

## 2.2. Soziodemographische Variablen und deren Auswirkungen

In diesem Beitrag wird zunächst gezeigt, ob und wie sich soziodemographische Variablen wie *Altersstruktur*, *Bildungsrad*, *sozialräumlicher Kontext* auf unsere subjektive Wahrnehmungsvorgänge auswirken und welchen Einfluss diesen Merkmalen bei der Einschätzung und Interpretation hinsichtlich eines Problemkontextes zukommt. Die Frage lautet deshalb: Welche zentrale Bedeutung haben diese Variablen bei der Beurteilung und Interpretation der AIDS-Problematik? Inwieweit sind sie ausschlaggebend für unsere Wahrnehmungen im Alltag und damit bestimmend für mögliche Stigmatisierungs- und Diskriminierungstendenzen gegenüber Betroffenen?

Anschließend wird diskutiert, welchen Zugang zur „Realität“ unsere Wissensbestände des Alltags im Unterschied zum Fachwissen bieten können, um Orientierungs- und Handlungssicherheit zu gewährleisten. Zu fragen ist hier nicht nur nach den denkbaren Differenzen zwischen *Alltagswissen* und *wissenschaftlichem Wissen*, nach ihrer jeweiligen Funktion und Bedeutung für unseren Alltag, nach der Grenze des jeweiligen Wissens-Typus, sondern es ist auch zu ermitteln, auf welche bereits vorhandene Strukturen (z.B. Deutungsmuster) Wissensbestände treffen.

### 2.2.1. Einfluss soziodemographischer Merkmale

Im Kontext der gesellschaftlichen Wahrnehmung von AIDS und HIV erscheint es zunächst sinnvoll, den Vorhersagebeitrag entsprechender soziodemographischer Merkmale zu analysieren. Die vordringlichste Frage dabei lautet, ob einer dieser Faktoren unter bestimmten Umständen und gesellschaftlichen Gegebenheiten ein Mediator für die subjektive Wahrnehmung darstellt und/oder sogar andere Variablen erheblich zu beeinflussen weiß.

*Jacob*, *Eirnbter* und *Hahn* untersuchten Anfang der 90er Jahre bereits den näheren Zusammenhang zwischen soziodemographischen Merkmalen und der AIDS-Wahrnehmung. Hierzu stellten sie primär fest, dass diese in hohem Maße sowohl für die Bewältigung von neu auftretenden Problemen, für die Bildung bestimmter Wert- und Moralvorstellungen als auch für die Entfaltung individueller Lebensweisen durchaus relevant sein können. Speziell in der individuellen Wahrnehmung und Interpretation von AIDS

halten sie diese soziodemographischen Merkmale für einflussreich:<sup>38</sup> >>Der Zusammenhang zwischen soziodemographischen Merkmalen, Variablen der Wahrnehmung und solchen des Umgangs mit AIDS läßt sich dann so beschreiben, daß soziodemographische Merkmale als unabhängige Variablen die Wahrnehmung und Interpretation von AIDS in spezifischer Art und Weise strukturieren und bestimmte Formen der subjektiven Wahrnehmung und Interpretation der Krankheit als intervenierende Variablen wiederum die entscheidenden Faktoren für Aspekte des Umgangs mit AIDS sind.<<<sup>39</sup> Die Ergebnisse ihrer Untersuchung lassen sich im folgenden Verlaufsbild<sup>40</sup> so zusammenfassen:

*Richtung der Einflussgröße* →

<u>Soziodemographische Merk-</u> <u>male</u>	<u>Wahrnehmung</u>	<u>Umgang</u>
Alter	AIDS als Gefahr	Ausgrenzungsbereitschaft
Status	Beurteilung der Infektiosität von Alltagssituationen	Akzeptanz von Zwangsmaßnahmen
Wohnortgröße	Schuldzuschreibungen	
<b>Unabhängige Variablen</b>	<b>Intervenierende Variablen</b>	<b>Abhängige Variablen</b>

Soziodemographische Merkmale können folglich als unabhängige Variablen, die nicht nur den sozialen und sozialräumlichen Kontext, sondern auch das *Alter* als aussagekräftigen Indikator mit einschließen, die subjektive Wahrnehmung strukturieren. Demnach werden die soziodemographischen Merkmale als wesentliche individuelle Einflussgrößen für die Wahrnehmung eines Phänomens dargestellt. Bei der subjektiven Wahrnehmung wiederum können unterschiedliche Faktoren wie z.B. Schuldzuschreibungen, Krankheitsinterpretationen, gesellschaftlich geteilte Vorstellungen usw. als intervenierende Variablen für den Umgang mit dem Phänomen entscheidend sein. Nach *Jacob, Eirmbter* und *Hahn* konnten jedoch schichtspezifische Unterschiede in der Wahrnehmung konstatiert werden, die sich im Verhalten oder im Umgang mit verschiedenen Krankheiten als maßgebend herausstellten.<sup>41</sup>

Im Folgenden soll es zunächst nur um den soziodemographischen Kontext und seine Variablen gehen und um die Frage: Können diese Variablen tatsächlich als konstitutive

<sup>38</sup> Vgl. Jacob: AIDS, in: Lange (Hg.): AIDS – Eine Forschungsbilanz. 20.

<sup>39</sup> Jacob: AIDS, in: Lange (Hg.): AIDS – Eine Forschungsbilanz. 21.

<sup>40</sup> Vgl. Jacob: AIDS, in: Lange (Hg.): AIDS – Eine Forschungsbilanz. 21.

<sup>41</sup> Vgl. Jacob: AIDS, in: Lange (Hg.): AIDS – Eine Forschungsbilanz. 21ff.

Größen für die Wahrnehmung und den Umgang gesehen werden oder stellen sie eher nur imaginäre Größen dar?

### 2.2.1.1. Altersstruktur

In der Soziologie wird das *Alter* überwiegend als soziologische Größe beschrieben und stellt im Kontext von Kohortenanalysen vielmehr die Zugehörigkeit zu Gruppen dar, die dieselben zeitlichen Merkmale (z.B. zeitgleiches Geburtsdatum) tragen. Eine Kohortenanalyse befasst sich demzufolge mit der Untersuchung dieser beschreibenden Gruppen hinsichtlich ihrer Entwicklung und Veränderung und stellt resultierend daraus zwischen unterschiedlichen Generationen Vergleiche an.

Als wichtige soziologische Größe wird das *Alter* erst in neueren Untersuchungen als Variable in sog. „Schichtungskonzepten“ eingeführt. Bislang galten die herkömmlichen Aspekte, die überwiegend nur ökonomische Aspekte aufwiesen (z.B. Schulbildung, Einkommen, Beruf) als ausschlaggebend. Man kann jedoch davon ausgehen, dass ungleiche Lastenverteilungen sowie verschiedenartige Lebenserfahrungen und alltägliche Belastungen ebenso wichtige Aspekte für eine individuelle Problembewältigung darstellen. Diese Aspekte dürften demnach nicht vernachlässigt werden und müssten ebenso in diese Konzepte mit einfließen.

Das *Alter* als Indikator für Lebenserfahrung einer Generation zeigt die unregelmäßige Verteilung von Erfahrungen mit der AIDS-Hysterie der 80er Jahre. Die jüngeren Menschen erlebten im Vergleich zu den älteren das Zeitalter der AIDS-Hysterie nicht mehr mit. Angstpotentiale treten bei der älteren Generation deshalb auch häufiger zu Tage. Insbesondere dann, wenn ältere Mitbürger auf die Ansteckungsgefahr von HIV erneut angesprochen oder mit AIDS konfrontiert werden, sprechen sie sich auch nach Untersuchungen von *Jacob u.a.* signifikant häufiger für Ausgrenzungen der Betroffenen aus als jüngere Mitbürger.<sup>42</sup>

Die *BZgA-Studie* geht hingegen nur indirekt auf derartige Zusammenhänge zwischen soziodemographischen Merkmalen und gewissen Wahrnehmungstendenzen in der Gesellschaft ein, stellt jedoch parallel zu oben fest, dass eine hohe Unsicherheit in der Einschätzung der Infektiosität von alltäglichen Situationen besonders bei der älteren Generation zu verzeichnen sei. Rund 25% dieser Altersgruppe würden bei Sozialkon-

---

<sup>42</sup> Vgl. Jacob u.a.: AIDS-Vorstellungen in Deutschland. 185.

takten mit „Unsicherheiten“ gegenüber Infizierten (z.B. beim Arztbesuch) reagieren.<sup>43</sup> Offenbar verbinden ältere Menschen mit einem Arztbesuch eine höhere potentielle AIDS-Gefahr, als dies bei jüngeren Menschen der Fall ist.

Das Einstellungsklima gegenüber AIDS-Infizierten und AIDS-Kranken unter der Berücksichtigung einer demographischen Differenzierung taucht im Projekt der *BZgA* nicht explizit auf. Zumindest empirisch lässt sich jedoch einen Einfluss von Alterszugehörigkeit auf die Wahrnehmung und damit auch auf das Verhalten nachweisen.<sup>44</sup> Tendenziell bestätigen diese These auch *Jacob u.a.*, indem sie feststellten, dass vorwiegend bei älteren Menschen diese intervenierenden Variablen der Wahrnehmung anzutreffen sind und häufig dann zur Geltung kommen, wenn sie die »Krankheit als allgegenwärtige Gefahr einschätzten, vor der es keinen individuell wirksamen Schutz gibt«.<sup>45</sup>

Insgesamt kritisch an dieser Darstellung ist jedoch das Messniveau des *Alters* als soziologische Größe. Es erscheint nicht hinreichend begründbar, diesem Indikator als selbständige Größe eine allgemeine Gesetzmäßigkeit zu unterstellen, vor allem deshalb nicht, weil der Aspekt von Lebenserfahrung grundlegend vernachlässigt wird, bzw. nicht quantifizierend dargestellt werden kann. Dies lässt den Schluss zu, dass es letztlich kaum möglich sein wird, einen kausalen Zusammenhang zwischen dem Indikator des *Alters* und den intervenierenden Variablen einer AIDS-Wahrnehmung erkennen zu können. Ein eindeutiger signifikanter Effekt des Merkmals *Alter* kann deshalb nicht prinzipiell beobachtet werden. So zeigen auch die Ergebnisse bei *Jacob u.a.*, dass die überwiegende Mehrzahl der AIDS-Interpretationen keine unmittelbaren Funktionen höheren Alters sind, sondern überwiegend durch den *Bildungsstatus* vermittelt werden: »Lediglich die Bereitschaft zu Schuldzuschreibungen ist eine direkte Funktion des Alters«, was vermutlich mit einer »... implizierten moralischen Dimension zusammenhängt, die mit einem in höheren Altersklassen bildungsunabhängig verbreiteteren Konservatismus korrespondiert«.<sup>46</sup>

---

<sup>43</sup> Vgl. BZgA: AIDS im öffentlichen Bewusstsein der Bundesrepublik Deutschland 1999. 21f. Abgesehen von der durchaus hohen Prozentangabe wird kaum der Fall eintreten, dass HIV-Infizierte weder in einer Arztpraxis, noch sonst irgendwo auch als „Infizierte“ oder „Kranke“ in „Erscheinung“ treten werden. Deshalb sind diese unbegründeten Ängste der vorwiegend älteren Generation eher als ein Relikt anfänglicher Hysterien zu charakterisieren.

<sup>44</sup> Diese Tendenz lässt sich auch annähernd durch die empirischen Untersuchungen am Pflegepersonal von AIDS-Kranken erkennen: Vgl. hierzu: Zuber; Werner: Einstellungen von medizinischem Personal gegenüber HIV-Positiven und AIDS-Kranken, in: Lange (Hg.): AIDS – Eine Forschungsbilanz. 85.

<sup>45</sup> *Jacob u.a.*: AIDS-Vorstellungen in Deutschland, Berlin 1997. 185.

<sup>46</sup> Vgl. *Jacob u.a.*: AIDS-Vorstellungen in Deutschland. 186f.

