

2.3. Soziokulturelle Variablen und deren Auswirkungen

Nachdem sowohl auf die Bedeutung als auch auf die Grenzen soziodemographischer Merkmale eingegangen wurde, gilt es nun den Einfluss soziokultureller Faktoren auf die individuellen Interpretationen von AIDS und den differentiellen Umgang damit näher zu analysieren. Davon ausgehend, dass insbesondere der soziokulturelle Bedeutungshorizont bestimmte Interpretationsrahmen festlegt, stellen sich folgende Fragen: Welche Bedeutung haben kollektiv geteilte Deutungs- und Interpretationsmuster nicht nur hinsichtlich unserer Wahrnehmung und Einstellung, sondern auch unseres sozialen Verhaltens gegenüber *anderen* und ihren Lebenswelten? Welche „Sinn stiftende“ Faktoren stehen möglicherweise einer Modifikation des jeweiligen Interpretationsrahmens und damit einer Verhaltensänderung entgegen? Weshalb treten im Kontext von (Infektions-) Krankheiten immer wieder irrationale Verhaltensweisen auf?

Zunächst liegt sicher die Vermutung nahe, dass aufgrund unbestreitbarer Erfolge gegenwärtiger Medizinwissenschaft laienätiologische Krankheitsvorstellungen in unserer modernen Gesellschaft keine ausschlaggebende Bedeutung mehr für unsere Wahrnehmung und unser soziales Verhalten haben. Ob dieser Vermutung wirklich zuzustimmen ist, soll am Beispiel AIDS ersichtlich werden. Der folgende Beitrag geht der interessanten Frage nach, wie alltagstheoretische Krankheitsvorstellungen und die damit verbundenen subjektiven Interpretationen und Deutungen entstehen und welchen Einfluss diese auf den Umgang mit Krankheiten und den davon Betroffenen ausüben.

Es hat sich bisher gezeigt, dass wohl überwiegend der *Lebensalltag* des Menschen durch bestimmte Funktionsweisen besonders günstige Voraussetzungen für laienätiologische Krankheitsdeutungen und -interpretationen bietet. Dies würde auch erklären, dass *soziodemographische* Faktoren, wie z.B. *Bildung*, für den Umgang mit bestimmten Interpretationen relevant werden. Will man demnach den näheren Zusammenhang zwischen den Krankheitsinterpretationen und ihren Auswirkungen *in* und *für* die Gesellschaft darstellen, so ist dies nur im Rahmen des *soziokulturellen* Kontextes möglich.

2.3.1. AIDS – eine psychische Epidemie?: Interpretationen, Deutungen und psychosoziale Reaktionen

An Beispielen der *Metaphorik*, der *Schuldzuweisungen* und anhand von *Stigmatisierungsprozessen* ist der Kontext subjektiver Krankheitsvorstellungen/-interpretationen zu

verdeutlichen und annähernd darzustellen. Folgende Fragen sollen dabei im Mittelpunkt stehen: Wie entstehen subjektive Krankheitstheorien und in welcher „Umgebung“ sind diese maßgeblich anzusiedeln? Welche Bedeutung kommt ihnen innerhalb der Gesellschaft zu und wie wirken sie sich dort aus? Gibt es dafür besondere gesellschaftliche Mechanismen und kann solchen alltagstheoretischen Krankheitsvorstellungen im Zusammenhang von Krankheit und Leid sogar etwas „Positives“ abverlangt werden?

2.3.1.1. Krankheitsdefinitionen und ihre Bedeutungen

Um von alltags- oder laientheoretischen Krankheitsvorstellungen sprechen zu können, soll zunächst der Begriff *Krankheit* und seine Entwicklung zumindest ansatzweise erhellt werden. Auch wenn die Begriffe *Krankheit* und *Gesundheit* heute nicht mehr eindeutig verwendet werden und sich der „Sinn“ und das „Verständnis“ grundlegend gewandelt haben, sind beide Begrifflichkeiten im Selbstverständnis jeder Kultur zu finden. Je nach geschichtlicher Epoche kommen in ihnen wesentliche Züge des Lebensgefühls zum Ausdruck, so dass Krankheit und Gesundheit nur aus ihren jeweiligen soziokulturellen Zusammenhängen heraus verstanden werden können.

Der heutige Gesundheits- und Krankheitsbegriff findet seinen anfänglichen Ursprung in den Humanwissenschaften des Mittelalters. Nach *Geene*, der in seiner Arbeit die Entwicklungsprozesse der Heilkunst detailliert erläutert, bilden die Humanwissenschaften >>... ihrerseits eine Form der Spezifizierung aus den breit gefassten Disziplinen der Theologie und Philosophie<<. ¹¹³ Der Begriff *Krankheit* wurde im Mittelalter überwiegend durch religiöse (z.B. als Strafe für den Sünder oder als Plage des Bösen), politische oder auch durch andere Weltanschauungen bestimmt. Es waren weniger gesicherte empirische Erkenntnisse, die Entstehungsweisen und Ursachen von *Krankheiten* annähernd erklärten, sondern Vermutungen, Annahmen, Interpretationen oder allgemeine Erfahrungen mit den Betroffenen, die auf bestimmte Krankheiten schließen ließen. Das medizin-ätiologische Erkenntnisumfeld von Krankheiten war zunächst derart eingeschränkt, so dass der Kranke häufig als verhext, sündig oder als besessen abgestempelt wurde. In historischer Perspektive war es vor allem der oft beschriebene „unsolide“ Lebenswandel des Betroffenen, der die Krankheit zu rechtfertigen versuchte. Der Pati-

¹¹³ Geene: AIDS-Politik. 21.

ent galt als „gefährlicher Träger“ einer selbst verschuldeten Krankheit.¹¹⁴ *Schuld* und *Sünde* der Kranken werden so zur sozialen Marginalität einer Gesellschaft.

Im 18. und 19. Jh. lagen zunächst das Interesse und das Ziel der praktischen Medizinwissenschaft bei der *Krankheit an sich* und nicht mehr beim Erkrankten. Für die naturwissenschaftliche Medizin galt der Mensch als krank, dessen körperliche oder geistige Organfunktionen gestört oder eingeschränkt waren. Als medizinischer Ansatz stand die biologische Gesetzmäßigkeit im Zentrum, die eine unmittelbare Verbindung zwischen dem Erkrankten und dem moralischen, psychischen oder auch sozialen Verhalten eliminiert. Als „gesund“ galt hingegen ein Mensch, wenn dessen Lebensfunktionen im Bereich ihrer „Normwerte“ lagen, d.h. eine Abweichung von einer einzelnen „Norm“ war ein krankhaftes Symptom. Ziel der naturwissenschaftlichen Medizin, die sich an einem rein somatischen Krankheitsbegriff orientiert, war die Wiederherstellung der Normwerte.

Mit der *Geburt der Klinik*¹¹⁵ war die dialogische Praxis derart eingeschränkt, dass die dialogische Struktur zwischen Arzt und Patient aufgekündigt und der Patient weitgehend auf das Körperliche reduziert wurde. Um jede Ansteckung effektiv zu unterbinden, wurde der Erkrankte von seinem sozialen Umfeld funktionstüchtig abgeschirmt.¹¹⁶ Nun war es möglich, Krankheiten im menschlichen Körper zu lokalisieren, der – als vorwiegend unabhängiger und mechanisch funktioneller Raum – zum Objekt der ärztlichen Beobachtung wurde. In diesem Kontext trat der Arzt überwiegend als Betrachter in Erscheinung, der den Verlauf der Krankheit analysierte und beschrieb und so aufgrund seiner Erfahrungen durch den Kranken einen statistischen Durchschnittswert ermittelte. Diese Erkenntnisse wurden dann von ihm als „normative Wirklichkeit“ verkündet.¹¹⁷ »In der Klinik hat man es ... mit Krankheiten zu tun«, so Foucault, »deren Träger gleichgültig ist; gegenwärtig ist die Krankheit selber, und zwar in dem Körper, der ihr eigen ist, und der nicht der Körper des Kranken ist, sondern der ihrer Wahrheit. ... Der Kranke ist nur das Medium ... Subjekt seiner Krankheit, d.h. es handelt sich um einen Fall ... der Kranke [ist] ein Akzidens seiner Krankheit, das vorübergehende Objekt, dessen sie sich bemächtigt hat.«¹¹⁸

¹¹⁴ Vgl. hierzu: Dornheim: Verweisungszusammenhänge als kulturelle und soziohistorische Prämissen von Krankheitsdiskursen, in: Rosenbrock; Salmen (Hg.): AIDS-Prävention. 197-205; vgl. Geene: AIDS-Politik. 21-28.

¹¹⁵ Vgl. hierzu: Foucault: Die Geburt der Klinik. Eine Archäologie des ärztlichen Blicks, Frankfurt/Main 1999.

¹¹⁶ Vgl. Foucault, Die Geburt der Klinik. 37.

¹¹⁷ Vgl. Geene: AIDS-Politik. 24.

¹¹⁸ Foucault: Die Geburt der Klinik. 74f.

Der dialogische Charakter zwischen Patient und Arzt stellte sich jedoch bald als unverzichtbar heraus, denn nur durch Kommunikation mit dem Erkrankten war der Arzt in der Lage, ein genaueres Bild über die vorliegende Krankheit zu bekommen. Es besteht zu diesem Zeitpunkt noch kein ausgereiftes Konzept über das Innenleben des Körpers, auf dessen Hintergrund Krankheiten untersucht oder eingeordnet werden können. Noch kann nur der Kranke selbst seine Schmerzen spüren, so dass genauere Erkenntnisse über die Krankheit ausschließlich über die Vermittlung des Patienten selbst gewonnen werden können. >>In dieser Übergangszeit von theoretischer zu klinischer Medizin bemüht sich der Arzt, den Patienten aufzuklären über das Wesen der Erkrankung, ... Der Ort der Krankheitsdefinition ist das Krankenzimmer des Patienten<<, während der >>... gesamte Mensch in seiner physischen, psychischen und sozialen Verfasstheit und Umgebung<< Gegenstand der Beobachtung ist.¹¹⁹ Der Mensch *an sich* mit seinen physischen und sozialpsychischen Befindlichkeiten blieb der einzig mögliche Beobachtungsgegenstand.

Doch weder ein „rein somatischer“, noch ein „rein seelischer“ Krankheitsbegriff (Freud) kann die subjektive Krankheitserfahrung des Menschen ganzheitlich beschreiben. Krankheit betrifft den ganzen Menschen, sie unterbricht Lebenszusammenhänge und trifft den einzelnen mitten im Lebensgeschehen. Die moderne Medizin scheint diese Aspekte und Einsichten aufgenommen zu haben. Insbesondere die anthropologische Medizin sieht tiefe Zusammenhänge zwischen Krankheit und Persönlichkeit, so dass nicht nur die Krankheit und ihr Verlauf wesentlich von gewissen Lebenssituationen mit bestimmt wird, sondern dass Krankheit und die individuelle Lebensgeschichte des Menschen auch eine spannungsvolle Einheit bilden.

Dass Krankheiten gegenwärtig im Rahmen moderner wissenschaftlicher Theorien und ärztlicher Praxis primär isoliert gesehen werden¹²⁰, ohne dass Deutungen eines Zusammenhangs von Krankheit und Lebensgeschichte zulässig wären, zeigt die ansteigende Standardisierung von subjektiven Krankheitsgeschichten. Insbesondere ist hier die zunehmenden Spezialisierungen innerhalb des hierarchisch angeordneten Krankenhaus-Systems, die gegenwärtig Patienten als Objekte immer neuerer Techniken erscheinen lassen, zu nennen. Der medizinische Fortschritt gilt angesichts der bereitgestellten und immer wieder neu entwickelten Techniken allgemein als höchst effektiv. Die Frage bleibt allerdings offen, inwieweit die Eröffnung dieser mechanisierten Möglichkeiten zunehmend eine gewisse Eigengesetzlichkeit der Techniken entwickelt, die nicht

¹¹⁹ Geene: AIDS-Politik. 23f.

¹²⁰ Vgl. hierzu: Eirnbter u.a.: AIDS und die gesellschaftlichen Folgen. Frankfurt/Main 1993.

nur zur »Anonymisierung der Medizin«¹²¹ als solche, sondern auch zur „Anonymisierung des Patienten“ beiträgt. Die Gefahr besteht, dass der Erkrankte im Kontext des Medizin-Systems heute zum puren und abstrakten Objekt einer völlig entfremdeten technisierten Welt verkommt. Dieser Vorgang verändert aber nicht nur die Arzt-Patienten-Beziehung, sondern auch die Sichtweise und Definition von *Krankheit* und *Gesundheit* im erheblichen Maße. So kann *Thoma* aus wissenschaftlicher Sicht daher *Krankheit* als eine »... durch die biologische Organisation bedingte und daher bei allen Lebewesen mögliche Störung der Vorgänge im Organismus« definieren. »Krankheit«, so *Thoma* weiter, »ist im wesentlichen ein biologisches Phänomen, das für den Arzt in bestimmten subjektiven und objektiven Ausdrucksformen (klinischer Befund) erscheint und als dessen Ursache pathologische Desorganisation im organischen Substrat des Menschen angegeben werden kann«.¹²² Die Reduzierung einer Krankheit auf ein biologisches Versagen des Körpers ermöglicht Medizinern den Patienten aus seinem „Sinn- und Lebenskontext“ herauszureißen und ihn als nacktes Objekt medizinischer Experimente zu präsentieren. *Wolff* kritisiert scharf, dass »... sich die Diagnostik mehr und mehr von der ärztlichen Untersuchung auf technische, durch Computer und Elektronik gesteuerte Hilfsmittel verlagert«. »Die Vielfalt und Vielzahl anfallender Daten löste Warnungen vor einer Entwicklung aus, die den Kranken und die Krankheit auf das Meß- und Zählbare reduziert und durch einen »iatrotechnischen« Denk- und Arbeitsansatz den Einzelbefund aus dem sinngebenden Zusammenhang isoliert.«¹²³

Die Begriffsbestimmung von *Krankheit* ist einer steten, neu entwickelnden Sinndeutung unterworfen und bedarf daher immer wieder aufs Neue einer unterschiedlichen Betrachtungsweise. Denn erst in einer Differenzierung wird erkennbar, dass die medizinische Wissenschaft immer wieder versucht, Krankheiten nur auf den Körper oder Organismus eines Menschen zu reduzieren. Durch diese reduzierte Sichtweise wird allerdings im Kontext des Bezugszusammenhangs von Krankheit und Mensch eine zunehmende Entsubjektivierung angesteuert. Der Mensch in seinem alltäglichen Umgang mit Krankheiten versucht hingegen immer wieder die tiefere Sinnbedeutung seines Leidens zu erklären. Diese Nachforschungen nach dem „Sinn des Leidens“ dürfen nicht durch

¹²¹ Wolff: Arzt und Patient, in: Sass (Hg.): Medizin und Ethik. 185.

¹²² Thoma: Die Bedeutung der Mensch-Umwelt-Beziehung in der Medizin, in: Geissler; Thoma (Hg.): Medizinsoziologie. 39. Obwohl Thoma zu Recht diese medizinische Darstellung des Begriffs „Krankheit“ anschaulich darstellt, muss diese zumindest inhaltlich kritisch hinterfragt werden. Abgesehen davon, dass ein nicht erheblicher Teil in Medizin und Wissenschaft den Menschen als „verobjektiviert“ betrachtet, sind es doch immer menschliche Subjekte, die krank werden und in den verschiedensten Gesellschaften Norm- und Wertmaßstäbe eingebettet sind.

¹²³ Wolff: Arzt und Patient, in: Sass (Hg.): Medizin und Ethik. 185; vgl. außerdem: Halfar: Technische Ensembles in der Medizin, in: Badura u.a. (Hg.): System Krankenhaus. 191-206.

einen von „außen“ gesteuerten Isolierungsversuch der Krankheit vom Patienten behindert werden.

Somit stellt sich die Frage, ob der menschliche Körper nicht immer auch als Zentrum von sozialer Orientierung und von Auslegungen über sich *selbst* zu sehen ist. Ein völliger Rückzug aus Sinndeutungen von Körpervorgängen bringt nicht selten neue Probleme hervor, die wesentlich darin liegen, dass sich der Mensch mit seiner Krankheit und den damit verbundenen eigenen Erfahrungen vom „Können“ und „Nicht-Können“ der Medizin ausgeschlossen und isoliert fühlt. Wenn Krankheit sozusagen nicht „nur“ eine äußerliche Störung oder eine Normabweichung ist, dann sind Krankheitserfahrungen sicher nicht von Lebenserfahrungen zu trennen. Insbesondere „sinnlose“ oder nicht „interpretierbare“ Krankheiten motivieren eine ganze Bandbreite von Deutungen, Interpretationen und Strategien. Die Frage nach dem „Sinn“ von Krankheit und Leid wird deshalb häufig mit Hilfe von religiösen Deutungen individuell beantwortet. Das ganzheitliche Einschätzen der momentanen Krankheitslage muss für den Patienten offensichtlich und verstehbar bleiben, denn: Entweder bleibt die Krankheit für den Kranken identifizier- und lesbar oder er greift auf bereits bestehende soziale Deutungsmuster zurück.¹²⁴

Deutungsmuster, so Hüge, sind neben *Relevanzstrukturen* »Wahrnehmungs- und Selektionsfilter« für „neues Wissen“, d.h. wird „neues“ Wissen als „relevant“ eingestuft, ist damit noch nicht entschieden, ob es auch in das *Alltagswissen* aufgenommen wird. Von Traditionen und subjektiven Erfahrungen geprägt, bieten Deutungsmuster Typisierungen und Problemlösungsroutinen an, die dem einzelnen „Sicherheit“ im Alltag verleihen können. Der Rückgriff auf Deutungsmuster ist also ein Rückgriff auf die Welt des Symbolischen und Mythischen: »Die Tiefendimension von Deutungsmustern zeigt sich gerade in Grenzsituationen des Alltags, in denen die kognitiven Bestandteile des Alltagswissens als sinnstiftende Orientierungen zumeist versagen. Dies gilt insbesondere angesichts von AIDS, da die Krankheit sowohl die Tabuzone „Tod“ als auch die Tabuzone „Sexualität“ berührt.«¹²⁵

Wie entstehen sozial etablierten Deutungsmuster? Sind sie für den einzelnen Patienten vielleicht sogar unabdingbar?

