gleichermaßen Betroffene (Gruppennorm) (vgl. Salmen 1990, S. 86-87).
Ähnlich argumentiert Rühmann. Er verweist darauf, dass Menschen sich nicht nur durch eine Krankheit persönlich gefährdet fühlen müssen, sondern auch der Überzeugung sein sollten, dass diese Krankheit schwere Konsequenzen, wie z.B. lebensbedrohliche Situationen, für sie hätte. Die Akzeptanz der Veränderung ihres Verhaltens ist an eine sichere Information geknüpft, dass durch diese Verhaltens-

änderung tatsächlich die Krankheit verhindert wird und dass sie in der Lage sind, etwas zu ändern (vgl. Rühmann 1985, S. 156).

Nach Rühmann erreicht AIDS-Aufklärung den Einzelnen also erst dann, wenn eine Kombination von verschiedenen Überzeugungen und Einstellungen gegeben ist, wobei die Vorstellung, dass AIDS nicht nur andere betrifft, sondern auch für das eigene Leben gefährlich sein kann, alleine nicht ausreicht. Auch wenn eine Verhaltensänderung im sexuellen Bereich aufgrund der Einsicht in die über die AIDS-Aufklärung transportierten Informationen möglich ist, so heißt dies noch lange nicht, dass die Verhaltensänderung praktiziert wird. Entscheidend ist hier, so Mühlfeld, ein weiterer Faktor, nämlich über die eigene Fähigkeit zu verfügen, diese Verhaltensänderung auch zu praktizieren. Der Umsetzung von Verhaltensänderungen geht also die Meinung voraus, dass die Veränderungen im Sexualbereich auch praktiziert werden können. Es ließe sich hinzufügen, dass diese Verhaltensänderung auch mit ihrer Identität vereinbar ist und keinen Identitätsverlust darstellt. AIDS-Aufklärung und –Informationen müssen also auch Plausibilitätsmuster für Verhaltensänderungen aufzeigen und verdeutlichen: „Sexualitätserfahrung als Moment der Identitätsgewinnung ist nicht an bestimmte Sexualpraktiken gekoppelt oder nicht nur durch diese zu erreichen“ (Mühlfeld 1988, S. 72). Einfache Antworten und griffige Formeln im Sinne eines Schwarz-Weiß-Denkens sind also zu vermeiden. Aussagen, in denen transportiert wird, dass eine Reduktion der Partner gleichbedeutend ist mit der Reduktion des Risikos sind monokausale Slogans, die in diesem Zusammenhang wenig aussagekräftig sind und zudem noch Zusammenhänge suggerieren, die wissenschaftlich unhaltbar sind.

Ebenso wenig darf eine Abwertung bereits praktizierter risikoreicherer Sexualität erfolgen, da die Betreffenden dann das Gefühl haben, sich falsch zu verhalten, wobei eine Umwertung dieser Verhaltensweisen im Zusammenhang mit AIDS nicht einsichtig ist, selbst wenn er das den Sexualpraktiken inhärente Risiko, sich zu infizieren, nachvollziehen kann. Es muss also ein Umdenken in den Sexualpraktiken erreicht werden, ohne gleichzeitig eine Abwertung der bisher gelebten Sexualität als Interaktionsmedium vorzunehmen (vgl. ebd., S. 72-73). Eine der vielen Schwierigkeiten der wirksamen AIDS-Aufklärung besteht demzufolge auch darin, dass sie (u.a.) über reale Infektionsgefahren und Schutzmöglichkeiten zu informieren hat, im Grunde aber außer dem Verzicht auf „risikoreiche“ Sexu-

alpraktiken keine gleichwertigen positiven Alternativen anzubieten vermag (vgl. ebendaselbst).
Für die erfolgreiche Primärprävention von AIDS kommt es aber weniger auf Individuen, ihr Wissen und ihre Verhaltensvorsätze als vielmehr darauf an, ob Beteiligte in ihrem aufeinander bezogenen Handeln die Immunschwächekrankheit als potentielles Risiko realisieren und sich entsprechend darauf handelnd einstellen können

7.2. Aufgaben praktischer AIDS-Aufklärung

Im Mittelpunkt einer erfolgreichen zielgerichteten Präventionsarbeit zu AIDS müssen sachliche Informationen stehen, die den Medienmetaphern von AIDS in den Köpfen von Menschen entgegenwirken. Um eine positive Fortschreibung der AIDS-Prävention zu ermöglichen, müssen daher erst einmal die Gegebenheiten, so wie sie tatsächlich sind, bekannt gegeben, dargestellt und dokumentiert werden.
Sachliche Informationen können deshalb nur bei folgenden Fragestellungen ansetzen:

- Wie sieht die tatsächliche, dokumentarisch nachweisbare Situation in der BRD denn nun wirklich aus?
- Was - im Sinne von "wieviel" - haben wir eigentlich mit AIDS zu tun?
- Wieviele Erkrankte "gibt es eigentlich" und wieviel Prozent der Bevölkerung sind überhaupt betroffen.
- Was habe "ich" (als persönliches Individuum) eigentlich damit zu tun und in welcher Lebenssituation kann es mich treffen?
- Wann und wie äußert sich die Krankheit, wie kann ich feststellen, ob ich sie habe, und was für eine Art Krankheit ist es eigentlich genau?

Erst dieses an feststellbaren Tatsachen orientierte Wissen um die Wirksamkeit der prophylaktischen Vorsichtsmaßnahmen ermöglicht dabei aus Sicht des Einzelnen nicht zuletzt eine realistische Einschätzung einer möglichen eigenen Betroffenheit, Angst-Weltbilder und Panik-Metaphern werden vermieden oder sind aufgrund dieser AIDS-Aufklärung erst gar nicht möglich.

Gleichzeitig zeigt sich ein größer werdender Differenzierungsbedarf. Detaillierte soziale Erkenntnisse und Strukturen sind notwendig, um spezifische Präventionsstrategien entwickeln zu können, etwa in dem Sinn: Gibt es regionale Schwerpunkte, welche Altersgruppe ist am meisten gefährdet, welches Geschlecht ist am meisten betroffen, gibt es Hauptbetroffenen-Gruppen, wie ist die Partnerschaftssituation, warum gibt es häufiger wechselnde Beziehungen und wie hat sich das Sexualverhalten verändert? Erst wenn diese Bereiche hinreichend Berücksichtigung gefunden haben, wird es möglich sein, gezielte Präventionsstrategien für bestimmte Gruppen (Personen) anzubieten – wobei deren Sozialgefüge ebenso mit berücksichtigt werden muss.
Zudem wurde im Rahmen der AIDS-Aufklärung und –Information auf die Verallgemeinerbarkeit bestimmter Risikosituationen gesetzt, kennzeichnend war ja gerade eine Gleichsetzung des Risikos verschiedener Bevölkerungsgruppen und Verhaltensweisen. Dieser Ansatz der Bundesregierung wurde bereits im Juni 1987 von einem Memorandum der Deutschen AIDS-Hilfe kritisiert. Darin hieß es, dass die Gefahr, die von AIDS für die Allgemeinbevölkerung ausgeht, weithin überschätzt wird und auf neuere Stellungnahmen verwiesen wurde, dass AIDS bis auf weiteres vor allem die bisher bekannten Hauptbetroffenengruppen bedrohen wird (vgl. Goddenthow 1988, S. 27). Die Thesen dieses Memorandums wurden daraufhin vom Bundesgesundheitsministerium als „Verniedlichung der AIDS-Problematik“ bezeichnet (vgl. ebd., S. 28), obwohl die dem Memorandum zugrundeliegenden Annahmen und wissenschaftlichen Schlussfolgerungen sich, wie man heute weiß, als zutreffend erwiesen haben und vermutlich bereits für 1987 zutreffend waren. Kritik wurde auch in der Presse an dem Memorandum der AIDS-Hilfe geübt. So hieß es in der Frankfurter Rundschau: „Wer darf heute, ein paar Jahre nach der Entdeckung von AIDS, schon den Mut haben, für die Allgemeinbevölkerung – wenn auch vorsichtig – Entwarnung zu geben?“ (Goddenthow 1988, S. 28).

Sicherlich wurden mit den Aufklärungskampagnen der Bundesregierung sehr viele Menschen angesprochen, es gibt allerdings kein Pauschal- oder Universalkonzept, das alle unterschiedlichen Personen gleichermaßen anspricht bzw. aufklärt. Wenn es das gäbe, hätten wir das Problem AIDS weltweit im Griff. Die gleichermaßen an Hetero- wie Homosexuelle gerichtete Aufklärung hat jedoch gezeigt,

dass ein erhöhter Bedarf für Präventionsanstrengungen in den Hauptbetroffenengruppen besteht. Letztendlich kann dies auch auch als Konsequenz einer sachlichen AIDS-Aufklärung verstanden werden, dass nämlich nicht von einer heterosexuellen Betroffenheit gesprochen wird, denn diese ist kaum existent und das Risiko einer Infektion für Heterosexuelle kann überhaupt nicht mit den Risiken innerhalb der Hauptbetroffenengruppen verglichen werden.

Präventionsanstrengungen für diese Gruppen müssen im Hinblick auf Sprache und Inhalte dem Denken und dem Verhalten dieser Gruppen angemessen sein. In der Regel sind Präventionskampagnen mittelschichtorientiert, dies bedeutet, dass die damit verbreiteten Informationen und Kenntnisse „mit Zunahme soziodemographischer Faktoren wie Bildung und Beruf stärker verbreitet sind und sich eher durchsetzen lassen“ (Venrath 1994, S. 190).

Für andere, weniger gebildete Adressaten gilt jedoch, dass eine Präventionsbotschaft, die von einer Risikogruppe nicht verstanden wird, nicht erfolgreich ist, da der Einzelne auf diese Information keine eigenen Präventionsanstrengungen aufbauen kann. Letzlich gilt auch hier, dass nicht verallgemeinert werden darf, sondern eine gute Aufklärungsarbeit wird darauf hinauslaufen, verschiedene Gruppen auf verschiedene Art und Weise, nämlich in der Sprache des Milieus und in der Sprache dieser Gruppen, anzusprechen. Gerade szenennahe Aufklärungsmaßnahmen „erfordern und ermöglichen ferner den Gebrauch einer angemessenen, d.h. zielgruppenspezifischen Sprache. Trotz szenetypischer Formulierungen – oder gerade durch den Gebrauch des speziellen Jargons des jeweiligen Adressaten – kann und muß die Präventionsaussage in aller Klarheit herausgestellt werden“ (Wolters 1989, S. 82). Dies ist auch damit verbunden, mögliches Risikoverhalten beim Namen zu nennen und klar darzustellen, ohne Tabus (vgl. ebendaselbst). Beschönigende Umschreibungen sind trotz vieler Probleme von Menschen, offen und detailliert über Sexualität zu sprechen, wenig erfolgversprechend, da auf diese Weise der Eindruck geweckt wird, es „gehöre sich nicht“, offen über Sexualität zu sprechen. Die Sache muß daher ohne „Wenn und Aber“ so direkt wie möglich angesprochen werden und damit in einer dezenten und normalen Art und Weise, die die besondere Natur sexuellen Verhaltens eher herunterspielt als betont (vgl. Wolters 1989, S. 103).

Letzlich erfolgt zielgerichtete AIDS-Aufklärung in diesem Sinne also unter Einbeziehung der sozialen Wirklichkeit, sie ist ohne die Frage nach einer an der Wirklichkeit orientierten Information, auch der Adressaten und der gefährdeten Personengruppen, nicht denkbar, droht fiktional und sachunangemessen zu werden, wie gerade die Ausführungen zur Berichterstattung über AIDS gezeigt haben und verfehlt somit auch das Ziel, das wirkliche Verhalten von Menschen zu verändern.

Allerdings verkleinert AIDS-Aufklärung, der es also nicht um kollektive Verhaltensänderung geht und jede über diese Verallgemeinerbarkeit herausgehende Präventionsforderung zwangsläufig die Zahl der überhaupt zur Prävention bereiten Personen (vgl. Venrath 1994, S. 190). Demzufolge müssten sowohl die Situationen, in denen zur Prävention geraten wird, eindeutiger definiert werden, als auch Aussagen darüber gemacht werden, welches Verhalten – nach realistischer Einschätzung – überhaupt verändert werden kann. Entsprechend sinnvoll wäre es, die Bedingungen für eine konsequente Prävention zu vereinfachen (vgl. Venrath 1994, S. 190). Dies bedeutet, dass Präventionskampagnen nicht nur addressatenspezifisch ausgerichtet sein sollten, sondern weiterhin noch nach bestimmten Situationen zu differenzieren ist.

Weiterhin begründen gerade die in der Gesellschaft längst gängigen Diskriminierungen von HIV-Infizierten die Notwendigkeit, dass AIDS-Prävention neben der Vermittlung auch die Reduzierung von Diskrimierungsbereitschaft zum Ziel haben sollte (vgl. Schütte 1995, S. 2). Eng damit verbunden sind Informationen und politische Maßnahmen zur Gleichstellung und Entkriminalisierung der Hauptbetroffenengruppen (vgl. Salmen 1990, S. 97). Eine erfolgreiche AIDS-Aufklärung sollte also nicht nur eine Verhaltensänderung im Auge haben, sondern auch auf eine Einstellungsänderung abzielen.

7.3. Sprechstunden, persönliche Beratung und HIV-Tests

Der in Verbindung mit dem HIV-Test angebotenen Beratung kommt im Rahmen der AIDS-Prävention weiterhin ein zentraler Stellenwert zu, da dieses Gespräch den einzigen Kontakt darstellt, in dem direkt und unvermittelt auf Verhaltensänderung hingewirkt und überzeugt werden kann. Der AIDS-Test kann bedauerlicherweise auch durchgeführt werden, ohne dass der Berater persönliche Hinter-

gründe des Testanten kennt, rechtlich abgesichert werden muss lediglich der verstrichene Zeitraum von 3 Monaten, die Serokonversionslatenz.

