

## 2.4. Soziopsychologische Variablen und deren Auswirkungen

In der Sozialpsychologie werden bestimmte Verhaltensweisen oder Bewusstseinszustände meist im Kontext des sozialen Umfeldes analysiert. So verstanden befasst sich die sozialpsychologische Wissenschaft näher mit den Verhaltensweisen, den Vorstellungen und Motiven des Individuums als Reaktion auf soziale Variablen. Auch wenn sie das Hauptaugenmerk auf den sozialen Rahmen richtet, sind der Forschungsgegenstand stets die Reaktionen von Individuen.<sup>211</sup> In der speziellen Fachrichtung der Wahrnehmungspsychologie wird u.a. die Frage gestellt, welchen besonderen Stellenwert und welche Auswirkungen bestimmte „Wahrnehmungen“ und „Eindrücke“ im Kontext unseres Erlebens und sozialen Verhaltens haben. Um den Zusammenhang zwischen der *Wahrnehmung* und dem *Umgang* mit HIV und AIDS in der Bevölkerung aufzeigen zu können, müssen mögliche „Einflussfaktoren“ auf unsere Wahrnehmungsvorgänge klar benannt werden, insbesondere weil die „öffentliche HIV-Bedrohungswahrnehmung“ Auswirkungen auf den *Umgang* mit Betroffenen zu haben scheint. Deshalb gilt es, die subjektive Bedrohungswahrnehmung von HIV und AIDS eindringlich und zugleich kritisch zu durchleuchten.

Soll im Folgenden auf das Problem der aktuellen subjektiven HIV-Bedrohungswahrnehmung<sup>212</sup> in Deutschland näher eingegangen werden, ist es in Anlehnung an die Ausführungen *Luhmanns* zur *Soziologie des Risikos* zunächst unerlässlich, zwischen einem „Risiko“ und einer „Gefahr“ begrifflich klar so zu unterscheiden, dass mit Hilfe dieser Differenzierung es möglich wird, verschiedene Beobachtungsebenen mit einzubeziehen.

Ausschlaggebend hierfür scheint die Positionierung des Beobachters, also die jeweilige Perspektive, selbst zu sein, der eine Situation entweder als „risikoreich“ oder als „gefährlich“ einstuft. Hierzu zählen die Beobachter 1. Ordnung, die aufgrund >>... unterschiedlicher Interpretationen oder unterschiedlicher Ansprüche in Bezug auf dieselben Fakten ...<< verhandeln, und Beobachter der 2. Ordnung, die mit dem Problem konfron-

<sup>211</sup> Vgl. Zimbardo: *Psychologie*, Berlin u.a. <sup>4</sup>1983.

<sup>212</sup> Entgegen Jacob, Hahn u. Eirnbter sowie Orth u. Broszkiewicz u.v.a., die sich auf dem Gebiet der AIDS-Risikoforschung profiliert haben, werde ich konsequent gerade nicht von AIDS-Risiken oder AIDS-Gefahren sprechen. Grund: AIDS ist medizinisch gesehen a) ein Syndrom, also ein Krankheitsbild und damit b) keine Krankheit! Deshalb ist es nicht möglich, AIDS in Verbindung mit Risiken oder Gefahren zu sehen. Eine nicht hinreichende Definition lässt meiner Meinung nach Konstruktionen und diskriminierende Aktionen wachsen, gerade deshalb, weil in der Bevölkerung zwischen HIV und AIDS landläufig nicht unterschieden wird, d.h., die Bezeichnung HIV als „AIDS-Virus“ ist falsch! Dies wird innerhalb der AIDS-Diskussion häufig verkürzt dargestellt. AIDS als Risiko oder Gefahr einzustufen, provoziert geradewegs AIDS-Kranke ebenso zu katalogisieren!

tiert sind, dass etwas, >>... was von verschiedenen Beobachtern für Dasselbe gehalten wird, für sie ganz verschiedene Information erzeugt-<<.<sup>213</sup>

Auch wenn uns detaillierte Informationen über HIV zur Verfügung stehen, kann der Umgang mit dem „Inhalt“ dieser Informationen also höchst unterschiedlich erfolgen. Die jeweilige Situation wird demnach „individuell“ oder „gesellschaftlich“ unter den Gesichtspunkten Risiko/Gefahr differenziert eingeschätzt, d.h. es geht letztlich aber stets um *subjektive Interpretationen* von Bedrohungsmomenten und ihre Differenzierung.