Geht man davon aus, dass der Mensch in einer Wechselwirkung zwischen einer natürlichen und einer menschlichen Umwelt aufwächst, dann steht er nach Meinung von *Berger u. Luckmann* nicht nur in Verbindung »... mit einer besonderen natürlichen Um-

¹²⁴ Vgl. Jacob u.a.: AIDS-Vorstellungen in Deutschland. 32f.

¹²⁵ Hüge: AIDS-Aufklärung, in: Rosenbrock; Salmen (Hg.): AIDS-Prävention. 194f.

welt, sondern auch mit einer besonderen kulturellen und gesellschaftlichen Ordnung, welche ihm durch >signifikante Andere< vermittelt wird, die für ihn verantwortlich sind. Nicht nur das Leben und Überleben des Säuglings hängt von gewissen gesellschaftlichen Vorkehrungen ab, sondern auch die Richtung seiner organismischen Entwicklung ist gesellschaftlich determiniert. ... ja, weitgehend seine biologische Existenz überhaupt, dauernd auch dem Eingriff gesellschaftlich bedingter Faktoren ausgesetzt<<. ¹²⁶

Insbesondere Weltanschauungen und sozial geteilte Überzeugungsbilder vermitteln sinngiebende Orientierungen. Sie verleihen mit ihrer spezifischen „Deutung der Welt“ eine Gesamtsicht von *Zweck, Sinn, Aufbau* und *Wert des Weltganzen*. Darin eingebettet sind gesellschaftlich konstruierte und gemeinsam geteilte „Wirklichkeiten“, voran die Alltagswelt des einzelnen Subjekts. *Link-Wieczorek u. Bernhardt* sind der Ansicht, je komplexer sich diese „objektive Wirklichkeit“ darstellt, von der wir ja auch sprechen, umso mehr wird diese angewiesen sein auf metaphorisches Denken, Sprechen und Handeln.¹²⁷

2.3.1.2. *Metaphorisches Denken, Sprechen und Handeln*

Angesichts einer immer wieder geführten Diskussion um gefährliche (Infektions-) Krankheiten und deren Auswirkungen erscheint es sinnvoll, mit der Frage nach Verwendung und Wirkung von metaphorischen Krankheitsdeutungen einzusetzen. Am plausibelsten ist die funktionale Bedeutung metaphorischer Verwendung am Beispiel AIDS darzustellen.

Der Begriff *Metapher* kommt aus dem Altgriechischen (μεταφορα) und bedeutet „hinübertragen“. Die Metapher bezieht sich auf linguistische Prozesse, welche die Aspekte eines Objekts in einen anderen Objektbereich überträgt. Durch eine Metapher wird ein Wort von einem Gegenstandsbereich in einen ihm fremden anderen „hinübergetragen“. ¹²⁸ Bestimmte Erfahrungen, Wissen, Wahrnehmungen, Gefühle, körperliche Empfindungen usw. sind Gegenstand dieser Übertragung. Somit artikulieren Metaphern eine Verwandtschaft der Dinge. Die komplexe Darstellung unserer „Wirklichkeit“ verlei-

¹²⁶ Berger; Luckmann: Die gesellschaftliche Konstruktion der Wirklichkeit. 51.

¹²⁷ Vgl. hierzu: Bernhardt; Link-Wieczorek (Hg.): Metapher und Wirklichkeit, Göttingen 1999. Dieser Band gibt einen interdisziplinären Überblick der Metapherndiskussion und ermöglicht dadurch eine Neureflexion der speziellen Art und Leistung metaphorischen Sprechens und Denkens.

¹²⁸ Zur Definition von Metapher vgl. auch: Hügli; Lübcke (Hg.): Philosophielexikon. 423f. Die Verwendung der Metaphorik lässt sich seit einigen Jahren vor allem in der Sprachphilosophie, der Wissenschaftstheorie und -geschichte wiederfinden.

tet oder zwingt uns sogar, auf Metaphern zurückzugreifen. Metaphern steuern damit nachhaltig unser alltägliches Handeln – und zwar schon im vorsprachlichen Bereich. Sie bilden daher >>... schließlich die „explizite Außenseite“ der „impliziten Axiome“<<. ¹²⁹

Dass die Verwendung von Metaphern in unserem Alltag weitgehend etabliert ist, zeigt sich u.a. darin, dass wir uns letztendlich alle schwer tun würden im Rahmen unserer alltäglichen Verständigung zwischen nicht-metaphorischen und metaphorischen Reden zu unterscheiden und wir womöglich auch versucht wären, bei der Erklärung von eigenen verwendeten Metaphernbildungen in Probleme zu geraten. ¹³⁰

Die Funktion- und Entstehungsweise des metaphorischen Denkens und Handelns haben u.a. *Lakoff u. Johnson* dargestellt. Sie sehen die Entstehungsgrundlage von Metaphern in der lebensweltlichen Erfahrung, welche sich sowohl in der verbalen als auch in der nonverbalen Interaktion des Menschen mit seiner sozialen Umwelt äußert. Das Entstehen von metaphorischem Denken und Handeln >>... basiert wesentlich auf unserer Kompetenz, uns in dieser Welt als leibliche Wesen zu bewegen und dabei Erfahrungen mit dem Oben und dem Unten oder dem Davor und Dahinter zu machen<<. ¹³¹ Metaphern sind nach Auffassung von *Lakoff u. Johnson* als metaphorische Konzepte zu denken, welche sich wiederum aus unterschiedlichen Bildelementen zusammensetzen lassen. Nur durch die Berücksichtigung eines kontextuellen Zusammenhangs von anderen Bedeutungen lässt sich eine bestimmte Bedeutung verstehen. *Lakoff u. Johnson* bezeichnen unser Realitätsverständnis dahingehend als metaphorisch, weil unsere Wahrnehmung der „Realität“ durch Metaphern weitreichend gestaltet wird. ¹³²

Da Metaphern handlungsgestaltende Funktionen besitzen, welche sowohl unsere Wahrnehmungen als auch unsere Handlungen beeinflussen (können), stellen sie eine „Wirklichkeit“ dar, die „als solche“ bestimmte Aspekte von dieser „Wirklichkeit“ verdunkeln und andere gleichzeitig erhellen. Metaphern können demzufolge unser Wissen organisieren und unsere Alltagswelt dementsprechend strukturieren. Durch die Übertragung einer Erfahrung aus einem bekannten Bereich, kann ein neuer, noch unbekannter Bereich verstanden werden. Dieses Konzept ermöglicht uns, auf Alltagserfahrungen unmittelbar zurückzugreifen und unser Leben dadurch besser verstehen zu können.

¹²⁹ Bernhardt; Link-Wieczorek (Hg.): Metapher und Wirklichkeit. 9.

¹³⁰ Vgl. hierzu auch: Ulrich: Metapher und Widerspruch, in: Bernhardt; Link-Wieczorek (Hg.): Metapher und Wirklichkeit. 194-206. Der Autor beschreibt die wahrnehmende und steuernde Funktion der Metapher. Er zeigt, wie komplexe Wirklichkeiten, die sich weder in Theorien noch in Modellen erfassen lassen, durch Leitmetaphern anvisiert werden können.

¹³¹ Schachtner, *Ärztliche Praxis*, Frankfurt/Main 1999, S. 21.

¹³² Vgl. hierzu: Lakoff; Johnson: *Metaphors we live by*. 7; deutsche Ausgabe: Lakoff; Johnson: *Leben in Metaphern. Konstruktion und Gebrauch von Sprachbildern*, Heidelberg 1998.

Gilt diese erhellende und gestaltende Funktion nun auch für die in der praktischen Medizin zu unterscheidende Gesundheits- und Krankheitswahrnehmung, oder lässt sich das medizinische Krankheitsverständnis nur durch bestimmte Bezugspunkte wie die der Symptome oder der organischen Ursachen bestimmen?

Die gestaltende Kraft der Metapher

Nach Ansicht von *Jacob u.a.* verwendet zumindest unsere derzeitige, moderne Medizin im Diskurs über Krankheiten heute keine metaphorischen Bilder und Deutungen mehr, weil Krankheiten heute weder etwas symbolisieren noch eine geheimnisvolle „Wahrheit“ mitteilen. Krankheiten werden im Kontext heutiger Medizin eher als Zufall oder als »Resultat „sinnloser“ physischer Vorgänge« gesehen.¹³³ Da die spezialisierte Medizin sich mit ihren Fachvertretern *Gesundheit* und *Krankheit* aus der bisherigen Bedeutung der „Schicksalhaftigkeit“ herausgelöst sieht und dem einzelnen Patienten versucht, in seinem Leid zunächst wertfrei zu begegnen, scheint jeder Sinnzusammenhang auch restlos eliminiert zu werden. Zu Recht betonen deshalb auch *Jacob u.a.*, dass es aufgrund des existentiellen Problems für Betroffene nicht „nur“ »um Gesundheit und Krankheit als prognostizier- und therapierbare Objekte von Spezialwissen, sondern um Sinn- und Identitätsprobleme«¹³⁴ geht. Es erscheint deshalb wichtig im Rahmen des eigenen Lebens *Krankheit* und *Leid* sinnhaft so wahrzunehmen, dass sie mit Hilfe von Symbolisierungen dem Arzt annähernd mitgeteilt werden können. Als »Mitakteur im Lebensgeschehen des Kranken« kann der Arzt dann das »... Faktum der Krankheit ... im lebensgeschichtlichen Kontext und unter Hinblick auf die individuelle Ganzheit« besser interpretieren und damit *Krankheit* »nicht als abstraktes Objekt, sondern als Moment eines Subjekts« verstehen – vorausgesetzt, der »Arzt wird zum ethisch hörenden Subjekt, dem ein Mit-Mensch von seiner Sinnerfahrung Anteil schenkt ...«.¹³⁵

Ein generelles metaphorisches Denken oder Vorgehen ist jedoch nicht aus dem System Medizin gänzlich herausgelöst zu sehen, wie *Schachtner* mit ihrem Verweis auf die gestaltende Kraft der Metaphern im Alltag der ärztlichen Praxis verdeutlicht. Die Frage, wie Ärzte zu ihren Diagnosen und therapeutischen Entscheidungen gelangen, beantwortet sie folgendermaßen: »Ärztliche Praxis generiert sich auf der Basis von Meta-

¹³³ Vgl. *Jacob u.a.*: AIDS-Vorstellungen in Deutschland. 32.

¹³⁴ *Jacob u.a.*: AIDS-Vorstellungen in Deutschland. 39.

¹³⁵ *Droesser*: Systembewußte Subjektivität, in: *Groß* (Hg.): Zwischen Theorie und Praxis. 157 u. 185 Anmerkung⁶.

phern. Ob es sich um den ersten Blick handelt, den ÄrztInnen auf ihre PatientInnen werfen, um eine Vermutungsdiagnose, um die Auswahl diagnostischer Verfahren und therapeutischer Instrumente oder um die Gestaltung der Arzt-Patient-Beziehung, all dies erklärt sich aus den Implikationen metaphorischer Konzepte, die der jeweiligen Praxis zugrunde liegen. ... Metaphern liefern Orientierungen und Leitlinien; sie lenken die Aufmerksamkeit und setzen Prioritäten. ... Sie sorgen für die Präsenz früherer Erfahrungen, auf deren Basis neue Erfahrungen gemacht werden.<<¹³⁶

Dass Metaphern die ärztliche Praxis konstituieren, ist primär auch daran festzustellen, wie und warum Ärzte in der Praxis so und nicht anders handeln. Beschreibt z.B. ein Arzt die Beziehung zu seinem Patienten als „Verhandlung“, so impliziert das, dass in der Arzt-Patienten-Beziehung über etwas „verhandelt“ wird, wie bei einem Geschäft. Für den Patienten bedeutet dies: Er kann das Angebot des Arztes annehmen oder aber auch zurückweisen. Faktisch wird der Patient in seiner Not kaum das Therapieangebot des Arztes ablehnen. Die hierarchische und paternalistische Struktur wird ihm dabei wesentlich im Wege stehen. Er wird sich daher häufig für die verordnete Therapie entscheiden. Der einseitige „Handel“ verläuft daher nur allzu oft zu Gunsten des Arztes. Während der Arzt der Führer der Verhandlung, der „Handelnde“ ist, lässt der Patient „an sich handeln“. So beschreiben *Berger u. Luckmann* eindrucksvoll, wie ein solcher „Handel“ zwischen Arzt und Patienten meist verläuft: >>Der Laie muß vielmehr von ihrer Richtigkeit und Wohltätigkeit für ihn überzeugt sein, und die Ärzte andererseits müssen lernen, sich an ihre ungeschriebenen Gesetze zu halten. Der misera plebs werden also einschüchternde Bilder eines Leibschicksals vorgehalten, das dem droht, der >gegen den Rat des Arztes< handelt. Die tatsächlichen Segnungen ärztlicher Hilfe und der eigene Horror vor Krankheit und Tod erleichtern dem Laien die Arztgläubigkeit. Der Arztberuf selbst hüllt sich dazu, um seine Autorität zu unterstreichen, in die uralten Symbole von Macht und Geheimnis – vom Arztkittel bis zur Geheimsprache – , die für den Arzt selbst und für den Patienten natürlich pragmatisch legitimiert sind. ... Eine ganze Legi-

¹³⁶ Schachtner: *Ärztliche Praxis*. 13. Ärztliche Praxis generiert sich auf der Basis von Metaphern, so die Autorin. Sie geht davon aus, dass Metaphern Leitlinien und Orientierungen liefern, die vor allem auch die Beziehung in der Arzt-Patienten-Interaktion prägen. Dort haben sie auch die Funktion, Prioritäten zu setzen. Als Erzeugungsgrundlage ärztlichen Denkens, Wahrnehmens und Handelns können Metaphern aktiv werden. Vor allem aber sorgen sie für die Präsenz früherer Erfahrungen, auf deren Basis neue gemacht werden können. Die Autorin stellt eindrucksvoll metaphorische Entstehungs- und Denkweisen im Kontext von Medizin und Praxis dar, mit dem Ergebnis die gestaltende Kraft von Metaphern zu schildern. Sie liefert dadurch nicht nur einen wesentlichen Beitrag Defizite und Mängel im ärztlichen Kontext zu erklären, sondern auch einen wesentlichen Beitrag zur neueren Handlungsforschung insgesamt.

timationsmaschinerie ist in Betrieb, damit Patienten Patienten und Ärzte Ärzte bleiben und zudem, wenn das überhaupt möglich ist, auch noch glücklich dabei sind.<<¹³⁷

Ein positives Beispiel aus der Psychosomatik verdeutlicht hingegen die Wechselbeziehung und -wirkung zwischen der körperlichen Symbolbildung und ihrer Transformation in sprachliche Metaphern. *Kämmerer* erläutert dies am Beispiel des „psychosomatischen Dialogs“. Dieser Dialog hat zur Aufgabe, innerhalb einer Therapie einen Bezugsrahmen zu konstruieren, indem es dem Patienten möglich ist, sein körperliches Befinden und die dazugehörigen Phantasien wahrzunehmen. Dies ermöglicht ihm einerseits über seine Mitmenschen zu sprechen, andererseits eine Beziehung zum behandelnden Arzt aufzubauen und sein Befinden auch selbst zu kommentieren.¹³⁸ Es geht darum, die >>Wirklichkeit des Patienten, mit dem ihm rätselhaft gewordenen schmerzenden Körper zu erfassen und mit ihm seine *Landkarte der Beschwerden* einzusehen<<.¹³⁹

Im Rahmen des dialogischen Gesprächs mit dem Patienten ist der wechselseitige Einfluss von körperlicher Symbolik mit ihrer Übertragung in eine metaphorische Sprache für den Arzt und seine Therapie ein wichtiger Anhaltspunkt. Der Arzt kann dadurch eine Verknüpfung zwischen den „Symptomen“ einer Krankheit und den „psychosozialen“ Problemen im Umfeld des Patienten herstellen, was nicht unerheblich für die Genesung des Kranken ist. Gerade im Bereich eines soziopsychosomatischen Krankheitsverständnisses werden sich die Funktion der Medizin und die Rolle des Arztes dementsprechend auch ändern müssen. *Schachtner* hält die Bezugspunkte der „Biographie“, der „individuellen Lebensumstände“, sowie der „sozialpsychischen Verfasstheit“ für wesentliche Faktoren der Genesung des Patienten, da sie sich häufig als gesund- oder krankmachende Variablen darstellen.¹⁴⁰

Das Krankheitsverständnis lässt sich eben nicht nur durch bestimmte Symptome oder organische Ursachen fixieren. Deshalb ist es um so notwendiger – ja gerade sinnvoll – dem Patienten ihr Empfinden mitteilen zu lassen und sie in das Definieren der eigenen Krankheit mit einzubeziehen. Dieses „Mitteilen“ geschieht gerade auf Seiten des Patienten häufig mit Hilfe von Metaphern, die der einzelne Mensch von seiner soziokulturellen oder religiösen Welt übernommen hat (z.B. der sog. „Hexenschuss“). Eine

¹³⁷ Berger; Luckmann: Die gesellschaftliche Konstruktion der Wirklichkeit. 93f. Zur ärztlichen Identitätsfindung siehe auch den allgemeinethischen Beitrag von: Droesser: Systembewußte Subjektivität, in: Groß (Hg.): Zwischen Theorie und Praxis. 145-165.