Beratung ist ein strukturierter Prozeß, in dem von erfahrenen Beratern den Beratungsbedürtigen psycho-soziale Lebenshilfe durch Lösungen-suchende Gespräche angeboten wird (vgl. Wolters 1989, S. 105). AIDS-Beratung kann in diesem Zusammenhang nur als „Krisenmanagement“ für von Problemen der HIV-Infektion (-sverhütung) oder AIDS betroffenen Personen verstanden werden.
Grundlegend für eine Beratung ist eine angemessene, vertrauensvolle Atmosphäre, in der dem Ratsuchenden nicht nur Akzeptanz und Entgegenkommen vermittelt wird, sondern auch die Grundlage dafür geschaffen wird, ein offenes Gespräch zu ermöglichen. Da es gerade in dem Rahmen dieses Gesprächs um sehr persönliche und intime Details geht, über die zu sprechen vielen schwer fällt und für die sie möglicherweise nicht die richtigen Worte haben, kommt der vom Berater zu schaffenden Atmosphäre ein höherer Stellenwert zu als in vergleichbaren psychosozialen Beratungssituationen.
Beratung wird in diesem Sinne verstanden „als eine „zwischenmenschliche Beziehung“, in deren Verlauf eine Person bemüht ist, einer anderen zu helfen, deren Probleme zu verstehen und sie zu bewältigen (zu helfen)“ (Wolters 1989, S. 105). Wegen des präventiven Charakters eines Krisenmanagements durch Beratung gilt diese traditionellerweise als „Vorstufe von Behandlung oder Therapie“ oder als „kleine Therapie“, die sich lediglich durch theoretische und praktische Vereinfachung und Reduktion auf pragmatische Regelsätze von psychologischen „Mutterkonzepten“ unterscheidet (vgl. ebd., S. 106).

Nicht zu empfehlen ist hier eine telefonische Beratung, um die vor allem AIDS-Hilfen von Ratsuchenden gebeten werden. Optimale Unterstützung kann einem Ratsuchenden nur in einem persönlichen Gespräch ermöglicht werden, denn mit der Initiative des Ratsuchenden, sich an eine andere Person zu wenden, um zu entscheiden, ob der AIDS-Test durchgeführt werden soll, ist eine (oft auch verzweifelte) Bitte um psychologische Hilfe verbunden. Der Ratsuchende hofft darauf, seine Gefühle, Ängste und Vorstellungen einem anderen (eventuell sogar dafür geschulten) Menschen nahezubringen, er hofft darauf, voll verstanden und akzeptiert werden und auch eventuell bestehende Wissenslücken über das Thema

AIDS zu schließen. Mit dem Beratungsgespräch ist aufseiten des Ratsuchenden die Hoffnung auf entlastende Einsichten verbunden, ein Bewältigungsprogramm, das ihm hilft, mit seinen Problemen fertigzuwerden (vgl. Zenz 1989a, S. 164). Diese psychosoziale Unterstützung kann dem Ratsuchenden, der sich mit dem Gedanken trägt, einen AIDS-Test machen zu lassen, nur in der vertrauensvollen Atmosphäre gewährt werden.

Beratungsgespräche zu AIDS fordern eine spezifische Kompetenz und in Grenzsituationen die Bereitschaft zu besonderem Beistand. Dazu gehört zuerst, dass das Gespräch in einer entspannten Atmosphäre stattfindet, die durch entsprechendes Setting gekennzeichnet ist. Dazu gehören auch ganz einfache Dinge, wie z.B., dass der Berater darauf eingestellt ist, bei Bedarf auch eine Tasse Tee oder ein andere Getränk anbieten zu können. Für viele Menschen ist die Entscheidung, sich im Hinblick auf einen AIDS-Test beraten zu lassen, mit einer immensen psychischen Belastung verbunden. Der für den Berater alltägliche Umgang mit dem Thema AIDS ist aus Sicht des Testanten ein Wagnis auf Leben und Tod. Es handelt sich für ihn um eine Ausnahmesituation, die er einmal, höchstens jedoch einige Male im Leben durchläuft. Dieser Test wird eine endgültige Aussage darüber treffen, ob er HIV-positiv ist oder nicht, ob er weitere Sexualkontakte unterhalten kann, ohne andere Menschen zu infizieren, ob seine bisherigen Sozialkontakte beendet sein werden oder nicht, letztendlich sogar, ob er sich mit dem Tode vertraut machen muss oder nicht. Auf diese und ähnliche Situationen vorbereitet zu sein, sollte eigentlich Standard sein für einen Berater in der praktischen AIDS-Arbeit.

Das zu schaffende Vertrauen in der persönlichen Beratungssituation spiegelt sich in der Atmosphäre der Gesprächssituation und den Einstellungen des Beraters wider. Wer als Berater das Sexualverhalten des anderen mit moralischen Urteilen überfrachtet, kündigt den Vertrauenskredit auf, gefährdet eine Akzeptanz präventiver Verhaltensformen und begünstigt möglicherweise in der Zurückweisung des Ratsuchungen die Ausbreitung des HI-Virus, da der Ratsuchende, der möglicherweise bereits infiziert ist, sich aufgrund der Zurückweisung weiter zurückzieht und die erfahrene Ablehnung als Verachtung staatlich-offizieller Hilfsangebote verstehen kann und dann gar nicht mehr für Präventionsangebote zu gewinnen ist.

Erst eine Realisierung des Vertrauenskredits ermöglicht dem Beratenden die Prävention als Möglichkeit, um hier im Rahmen einer Einschätzung der Sexualpraktiken Verhaltensweisen zu erarbeiten, die wirksam werden können (vgl. Mühlfeld 1988, S. 73). Abzulehnen sind hier wertende Gespräche über ein bestimmtes Sexualverhalten, das sich Attributionen von „richtig“ und „falsch“ bedient. Soll über Beratungsgespräche auch risikoreicheren Sexualpraktiken entgegengewirkt und die Praktizierung von weniger riskanten Sexualpraktiken erreicht werden, so wirken gerade die Abwertungen des vom zu Beratenden dem Berater in der Offenheit des bereits geschaffenen Vertrauens anvertrauten Sexualverhaltens kontraproduktiv und stellen einen schweren Vertrauensbruch dar.

Abzulehnen sind hier direkte Verfahren der Gesprächsführung; durch nondirektive Verfahren, wie sie z.B. Carl Rogers in seiner klienzentrierten Gesprächspsychotherapie entwickelt hat, werden Menschen, die möglicherweise HIV-infiziert sind, ganz andere Möglichkeiten der Gegenüberstellung mit einem anderen Menschen vermittelt. Dies bedeutet, dass der Berater keine führende Rolle im Gespräch übernehmen soll, kontraproduktiv für das Selbstwertgefühl des Gesprächspartners sind auch Fragen, Drängen, Bewerten, Lenken, was verhindert, dass der Patient zu einer eigenständigen Persönlichkeit wird (vgl. Rieger/Schmidt-Hieber 1979, S. 47). Dies bedeutet, dass gerade das vom Testanten geschilderte Sexualverhalten, mag es auch noch so ungewöhnlich und bizarr sein, vom Berater nicht mit eigenen Beurteilungen oder Bewertungen belegt wird.
Grundlage dieser nicht-direktiven Gesprächsführung ist vor allem die Empathie. Mit einfühlendem Verstehen soll sich der Berater dabei auf den inneren Bezugsrahmens des Klienten einlassen und damit dessen subjektive Realität anerkennen. (vgl. Brauns 1979, S. 198). Das Merkmal der emotionalen Zuwendung steht für das vollständige und bedingungsfreie Akzeptieren des Testanten seitens des Beraters. Für Zenz sind diese Facetten der Gesprächssituation durch bedingungslose Hochachtung gegenüber dem Gesprächspartner und emotionale Wärme gekennzeichnet (vgl. Zenz 1989a, S. 159). Manche Testanten sind einfach „fertig“ und empfinden es als positiv, wenn sie im Gespräch aufgefangen werden.
Nicht zuletzt ist diese Empathie auch ein Mittel, beim Gegenüber eine maximale Ausdrucks- und Mitteilungsbereitschaft zu erzeugen, um dem Testanten so zu ermöglichen, in einer möglichst vertrauensvollen Atmosphäre über seine Sexuali-

tät, vor allem die konkrete Übertragungssituation (-möglichkeit) zu sprechen, was wiederum genaue Rückschlüsse auf den eventuellen Übertragungsweg ermöglicht. Gerade die uneingeschränkte Akzeptanz des Gegenübers durch den Berater kann dabei als emotionale Zuwendung nicht zuletzt eine wichtige Bereicherung des Selbstwertgefühls eines HIV-Infizierten sein.

Auch Wolters empfiehlt nicht-direktive Verfahren für die Gesprächsführung im Rahmen von Beratungssituationen zu AIDS. Er nennt folgende acht Gebote der AIDS-Beratung:

- Wertfreiheit („Gib kein Werturteil ab“),
- Empathie („Sei einfühlsam“),
- non-direktive Gesprächsführung („Gib keine Anweisungen“),
- Gebrauch offener Fragen („Frage nie warum“),
- Selbsthilfecharakter („Nimm anderen nicht die Verantwortung für ihre Probleme ab“),
- Zurückhaltung („Interpretiere nicht“),
- Momentausrichtung („Halte dich an das Hier und Jetzt“)
- Gefühlsarbeit („Halte dich in erster Linie an die Gefühle“) (vgl. Wolters 1989, S. 106-107).

Diese Gebote basieren auf der Überlegung, „daß die Klienten grundsätzlich ihre Problemlage und mögliche Lösungsstrategien am besten kennen bzw. entwickeln können und nur im Moment wegen einer Konfrontation mit belastenden Ereignissen durch emotionale Konflikte, Unsicherheit und Insuffizienzgefühle ihre eigenen Möglichkeiten nicht erkennen“ (ebd., S. 107).

Zenz verweist weiterhin auf die Echtheit in der eigenen Kommunikation, mit der der Berater dem Gesprächspartner ehrlich gegenübertritt: „Echt ist man, wenn man sich dem Gesprächspartner gegenüber als die Person zu erkennen gibt, die man ist, und nicht als diejenige, die man „zu spielen“ gelernt hat. Unecht verhält man sich, wenn man seine geistige oder physische Überlegenheit zur Schau stellt, mit seiner Bildung prahlt, sich hinter der beruflichen Attitüde verbirgt; wenn man in Gedanken, Worten und Gesten den anderen belügt, statt sich um Aufrichtigkeit zu bemühen“ (Zenz 1989a, S. 159).

Inhaltlich sollte das Gespräch in der AIDS-Beratung genau herauskristallisieren, ob der Testant auch bereit ist, mit einer ihm vollkommen fremden Person über die

individuelle, oft sehr intime Situation, die den Anlass zur Durchführung eines AIDS-Test gegeben hat, zu sprechen. Sollte es möglich seinder Testant bereit sein, über seine individuelle Risikosituation zu sprechen, so kann der AIDS-Berater anschließend detaillierten Bezug nehmen mit dem Ziel und Inhalt, eine genaue Risikoanalyse spezifisch für diese Situation und damit den Testanten zu erstellen. Das kann eine große und wichtige Hilfestellung sein, z.B. um Ängste bzgl. eines evtl. positiven Testergebnisses abzubauen. Das Gespräch des Beraters ist also eher als behutsames Beratungsangebot zu bezeichnen, das einfühlsam zu erfolgen hat und nur dann fortgesetzt werden sollte, wenn der Testant dieses „sanfte“ Angebot annimmt. Gegebenenfalls kann der Berater das Angebot nach einem längeren Gespräch, das einem ersten Kennenlernen diente, vorsichtig wiederholen, aber stets ohne den Testanten unter Druck zu setzen.
Es geht nicht darum, den Testanten unter allen Umständen zum Sprechen zu bringen. Es ist nicht Ziel einer AIDS-Beratung, möglicherweise noch mit rhetorischer Versiertheit oder mit psychologischer Beeinflussung das Intimleben der Testanten in jedem Fall offen zu legen. Das einfühlende Verstehen gegenüber den Testanten bedeutet auch, dass die Privatsphäre der Testanten in jedem Fall Vorrang hat.

Wichtigster Bestandteil dieses Gesprächs ist die individuelle, auf die jeweilige Person zugeschnittene Risikoanalyse. Diese Risikoanalyse ist als differenzierte AIDS-Prävention durchzuführen und kann nicht auf pauschalen Zuschreibungen des Infektionsrisikos, bei dem möglicherweise die Betroffenheit hetereosexueller und homosexueller Sexualpartner gleichgesetzt wird, basieren. Die Risisikoanalyse kann, da ihr sachliche Informationen des wirklichen Risikos zugrundeliegen, bei den Testanten häufig Ängste abbauen. Eine detaillierte Informiertheit des Beraters ist hier selbstverständlich, wobei der Berater also sehr wohl in der Lage sein sollte, die genauen Übertragungswege und –möglichkeiten zu kennen, um damit die Risikoanalyse zu verifizieren.
Auch die Einschätzung der Betroffenheitssituation in der jeweiligen Region, in der die Beratung oder die Risikoanalyse vorgenommen wird, ist in diesem Zusammenhang von großer Bedeutung. Hat ein Testant z.B. in Berlin gelebt, wo ein relativ hohes Risiko festzustellen war, so ist die Situation in einer Kleinstadt mit einem an und für sich geringeren Risiko völlig anders. Auch hier sollte es das Ziel des Beraters sein, durch das Gespräch möglichst detailliert auf die speziellen Le-

bensumstände des Testanten einzugehen und Risikosituationen, die so nicht existieren oder die vom Testanten als zu hoch eingeschätzt sind, als solche benennen, um hier sachlich zu informieren und Ängste abzubauen.