#### 2.4.1. Subjektive Charakterisierung der HIV-Bedrohung

Zunächst soll die Frage geklärt werden, was ein „Risiko“ und was eine „Gefahr“ charakteristisch auszeichnet, welche Unterschiede es hinsichtlich ihrer Einschätzung und ihrer Kontrollierbarkeit gibt und – sofern eine begrifflich klare Unterscheidung überhaupt möglich ist – welche Folgen diese für den einzelnen Menschen mit sich bringen.

Danach ist eine kritische Perspektive notwendig, die sich vor allem auf die Frage konzentriert, ob uns AIDS überhaupt noch alle angeht. Hierzu ist eine Abschätzung der gegenwärtigen Situation ebenso notwendig wie mögliche Divergenzen aufzuzeigen, die diese hervorbringt. So muss nicht nur gefragt werden, was grundsätzlich als „Gefahr“ und was als „Risiko“ zu interpretieren oder zu werten ist, sondern wie die sog. „Normalisierungstendenz“ zu bewerten ist. Die konkrete Frage lautet deshalb: Wird die momentane Situation um AIDS bagatellisiert oder gar verharmlost?

##### 2.4.1.1. HIV – Risiko oder Gefahr?

Obwohl das HI-Virus immer noch ein gewisses Bedrohungspotential sowohl für die Gesellschaft als auch für das einzelne Individuum darstellt, kommt es – trotz dieser Tatsache – aufgrund der z.Zt. ruhigen Lage um das Thema zu einer folgenreichen Unterschätzung. Vor allem innerhalb der jungen Generation wird das Thema HIV und AIDS nur marginal thematisiert und droht daher im Bewusstsein der Jugendlichen zu schwin-

---

<sup>213</sup> Luhmann: Soziologie des Risikos. 30.

den. Nicht zuletzt auch deshalb muss AIDS weiterhin zur Diskussion stehen, ohne in erneute Hysterie zu verfallen.

Die primäre Schwierigkeit sich an das Thema anzunähern, liegt zunächst in der Verschiedenheit der subjektiven Bedrohungswahrnehmung von HIV. Dies macht es umso schwieriger, beide Begriffsvarianten, also „Gefahr“ und „Risiko“, einer klaren Definition zuzuordnen. Erschwert wird dieses Unterfangen dadurch, dass in der Bevölkerung anscheinend beide Varianten identisch zur Verwendung kommen. *Luhmann* bemängelt, dass es selbst innerhalb der Risikoforschung zu keiner weitreichenden Unterscheidung zwischen Risiko und Gefahr kommt und verweist hierzu sowohl auf die Sorglosigkeit in Begriffsfragen als auch auf sprachliche Gründe, die dafür ausschlaggebend sein können. Während in der Risikoforschung überwiegend zwischen „Risiko“ und „Sicherheit“ differenziert wird, hält es *Luhmann* für angebrachter zwischen „Risiko“ und „Gefahr“ als Bedrohungsvarianten zu unterscheiden. Es spiele nämlich eine wichtige Rolle, so *Luhmann*, >>... ob man sich freiwillig oder unfreiwillig in gefahrenträchtige Situationen begibt ...<<, bzw. >>... ob man meint, die Folgen des eigenen Verhaltens unter Kontrolle zu haben oder nicht<<.<sup>214</sup> Dieser Ansicht wird vorausgesetzt, dass zwar in beiden Fällen >>... in Bezug auf künftige Schäden Unsicherheit besteht<< – jedoch in der möglichen Unterscheidung, dass entweder der >>... etwaige Schaden als Folge der Entscheidung gesehen, also auf die Entscheidung zugerechnet<< oder der >>... etwaige Schaden als extern veranlasst gesehen<<, also der >>Umwelt zugerechnet<< werden kann.<sup>215</sup>

Daraus herleitend soll zunächst angenommen werden, dass ein „Risiko“ einen Typ von Gefährdung darstellt, auf welches man sich – nach einer mehr oder weniger vollzogenen Abwägung – einlassen kann und die daraus entstehenden Folgen sich selbst zurechnen, bzw. selbst tragen muss. Nur in diesem Falle spielt die eigene Entscheidung eine wichtige Rolle. Einer „Gefahr“ hingegen ist man quasi „einfach“ ausgesetzt. Sie ist dadurch charakterisiert, dass sie – entgegen eines „Risikos“ – weder durch eine bestimmte Kontrollierbarkeit noch durch ein individuelles Eingreifen gekennzeichnet ist. Ihr ist man hingegen vor allem dann ausgesetzt, wenn diese der (sozialen) Umwelt und ihren Einflüssen zugerechnet werden kann, wobei nicht auszuschließen ist, dass bestimmte Gefahren (z.B. Umweltkatastrophen usw.) vorhergesagt werden können oder man sie zumindest einem Kontrollsystem unterziehen kann.<sup>216</sup> Auch hier spielt zwar das eigene Verhalten eine wichtige Rolle, >>... aber nur in dem Sinne, daß es jemanden in

<sup>214</sup> Luhmann: Soziologie des Risikos. 31.