### 2.2.1.2. Bildungsgrad

*Bildung* war und ist ein beliebter Aspekt, soziale Ungleichheiten einer Gesellschaft auszudrücken und wird als Maß für die gesellschaftliche Stellung des Einzelnen in dieser Gemeinschaft evident. Der Bildungsbegriff *an sich* ist jedoch nicht nur in Verbindung mit der beruflichen Karriere, Schul- oder Ausbildung zu bringen. Er tritt vor allem auch dann zu Tage, wenn es um die individuelle Bereitschaft von Informationsaufnahme, -annahme und -verarbeitung geht. Gerade für die Bewältigungen des Alltags spielt *Bildung* eine ausschlaggebende Rolle, stellt sie sich doch als Indikator für Auseinandersetzungen mit fremden Lebenswelten genauso deutlich heraus, wie für ein sicheres Handeln unter neuen und problematischen Gegebenheiten.

Die Reichweite der *Bildung* kennzeichnet daher u.a. die Bereitschaft, sich mit neuen Problemen auseinander zu setzen und damit auch selbstsicheres Handeln zu ermöglichen und zu gewährleisten. Diese individuellen Handlungsressourcen werden vorwiegend durch *Bildung* erreicht. Handlungsressourcen eröffnen und ermöglichen nicht nur zahlreiche Chancen im Alltag und Beruf, sondern können gleichzeitig Einschränkungen im eigenem Lebensbereich sinken lassen. Demzufolge sehen *Jacob u.a.* die Erweiterung dieser Ressourcen von Handlungs- und Gestaltungskompetenzen maßgeblich durch den erlangten *Bildungsstatus* bestimmt.<sup>47</sup>

Der Begriff der *Bildung* darf sich dabei nicht nur auf *fachliche* oder *politische* Bildung beschränken. Bildung ist auch „soziale Bildung“ und schließt auf dem Weg zur Selbstverwirklichung den Prozess der „Selbstbildung“ mit ein. *Ebert u. Herter* halten Selbstverwirklichung ohne Bildung für unmöglich: >>Als Befähigung zu humaner Selbstverwirklichung äußert sich Bildung in selbstbestimmtem Handeln, das sich auf die gesellschaftlichen Lebensbedingungen ebenso wie auf die individuelle Gestaltung der persönlichen Sphäre richtet. Beide Bereiche stehen in engem Wechselverhältnis.<<<sup>48</sup> Den Begriff der *Bildung* definieren daher *Ebert u. Herter* folgendermaßen: >>Bildung ist, systematisch interpretiert, Resultat und beständiger Prozess der Wechselbeziehung zwischen Mensch und Welt. Sie geht aus der Vermittlung der inneren Bedingungen des Menschen, den subjektiven Bestimmungen seiner Natur, mit den äußeren, gesellschaftlichen Lebensbedingungen als ein Ensemble persönlicher Fähigkeiten hervor.<<<sup>49</sup>

<sup>47</sup> Vgl. *Jacob u.a.*: AIDS-Vorstellungen in Deutschland. 187.

<sup>48</sup> *Ebert; Herter*: Elemente demokratischer Bildung, in: Tenorth (Hg.): Allgemeine Bildung. 233.

<sup>49</sup> *Ebert; Herter*: Elemente demokratischer Bildung, in: Tenorth (Hg.): Allgemeine Bildung. 234f.

Aus dem *Bildungsstatus* scheinen sich insgesamt folgenreiche Kompetenzen in Gestaltung und Handlung ableiten zu lassen, die Auswirkungen auf differenzierte Wahrnehmungs- und Handlungsprozesse erzeugen.

Botschaften differenzierter aufzunehmen und unter dem Gesichtspunkt des „Wahrheitsgehaltes“ zu beleuchten, stellen im Kontext von Problembewältigungen, öffentlichem Leben, Politik und Massenmedien notwendige Voraussetzungen dar, welche durch Bildungsgrad und -niveau zu erreichen sind. Menschen mit geringerem sozialen Status<sup>50</sup> und niedriger *Bildung* gelten in Schichtungskontexten als schlechter informiert und stehen gleichzeitig dem Medikalsystem vorwiegend zweifelnder gegenüber. Ein höheres Bildungsniveau der Menschen erhöht demnach die Handlungschancen<sup>51</sup>, wobei eine Ungleichverteilung zwischen den Generationen zu beobachten ist, die am deutlichsten anhand von Schuldzuschreibungen zu Tage treten. In diesem Zusammenhang kann zumindest vermutet werden, dass u.a. ein höheres Potential von Moralität und Angst innerhalb der älteren Generation als mögliche Ursache für die Bereitschaft von Schuldzuweisungen ausgemacht werden kann.

*Jacob u.a.* scheinen diese Vermutung mit einer eindeutigen Tendenz zu stützen: Demnach nehme die >>... fälschliche Wahrnehmung von Infektionsgefahren, die Bereitschaft zu Schuldzuschreibungen und zur Ausgrenzung Betroffener, die Akzeptanz administrativer Maßnahmen und generell die Interpretation von AIDS als diffuser Gefahr ... mit der individuell oder räumlich bedingten Ferne zum Problem zu<<<sup>52</sup>. Ältere, Personen mit niedrigerem Bildungsstatus, Land- und Kleinstadtbewohner, so das Ergebnis von *Jacob u.a.*<sup>53</sup>, würden ...

- tendenziell mehr Gefahren einer Ansteckung mit HIV bei Situationen der Alltagsroutine sehen,
- häufiger der Meinung sein, dass AIDS eine Folge individueller oder kollektiver Verfehlungen ist,
- stärker zur Ausgrenzung Betroffener neigen und wären eher bereit, staatliche Zwangsmaßnahmen zu akzeptieren, obgleich ihr faktisches Infektionsrisiko sehr niedrig ist.

---

<sup>50</sup> Ein geringer Sozialstatus ist nicht zwangsweise an ein geringes Bildungsniveau gekoppelt, so wie ein hoher sozialer Status nicht mit einem hohen Bildungsniveau gleichzusetzen ist!

<sup>51</sup> Vgl. *Jacob u.a.*: AIDS-Vorstellungen in Deutschland. 187.

<sup>52</sup> *Jacob u.a.*: AIDS-Vorstellungen in Deutschland. 189.

<sup>53</sup> Vgl. hierzu die Zusammenfassung von: *Jacob u.a.*: AIDS-Vorstellungen in Deutschland. 189f.

Idealtypisch ließen sich damit ...

- ältere, häufig stark von kirchlichen Wertvorstellungen und tradierten laienätiologischen Krankheitstheorien geprägte Bewohner kleinerer Städte und Gemeinden mit niedrigem sozialem Status beschreiben,
- die vielfältigen Gefahren einer Ansteckung mit HIV befürchten,
- die Krankheit auf Schuld zurückführen,
- die Kontakte mit Infizierten auf jeden Fall vermeiden würden,
- die gegen die Einführung einer ganzen Palette staatlicher Maßnahmen nichts einzuwenden hätten.

Diesem Cluster idealtypisch gegenüber würden deutlich *jüngere, gut ausgebildete und beruflich etablierte Großstädter* stehen, die ...

- AIDS auf der Basis offizieller (d.h. nach gegenwärtiger Meinung der medizinischen Fachwelt gültiger) Informationen als vermeidbares Risiko ansehen,
- vor dem man sich selbst schützen könne
- und deshalb auch keinen Grund sehen, Betroffene zu stigmatisieren oder einer staatlichen Sonderbehandlung auszusetzen.

Auch *Pollak* sieht in AIDS ein „Aufleben“ alter Ideologien einer bestimmten Gruppe. >>Eher am unteren Ende der sozialen Pyramide, in den ältesten Gruppen der Bevölkerung mit geringem Schulabschluß sowie in absteigenden Mittelklassen konzentriert, trifft man hier soziologisch jene Gruppe wieder, die auch in anderen gesellschaftlich konfliktträchtigen Auseinandersetzungen, wie der Ausländerfrage, extrem rechte Positionen einnimmt.<<<sup>54</sup>

Insbesondere dann, wenn Diffamierungs- und Ausgrenzungstendenzen gegenüber sozialen Minderheiten auf wesentliche Wissensdefizite zurückgeführt werden können, zeigt sich, dass *Bildung* als >>Niveau der innerlichen Selbsterweiterung<<<sup>55</sup> vor allem auch das Eingestehen und das Bewusstwerden der Andersartigkeit des Anderen bedeutet. Den Anderen in seiner Differenziertheit so wahr- und anzunehmen, ohne die eigene Weltsicht und -deutung aufgeben zu müssen, stellt eine besondere Herausforderung für den eigenen Bildungs- und Lernprozess dar. Hier gilt es, nicht nur den anderen differenziert wahrzunehmen, sondern auch die eigenen Perspektiven und Überzeugungen kritisch hinterfragen zu lassen und bereit zu sein, sie ggf. neu auszurichten.

Ob jedoch ein hoher *Bildungsstatus* allein dafür ausreicht, Vorgänge differenziert wahrnehmen zu können und ein Garant dafür ist, routiniert, offen und tolerant nicht nur mit dem AIDS-Phänomen umgehen zu können, mag bezweifelt werden.

<sup>54</sup> Pollak: AIDS-spezifische Vorstellungs- und Reaktionssysteme in der Gesamtbevölkerung und in einer Hauptbetroffenengruppe, in: Rosenbrock; Salmen (Hg.): AIDS-Prävention. 312.

<sup>55</sup> Droesser: Glück, Pragmatik, Dialog, in: Wunden (Hg.): Freiheit und Medien/4. 106.

Abgesehen von dieser scharf formulierten, aber soziologisch veritablen Sichtweise, ist die Relevanz einer Wahrnehmung von gesellschaftlichen Problemen oder Phänomenen, wie das von AIDS, nicht allein im *Bildungsniveau* oder in der *Altersstruktur* einzelner Menschen zu sehen, sondern erheblich von sog. „exogenen Faktoren“ (z.B. kollektive Handlungsmuster, Norm- und Wertidentitäten usw.) bestimmt. Das Bildungsniveau einzelner bietet meiner Ansicht nach vielmehr die Grundlage und die Chance, gesellschaftliche Rahmenbedingungen differenzierter zu betrachten und ggf. auch im Hinblick ihrer Zumutungen und Methoden kritischer zu hinterfragen, anstatt sie nur unreflektiert und unkritisch zu internalisieren.

### 2.2.1.3. Sozialräumlicher Kontext

Neben den eben angeführten Personenmerkmalen wird dem *sozialräumlichen Kontext* als „exogenem Faktor“ eine wesentliche Funktion sowohl bei der Gefahreinschätzung als auch bei den Interpretationen von AIDS zugeschrieben.<sup>56</sup> Vor allem bei laienätiologischen Ansteckungsvorstellungen, wie z.B. der Einschätzung der Infektiosität von Krebs konnte neben der *Bildung* dem *sozialräumlichen Kontext* eine durchaus bedeutende Funktion zugeschrieben werden. So konnten *Jacob u.a.* feststellen, dass »insbesondere Personen mit niedrigerem Bildungsstatus und Bewohner ländlich strukturierter Gebiete, wo Infektionskrankheiten bis weit in unser Jahrhundert hinein eine existentielle Bedrohung waren, ... zur Erklärung von Krebs auf das Infektionsmodell von Krankheit« zurückgriffen.<sup>57</sup>

Damit stellt der *sozialräumliche Kontext* vor allem einen vieldimensionalen Interpretationsrahmen für Menschen im Alltag dar.

»Soziale Räume«, so *Hradil*, »heißen die generalisierten Felder potentiellen Handelns individueller Akteure ... weil individuelle Handlungsfelder in diesem Konzept ... als »Soziale Räume« Handlungsfelder großer sozialstruktureller Gruppierungen mit relativ stabilen Handlungsbedingungen bezeichnen. ... Soziale Räume sind ... als Kontexte,

---

<sup>56</sup> Vgl. hierzu: Farin u.a.: Sozialkognitive Modelle und Erklärungsansätze zum HIV-Risikoverhalten, in: Bengel (Hg.): Risikoverhalten und Schutz vor AIDS. 47-69. Die Autoren analysieren vorwiegend wesentliche Einflussfaktoren zur Erklärung des Risikoverhaltens bei HIV, die wiederum als Voraussetzung zur Beurteilung sowohl der eigenen als auch der fremden Risikowahrnehmung gesehen werden können.