Dies beinhaltet ebenfalls eine Aufklärung über die Konsequenzen eines möglichen positiven Testergebnisses. Es ist selbstverständlich, dass solche Informationen dem individuellen Gespräch und den vom Testanten geschilderten Risikosituationen angemessen Rechnung tragen. Schildert ein Testant z.B. ein durchschnittliches bis geringes Risiko, so erscheint es mir falsch, wenig sinnvoll und psychologisch äußerst bedenklich, ihn auf eine mögliche Auseinandersetzung mit dem Tode vorzubereiten und damit implizit zu unterstellen, dass auch ein geringes Infektionsrisiko ebenso konsequent zu AIDS führen müsse wie ein außerordentlich hohes Risiko. Beratungssituationen, in denen der Berater diese Risiken weder graduell noch einer grundsätzlichen Risikodifferenzierung unterzieht und die betroffenen Personen perse mit der Möglichkeit eines frühen Todes konfrontiert, stellen für die Testanten eine zusätzliche – in dieser Phase der Beratung absolut unnötige – enorme psychische Belastung dar, obwohl das vom Testanten benannte geringe Risiko diese Schlussfolgerung keinesfalls nahelegt. Durch meine langjährigen Erfahrungen in der AIDS-Beratung und –prophylaxe ist mir bekannt, dass Testanten vielfach sogar ein monokausaler Zusammenhang zwischen dem Test und seinem frühzeitigen Tod suggeriert wird, indem mit Fragen wie „Wollen sie überhaupt den Test durchführen – es könnte auch ihr (vorzeitiges) Todesurteil sein?“ auf unverantwortliche Weise ein positives Testergebnis als sicher vorausgesetzt wird. Gerade vor dem Hintergrund der realen Betroffenheitszahlen in der BRD, die z.B. auch durch die Zahlen aller vom Gesundheitsamt Mülheim a.d. Ruhr durchgeführten AIDS-Tests bestätigt werden, ist es unverantwortlich, Testanten einen derartigen Zusammenhang zu suggerieren. Einem qualifizierten Berater sollten daher nicht nur diese Relationen von positiven und negativen AIDS-Tests bekannt sein, er sollte sich mit derartigen Fragen nicht in den Bereich der medialen Angst-Metaphern und fiktionaler AIDS-Darstellung begeben; die Sachangemessenheit der AIDS-Beratung ist gerade an ihrem informativen und präventiv ausgerichteten Charakter erkennbar. Grundsätzlich bleibt der AIDS-Test ein Test nach der Frage auf Leben und Tod, was den Testanten durchaus bewusst ist, von daher ist das Angstpotential auch entsprechend hoch. Gerade mit dem Be-

wusstsein um diese Situation sollte es die Aufgabe eines verantwortungsvollen Beraters sein, hier nicht weitere Ängste und mögliche Todesgedanken aufzubauen bzw. auszuweiten sondern er sollte ganz im Gegenteil einfühlend unterstützend Ängste abbauen, beruhigend einwirken und die Kompetenz zur Eigenverantwortung fördern.

Selbstverständlich kann im Beratungsgespräch auch die Möglichkeit zu sterben angesprochen werden, aber der Berater sollte von sich aus dieses Thema nur dann behandeln, wenn die individuelle Situation nach erfolgter Risikoanalyse des Ratsuchenden dies nahe legt.
Auch die Anzahl der Personen, die gleichzeitig bzw. gemeinsam den Test durchführen wollen, kann für die Beratung ebenso von größerer Bedeutung sein. In vielen Städten werden AIDS-Tests nur mit maximal einer Person durchgeführt, selbst dann, wenn z.B. ein Paar den ausdrücklichen Wunsch nach einer gemeinsamen AIDS-Testberatung hat. mit der Folge, dass hier zwei Einzelberatungen mit anschließenden Testen durchgeführt werden. In meiner praktischen Arbeit respektiere ich den Wunsch vieler Ratsuchenden nach einem gemeinsamen Beratungsgespräch, da es für viele offensichtlich leichter ist, den vielfach als schwere Belastung, und mit starken Angstgefühlen verbundenen, Test, zusammen mit dem Partner zu machen, zumal dieser Partner in aller Regel auch der jeweilige Intim- bzw. Sexualpartner ist. Ein nur auf Einzelpersonen ausgerichtetes Testangebot kann zwischen den Beziehungspartnern zu Unverständnis und Misstrauen führen, da z.B. in Partnerschaften mit dem AIDS-Test auch präventiv auf ein verantwortungsvolles Sexualverhalten hingewirkt werden soll was mit dem gegenseitigen Vertrauen beider Sexualpartner verbunden ist. Dies kann über ein getrenntes Testen nur schwieriger aufgebaut werden, da die Sexualpartner keine Kenntnis vom Test des anderen haben, sich folglich später ohne fremde Hilfe darüber verständigen müssen. Im Rahmen einer Paar-Beratung haben sie die Möglichkeit in einer geschützten Atmosphäre über ihr gemeinsames Sexualerleben auch gemeinsam zu reden, und evtl. mit der professionellen Unterstützung des Beraters vorhandene Hemmschwellen und Ängste abzubauen.
Etwas differenzierter ist die gemeinsame Ergebnisbekanntgabe zu betrachten, zumindest für den Fall, dass eines der beiden Ergebnisse des gemeinsam durchgeführten Testes positiv ist. Hier sollte bereits im ersten Beratungsgespräch durch

den Berater deutlich darauf hingewiesen werden, dass er unter bestimmten Bedingungen eine getrennte Ergebnismitteilung für sinnvoll hält. Ansonsten ist auch gegen eine gemeinsame Ergebnisbekanntgabe nichts einzuwenden.
Ein anderes Problem für die Transparenz eines AIDS-Testes gegenüber einem Partner kann weiterhin der Umstand sein, dass die Gesundheitsämter im Regelfall kein schriftliches Testergebnis ausstellen. Ein Paar, das getrennt getestet wird, hat also keinen schriftlichen Beleg, der dem Partner im Sinne eines Beweises „vorgezeigt" werden könnte. Wird der Test also einzeln bzw. getrennt durchgeführt, bleibt für die Partner nur die gegenseitige mündliche Aussage über das Testergebnis. Sie müssen damit dem Wahrheitsgehalt dieser Aussage vertrauen, was unter Umständen in manchen Paarbeziehungen vor dem Hintergrund problematischer Ereignisse im Vorfeld durchaus zu Konflikten und Misstrauen führen kann.

Diese Beschreibungen machen deutlich, dass die gemeinsame Ergebnisbekanntgabe durchaus mehrere, unter unterschiedlichen Aspekten zu sehende wichtige Hilfestellungen, Erleichterungen und Vereinfachungen mit sich bringen kann, die sogar entscheidend für die Testdurchführung sein kann. Eine gemeinsame Beratung kann gezielt und konkret dazu beitragen, umfassende individuelle Verhaltensstrategien für das jeweilige Paar zu entwickeln, damit sie nach dem Test eigenverantwortlich im Sinne der AIDS-Prävention handeln.

Vor dem Hintergrund dieser unterschiedlichen Darstellungen sollte beim hochsensiblen Themenbereich AIDS das Angebot eines gemeinsamen Testes für einen qualifizierten Berater professioneller Standard im Umgang mit seinen Klienten sein.

Leider scheint es immer noch vorzukommen, daß positive Test-Ergebnisse telefnosch oder per Post mitgeteilt oder von Ärzten wie ein Rezept mit lapidaren Floskeln der Anteilnahme übergeben werden. Wolters bemerkt, dass die Tragweite dieser „lebensentscheidenden Information" von den Ärzten entweder völlig verkannt wird oder der Konfrontation mit den (Reaktionen der) Betroffenen aus eigener Unsicherheit ausgewichen wird (vgl. Wolters 1989, S. 97). Gerade weil kurze Zeit nach der Bekanntgabe des Testergebnisses der HIV-Infizierte von Todes- und Vernichtungsangst, tiefer Trauer und der Verzweiflung geprägt ist und es

sogar zu schweren Depressionen und einer erhöhten Selbstmordgefahr kommen kann, darf der HIV-Infizierte unmittelbar nach der Bekanntgabe des Testergebnisses nicht allein gelassen werden. Bei einer über die Mitteilung des Ergebnisses hinausgehenden Beratung wird großer Wert auf eine emotionale Stützung des Betroffenen gelegt werden müssen. Wer dem Testanten das positive Ergebnis mitteilt, sollte sich daher emotional so auf ein Gespräch einlassen, wie es die menschliche Situation des Getroffenen vom ihm erfordert. Zenz nennt folgende Aufgaben, die dieses Aufklärungs- und Betreuungsgespräch erfüllen sollte:

1. Informative Funktion: Der Betroffene wird genau über den Befund unterrichtet, Fragen werden kompetent und sachlich beantwortet
2. Diagnostische Funktion: Beurteilung, welche physischen und psychischen Prozesse durch die Informationen auftreten können
3. Therapeutische Funktion: Emotionale Unterstützung des Betroffenen
4. Präventive Funktion: Beratung, welche Möglichkeiten für den Betroffenen bestehen, seine Gesundheit aufrechtzuerhalten
5. Sozialpädagogische Funktion: Angebot der Hilfe bei Alltagsproblemen (vgl. Zenz 1989a, S. 164).

Ein Ziel muss es sein, gemeinsam einen Verhaltensplan zur Gesundheitsverbesserung oder –erhaltung und zur Reduzierung des Risikos zu entwerfen (vgl. Wolters 1989, S. 97).

Beratung muss darüber hinaus verdeutlichen, dass ein negatives Testergebnis keine absolute Sicherheit bedeutet. Im Beratungsgespräch ist eine Aufarbeitung des Gesamtzusammenhanges notwendig, eine alleinige Konzentration auf das Verfahren und den Verfahrensablauf bleibt ein problematisches Unterfangen (vgl. Mühlfeld 1988, S. 74).

Nicht zuletzt sollte der Berater darüber informieren, dass testnegativ nicht bedeutet:

- Dass das Individuum sich über sein Sexualverhalten (Sexualpraktiken, Kontakt mit Körpersekreten usw.) für die Zukunft keine Gedanken zu machen braucht.
- Dass es gegen das Virus immun ist;
- Dass es sich nicht mit dem Virus infizieren kann

Eine weitere Unzulänglichkeit ist nach meinem Verständnis die Tatsache, dass für Frauen der AIDS-Test bei Ärzten kostenlos ist, wenn sie schwanger sind. Dieses Angebot wird heute recht häufig angenommen. Bei einem positiven Testergebnis steht die Frau jedoch völlig alleine da, denn es gibt keine psycho-soziale Betreuung für ihr spezielles Problem ihrer Schwangerschaft. Hier wäre eine Ergänzung des Beratungsangebots mit speziellen Hilfsangeboten und Fragestellungen wünschenswert, und zwar dergestalt, daß Frauen oder Paare bereits dann, wenn "nur" ein Kindeswunsch vorliegt, den AIDS-Test kostenlos bei ihrem Arzt machen lassen können. Diese Verfahrensweise könnte dazu beitragen, große Ängste und damit auch die psychische Belastung während der Schwangerschaft zu senken oder besser noch zu vermeiden. Ebenso könnte die Befähigung zu einer konkreten Entscheidungsfindung für oder gegen den Kindeswunsch - im Falle eines positiven Testergebnisses - gesteigert werden, ohne dass das ungeborene Leben bereits davon mitbetroffen wäre.

7.4. Weiterbildungsseminare für den AIDS-Bereich

Die bereits aufgeführten Implikationen einer erfolgreichen und sachangemessenen AIDS-Aufklärung sind umsetzbar im Rahmen von Weiterbildungs- und Informationsseminaren, die ein wesentlicher Bestandteil der praktischen AIDS-Arbeit sind.

Weiterbildungsseminare zu AIDS werden teilweise von den Gesundheitsämtern der Städte in Zusammenarbeit mit dem AIDS-Koordinator angeboten. Als zuständiger AIDS-Koordinator der Stadt Mülheim a. d. Ruhr führe ich im Schnitt pro Jahr 30-40 Seminare durch. Diese Seminare dienen der Prävention von AIDS, um der Gefahr einer weiteren Ausweitung von AIDS in Deutschland vorzubeugen und sollen darüber hinaus genaue Kenntnisse über den Verlauf, den AIDS-Test und Schutzmaßnahmen wie z.B. korrekte Anwendung von Kondomen etc. vermitteln. Die Teilnahme an diesen Seminaren ist freiwillig, für manche Berufsgruppen aber verpflichtend, so z.B. für Mitarbeiter der Feuerwehr, die den Krankentransport fahren oder alle in der Ausbildung befindlichen KrankenpflegerInnen, da diese Personen berufsbedingt einem höheren Verletzungsrisiko ausgesetzt sind. Weitere Zielgruppen der Seminare sind u.a. alle interessierten Mitarbeiter der Polizei, der Altenpflege, der Behindertenbetreuung, von kirchlichen Verbänden, der

Wohlfahrtsverbände, anderer kommunalen und nicht-kommunalen Einrichtungen im Einzugsgebiet der Stadt etc. Ein wichtiger Schwerpunkt ist die AIDS-Prävention bei Jugendlichen im Rahmen des Schulunterrichtes. Im Laufe meiner Tätigkeit als AIDS-Koordinator suchte und verstärkte ich die Kooperation mit den ortsansässigen Schulen und Lehrern, entwickelte pädagogische Konzepte und entsprechende Unterrichtseinheiten, die mittlerweile als fester Bestandteil der AIDS-Prävention an den Schulen etabliert sind. Eine weitere Säule der Kooperation mit den Schulen vor Ort ist die Aus- und Weiterbildung von Lehrern im Sinne der Multiplikatorenfunktion

Zielgruppen der Seminare sind also sowohl Erwachsene, vorrangig im Bereich der potentiell betroffenen Berufsgruppen wie Feuerwehr, Polizei, Krankenhauspersonal/Ärzte, und Sonstige als auch Jugendliche, z.B. zu erreichen in Jugendheimen, und SchülerInnen der Jahrgangsstufen 8 – 10. Klasse aller Schulformen.

Ebenso unterschiedlich gestalten sich die Seminarformen in Bezug auf den Zeitrahmen und die daraus resultierenden Inhalte. Das Angebot richtet sich an den Wünschen der jeweiligen Zielgruppen aus und erstreckt sich dabei über Einheiten von 4 Stunden oder mehr zusammenhängenden Stunden, über Abendveranstaltungen, Ganztagsveranstaltungen bis hin zu mehrtätigen Wochenendseminaren. Die Teilnehmerzahl begrenze ich möglichst auf etwa 20 Personen, zum einen aufgrund der Intimität des Themas und zum anderen kann in einer kleineren Gruppe pädagogisch effektiver gearbeitet werden. Schulklassen können häufig durch den Lehrplan bedingt nur im Klassenverbund unterrichtet werden, und stellen somit unter pädagogischen Aspekten leider keine optimale Ausgangsbasis dar.