<sup>215</sup> Luhmann: Soziologie des Risikos. 30f.

<sup>216</sup> Vgl. Luhmann: Soziologie des Risikos. 31.

eine Situation führt, in der dann der Schaden eintritt<<. *Luhmann* erwähnt hierzu folgendes Beispiel: >>Hätte man einen anderen Weg genommen, wäre einem der Dachziegel nicht auf den Kopf gefallen<<.<sup>217</sup>

Wird der HI-Virus demzufolge als „Risiko“ gesehen, schließt es auch den bewussten und kalkulierten Umgang mit der Bedrohung einer möglichen Infektion mit ein. Dies wird auch durch die Untersuchungen von *Jacob u.a.*<sup>218</sup> bestätigt, die im Ergebnis erkennen lassen, dass die Sichtweise – HIV als „Risiko“ einzustufen – zwar ein der Situation entsprechendes vorsichtiges Verhalten impliziert, aber kein grundsätzliches Misstrauen gegenüber einer Bedrohung hervorruft.

Der Sexualmediziner *Dressler* stimmt diesem grundsätzlich, aber nicht prinzipiell zu, denn die Bereitschaft zur Risikowahrnehmung muss seiner Ansicht nach nicht unbedingt mit der zur Vermeidung eines Risikos korrelieren. Er begründet seine Einschränkung vorwiegend mit der Beobachtung, >>daß das Gefühl der Eigenverantwortlichkeit im Umgang mit Risiken heute weitgehend fehlt<<. >>Dieses Fehlen von Eigenverantwortlichkeit ist mit darauf zurückzuführen, daß ein verantwortliches Handeln im Hinblick auf zahlreiche andere Risiken heute überhaupt nicht mehr möglich ist<<, so *Dressler*.<sup>219</sup>

Demzufolge wären es die zahlreichen mir gegenüberstehenden Risiken, die mich mit meiner eigenen Ohnmacht konfrontieren – eine Ohnmacht, die mich daran hindert, weder vor alltäglichen Risiken noch vor dem Risiko einer HIV-Infektion wirksam schützen zu können. Die Sorge *Dresslers* ist durchaus berechtigt. So kritisiert er in diesem Zusammenhang den renommierten Virologen *Peter Duesberg*<sup>220</sup>, der die molekularbiologische Festigung der Virushypothese mächtig aufgewühlt hat, indem er behauptet, das HI-Virus, welches die Zerstörung der T-Helferzellen hervorruft, sei nicht die medizinische Ursache von AIDS. Diese umstrittene und gewagte Darstellung löste nicht nur in der Wissenschaft weit reichende Kontroversen aus. *Duesberg* hat durch seine These – wenn auch einschränkend – in der Bevölkerung zu einer weiteren Strapazierung von alltäglichen Risiken- und Gefahrenwahrnehmungen geführt – mit absehbaren Folgen<sup>221</sup>. So führen solch geführte binnenwissenschaftliche Kontroversen meiner Meinung nach

<sup>217</sup> Luhmann: Soziologie des Risikos. 32.

<sup>218</sup> Vgl. hierzu generell: *Jacob u.a.*: AIDS-Vorstellungen in Deutschland, Berlin 1997.

<sup>219</sup> *Dressler*: Gib AIDS eine Chance, in: *Dressler; Beier* (Hg.): AIDS und Ethik. 29.

<sup>220</sup> *Duesberg* weist u.a. darauf hin, dass er innerhalb seiner Arbeiten nur bei einer Minderheit der AIDS-Patienten das Virus als solches überhaupt isolieren hätte können. Seine pseudowissenschaftliche These hat nach Angaben der „Washington Post“ in Südafrika dazu geführt, dass der südafrikanische Präsident teure Kombinationspräparate für die HIV-Therapie verweigerte (vgl. *Borgmann*: „Warum Amerika seine AIDS-Politik geändert hat“, in: *Stuttgarter Zeitung*, 19.05.2000, Nr. 115. 33). Eine übersichtliche Zusammenstellung dieser Viruskritik findet sich u.a. auch bei: *Geene*: AIDS-Politik. 309-318.