¹³⁸ Vgl. hierzu: Kämmerer: Vom Körper zur Rede, in: Bernhardt; Link-Wieczorek (Hg.): Metapher und Wirklichkeit. 277-279.

¹³⁹ Kämmerer: Vom Körper zur Rede, in: Bernhardt; Link-Wieczorek (Hg.): Metapher und Wirklichkeit. 277.

¹⁴⁰ Vgl. Schachtner: Ärztliche Praxis. Die gestaltende Kraft der Metapher. 36-39, hier 39.

metaphorische Verwendung ermöglicht deshalb dem Patienten sein Gebrechen dem Arzt so darzustellen, wie er es *selbst* empfindet. Das echte Eingehen auf den Patienten setzt natürlich eine gewisse Dialogstruktur einer Arzt-Patienten-Beziehung voraus. Demzufolge kann nur eine gemeinsame Sprache diese Zusammenhänge verdeutlichen, wobei sich die Sprachfähigkeit nicht zuletzt in der Dialogfähigkeit beider erweist, die eine heilsame und erhellende Distanz zur »autonom gewordenen, segmentierten individuellen Symbolwelt des daher fremd gewordenen Körpers« schafft.¹⁴¹

Insofern könnte sich ein völliger Verzicht einer Krankheitsdeutung durch die medizinische Wissenschaft für den Patienten und seine Genesung kontraproduktiv auswirken. Da aber der Kranke sich schon innerhalb sozial etablierter Deutungsmuster bewegt, wird er immer wieder versucht sein, in einer ausweglosen Situation auf diese zurückzugreifen, um den näheren „Sinn“ seines Erkrankens und Leidens zu erklären. Der soziokulturelle und religiöse Kontext liefert hierzu eine große Anzahl kollektiv geteilter Deutungsmuster, die dem einzelnen Patienten und seinen Interessen in den Auslegungen nach dem „Sinn“ des Leidens dienlich sind.

Nach *Huge* bilden Deutungsmuster »... sozio-kulturelle Interpretationsfolien, die als „kognitive und normative Verhaltens- und Einstellungsorientierungen“ im Alltag wirksam sind«. »Geprägt von lebensweltlichen Traditionen und subjektiven Erfahrungen bieten sie Typisierungen und Problemlösungsroutinen, die dem Handlungssubjekt Sicherheit verleihen und soziales Handeln mit „Sinn“ erfüllen.« ... Sie »... umfassen als Orientierungswissen damit nicht nur bewußtseinsfähige Interpretationsfolien, sondern zugleich die unbewußt verankerten Voreinstellungen des subjektiven Bewußtseins«, so *Huge*.¹⁴² Diese, von der Wissenschaft der Medizin bestätigte oder bekämpfte Interpretationen über Krankheiten, eignen sich bis heute hervorragend dazu, für die Entstehung und Weitertradierung von unterschiedlichen Ideologien beizutragen.

Der „Sinn“ metaphorischen Sprechens und Denkens könnte sich gerade in der Beziehung Arzt-Patient als gestaltend erweisen. Dies zu betonen ist auch deshalb von Bedeutung, weil vor allem in der psychosomatischen Praxis ein kommunikationsfähiges Verständnis der Symbolbildung des Körpers sich als heilsam erweisen kann. Der Ort für sich klärende, ordnende, außerordentlich aufhellende Metaphern kann die Arzt-Patient-Beziehung sein, in der die Krankheit im Kontext des subjektiven Lebensalltags und nicht als objektive Abstraktion interpretiert und analysiert wird.

¹⁴¹ Kämmerer: Vom Körper zur Rede, in: Bernhardt; Link-Wieczorek (Hg.): Metapher und Wirklichkeit. 279.

¹⁴² Huge: AIDS-Aufklärung, in: Rosenbrock; Salmen (Hg.): AIDS-Prävention. 194f.

Sinnstiftende Funktion der Metapher?

Jede Kultur, so konstatieren *Biere u. Liebert*, hat für sich eine bestimmte Anzahl von Metaphern zur Verfügung, und sie kommen überwiegend dann zur Geltung, wenn der „Realität“ ein „Sinn“ zu verleihen ist.¹⁴³

Gerade im Zusammenhang mit Krankheit und Leid muss diese „Sinnfunktion“ metaphorischen Denkens näher betrachtet werden. Welchen „Sinn“ hat es, gegen eine Krankheit „Krieg zu führen“ und sie zu „bekämpfen“? Steckt hinter dem Aufruf „Kampf gegen AIDS“ ein Versuch zur Dämonisierung von Krankheit, und ist sie mehr als eine Forderung für noch mehr Engagement in einer Gesellschaft?

Die gesellschaftliche Verwendung und Funktion von metaphorischen Krankheitsdeutungen und die damit unmittelbar verbundenen gesellschaftlichen Prozesse der Bewertung von Körper, Krankheit und Gesundheit hat nachhaltig *Susan Sontag* beschrieben. Sie hat am Beispiel von Krebs, TBC und AIDS den Versuch unternommen, metaphorische Krankheitsbilder in unserer Gesellschaft zu analysieren und kritisch zu hinterfragen. Sie wollte an diesen Beispielen aufzeigen, dass Krankheit keiner metaphorischen Bedeutung bedarf und so weit wie möglich frei sein muss von metaphorischem Denken. Der erste Schritt von der Dämonisierung der Krankheit zur Schuldzuweisung an den Patienten ist ihrer Meinung bereits vollzogen. Dass z.B. >>beim Bildgebrauch innerhalb der Politik nur tödliche Krankheiten verwendet werden, verleiht der Metapher einen weit pointierteren Charakter<<. >>Wenn heute ein politisches Ereignis oder eine politische Situation mit einer Krankheit verglichen werden, wird dadurch Schuld eingeflößt, Bestrafung empfohlen<<, so *Sontag*.¹⁴⁴

¹⁴³ Vgl. *Biere; Liebert* (Hg.): *Metaphern, Medien, Wissenschaft*. 217f. Abgesehen davon, dass nicht alle Metaphern von derselben Wichtigkeit sind, taucht hier das Problem der Verwendung von Metaphern auf, die nicht (z.B. aus biographischer Sicht) direkt erfahrbar sind, sondern nur indirekt (z.B. Krieg-Metapher). *Lakoff u. Johnson* gehen dabei von der Tatsache aus, dass die bloße Kenntnis einer Metapher und diese zu leben (to live by) einer Unterscheidung bedarf. Bestimmte metaphorische Konzepte gemeinsam zu gebrauchen und darüber zu kommunizieren sind allein auf der Basis unserer Kultur möglich. Kritisch an dieser Darstellung ist die Frage, ob wir Konzepte verwenden bzw. auch verstehen können, wenn wir sie nicht erlebt haben. Meiner Ansicht nach lassen die Autoren hierbei den sozialen Charakter metaphorischen Denkens außer Acht. Deshalb ist diese Frage nur auf einer sozialen Ebene zu beantworten. Dem Menschen wird sein Wissen wesentlich im Kontext der Sozialisation durch Familie, Freunde usw. und Medien vermittelt.

¹⁴⁴ *Sontag: Krankheit als Metapher*. 97f. Die Autorin, die als Kritikerin und Regisseurin bekannt wurde, versucht Krankheit zu demaskieren, indem sie die Krankheit (hier am Beispiel Krebs = Tod) zu sich selber zurückbringt. Der „Krieg“ gegen eine Krankheit ist nicht bloß der Aufruf zu noch mehr Engagement der Bevölkerung und die Forderung nach noch mehr Mitteln für die Forschung. Diese Metapher sorgt auch dafür, dass eine besonders gefürchtete Krankheit als etwas ebenso „Fremdes“ wie „anderes“ gesehen wird, wie der Feind in einem modernen Krieg: dann aber ist der Schritt von der Dämonisierung der Krankheit zur Schuldzuweisung an den Patienten zwangsläufig.

Nicht nur der politische Rahmen eignet sich hervorragend, Metaphern für die Vermittlung von Ereignissen einzusetzen. Auch ein Bildergebrauch innerhalb der medizinischen Wissenschaft wird verwendet, um Informationen aus der Fachsprache zu verdeutlichen und bestimmte Erklärungsmodelle zu konstruieren.

*Biere*¹⁴⁵ hat mit Hilfe des Rundfunkbeitrags *Sturmangriff der Killerviren* die Entwicklung von Metaphernmodellen detailliert dargestellt. Dabei galt es, sowohl den Verstehensprozess eines Laien nachzuvollziehen als auch diese Modelle im Hinblick auf ihre verständnisfördernde Funktion zu analysieren. Im Zentrum seiner Analyse steht die Entstehung metaphorischer Szenerien, die er am Beispiel „Kampf gegen den HI-Virus“ beeindruckend darstellt:

Gegen ein schädliches AGENS (Fremdagens), das in den Körper EINGEDRUNGEN ist, das Virus, wird ein zweites AGENS, das Medikament, in den KAMPF geschickt, mit dem Ziel, das Virus zu TÖTEN.¹⁴⁶

Wie die metaphorische Sprache der Wissenschaft die AIDS-Problematik mehr oder weniger beeinflusst hat, zeigt auch der Moskauer Wissenschaftler *Dobrovol'skij*¹⁴⁷ anhand seiner empirischen Studie über das Thema AIDS. Wie *Sontag*, so weist auch er u.a. auf die in der öffentlichen AIDS-Diskussion häufig verwendete Kriegsmetapher hin. Der Autor macht an Hand seiner Beispiele deutlich, dass – entgegen der Annahme *Sontags* – nicht die Kriegsmetapher im Kontext der AIDS-Problematik im Zentrum steht. Seiner Ansicht nach handle es sich bei AIDS in Anlehnung an *Liebert* (1995) eher um ein *Kampfszenario*, was klar hervortritt. Am folgenden Beispiel der Metaphernmodelle des Typs „X IST KRIEG“ wird die ganze Bandbreite des Szenarios verständlich. Es geht *Dobrovol'skij* vorwiegend darum, die Versprachlichung mit Hilfe des Begriffs *Krieg* in mindestens drei konzeptuellen Bereichen nachzuweisen:

¹⁴⁵ Vgl. *Biere*: „Sturmangriff der Killerviren“, in: *Biere; Liebert* (Hg.): *Metaphern, Medien, Wissenschaft*. 132-147.

¹⁴⁶ *Biere*: „Sturmangriff der Killerviren“, in: *Biere; Liebert* (Hg.): *Metaphern, Medien, Wissenschaft*. 135.

¹⁴⁷ Vgl. *Dobrovol'skij*: *Metaphernmodelle und Idiome in mündlichen Fach- und Vermittlungstexten*, in: *Biere; Liebert* (Hg.): *Metaphern, Medien, Wissenschaft*. 148-179. U.a. versucht der Autor auch darzustellen, ob Metaphern innerhalb eines AIDS-Textes abgestimmt sein müssen und ob diese inhaltliche Anstimmung wiederum eine obligatorische Bedingung für gewisse Zusammenhänge spielt; vgl. hierzu auch: *Liebert*: *Metaphernbereiche der virologischen Aidsforschung*. *Lexicology* 1/1, (1995). 142-182; *Liebert*: *Metaphernreflexion in der Virologie. Das theoriesprachliche Lexikon der Metaphernmodelle als Sprachreflexionsmittel im Forschungsprozess (TLMSF)*. Abschlussbericht zum DFG-Postdoktorandenstipendium Li 560 1-1/1-2, Mannheim 1995.

Modell 1: Metaphermodelle des Typs „X IST KRIEG“¹⁴⁸

- INTERAKTION UNTERSCHIEDLICHER VIREN

... visionen gipfelten im krieg der viren [...] es geht um ein herpes-virus * das hhv7 * soweit wir wissen ist dieses virus unschädlich für den menschen [...] dieses hhv7 kann man im prinzip *gegen das hiv kämpfen lassen* * ... (SDR, 3.7.1993 aus: „AIDS-Therapie“: Verzweifelte Suche nach Medikamenten) [...]

- WISSENSCHAFTLICHE (VIROLOGISCHE) FORSCHUNG

impfstoffe * die auch beim menschen wirken * existieren noch nicht ↓ * und die therapie mit den bisher üblichen pharmaka * hat einen schweren *rückschlag erlitten* ↓ * (SDR, 3.7.1993 aus: „AIDS-Therapie“: Verzweifelte Suche nach Medikamenten) [...]

- INTERAKTION DES HI-VIRUS UND DES IMMUNSYSTEMS

diese patientengruppe ist für die aidsforschung wichtig * weil sich bei den kleinen patienten * von geburt an die entwicklung des virus und der *angriff* auf den zelltodauslöser tat * stabilisierende auswirkungen auf das immunsystem hätte ↓ * (SDR, 20.6.1995 aus: „Wie AIDS-Viren die Immunabwehr lahmlegen“) [...]

Sowohl die Metapher *Krieg der Viren*, die unmissverständlich Assoziationen zum *Krieg der Sterne* hervorruft, als auch das Erleiden eines schweren *Rückschlags* zeigen, dass es sich hierbei um abstrakte Kampf-, bzw. Kriegsszenarien handelt. Im letzten Beispiel weist uns die Interaktion zwischen Virus und Immunsystem – im Körper des Menschen stattfindend – ebenfalls auf einen Kampf hin. AIDS wurde – zumindest verbal – zum Feind aller gemacht. Damit konnte ungehindert zu dessen Bekämpfung aufgerufen werden, auch mit religiösen Metaphern (z.B. Anti-AIDS-Kreuzzug). Das Ziel des Aufrufs richtete sich allerdings häufig gegen die Betroffenen und nicht gegen den HI-Virus – mit verheerenden Folgen: Durch diese militärisch anmutende Kampfansage werden latente und längst vergessene Vorurteile gegen Personen remobilisiert. Die *Operation AIDS* wird darüber hinaus strategisch dahingehend ausgerichtet, dass nicht HIV, sondern Schwule und Fixer im Visier der Kriegsstrategen stehen.

¹⁴⁸ Dobrovol'skij: Metaphernmodelle und Idiome in mündlichen Fach- und Vermittlungstexten, in: Biere; Liebert (Hg.): Metaphern, Medien, Wissenschaft. 160f. Seine Analyse basiert wesentlich auf 5 Rundfunkbeiträgen und 4 medizinwissenschaftlichen Fachvorträgen. Die angezeigten Pfeile zeigen ein Schreib- bzw. Sprechduktus an, der durch bestimmte syntaktische Mittel geprägt ist. In diesem Fall weisen sie auf die Aneinanderreihung von Hauptsätzen hin, die den Text dadurch leicht verständlich machen. Für unsere Erläuterungen ist dies jedoch als sekundär zu betrachten.

Die Verankerung von AIDS ging weit über diese Diskriminierung hinaus, so dass AIDS selbst oft zur Metapher erhoben wurde – eine Methode, um gewisse andere Krankheiten zu veranschaulichen, zu bewerten oder gar zu herabwürdigen. Die Verweisungen einer Krankheit auf andere bezeichnet *Dornheim* als »„Methode“ der in Alltagszusammenhängen Handelnden«, die sich darin zeigt, dass auch »divergente Merkmale unterschiedlicher Krankheiten in historisch und situativ übergreifende Kontexte gebracht werden«. ... Zweifellos besteht nach *Dornheim* »eine Beziehung zwischen analogischem Denken, das mit Vergleichen und Metaphern operiert, und den Verweisungsprozessen, in denen Krankheiten wahrgenommen werden«. ¹⁴⁹

Metaphorische Krankheitsdeutungen und Interpretationen haben ihren Ort im Alltag der Menschen und werden durch Erfahrung und Vermittlung von „außen“ an den Kranken herangetragen, die versuchen, den „Sinn“ der jeweiligen Krankheit zu erklären. So werden bestimmte Krankheitssymptome ¹⁵⁰ in gewisser Weise einer Interpretation unterzogen, ihre Träger mit darauffolgenden Sanktionen versehen. Das Auftreten einer Veränderung der Hautoberfläche wurde oftmals als „Hexenmal“ und Epilepsie als Strafe für ein Verbrechen interpretiert. Besonders sexuell übertragbare Krankheiten, wie z.B. Syphilis, erzeugten schon in den frühesten medizinischen Beschreibungen gegen Ende des 15. Jahrhunderts eine Art „metaphorischer Interpretation“, die mit dem AIDS-Diskurs durchaus zu vergleichen ist: »eine Krankheit«, so *Sontag*, »die nicht nur abstoßend und eine gerechte Vergeltung ist, sondern auch die Gemeinschaft gefährdet.« ¹⁵¹

Die einfachste Art, um die eigene „Gruppendynamik“ zu bewahren und weiter zu gewährleisten, ist bis heute das Herbeisehnen eines „Sündenbocks“. Auch wenn der ursprüngliche „Sündenbock“ ¹⁵² „nur Träger der Sünde“ war, so lässt sich die Suche nach einem „Sündenbock“ bei den heutigen modernen Krankheiten nicht so einfach vom Patienten trennen.