Die Berücksichtigung all dieser Variablen erfordert eine genaue Analyse der jeweiligen Situation und damit verknüpft geht die Entwicklung und Fortschreibung spezifischer Konzepte einher, um die jeweiligen Zielgruppen methodisch-didaktisch optimal zu erreichen.

Die optimale Prävention von AIDS im Hinblick auf Sachangemessenheit beginnt in diesen Seminaren bei dem an feststellbaren Tatsachen orientierten Wissen um das Risiko einer HIV-Infektion. Ich eröffne die Seminare stets damit, die Seminarteilnehmer auf die Wirklichkeit der Tatsachen hinzuweisen und der Fiktionalisierung durch AIDS aufgrund der Medien-Metaphern entgegenzuwirken.

Die Seminar-Teilnehmer werden aufgefordert, grobe, wichtige Grundinformationen zu AIDS, z.B.: tödlicher Verlauf, ansteckende Krankheit, Übertragung durch Viren usw. zu benennen, welche ich auf einer Tafel o.ä. notiere. Diese (gängigen) vorhandenen Informationen zu AIDS werden von den Seminarteilnehmern frei ohne Vorgabe entwickelt.
Ein sehr wichtiges Kritierium bei dieser Datensammlung ist die Einschätzung der Betroffenheitsrate in der BRD. Möglichst viele Teilnehmer sollen ihre Einschätzung geben, wie hoch die AIDS-Betroffenheit in der BRD ihrer Meinung nach wirklich ist. Meist stehen dabei Zahlen um die 30 % zur Disposition, manchmal auch über 50 %, selten werden Zahlen von 10 oder weniger Prozent genannt. Diese Angaben bestätige ich scheinbar und motiviere weitere Teilnehmer zur Beteiligung, so dass möglichst viele Teilnehmer ein Statement abgeben. Nun bestärke ich die Seminarteilnehmer bezüglich ihrer Einschätzungen und weise darauf hin, dass sie sich ja bereits informiert hätten und offensichtlich über eine fundierte Kenntnis über AIDS verfügen. Auf der Grundlage dieser Schätzungen werden dann weitere hypothetische Überlegungen aufgebaut. Die Teilnehmer werden aufgefordert, mit den nun vorhandenen Daten weitere „Zahlenspielereien“ und entsprechende Szenarien zu entwickeln. Wenn also, so lautet die nächste Frage, z.B. 30 % der Bevölkerung infiziert sind, was ist dann in einigen Jahren? Wie sind die Perspektiven für die Bevölkerung in Deutschland? Die Konsequenzen dieser scheinbar gesamtgesellschaftlichen Gefährdung durch AIDS ergeben sich dann aus den eigenen Gedanken der Seminarteilnehmer, die im Laufe dieser Interaktionen die richtigen Schlussfolgerungen ziehen und darauf verweisen, dass die Bevölkerung ja dann in wenigen Jahren ausgestorben wäre. Ihre Auseinandersetzung mit den von ihnen anfangs genannten Zahlen, zeigt ihnen die Diskrepanzen, sie können also nicht stimmen. Die genannten Prozentzahlen basieren also auf Spekulationen oder ganz einfach auf Falschinformationen.

Im weiteren Verlauf führen Rückfragen aufgrund der von den Seminarteilnehmern selbst gemachten Überlegungen zur Darstellung der wirklichen Betroffenheit. Die Tatsache, dass die Seminarteilnehmer durch die Auseinandersetzung mit dem Zahlenmaterial eigenständig erkennen konnten, dass ihre aufgrund einer falschen Darstellung der Betroffenheit in den Medien zustandegekommene unrealistische Einschätzung von AIDS falsch ist, sind damit auch bereit,sich auf andere

Informationen einzustellen und diese aufzunehmen und die reale Zahl der Betroffenheitsrate von AIDS zu akzeptieren. Sie sind bereit, ihre eigenen Behauptungen zu hinterfragen und neue Informationen zu verinnerlichen, sie sind bereit, von einem „neuen Denkmodell“ auszugehen. Sie können in der Folge auch verstehen, dass nicht jeder Übertragungsweg zu AIDS überträgt, sondern dass alle Übertragungswege nur übertragen „können“ – nie „müssen“, denn das rundet auch das Bild der niedrigen, realen Infektionsrate ab und passt nun erst ins Bild ihrer Vorstellungskraft.

Eine sachangemessene Aufklärung von AIDS beruht also in diesen Seminarformen darauf, nach einer eigenständigen Auseinandersetzung auf der Grundlage des bislang erworbenen Informationsstatus durch Medien oder andere Informationen im Lebensumfeld erst einmal die Gegebenheiten, so wie sie tatsächlich sind, darzustellen und zu dokumentieren. Erst nachdem dieser Schritt vollzogen ist, hat der Seminarteilnehmer erstmalig ein „neutrales“ Bild von der AIDS-Situation in der BRD, also ein Bild, das der realen Betroffenheit entspricht. Auf dieser sachlicheren, nüchterneren Ausgangsbasis, die im Allgemeinen durch die Dokumentation der entsprechenden Daten nicht mehr so angstbesetzt ist, lässt sich nun eine gezielte Information aufbauen. Diese Information kann auf der allgemeinen Ebene nun weiterführende Daten z.B. zu Übertragungswegen, -möglichkeiten, Hauptbetroffenengruppen usw. beinhalten, auf der individuellen Ebene sich jedoch auf die Risikosituation einer ganz bestimmten Person bzw. Verhaltensweise einlassen und informieren. Ziel der Präventions-Seminare muss es sein, sachlich und korrekt über AIDS zu informieren, dazu beizutragen, irrationale Ängste abzubauen und den Seminarteilnehmern einen differenzierteren Blick auf die Krankheit zu ermöglichen, damit sie die Kompetenz erhalten, realistisch Risikosituationen zu erkennen. Die tatsächliche Einschätzung einer möglichen eigenen Betroffenheit, Angst-Weltbilder und Panik-Metaphern werden vermieden oder sind aufgrund dieser AIDS-Aufklärung erst gar nicht möglich, so dass die Seminarteilnehmer mit dieser Information als Beteiligte in ihrem aufeinander bezogenen Handeln die Immunschwächekrankheit als potentielles Risiko realisieren und sich entsprechend eigenverantwortlich handelnd darauf einstellen

Die beschriebene Methodik impliziert eine Abkehr von der normalen Seminarform, Informationen als Wissen durch Vortrag zu vermitteln und darauf zu bauen, dass die Seminarteilnehmer durch Zuhören ihrem vorhandenen Wissen neue Informationen hinzuzufügen in der Lage sind. Gerade diese Form der Informationsvermittlung erscheint jedoch aufgrund der wie beispielhaft anhand von Umfrageergebnissen gezeigt werden konnte in den Köpfen von Menschen vorhandenen Fiktionalisierung von AIDS nicht erfolgsversprechend, da selbst wenn die Sachangemessenheit realer AIDS-Informationen von den Teilnehmern eingesehen werden würde, diese nicht grundlegend genug wären, um den falschen Darstellungen entgegenzuwirken. Zudem besteht bei einem Vortrag die Gefahr, dass Seminarteilnehmer passiv bleiben und sich einfach berieseln lassen, ohne die vermittelten Informationen wirklich aufzunehmen und damit die Aufklärungsarbeit wirkungslos bleibt, weil die Seminarteilnehmer den Vortrag nach Ende des Seminars bereits wieder vergessen haben. Letzlich kann es bei einer derartigen Darstellung auch zu zwei konkurrierenden Meinungen kommen, wenn nämlich die Seminarteilnehmer auf die Richtigkeit und die Autorität ihrer bereits feststehenden falschen Informationen pochen und nicht wahrhaben wollen, dass diese falsch sind.
Die von mir zu diesem Vortrag kontrastiv stehende Methodik beruht hingegen auf der Korrektur falscher Informationen aufgrund eigenen Mitdenkens, womit die Seminarteilnehmer auf die Grundlagen ihres eigenen Wissens verwiesen werden und eher bereit sind, dieses zu korrigieren, weil sie aktiv eingebunden werden, mit anderen diskutieren und in der Auseinandersetzung klar erkennen können, dass Widersprüche bestehen. In dieser Interaktion stellen sie fest, dass etwas bzw. was falsch dargestellt wurde. Auf diese Weise wird eine stärkere Akzeptanz der Informationen erreicht, die sich auch auf den weiteren Verlauf des Seminars auswirkt, da die Teilnehmer jetzt offen dafür sind, weitere neue Informationen zum Thema aufzunehmen. Sie sind interessiert, mehr zu erfahren und selbst zu verfolgen, wie es sich nun wirklich mit dem Risiko, sich zu infizieren, verhält. Ich konnte in den letzten Jahren feststellen, dass durch diese Methodik eines interaktiven Seminars das Interesse des einzelnen am Thema geweckt wird, so dass sehr interessiert und wissbegierig nach weiteren Antworten im sensiblen AIDS-Bereich gefragt wird.

Inhaltlich erreiche ich mit den verbesserten Präventionsstrukturen meiner Seminare, dass sich das Individuum im Zuge der eigenständigen Auseinandersetzung letztendlich auch besser vor AIDS schützen kann, allein schon vor dem Hintergrund einer realistischeren Einschätzung einer individuellen Risikosituation.

7.5. Polizei-Schutzkarten

7.5.1. Entwurf und Gestaltung

Im Rahmen der langjährigen Zusammenarbeit zwischen den Mitarbeitern der Abteilung für Aus- und Weiterbildung von Polizeibeamten des Präsidiums in Mülheim an der Ruhr und den von mir dort durchgeführten Fortbildungsseminaren zum AIDS-Bereich wurde von den Ausbildern die folgende Bitte an mich herangetragen: Ist es möglich, eine über AIDS hinausgehende Information für polizeidienstlich relevante Krankheiten zu erstellen? Hierbei handelte es sich insbesondere um die Themen Hepatitis und TBC. Darüber hinaus wurde über die Möglichkeit nachgedacht, nahezu alle Polizeibeamten mit einem entsprechenden universell einsetzbaren Medium zu erreichen. Hintergrund war der Fakt, dass aus strukturellen Gründen nicht alle Personen an den Fortbildungsveranstaltungen teilnehmen können.

Gefragt war also etwas völlig Neues; die Inhalte und Zielvorgaben traten allerdings schon deutlicher hervor. Es sollte demzufolge etwas sein, das

- nicht viel Zeit in Anspruch nimmt
- jedem Polizeibeamten, der in Mülheim an der Ruhr tätig ist, zugänglich gemacht werden kann
- jederzeit abrufbar ist
- über die drei Krankheiten AIDS, Hepatitis und TBC sachlich informieren und Schutzmöglichkeiten nennen sollte.

Zusätzlich mussten die dienstlichen Belange der Polizei Berücksichtigung finden, werden, d.h.,

- wird tagsüber oder nachts gearbeitet

- im Büro oder im Streifendienst
- wochentags oder am Wochenende

Möglichst zu all diesen Zeiten, also „rund um die Uhr“ und an Wochenenden – wenn viele Institutionen geschlossen sind – sollte ein Informationsfluss gewährleistet werden.

Es ergab sich eine Arbeitsgruppe mit drei Hauptakteuren:

1. Der verantwortliche leitende Mediziner des Gesundheitsamts für die Gesamtbereiche Hepatitis und TBC
2. Polizeiausbilder mit ihren Wünschen, Vorstellungen und Vorgaben
3. meine Person als Koordinator, Initiator und Leiter der ganzen Aktion sowie als Verantwortlicher für den Gesamtbereich AIDS.

Es galt nun vorrangig, die konkreten Rahmenbedingungen der Kollegen der Polizei zu erfassen und zu analysieren. Da eine Seminar-Schulung für alle Polizeibediensteten ausgeschlossen war (Zeit- und Organisationsgründe, ggf. noch Kostenaspekte), wurde festgelegt, dass eine schriftliche Information entwickelt werden sollte,die allen Kollegen zugänglich sein sollte und im Dienstbereich stets mit sich geführt werden konnte. Hiermit verbunden war eine detaillierte Aufteilung und Gliederung, da sich die Inhalte (die ja noch zu erstellen waren), der konkreten Form „unterordnen“ mussten. Für alle verständlich ist nur eine einfachere Sprachform im Gegensatz zu medizinischen, pädagogischen und soziologischen Fachbegriffen usw. Was die Formulierungen des Inhaltes anbetraf, stand damit fest, dass hier eine Sprachebene gefunden werden musste, in der Fach- und Spezialausdrücke vermieden wurden, die möglichst leicht verständlich war und dennoch zielgerichtet medizinische oder z.B. seuchenrechtliche Inhalte vermittelte .