<sup>221</sup> Vgl. hierzu auch: Abschnitt 2.2.2.

primär nur dazu, dass die Beobachtungsebene 1. Ordnung Sachverhalte diskutiert (hier auch kontraproduktiv) und in Form von Informationen weiterleitet, die auf der Beobachtungsebene 2. Ordnung zur Verunsicherung und zum Ohnmachtgefühl führen.

Angesichts der Tatsache, dass das Ziel der AIDS-Gesundheitsaufklärung noch lange nicht erreicht ist, ist neben einer konsequenten Integration des HIV-Wissens in das Alltagswissen der Menschen, sicher auch an die besondere Verantwortung der Wissenschaft(ler) zu appellieren. *Lenk* spricht hier von wissenschaftsinterner und -externer Verantwortung des Wissenschaftlers. Letztere ist auch im Zusammenhang mit den unmittelbaren Folgen für Betroffene zu sehen und daher ethisch relevant, denn »Macht und Wissen machen jemanden verantwortlich«.<sup>222</sup>

Neben der Eigen- und Fremdverantwortung der Wissenschaft (Input-Output), darf nicht vergessen werden, dass in der subjektiven Unterscheidung zwischen „Risiko“ und „Gefahr“ ein Risikobewusstsein als Bewusstsein der Eigenverantwortlichkeit gefördert wird, um persönliche Risiken weitgehend zu minimieren. Nicht zuletzt auch deshalb, weil ein »Risikobewußtsein als ein Bewußtsein der eigenen Verantwortlichkeit für die Folgen bestimmter Handlungen oder auch Unterlassungen« dann eher zu »Strategien individueller Risikominimierung« führt.<sup>223</sup>

Gerade der Aspekt der „Kontrollierbarkeit“ von Krankheiten – verbunden mit individuellen Verhaltensweisen – taucht im Zusammenhang mit Risikominimierung immer wieder als zentrales Thema auf. So sehen *Jacob u.a.* ihr Zurückgreifen auf die von *Luhmann* eingeführte Differenzierung Risiko/Gefahr dadurch legitimiert, weil chronisch-degenerative Erkrankungen (z.B. Herz-Kreislauf-Erkrankungen) im Gegensatz zu Infektionskrankheiten in höherem Maß *individuelle* Krankheiten und damit primär ein „Risiko“ darstellen, da sie ja von individuellen Verhaltensweisen beeinflussbar und kontrollierbar seien.<sup>224</sup>

Ohne in einen weitreichenden Diskurs über ein individuelles „Selbstverschulden“ einzusteigen, kann diesem Argument nur unter Vorbehalt zugestimmt werden. Richtig ist zwar, dass einerseits schweren Infektionskrankheiten idealtypische Beispiele für Gefahren darstellen, da die Erreger primär ohne aktives Eingreifen sich verbreiten und dadurch individuell kaum unter Kontrolle zu halten sind (vgl. Grippe-Virus). Aufgrund des geringen Wissens über die Ätiologie wurden solche Krankheiten deshalb auch als

---

<sup>222</sup> Lenk: Einführung in die angewandte Ethik. 141; vgl. hierzu insgesamt die Ausführungen Lenks zur Verantwortung des Wissenschaftlers, in: Ebd. 113-142.

<sup>223</sup> Jacob u.a.: AIDS, in: Lange (Hg.): AIDS – eine Forschungsbilanz. 19.

<sup>224</sup> Vgl. Jacob u.a.: AIDS-Vorstellungen in Deutschland. 44.

„Schicksal“, „Gottes Fügung“ oder „Zufall“ eingeordnet, denen man bestenfalls durch Meidung der betreffenden Personen entrinnen könne. Aber diese Sichtweise verleitet andererseits jedoch schnell dazu, ansteckende Krankheiten heute nur mehr als „schicksalhaften“ oder „unglücklichen“ Zufall – also im Sinne einer „Gefahr“ – zu beschreiben. Eine solche Sichtweise würde mit fatalen Folgen für jede Aufklärungsstrategie nicht nur ein *passives* Präventionsverhalten<sup>225</sup> bewirken, sondern auch die Verantwortungslosigkeit in sexuellen Handlungen geradezu vorantreiben. Folglich müsste HIV primär als „Risiko“ und nicht als „Gefahr“ eingestuft werden.