Die Erfahrung mit AIDS und das damit verbundene Ausfindigmachen eines geeigneten Schuldigen erinnert an die Pest im Mittelalter, die häufig mit einer „sittlichen Verunreinigung“ assoziiert wurde. Die Menschen hielten damals unvermeidlich Ausschau

¹⁴⁹ Dornheim: Verweisungszusammenhänge als kulturelle und soziohistorische Prämissen von Krankheitsdiskursen, in: Rosenbrock; Salmen (Hg.): AIDS-Prävention. 202.

¹⁵⁰ Besonders diejenigen, die den Körper eines Menschen verfremden, wie z.B. Cholera, Lepra, Syphilis und nach Vorstellungen vieler heute noch Krebs.

¹⁵¹ Sontag: AIDS und seine Metaphern. 49.

¹⁵² Im Rahmen des Versöhnungstages Jom Kippur, ein Ritus der jährlichen Generalreinigung von Heiligtum und Volk (Lev 6), wird einem ausgelosten Ziegenbock durch Handauflegung mit den Sünden der ganzen Gemeinde beladen und zu einem Dämon namens »Asasel« in die Wüste geschickt. Der Bock ist allerdings nur Träger der Sünden und nicht der eigentliche Sündenbock, zu dem er erst später gestempelt wurde (vgl. Staubli: Begleiter durch das Erste Testament. 201f).

nach einem geeigneten „Sündenbock“, der schließlich außerhalb der geplagten Gemeinschaft zu finden war. Im 14. Jh. fanden fast überall in vom Pest heimgesuchten Europa Judenmassaker in einem bis dahin unbekanntem Ausmaß statt. Dies hörte erst wieder auf, als die Krankheit selbst rückläufig wurde. War es damals die Pest, die als Folge von „Verfehlungen“ über die Gesellschaft kam, so ist es nun die metaphorische Aufblähung von HIV und AIDS, die als „gerechte“ Bestrafung nicht eines Einzelnen, sondern einer ganz bestimmten Gruppe von Menschen verstanden wird. »Daß man eine katastrophale Epidemie als Zeichen moralischer Laxheit oder politischen Verfalls deutet«, scheint damals wie heute ebenso „normal“, »wie daß man eine grauenerregende Krankheit mit dem Fremden« assoziiert.¹⁵³

Zu Recht deutet *Sontag* auf die auslösenden Ängste vor Krankheiten und ihren Mystifikationen hin, die trotz neuen Wissens häufig weiterhin vorhanden bleiben. Ängste und Unsicherheiten sind in der Bevölkerung nicht nur bei *den* Infektionskrankheiten zu finden, die tatsächlich ein hohes Risiko einer Ansteckung verbergen, sondern ebenso auch bei *den* Krankheiten, die nicht – oder nur durch spezifische Infektionswege übertragen – als ansteckend gelten. »Jede Krankheit«, so *Sontag*, »die man als Geheimnis behandelt und heftig genug fürchtet, wird als im moralischen, wenn nicht wörtlichen Sinne ansteckend empfunden. So sehen sich überraschend viele Menschen mit Krebs von Verwandten und Freunden gemieden und werden von Mitgliedern ihres Haushalts zum Objekt von Desinfektionspraktiken gemacht, als ob Krebs wie Tb [Tuberkulose] eine ansteckende Krankheit wäre. ... Schon dem bloßen Namen solcher Krankheiten wird magische Macht zugeschrieben.«¹⁵⁴

Es gibt sogar Hinweise, dass selbst in unserer Zeit einige Menschen die Krankheit „Krebs“ als „ansteckend“ einschätzen und einige sogar der Meinung sind, die Krankheit sei über sexuelle Kontakte oder sogar durch Berührung übertragbar. Mit Verweis auf die Volksmedizinforschung ließe sich nach *Dornheim* beobachten, dass sich einige Menschen häufig so verhalten, als sei Krebs übertragbar, obwohl sie eigentlich das „Wissen“ hatten, dass dies nicht möglich ist. Ein Großteil dieser Menschen, so *Dornheim*, würden diesen „Widerspruch“ zwischen den „Verhaltensweisen“ und „Einstellungen“ einerseits und dem „eigenen Wissen“ andererseits damit begründen, dass *andere* Men-

¹⁵³ Sontag: AIDS und seine Metaphern. 58.

¹⁵⁴ Sontag: Krankheit als Metapher. 7f. Krebs scheint nicht so sehr eine Krankheit der Zeit zu sein als eine Krankheit oder Pathologie des Raumes, so die Autorin. Seine hauptsächlichen Metaphern beziehen sich nämlich vorwiegend auf die Topographie: Krebs „breitet sich langsam aus“, „wuchert“ und Krebs ist vor allem „hinterhältig“.

schen sagen, „Krebs sei ansteckend“.¹⁵⁵ Besonders in ländlichen Gegenden ist diese Krankheitsvorstellung noch heute zu finden, wobei die daraus resultierende Tendenz zur Kontaktvermeidung¹⁵⁶ ebenfalls groß ist.¹⁵⁷ Derartige irrationale „Vorstellungen“, die also auch zu einer Diskrepanz zwischen eigener Meinung bzw. eigenem Wissen und Verhaltensdispositionen führen können, leben vor allem von der (Re-)Konstruktion neuer und alter Metaphern.

Amendt bezeichnet die Metaphernbildung als »Sozialtechnik«. Die Metaphernbildung wäre seiner Meinung nach vor allem eine »amerikanische Krankheit«. Ihr ginge es vor allem darum, Diskussionen an sich zu reißen und abweichendes Verhalten zu stigmatisieren, indem man bestimmte Begriffe besetzt (z.B. AIDS als „Geißel Gottes“ oder als „Heimsuchung Gottes“) und ihnen einen Namen gibt. Die *Methode* ist: »Erst werden die Begriffe besetzt, dann werden sie auf die Köpfe der Menschen losgelassen.«¹⁵⁸ Ob diese *Methode* „nur“ eine amerikanische Erscheinung ist, dürfte mitunter stark zu bezweifeln sein. Denn auch bei uns lässt sich immer wieder von neuem ein derartiger Prozess beobachten, der mit Hilfe der Medienlandschaft funktionstüchtig in Gang gesetzt wird: Wenn z.B. Krebs mit Pest oder Cholera assoziiert wird, ist es nicht verwunderlich, dass auch bei AIDS derartige tradierte und kollektive Krankheitsmuster greifen, d.h. sie waren schon vor dem Auftreten von HIV verfügbar und sozial etabliert. Sie mussten bestenfalls remobilisiert werden, um ihre Durchschlagskraft erreichen zu können – was auch gelang.

Wie vielfältig sozial gestrickte Krankheitsdeutungen sein können, veranschaulicht *Sontag* an ihrem Beispiel von der „Hierarchisierung der Körperorgane“. *Sontag* sieht in der mythologischen Unterscheidung zwischen Krebs und Tuberkulose, dass letztere bestimmte Charaktere annimmt, welche der „Lunge“ als Teil des „oberen“, sprich geist-erfüllten Körpers (Metapher: Atem, Leben) zugeordnet sind; die Krankheit „Krebs“ hingegen sei nach ihrer Überzeugung vorwiegend dafür berüchtigt, dass er Teile des Körpers angreift, die eher im „unteren“ Teil des Körpers zugeordnet werden.¹⁵⁹ Demnach wird nicht jede Krankheit gesellschaftlich gleich eingestuft, d.h. die Wahrnehmung ver-

¹⁵⁵ Vgl. Dornheim: Verweisungszusammenhänge als kulturelle und soziohistorische Prämissen von Krankheitsdiskursen, in: Rosenbrock; Salmen (Hg.): AIDS-Prävention. 199.

¹⁵⁶ Ein Studienkollege erzählte mir kürzlich, dass es ihm als Kind untersagt wurde, seine an Krebs erkrankte Großmutter zu besuchen, da die Gefahr einer evtl. Ansteckung zu groß sei.

¹⁵⁷ Vgl. hierzu auch: Dornheim: Kranksein im dörflichen Alltag, Tübingen 1983; Verres: Krebs und Angst. 214f.

¹⁵⁸ *Amendt*: Jetzt ist alles Gras aufgefressen, in: Sigusch (Hg.): AIDS als Risiko. 67. Koryphäen auf diesem Gebiet nennt man „great communicators“.

¹⁵⁹ Vgl. *Sontag*: Krankheit als Metapher. 21.

schiedenster Krankheiten erlaubt es nun, die eine als „modern“¹⁶⁰ und „angesehen“, die andere eher als „beschämend“¹⁶¹ erscheinen zu lassen. Gesellschaftlich findet oft unbewusst eine „moralische Differenzierung“ zwischen Krankheiten statt, die bestimmte Kriterien aufstellt und den Zusammenhang zwischen Krankheit und Lebensstil interpretiert. So wird eine Erkrankung an Lungenkrebs als weniger beschämend empfunden als Darmkrebs oder in unserem Fall AIDS.

Stimmt man der These *Sontags* zu, die der Kriegsmetaphorik eine führende Rolle im Kontext von Krankheiten, insbesondere von AIDS, verleiht und möchte man diese bejahen, bestätigt uns die Medizingeschichte, dass ein völliger Verzicht von metaphorischer Sprache jedoch kaum möglich sein wird.¹⁶² Denn unser gesamtes alltägliches Leben ist von Metaphern durchdrungen. Sie sind in unserem Handeln und Denken und in unserer Sprache – Metaphern strukturieren, was wir wahrnehmen, wie wir uns in der Welt bewegen und uns auf andere Menschen beziehen. Dabei sind sie nicht nur hervorragend dazu geeignet, beim Übergang vom fachinternen in den öffentlichen Diskurs ihre Dynamik zu entfalten, sondern haben durchaus „Sinn“ im Rahmen der Selbstinterpretation von Krankheiten. Nicht zuletzt erzeugt eine metaphorische Verwendung AIDS als »Element gesellschaftlicher Verständigungspraxis, als Moment des Kommunikations- und Interaktionsprozesses einen Teilaspekt sozialer Realität: Sozialität. Diese ... ist Träger einer Sinnstruktur, die einen kulturell fixierten Bedeutungs- und Bezugsrahmen schafft für die individuellen und kollektiven Deutungsmuster des Themas AIDS im Alltagshandeln«. »... Dieser sinnstrukturierten Realität«, so *Müller-Doohm* weiter, »kommt eine spezifische Definitionsmacht zu.«¹⁶³

Resümierend ist zunächst festzustellen, dass bestimmte metaphorische Deutungen über Krankheiten nicht nur von „außen“ an die Menschen herangetragen, sondern vom Kranken selbst ausgelegt oder interpretiert werden. Metaphorische Krankheitsdeutungen von „außen“ haben aufgrund ihrer Dämonisierung von Krankheit und Erkrankten eine soziale Relevanz. Als „soziale Technik“ stigmatisieren und diskriminieren sie auf einfache, aber effektive Weise abweichendes und der Normalitätsstruktur einer Gesellschaft widerstrebendes Verhalten. Der Vorgang der Selbstausslegung, also die Deutung

¹⁶⁰ So bekommt in unserer Zeit z.B. der Herzinfarkt eines Topmanagers durchaus eine „gesellschaftliche Aufwertung“. Abgesehen davon, dass der Betroffene im Falle des Todes nicht mehr viel davon hat, wird der Infarkt auch posthum dementsprechend häufig in Verbindung mit besonderer beruflicher „Leistung“ und „Erfolg“ aufgewertet.

¹⁶¹ An dieser Stelle können alle sexuell übertragbaren (Infektions-) Krankheiten oder Darmkrebs erwähnt werden. Hier zeigen sich zu HIV eindeutige Parallelen!

¹⁶² Vgl. hierzu: Lenzen: Krankheit als Erfindung, Frankfurt/Main 1991; vgl. auch: Keller (Hg.): Krank-Warum?, Stuttgart 1995.

¹⁶³ Müller-Doohm: Risiko-Handlungskompetenz, in: Rosenbrock; Salmen (Hg.): AIDS-Prävention. 100.

von „innen“, hingegen dient vor allem dazu, eine „adäquate“ Antwort auf die Frage nach dem „Sinn“ des Leidens zu finden. Im Ergebnis betrachtet, kann also der These *Krankheit als Metapher* durchaus etwas „Positives“ entlockt werden – um so mehr für die Menschen, die das Bedürfnis nach Sinnggebung und Bedeutung ihrer Krankheit im Schatten von Tod und Katastrophe verspüren.

2.3.1.3. Schuldzuweisungen

Die Frage nach dem „Warum“ des Leidens wirft oft auch die Frage nach der eigenen „Schuld“ auf. Das nun eingetretene „Leid“ soll möglichst „begreiflich“ und „eingeordnet“ werden können. Auf der Suche nach Erklärungen und Mutmaßungen erscheint manches für plausibel, anderes hingegen greift auf das Prinzip der „Wirk-Ursache“ zurück. So wird im Kontext von Leid und Krankheit zunächst auf die scheinbar „naheliegendste“ Ursache geschlossen. Lässt sich neben dieser „natürlichen“ Ursache auch noch ein bestimmtes Verhalten bei sich selber oder bei anderen ausmachen, dann liegt der Gedanke nahe, das Leiden und die damit verbundenen Einschränkungen als „logische“ Folge für ein „falsches“ oder „selbstverschuldetes“ Verhalten auszulegen. Das Leid bekommt dadurch seinen „Sinn“. Zumindest die Frage nach der Ursache von Krankheiten scheint damit, wenn auch nicht immer zufriedenstellend, beantwortet. Was aber meint der Begriff *Schuld*?

Der „Schuld“-Begriff aus theologischer Sicht

Aus theologischer Sicht meint der Begriff „Schuld“ zunächst alles, was ein Mensch anderen Menschen, sich selber, Gott und der Natur schuldig geblieben ist, d.h. was er ihnen nicht gegeben hat und nicht gewesen ist, obwohl er dazu in der Lage gewesen wäre. >>Schuld<<, so definiert *Hunold*, >>heißt die im Entscheiden, Handeln und Unterlassen auftretende, personal bedeutsame Diskrepanz zwischen moralisch-sittlichen Ansprüchen und ihrer Einlösung.<<¹⁶⁴ Nach diesem Verständnis kann der Mensch schuldig werden durch sein *Sein*, sein Handeln, sein Unterlassen oder durch sein Versäumen. Spricht man hingegen von „moralischer Schuld“, so liegt sie im Gegensatz zur bloßen

¹⁶⁴ Hunold: Schuld. 279.

Schuldigkeit nicht einfach vor, sondern entsteht wesentlich durch die personale Entscheidung des Menschen. Dieser weiß sehr wohl um seine Schuldigkeit, und er könnte ihr durchaus auch nachkommen. Sein Handeln jedoch ist anders: Er verweigert sich wider besseren Wissens, Könnens und Gewissens. Hierbei sei angemerkt, dass die Ansicht, Schuld sei gleichsam „nur“ auf eigene Verfehlungen einer Person zurückzuführen, ebenso wie die Auffassung, dass „nur“ gesellschaftliche Umstände den Menschen zwingen schuldig zu werden, kritisch zu betrachten ist.

Abgesehen von dieser eher „gereinigten“ theologischen Definition von Schuld wird klar, dass gerade Begriffe, die eine soziale „Realität“ bezeichnen aus einem bestimmten sozialen Kontext entstehen und primär dadurch ihre Funktionsweise erlangen. Begrifflichkeiten wie z.B. Schuld werden als „Realität“ wahrgenommen, wenn sie nach unserem Verständnis ihren Inhalt ausdrücken. Dabei wird vergessen, in welchem Umfang das, was wir für „wirklich“ halten, letztendlich „nur“ eine „gesellschaftlich konstruierte Wirklichkeit“¹⁶⁵ ist. >>Neben der objektiven und subjektiven, der individuellen, der sozialen und strukturellen Bestimmung des Schuldbegriffs konkurrieren in Wissenschaft und Öffentlichkeit eine Vielzahl weiterer Schuldverständnisse miteinander<<, allen gemein ist ihnen, dass >>sie von dem umfassenden Gesamtgeschehen der Schuld nur ein Moment herausstellen<<.¹⁶⁶ Es wäre deshalb auch unzulässig, hier eine Verkürzung des Schuldbegriffs zu propagieren.

Jede Kultur und jede Gesellschaft entscheidet, was z.B. als Krankheit, Gesundheit oder Schuld interpretiert werden soll. Sie bekommen dadurch ihre soziale Bedeutung. Innerhalb einer bestimmten Kultur und Gesellschaft sind es noch einmal die engeren Milieus, die den Bedeutungsgehalt des Wortes festlegen, so dass jeder, der mit diesem Milieu vertraut ist, das Wort auch richtig versteht. *Berger u. Luckmann* sind jedoch der Auffassung, dass der Mensch diesen gesellschaftlichen „Geboten“ nicht widerstandslos entgegentritt.¹⁶⁷ So befindet sich der Mensch mit *seinen* Normvorstellungen in Korrespondenz aber auch in Spannung mit den in einer Gesellschaft geltenden Bedeutung von Begrifflichkeiten, die je nach Kultur und Epoche eine neue Definition erfahren.

¹⁶⁵ Vgl. hierzu: Berger; Luckmann: Die gesellschaftliche Konstruktion der Wirklichkeit, Frankfurt/Main 1999.