Ein weiterer entscheidender Punkt kristallisierte sich bei weiteren Besprechungen heraus. Die schriftliche Information sollte aus einer Art Karte bestehen, deren Vorder- und Rückseite zu bedrucken war. Die Karte sollte in Folie eingeschweißt werden, so dass sie über viele Jahre benutzt werden und auch von Person zu Person weiter gegeben werden konnte. Das bedeutete also, dass auch die noch zu

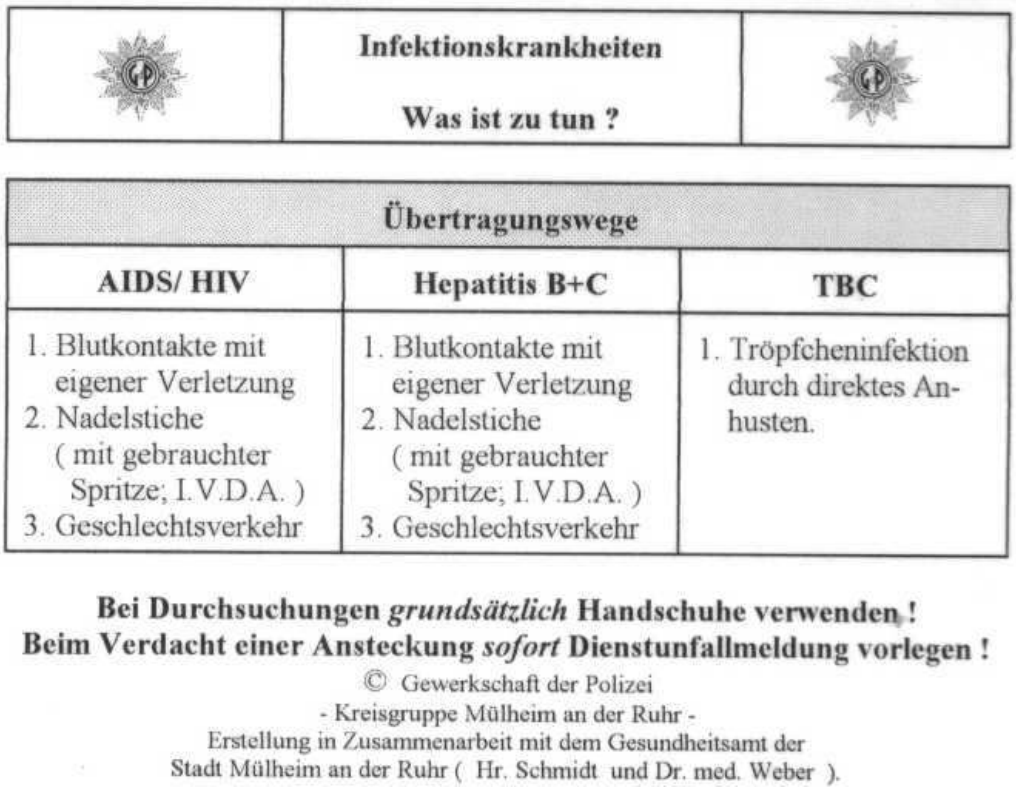
erstellenden Inhalte über Jahre hinaus Gültigkeit haben mussten (z.B. Telefonnummern). Die Größe der Karte sollte sich an dem Format des Polizei-Notizbuchs orientieren, einer Art Kalender und Notizbuch, den jeder Polizeibeamte erhält und auch mit sich führt. Die Karte sollte stets in diesem Kalender mitgeführt werden. Damit stand nun das Format fest – etwa 13,1 cm x 9,4 cm, beidseitig zu bedrucken. Da diese Polizeischutzkarten auch schnell und gut ablesbar sein sollten (Übersichtlichkeit), durfte die Schriftgröße nicht zu klein gewählt werden, was dazu führte, dass nur wenig Text möglich war. Somit standen letztendlich nur einige Quadratzentimeter an Fläche für den geforderten hochkomplexen Inhalt zur Verfügung.

Durch die nahezu abschließende Präzisierung der Vorgaben wurde jetzt ein weiteres gravierendes Problem deutlich. Die Karten mussten natürlich konkrete Angaben zum AIDS-Test beinhalten – aber einen „AIDS"-Test gibt es genaugenommen gar nicht, sondern den HIV-Antikörper-Test. Inhaltlich bedeutet das allerdings, dass dieser Test erst 3 Monate nach einem vermeintlichen Infektionsrisiko gemacht werden kann. Um alleine diesen Punkt inhaltlich zu erklären, war auf den Karten nicht genug Platz – es handelte sich aber um wichtige notwendige Informationen. Erschwerend kam jetzt ein weiterer Aspekt hinzu. Sollte ein solcher Test dienstlich angebracht bzw. nötig sein, dann muss hier anders verfahren werden. Genau dann muss nämlich von dem üblichen Procedere abgewichen werden und ein Test muss „sofort" durchgeführt werden und weitere Teste in einer festgelegten Reihenfolge. Nur, wenn nachgewiesen werden kann, dass sich eine Person in ihrem Dienstbereich infiziert hat, kann sie bei Ausbruch der Krankheit Rentenansprüche geltend machen – sonst nicht. Auf den Karten hätte also eigentlich erst die übliche Testmethodik beschrieben werden müssen, dann notwendig davon abweichend die besondere Vorgehensweise für dienstliche Tests. Diese Informationen waren unmöglich auf der Karte unterzubringen. Folglich ist es gerade für Polizeibedienstete notwendig, hier die korrekten Vorgehensweisen darzustellen, eben um ggfls. entsprechende Ansprüche z.B. an den Rentenversicherungsträger stellen zu können. Als Lösung erkannten wir die folgende Vorgehensweise: Das Ausbildungspersonal der Polizei musste über diese Punkte des AIDS-Testes genauestens unterwiesen werden, damit sie, als Ansprechpartner auf den Karten benannt, den Betroffenen die genaueren Zusammenhänge erklären konnte. Deshalb gab es vor der Fertigstellung der Karten spezielle Informationsveranstaltungen für

diese Ausbilder, die sie in die Lage versetzen, diesen Aufgabenbereich zu übernehmen.

7.5.2. Inhalte und Hintergründe

Inhaltlich sind die Polizeischutzkarten so entworfen, dass die Übertragungswege auf den dienstlichen Aufgabenbereich der Polizeibeamten bezogen sind ebenso wie z.B. die Kontaktadressen und damit von den normalen Kategorien und Staffelungen der Übertragungswege abweichen.



Infektionskrankheiten

Was ist zu tun ?

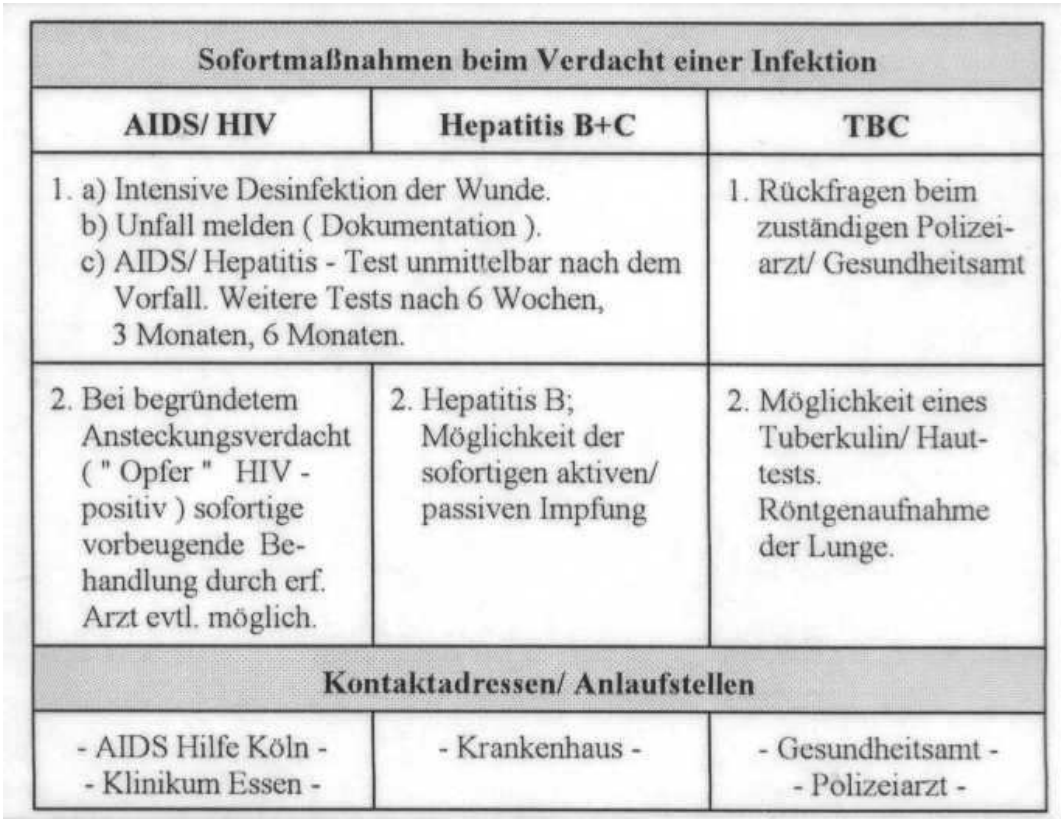
Übertragungswege		
AIDS/ HIV	**Hepatitis B+C**	**TBC**
1. Blutkontakte mit eigener Verletzung 2. Nadelstiche (mit gebrauchter Spritze; I.V.D.A.) 3. Geschlechtsverkehr	1. Blutkontakte mit eigener Verletzung 2. Nadelstiche (mit gebrauchter Spritze; I.V.D.A.) 3. Geschlechtsverkehr	1. Tröpfcheninfektion durch direktes Anhusten.

Bei Durchsuchungen *grundsätzlich* Handschuhe verwenden !
Beim Verdacht einer Ansteckung *sofort* Dienstunfallmeldung vorlegen !

© Gewerkschaft der Polizei
- Kreisgruppe Mülheim an der Ruhr -
Erstellung in Zusammenarbeit mit dem Gesundheitsamt der
Stadt Mülheim an der Ruhr (Hr. Schmidt und Dr. med. Weber).

Abbildung 4: Polizeischutzkarten Vorderseite

Quelle: eigener Entwurf



Sofortmaßnahmen beim Verdacht einer Infektion		
AIDS/ HIV	**Hepatitis B+C**	**TBC**
1. a) Intensive Desinfektion der Wunde. b) Unfall melden (Dokumentation). c) AIDS/ Hepatitis - Test unmittelbar nach dem Vorfall. Weitere Tests nach 6 Wochen, 3 Monaten, 6 Monaten.		1. Rückfragen beim zuständigen Polizeiarzt/ Gesundheitsamt
2. Bei begründetem Ansteckungsverdacht (" Opfer " HIV - positiv) sofortige vorbeugende Behandlung durch erf. Arzt evtl. möglich.	2. Hepatitis B; Möglichkeit der sofortigen aktiven/ passiven Impfung	2. Möglichkeit eines Tuberkulin/ Hauttests. Röntgenaufnahme der Lunge.
Kontaktadressen/ Anlaufstellen		
- AIDS Hilfe Köln - - Klinikum Essen -	- Krankenhaus -	- Gesundheitsamt - - Polizeiarzt -

Abbildung 5 Polizeischutzkarten Rückseite

Quelle: eigener Entwurf

Die Karten informieren über die Übertragungswege von HIV, Hepatitis B und C, TBC (Vorderseite) sowie über eventuell mögliche Sofortmaßnahmen beim Verdacht auf eine dieser Infektionen (Rückseite). Jeder Polizeibeamte, der diese Karte ständig mit sich führt, wird so in die Lage versetzt, im Not- oder Kontaktfall eine sofortige Hilfestellung bzw. Information zu erhalten. Enthalten sind weiterhin Vorschläge zur Vermeidung von Infektionen, dienstrechtliche Vorgehensweisen und eventuelle Sofortmaßnahmen sowie Kontaktadressen, die dem Benutzer jederzeit zugänglich sind.

Die Liste der Übertragungswege wurde nicht nach dem Vorrang der medizinisch-wissenschaftlichen Kenntnisse aufgestellt, sondern die Reihenfolge ordnet sich den Prioritäten des Dienstbereichs der Polizei unter. Als Beispiel sei hier der Übertragungsweg „Geschlechtsverkehr" im AIDS-Bereich herausgegriffen. Medizinisch-fachlich ist das der Hauptübertragungsweg und somit zuerst zu benennen. Bezogen auf die dienstlichen Aufgaben eines Polizeibeamten ist dieser Übertragungsweg nicht relevant und dürfte dienstlich nicht vorkommen. Vorrangig muss ein Polizist z.B. bei einer Leibesvisitation oder bei anderen Einsätzen einer ihm unbekannten Person mit einem Blutkontakt oder mit einer Nadelstichverletzung rechnen. Die Aufstellung der Reihenfolge der Übertragungswege erforderte eine genaue Analyse der konkreten Tätigkeiten der Polizeibeamten, um eine dementsprechend angepasste Rangordnung erstellen zu können.

Die Rückseite der Polizeischutzkarten beschreibt „Sofortmaßnahmen" und „Kontaktadressen", durchgängig aufgeteilt in die drei Krankheiten AIDS, Hepatitis und TBC, da bedingt durch die jeweiligen spezifizischen medizinischen Eigenheiten eine Zusammenfassung für alle drei Bereiche nicht möglich war.

Unter der Rubrik 1. der „Sofortmaßnahmen" konnten AIDS und Hepatitis zusammengefasst werden, insofern als der Ablauf bzgl. Desinfektion, Dokumentation und den Testreihen identisch ist. Dieser verläuft bei der TBC jedoch anders, so dass aus diesem Grund hier also nur zwei Kategorien aufgeführt sind: AIDS und Hepatitis als die eine und TBC als die andere.

Der Punkte 2 der Sofortmaßnahmen informiert über mögliche Schutzmaßnahmen direkt nach einer vermeintlichen Ansteckung. Im AIDS-Bereich ist diese Möglichkeit grundsätzlich vorhanden, wird jedoch nur unter engsten Voraussetzungen durchgeführt (Nebenwirkungen, Kosten). Die Grundvoraussetzung muss sein,

dass sicher angenommen werden kann, dass die Person, mit der es zum Blutkontakt kam, HIV-positiv ist. Innerhalb einiger Stunden kann zur Senkung des Infektionsrisikos etwas unternommen werden, allerdings hält eine Stadt wie Mülheim an der Ruhr diese Möglichkeiten aus verschiedenen Gründen nicht vor und nicht jeder Arzt ist befähigt, diese so genannte Postexpositionsprophylaxe (PEP) durchzuführen. Hierzu bedarf es eines in Prophylaxemaßnahmen erfahrenen Arztes, der in unserer Stadt nicht niedergelassen ist. Das Klinikum in Essen bietet jedoch unter bestimmten Voraussetzungen diese Möglichkeit an. Für die Kartenerstellung bedeutete das, dass hier ein Hinweis auf diese Sofortbehandlungsmöglichkeit aufgeführt und so dargestellt wurde, dass sie in der eigenen Stadt nicht verfügbar ist, sondern z.B. in der Nachbarstadt Essen.
Individuelle Besonderheiten finden ihren Niederschlag dann noch unter der letzten Rubrik „Kontaktadressen/Anlaufstellen".