<sup>57</sup> *Jacob u.a.*: AIDS-Vorstellungen in Deutschland. 110.



d.h. im gegenseitigen Aufeinander-Einwirken vieldimensionaler Elemente zu begreifen.<<<sup>58</sup>

Auftretende Krankheiten erzeugen in einem solchen Raum gewisse Vorstellungen und Sichtweisen, die wiederum entsprechende Handlungskompetenzen und Kontrollüberzeugungen erwirken. Speziell die Einstellungen zu gefährlichen Infektionskrankheiten und das darauffolgende Verhalten sehen *Jacob u.a.* durch die sozialräumlichen Kontexte besonders beeinflusst, welche als >>... überindividuelle soziale Strukturen einen allen Individuen des jeweiligen Raumes gemeinsamen, gleichsam objektiven Kontext darstellen<<.<sup>59</sup> Dieser kollektive Rahmen wird dabei unterschiedlich interpretiert und wahrgenommen, wobei sich die ländliche Gegend anders darstellt als die städtische.

Unabhängig davon und abgesehen von der Wohnortgröße sind kollektive Rahmenbedingungen grundsätzlich funktionell dafür da, die Individuen in bereits vorhandene Strukturen zu integrieren und nicht „aus dem Rahmen fallen“ zu lassen. Der damit beschriebene Prozess der Sozialisation verlangt vom Individuum unterschiedliche Anforderungen einer allgemeinverbindlichen Ordnung, sich in einer spezifischen Gesellschaftsstruktur ein- und sich dort zurechtzufinden.<sup>60</sup> Er wird vor allem mit Hilfe von normativen, kulturellen u.a. Gegebenheiten gesteuert und mitbestimmt.

Interpretationen von Lebenswelten, die von kollektiven Handlungsmustern, Norm- und Wertidentitäten sowie von örtlichen Traditionen abhängig sind, umfassen normative Aspekte eines sozialräumlichen Rahmens. Solche sozialen Steuerungsmechanismen haben vor allem eine „appellative“ Funktion gegenüber einzelnen Individuen und der ganzen Gruppe. Man kann hier durchaus von einem „Appellcharakter“ des sozialräumlichen Kontextes sprechen.

Insbesondere auf dem Dorf oder in der Kleinstadt stellen sich normative Strukturen und Interpretationsrahmen gänzlich anders dar als in einer Großstadt. So kann der höhere Stellenwert einer sozialen Kontrolle auf dem Land folglich auch einen höheren An-

---

<sup>58</sup> Hradil: Sozialisation und Reproduktion in pluralistischen Wohlfahrtsgesellschaften, in: Sünker u.a. (Hg.): Bildung, Gesellschaft, soziale Ungleichheit. 111. Anhand einiger gesellschaftlicher Wandlungsprozesse versucht der Autor Veränderungen in Lebens- und Sozialisationsbedingungen aufzuzeigen mit dem Hinweis, dass Alltagswelten und Mentalitäten (von Religionen, Berufständen usw.) keine neuen Erscheinungen der Pluralisierung sind, während unterschiedliche Werthaltungen, Milieus und Lebensstile sich dem Wandel der Zeit anpassen.

<sup>59</sup> Jacob u.a.: AIDS-Vorstellungen in Deutschland. 62.

<sup>60</sup> Vgl. hierzu auch: Berger; Luckmann: Die gesellschaftliche Konstruktion der Wirklichkeit. 174ff. Berger u. Luckmann befassen sich als Soziologen/Theologen vordergründig mit der Analyse der Alltagswelt und ihren spezifischen Wahrnehmungsweisen der in ihr lebenden Menschen. Den Autoren geht es primär um die Darstellung von intersubjektiven Prozessen, des Erwerbes menschlichen Wissens in der Welt des Alltags, dessen gesellschaftliche Verfestigung, Kontrollierung und Tradierung.

gleichungsdruck auslösen. Dieser Vorgang kann im Kontext von sozialen Umwelten deshalb als „Assimilationscharakter“ beschrieben werden, der vergleichend und prüfend normative Aspekte von Sozialräumen herausstellt und unter dem Gesichtspunkt der nach Erfolg orientierten „Anpassung“ den Einzelnen in das soziale Geflecht einzubinden versucht.<sup>61</sup> Lebenskontexte stellen sich deshalb als Objekte von Orientierungen, Wahrnehmungen, Identifikationen und kontexttypischen Interpretationen heraus. Es scheint also offensichtlich, dass Steuerungen und Beeinflussungen durch „soziale Kontrolle“ und „sozialen Vergleich“ innerhalb dieses Kontextes stattfinden.

Charakteristisch bieten daher soziale Rahmen, je nach Bedeutung und Gewichtung für verschiedene Personengruppen, generell unterschiedliche Möglichkeiten der subjektiven Wahrnehmung. Die kollektiven Rahmenbedingungen, die einen objektiven Kontext darstellen, werden üblicherweise differenziert und subjektiv wahrgenommen. *Jacob u.a.* sprechen hier von einem »Potentialcharakter«<sup>62</sup>, der sich als ein weiteres Merkmal des sozialen Raums präsentiert. So stellt sich ein und derselbe Raum in seiner Entwicklungs- und Erlebnismöglichkeit unterschiedlich dar. Derselbe Raum kann für die einen Gelegenheiten, für die anderen eher Einschränkungen produzieren oder beinhalten. Doch es gibt auch folgenreiche Differenzen zwischen dem ländlichen und dem städtischen Raum.

Allein die Tatsache, dass z.B. homosexuelle Lebensgemeinschaften in kleineren Gemeinden oder auf dem Dorf diffiziler zu leben sind als in einer Großstadt, macht die Problematik des sozialen Raumes, seiner Möglichkeiten und Begrenztheiten deutlich. Infolgedessen ist auch der »...günstigste Ort für die Entfaltung homosexueller Neigungen die Großstadt mit ihrer Fülle von Lebensformen, ihren Freizeitaktivitäten und Kontaktmöglichkeiten, ihrer relativen Anonymität...«<sup>63</sup>.

---

<sup>61</sup> Vgl. hierzu auch: Dornheim: *Kranksein im dörflichen Alltag*, Tübingen 1983; vgl. außerdem auch: Dornheim: *Verweisungszusammenhänge als kulturelle und soziohistorische Prämissen von Krankheitsdiskursen*, in: Rosenbrock; Salmen (Hg.): *AIDS-Prävention*. 197-205. Dornheim macht in ihren Arbeiten deutlich, dass es Zusammenhänge zwischen entsprechenden normativen Aspekten einer sozialen Umwelt und bestimmten Krankheitsvorstellungen gibt.

<sup>62</sup> Vgl. *Jacob u.a.*: *AIDS-Vorstellungen in Deutschland*. 62. Demzufolge verändert sich subjektiv die Bedeutung z.B. hinsichtlich des objektiven Angebots einer medizinischen Fürsorge in Bezug auf das Alter oder den Gesundheitszustand; vgl. hierzu auch: Scheuch: *Entwicklungsrichtungen bei der Analyse sozialwissenschaftlicher Daten*, in: König (Hg.): *Handbuch der empirischen Sozialforschung/1*. 161-237. Der Autor verwendet in diesem Zusammenhang den Begriff „Optionen“.

<sup>63</sup> Pollak: *Homosexuelle Lebenswelten im Zeichen von AIDS*. 24; vgl. zudem: Pollak: *AIDS-spezifische Vorstellungs- und Reaktionssysteme in der Gesamtbevölkerung und in einer Hauptbetroffenengruppe*, in: Rosenbrock; Salmen (Hg.): *AIDS-Prävention*. 315-319; vgl. daneben: Bochow: *Zeitstabilität von Änderungen im Sexualverhalten und Zielgruppenspezifika der AIDS-Präventionsarbeit*, in: Rosenbrock; Salmen (Hg.): *AIDS-Prävention*. 52f. Der Autor verweist u.a. auch auf eine ungleiche soziale Verteilung der HIV-Infektionen, die er in Zusammenhang mit unterschiedlichen soziodemographischen Faktoren bringt.

Nähe und Distanz zu Einheimischen wird auf dem Dorf zu einer delikaten Angelegenheit und stellt sich nicht selten als mühsames Unterfangen dar. Einerseits bringt „zuviel“ Nähe zwangsweise Konfrontationen mit den schon vorhandenen Normen und Wertvorstellungen eines Sozialgebildes mit sich, andererseits geht durch eine bereitwillige „Öffnung der Privatsphäre“ nicht selten das eigene Privatleben verloren. Distanziertheit hingegen wird als nicht integrationswillig interpretiert und wird in Einzelfällen mit völliger Isolation oder Ausschluss aus dem dörflichen Leben quittiert. Der Privatraum schirmt gegenüber Außenstehenden ab und ermöglicht, sich den Normen und den sozialen Kontrollinstanzen fast völlig zu entziehen. Dies erklärt auch die Abgrenzung und Distanzierung vom „normalen“ gesellschaftlichen Leben vieler Homosexueller, Drogenkonsumenten u.a., die dies als Notwendigkeit zur Befreiung des eigenen Lebens sehen. Gesellschaftlich auferlegte Normen und ländliche Traditionen stellen gerade für diese Gruppen eine unüberwindliche Hürde dar, so dass sie auf der Suche nach dem emotionalen Gleichgewicht im Ghetto der Stadt Nischen einrichten, die für die Erfüllung ihrer Wünsche als günstiger erscheinen. Je deutlicher nämlich der soziale Raum von Grenzen und Übersichtlichkeiten geprägt ist, desto deutlicher kann hier die Beeinflussung durch eine soziale Kontrollinstanz oder zumindest eines sozialen Vergleichs stattfinden, die im dörflichen Bereich wohl eher zu finden sind. Der Grund dafür dürfte vor allem darin zu suchen sein, dass der öffentliche und gemeinsame Raum des Dorfes durch eine höhere und prinzipiellere Grenzziehung gekennzeichnet ist. >>Dabei entscheidet sich die legitime Zugangsberechtigung an der Frage der Zugehörigkeit oder Nichtzugehörigkeit zu der jeweiligen Gemeinschaft, also an dem Grad der sozialen Integration.<<<sup>64</sup>

Es ist besonders die neue Kontaktaufnahme zu Fremden, die in dörflichen Gegenden sich häufig als problematisch darstellt. So wird der Kontakt mit unbekanntem Personen vielfach dürftiger und mit anderen Verhaltensstrategien vollzogen, als dies in städtischen Gebieten der Fall ist. Neben den schon angedeuteten ländlichen Traditionen in Verbindung mit (kirchlichen) Norm- und Wertvorstellungen<sup>65</sup> spielen essentiell auch zwischenmenschliche Sympathie und Antipathie eine wichtige Rolle bei Kontaktaufnahme

<sup>64</sup> Jacob u.a.: AIDS-Vorstellungen in Deutschland. 55.

<sup>65</sup> Vgl. hierzu: Zuber; Werner: Einstellungen von medizinischem Personal gegenüber HIV-Positiven und AIDS-Kranken, in: Lange (Hg.): AIDS – Eine Forschungsbilanz. 75-91. Gegenstand ihrer empirischen Untersuchung waren die Vorurteile und Einstellungen des medizinischen Personals gegenüber den Betroffenen, mit dem Teilergebnis, dass vorwiegend Personen, die eine stärkere Orientierung an kirchlichen Normen und Werthaltungen aufzeigen, größerer Angst vor Homosexuellen haben und verstärkt vorurteilsgeprägte Meinungen äußern. Auch wenn die Studie spezifische Untersuchungen im Rahmen des Pflegepersonals unternahm, wird deutlich, wie konservative und religiös geprägte Werthaltungen zur Geltung kommen können.

und Beziehungspflege, die jedoch unabhängig von räumlichen Zuordnungen auszumachen sind.

Die Stadt hingegen ist üblicherweise geprägt von sozialer Distanz bis hin zur sozialer Kälte und vollständiger Anonymität. Eine strikte Gliederung des eignen Lebensraumes in „öffentlich“ und „privat“ und die damit verknüpften Normen und Verhaltensstrategien stellen typische Merkmale einer Stadt dar. Neben Einsamkeit und Anonymität birgt das städtische Leben jedoch viele Gelegenheiten, die das Dorf so nicht bieten kann. So sind Kontakte zu Fremden nicht ungewöhnlich und gehören neben der Konfrontation mit verschiedenen Nationalitäten und Lebensweisen zum Alltag der Menschen. Aber auch hier sind parallel zur ländlichen Gegend kollektive Handlungsmuster, normative Strukturen und Traditionen erkennbar, die auch nicht zuletzt die Wahrnehmung von Fremd- und Eigengruppe erheblich beeinträchtigen können. Denn soziale Konflikte machen nicht vor der Stadtgrenze Halt. Es ist zwar richtig, dass sich einerseits tendenziell die urbane Gegend mehr als andere durch ihre größeren Erfahrungsbereiche auszeichnet und dadurch bessere Voraussetzungen für Toleranz und strukturelle Heterogenität ermöglicht, andererseits ist die Großstadt von Unsicherheiten, Unübersichtlichkeiten und aufgrund ihrer Vielzahl von Angeboten nicht davor gefeit, potentielle Ängste bei Menschen auszulösen.