¹⁶⁶ Hunold: Schuld. 283. Der Autor beschreibt in seiner Ausführung am Beispiel des juristischen (Schuld als Versagen gegen die rechtlich fixierte Anforderung einer Gesellschaft), des ontologisch-existentialen (Schuld als ein dem Wesen des Menschen eigenes Zurückbleiben hinter den gegebenen Möglichkeiten seines Lebens), des kasuistischen (Schuld als moralische Verfehlung gegen geltende Normen) und des individualistischen (Schuld, die den sozialen Kontext ausblendet) Schuldverständnisses die verkürzte Darstellung des Schuldbegriffs, die nur einen Teilaspekt der Schuld insgesamt in den Blick nehmen (vgl. ebd. 283f).

¹⁶⁷ Vgl. Berger; Luckmann: Die gesellschaftliche Konstruktion der Wirklichkeit. 193-195.

Die Bedeutung des multidimensionalen Begriffs Schuld kann meines Erachtens weder von einer lexikalischen noch von einer philosophisch gereinigten Sprache erlangt werden. Sie wird eher vom Zusammenhang der „Anwendung“ des Begriffs erreicht. Die Entwicklung und Definition von Begrifflichkeiten wie Schuld werden so verstanden vornehmlich durch einen bestimmten Praxiszusammenhang getätigt und dienen überwiegend der Benennung der dort auftretenden Probleme und Bedürfnisse. Man könnte deshalb durchaus behaupten, dass sozial vermittelte Schuldbegriffe ihren „Sitz im Leben“, also einen „Ort in der Gesellschaft“ haben, der in einer gewissen Weise der Bewältigung des Lebens der Gesellschaft dient, welche die dazu nötigen Wortbedeutungen kreiert.

In den unterschiedlichsten gesellschaftlichen Institutionen sieht deshalb der Umgang mit den Schuldiggewordenen anders aus, d.h. es kommen nicht nur andere Verhaltensweisen, sondern auch unterschiedliche Maßstäbe ins Spiel. Allen gemein ist aber, dass das Spektrum der Umgangsformen mit Schuldigen vielfach mit Ängsten, Aggressionen, Rachegefühlen und Verletzungen in Verbindung tritt. Folglich arrangiert dieser bedrohliche Kontext *Schuldzuweisungen*, um den Erhalt der eigenen „Gruppenidentität“ und damit auch in einem gewissen Maße die gesellschaftliche „Balance“ zu garantieren.

Wie kommt es aber zu Schuldzuweisungen gegenüber anderen Menschen, und welche Beziehung lässt sich zwischen Schuld und Krankheit erkennen? Wie entsteht diese Neigung, Menschen abzuwerten? Bearbeiten wir im anderen Menschen nur eigene unbewältigte Probleme, oder sind Schuldzuweisungen sogar etwas „Positives“ abzugewinnen?

Im Kontext von Krankheit taucht die Frage nach der eigenen Schuld vielfach in Verbindung mit dem Begriff des Schicksals auf. Die Vorstellung, eine Krankheit wäre ein Schicksal des Menschen, beruht jahrhundertlang auf der religiösen Auffassung, dass es der „Wille Gottes“ sei, die Menschen für ihr Handeln zu bestrafen. Man erkennt hier ohne weiteres, dass dieser Betrachtungsweise der religiöse Personbegriff zugrunde liegt. Denn die Vorstellung, dass Krankheiten eine Folge von Sünde, also des vermeintlich „gestörten Verhältnisses“ des Menschen zu Gott und deshalb auch eine von ihm geschickte „Strafe“ sei, entspringt einer überwiegend religiösen Vorstellung, die im ganzen Mittelalter hindurch lebendig gewesen ist. Ihre Anhänger erklären bis heute, dass

jede Krankheit die Folge für die völlige Ablehnung der göttlichen Ordnung bedeute. Gesundheit dagegen bestehe darin, dass der Mensch sich ganz auf Gott hin wendet.¹⁶⁸

Die Krankheit erhält somit einen „religiösen Sinn“: Gott schickt die Krankheit dem Menschen wegen seiner Verfehlung und aufgrund seiner „sündigen Natur“. Aus religiöser Perspektive galt ursprünglich die Krankheit als Strafe für Sünden, als Besessenheit durch den Teufel oder auch als eine unmittelbare Folge von Hexerei. Die Schuld selbst stellt „in sich“ einen Schaden dar, sie hat schlechte Folgen nicht nur für den Einzelnen, sondern auch für die Gesellschaft. Schuld, und damit Krankheit, wird als destruktiv, lebensbedrohend gesehen.

Krankheiten werden aber nicht nur als Anzeichen von Schuld und Sünde gesehen, sondern auch als „Prüfung“ für den Menschen. Noch heute wird aus christlicher Sicht eine schwere Krankheit als Prüfung verstanden, welche man mit Hilfe von Gebeten tapfer und fromm durchzustehen hat. Es entspringt oft einer tiefen religiösen Haltung, wenn der Erkrankte die Rätselhaftigkeit seines überkommenen „Schicksals“ auf sich nimmt und an einen dahinter verborgenen, aber für den Menschen selbst unverständlichen „metaphysischen Sinn“ glauben kann.

In Verbindung mit einem „Fehlverhalten“ lässt sich diese Tradition schon innerhalb des Alten Testaments wiederfinden. Unglücke, Krankheiten und Behinderungen werden als Folge der Missachtung der von JAHWE eingesetzten Gebote interpretiert. Dieser Vorstellung zugrunde liegt das Gottesbild eines zürnenden und bestrafenden Gottes, der das Bundesvolk und den einzelnen Menschen für die Einhaltung der Gesetze belohnt und bei Überschreitung mahnt oder bestraft (vgl. Dtn 11,13-17; 28,59ff). Ein Grundgedanke, um den die israelitische Weisheitsliteratur zunächst zustimmend, später kritisch kreist, ist die Vorstellung, dass in den Taten der Menschen ihre Folgen enthalten sind, sich also als „Tatfolgen“ verwirklichen und auf den Schuldiggewordenen selbst zurückfallen. Dieser sog. „Tun-Ergehen-Zusammenhang“ wurde jedoch theologisch aufgearbeitet und bereits im Buch Ijob¹⁶⁹ einer kritischen Betrachtungsweise unterzo-

¹⁶⁸ Wenn Krankheiten dadurch entstünden, dass der Mensch in Folge eines religiösen Versagens seiner Person sich außerhalb der „göttlichen Ordnung“ stellt, dann wäre es unbegreiflich, wieso es Krankheiten bei Tieren, Erbleiden, bei Menschen im embryonalen Stadium und bei kleinen Kindern gibt. Diese Sichtweise stellt eine menschliche Überheblichkeit dar, die bei jeder Krankheit die Absichten des „göttlichen Willens“ erfassen möchte und dazu führt, dass höchst menschlich-subjektive Vermutungen für objektiv-überweltliche Zusammenhänge gehalten werden.

¹⁶⁹ Ijob selbst war fromm und gerecht, litt deshalb ohne jeden ersichtlichen Grund, da ihm weder eine Abkehr von den Gesetzen noch eine von JAHWE nachgewiesen werden konnte. Überwunden wird diese Denkweise erst mit dem Auftreten Jesu in Joh 9, 1-7, in der die Jünger angesichts eines Blindgeborenen Jesu fragen, wer denn wohl gesündigt habe: „...Er selbst? Oder haben seine Eltern gesündigt, so daß er blind geboren wurde?...“. Der Redaktor des Joh-Evangelium lässt Jesus antworten: „Weder er noch seine Eltern haben gesündigt, sondern das Wirken Gottes soll an ihm offenbar werden“.

gen. Der Alttestamentler *Kilian* kommt jedenfalls zu dem Ergebnis, dass sich aus dem „Fall“ Ijob >>... keine probaten Antworten für eine Diskussion um das Problem AIDS ableiten lassen<<. ¹⁷⁰ *Haag u. Elliger* wundern sich ebenfalls, dass, obwohl der „Tun-Ergehen-Zusammenhang“ schon im Buch Ijob selbst ad absurdum geführt wurde, dieser heute immer noch in unseren Moralvorstellungen herumgeistert. ¹⁷¹ Auch wenn einige offizielle kirchliche Dokumente ¹⁷² bis zum heutigen Tage diesen „Tun-Ergehen-Zusammenhang“ argumentativ aufgreifen – innerhalb der Bibel ist jedoch ein Prozess der Entmythologisierung deutlich zu erkennen. Die Frage bleibt jedoch bislang unbeantwortet, wie lange noch abgewartet werden muss, bis dieser Lernprozess endlich auch in der „offiziellen Exegese“ vollzogen wird.

Vor dem jüdisch-christlichen Hintergrund wird die Vorstellung, AIDS sei eine „Strafe Gottes“ ¹⁷³ für ein hemmungsloses Sexualverhalten oder für einen ausschweifenden Drogenkonsum dann verständlich, wenn AIDS im Zusammenhang von Rache- oder Strafbedürfnissen zu sehen ist. Im Vordergrund taucht hier das Verlangen auf, die Betroffenen zur Umkehr zu zwingen. Die Mentalität, die dahintersteckt, wird dann offensichtlich, wenn selbstgerecht oder autoritär entschieden wird, *welcher* Mensch eine Krankheit „verdient“ hat und *welcher* nicht. Dies trägt aber auf erhebliche Weise dazu bei, die vorhandene Ausgrenzung durch Schuldzuweisungen noch zu verstärken und stützt die These, dass ein jeweiliges Krankheitsverständnis von den gesellschaftlich geteilten Vorstellungen geprägt sein muss, die vielfach nur der eigenen oder institutionellen „Stabilität“ und „Normerhaltung“ zu dienen scheinen. ¹⁷⁴

Schuldzuweisung und gesellschaftliche Stabilität

Dass das jeweilige Verständnis von Krankheit, und damit auch das von Gesundheit, durch sozial geteilte Interpretationen und Weltanschauungen geprägt ist, davon ist auch

¹⁷⁰ Vgl. dazu: *Kilian*: Biblische Orientierung in der AIDS-Krise?, in: *Heinz; Mendl* (Hg.): AIDS – Eine Herausforderung für die Theologie. 54-61.

¹⁷¹ Vgl. *Haag; Elliger*: Zur Liebe befreit. 203.

¹⁷² Vgl. Sekretariat der Deutschen Bischofskonferenz (Hg.): Verlautbarungen des Apostolischen Stuhls: Schreiben der Kongregation für die Glaubenslehre an die Bischöfe der katholischen Kirche über die Seelsorge für homosexuelle Personen, Nr. 72, Bonn 1986.

¹⁷³ Zum Thema Homosexualität aus psychoanalytischer und theologischer Sicht siehe außerdem: *Hartfeld*: Homosexualität im Kontext von Bibel, Theologie und Seelsorge. 111-161; vgl. außerdem hierzu: *Dunde*: Die Hexenjäger kommen zurück, in: *Psychologie heute*, Nr. 6, Juni 1987. 28-33.

¹⁷⁴ Dieser Auffassung steht die naturwissenschaftliche Sicht gegenüber, die Krankheit als ein innerorganisches Geschehen im Körper versteht. Krankheiten stellen somit keine Abweichungen von religiösen oder sozialen „Normalitätsstandards“ dar.

Schachtner fest überzeugt. Sie schreibt: »In archaischen Gesellschaften wird eine Verhaltensabweisung, die nicht mehr in das Normalitätskonzept integriert werden kann und daher Krankheit genannt wird, nicht auf natürliche Wirkfaktoren, zum Beispiel auf innerorganische Prozesse zurückgeführt. Sie wird vielmehr im Kontext eines magisch-religiösen Weltbildes erfasst und behandelt.«¹⁷⁵ Auch Jacob u.a. sehen den tieferen „Sinn“ von kollektiven Deutungsmustern, die in fast allen Gesellschaften etabliert sind, speziell darin, Funktionsstörungen des Körpers »als Manifestation einer vorher verborgenen Wahrheit [zu] werten und Krankheiten auf außerphysische Verursachungen, insbesondere auf individuelle Verfehlungen, zurückführen«.¹⁷⁶

Sowohl in der ägyptischen als auch in der mesopotamischen Medizin galt eine Krankheit als Bestrafung für Sünde. Die Frage nach der eigenen Schuld schien mit solchen Krankheitstheorien geklärt worden zu sein. So waren z.B. in Mesopotamien solche Ansichten vor allem *religiös* geprägt. »... Alle vier Begriffe – Krankheit, Sünde, Bestrafung der Sünde und Unreinheit – lagen in ihrer Bedeutung so nahe beieinander, daß sie gelegentlich durch das gleiche Wort ausgedrückt wurden.«¹⁷⁷

Da ansteckende und medizinisch noch unbekannt (Infektions-)Krankheiten für viele Menschen wiederholt eine potentielle Bedrohung darstellen, ist die einzige Möglichkeit sich davor zu schützen, die völlige Vermeidung von Kontakten mit den Erkrankten. Im Rahmen von Quarantänemaßnahmen wird die völlige Isolation¹⁷⁸ der Kranken von den Gesunden herbeigeführt. Epidemiologisch gesehen sind diese Maßnahmen bis heute die einzige Möglichkeit, sich vor Infizierten (vgl. Pestepidemie) sinnvoll zu schützen. Und wieder dient das Mittelalter als Vergleichspunkt zum Hier und Jetzt. Damals herrschten vor fast allen Krankheiten überdurchschnittlich hohe Ansteckungsängste, die sich in der unbeschreiblichen Abscheu vor Aussätzigen äußerten. Sie wiesen, wie AIDS-Kranke heute, alle Merkmale einer Stigmatisierung auf. Insbesondere im Kontext von magisch-religiösen Weltanschauungen werden Ursachen von Krankheiten interpre-

¹⁷⁵ Schachtner: *Ärztliche Praxis*. 37; vgl. auch: Labisch: *Homo Hygienicus*. 18.

¹⁷⁶ Jacob u.a.: *AIDS-Vorstellungen in Deutschland*. 33.

¹⁷⁷ Ackerknecht: *Geschichte der Medizin*. 23.

¹⁷⁸ Bei Parsons bekommt der Isolations-Aspekt darüber hinaus eine soziale Bedeutung: Parsons sieht die Isolation des Kranken als »legitime Befreiung« von seiner gesellschaftlichen Verpflichtung. Er geht deshalb davon aus, dass durch Krankheit die optimale Fähigkeit des Kranken gestört ist und dass er die Aufgaben und sozialen Rollen in der Gesellschaft nicht mehr erfüllen kann, für die er ursprünglich sozialisiert wurde (vgl. Parsons: *Definition von Gesundheit und Krankheit im Lichte der Wertbegriffe und der sozialen Struktur Amerikas*, in: Mitscherlich u.a. (Hg.): *Der Kranke in der modernen Gesellschaft*. 57-87). Die Frage dabei ist, ob diese enge Sichtweise nicht gerade Voraussetzungen dafür schafft, chronisch Kranke in ständiger Isolation verbleiben zu lassen und ihnen damit jegliche soziale Rollenerfüllung abzusprechen.

tiert, diagnostiziert und gegebenenfalls auch therapiert. So stellen Krankheiten in »primitiven Gesellschaften immer etwas Abnormales« dar.¹⁷⁹

Selbst unsere sich als „postmodern“ bezeichnende Gesellschaft bedient sich immer noch solcher Methoden und Ansichten, die Krankheiten ursächlich als Folge von Sünde und Prüfung werten. Eine Diagnostizierung von Krankheit dient dabei nicht nur in altertümlichen Gesellschaften der Sanktion unsozialen Verhaltens, sondern kann durchaus auch heute noch als soziale Kontrolle gesehen werden, die den „Normalzustand“ einer Bevölkerung wieder herzustellen hat. Angesichts einer therapeutischen Behandlung wird deshalb nutzbringend versucht, die »normativ-moralische Stabilität« einer Gesellschaft, die als bedroht empfunden wird, wiederherzustellen.¹⁸⁰

Dass eine Gemeinschaft glaubt, sich gegen eine Gefahr schützen zu müssen, beruht auf dem bereits erwähnten Verständnis, dass Begriffe wie Gesundheit und Krankheit wesentlich geprägt sind von geteilten gesellschaftlichen Vorstellungen. Der gesellschaftliche Kontext versucht, dem kranken Menschen – als leibliches Wesen – und seinen Aktivitäten Grenzen zu benennen und aufzuzeigen. Im Zusammenhang mit HIV und AIDS ist zu beobachten, dass gerade Schuldzuweisungen im Kontext von Ansteckungsängsten um so virulenter zu sein scheinen, je weniger man über die Krankheit und ihre Übertragung weiß und je mehr Opfer sie fordert. Die Angst, sich anstecken zu können, führt nach Überzeugung von *Jacob u.a.* meist zu einem Aktionismus, der geprägt ist von einem Verlangen, einen Schuldigen solange auszumachen, bis die Krankheit durch wissenschaftliche Forschung plausibel und glaubhaft erklärt wird. Hierbei bleibt aber auch anzumerken, dass es keineswegs genügt, wissenschaftliche, häufig zweifelhafte Informationen (siehe BSE-Diskurs!), weiterzugeben oder eventuell von einem „Wundermittel“ (vgl. BSE-Tests) zu reden, um die Verbreitung von Unsicherheit und Angst irgendwie zu verhindern. Dies wird zu gegebener Zeit nicht nur zu einer erneuten Steigerung von Ängsten und Unsicherheiten in der Bevölkerung, sondern auch zu einer Verschärfung des gesellschaftlichen Zerstörungspotentiales führen und schon vorhandene sozial etablierte Stigmatisierungsprozesse erneut aktivieren. *Amendt, Jacob u.a.* sind sich deshalb sicher: Solange ein »... Wissen nicht zu einer individuellen Ressource, zu individuellem Handlungswissen wird«¹⁸¹, werden auch Schuldzuschreibungen sich weiterhin als höchst „resistent“ erweisen.¹⁸²

¹⁷⁹ Schachtner: *Ärztliche Praxis*. 37; vgl. dazu auch: Siegrist: *Lehrbuch der Medizinischen Soziologie*. 141.