Sinn und Zweck der Polizeischutzkarten ist die Darstellung sachlicher Informationen in Kurzform. Nicht zuletzt ging es in den öffentlichen Diskussionen in den 80er Jahren auch immer wieder um Polizisten und Feuerwehrleute und es wurde diskutiert, ob aufgrund von Unfällen, Festnahmen und Widerstandshandlungen von HIV-Infizierten ein erhöhtes Risiko der Ansteckung für diese Berufsgruppen bestehe (vgl. Bleibtreu-Ehrenberg 1989, S. 235). Der Vorsitzende der Polizeigewerkschaft sah hingegen ein ganz anderes Risiko: „Bei AIDS lauert die Gefahr, sich mit dem Virus der Hysterie zu infizieren. Bricht diese Krankheit erst einmal aus, sind der Bespitzelung (auch der gegenseitigen), der Ausgrenzung, Diffamierung und Verfolgung keine Grenzen mehr gesetzt" (Bleibtreu-Ehrenberg 1989, S. 235).
Unter der Zugrundelegung der in der Bevölkerung weiterhin offenbar vorhandenen quasi magischen abergläubig-absurden Desinformiertheit kann bei einem Polizeieinsatz möglicherweise von einem bei den PolizistInnen ähnlich vorhandenen Wissen ausgegangen werden, was zu Hysterie, Angst und einer Sonderbehandlung HIV-Infizierter führen kann, der nun gerade jenes Meide- und Diskriminierungsverhalten zugrunde liegt, das in den 80er Jahren in vielen Teilen der Bevölkerung vorherrschend war. Denkbar wäre dann auch der Fall, dass einem HIV-Infizierten oder nur einem solcherart Verdächtigen polizeilich nicht geholfen wird, weil der Polizeibeamte, der zu einem Homosexuellen gerufen wird, sich

vorstellt, dieser sei möglicherweise HIV-infiziert und er selbst könne sich durch bloße Anwesenheit anstecken, indem das Virus über die Luft übertragen wird.
Die Polizeischutzkarten sind daher die Darstellung der wirklichen Informationen unter Zugrundelegung realistisch auftretender Infektionsrisiken und möglicher Sofort- bzw. Schutzmaßnahmen. Auf diese Weise können laienätiologische Krankheitstheorien nicht zur Grundlage polizeilicher Arbeit werden, Hysterie, Panik-Metaphern werden vermieden, wobei sich gezeigt hat, mit welch einfachen Mitteln, mit welch adäquaten sprachlichen Mitteln es möglich ist, gleichzeitig sachlich zu informieren, um unnötige Angst bei den PolizistInnen zu vermeiden und einem diskrimierenden Meideverhalten gegenüber HIV-Infizierten keinen Raum zu geben.

Eine über die Polizeiarbeit der Stadt Mülheim/Ruhr hinausgehende Nutzung der Polizeischutzkarten erscheint daher denkbar und sinnvoll. Andere Institutionen könnten auf die Informationen ebenso zurückgreifen, wie dies bei der Polizeibehörde in Mülheim/Ruhr bereits üblich ist. Naheliegender Bereich wäre hier z.B. die Feuerwehr, die auch schon ihr Interesse bekundet hat, zumal diese Berufsgruppe immer wieder mit ihnen unbekannten Personen in Blutkontakt kommen kann, durchaus sogar häufiger als im Polizeidienst. Speziell die Mitarbeiter der Feuerwehr müssen bei Verkehrsunfällen, bei Umwelt- und anderen Katastrophen, oder Rettungseinsätzen bei Brandgefahr usw. unmittelbar aktiv sein. Bei diesen Einsätzen unterliegen die Beamten einer ständigen eigenen Verletzungsgefahr und in der Folge einem potentiellen HIV-Infektionsrisiko.

Auch für andere Institutionen, wie z.B. Krankenhäuser oder Krankenpflegedienste kann die Karte von größerem Interesse sein. Inhaltlich müssten dazu entsprechend den oben beschriebenen Details diese auf andere Institutionen adaptiert werden und den spezifischen Anforderungen der jeweiligen Institution angepasst werden..

Eine Nutzung dieser Karten für andere Städte, Bundesländer oder den gesamten Bereich der BRD wäre denkbar. Selbstverständlich müssen die jeweiligen regionalen und ggf. seuchenrechtlichen und umweltmedizinisch unterschiedlichen Gegebenheiten erarbeitet und erfasst werden. Hier müssen andere Kontaktadres-

sen/Anlaufstellen ausgearbeitet werden, mögliche unterschiedliche rechtliche Hintergründe beachtet werden, als auch die jeweiligen regionalen Gegebenheiten mit einbezogen werden. Eine solche Ausarbeitung der Karten wäre vermutlich umfangreicher als lediglich eine Adaption für andere Institutionen in der gleichen Stadt, da ein breiteres Band von Regionalstrukturen zusätzlich Einfluss auf die zu erstellenden Inhalte hat.

Grundsätzlich gilt, dass gerade für potentiell betroffene Berufs- und Patientengruppen eine solche Karte zur Fortschreibung von Präventionsstrategien als Medium sinnvoll ist. Sie beinhaltet komprimierte Fachinformationen mit einer sehr kurzen Zugriffszeit, ist auf bestimmte Berufsgruppen spezifiziert, erspart bzw. reduziert längere Fortbildungszeiten und berücksichtigt die regionalen Rahmenbedingungen.

8. Schlussbemerkungen

Die realen medizinischen Fakten zu AIDS lassen, so konnte gezeigt werden, den Schluss zu, dass AIDS für die Allgemeinbevölkerung in Deutschland keine Gefahr in dem Sinne darstellt, dass von einer spezifischen Wahrscheinlichkeit gesprochen werden könnte, sich zu infizieren. Auch wenn AIDS weiterhin eines der größten Probleme der Welt darstellt, so ist das Infektionsrisiko in Deutschland geringer als 0,1 %. Die heterosexuelle Bevölkerung ist praktisch kaum betroffen. Eine Infektion mit HIV ist an spezifische, individuell steuerbare Verhaltensweisen und Übertragungswege gebunden. Eine Infektionsvermeidung ist daher individuell auch durch technisch unproblematisch zu handhabende Schutzvorkehrungen oder die Vermeidung dieser Situationen leicht zu bewerkstelligen.

Diesen medizinischen Tatsächlichkeiten diametral entgegengesetzt waren die medialen Deutungsmuster der Krankheit. Die Medialisierung der Krankheit AIDS ist vor allem daran zu erkennen, dass es sich bei der zuerst für die Krankheit verwendeten Bezeichnung GRID (Gay-Related-Immuno-Deficiency) nicht um eine ärzlich-wissenschaftliche Bezeichnung handelte, sondern diese ein reines Medienprodukt war, das prägend ist für die Zuschreibungsprozesse von AIDS und Homosexualität. Der gesellschaftlich vorhandene Wahrnehmungshorizont von AIDS ist damit primär eine mediale Konstruktion, in der es wenig um sozial-reale Phänomene der Krankheit ging, sondern eine fiktionale Darstellung von AIDS bemüht wurde, die sich eher an den Erfordernissen der Medien orientierte als eine an den Wirklichkeiten der sachlichen Darstellung angemessene Prävention darstellte. Eine genaue Analyse der medialen Deutungsmuster hat gezeigt, dass hier vor allem mit apokalyptischen Bildern, statistisch unhaltbaren Spekulationen, Panik-Metaphern und Stigmatisierungen der Betroffenen gearbeitet wurde, wobei letztere sogar deutlich faschistoide Züge aufwiesen. Daneben wurden immer wieder wenig zutreffende Parallelen zur Seuchengeschichte gezogen.

Dies ermöglichte erst die fehlgesteuerten Solidarisierungsprozesse mit den Infizierten, die vielfach als gesamtgesellschaftliche Gefahr wahrgenommen wurden und ihnen sogar magisch-laienätiologische Ansteckungsmöglichkeiten, quasi eine unsichtbare Gefahr, unterstellt wurde.

Diese Fiktionalisierung, Dramatisierung und Mythisierung der Krankheit AIDS haben nicht zur Aufklärung und Prävention beigetragen, sondern diese verunklärt,

so dass sich zwischen den beiden Dichotomien Hysterie und realen Risikosituationen ein eklatantes Missverhältnis ausbilden konnte, das wie kaum bei einer anderen Krankheit zu einer sozio-kulturellen Interpretationsfolie mit weitreichenden Konsequenzen für das gesellschaftliche Leben, für gesellschaftliche Solidaritätsprozesse und die öffentliche Diskussion führte.

Die in der Bevölkerung vorherrschende Angst vor AIDS und die fehlerhafte Einschätzung des Risikos sich zu infizieren spiegelt dabei diese unangemessene Problemperzeption als durch kommunikativ ermitteltes Deutungsmuster zustandegekommen wider. Noch heute lassen sich die Bedeutungsprozesse, mit denen auf diese Weise AIDS im öffentlichen Bewusstsein verankert wurde, vielfach feststellen, wie meine praktischen Erfahrungen in mehreren hundert Weiterbildungsseminaren zu AIDS zeigen. Letztendlich war diese Wahrnehmung auch an eine völlige Umwertung sexuellen Erlebens gebunden, das nun insofern es als gemeinsam mit einem Partner erlebt wurde, als gefährlich bewertet wurde und sogar eine gefährliche Bedrohung des eigenen Lebens darstellen konnte.

Die AIDS-Aufklärung und die politischen Maßnahmen zu AIDS in den 80er Jahren haben gerade gezeigt, dass die Fiktionalisierung von AIDS auch politisch relevant wurde. Vorherrschend waren hier falsche Informationen, eine fehlende Differenziertheit im Bezug auf Risikogruppen und letztendlich eine fortschreitende Ausgrenzung der Infizierten aufgrund ihres abweichenden Sexualverhaltens. Bei genauerem Hinsehen entbehren auch autoritärere politische Maßnahmen, die weitreichende Einschränkungen des Lebens der HIV-Infizierten implizierten, wie sie die bayrische Landesregierung verabschiedete, ihrer behaupteten Grundlagen, da diese ebenso auf einer Dramatisierung und Fiktionalisierung von AIDS beruhen, wie dies für die medialen Deutungsmuster bereits festgestellt wurde. Es wäre hier Aufgabe der Politiker gewesen, die politischen Maßnahmen auf wirkliche Informationen aufzubauen, sachliche Informationen als Grundlage ihres politischen Handelns aufzubauen und keineswegs Hysterie und unwissenschaftlichen Behauptungen zu vertrauen, um damit wirkliche Gefahren von fiktionalisierten Mythen zu unterscheiden.

Wie groß der Einfluss der Medienberichte und über sie transportierter Metaphern in den 80er Jahren war, zeigt sich an den Stimmungen und Meinungen zu AIDS im homosexuellen Milieu, die den öffentlichen Vorurteilen, die gegenüber AIDS-Kranken geäußert oder vermutet werden, semantisch ähnelten.

Die durch die Angst-Metaphern und die apokalyptischen Bilder in den Medien geschaffene Semantik dürfte nicht nur für die eigenen subjektiven Deutungen und Wirklichkeitskonstruktionen der HIV-Infizierten verbindliche psychischsomatische Reaktionen hervorgerufen haben, sondern das Leben vieler Betroffenen negativ beeinflusst und zu einer existentiell gefährdenden psychischen Bedingungslage geführt, wenn nicht sogar verkürzt haben. Es lässt sich argumentieren, dass mit der in den Medienberichten verbundenen Bedingungslage gegenüber Homosexuellen der unbewusste Todeswunsch einer Gesellschaft gegenüber Personen mit abweichendem Sexualverhalten zum Ausdruck kommt, denen ein normales Leben unmöglich gemacht wird und deren Leben über Ausgrenzung, Stigmatisierung und laienätiologische Annahmen zu Ursprung und Ausbreitung des HI-Virus weniger lebenswert, wenn nicht sogar unmöglich gemacht werden soll.

Es geht nicht darum, aufgrund dieser Fiktionalisierung der Fakten zu AIDS Entwarnung zu geben und die sexuell aktive Bevölkerung zu Sorglosigkeit und leichtsinnigem Verhalten zu animieren. Allerdings wäre eine an Sachlichkeit und realen Tatsachen orientierte Aufklärung eine eklatante Verbesserung des gesellschafltichen Klimas, ein Abbau unbegründeter Angst-Weltbilder und würde die Situation HIV-Infizierter deutlich verbessern. Diese Chance gesellschaftlicher Solidarität wurde in weiten Teilen der Gesellschaft in den 80er Jahren offenbar nicht genutzt. Letztendlich stellt AIDS zwar eine Krankheit dar, der der Einzelne machtlos gegenübersteht, der Einzelne steht aber nicht machtlos den Folgen des Umgangs mit ihr gegenüber, denn diese sind das Ergebnis menschlichen Handelns und damit auch veränderbar. AIDS-Information und AIDS-Prävention müssen dazu übergehen, das Risiko da und so zu beschreiben, wie und wo es real ist.
Eine Verbesserung der Präventionsmöglichen ist in diesem Sinne nur über die Bewusstmachtung der gesellschaftlichen Prozesse zu erreichen, die zur in der Gesellschaft bestehenden Wahrnehmung von AIDS geführt haben. Eine Prävention von AIDS ist somit an Deutungsmuster kommunikativer Gesellschaftsformen und medialer Deutungsschablonen gebunden und an eine Transportierung realer Sachinformationen. Eine AIDS-Prävention ist ohne Gesellschaftsarbeit, die erklären soll, was los ist in dieser Gesellschaft, nicht möglich. Letzlich erfolgt zielgerichtete AIDS-Aufklärung in diesem Sinne unter Einbeziehung der sozialen Wirklichkeit, sie ist ohne die Frage nach einer an der Wirklichkeit orientierten Information,

auch der Adressaten und der gefährdeten Personengruppen, nicht denkbar, droht fiktional und sachunangemessen zu werden, wie gerade die Ausführungen zur Berichterstattung über AIDS gezeigt haben und verfehlt somit auch das Ziel, das wirkliche Verhalten von Menschen zu verändern. Eine ungerechtfertigte Verängstigung der Bevölkerung kann auf Dauer kein (guter) Schutzmechanismus sein - sinnvoll schützen kann sich nur derjenige, der präzise weiß, wo und wann ein Risiko besteht, nicht jedoch derjenige, der ständiger und allgegenwärtiger Angst unterliegt, denn ängstliche Menschen sind rational-vernünftigen Argumenten nur sehr schwer zugänglich.