Die Existenz von Infektionskrankheiten zeigte zu allen Zeiten, dass vornehmlich die Stadt Raum für Ängste und Verunsicherungen bot. So lässt sich mitunter auch historisch nachweisen, wie schon im Mittelalter Städte (sog. Pest-Stadt) als Nährboden für Pest und Seuche gesehen wurden und diesem erheblichen Bedrohungspotential nur durch Meidung der Stadt zu entgegnen war.<sup>66</sup> Was heißt das aber konkret für den Kontext AIDS?

Wie die Datenanalysen von *Jacob u.a.* zeigten, bestätigt sich ihre Vermutung, dass >>... bestimmte Sichtweisen von Krankheit im allgemeinen und von AIDS im besonderen bestimmte Reaktionsdispositionen zur Folge haben<<.<sup>67</sup> Solche Sichtweisen in Form von alltagstheoretischen Interpretationen und Deutungen, die „relativ“ unabhängig von soziodemographischen Merkmalen zu sehen sind, stellen für den individuellen und den gesellschaftlichen Umgang mit der Krankheit durchaus wesentliche Variablen dar.

---

<sup>66</sup> Diese Vorstellung ist nicht nur ein Phänomen des Mittelalters, wie das folgende Beispiel zeigt: Noch heute sind viele der Auffassung, AIDS würde überwiegend in städtischen Gebieten auftreten. Dies hat sich bereits als Fehlschluss erwiesen. Zum alljährlichen Welt-AIDS-Tag berichtete die AZ: >>Nachdem AIDS Ende der 80er Jahre fast ausschließlich in Großstädten auftrat, ist mittlerweile auch der ländliche Raum ... betroffen<< (Bär: „AIDS verbreitet sich auch auf dem Lande“, in: AZ, 30.11.2000, AZ/Nr. 276).

<sup>67</sup> Jacob u.a.: AIDS, in: Lange (Hg.): AIDS – Eine Forschungsbilanz. 20.

Gestützt durch die Ergebnisse der Analysen von *Jacob u.a.* ist zudem die Tendenz zu beobachten, dass vorwiegend »Merkmale, in denen die individuelle Sichtweise von AIDS zum Ausdruck kommt, ... reaktive Variablen des Umgangs mit der Seuche in wesentlichen stärkerem Maß [bestimmen], als zum Beispiel soziodemographische Merkmale«.<sup>68</sup>

Resultierend lässt der Vergleich Stadt-Land zumindest stark vermuten, dass Einflussgrößen wie Alter, Wohnort, Status, Bildung *nicht prinzipiell* Umgangsrelevanzen besitzen. Es ist deshalb nicht auszuschließen, dass in diesem Kontext andere voraussetzungsreichere und soziodemographisch unabhängigeren Faktoren einbezogen werden müssen, die den Prozess der individuellen Wahrnehmung und Einstellung von Menschen wesentlicher beeinflussen.

Wahrnehmungsprozesse stellen sich als äußerst komplex dar. Als Ordnungsprinzipien versuchen sie, den überladenen Informationen einen Zusammenhang zu verleihen. In einer sich ständig veränderten Welt versuchen sie uns Kontinuität und Stabilität zu vermitteln. Unterschiedlichste Informationen, angefangen von Geschmack, Gerüchen bis hin zu für uns „relevanten“ Traditionen und Erfahrungen werden analysiert, organisiert, integriert und führen zu Entscheidungen. Der Prozess der Verarbeitung und Integration solcher Informationen, hängt nicht zuletzt vom wahrnehmenden Handlungssubjekt selbst ab. Dementsprechend sind Wahrnehmungsvorgänge von unseren Ängsten, Gewohnheiten, Vorurteilen und Wünschen aber auch durch Kultur, persönliche Erfahrungen, Interessen, Motiven und Erwartungen und vielen anderen „internen“ wie „externen“ Faktoren beeinflusst. So wird der eine Mensch, ohne sich darüber weitere Gedanken zu machen, externe Eindrücke einfach akzeptieren, während ein anderer es nicht wagen würde, sich diesem Unterfangen hinzugeben. Dies zeigt die ganze Komplexität dieser Wahrnehmungsvorgänge. Im Zusammenhang von AIDS sind diese nur aufgrund einer subjektiven Charakterisierung der AIDS-Bedrohung approximativ zu beschreiben.

#### 2.2.1.4. Resümee

Kaum überraschend ist zunächst die Feststellung, dass das AIDS-Phänomen individuell verschieden wahrgenommen und interpretiert wird. Dabei spielen jedoch unterschiedliche individuelle Einflussgrößen wie Alter, Bildung, Wohnort usw. durchaus eine

---

<sup>68</sup> Jacob u.a.: AIDS, in: Lange (Hg.): AIDS – Eine Forschungsbilanz. 20.

nicht unerhebliche Rolle, weil Wissensbestände und Informationen auf unterschiedliche subjektive Lebenswelten, Voraussetzungen und andere Konstellationen treffen. Diese strukturellen Einflussgrößen machen zudem deutlich, dass es schichtspezifische Unterschiede nicht nur in der Interpretation von Krankheit und Gesundheit, sondern auch im Gesundheits- und Krankheitsverhalten gibt.

Die Dimension des Alters lässt im Resultat tendenziell erkennen, dass besonders intervenierende Variablen wie Schuldzuschreibungen u.a. aufgrund von Ängsten und Verunsicherungen bei älteren Menschen häufiger anzutreffen sind als bei der jüngeren Generation.

Das Bildungsniveau stellt einen Indikator für differenzierte Wahrnehmungsvorgänge im Alltag und Beruf dar und ermöglicht wesentliche Handlungs- und Gestaltungskompetenzen, die auch bei der Bewältigung existenzieller Probleme relevant werden. Bildung kann zur Eigenreflexion über vorhandene und festgefahrene gesellschaftliche Konstellationen beitragen. Darüber hinaus befähigt Bildung, Fremdinformationen detailliert aufzunehmen, zu verarbeiten und kritischer in bereits bestehende Wissensbestände zu integrieren. Im Kontext von Information und medialer Vermittlung ist daher, ausgehend vom Konsumenten, eine ethische Bildung zu postulieren.

Der soziale Kontext von Umwelten – als Lebensort – enthält spezifisch normative Strukturen, kollektive Handlungsmuster und Traditionen. Sowohl Interpretationen von Krankheiten als auch das Erleben von Fremd- und Eigengruppen können vom sozialen Umfeld abhängig und folglich Voraussetzungen für individuelle und gesellschaftliche Wahrnehmungen sein. In Anbetracht der Tatsache, dass es verschiedene Mentalitäten in unterschiedlichen räumlichen Strukturen gibt, können gewisse Tendenzen hinsichtlich normativer und traditioneller Art bestimmt werden, welche für kollektive Handlungsmuster oder Wertidentitäten exemplarisch sind. Deshalb ist im Ergebnis festzuhalten, dass der sozialräumliche Kontext vorwiegend als Mediator fungiert, indem er Einfluss auf intervenierende Variablen, wie Schuldzuschreibungen, Stigmatisierungen usw. weitreichend und effektiv auslösen kann. Die Größe des Wohnorts „allein“ zeigt aber keine unmittelbare und generelle Auswirkung auf bestimmte soziale, wirtschaftliche oder kulturelle Aspekte.

Abschließend ist kritisch zu hinterfragen, ob die ermittelten empirischen Befunde einen unmittelbaren kausalen Zusammenhang zwischen diesen soziodemographischen Merkmalen und bestimmten Formen des Umgangs erkennen lassen können und ob derartige Befragungen zu soziodemographischen Einflussfaktoren (wie Alter, Bildung

und sozialer Status als individuelle Einflussgrößen) hinsichtlich von Wahrnehmungs- und Ansteckungsvorstellungen prinzipiell eine signifikante Aussagekraft haben. So werden z.B. Persönlichkeitsmerkmale, wie das eines AIDS-bezogenen Wissens, individuelle Lebens- und Lerngeschichte oder andere Persönlichkeitsmerkmale im Rahmen von soziodemographischen Merkmalen wenig oder gar nicht berücksichtigt. Weitere deskriptive Aspekte, wie z.B. die Frage nach der differenzierten Wahrnehmungsgabe zwischen Männern und Frauen usw., scheinen in diesem Kontext nicht unerheblich, besonders in Anbetracht der Situation, dass die überwiegende Mehrheit der Betroffenen infizierte Männer sind.

Des Weiteren ist auf das Problem von Antwortverweigerungen und -verfälschungen (z.B. „soziale Wünschbarkeit“), gerade bei sexualwissenschaftlichen Untersuchungen, zu verweisen. Solche systematischen Einflussfaktoren können u.U. fatale Folgen für die empirische Sozialforschung anrichten. Leider liegen zu solchen Verweigerungseffekte nur sehr wenige gesicherte Aussagen<sup>69</sup> vor.

Soziodemographische Merkmale lassen zwar Tendenzen innerhalb von AIDS-Wahrnehmungsvorgängen erkennen, aber offensichtlich genügen diese nicht, einen wesentlichen Effekt im subjektiven Handlungsvollzug zu bewirken. So ist weder davon auszugehen, dass jüngere Menschen mit hohem Bildungsniveau in Großstädten sich ausnahmslos besser vor HIV schützen, bzw. besser über die Infektiosität informiert sind, als ältere Menschen mit niedrigem Bildungsniveau in ländlichen Gebieten. Es muss daher bezweifelt werden, ob ein hoher *Bildungsstatus*, *Jugendlichkeit* und *Großstadtleben* ein Garant dafür sind, sicher und routiniert mit AIDS-Risiken/Gefahren umzugehen. Folglich ist dann dem niedrigen Bildungsstatus, dem hohen Alter und dem ländlichen Raum „generell“ keine unmittelbare Funktion für AIDS-Interpretationen zu unterstellen.

### 2.2.2. Alltagswissen versus wissenschaftliches Wissen

Die Reflexion über die subjektive Wahrnehmung von AIDS muss vor allem auch den näheren Zusammenhang zwischen unserem Wissen und unserem Handeln thematisieren. Es geht im Folgenden weniger um die Problematisierung evtl. Dissonanzen zwischen unserem Wissen und Nicht-Handeln, als vielmehr um die Darstellung des Problems, wie sich neues Wissen in das handlungsorientierte Alltagswissen „einbauen“

---

<sup>69</sup> Vgl. hierzu den Beitrag „Alles Schwindel?...“: Reimann; Bardeleben: Permissive Sexualität und präventives Verhalten. 199-213.

lässt. Es geht damit primär um die Frage, wie neue Wissensbestände in unser Alltagswissen integriert werden können, mit dem Ziel, Faktoren aufzuzeigen, die sich dafür als dienlich oder gar als hinderlich erweisen. Ohne eine Modifikation des Interpretationsrahmens, so Hüge, »führt die bloße Zurkenntnisnahme neuen Wissens zu keiner Verhaltensänderung und kann lediglich eine abgeschirmte Anlagerung isolierter und handlungsneutraler Wissenssegmente zur Folge haben«<sup>70</sup>.

Was aber ist ein Alltagswissen, wer vermittelt neue Wissensbestände – ein Expertenwissen? Wie erhält dieses Alltagswissen seinen pragmatischen Charakter, von wem wird es beeinflusst, vermittelt oder sogar geprägt? Welche Rolle spielt es im Hinblick auf unsere Vorstellungen von Krankheitstheorien? Kann behauptet werden, dass im Kontext von Wissenschaft und Forschung wissenschaftliches Wissen immer ein objektives und damit vorurteilfreies Wissen enthält?