¹⁸⁰ Vgl. Schachtner: *Ärztliche Praxis*. 37.

¹⁸¹ *Jacob u.a.*: *AIDS-Vorstellungen in Deutschland*. 53.

¹⁸² Vgl. *Amendt*: *Jetzt ist alles Gras aufgefressen*, in: *Sigusch (Hg.): AIDS als Risiko*. 67-80.

2.3.1.4. Stigmatisierungstendenzen

Was hat sich aber in Deutschland in Bezug auf Schuldzuweisungen, stigmatisierenden oder auch diskriminierenden Einstellungen getan? Wie ist die derzeitige Situation hinsichtlich AIDS einzuschätzen? Was ist *Stigmatisierung*, was ist *Diskriminierung* und gibt es Unterscheidungsmerkmale zwischen beiden „Prozessen“? Setzt sogar der eine „Prozess“ den anderen voraus? Konkret ist zu fragen, ob es gelungen ist, die anfangs noch häufig anzutreffenden Vorurteile gegenüber Betroffenen ganz auszuräumen, oder trägt die ruhige Stimmung derzeit?

Diskriminierung – Stigmatisierung

In nahezu allen Gesellschaften lassen sich bestimmte Vorgänge der *Diskriminierung* und *Stigmatisierung* beobachten. Dabei muss zwischen beiden genau differenziert werden. Die folgende Übersicht soll helfen, gesellschaftliche Prozesse vom „Mangel an Gruppenkontakten“ (Out-Group oder In-group) zu differenzieren und näher zu beschreiben.

Tabelle 1: Stigmatisierung/Diskriminierung

| Fehlen an Kontakten zur | |
|---|---|
| Eigengruppe (In-Group) | Fremdgruppe (Out-Group) |
| Milieuverlust | Unterprivilegierung |
| Ein Milieuverlust entsteht entweder durch erzwungene Isolierung (z.B. Gefängnis), oder durch eine Selbstauflösung innerhalb einer Gruppe (z.B. Trennung von der Familie durch Arbeitsplatzwechsel), bzw. beim Übergang in ein neues Milieu (z.B. Flüchtlinge usw.). | Von Unterprivilegierung ist dann zu sprechen, wenn bestimmte Hindernisse bei der Kontaktaufnahme entstehen, wobei sich die betreffende Person beim Übergang in ein fremdes Milieu als unterprivilegiert gegenüber den dort lebenden empfindet. Dies hat zur Folge, dass die strukturell vorgegebene, in Unsicherheit, Zweifel und Ängstlichkeit kommende Einschränkung des Aktionsradius in Vereinsamung inmitten der Gesellschaft führen kann (z.B. Ausländer usw.). |
| Stigmatisierung | Diskriminierung |
| Werden Menschen innerhalb einer Gruppe bestimmte Attribute abgesprochen oder kommt es zur Charakterisierung eines gewissen Verhaltens ist von einer Stigmatisierung zu sprechen. Besonders Massenmedien nehmen durch ihre verbreiteten Ideal- oder Normbilder darauf Einfluss, welches Verhalten und welche Normvorstellungen in der Gesellschaft vorherrschen (sollen). Die von dominanten Gruppen vorgenommene Ausgrenzung anderer sozialer Gruppen kennzeichnet den Stigmatisierungsprozess, der insbesondere eine Differenz zur gesell- | Der Diskriminierte wird mit einem eigenen Geltungssystem konfrontiert, das gewisse Typisierungsmuster enthält, nach denen das jeweilige Verhalten bewertet wird. Meist entstehen diese Muster nicht aus dem Umgang oder aus Erfahrungen mit dem Diskriminierten. So liegt Diskriminierung dann vor, wenn einer Gruppe von Menschen - oder auch einzelnen Menschen - bestimmte Attribute abgesprochen und sie deshalb als minderwertig oder kontakunfähig eingestuft werden. Dabei bezieht sich die Diskriminierung nicht primär auf gewisse Ansichten |

| | |
|---|---|
| schaftlichen Normalitäts- und Identitätsanforderung kennzeichnet. | oder Rollen, die der Diskriminierte einnimmt, sondern auf den Menschen als Ganzes. Die Kontakt- oder Beziehungsverweigerung geht hier von einer sog. Fremdgruppe aus, zu der die Menschen Kontakt suchen (z.B. Juden, Frauen usw.). |
|---|---|

Ein Überangebot an soziologischen Erklärungsansätzen versucht, diese sozialen Phänomene von Stigmatisierung und Diskriminierung näher zu untersuchen.¹⁸³ Bei der detaillierteren Beschreibung des Stigmatisierungsprozesses möchte ich mich deshalb auf den interaktionstheoretischen Ansatz von *Goffman* beschränken. Dieser, auf Ebene der sozialen Gruppen, ihrer spezifischen „kollektiven Identität“ und „Normalitätsdefinitionen“ beruhende interaktionstheoretische Stigmatisierungsansatz erklärt, dass ein Individuum in einer Gesellschaft nicht primär durch spezifische Eigenschaften, sondern als Ausdruck eines Gruppenprozesses stigmatisiert wird. Denn nicht alle Eigenschaften, so *Goffman*, sind strittig, >>sondern nur diejenigen, die mit unserem Stereotyp von dem, was ein gegebener Typus von Individuum sein sollte, unvereinbar sind<<¹⁸⁴. >>Der Terminus Stigma wird also in bezug auf eine Eigenschaft gebraucht werden, die zutiefst diskreditierend ist, aber es sollte gesehen werden, daß es einer Begriffssprache von Relationen, nicht von Eigenschaften bedarf. Ein und dieselbe Eigenschaft vermag den einen Typus zu stigmatisieren, während sie die Normalität eines anderen bestätigt ...<<¹⁸⁵

Stigmatisierungsprozesse setzen demzufolge bestimmte Eigenschaften eines Individuums in Beziehung zur kollektiven Identität, sprich zur >>Normalerwartung<< einer Gruppe. Die von einer dominanten Gruppe vorgenommene Stigmatisierung zwingt die betreffenden Individuen selbst wieder, kollektive Identitäten zu entwickeln.¹⁸⁶ Der Charakter der Normalerwartung zieht schließlich eine überdurchschnittlich hohe Aufmerksamkeit innerhalb der Gruppe auf sich und wird selbst dadurch zum entscheidenden Merkmal einer Beurteilung. Nach *Goffman* sind solche Prozesse gruppenbedingte Vorgänge, die von einer meist negativen Bedeutungszuweisung geprägt sind und die als *fremd* empfundenen Personen *markieren*.¹⁸⁷ Ohne jede Anstrengung, Grund und Ursa-

¹⁸³ Vgl. dazu allgemein auch: Lipp: *Stigma und Charisma. Über soziales Grenzverhalten*, Berlin 1985; Fuchs: *Im Brennpunkt: Stigma. Gezeichnete brauchen Beistand*, Frankfurt/Main 1993.

¹⁸⁴ *Goffman: Stigma*, 11.

¹⁸⁵ *Goffman: Stigma*, 11.

¹⁸⁶ Vgl. zum Begriff der „Stigmatisierung“: Droesser: *Stigmatisierung*, in: ³LThK/9. 1006.

¹⁸⁷ Vgl. hierzu: *Goffman: Stigma*, Frankfurt/Main ¹⁴1999. Der Autor nimmt eine wichtige Unterscheidung zwischen Stigmatisierung und einer sozialen Abweichung vor. Nach Meinung von *Goffman* würden die Stigmatisierten zu den gleichen Auffassungen neigen wie die der Stigmatisierenden und machen sich das Stigma zu Eigen. Er bezeichnet dieses Fakt als „Schlüselfaktum“ (vgl. ebd. 15f). Die sozial

che für soziale Konfliktpotentiale ernsthaft zu suchen, wird demzufolge durch den Vorgang einer Stigmatisierung versucht, einzelne oder ganze Gruppen gegenüber einer Majorität ab- und auszugrenzen.

So wirken Überlegenheitsgesten wie Meidung, Ächtung, Absonderung oder gar Verfolgung als Ausdruck einer eher mangelnden Fähigkeit und Bereitschaft, das eigene Bewusstsein zu erweitern. Die zuweilen durch Angst vor Selbsterkenntnis entstehende Unfähigkeit, so *Droesser*, äußert sich meist in einer starren Haltung und Überzeugung, nicht sich selbst, sondern den anderen Menschen verändern zu müssen.¹⁸⁸ Die Folgen für die abgesonderte Gruppe sind dabei vielfältig: Derartige Prozesse können zum einen zur sozialen Isolation, zum anderen zur Schaffung von Sündenböcken führen, auf die wiederum Gruppenkonflikte projiziert werden. Eine Gesellschaft bringt also Formen der „Normalität“ hervor, an der sich das einzelne Individuum durch normative Erwartungen messen lassen muss, d.h. ein Mensch wird dann stigmatisiert, wenn er >>... in unerwünschter Weise anders [ist], als wir es antizipiert hatten<<.¹⁸⁹ *Goffman* beschreibt sehr anschaulich, dass der Prozess der Stigmatisierung eine einschneidende Wirkung für den jeweils Betroffenen hat. So werden u.a. durch Stigmatisierungsprozesse Diskriminierungen ausgeübt, die wiederum die Lebenschancen des Einzelnen – wenn auch bisweilen unbewusst – reduzieren. Das geht bis zu der Annahme, >>daß eine Person mit einem Stigma nicht ganz menschlich ist<<.¹⁹⁰

Offensichtlich weisen Prozesse der Stigmatisierung auf normative Identitäts- und Normalitätsstrukturen einer Gesellschaft hin, die mit heftigen Sanktionsstrategien oder Ausschlusstendenzen um ihr eigenes „Überleben“ ringt. So verschaffte auch eine Etikettierung bestimmter Gruppen als Verantwortliche für die Herkunft und die Verbreitung von AIDS Platz für „volkstherapeutische Ventilritten“.¹⁹¹ Nach einigen „dogmatischen Aussagen“¹⁹² hätte eine völlige Isolierung der als schuldig stigmatisierten Gruppe einen Erfolg über die Epidemie gebracht.

Abweichenden hingegen gehen bewusst gegen geltende Normstrukturen und Identitätsmuster. Damit entwickeln sie eine offene Gegenidentität, welche mit der herrschenden kollidiert.

¹⁸⁸ Vgl. *Droesser*: Stigmatisierung, in: ³LThK/9. 1006.

¹⁸⁹ *Goffman*: Stigma. 13; vgl. auch: *Reimann*; *Bardeleben*: Permissive Sexualität und präventives Verhalten. 188-198.

¹⁹⁰ *Goffman*: Stigma. 13.

¹⁹¹ Vgl. *Jacob* u.a.: AIDS, in: *Lange* (Hg.): AIDS – Eine Forschungsbilanz. 15.

¹⁹² Vgl. *Rottleuthner*: Probleme der rechtlichen Regulierung von AIDS, in: *Rosenbrock*; *Salmen* (Hg.): AIDS-Prävention. 121-136. Der Autor schildert anschaulich das bayerische „AIDS-Präventions-Szenario“.

Stigmatisierung und ihre Sinnfunktion

Anhand von derartigen Stigmatisierungsprozessen wird die Methodenvielfalt sozialer Systeme, ihre gruppenspezifische Dynamik und die damit verbundene Autorität verständlich. Die Vorgänge einer Stigmatisierung deuten unverkennbar auf die Fundierung von Gesellschaften in kollektiven Unbewusstheits- bzw. Bewusstheitsstrukturen und auf ihre Strategien zur gesellschaftlichen Stabilisierung hin. So benötigen Gesellschaften kollektive Identitäten und Normalitätsmythen, welche klare Grenzen ziehen und die eigenen Systeme stärken. Bei Überschreitung wird ggf. auch mit Ausschließungen reagiert. Wird eine Gruppe damit zum Zielobjekt von Stigmatisierung und Diskriminierung, folgt die soziale Isolation, die eine normale Interaktion zwischen den Stigmatisierten und den Stigmatisierenden weitgehend verhindert und die Kanäle der Verständigung zerstört oder blockiert. Dieser Ausschluss wiederum »läßt Gerüchte und Stereotypen ungehindert entstehen, Phantasien auftauchen und die „Fremdheit“ der Gruppe, ob Realität oder Einbildung, mit der Zeit größer werden«.¹⁹³

Es sind vor allem Gerüchte und Typisierungen, die nicht nur zu einer Verzerrung der Fremdwahrnehmung ausgegrenzter Gruppierungen, sondern auch zu einer Verzerrung der Selbstwahrnehmung beitragen können. Dadurch erscheint es schier unmöglich, die eigene Haltung und Einstellung gegenüber dem *Fremden* zu revidieren. Solche Strategien von offener oder verdeckter Ausgrenzung sind vielfach begleitet von Ängsten, Hysterien und oft irrationalen Mechanismen.

Es stellt sich dabei die Frage, wie diese Irrationalitäten, Ängste und Hysterien zu erklären und ob sie in Verbindung mit HIV und AIDS überhaupt noch vorzufinden sind?

Der verborgene „Sinn“ einer Stigmatisierung liegt offensichtlich in der Grenzziehung, d.h. in der Abgrenzung von Verhaltensweisen, das für bedrohlich empfundene Phänomene außerhalb von Normalitätsdefinitionen auszulagern. Eine vorgenommene Differenzierung von Verhaltens- oder Charaktereigenschaften zwischen „normal“ und „un-normal“ verdeutlicht diesen Prozess. Deshalb ist die folgende Frage immer wieder neu zu stellen: Wie kann das eigene Bewusstsein, die eigene Haltung geändert oder zumindest so erweitert werden, dass es gelingt, die Andersartigkeit des anderen anzuerkennen, anstatt ihn stetig auf sein vermeintliches Stigma hinzuweisen und es ihm vorzuhalten?

Der Kontext HIV bietet sich hier vortrefflich an, sexuelle Neigungen (z.B. Homosexualität) als Beispiel für „institutionalisierte Diskriminierung“ darzustellen, die –

¹⁹³ Zimbardo: Psychologie. 652.

als „individuelle Charakterfehler“¹⁹⁴ typisiert – bis heute Gegenstand sexualmoralischer Debatten sind.

Im Rahmen moralisch geführter Sexualdebatten fällt unmissverständlich ein dogmatisch geführter Differenzierungsprozess auf, mit dem vorrangigen Ziel, verschiedene menschliche Sexualitäten gegeneinander auszuspielen. Eine moralische Diskussion, die nur eine einseitige „Sicht der Dinge“ darstellt und die Differenzierung zwischen „normaler“ oder „un-normaler“ Sexualität¹⁹⁵ hervorhebt, kann und soll nicht primäres Ziel dieser Ausführung sein. Denn zum einen betrifft das Phänomen HIV und AIDS nicht explizit „nur“ den (homo-, bi- usw.) sexuellen Kontext, zum anderen würde es den Rahmen sprengen, unterschiedliche Standpunkte an dieser Stelle bereits zu erörtern. Sie sind vielmehr Gegenstand der nachfolgenden ethischen Reflexion.

Dennoch ist darauf hinzuweisen, dass eine – besonders im Kontext von Sexualität – verzerrte Selbst- und Fremdwahrnehmung sich zum *Stigma* entwickeln kann: Ein Stigmatisierungsprozess, der sich in einer nach *innen* und *außen* gerichteten Abgrenzung gegenüber der jeweiligen anderen *Identität* äußert.

Ohne also das Thema Homosexualität bereits explizit umfassend erörtern zu wollen, muss dennoch mit Nachdruck darauf hingewiesen werden, dass die ganze AIDS-Problematik keineswegs nur auf dieses Thema zu reduzieren ist. Jeder Versuch, dies dennoch zu machen, würde die ganze Tragweite der Katastrophe verharmlosen, ja sie sogar ignorieren. Aber am Beispiel von Homosexualität wird ersichtlich, dass die durch HIV ausgelösten Stigmatisierungsprozesse vorwiegend Gruppen treffen, die bereits vor dem Auftreten von HIV schon gesellschaftlich stigmatisiert waren, d.h. über sie ergeht ein zweiter Stigmatisierungsprozess, der aber auch besondere Widersprüche beinhaltet. So werden auf der einen Seite Homo- und Bisexualität als „unnormale“ und damit als „unmoralische“ sexuelle Verhaltensweise verurteilt, während auf der anderen Seite sexuell fragwürdige Ausdrucksweisen im heterosexuellen Bereich keineswegs mora-

¹⁹⁴ Vgl. Goffman: *Stigma*. 12. Neben dem individuellen Charakterfehler gibt es nach Ansicht von Goffman weitere zwei Typen von Stigmata: Die Abscheulichkeit des Körpers (physische Deformationen) und die phylogenetischen Stigmata (Rasse, Religion, Nationalität).