AIDS ist keine Metapher und die ehrlichste Weise, sich mit ihr auseinanderzusetzen – und die gesündeste Weise, krank zu sein, besteht darin, sich so weit wie möglich von metaphorischem Denken zu lösen, ihm größtmöglichen Widerstand entgegenzusetzen und damit Krankheit und die Aufklärung über Krankheit an der sozialen Realität zu orientieren.

Literaturverzeichnis

Ahlemeyer, Heinrich W.: Intime Kommunikation und präventives Handeln: Über einige soziale Voraussetzungen der Primärprävention von Aids, in: Rosenbrock, Rolf, Andreas Salmen (Hrsg.): Aids-Prävention, Berlin: Ed. Sigma, 1990, S. 181-188.

Aids-Hilfe Karlsruhe: Zahlen und Fakten. HIV/AIDS in Deutschland – Eckdaten und Trends, http://www.aidshilfe-karlsruhe.de/hiv_aids/zahlen_fakten.php.

Amendt, Günter: Jetzt ist alles Gras aufgefressen, in: Sigusch, Volkmar (Hrsg.) Aids als Risiko. Über den gesellschaftlichen Umgang mit einer Krankheit, Hamburg: Konkret 1987, S. 67-81.

Atteslande, Peter; Christiane Bender: Aids und das Risiko der Intimität, in: Burkel, Ernst [Hrsg.]: Der AIDS-Komplex : Dimensionen einer Bedrohung, Frankfurt/Main [u.a.] : Ullstein, 1988, S. 136-149.

Ayissi, Anatole: Aids und Armut. In: Le Monde diplomatique (6323), 15.12.2000.

Bardesleben, Hans, Bruno W. Reimann, Peter Schmidt: Studenten, Sexualität und Aids. Erste Ergebnisse einer empirischen Untersuchung an Gießener Studenten, in: Burkel, Ernst [Hrsg.]: Der AIDS-Komplex : Dimensionen einer Bedrohung, Frankfurt/Main [u.a.] : Ullstein, 1988, S. 166-195.

Becker, Sophinette, Ulrich Clement: HIV-Infektion, Prävention und Sexualität – Zum Widerspruch zwischen Aufklärung und Trieb, in: Rosenbrock, Rolf, Andreas Salmen (Hrsg.): Aids-Prävention, Berlin: Ed. Sigma, 1990, S. 219-226.

Becker-Kolle, Christel (Hg.): Schwarze Angst. Leben mit AIDS, Quell VerlagStuttgart 1989.

Becker-Kolle: Erfahrungen aus der Aids-Beratung, in: Dunde, Siegfried Rudolf (Hrsg.): Aids – Was eine Krankheit verändert. Sexualität und Moral, der Einzelne und die Gesellschaft, Frankfurt/Main: Fischer 1986, S. 26-55.

Behörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales (BAGS) (Hrsg.), Hamburg, AIDS Beratungsstelle: Medienpaket AIDS: Für Ausbilder, Berater, Multiplikatoren, AIDS Textbuch. Hamburg 1992/93 (1. Aktualisierung).

Bengel, J. u.a.: Subjektive Theorie der Risikowahrnehmung im Hinblick auf eine HIV-Infektion, in: Lange, Cornelia (Hrgs.): Aids- eine Forschungsbilanz, Berlin: Ed. Sigma 1993, S. 219-230.

Bengel, Jürgen, Uwe Koch: Zur Psychologie der Angst, des Risiko- und Gesundheitsverhaltens, in: Rosenbrock, Rolf, Andreas Salmen (Hrsg.): Aids-Prävention, Berlin: Ed. Sigma, 1990, S. 111-120.

Biere, Bernd Ulrich, Wolf-Andreas Liebert (Hrsg.): Metaphern, Medien, Wissenschaft, Opladen: Westdeutscher Verlag 1997.

Billmann-Mahecha, Elfriede: Handlungstheoretische Überlegungen zur Argumentation über sexuelle Verhaltensweisen, in: Rosenbrock, Rolf, Andreas Salmen (Hrsg.): Aids-Prävention, Berlin: Ed. Sigma, 1990, S. 105-110.

Bleibtreu-Ehrenberg, Gisela: Angst und Vorurteil, AIDS-Ängste als Gegenstand der Vorurteilsforschung, Reinbek: Rowohlt, 1989.

Bochow, Michael: Zeitstabilität von Änderungen im Sexualverhalten und Zielgruppenspezifik der Aids-Präventionsarbeit. Zwei Befragungen von homosexuellen Männern in der Bundesrepublik, in: Rosenbrock, Rolf, Andreas Salmen (Hrsg.): Aids-Prävention, Berlin: Ed. Sigma, 1990, S. 45-54.

Bock, Herbert: AIDS in der Presse : eine sprachpsychologische Untersuchung zur Berichterstattung über die Krankheit AIDS in Print-Medien, Regensburg : Roderer, 1992.

Bock, Herbert: Zur sprachlichen Darstellung von AIDS in Printmedien, in: Biere, Bernd Ulrich, Wolf-Andreas Liebert (Hrsg.): Metaphern, Medien, Wissenschaft, Opladen: Westdeutscher Verlag 1997, S. 81-101.

Boes, Ulf: AIDS – Berichterstattung in der Tagespresse. Inhaltsanalytische Untersuchung von `Frankfurter Allgemeine Zeitung´ und `Welt´ im Zeitraum 1982-1989, Bochum: Brockmeyer, 1991.

Brauns, Horst-Peter: Persönlichkeitstheorie von Rogers, in: Grunwald (Hrsg.): Gesprächspsychotherapie, München: Fink 1979, S. 196-213.

Bruns, Manfred: AIDS, Gesundheitspolizei und Selbstverantwortung, in: Zenz, Helmut und Gabriele Manok (Hrsg.): AIDS-Handbuch für die psychosoziale Praxis, Bern u.a.: Huber, 1988, S. 121-129.

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZGA) (Hrsg.): Broschüre. „Aids von A bis Z“. 24 Fragen und Antworten zu Aids, HIV und zum Test. Neuauflage, Köln 1997/98.

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZGA) (Hrsg.): Broschüre „Was jeder über AIDS wissen sollte“, Köln 1987.

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZGA) (Hrsg.): Broschüre „Für alle, bei denen im HIV-Test Antikörper festgestellt wurden“, Köln, Dez. 1988.

Burkel, Ernst [Hrsg.]: Der AIDS-Komplex: Dimensionen einer Bedrohung, Frankfurt/Main [u.a.] : Ullstein, 1988.

Clement, Ulrich: Höhenrausch, in: Sigusch, Volkmar (Hrsg.) Aids als Risiko. Über den gesellschaftlichen Umgang mit einer Krankheit, Hamburg: Konkret 1987, S. 210-217.

Dannecker, Martin: Sexualität und Verhaltenssteuerung am Beispiel der Reaktion homosexueller und bisexueller Männer auf Aids, in: Rosenbrock, Rolf, Andreas Salmen (Hrsg.): Aids-Prävention, Berlin: Ed. Sigma, 1990, S. 207-218.

Deutsche AIDS-Hilfe e.V. (Hrsg.): Heutiger Wissensstand. HIV AIDS, 26. Auflage 2000, Berlin.

Deutscher Bundestag, Referat Öffentlichkeitsarbeit (Hrsg.): AIDS: Fakten und Konsequenzen (Zur Sache. Themen parlamentarischer Beratung. 3/88), Bonn 1988.

Diggelmann, A.; M. Schanne & M. Zwingli: AIDS in den Medien. Eine inhaltsanalytische Untersuchung der Berichterstattung zum Thema Aids in den Deutschschweizer Tageszeitungen, Zürich 1988 (Privatdruck).

Dörner, Dietrich: Ein Simulationsprogramm für die Ausbreitung von Aids, in: Mühlfeld, Claus u.a. (Hrsg.): AIDS, Frankfurt/Main: Diesterweg, 1988, S. 56-70.

Dornheim, Jutta: Verweisungszusammenhänge als kulturelle und soziohistorische Prämissen von Krankheitsdiskursen, in: Rosenbrock, Rolf, Andreas Salmen (Hrsg.): Aids-Prävention, Berlin: Ed. Sigma, 1990, S. 197-212.

Dunde, Siegfried Rudolf (Hrsg.): Aids – Was eine Krankheit verändert. Sexualität und Moral, der Einzelne und die Gesellschaft, Frankfurt/Main: Fischer 1986.

Dunde, Siegfried Rudolf: Das Schwarz-Weiß-Denken in der Sexualität, in: Dunde, Siegfried Rudolf (Hrsg.): Aids – Was eine Krankheit verändert. Sexualität und Moral, der Einzelne und die Gesellschaft, Frankfurt/Main: Fischer 1986 (a), S. 91-96.

Dunde, Siegfried Rudolf: Der Haß gegen die Infizierten, in: Dunde, Siegfried Rudolf (Hrsg.): Aids – Was eine Krankheit verändert. Sexualität und Moral, der Einzelne und die Gesellschaft, Frankfurt/Main: Fischer 1986 (b), S. 113-129.

Dunde, Siegfried Rudolf: Die Philospohien hinter den AIDS-Politiken, in: Zenz, Helmut und Gabriele Manok (Hrsg.): AIDS-Handbuch für die psychosoziale Praxis, Bern u.a.: Huber, 1988, S. 104-110.

Dunde, Siegfried Rudolf: Positiv weiterleben. Seelische Selbsthilfe bei HIV-Infektion, Frankfurt/Main: Fischer, 1988 (b).

Eirmbter, Willy H., Alois Hahn, Rüdiger Jacob: AIDS und die gesellschaftlichen Folgen, Frankfurt/New York: Campus, 1993.

Epidemiology of AIDS, UNAIDS 2003, http://www.unaids.org/en/resources/epidemiology.asp.

Exner-Freisfeld, Halga/Hartmut Weber-Falkensammer: Medizinische Aspekte bei der AIDS-Beratung, in: Mühlfeld, Claus u.a. (Hrsg.): AIDS, Frankfurt/Main: Diesterweg, 1988, S. 8-19.

Fineberg, H.V.: Die gesellschaftliche Dimension von AIDS, in: Spektrum der Wissenschaft, 12, 1988, S. 145-155.

Fink, Ulf: AIDS-Politik in Berlin – Die Berliner Linie, in: Goddenthow, Dieter Wolf v. (Hrsg.): So hat AIDS keine Chance, Wegweiser für Partnerschaft, Familie und Alltag, Freiburg u.a.: Herder 1988, S. 53-59.

Foucault, Michel, Der Wille zum Wissen, Sexualität und Wahrheit 1, Frankfurt a. M.: Suhrkamp 1983.

Foucault, Michel: Dispositive der Macht, Über Sexualität, Wissen und Wahrheit, Berlin: Merve 1978.

Foucault, Michel: Archälogie des Wissens, Frankfurt/Main: Suhrkamp 1973.

Gallo, R. in: Leibowitch, Jacques, Aids. Ein unheimlicher Virus unbekannter Herkunft, München: Heyne, 1985, S. 205-218

Gerhards, Jürgen: Die soziale Dimension sexuellen Handelns und die Bedingungen von Safer Sex, in: Rosenbrock, Rolf, Andreas Salmen (Hrsg.): Aids-Prävention, Berlin: Ed. Sigma, 1990, S. 175-180.

Göckerjan, G.: „AIDS-Politik“. Von der Metapher zur Normalität, in: MMG, 12 Heft 3 (1987), S. 194-200.

Goddenthow, Dieter Wolf v.: Das Leben in den Zeiten von AIDS, in: Goddenthow, Dieter Wolf v. (Hrsg.): So hat AIDS keine Chance, Wegweiser für Partnerschaft, Familie und Alltag, Freiburg u.a.: Herder 1988, S. 15-35.

Goebel, F.-D.: Wissenschaftliche und klinische Probleme bei AIDS, in: Klußmann, R., Goebel, F.D. (Hrsg.): Zur Klinik und Praxis der AIDS-Krankheit, Berlin/Heidelberg 1989, S. 3-8

Grmek, Mirko D.: Aids und das Problem der neuen Krankheiten, in: Burkel, Ernst [Hrsg.]: Der AIDS-Komplex : Dimensionen einer Bedrohung, Frankfurt/Main [u.a.] : Ullstein, 1988, S. 38-51.

Gründel, Johannes: AIDS und die ethische Problematik, in: August Wilhelm v. Riff/Johannes Gründl: Von AIDS herausgefordert, Freiburg: Herder 1987, S. 56-101.

Habermehl, Anke: AIDS – empirische Daten und Analysen, Lemgo: GEWIS, Gesellschaft für wissenschaftliche Sozialforschung, 1996.

Honneger, Claudia (Hrsg.): Die Hexen der Neuzeit. Studien zur Sozialgeschichte eines Deutungsmusters, Frankfurt/Main: Suhrkamp 1978.

Hübner, Eberhard: Inszenierung einer Krankheit. Die Aids-Berichterstattung im „Spiegel“, in: Sigusch, Volkmar (Hrsg.) Aids als Risiko. Über den gesellschaftlichen Umgang mit einer Krankheit, Hamburg: Konkret 1987, S. 218-233.

Huge, Wolfang: Aids – Aufklärung und Alltag. Wissenssoziologische Überlegungen zum gesellschaftlichen Umgang mit Aids, in: Rosenbrock, Rolf, Andreas Salmen (Hrsg.): Aids-Prävention, Berlin: Ed. Sigma, 1990, S. 189-196.

Hund, Wolf D.: Ware Nachricht und Informationsfetisch, Darmstadt: Luchterhand 1976.

Hutter, Jörg: Aids und die gesellschaftliche Moralpanik, in: vorgänge 139, 1997, http://www.joerg-hutter.de/moralpanik.htm.

Jacob, R. u.a.: Aids: Interpretationen und Reaktionen, in: Lange, Cornelia (Hrgs.): Aids- eine Forschungsbilanz, Berlin: Ed. Sigma 1993, S. 13-26.

Jacob, Rüdiger u.a.: Aids-Vorstellungen in Deutschland. Stabilität und Wandel, Berlin: Ed. Sigma 1997.

Jäger, H.: AIDS-Phobie. Krankheitsbild und Behandlungsmöglichkeiten, Stuttgart: Thieme, 1988.