Die Wissenssoziologie<sup>71</sup> versteht unser soziales Handeln als Ausdruck eines gesellschaftlichen Umgangs mit Wissen, wobei Wissen in diesem Kontext nicht auf den »Aspekt kognitiver Elemente« zu begrenzen ist, sondern vielmehr auch »motorische und affektive Bestandteile« enthält. Das vorrangigste Ziel der wissenssoziologischen Forschung besteht darin, soziale Beweggründe der Wissensproduktion, Wissensverbreitung und -verwertung aufzuzeigen.<sup>72</sup>

Wissen bildet die Grundlage allen sozialen Handelns, so die Auffassung der Wissenssoziologie.<sup>73</sup> In dieser Verwendung des Begriffs darf das Wissen nach Ansicht von Hüge keinesfalls auf ein »... kognitiv verfügbares „explizites Wissen“ [formal-logisches Problemlösungswissen] reduziert« werden, sondern muss Elemente mit einschließen, die als »„implizites Wissen“ [routinemäßiges Gebrauchswissen] einer kognitiven Durchdringung und sprachlichen Übermittlung nicht zugänglich sind, und sich damit einer reflexiven Bearbeitung versperren«<sup>74</sup>.

Obwohl beide Formen des Wissens sich im alltäglichen Handeln der Menschen wiederfinden lassen, zeigt sich, dass das explizite Wissen vor allem die Welt der aufge-

<sup>70</sup> Hüge: AIDS-Aufklärung und Alltag, in: Rosenbrock; Salmen (Hg.): AIDS-Prävention. 192.

<sup>71</sup> Die Wissenssoziologie ist die »Lehre von den sozialen Prozessen, die unsere Erkenntnis und unser Verständnis der Wirklichkeit begrenzen und womöglich steuern«. Sie beschäftigt sich nicht nur mit dem sozialen Hintergrund unseres Wissens, sondern versucht auch soziologisch den »Ursprung politischer, religiöser und wissenschaftlicher Ideologien und Vorstellungen« zu erklären. Ansätze hierzu lassen sich u.a. bei Max Scheler, Karl Marx und Sigmund Freud finden (vgl. Hügli; Lübcke (Hg.): Philosophielexikon. 682).

<sup>72</sup> Vgl. Hüge: AIDS-Aufklärung und Alltag, in: Rosenbrock; Salmen (Hg.): AIDS-Prävention. 189f; vgl. hierzu auch: Bühl: Die Ordnung des Wissens. 9.

<sup>73</sup> Vgl. Schütz; Luckmann: Strukturen der Lebenswelt, Bd. 2, Frankfurt/Main 1984.

<sup>74</sup> Vgl. Hüge: AIDS-Aufklärung und Alltag, in: Rosenbrock; Salmen (Hg.): AIDS-Prävention. 190; vgl. außerdem: Polany: Implizites Wissen, Frankfurt/Main 1985.



klären, rationalen Lebensführung darstellt. Das implizite Wissen bildet hingegen den Bereich der unbewussten Orientierungen und Werte – eingebunden in Traditionen, Mythen, Symboliken und (Krankheits-) Vorstellungen.<sup>75</sup> Auf der Suche nach der Entstehung von solchen „Vorstellungen“, insbesondere Krankheitstheorien, taucht man ein in die Welt des alltäglichen Gebrauchswissens und trifft dort auf das „altbewährte“ *Alltagswissen*.

In der Erforschung nach den gesellschaftlichen Auswirkungen von AIDS nehmen *Eirnbter u.a.* an, dass gewisse Krankheitsvorstellungen und -theorien im Alltag für uns weitaus größere Bedeutung haben als das wissenschaftliche Expertenwissen.<sup>76</sup> Welche Folgen und Auswirkungen diese Annahme für unser Verhalten gegenüber HIV-Infizierten und AIDS-Kranken haben wird, ist zu erörtern.

Vorweg kann man jedoch davon ausgehen, dass beide „Wissensformen“ – inklusiv ihrer „Wissenselemente“ – ihre je spezifische Bedeutung für den Alltag der Menschen haben. Ihre vordringlichste Aufgabe besteht darin, durch effektives (Aufklärungs-)Wissen widerspruchsfreies Handeln zu ermöglichen. Der dadurch gewährleistete konsistente Handlungsrahmen kann dann Grundlage sein, dass neue Wissenselemente in den Lebensalltag der Menschen integriert und dort als brauchbar empfunden werden.

### 2.2.2.1. Wissenschaftliches Wissen

Wissenschaftliches Wissen, soll es näher charakterisiert werden, beschreibt ein „explizites“ Fachwissen, welches sich sowohl durch seine kognitiv verwendbaren formallogischen Strukturen als auch durch seine Verfahrensweisen, seine Anwendungsbereiche und Abstraktionen vom erkennenden und wissenden Subjekt weitreichend differenziert.<sup>77</sup> Das spezifische Fachwissen erscheint demnach im Subsystem Wissenschaft als ein hoch voraussetzungsreiches und komplexes Wissen.<sup>78</sup>

Die Typisierung des Fachwissens als wandelbares Wissen, aus dem Irrtümer, falsche Vorstellungen und Prognosen auszuschließen sind, ist zwar generell verständlich,

---

<sup>75</sup> Vgl. Hüge: AIDS-Aufklärung und Alltag, in: Rosenbrock; Salmen (Hg.): AIDS-Prävention. 191. Zur Bedeutung der Sinnhaftigkeit von Krankheiten im Alltag vgl. auch: Dornheim: Verweisungszusammenhänge als kulturelle und soziohistorische Prämissen von Krankheitsdiskursen, in: Rosenbrock; Salmen (Hg.): AIDS-Prävention. 197-205.

<sup>76</sup> Vgl. hierzu: Eirnbter u.a.: AIDS und die gesellschaftlichen Folgen, Frankfurt/Main 1993.

<sup>77</sup> Vgl. Jacob u.a.: AIDS-Vorstellungen in Deutschland. 23; vgl. auch: Hüge: AIDS-Aufklärung und Alltag, in: Rosenbrock; Salmen (Hg.): AIDS-Prävention. 190.

<sup>78</sup> Vgl. Jacob u.a.: AIDS-Vorstellungen in Deutschland. 8.

dennoch dürfen auch hier erhebliche Zweifel angemeldet werden. Gerade die moderne Wissenschaft ist selten uneingeschränkt bereit, eigene Zweifel und Unsicherheiten in Form einer Falsifikation der Öffentlichkeit zu offenbaren. Den von *Jacob u.a.* häufig erwähnten Unterschied, das wissenschaftliche Wissen sei generell wandelbar, Alltagswissen hingegen als stabil, bzw. als »ultrastabil«<sup>79</sup> zu bezeichnen, ist aufgrund der relativen Immunität gegen Falsifikationen beiderseits nicht prinzipiell zuzustimmen. Die Anfälligkeit, einmal erworbenes (Fach-)Wissen in Frage zu stellen, beschränkt sich deshalb nicht allein auf den Bereich des Alltagswissens, welches selbst ohne großen Zweifel als äußerst stabil in Erscheinung tritt. Welche Aufgabe kommt der wissenssoziologischen Forschung im Kontext von AIDS nun zu und welche möglichen Probleme können dabei auftreten?

*Huge* sieht die primäre Aufgabe der Wissenssoziologie vor allem darin, die »... Bedeutung sozio-kultureller Einflußgrößen auf den differentiellen Umgang mit Wissen zu entschlüsseln...«<sup>80</sup> Doch was, wenn das Fachwissen selbst Widersprüche beinhaltet, wie beim Blutkonservenskandal im Jahre 1993 oder wie kürzlich bei der Diskussion um die Infektiosität von BSE? Diskrepanzen im Bereich des Fachwissens lassen nicht selten erhebliche Orientierungsunsicherheiten und damit auch Diskriminierungsbereitschaften in der Allgemeinbevölkerung entstehen, wie am Beispielen AIDS immer noch unschwer zu erkennen ist. Es ist daher sinnvoll, nach der Effektivität des zu vermittelnden Fachwissens zu fragen und danach, warum sich trotz des hohen Wissensstandes um HIV und AIDS nach wie vor sexuelle Handlungsweisen beobachten lassen, die zudem hohe Ansteckungsgefahren mit sich bringen können.

Ein Problem im Forschungsvorhaben taucht primär dort auf, wo das Ergebnis zuvor noch nicht feststeht, sonst würde sich das Vorhaben ja erübrigen. Ein wissenschaftliches Ergebnis muss sich deshalb vor allem dem „Wahrheitsgehalt“ dieses Wissens stellen. Die Gefahr besteht nach *Luhmann* aber vielmehr darin, dass einmal erforshtes Wissen in unserer postmodernen Welt sich weder geheim halten lässt, noch dass es in anderen Funktionssystemen völlig ignoriert werden kann – vor allem dann, wenn es dort bedeutsam wird.<sup>81</sup> Ein weitreichender Schaden tritt aber dann ein, wenn ein neues Wis-

<sup>79</sup> Vgl. *Jacob u.a.*: AIDS-Vorstellungen in Deutschland. 24.

<sup>80</sup> Vgl. *Huge*: AIDS-Aufklärung und Alltag, in: *Rosenbrock; Salmen (Hg.): AIDS-Prävention.* 192.

<sup>81</sup> Vgl. *Luhmann*: Soziologie des Risikos. 217. In diesem Zusammenhang weist der Autor jedoch darauf hin, dass ein Fachwissen, auch bei belegbarer Anzweiflung, ein Forschungserfolg sein kann, vor allem dann, wenn es sich dabei um ein „theoretisch folgenreiches Wissen“ handelt. Die Ansicht *Luhmanns*, dass die Wissenschaft nicht gut von Selbstkritik allein leben kann, da diese u.a. wichtige Wissensvorräte in Frage stellen und aufzehren würde, ist unter der Berücksichtigung einer „internen“ wie „externen“ Verantwortung von Wissenschaftlern zuzustimmen. In diesem Zusammenhang muss auch von einer

sen vermittelt wird und zur Verwendung kommt, welches rückblickend sich „wirklich“ als fehlerhaft und korrekturbedürftig herausstellt.<sup>82</sup>

Des Weiteren sieht sich die Wissenschaft immer wieder mit dem Problem konfrontiert, eine eindeutige „Sprachregelung“<sup>83</sup> innerhalb ihrer Fachterminologie zu finden, die einleuchtend und verständlich ist. Die Wahl einer geeigneten Bezeichnung für AIDS stellte sich zu Beginn als nicht ganz unproblematisch heraus, wollte man doch alles vermeiden, eine negative Bewertung in der Gesellschaft zu erwecken. Die erste Annahme, HIV sei „nur“ durch ein abnormes Sexualverhalten von sog. „Randgruppen“ übertragbar, zwang die Wissenschaft bald zur (halbherzigen) Schadensbegrenzung. Da AIDS zunächst „nur“ bei Homosexuellen verstärkt wahrgenommen wurde, bezeichnete man die mysteriöse „Krankheit“ zunächst mit *GRID (Gay Related Immuno Deficiency)*. Erst dann, als man in dieser Bezeichnung eine Diskriminierung von Menschen erkannte, wurde sie in *AIDS (Acquired Immuno Deficiency Syndrom)* umbenannt. Es besteht zwar weitgehend Einigkeit über die eindeutige Verwendung fachwissenschaftlicher Termini und Sprache, aber solange bestehende Zweideutigkeiten und ungenau definierte Begriffe verwendet werden, bleibt dies wohl ein nur anstrebenwertes Ideal.<sup>84</sup>

Der Skandal um verseuchte Blutkonserven kann hier als weiteres Beispiel für den „Problembereich des Expertenwissens“ erwähnt werden. Obwohl die technische Möglichkeit und das dazugehörige Fachwissen zum Zeitpunkt des Skandals bestanden haben, sprachen Experten von einer Entwarnung. Doch aufgrund der skandalösen Vorkommnisse in Frankreich um verseuchtes Spenderblut steigerte sich das Interesse und vor allem die Unsicherheit vieler Deutschen. Widersprüche und Beruhigungsversuche von Seiten der Verantwortlichen führten jedoch zu einer verstärkt empfundenen Bedrohung. Dies hatte zur Folge, dass das Vertrauen in das Medikalsystem nachhaltig hinterfragt wurde und im Jahr des Blutkonservenskandals ein deutlicher Anstieg der Verunsicherung in der Bevölkerung hinsichtlich einer HIV-Infizierung durch kontaminiertes Blut zu verzeichnen war.<sup>85</sup>

---

„Ethik der Wissenschaft“ gesprochen werden, die hier nicht weiter erörtert werden soll; vgl. hierzu auch: Lenk: *Wissenschaft und Ethik*, Stuttgart 1991; Lenk: *Zwischen Wissenschaft und Ethik*, Frankfurt/Main 1993; Lenk: *Einführung in die angewandte Ethik*. 113-142.