Dies erkannt, versuchte anfangs die AIDS-Aufklärung HIV vornehmlich als „Risiko“ für bestimmte Gruppen anzukündigen und gleichzeitig die Gefahrenperspektive weitgehend auszuschalten. Doch der Versuch, die angeblich „objektiv richtige Einschätzung“ als „Risiko“ in der Bevölkerung allgemein durchzusetzen, sah sich mit folgendem Problem konfrontiert: Eine Situation oder ein Phänomen als „Risiko“ oder „Gefahr“ einzustufen vollzieht sich nämlich nicht aufgrund ihrer >>... quasi voraussetzungslosen Wahrnehmung<<, sondern vielmehr durch eine „vorgelagerte Wahrnehmung“ und im Speziellen durch >>prägende Handlungsstrategien oder Alltagstheorien<<.<sup>226</sup> Wie Krankheiten gesellschaftlich eingestuft werden, hängt insbesondere von der alltäglichen Wahrnehmung von Krankheiten und ihren ganz bestimmten alltagstheoretischen Interpretationen ab.<sup>227</sup> Es gehört nach Meinung von *Luhmann* deshalb auch zur Handlungsstrategie, dass Menschen typischerweise in Alltagskontexten Risiken meist unterschätzen, >>... weil es bisher immer gut gegangen ist und man für noch nicht durchlebte Situationen das eigene Kontrollvermögen überschätzt und das Schadensausmaß unterschätzt<< hat.<sup>228</sup>

Was damals die AIDS-Aufklärung noch vergeblich versuchte, traf einige Jahre später tatsächlich ein. Es war die „scheinbare Sicherheit“, die sich mit einer möglichen Ausdehnung von individuellen Handlungsoptionen paarte, HIV nun als individuelles und damit grundsätzlich vermeidbares „Risiko“ einzuschätzen. Die revidierte Sichtweise ging mit der allgemeinen Erkenntnis einher, dass Menschen sich besser und sicherer fühlen,

<sup>225</sup> Man denke hier auch an das passive Präventionsverhalten bei der jährlichen Gripeschutzimpfung.

<sup>226</sup> Jacob u.a.: AIDS, in: Lange (Hg.): AIDS – eine Forschungsbilanz. 18.

<sup>227</sup> Vgl. hierzu außerdem: Labisch: Problemwahrnehmung und Interventionsformen präventiver Medizin, in: Rosenbrock; Salmen (Hg.): AIDS-Prävention. 40. In seinem Resümee stellt der Autor u.a. fest, dass sowohl die Interpretation „Gesundheit“, als auch verschiedene präventivmedizinische Konzepte in komplexe gesellschaftliche Rahmenbedingungen verortet werden. Sie stoßen damit auf unterschiedliche gesellschaftliche Wahrnehmungen und >>Bewertungen von Gesundheit und Krankheit<< und auf >>spezifische Wahrnehmungs- und Interventionsformen unterschiedlicher gesellschaftlicher Handlungsebenen<<.

<sup>228</sup> Luhmann: Soziologie des Risikos. 12.

wenn sie etwas gegen Krankheiten „aktiv“ tun können. Fällt hingegen diese „Kontrollmöglichkeit“ weg, werden sie mit ihrer eigenen Ohnmacht konfrontiert, die sie, wie oben dargestellt, zu überzogenen Handlungsweisen anstiftet.

Zumindest die Leistung und der Fortschritt in der Medizin und die damit suggerierte Sicherheit, HIV „heilen“ zu können, scheint die wesentliche Ursache für den „Wandel“ von der Gefahren- zur Risikoperspektive zu sein. Immerhin gelingt es dem medizinischen Fortschritt, die eigene Ohnmacht ein wenig schwinden zu lassen, indem er versucht, dem Virus durch bestmögliche Medikamente aktiv entgegenzutreten. Dennoch: Weder hervorragende Therapien mit wirksamen Medikamenten noch allein die fortschrittliche Medizinforschung bieten wohl individuellen Eigenschutz. Beides stellt nur eine fingierte und unrealistische Sicherheit für den Einzelnen dar und wird ihn bislang kaum vor einer möglichen HIV-Infektion schützen. Der Wandel – von der „Gefahr“ zum „Risiko“ – stellt einen Versuch dar, zunächst das Schicksalhafte an Gefahren soweit wie möglich aus dem eigenen Leben auszuschließen und so eine „absolute Sicherheit“ zu erlangen, die es de facto gar nicht geben kann.