Kindler, Radovan: Zur Lebensqualität, psychischen Krankheitsverarbeitung und Complicance von HIV-Infizierten und HIV-Assoziiert erkrankten Patienten, Dissertation, Hamburg 1995.

Klingholz, Reiner: Aids: Immunologie und Evolution, in: Burkel, Ernst [Hrsg.]: Der AIDS-Komplex : Dimensionen einer Bedrohung, Frankfurt/Main [u.a.] : Ullstein, 1988, S. 13-37.

Klostermann, Peter: Mit Aids leben. Gespräche mit Infizierten und Nicht-Infizierten, in: Burkel, Ernst [Hrsg.]: Der AIDS-Komplex: Dimensionen einer Bedrohung, Frankfurt/Main [u.a.] : Ullstein 1988, S. 350-368.

Klußmann, R., F.D. Goebel (Hrsg.): Zur Klinik und Praxis der AIDS-Krankheit, Berlin/Heidelberg: Springer 1989.

Knapp, G.: AIDS und ethische Probleme, in: Klußmann, R., F.D. Goebel (Hrsg.): Zur Klinik und Praxis der AIDS-Krankheit, Berlin/Heidelberg: Springer 1989.

Koch, Michael G.: Aids – die maligne Epidemie, in: Burkel, Ernst [Hrsg.]: Der AIDS-Komplex : Dimensionen einer Bedrohung, Frankfurt/Main [u.a.] : Ullstein, 1988, S. 66-92.

Koch, Volker: Zu einer sozialen Ätiologie von AIDS : der soziologische Beitrag zur Krankheitserklärung, Bremen : Inst. für Empirische und Angewandte Soziologie, Univ. Bremen, 1989.

Köneke, Susanne: AIDS in der Presse. Der schreibende Umgang mit dem Ungewissen, Freiburg i. Br.: Diss. 1990.

Kongehl, Gerhard: Der Schutz der Persönlichkeitsrechte im Zeichen von AIDS, in: Zenz, Helmut und Gabriele Manok (Hrsg.): AIDS-Handbuch für die psychosoziale Praxis, Bern u.a.: Huber 1989, S. 111-120.

Kongehl, Gerhard: Der Schutz der Persönlichkeitsrechte im Zeichen von AIDS, in: Zenz, Helmut und Gabriele Manok (Hrsg.): AIDS-Handbuch für die psychosoziale Praxis, Bern u.a.: Huber, 1989, S. 111-120.

Korruhn, Petra: Die Folge des Kondom-Verzichts heißt Syphilis, in WAZ vom 16.08.2003.

Köthemann, Wolfgang: Anfrage an die Ethik der Mediziner. Ist der LAV/HTLV-Antikörpertest sinnvoll, in: Dunde, Siegfried Rudolf (Hrsg.): Aids – Was eine Krankheit verändert. Sexualität und Moral, der Einzelne und die Gesellschaft, Frankfurt/Main: Fischer 1986, S. 112-123.

Kraepelin, Emil: Hundert Jahre Psychiatrie. Ein Beitrag zur Geschichte menschlicher Gesittung, Berlin: Springer 1918.

Krieg, Robert: Den Alltag durchsichtig machen. Lebenspraxis als gesellschaftliches Lernfeld, Osnabrück: Univ. Diss. 1979.

Lange, Cornelia (Hrgs.): Aids- eine Forschungsbilanz, Berlin: Ed. Sigma 1993.

Leiberich, P. u.a.: Bewältigung und Lebensqualität bei HIV-Infizierten und Aids-Patienten, in: Lange, Cornelia (Hrsg.): Aids- eine Forschungsbilanz, Berlin: Ed. Sigma 1993, S. 289-304.

Lemke, Thomas, "Kritik der politischen Vernunft. Foucaults Analyse der modernen Gouvernementalität, Hamburg, 1997.

Leky, Lutz Gero: Männer unter sich. Zum Verhältnis zwischen Hetereo- und Homosexuellen, in: Dunde, Siegfried Rudolf (Hrsg.): Aids – Was eine Krankheit verändert. Sexualität und Moral, der Einzelne und die Gesellschaft, Frankfurt/Main: Fischer 1986, S. 100-12.

Mackenthun, Gerald: Massenmedien und Aids-Berichterstattung, in: Rosenbrock, Rolf, Andreas Salmen (Hrsg.): Aids-Prävention, Berlin: Ed. Sigma, 1990, S. 77-84.

Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales (MAGS) des Landes Nordrhein-Westfalen, Runderlaß, Düsseldorf, 18.02.1993.

Morin, S.F.; Batchelor, W.F.: Responding to the psychological Crisis of AIDS, in: Public Health Report vol. 99, Nr. 1, 1984, S. 4-9.

Mühlfeld, Claus: Notizen zu AIDS als sozialpädagogischem Handlungsfeld: Prävention, Beratung, Betreuung, in: Mühlfeld, Claus u.a. (Hrsg.): AIDS, Frankfurt/Main: Diesterweg, 1988, S. 71-78.

Müller-Doohm, Stefan: Risiko-Handlungskompetenz: Zum Konzept lebensweltspezifischer Aids-Aufklärung, in: Rosenbrock, Rolf, Andreas Salmen (Hrsg.): Aids-Prävention, Berlin: Ed. Sigma, 1990, S. 99-104.

Newcomb, Th.M.: Psychologie der Gesellschaft, Meisenheim 1959.

Ohne Verfasser (Karoshi 2): Der Begriff Zwangsheterosexualität, o.J., in Karoshi 2, http://www.realkaroshi.org/k2/z.html.

Olberich, E. u.a.: Psychotherapie mit HIV-infizierten Menschen: die Verbesserung der Utilisation persönlicher und sozialer Ressourcen, in: Lange, Cornelia (Hrsg.): Aids- eine Forschungsbilanz, Berlin: Ed. Sigma 1993, S. 305-322.

Orth, B., A. Broszkiewicz: Subjektive Wahrnehmung individueller und gesellschaftlicher Aids-Risiken, in : Lange, Cornelia (Hrsg.): Aids- eine Forschungsbilanz, Berlin: Ed. Sigma 1993, S. 27-40.

Parin, Paul: Die Mystifizierung von Aids, in: Sigusch, Volkmar (Hrsg.) Aids als Risiko. Über den gesellschaftlichen Umgang mit einer Krankheit, Hamburg: Konkret 1987, S. 54-66.

Reimann, Bruno W., Hans Bardeleben, Peter Schmidt: Aids und das Problem einer präventionsgerechten Sexualität, in: Rosenbrock, Rolf, Andreas Salmen (Hrsg.): Aids-Prävention, Berlin: Ed. Sigma, 1990, S. 227-240.

Rieger, Anne/Eva Schmidt-Hieber: Direktiv-nondirektiv, in: Grunwald (Hrsg.): Gesprächspsychotherapie, München: Fink 1979, S. 47-55.

Robert-Koch-Institut (Hrsg.): AIDS/HIV 1995 - Bericht zur epidemiologischen Situation in der Bundesrepublik Deutschland zum 31.12.1995, Berlin 1996.

Robert-Koch-Institut (Hrsg.): Quartalsbericht AIDS/HIV I/96, (121. Bericht) Berlin, 1996.

Robert-Koch-Institut (Hrsg.): Quartalsbericht AIDS/HIV III/95, Berlin, 1995**.**

Rodzinski, Eva und Winfried Kern: Das AIDS-Virus: Übertragung, Pathogenese, Nachweismethoden und Epidemiologie, in: Zenz, Helmut und Gabriele Manok (Hrsg.): AIDS-Handbuch für die psychosoziale Praxis, Bern u.a.: Huber, 1988, S. 21-30.

Rosenbrock, Rolf, Andreas Salmen (Hrsg.): Aids-Prävention, Berlin: Ed. Sigma, 1990.

Rosenbrock, Rolf: Aids-Prävention und die Aufgaben der Sozialwissenschaften, in: Rosenbrock, Rolf, Andreas Salmen (Hrsg.): Aids-Prävention, Berlin: Ed. Sigma, 1990, S. 15-30.

Rosenbrock, Rolf: Der HIV-Antikörper-Test. Medizinische und gesundheitpolitische Probleme, in: Sigusch, Volkmar (Hrsg.) Aids als Risiko. Über den gesellschaftlichen Umgang mit einer Krankheit, Hamburg: Konkret 1987, S. 170-190.

Rothleuthner, Hubert: Probleme der rechtlichen Regulierung von Aids, in: Rosenbrock, Rolf, Andreas Salmen (Hrsg.): Aids-Prävention, Berlin: Ed. Sigma, 1990, S. 137-142.

Rühmann, Frank: AIDS. Eine Krankheit und ihre Folgen, Frankfurt/Main, New York: Campus Verlag, ^{2}1985.

Rühmann, Frank: Moral und tödliche Krankheit – Reflektionen, in: Dunde, Siegfried Rudolf (Hrsg.): Aids – Was eine Krankheit verändert. Sexualität und Moral, der Einzelne und die Gesellschaft, Frankfurt/Main: Fischer 1986, S. 72-84.

Salmen, Andreas: Aktuelle Erfordernisse der Aidsprävention, in: Rosenbrock, Rolf, Andreas Salmen (Hrsg.): Aids-Prävention, Berlin: Ed. Sigma, 1990, S. 85-98.

Salmen, Andreas: Nicht weit von Hysterie entfernt. Zum Umgang mit HTLV-III-Positiven, in: Dunde, Siegfried Rudolf (Hrsg.): Aids – Was eine Krankheit verändert. Sexualität und Moral, der Einzelne und die Gesellschaft, Frankfurt/Main: Fischer 1986, S. 149-161.

Schad, Ute: Sexualität zwischen Tabu und Öffentlichkeit. Eine Inhaltsanalyse der Berichterstattung von Bunte, Quick, Stern und Spiegel zum Thema AIDS, München: Diss., 1991.

SCHERING AG (Hrsg.): AIDS, die tödliche Bedrohung. Berlin, o.J.

Schmidt, Gunter: Moral und Volksgesundheit, in: Sigusch, Volkmar (Hrsg.) Aids als Risiko. Über den gesellschaftlichen Umgang mit einer Krankheit, Hamburg: Konkret 1987, S. 24-38.

Schorsch, Eberhard: Elitäre Sexualwissenschaft?, in: Sigusch, Volkmar (Hrsg.) Aids als Risiko. Über den gesellschaftlichen Umgang mit einer Krankheit, Hamburg: Konkret 1987, S. 156-161.

Schütte, Edith: Diskriminierungsbereitschaft Jugendlicher gegenüber Menschen mit HIV/AIDS, Frankfurt/Main u.a.: Peter Lang, 1995.

Seidl, O., Goebel, F.-D.: Psychosomatische Reaktionen von Homosexuellen und Drogenabhängigen auf die Mitteilung eines positiven HIV-Testergebnisses. AIFO 4: 1987, S. 181-187.

Selg, Herbert: AIDS und die Schwierigkeiten, das Sexualverhalten zu ändern, in: Mühlfeld, Claus u.a. (Hrsg.): AIDS, Frankfurt/Main: Diesterweg, 1988, S. 20-29.

Sigusch, Volkmar: Aids als Risko. Ein Vorwort, in: Sigusch, Volkmar (Hrsg.) Aids als Risiko. Über den gesellschaftlichen Umgang mit einer Krankheit, Hamburg: Konkret 1987, S. 7-23.

Sigusch, Volkmar: Es war immer ein Wagnis, Ekstase zu suchen, in Lemke, Klaus (Hrsg.): AIDS. Stern-Report, Hamburg 1987, S. 49-60.

Singhartinger, Johann : Aids als Anlass - Kontrolle als Konzept : Entwicklungen am Beispiel Strafvollzug, München: AG-SPAK Publi., 1987.

Sonntag, Susan: Krankheit als Metapher, München: Fischer 1989.

Statistisches Bundesamt (Hrsg.): Jeder zweite Gestorbene erlag im Jahr 2001 einer Kreislauferkrankung, Pressemitteilung vom 13. Januar 2003, http://www.destatis.de/presse/deutsch/pm2003/p0130092.htm.

Stille, Wolfgang: Das Krankheitsbild, in: Burkel, Ernst [Hrsg.]: Der AIDS-Komplex : Dimensionen einer Bedrohung, Frankfurt/Main [u.a.] : Ullstein, 1988, S. 52-65.

Süssmuth, Rita: AIDS – Wege aus der Angst. Hamburg: Hoffmann und Campe 1987.

UNAIDS 2003: Epidemiology of AIDS, http://www.unaids.org/en/resources/epidemiology.asp.

Venrath, Barbara: AIDS. Die soziale Definition einer Krankheit, Oldenburg: BIS, 1994.

Wagner, Franz: Metaphern und soziale Repräsentation, in: Biere, Bernd Ulrich, Wolf-Andreas Liebert (Hrsg.): Metaphern, Medien, Wissenschaft, Opladen: Westdeutscher Verlag 1997, S. 210-224.

Weyer, Jürgen, Barbara Körner, Bernhard Ch. Schmidt: Prognosen zur epidemischen Dynamik, in: Burkel, Ernst [Hrsg.]: Der AIDS-Komplex: Dimensionen einer Bedrohung, Frankfurt/Main [u.a.] : Ullstein 1988, S. 229-263.

Wolters, Jörg-Michael: AIDS, psychosoziale Folgeprobleme und sozialpädagogisch verantwortete Strategien der Prävention und Bewältigung, Frankfurt/Main u.a.: Peter Lang, 1989.

Zenz, Helmut und Gabriele Manok (Hrsg.): AIDS-Handbuch für die psychosoziale Praxis, Bern u.a.: Huber, 1989.

Zenz, Helmut: Die Gesprächsführung bei HIV-Betroffenen, in: Zenz, Helmut und Gabriele Manok (Hrsg.): AIDS-Handbuch für die psychosoziale Praxis, Bern u.a.: Huber, 1989 (a), S. 159-167.

Zenz, Helmut: Die psychosoziale Lage HIV-Infizierter und AIDS-Erkrankter, in: Zenz, Helmut und Gabriele Manok (Hrsg.): AIDS-Handbuch für die psychosoziale Praxis, Bern u.a.: Huber 1989 (b), S. 11-20.