¹⁹⁵ Balzer u. Rippe fragen nach dem „natürlichen Zweck“ von Sexualität und „klären“ gleichzeitig das „Problem“ einer moralischen Beurteilung von „widernatürlicher Sexualität“ damit, dass z.B. >>niemand behaupten wolle, die Herstellung oder der Konsum von Kaffee sei zu mißbilligen, weil die Kaffeebohnen, die dabei verwendet werden, ihren >natürlichen Zweck< nicht mehr erfüllen können. Unabhängig davon, ob der (primäre) >natürliche Zweck< unserer Sexualität tatsächlich in der Fortpflanzung besteht, ist daher in dem Fall schwer zu sehen, warum die Tatsache, daß eine sexuelle Handlung diesen Zweck nicht erfüllen kann, bereits einen hinreichenden Grund für ihre moralische Verurteilung darstellen sollte<< (Balzer; Rippe (Hg.): *Philosophie und Sex*. 10); vgl. hierzu auch: Nagel: *Normaler und perverser Sex*, in: Balzer; Rippe (Hg.), *Philosophie und Sex*. 25-45.

lich hinterfragt werden.¹⁹⁶ Das Thema Homosexualität ist vielfach emotional so belastet, dass eine offene und vorurteilsfreie Diskussion häufig unmöglich ist. Grundproblem scheint hier aber vielmehr die künstlich aufgeblähte Verknüpfung zwischen sexueller Neigung und sexueller Verhaltensweise zu sein, die oft mit der Reduzierung der Sexualität auf Geschlechtsakte endet.¹⁹⁷

Die „sittliche Kompetenz“ sozialer Institutionen lässt selbstgefällig nur allzu oft moralisches Feingefühl dort fehlen, wo es angebracht wäre. So bleibt eine Vergewaltigung innerhalb einer nach außen gut funktionierenden Ehe anstandslos „moralisch“ einwandfrei und unangetastet, weil sie ja unter dem *Segen Gottes* geschlossen wurde. Trotz des Versuches durch das besondere Hervorheben der Institution Ehe bleibt der Missbrauch sexueller Beziehungen und sexueller Macht eine „Realität“ *aller* sexuellen Orientierungen und Ausdrucksformen (z.B. Kommerzialisierung von Sex, Sextourismus usw.). D.h. de facto, dass grundsätzlich *jede* Art von Sexualität eine pervertierte Form annehmen kann. Deshalb muss die Praxis, ständig nur „Moralisches“ vorzuschreiben, kritisch hinterfragt werden, während „Unmoralisches“ zugleich Legitimierung findet. Jede gewaltsame und unmenschliche Praktik ist unabhängig von sexueller Neigung zu verurteilen. Anstatt fortwährend eine Rivalität zwischen sexuellen Orientierungen hervorzurufen und zu kreieren, wäre es dringlichste Aufgabe vor allem der Kirchen, die sittliche Kompetenz der einzelnen Menschen zu stärken, sie in ihrem jeweiligen Lebenskontext ernst zu nehmen, ohne immer alles schon im Voraus besser zu wissen. Jeder oberflächlichen und einseitigen Diskussion, die nur das Ziel verfolgt, die eine oder andere sexuelle Neigungen zu diskriminieren und zu diffamieren, fehlt es an eigenem Sach- und Menschenverstand.

Nur durch die Wahrnehmung der eigenen Grenzen wäre gewährleistet, dass auch die Kirchen ihre Bedeutung in der Gesellschaft zurückerlangen. Kirche als sozialer Ort, in dem verschiedene weltanschauliche Sinnfragen thematisiert werden, sollte sich vor allem intensiver mit dem Menschen als mit Riten, Traditionen, Symbolen und Gesetzen auseinandersetzen. Nur in einer echten und offenen Interaktion zwischen persönlichen und gemeinschaftlichen Vorstellungen können Probleme sachlich und rational bearbei-

¹⁹⁶ Vgl. hierzu: Reimann; Bardeleben: *Permissive Sexualität und präventives Verhalten*, Berlin 1992. Zum Thema Homosexualität allgemein vgl. auch: Müller: *Homosexuelle Menschen*. 11-18 u. 35-37.

¹⁹⁷ Eine widerspruchsfrei christliche Sexualethik, die den einzigen Zweck der Ehe nur in der Fortpflanzung begründen will, muss sich fragen lassen, wie es sein kann, dass einerseits Homosexualität, Selbstbefriedigung usw. verurteilt werden, andererseits das Austausch von Küssen und anderen Zärtlichkeiten, die augenscheinlich auch nicht der Fortpflanzung dienen, nicht als unmoralisch angesehen werden, obwohl sie auch als sexuelle Handlungen zu bezeichnen sind. Dieses Beispiel macht mehr als deutlich, dass moralische Wertungen über die Sexualität einzelner Menschen eine höchst delikate Angelegenheit sind.

tet und etwaige Vorurteile ausgeräumt werden. Jede Reduzierung des Menschen auf seine sexuelle Neigung ist angesichts menschlicher Sexualität, die das gesamte Geschlechtsleben in seinen soziokulturellen und -psychologischen Zusammenhängen umfasst, kaum durchzuhalten. Unabhängig von der Frage, ob sexuelle Identität nun genetisch oder sozialisationsbedingt anzusiedeln ist, muss verantwortliches Sexualverhalten sicher durch soziale Interaktion entwickelt, gelernt und gefördert werden.

So ist menschliche Sexualität ganzheitlich in einem sozialen, kulturellen und psychischen Zusammenhang wahrzunehmen. Infolgedessen sehen z.B. auch *Berger u. Luckmann* die menschliche Sexualität als besonders anpassungsfähig, was gerade in der Wahl ihres Objektes und den Modalitäten ihres Ausdrucks verständlich wird. Sexualität ist nicht nur relativ unabhängig von zeitlichen Regelmäßigkeiten, sondern macht uns auch deutlich, dass der Mensch Phantasien und Begierden verspürt, die in der einen Kultur als selbstverständlich und mit der gesellschaftlichen Norm konform, in der anderen jedoch als „widernatürlich“ oder „un-normal“ bewertet werden. >>Wenn der Begriff >normal< irgendetwas anthropologisch Fundamentales oder kulturell Universales bezeichnen soll, so kann weder dieser Begriff selbst noch sein Gegenteil auf die zahllosen Formen menschlicher Sexualität rechtens angewendet werden. Dabei wird die menschliche Sexualität natürlich in jeder Kultur gesteuert, ja, manchmal straff reguliert.<<¹⁹⁸ Auch *Müller-Doohm* sieht die Sexualität als >>soziale Beziehungsform<< und damit prinzipiell als >>Teil der kulturellen Ausdrucksgestalt einer sozialen Lebenswelt<<.¹⁹⁹ Jede Kultur hat >>eine für sie bezeichnende Auffassung von Sexualität, mit eigenen Spielregeln für sexuelles Verhalten und eigenen >anthropologischen< Voraussetzungen<<, wobei in der Unterschiedlichkeit dieser Auffassungen >>eher Produkte sozio-kultureller Schöpfungen als einer biologisch fixierten Natur des Menschen<< zu vermuten sind.²⁰⁰

Nicht nur der Bereich der Sexualität mit seinen unterschiedlichen Facetten und Paradigmen eignet sich zur „Grenzziehung“ zwischen dem „Normalen“ und dem „Unnormalen“. Die Frage, ob Abgrenzungen letztlich nur dem Eigenschutz dienen oder Ausdrucksformen sozialpsychologischer Mechanismen sind, muss deshalb grundsätzlich immer wieder neu reflektiert werden.

¹⁹⁸ Berger; Luckmann: Die gesellschaftliche Konstruktion der Wirklichkeit. 52.

¹⁹⁹ Müller-Doohm: Risiko-Handlungskompetenz: Zum Konzept lebensweltspezifischer AIDS-Aufklärung, in: Rosenbrock; Salmen (Hg.): AIDS-Prävention. 100.

²⁰⁰ Berger; Luckmann: Die gesellschaftliche Konstruktion der Wirklichkeit. 52.

AIDS – eine psychische Epidemie?

Die AIDS-Epidemie hat *Jonathan Mann* dazu veranlasst, drei miteinander zusammenhängende „Phänomene“ näher in den Blick zu nehmen. Das 1. Phänomen sei die *HIV-Infektion*, das 2. die *Krankheit* selbst und schließlich das 3. Phänomen die *psychische Epidemie*. Seiner Ansicht nach ist das AIDS-Phänomen insbesondere mit *psychischen Epidemien*, d.h. mit kulturellen, sozialen, politischen oder ökonomischen Reaktionen, zu vergleichen. Diese äußern sich in hysterieähnlichen und wahnhaften Massenvorgängen und würden durch Nachahmung oder auch durch Suggestion weithin Verbreitung finden. Diese *psychischen Epidemien* würden u.a. durch kulturspezifische Anfälligkeiten oder durch irrationale Inhalte und Botschaften geprägt.²⁰¹ Typisch dafür wären nicht nur die Sündenbockjagden während der Pestepidemien im 14. Jahrhundert, sondern auch der wachsende Rassismus und Antisemitismus unserer Tage. Vier Leitsätze präsentieren exemplarisch „Einflussfaktoren kollektiver Vorurteile“²⁰²:

1. Psychischer Aspekt: Beim psychischen Aspekt geht es vor allem darum, das „Fremde“ oder das „Dunkle“ in sich *selbst* zu leugnen. Dieser Prozess erfordert die Abspaltung des eigenen „Fremden“ *in sich* und die Projektion in mein *Gegenüber*. Es findet damit eine Verlagerung statt, die zur Folge hat, dass der *andere* stellvertretend bestraft wird. Er wird einer Verurteilung unterzogen, anstatt das Negative in der Bestrafung oder Diskriminierung des Verurteilenden selbst zu sehen.
2. Sozialer Aspekt: Der soziale Aspekt ist gekennzeichnet von einer öffentlichen sittlichen Unterstellung eines gewissen (Sexual-)Verhaltens. Damit kommt es außerhalb einer heterosexuellen Ehe zur Abwertung und öffentlichen Diffamierung. Abgesehen von überwiegend kollektiven Rollenzwängen, herrscht hier wohl kaum ethisches Gedankengut. Dementsprechend nimmt man im Kontext von AIDS nur noch die von der „öffentlichen Sitte“ sowieso schon verschmähte Betrachtungsweise der Homosexualität wahr.
3. Ideologien: Ideologische Vorstellungen stellen sich als Motor für psychische Epidemien heraus. So wird z.B. AIDS als eine Strafe oder als Rache der Natur oder als von Gott gewollt interpretiert.

²⁰¹ Vgl. Kramer: Ethische Zwischenbilanz zu AIDS, in: StdZ, Heft 6, Juni 1989. 378.

²⁰² Vgl. Kramer: Ethische Zwischenbilanz zu AIDS, in: StdZ, Heft 6, Juni 1989. 378. Auf die näheren Zusammenhänge dieser kurz skizzierten „Phänomene“ wird ausführlich in der ethischen Reflexion eingegangen.

4. Religiöse Vorstellungen: Wie bereits oben angeführt, vermittelt insbesondere eine magisch-religiöse Weltsicht das Bild eines Strafengels oder eines Rache-gottes.

Nach Ansicht von *Sigusch* ist es überhaupt verwunderlich, dass AIDS irrationale Reaktionen in der Gesellschaft hervorbringt. Auf ironische Weise erklärt er, dass Sexualität »in dieser Kultur seit dreihundert Jahren als Infektion und Gefährdung behandelt« wird, und »man wundert sich über den Aufschrei, den AIDS hervorruft«. ²⁰³ AIDS reißt vor allem alte Wunden auf, während das sexuell Triebhafte mit Ängsten und Schuldgefühlen und dem »Gedanken der Sühne«, überhaupt mit dem »Widerpart des Sexuellen« sich verbinden lässt. ²⁰⁴ »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-Aug der vatikanischen Geißeln 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, der verdeckte Rassismus mit der öffentlichen Sozialhygiene, der Schrecken der Verseuchung mit der momentanen Ruhe des Tests, das Selbsthilfegruppen-gesamttreffen mit der Ohnmacht der kausalen Medizin, die eigenen homosexuellen Re-gungen mit der praktizierten Homosexualität, die Schuldangst der Libertinen und Rand-ständigen mit der Rage der Verfolger. AIDS für alle, alle für AIDS.« ²⁰⁵ erinnert diese dramatisch anmutende Aufzählung uns nicht an so manche zeitgemäße Seuche (BSE)?

Jahr um Jahr sterben mehr Menschen in Folge eines Verkehrsunfalls als an HIV. Dieses Faktum darf aber nicht darüber hinwegtäuschen, dass es hierbei primär um gesellschaftliche und psychosoziale Prozesse geht. »Jede Sensation verhüllt, jede Panik schweigt gezielt über anderes Grauen, letztlich übers allgemeine.« Diejenigen, so be-merkt *Sigusch* hierzu kritisch weiter, »... die an Todes- wie Glücksspiralen drehen, tun augenblicklich so, als stürben wir zuallererst an AIDS«: »Vielleicht, weil in dieser Kultur als erstes an der allgemeinen Sinn- und Hoffnungslosigkeit gestorben wird, seelisch wie

²⁰³ Sigusch: AIDS als Risiko. Ein Vorwort, in: Sigusch (Hg.): AIDS als Risiko. 10.

²⁰⁴ Vgl. Sigusch: AIDS als Risiko. Ein Vorwort, in: Sigusch (Hg.): AIDS als Risiko. 10.

²⁰⁵ Sigusch: AIDS als Risiko. Ein Vorwort, in: Sigusch (Hg.): AIDS als Risiko. 7.

körperlich. Wir kommen um, weil wir überflüssig sind, ersticken an Verdrehung und Versachlichung.²⁰⁶

Es ist vor allem *Sigusch*, der versuchte, den anfänglichen AIDS-Diskurs durch seine vehemente Kritik dahingehend zu beeinflussen, einer Gesellschaft deutlich zu machen, dass soziale, gesellschaftliche und psychische Instrumentalisierungen den Blick auf eine „Realität“ verstellen. Ob es ihm wirklich je gelang? Zu bezweifeln ist jedenfalls, ob *Sigusch* – trotz berechtigter Kulturkritik – durch seine Beiträge zur Versachlichung der AIDS-Diskussion beigetragen hat. Allemal hat AIDS, wie neuerdings auch BSE u.v.a. „Bedrohungen“, den Beweis dafür geliefert, dass Diskriminierungsprozesse latent vorhanden sind und immer wieder aufs Neue aufgefrischt werden.

Während *Schmidt* die AIDS-Hysterie der 80er Jahre als *kollektive Hypochondrie* bezeichnet, die vor allem in der Gesellschaft sozialpathologische Reaktionen auslöse, ist *Amendt* der Meinung, dass AIDS wesentlich dazu beigetragen habe, alte patriarchalische Mächte zu mobilisieren, die eigentlich schon immer versuchten, das Gegenstück zur sexuellen Liberalisierung darzustellen. Auch wenn jede gefährliche (Infektions-)Krankheit kollektive Ängste in der Bevölkerung aufkommen lässt, setzt AIDS gerade deshalb so viele Emotionen frei, weil viele >>... Krankheitsopfer Homosexuelle sind, weil Sexualekontakte als Übertragungsmodi gelten und weil im Zeichen von >moral majority< drüben [Anspielung auf den US-amerikanischen Kulturimperialismus] und >geistig-moralischer< Wende hier das Sexuelle neu definiert wird, weil also das eine zum anderen paßt ...<<.²⁰⁷

Man könnte fragen, warum AIDS überhaupt in der Gesellschaft so viele Emotionen und Ängste freisetzt. Sicher hat durch den Wegfall vieler Verbote und Tabus die sexuelle Liberalisierung neuen Aufschub erhalten, dennoch blieben nach Ansicht von *Schmidt* einige Unsicherheiten übrig: Sexualität konfrontiert uns nicht nur mit den eigenen >>Triebängsten<< (Habe ich mich selbst noch unter Kontrolle?), sondern auch mit tiefen >>Beziehungsängsten<< bis hin zur existentiellen Angst, verlassen oder vereinnahmt zu werden. Sie konfrontiert jeden von uns auch auf unterschiedliche Art und Weise mit dem „Dilemma“ der Geschlechtsidentität als Mann und Frau. *Schmidt* meint insgesamt eine >>Verschiebung kollektiver Sexualangst<< beobachten zu können, die er nicht nur als „individuelle“, sondern auch als „kollektive Sexualneurose“ bezeichnet: >>In der Sexualität werden also tief verwurzelte Ängste erlebbar, sie werden jederzeit durch sie wachgerufen, sind mit ihr unentwirrbar verknäult. ... Die Angst vor Aids ist also *auch*

²⁰⁶ Sigusch: AIDS für alle, alle für AIDS, in: Sigusch (Hg.): AIDS als Risiko. 41.

²⁰⁷ Vgl. Amendt: Jetzt ist alles Gras aufgefressen, in: Sigusch (Hg.): AIDS als Risiko. 69.

Bestandteil einer kollektiven Sexualneurose.<<²⁰⁸ Hat *Schmidt* Recht, dann wird AIDS tatsächlich zum Sinnbild eines angsterzeugenden und „bösen“ Anteils der „Sexualität“, die sich selbst wiederum als „hochinfektiös“ herausstellt.