<sup>82</sup> Gerade beim Phänomen des HI-Virus versuchte man die vor allem zu Beginn (medizinisch-gestützt) auftretende Unsicherheit und Fehlinterpretation über das Virus und seine Übertragungsmöglichkeiten durch eigene, schon vorhandene Deutungsmuster auszugleichen oder gar zu ersetzen.

<sup>83</sup> Vgl. dazu den Beitrag von: Biere; Liebert: *Metaphern in Wissenschaft und Wissenschaftsvermittlung*, in: Biere; Liebert (Hg.): *Metaphern, Medien, Wissenschaft*. 11-22.

<sup>84</sup> Vgl. hierzu: Wahrig-Schmidt: *Metaphern, Metaphern für Metaphern und ihr Gebrauch in wissenschaftshistorischer Absicht*, in: Biere; Liebert (Hg.): *Metaphern, Medien, Wissenschaft*. 23-48.

<sup>85</sup> Vgl. dazu auch die Studie und den Beitrag „Der Blutkonservenskandal und seine Folgen“ von: Jacob u.a.: *AIDS-Vorstellungen in Deutschland*. 101-104.

Dieser Vorfall hat aber nicht nur dieses Vertrauen nachhaltig erschüttert, sondern stellte auch weitgehend selbst die wissenschaftliche Autorität der Experten in Frage. Große Verunsicherungen und Misstrauen gegenüber den Wissenschaften und ihren Versprechungen waren in der Bevölkerung nun festzustellen, welche sich z.T. bis heute in Skepsis gegenüber dem Gesundheitssystem widerspiegeln. Trotz aller Versuche einer entdramatisierenden Richtigstellung des Sachverhaltes – der Symbolik der Sprache war dadurch nicht mehr zu entkommen.

Es sind gerade die modernen Wissenschaften, die zu versuchen erklären, dass eine wissenschaftliche Feststellung oder Prognose so nicht eintrat, wie man es sich vorgestellt hatte. Die akribischen Beobachtungen der Bevölkerung dieses skandalösen Vorgangs um verseuchtes Spenderblut lösten jedoch existentielle Verunsicherung und Schutzlosigkeit aus, mit der Folge, dass die in der Gesellschaft nun empfundene Wissenslücke der Experten neu aufgefüllt werden musste.

Das Expertenwissen, das häufig als „unwiderrufliche Wahrheit“<sup>86</sup> präsentiert wird, stellt sich somit oft als problemproduzierend heraus. In aller Regel, so *Jacob u.a.*, ist das Fachwissen deshalb nur bedingt zweckmäßig, Orientierungs-, bzw. Handlungssicherheiten für die Bevölkerung zu verschaffen. An die Stelle des wissenschaftlichen Expertenwissens tritt deshalb häufig das inzwischen altbewährte *Alltagswissen*. Die Angelegenheit wird jedoch dann prekär, wenn neue Wissensbestände aus diesem Grund nicht in altes Wissen integriert werden können oder undifferenzierte und irrtümliche Wissensbestände nur unreflektiert ins Alltagswissen einfließen.

Ein hohes „Wissensniveau“ allein dürfte nicht ausreichen, um eine weitere Ausbreitung des HIV-Schutzverhaltens zu sichern. Neues Wissen muss so vermittelt werden, dass es einen Anschluss an das bereits vorhandene Wissen (Alltagswissen) findet. Daher muss das Problem der „effektiven Vermittlung“ neuen Wissens über HIV und AIDS an unterschiedliche Gruppen von Adressaten unter unterschiedlichen medialen Bedingungen im Zuge des nachlassenden Schutzverhaltens sicher neu angegangen werden. Danach geht es um die Einschätzung des beim Adressaten vorhandenen Vorwissens und zwar im Hinblick auf die jeweils entsprechende Vermittlungsstrategie, die Optimierung des Verstehensprozesses beim Adressaten, aber auch auf die jeweils vorausset-

---

<sup>86</sup> Die Rolle der Wissenschaft hat sich in den letzten Jahren jedoch dahingehend gewandelt, dass sie ihre Aufgabe zunehmend nicht mehr in der Erforschung von „Wahrheiten“ sieht, sondern vor allem in der >>Konstruktion von Erklärungsmodellen<<, denen dabei >>keine objektive Gültigkeit mehr zugeschrieben<< wird. Luhmann bezeichnet die Wissenschaft daher auch als eine >>Exploration möglicher Konstruktionen<< (Wagner: Metaphern und soziale Repräsentation, in: Biere; Liebert (Hg.): Metaphern, Medien, Wissenschaft. 210-224, hier 211); vgl. hierzu auch: Luhmann: Die Wissenschaft der Gesellschaft, Frankfurt/Main 1990.

zende Wissensbasis.<sup>87</sup> Vorrangiges Ziel muss deshalb sein, Aufklärungswissen in das alltägliche Wissen produktiv zu integrieren, was voraussetzt, dass AIDS-Aufklärungsstrategien selbst immer wieder neu zu reflektieren haben, *wie* und unter *welchen* spezifischen Bedingungen sie ihren Adressaten eine solche „Integration des Fachwissens“ in ihre Handlungsorientierungen ermöglichen können.

#### 2.2.2.2. Alltagswissen

*Jacob u.a.* sind der Ansicht, Alltagswissen sei ausschließlich »unmittelbar problemlösungsorientiert« und ließe sich zudem »keinem funktional ausdifferenzierten System« zuordnen.<sup>88</sup> Dieser Ansicht kann allerdings nur teilweise zugestimmt werden. Abgesehen davon, dass – zumindest historisch gesehen – das Alltagswissen *über* dem Expertenwissen angeordnet werden muss, ist dem ersteren nicht grundsätzlich ein geringerschätziger Charakter<sup>89</sup> zu unterstellen. Denn so gesehen kann sich das Alltagswissen im Gegensatz zum Expertenwissen auf eine relativ große Resistenz gegen Veränderungen berufen. *Jacob u.a.* könnten zunächst völlig Recht behalten, wenn sie das Alltagswissen daher als „ultrastabil“ bezeichnen.

Das Expertenwissen hingegen muss sich erst einmal als „brauchbar“ bewähren, um Einlass in die jeweilige „Lebenswelt“ zu finden. Hüge geht davon aus, dass erst nach dem Einbau in das Alltagswissen das Expertenwissen verhaltenswirksam werden kann. *Hüge* bezeichnet deshalb das Alltagswissen aus der Perspektive des Handelnden als „vertrautes“, „verständliches“ und durchaus „rationales“ Wissen.<sup>90</sup>

Insbesondere in der Alltagskommunikation stehen, entgegen dem Expertenfachwissen, i.d.R. keine eindeutigen Bezeichnungen für Begriffe, die außerhalb der Alltagswelt liegen, zur Verfügung (wie z.B. Krankheitserreger). Die entscheidende Funktion des Alltagswissens ist nach Meinung *Hüges* die, dass es sich *selbst* in der täglichen Handlungsweise stets neu als „verwendbar“ und „unkompliziert“ erweisen muss, sonst bleibt es nicht im eigenen vertrauten Lebensbereich integriert. Dieses „vertraute“ Wissen ist

<sup>87</sup> Vgl. Biere; Liebert: Metaphern in Wissenschaft und Wissenschaftsvermittlung, in: Biere; Liebert (Hg.): Metaphern, Medien, Wissenschaft. 17.

<sup>88</sup> Vgl. Jacob u.a.: AIDS-Vorstellungen in Deutschland. 23-31.

<sup>89</sup> Die Darstellung des wissenschaftlichen Wissens als völlig wertfreies Wissen scheint mir äußerst fragwürdig. Dieser Anspruch kann aufgrund der Subjektivität von Wissenschaftlern nur „bedingt“ erfüllt werden. Meiner Ansicht nach wird sich weder ein wissenschaftliches Wissen noch ein Alltagswissen völlig frei von subjektiven Interessen, Wertungen oder Deutungen charakterisieren lassen!

<sup>90</sup> Vgl. Hüge: AIDS-Aufklärung und Alltag, in: Rosenbrock; Salmen (Hg.): AIDS-Prävention. 191f.

aber *deshalb* unentbehrlich, weil Menschen im Alltagsleben sich kontinuierlich einem direkten Handlungs- oder Entscheidungsdruck ausgesetzt sehen, indem kaum Zeit zur Eigenreflexion darüber bleibt, *welche* Reaktion wohl nun die bessere sei. Entscheidend ist also der „pragmatische Charakter“ einzelner Elemente des Alltagswissens.<sup>91</sup> In diesem Zusammenhang kann also durchaus von einem „altbewährten“ *Alltagswissen* gesprochen werden. Doch wie „anfällig“ bzw. wie „stabil“ ist diese *Wissensform* wirklich?

Das Alltagswissen, auf dessen Grundlage auch die „gesellschaftliche Wirklichkeit“ erfahren wird, meint das tagtägliche Wissen von Menschen. Es geht also gewissermaßen um die sog. „Allerweltswirklichkeit“, die *Berger u. Luckmann* als „konstruierte Wirklichkeit“<sup>92</sup> bezeichnen, welche aus den Gedanken und Taten der Menschen entspringt. Die Entstehung und die Vermittlung eines solchen Alltagswissens beruht demzufolge hauptsächlich auf dem Erleben und der Erfahrung<sup>93</sup> in einer routinisierten Alltagswelt von Menschen. >>Die Gültigkeit meines Wissens in der und über die Alltagswelt<<, so *Berger u. Luckmann*, >>garantiere ich selbst, und garantieren andere sich und mir nur bis auf weiteres, das heißt bis zu dem Augenblick, in dem ein Problem auftaucht, welches nicht im >gültigen< Sinne gelöst werden kann. Solange mein Wissen befriedigend funktioniert, bin ich im allgemeinen bereit, Zweifel an ihm nicht aufkommen zu lassen.<<<sup>94</sup> Demzufolge ist auch das Alltagswissen nicht völlig frei von Widersprüchlichkeiten und aufkommenden Zweifeln. Seine Gültigkeit erhält das altbewährte Alltagswissen und damit auch seinen „Wahrheitsgehalt“, solange bis der vorhandene und bislang gültige Sinngehalt dieses Wissens einer Abwägung unterzogen oder es von außen zur Revision angeregt wird. Selbst dann noch ist es nicht davor gefeit, Widersprüchlichkeiten unerkannt zuzulassen. So schleichen sich im Kontext einer möglichen Aktualisierung des Alltagswissens durchaus gesellschaftlich fest etablierte Widersprüche ein, die einem kaum bewusst auffallen, wie gegensätzliche Sprichwörter verdeutlichen: Einerseits heißt es „*Gegensätze ziehen sich an*“, andererseits wird behauptet, dass „*Gleich und Gleich sich gern gesellt*“.

Unser Wissensbestand stellt sich folglich als überliefertes Wissen dar, welches primär durch *soziokulturelle* Tradierung (z.B. mündlich oder schriftlich) geprägt ist und nur einem „bedingten“ Wandel unterliegt. >>Die Stabilität von Alltagswissen<<, so folgern

<sup>91</sup> Vgl. Hüge: AIDS-Aufklärung und Alltag, in: Rosenbrock; Salmen (Hg.): AIDS-Prävention. 191.

<sup>92</sup> Vgl. auch: Berger; Luckmann: Die gesellschaftliche Konstruktion der Wirklichkeit, Frankfurt/Main 1999.

<sup>93</sup> Die individuelle Erfahrung beruht primär auf vermittelten und tradierten Erfahrungen von Mitmenschen und kann danach „sinnhaft“ eingeordnet werden.

<sup>94</sup> Berger; Luckmann: Die gesellschaftliche Konstruktion der Wirklichkeit. 45.