Bei dem US-Psychologen *C. G. Schmidt*, so konstatiert *Geene* in seiner Arbeit, werde AIDS als >>*Group-Fantasy*<< analysiert. Gerade bei AIDS würden unbewusste Gruppenhysterien entwickelt, die uns nicht nur an frühere, sondern auch an derzeitige gesellschaftliche Prozesse (z.B. BSE-Diskurs) erinnern lassen. AIDS sei im Grunde eine >>*epidemic hysteria*<<, die unbewusste Gruppenphantasien (sog. *Group-Fantasy*) in Form von Wahnvorstellungen kreiere und Schuldgefühle auf Sündenböcke (Homosexuelle, Drogenabhängige u.a.) projiziere. Die eigentliche Ursache für die Aggression gegenüber sog. „Randgruppen“ sei die Unsicherheit und die Angst auf Seiten der „heterosexuellen Majorität“, was zu einer enormen gesellschaftlichen Spannung geführt habe. Die Gruppenhysterie, die AIDS beschreibe, bedeute, dass der >>Jäger<< („moral majority“/Konservativen) dem >>Gejagten<< (Schwule, Drogenabhängige, Prostituierte usw.) Schamgefühle einzureden versucht. Letztere „verinnerlichen“ diese >>Schuldkomplexe<< und führen diese >>vorgegebenen Rollenstrukturen<< häufig auch unbewusst aus. *C. G. Schmidt* spricht, ebenso wie *Parin*, hier von einer >>internalisierten Homophobie<<, die auf Seiten der „Gejagten“ mit einer „unreflektierten Zustimmung“ gegen sie gerichteten Angriffen einhergehe und zu einem Rückfall in der Emanzipationsbewegung geführt habe.²⁰⁹

Auch wenn die Theorie von *C. G. Schmidt* in den hiesigen sexualwissenschaftlichen AIDS-Diskurs nicht Einzug fand, so deutet sie dennoch auf einen sozialpsychologischen Prozess hin, dem „Unbegreiflichen“ dennoch irgendwie einen „Sinn“ zu geben. Ob und inwieweit dieser Ansatz jedoch heute seine Relevanz in der Diskussion um die Verbreitung von HIV wiedererlangen könnte mag strittig sein. Doch eine Ignoranz gegenüber solchen „gruppenspezifischen“ Erscheinungen könnte sich letztlich rächen und einer verweigerten Auseinandersetzung über diffuse Ängste und Verunsicherungen Vorschub leisten.

Dass sich Gesellschaften durch Erklärungsmuster und irrationale Reaktionen – seien sie sozial, kulturell oder auch religiös geprägt – eine geradezu „sinnhafte Bewältigung“ von Krankheitsphänomenen versprechen, die dadurch ihren unheimlichen Charakter

²⁰⁸ Schmid: Moral und Volksgesundheit, in: Sigusch (Hg.): AIDS als Risiko. 31f.

²⁰⁹ Vgl. Geene: AIDS-Politik. 255-257; vgl. hierzu auch: Schmidt C. G.: The Group-fantasy Origins of AIDS, in: The Journal of Psychohistory (1) 12, 1984; vgl. Parin: Die Mystifizierung von AIDS, in: Sigusch (Hg.): AIDS als Risiko. 54-66.

zumindest teilweise verlieren, scheint demzufolge nicht ungewöhnlich. Wie die historische Seuchenforschung belegt, treten in Zeiten epidemisch grassierender Seuchen immer wieder subjektive Theorien über Herkunft und Verbreitung auf. Im Kontext von HIV und AIDS scheinen derartige „Erklärungs- und Bewältigungsstrategien“ gegenwärtig „nur“ noch vereinzelt und marginal aufzutreten. Die Frage, inwieweit das „hohe Wissensniveau“ der Bevölkerung *über* AIDS die einst vorhandenen irrationalen Mechanismen und Ängste vollends abgelöst hat, wird ehrlicherweise offen bleiben müssen. Ob also die vielfach beschworene uneingeschränkte „Toleranz“ gegenüber *bisher* diskriminierter „Randgruppen“ eher auf eine gelungene Aufklärungsinitiative oder auf die glückte effektive Grenzziehung zwischen „Gesunden“ und „Kranken“ zurückzuführen ist, darf bezweifelt werden. Die dabei aufkommende Skepsis und das zweifelhaft anmutende Gefühl, genährt durch gegenwärtige Ausländerfeindlichkeit und andere stumpfsinnige Überzeugungen, müssen allerdings erst plausibel und glaubhaft widerlegt werden, um der Darstellung einer „grenzenlosen Toleranz“ beipflichten zu können. Es ist abzuwarten, bis neue *Risiken* und *Gefahren* alte, versteckte und längst vergessene Mechanismen wieder heraufbeschwören werden; vielleicht wird dann auch offenbar, dass auf die eigentliche Herausforderung, nämlich auf die weithin unhinterfragt überlebten *internalisierten gesellschaftlichen Positionen* und *soziokulturellen Muster*, vornehmlich mit Vermeidung reagiert wurde.

2.3.1.5. Resümee

Zusammenfassend ist festzustellen, dass sowohl *soziale* als auch *kulturelle* Strukturen in unserer Gesellschaft häufig den „Sinn“ von unerklärlichen und geheimnisvollen Krankheiten prägen und zu erklären versuchen, worauf eine Krankheit zurückzuführen ist.

Der Gedanke, dass medizinisch unerklärliche und geheimnisvolle Krankheiten mit Hilfe von Erklärungs- und Deutungsmustern deren sinnhafte Bewältigung erleichtern könnte, scheint zunächst aus der Perspektive des Betroffenen nachvollziehbar. Soziokulturelle Deutungsmuster bilden Interpretationsfolien und umfassen „sinnstiftendes“ Orientierungswissen in alltäglichen Grenzsituationen. Demzufolge haben sie handlungsleitende Funktionen.

Innerhalb des AIDS-Diskurses lässt sich der Versuch, AIDS als „gerechte Strafe Gottes“ für abartige Sexualität zu sehen, ebenfalls unschwer bis heute erkennen. Dabei

handelt es sich jedoch nicht mehr um *eigene* Erklärungsversuche, sondern überwiegend um *gruppendynamische* Prozesse, die meist die Stabilisierung der *eigenen* „normalen Lebenswelt“ zum Ziel haben. So benötigen Gesellschaften „kollektive Identitäten“ und „Normalitätsmythen“, welche klare Grenzen ziehen, um eigene Systeme „moralisch“ zu stärken. Bei Überschreitung wird mit Ausschließung reagiert. Solche Strategien von offener oder verdeckter Ausgrenzung sind häufig begleitet von Ängsten, Hysterien und irrationalen Mechanismen. Demzufolge können diffuse Krankheitstheorien kollektive und individuell geprägte Vorurteile und Diskriminierungen enthalten, Ansteckungsängste und Abwehrmechanismen in der Gesellschaft auslösen und daher weitreichende „soziale Spannungen“ produzieren. So zeigt sich eindeutig, dass besonders bedrohliche und ansteckende Infektionskrankheiten – vor allem dann, wenn sie zum Tode führen – sich besonders dazu eignen, bestimmte Mechanismen in einer Gesellschaft freizusetzen und zu legitimieren.

Am Beispiel der *Metaphorik*, der *Schuldzuweisung* und der *Stigmatisierungsprozesse* werden die näheren Zusammenhänge zwischen gesellschaftlichen Deutungen und den daraus resultierenden Reaktionen klar:

- (1) Die differenzierte Analyse metaphorischer Krankheitsdeutungen lässt erkennen, dass sie sich einerseits dazu eignet, gesellschaftliche Mechanismen indirekt zu bestätigen oder auch zu legitimieren. Andererseits eignet sie sich aber auch dazu, die Hoffnungslosigkeit und das Leid vieler Menschen mit „Sinn“ zu erfüllen. So kann festgehalten werden, dass zum einen die funktionale Bedeutung von Metaphern in der Bewertung von Krankheit und Gesundheit, und damit auch in der Bewertung des Körpers liegt. Mit Hilfe von Bildern (z.B. Krieg gegen AIDS) wird es möglich, das Fremde so darzustellen, dass es bekämpft werden kann. Zum anderen stellen metaphorische Deutungen sich als handlungsgestaltend heraus, da sie unsere Wahrnehmung und unser Handeln im Alltag weitreichend positiv beeinflussen können. Durch konzeptuelle Metaphern ist es z.B. möglich, unser eigenes Leben besser zu verstehen und unsere Alltagswelt passender zu strukturieren. In Erinnerung an den Ansatz von *Sontag*, Krankheit zu „entmetaphorisieren“, bleibt fraglich, ob wir Menschen Krankheiten immer mit einer totalen distanzierten „Wertfreiheit“ betrachten können. Meiner Meinung nach ist eine „mittlere Positionierung“ bei der Bewertung von Metaphern im Kontext von Krankheit und Leid sinnvoll. Keineswegs ist es angebracht, sie völlig abzuleh-

- nen. Nicht zuletzt könnte AIDS zur Metapher für solidarisches Handeln und Verhalten werden.²¹⁰
- (2) Ferner wird deutlich, dass gesellschaftlich geprägte Krankheitstheorien sehr häufig auf Ansteckungsängste und Abwehrmechanismen zurückzuführen sind. Insbesondere Schuldzuweisungen, seien sie individuell oder kollektiv, sind mit Ansteckungsängsten in Verbindung zu bringen, wobei feststeht, dass es sekundär ist, ob eine Krankheit tatsächlich auch ansteckend (medizinisch bestätigt) ist oder nicht; vielmehr ist entscheidend, ob sie für den gesellschaftlichen wie für den individuellen Umgang mit ihr als „ansteckend“ gehalten wird oder nicht. Eine sozial-gestrickte und durch die Angst einer Ansteckung genährte Schuldzuweisung ist erst dann in der Gesellschaft ausfindig zu machen, sobald die Ursache für eine Krankheit medizinisch-wissenschaftlich ausreichend erforscht und erklärt wird. Auffallend und zugleich interessant ist die Beobachtung, dass erst nach der Entdeckung von einigermaßen hilfreichen und medizinisch wirksamen Medikamenten man aufhört, die gemutmaßten Schuldigen weiterhin zu belasten. Ob allein diese These allerdings als plausibel genug erscheint, die derzeitig beruhigte Lage um HIV und AIDS adäquat darzustellen, darf bezweifelt werden.
- (3) In der oben dargestellten Unterscheidung zwischen *Stigmatisierung* und *Diskriminierung* wird deutlich, dass ersteres eine negative Attribuierung einer Person durch eine Gruppe bezeichnet, die Diskriminierung sich auf die daraus resultierenden Folgen in Form einer sozialen Benachteiligung bezieht. Eine Kluft macht sich zwischen Tatsachen einerseits und Stigmatisierungen andererseits auf. So werden HIV und AIDS oftmals zu Folien der Projektionen für viele untergründige kollektive oder individuelle Ängste und unbewältigte Probleme, welche durch Wissen, Aufklärung und Informationen allein jedoch nicht abzubauen sind. Durch das systematische Suchen nach „Feindbildern“ soll die eigene Angst durch Aggression nach außen unterdrückt werden. Hinter dem Versuch, einen „Sündenbock“ ausfindig zu machen, steckt sowohl die Unfähigkeit, den anderen so anzunehmen wie er ist, als auch die Unfähigkeit, eigene Einstellungen, Haltungen und Verhaltensweisen gegenüber der Andersartigkeit des anderen kritisch zu reflektieren, bzw. ggf. auch zu revidieren. Das Sündenbocksyndrom

²¹⁰ Weiterführende Literatur zur Metapherdiskussion: Biere; Liebert (Hg.): Metaphern, Medien, Wissenschaft. Zur Vermittlung der AIDS-Forschung in Presse und Rundfunk, Opladen 1997; Bernhardt; Link-Wieczorek (Hg.): Metapher und Wirklichkeit. Die Logik der Bildhaftigkeit im Reden von Gott, Mensch und Natur, Göttingen 1999; Blumenberg: Paradigmen zu einer Metaphorologie, Frankfurt/Main ²1999.

trägt dazu bei, die eigenen Ängste vor dem anderen und die Unfähigkeit zur Einstellungs- und Verhaltensänderung durch Mechanismen wie Ächtung, Isolierung usw. auszugleichen. Hierin scheint mitunter auch das *sozialpsychologische* Problem von HIV und AIDS zu liegen.

Welche Bedeutung haben die Beobachtungen nun für den Kontext AIDS? Resümierend lässt sich daher folgendes feststellen:

Besonders im Hinblick auf das Thema HIV und AIDS ist eine scheinbar gesellschaftliche Veränderung in der Diskriminierungs- und Stigmatisierungsbereitschaft kritisch zu hinterfragen. Auch heute noch sind Deutungen, Ausgrenzungstendenzen u.v.m. festzustellen. AIDS und andere gesellschaftliche Phänomene stellen einen Beweis dafür dar, dass latente psychosoziale Prozesse vorhanden sind, auf die jederzeit neu zurückgegriffen werden können. Sie treten meist zeitlich (örtlich) begrenzt auf, bis geeignete Schuldige ausfindig gemacht sind und wirksame Gegenmittel (Isolation, Medikamente usw.) gefunden werden.

Die Bedrohung einer unerklärlichen Krankheit wird zur „Gefahr für alle“. „Strafe Gottes“ und „Schicksal“ werden kreiert, um das Unbegreifliche begreiflich zu machen. Dabei helfen alte Traditionen, Weltanschauungen, Typisierungen und Krankheitsvorstellungen. Wird das Unerklärliche wissenschaftlich erklärt oder werden Medikamente gegen die neu aufgetretene Krankheit erforscht, wird sie mehr und mehr einschätzbarer. Zur Bewältigung einer Bedrohung gehören auch Strategien wie *Stigmatisierung* und *Diskriminierung*. Sie verhelfen dazu, das Unerklärliche einem „Sündenbock“ zuzuweisen. Gegen diese kann effektiver mit Ressentiments vorgegangen werden als gegen die Krankheit selbst. Das Unerklärliche bekommt einen Namen und wird dadurch greifbarer. Es wandelt sich zum Risiko – zum Risiko für andere. Das Bewusstsein, dass HIV grundsätzlich *jeden* betreffen kann, wurde damit eliminiert. HIV ist mehr und mehr zum „Randphänomen“ von „Randgruppen“ geworden. Dort ist es bis heute aufzufinden. Die eigene Sicherheit wird fundiert durch regressive, einseitige oder gar manipulierte „Botschaften“ – die letztlich weiter „nur“ Unsicherheit produziert und unreflektierte „Ansichten“ überleben lässt.

Generell scheinen Krankheiten geradezu hervorragend dafür geeignet, Chiffren für unsichere Situationen darzustellen. Neuere Krankheiten, insbesondere Infektionskrankheiten, werden auch in Zukunft in der Bevölkerung für große Unsicherheiten und viele Ängste sorgen. Um geänderte Einstellungen und Verhaltensweisen erreichen zu kön-

nen, muss „neues Wissen“ produktiv in „tradiertes Krankheitswissen“ integriert werden. Es reicht daher nicht aus, nur auf halbherzige Solidaritäts- und Integrationsbemühungen hinzuweisen, sondern es müssen etwaige Divergenzen hinsichtlich unseres Verhaltens, Wissens und unserer Einstellung aufgedeckt und jedes Übertünchen von „Realitäten“ kritisch und selbstreflexiv hinterfragt werden. Wo medizinisches Wissen lückenhaft erlebt wird und keine Hilfe anbieten kann, werden nach wie vor Interpretationen, irrationale und abstruse Deutungen oder andere Bewältigungsstrategien auftreten. Allein durch wissenschaftlich gewonnene Erkenntnisse Wissen- und Verhaltensänderungen herbeiführen zu wollen, haben sich allemal als zu kurzfristig erwiesen.

Ein vielfach propagiertes hohes Risikobewusstsein, geschürt durch euphorische Informationen, gibt gewiss ein Gefühl der hohen Sicherheit. Zu bedenken ist allerdings, dass die Botschaft, „AIDS ist heilbar“, impliziert, dass man sich nicht mehr schützen müsse – weder sich noch andere. Sie täuscht darüber hinweg, dass es keine HIV-Infizierte mehr geben würde. Mit der öffentlichen Wahrnehmung von AIDS steht und fällt auch die Aggression gegen „Randgruppen“. Scheint die „Gefahr“ gebannt, gibt man sich „aufgeschlossen“ und „tolerant“. Die Vorstellung von einer tolerant-aufgeschlossenen Gesellschaft verliert allerdings dann ihre Glaubwürdigkeit, wenn Phänomene *Stigmatisierung* und *Diskriminierung* sich auf andere „Objekte“ verlagern.

Die bisher gezeigten Ausführungen weisen aber darauf hin, dass sowohl *soziodemographische* als auch *soziokulturelle* Faktoren kein zufriedenstellendes Bild über die gesellschaftliche Wahrnehmung der AIDS-Problematik entstehen lassen. Die Verknüpfung zwischen beiden Momenten muss wohl durch ein weiteres, dem *soziopsychischen* Moment, ergänzt werden. Es scheint offensichtlich, dass *soziodemographische*, *soziokulturelle* und *soziopsychologische* Variablen nicht isoliert nebeneinander stehen können, sondern sich wechselseitig durchdringen und bedingen. So wird die Wahrnehmung, Einstellung und das Verhalten des Einzelnen im Kontext der Gesellschaft stets durch diese drei Momente geprägt, wobei eine Verflechtung von sozialen und persönlichen Anteilen verhindert, den Menschen als *ausschließlich* sozial determiniertes Wesen darzustellen.

Als weiterer Einflussfaktor für die Wahrnehmung und den Umgang mit AIDS und den davon Betroffenen ist infolgedessen also das *soziopsychische Moment* zu nennen, das seinen Blick nicht nur auf das jeweilige Handlungssubjekt und seine Dispositionen richtet, sondern auch auf den jeweiligen Kontext, in dem der Einzelne lebt und handelt. In diesem Kontext gilt es nun, nicht nur die subjektive AIDS-Bedrohungswahrnehmung,

sondern insbesondere die wahrzunehmende „Normalisierung“ um das Thema AIDS in Bezugnahme auf das allgemein positive Meinungsklima über AIDS-Infizierte und AIDS-Kranke darzustellen.