Jacob u.a., >>beruht also auf den generativen Prinzip der Tradierung von Wissen, die sich auch nach der Erfindung des Buchdrucks im wesentlichen als eine mündliche Übermittlung von Generation zu Generation vollzog.<<<sup>95</sup>

Der *alltägliche Umgang* mit Phänomenen wie AIDS knüpft zuerst an das alltägliche *Alltagswissen* an. Die Einlagerung „neuen“ Wissens in „altes“ ist damit auch abhängig vom jeweiligen *soziokulturellen* Kontext, der wiederum vorab einen bestimmten „allgemeingültigen“ Interpretationsrahmen festlegt. Individuelle Interpretationen von AIDS (z.B. AIDS als Strafe Gottes usw.), so konstatiert *Huge*, sind daher >>... eingelassen in einen sozio-kulturellen Bedeutungshorizont, der vorab bestimmte Interpretationsrahmen festlegt und so auch soziales Verhalten selektiv kanalisiert<<<sup>96</sup>.

Die innerhalb eines Milieus bewährten Deutungs- und Interpretationsmuster sind als Regeln verfestigt und geben darüber Auskunft, was als gesellschaftlich akzeptabel zu gelten hat und was nicht. Die Angehörigen einer Lebenswelt sind in die je geltenden Sinnbezüge hineingewachsen, so dass diese nicht ohne weiteres kollektiv auflösbar und einer kritischen Aufklärung zugänglich sind.<sup>97</sup> Damit wird zumindest für den Handelnden selbst auch das Alltagswissen als rational und begreiflich angesehen und erst dann weitgehend in Frage gestellt, wenn es für konkrete Situationen und ihre Anforderungen nicht mehr als ausreichend eingeschätzt wird. Trifft dies – aus welchen Gründen auch immer – ein, besteht die Möglichkeit, dass es zu „neuem“ Wissen kommen kann. Neue Wissensbestände können dann in alte produktiv integriert oder sozusagen überschrieben werden.

### 2.2.2.3. Differenzen zwischen wissenschaftlichem Wissen und Alltagswissen

Wissenschaftler denken, arbeiten und kommunizieren anders als der „gewöhnliche“ Mensch in seinem Alltag. Mit Hilfe ihrer festgelegten Methoden suchen sie aus einer nüchternen „Distanz“ zum Forschungsgegenstand „objektiv“ nach der „Wahrheit“, um daraus „allgemeingültige Erkenntnisse“ zu gewinnen. Die dabei verwendete, mitunter komplexe Sprache kann häufig nur von einem Fachpublikum entschlüsselt (decodiert) werden. Die mit spezifischen Begriffen versehene (Fach-)Sprache stellt einen zentralen

<sup>95</sup> Jacob u.a.: AIDS-Vorstellungen in Deutschland. 26.

<sup>96</sup> Huge: AIDS-Aufklärung und Alltag, in: Rosenbrock; Salmen (Hg.): AIDS-Prävention. 192.

<sup>97</sup> Vgl. Kade: Kommentar zur deutungsmuster-theoretischen Perspektive in der Erwachsenenbildung, in: Dewe u.a. (Hg.): Theorien der Erwachsenenbildung. 196f.

Punkt in der Wissensvermittlung dar. Es sind unterschiedliche Kommunikationskulturen und -ziele, die hinderlich sein können, das Fachwissen in das Alltagswissen produktiv integrieren zu können. Die Kommunikationskultur der Wissenschaftler hat sich deshalb herausgebildet, weil sie den charakteristischen Ansprüchen der Wissenschaft gerecht werden will. Allerdings genügt sie dabei häufig nicht den Ansprüchen der öffentlichen Kommunikation, weil sie dafür nicht entwickelt wurde. Wenn der Inhalt der wissenschaftlichen Erkenntnisse in der Öffentlichkeit aber „verstanden“ (decodiert) werden soll, dann müssen Wissenschaftler auch so auftreten und so sprechen, dass ihre Botschaften auch für möglichst alle „verstehbar“ bleiben.<sup>98</sup> Welche essentiellen Unterschiede gibt es aber zwischen *Alltagswissen* und *wissenschaftlichen Wissen* darüber hinaus noch?

Zwischen dem Fachwissen und dem Alltagswissen sind nach *Jacob u.a.* drei wesentliche Unterschiede feststellbar: Es ist zunächst die »*Art des Zustandekommens*« eines Wissens, welche grundsätzliche Unterschiede zwischen beiden Kategorien hervorbringen. *Jacob u.a.* gehen davon aus, dass innerhalb des wissenschaftlichen Wissens, und damit im Subsystem Wissenschaft<sup>99</sup>, prinzipiell über Voraussetzungen und Bedingungen (z.B. festgelegte Methoden) ein weitgehender „Konsens“ besteht. Eine weitere Differenzierung ist in der »*Art der Vermittlung*« und darüber hinaus in der »*Einschränkung des Gegenstandsbereichs*« zu sehen, auf den das Wissen sich bezieht. Ist das Alltagswissen eher situationsspezifisch und offen für Sinn- und Bedeutungsvariationen, so kann das Fachwissen eher als ein Wissen bezeichnet werden, das charakterisiert ist von „fachspezifischer“ Ausrichtung, die nicht unmittelbar auch eine anwendungsbezogene Ausrichtung enthalten muss.<sup>100</sup>

An Beispielen von Verständigungsproblemen zwischen Wissenschaftlern und Wissenschaftsjournalisten stellt *Göpfert* detailliert die Problematik unterschiedlichster Denkstile und Kommunikationskulturen dar. Die wissenschaftliche Kommunikation äußert sich nach Ansicht von *Göpfert* auf zwei verschiedenen Ebenen: Zum einen gibt es die Kommunikation innerhalb des eigenen wissenschaftlichen Systems, zum anderen findet die Kommunikation und Wissensvermittlung in der breiten Öffentlichkeit statt, die manchmal »sensationalisierend, manchmal übertreibend, oft vereinfachend und gelegentlich auch einmal falsch ist«. Die Kommunikation mit der Öffentlichkeit verbindet die

---

<sup>98</sup> Vgl. Göpfert: Verständigungskonflikte zwischen Wissenschaftlern und Wissenschaftsjournalisten, in: Biere; Liebert (Hg.): *Metaphern, Medien, Wissenschaft*. 70f.

<sup>99</sup> Abgesehen von unterschiedlichen oder entgegengesetzten wissenschafts-theoretischen Vorgehensweisen!

<sup>100</sup> Vgl. Jacob u.a.: *AIDS-Vorstellungen in Deutschland*. 23-27.



>>Wissenschaft mit ihrem gesellschaftlichen Umfeld<<, trifft dort auf Menschen als Hörer, Leser oder Zuschauer.<sup>101</sup> Nur selten wird diesem die Kompetenz zugetraut, zwischen „Konstruktion“ und „Realität“ unterscheiden zu können und Informationen auch differenziert wahrzunehmen.

Infektionskrankheiten waren und sind zu allen Zeiten immer eine Herausforderung für die medizinische Wissenschaft. Allerdings führt die Tatsache, dass die Medizin heute sehr viele Krankheiten behandeln oder heilen kann, oft zu erhöhten Erwartungen, sie könne alles heilen. Aufgrund dieses „Außendrucks“ leidet nicht selten der „Aspekt des Wahrheitsgehaltes“ eines Forschungsvorhabens. So kommt dem Expertenwissen im Gegensatz zum Alltagswissen zwar nicht prinzipiell, aber graduell bei der Lösung des Problems mit der „Wahrheit“ das Prädikat einer „wahren“ Erkenntnis zu, was dann wiederum zu einer hierarchischen Anordnung von Experten- und Alltagswissen führt, wovon das Erstgenannte sich an „führende“ Stelle sieht. Es scheint weniger wichtig und erforderlich, zu verstehen, was im „Innern“ vor sich geht. Wichtig und ausschlaggebend scheinen nur die Randbedingungen und die erzielten Ergebnisse zu sein, so gibt *Göpfert* zu bedenken. Nach ihm wird daher >>Wissenschaft im Sinne der Systemtheorie als „black box“ behandelt<<.<sup>102</sup>

Wünschenswert und dringend notwendig ist, dass Wissensvermittlung sich so gestaltet, dass ein neues Wissen zur eigenen Entscheidungsfindung beitragen kann. Es ist nicht damit getan, dass der Experte zur höheren Kompetenz gelangt und der „Nichtfachmann“ (sog. „Laie“) nur noch über Themen, Probleme und Tatsachen informiert wird, über die das System Wissenschaft in irgendeiner Weise Bewertungen abgibt. Gerade dann, wenn systemübergreifend kommuniziert werden soll, ist es notwendig, Informationen so zu gestalten und zu gliedern, dass es möglich wird, diese an das allgemeine Alltagswissen der Menschen anzuschließen. Denn neue Informationen müssen an bereits vorliegende Informationen angeknüpft und in alte Wissensbestände integriert werden können. Wird die Wissenschaft hingegen in der Bevölkerung zu einer höheren, mit allen „Insignien der Wahrheit“ versehenen Autorität erhoben, werden Folgen und größere Enttäuschungen in der Bevölkerung nicht ausbleiben.

---

<sup>101</sup> Vgl. Göpfert: Verständigungskonflikte zwischen Wissenschaftlern und Wissenschaftsjournalisten, in: Biere; Liebert (Hg.): Metaphern, Medien, Wissenschaft. 74f.

<sup>102</sup> Vgl. Göpfert: Verständigungskonflikte zwischen Wissenschaftlern und Wissenschaftsjournalisten, in: Biere; Liebert (Hg.): Metaphern, Medien, Wissenschaft. 79.

#### 2.2.2.4. Wissensbestände und Informationsverarbeitung

Anhand der Unterscheidung zwischen einem Alltagswissen und einem fachspezifischen Wissen soll deutlich werden, dass in nahezu allen Gesellschaften bestimmte alltagstheoretische Interpretationsschablonen und -muster vorhanden sind, die die Basis für das Alltagswissen darstellen. Das Besondere im Zusammenhang von Krankheit liegt aber vielmehr darin, dass dieses Alltagswissen – relativ unabhängig vom medizinischen Expertenwissen – einen weitaus größeren Wissensbestand aufweist und daher nur „Teile“ eines etablierten Fachwissens enthält. Nach Meinung von *Jacob u.a.* hängt das damit zusammen, >>... daß naturwissenschaftliche Theorien Krankheiten und Körpervorgänge isoliert betrachten, ohne daß Deutungen eines Zusammenhangs von Leben und Krankheit legitim wären<<. <sup>103</sup> Speziell dies trifft auf das Alltagswissen jedoch nicht zu. In der Spannung zwischen Krankheit und Gesundheit ist zu beobachten, dass sog. „wissenschaftliche Enttäuschungen“ nicht prinzipiell dazu führen, selbstkritisch die eigenen Erfahrungsmuster zu hinterfragen oder gar zu erneuern. Vielmehr wird versucht, bestimmte Krankheitszusammenhänge und ihre Auswirkungen auf die Gesellschaft mit „Altbewährtem“<sup>104</sup> und „Traditionellem“ zu erklären.<sup>105</sup> Um so problematischer ist es dann, wenn diese konstruierten Muster und traditionellen Interpretationen – gesellschaftlich geteilt und funktionstüchtig etabliert – Wahrnehmungs- und Handlungsweisen beeinflussen.

Im Bereich der Sozialpsychologie werden sozial geteilte und vermittelte Handlungsmuster näher untersucht. Die Schemata werden dort als Aspekte „konzeptgesteuerter Informationsverarbeitung“ erörtert. Nach *Schwarz* geben diese Muster als >>allgemeine Wissensstrukturen<< wichtige Merkmale des Gegenstandsbereiches wieder, auf den sie sich beziehen, und geben darüber hinaus an, welche Bezüge zwischen diesen Merkmalen existieren.<sup>106</sup> Bestimmte Schemata werden sozial vermittelt und gestützt, für Wissensbestände des Menschen organisiert, die er für alltägliche Aktivitäten in Organisation mit anderen benötigt. Diese Muster beziehen sich auch auf Handlungsabfolgen, die durch eingebürgerte Vorurteile mit festen Vorstellungsklischees geprägt sind. Dadurch wird das eigene Verhalten, aber auch das zum Fremden nahezu einschätzbar und ori-

---

<sup>103</sup> Jacob u.a.: AIDS, in: Lange (Hg.): AIDS – Eine Forschungsbilanz. 14.

<sup>104</sup> Der Glaube an Amuletten und Halbedelstein-Armreifen, denen besondere glücksbringende und gesundheitsstärkende Kräfte zugeschrieben werden, tritt z.Zt. neu ins Bewusstsein vieler Menschen, die sich daraus neben Glück und Erfolg auch Gesundheit versprechen.

<sup>105</sup> Vgl. Jacob u.a.: AIDS-Vorstellungen in Deutschland. 9f.

<sup>106</sup> Vgl. Schwarz: Theorien konzeptgesteuerter Informationsverarbeitung, in: Frey; Irle (Hg.): Theorien der Sozialpsychologie. 273.

entierungssicher.<sup>107</sup> Sind keine Schemata vorhanden, so *Schwarz*, wird die Verarbeitung einer Information erschwert oder sie bleibt unlösbar. So kann es z.B. sein, dass eine Person über kein geeignetes Schema verfügt oder die Information selbst kein passendes Anzeichen aufweist, ein bestimmtes Muster zu demaskieren, d.h. ob und was wir letztendlich verstehen, hängt überwiegend davon ab, an welche bereits vorhandenen Wissensbestände eine bestimmte Information angeschlossen wird.<sup>108</sup>

Aber auch mit der Falsifikationsresistenz von Alltagswissen ist zu rechnen. Nach *Schwarz* werden »einzelne inkonsistente Informationen ... entweder dem Schema assimiliert, um ihre Inkonsistenz zu mindern, oder als «schlechte Daten» ignoriert«. »Bei Personenschemata«, so *Schwarz* weiter, »... könnte man «unpassende» Verhaltensweisen als situativ bedingt und absolut untypisch betrachten, so daß kein Anlaß zur Änderung der Repräsentation der Person gegeben wäre.«<sup>109</sup>

Alltagstheoretische Deutungen und Konzeptionen, welche körperliche Erkrankungen (be-)werten, eignen sich hervorragend für eine sozial vermittelte Auskunft einer sonst verborgenen und nicht erklärbaren „Wahrheit“ über Krankheiten. Solche Wertungen von Krankheit und Leid führen nicht selten zu einer gesellschaftlichen Bewertung der von Krankheiten betroffenen Personen. Krankheit tritt dann als Strafe, als eine Folge von Sünde oder als Schande in Erscheinung und bietet so wiederum Grundlage für metaphorisches Denken.<sup>110</sup>

So sind es überwiegend diese sozial vermittelten Bewertungen und Interpretationen, die gesellschaftlich ein Beziehungskonstrukt von Krankheit, Moral und Schuldzuweisungen entstehen lassen. Dass z.B. heute noch „Krebs“ als ansteckend oder als eine sexuell übertragbare Krankheit angesehen wird,<sup>111</sup> verdeutlicht die Dimension solcher kulturell geprägter und sozial übermittelnder Erklärungsmuster.

---

<sup>107</sup> Vgl. Jacob u.a.: AIDS-Vorstellungen in Deutschland. 28.

<sup>108</sup> Vgl. Schwarz: Theorien konzeptgesteuerter Informationsverarbeitung, in: Frey; Irle (Hg.): Theorien der Sozialpsychologie. 278.

<sup>109</sup> Schwarz: Theorien konzeptgesteuerter Informationsverarbeitung, in: Frey; Irle (Hg.): Theorien der Sozialpsychologie. 285.

<sup>110</sup> Vgl. hierzu: Sontag: AIDS und seine Metaphern, München u. Wien 1989. Auch „behinderte“ Menschen unterliegen diesen Interpretationsschablonen, indem ihre körperlichen/geistigen Funktionsstörungen eingeordnet und gewertet werden. Die Tragik besteht darin, dass ihre Symptome einer Wertung unterzogen werden, die dann mit bestimmten Stigmatisierungen verbunden sind (vgl. hierzu: Barton: Die Schuld liegt beim Opfer, in: Sünker u.a. (Hg.): Bildung, Gesellschaft, soziale Ungleichheit. 306-326). Eine konsequent auf die Dualität zwischen Gut und Böse reduzierte Vermittlung der „Realität“ hindert oftmals den Menschen an einer differenzierteren Wahrnehmung und kann Auslöser verschiedener Ängste bewirken.

<sup>111</sup> Vgl. Dornheim: Verweisungszusammenhänge als kulturelle und soziohistorische Prämissen von Krankheitsdiskursen, in: Rosenbrock; Salmen (Hg.): AIDS-Prävention. 197-205, bes. 198ff.

Es wird offensichtlich, dass sowohl die Informationsaufnahme als auch die Verarbeitung von Wissensbeständen (Fach- und Alltagswissen) wesentliche Indikatoren für die Entstehung und Funktionsweise von alltagstheoretischen Krankheitsvorstellungen darstellen, die meines Erachtens gerade *wegen* ihrer Entstehung und Struktur keineswegs veraltet, sondern weiterhin präsent, abrufbar und äußerst resistent bleiben (siehe BSE-Diskurs!).

#### 2.2.2.5. Resümee

Resultierend lässt sich feststellen, dass das Alltagswissen primär durch Tradierung seinen pragmatischen Charakter erhält. In der Differenz zum Fachwissen erweist sich das Alltags- oder Laienwissen als äußerst stabil und resistent gegen Falsifikationen.

Nur bedingt lässt sich das „Altbewährte“ durch neuere Erkenntnisse in Forschung und Wissenschaft in Frage stellen. Eine durch das Fachwissen vermittelte Orientierungs- und Handlungssicherheit – soweit dies überhaupt zugesichert werden kann – stellt sich für das Alltagswissen nur dann positiv heraus, wenn dieses sich in der Umsetzung bewährt hat und nicht als widersprüchlich wahrgenommen wird.

Das altbewährte Alltagswissen kommt dann zum Zuge, wenn widersprüchliche Darstellungen und Irrtümer in Wissenschaft und Forschung öffentlich präsentiert oder gar eingestanden werden. In der Allgemeinbevölkerung jedenfalls führt Widersprüchliches vermehrt zur Verunsicherung, Schutzlosigkeit und Enttäuschung in Wissenskontexten des Alltags. Das hat zur Folge, dass Erklärungsversuche, Deutungen und Mechanismen zur Geltung kommen, um neu vermitteltes Wissen dorthin zu integrieren und zu assimilieren – ggf. auch zu ignorieren.

Damit sind sowohl die Entstehungsweise, die Bedeutung und die Auswirkung des sog. Alltagswissens als auch Interpretationen von Krankheiten wie AIDS und den messbaren gesellschaftlichen Reaktionen unmittelbar mit alltagstheoretischen Krankheitsvorstellungen verbunden.

Abgesehen von der individuellen Gültigkeit eines Alltagswissens ist über den „Wahrheitsgehalt“ desselben noch längst nichts ausgesagt. Zwischen dem wissenschaftlichen und dem alltäglichen Wissen spielt sicher die Spannung zwischen „Wahrheit“ und „Für-Wahr-Halten“ eine nicht unerhebliche Rolle.

Des Weiteren kann festgestellt werden, dass Alltagswissen und Fachwissen sich primär in zwei wesentlichen Bereichen unterscheiden: Während das eine versucht, aufgrund des Erlebens und Erfahrens den subjektiven „Sinn des Alltags“ zu erklären und sich unmittelbar problemlösungsorientiert im Alltag zu bewegen, bemüht sich das andere, auf der Suche nach *der* „Wahrheit“ mit Hilfe festgelegter Methoden, Phänomene und Gegenstände, möglichst rational und objektiv zu erklären. Wenn es allerdings um effektive und kommunikative Vermittlung eines Sachverhaltes gehen soll, ist ein harmonisches Zusammenspiel zwischen Adressant und Adressat auf der Kommunikationsebene zwingend.

Dennoch erhebe ich Zweifel, dass Alltagswissen über Krankheiten im Vergleich zum wissenschaftlichen Expertenwissen einen besseren Zugang zur „Realität“, bzw. zur „Wahrheit“ bieten würde, denn weder eine Wissenschaft für sich, noch der Common-Sense können einen „Wahrheitsanspruch“ – im ontologischen Sinn – für sich in Anspruch nehmen. Unsere Aufmerksamkeit und unser Interesse wird doch erst dann geweckt, wenn der eine oder andere konkret mit HIV-Infizierten oder AIDS-Kranken konfrontiert wird. Der Kontakt zu Betroffenen – sei er freiwillig oder zwangsweise<sup>112</sup> – ruft tief eingeprägte Verhaltensmuster wach oder lässt zumindest unser Interesse an AIDS und den damit verbundenen Vorsichtsmaßnahmen aktiv werden. In aller Regel tritt hier unser vorhandener Wissenstand über AIDS ins Bewusstsein, um die Situation so gut wie möglich meistern zu können. So ist es sowohl für den individuellen als auch für den gesellschaftlichen Umgang mit einer Krankheit vielmehr entscheidend, wie sie im Alltag einer Gesellschaft eingestuft wird, d.h. ob sie für ansteckend und gefährlich gehalten wird oder nicht. Ohne Modifikation des eigenen Interpretationsrahmens führt die bloße Zurkenntnisnahme neuen Wissens sicher nicht zu einer effektiv-präventiven Verhaltensänderung.

Abschließend muss kritisch betont werden, dass sowohl eine hohe potentielle Betroffenheit als auch eine gute Bildung im Zusammenhang mit der Aufnahmebereitschaft von Informationen um das Thema HIV und AIDS sicher zu einer wesentlichen Reduktion von Unwissenheiten führen kann. Häufig scheint die dazu benötigte Motivation zu fehlen, um notwendigerweise sein subjektives Wissen mit einem aktuellen Fachwissen aufzufrischen. Ein weiteres Problem entsteht dann, wenn objektiv falsche Vorstellungen subjektiv als gut und richtig eingeschätzt werden. Diese Vorstellungen verfestigen sich und werden auch resistent gegen noch so gut gemeinte Informationskampagnen. Deut-

---

<sup>112</sup> Dabei denke ich u.a. an die Mitarbeiter in Krankenhäuser, an Taxifahrer, Restaurant-Besitzer, Ärzte usw.

lich wird dies darin, dass die Mehrheit der Bevölkerung zunehmend glaubt, ausreichend informiert zu sein, und deshalb wenig bereit ist, weitere Informationen über HIV aufzunehmen, zumal das Thema AIDS durchaus zur Verdrängung einlädt. Auch wenn ein umfassendes Aufklärungsangebot und -wissen besteht und als relevant eingestuft wird, ist damit noch nicht entschieden, ob und wie es in das Alltagswissen integriert wird.

Grundsätzlich ist aber festzustellen, dass neue Informationen offensichtlich immer auf subjektive Lebensweltstrukturen, bereits etablierte Interpretationsschablonen über Krankheiten, Symbolisierungen und Deutungsmuster treffen. Sie sind nahezu in allen Gesellschaften und Kulturen zu finden. Damit prägen diese bis heute sowohl den gesellschaftlichen Umgang mit Krankheiten und den davon Betroffenen als auch den Alltag der Menschen mit seinen Grenzsituationen. Dort muss neues Wissen nicht nur identifizierbar, sondern für die weitere Informationsverarbeitung als relevant eingestuft werden.

Auffallend ist, dass sowohl die soziodemographischen Eigenschaften (Alter, Status/Bildung und topographische Verortung) als auch das individuelle Wissensniveau bei der Einschätzung von AIDS-Risiken und bei der Beurteilung der eigenen Gefährdung (Vulnerabilität) zwar zu berücksichtigen sind, sie allein jedoch noch nicht ausschlaggebend dafür sein können, wie „neu“ auftretende Probleme (Krankheiten) im Kontext kollektiv und individuell bereits gemachter Erfahrungen mit „anderen Krankheiten“ oder „Gefährdungen des Alltags“ interpretiert, verglichen und verarbeitet werden. Deshalb ist zu vermuten, dass der Umgang mit und die Wahrnehmung von Krankheit und den davon Betroffenen nicht ausschließlich durch derartige individuelle Einflussgrößen gelenkt wird, sondern insbesondere durch kollektiv geteilte Mechanismen und Beurteilungsmuster.

Wie schwerwiegend *soziokulturelle* Faktoren unser menschliches Handeln bestimmen können, zeigt sich an Hand von alltagstheoretischen Krankheitsvorstellungen, gesellschaftlich geteilten Interpretations- und Deutungsmustern, sowie an den unterschiedlichen sozialen Sanktionsformen. So soll im Folgenden der *soziokulturelle Kontext* erörtert werden. Dieser legt den sog. „Interpretationsrahmen“ fest und vermag dadurch wesentlich unsere soziale Einstellung und unser Verhalten zu steuern.