Es gibt kein risikofreies Verhalten und damit auch keine absolute Sicherheit, und zwar in beiden Fällen, d.h. man kann sowohl Risiken als auch Gefahren, wenn man überhaupt unterscheidet, letztlich nicht vermeiden. Eine strikte Differenzierung beider Begriffsvarianten ist in diesem Sinn deshalb auch nicht stringent durchzuhalten, sondern abhängig von der *subjektiven Situation*, der *Empfindung* und der *Einschätzung* des Einzelnen – dem Beobachter 2. oder 3. Ordnung. Eine mögliche Differenzierung ist letztendlich subjektiv kontextgebunden.

Allein die Verschiebung der Perspektive von der „Gefahr“ zum „Risiko“ scheint nicht zufriedenstellend und letztlich auch nur eine „utopische Sicherheit“ zu bieten. Es erfordert wohl eine besondere Fähigkeit, wie „Bedrohungspotentiale“ *aktiv* minimiert werden können.

Permanente Bedrohungspotentiale des Alltags und die stetig steigende Zahl alltäglicher Risiken und Gefahren, so *Müller-Doohm*, erfordern von »Subjekten und unter den Bedingungen ihrer Autonomie, ihrer moralischen Selbstverantwortlichkeit und ihres expressiven Eigenlebens spezifische Fähigkeiten: Risiko – Handlungskompetenz«.<sup>229</sup> *Müller-Doohm* ist zudem der Auffassung, dass der Versuch, Risikominimierung mit Hilfe »technologischer Problembearbeitung« herbeizuführen, zwangsläufig zu einer „organi-

---

<sup>229</sup> Müller-Doohm: Risiko-Handlungskompetenz, in: Rosenbrock; Salmen (Hg.): AIDS-Prävention. 102.

sierten Unverantwortlichkeit“<sup>230</sup> führt und sich letzten Endes als kontraproduktiv herausstellt. >>Risiko – Handlungskompetenz muß stattdessen mit der praktischen Wirkung des eigentümlich „zwanglosen Zwangs des besseren Arguments“ (Jürgen Habermas) Teil der Selbstverantwortung von Subjekten werden, die niemals ein Leben in absoluter Sicherheit ... zu führen gewillt sein werden<<.<sup>231</sup>

Die derzeitige Diskussion um BSE ist hier sicherlich als exzellentes Beispiel erwähnenswert, denn hier treten beide Bedrohungsvarianten zugleich auf. Wenn es also keine garantierte risikofreie Entscheidung gibt – und die gibt es nicht – müsste das Bestreben gänzlich aufgegeben werden, durch mehr Forschung und mehr Wissen höchstmögliche Sicherheit zu erlangen. Das Gegenteil ist der Fall: Durch kontinuierliche Wissensaneignung bildet sich eher ein Risikobewusstsein aus, denn je mehr man weiß, desto mehr weiß man, was man eigentlich nicht weiß.

Es wird deutlich, dass in der strikten Unterscheidung zwischen einem „Risiko“ und einer „Gefahr“ eine höchst „paradoxe Situation“ entstehen kann, d.h. was für den einen ein „Risiko“ ist, kann für den anderen hingegen eine „Gefahr“ sein – und umgekehrt. >>Wir stehen hier vor einem klassischen Sozialparadox<<, so konstatiert Luhmann folgerichtig: >>Die Risiken sind Gefahren, die Gefahren sind Risiken, weil es sich um ein und denselben Sachverhalt handelt, der mit einer Unterscheidung beobachtet wird, die eine Differenz der beiden Seiten verlangt. Dasselbe ist verschieden<sup>232</sup>.<<<sup>233</sup> Damit stellt sich im Ergebnis die Unterscheidung zwischen „Risiko“ und „Gefahr“ als relativ unregelmäßig heraus. Beide Begriffsvarianten verhalten sich also „asymmetrisch“.

Die vorgenommene Unterscheidung durch Luhmann zwischen „Risiko“ und „Gefahr“ läuft gleichwohl unweigerlich auf die Frage nach der „Zurechnung von Folgen“ hinaus. So existieren Unsicherheiten vom Typ „Gefahr“ unabhängig von einem Handelnden, während der Typ „Risiko“ dadurch entsteht, dass er im Lichte von Absichten einer Handlung und deren anschließenden Umsetzung gesehen wird. Im Hinblick auf eine eventuelle HIV-Infektion ist deshalb zu bedenken, dass in diesem Kontext eine strikte Unterscheidung zwischen einem Entscheidenden und einem dann Betroffenen stattfindet. Lässt sich der Entscheidende auf ein für ihn interpretierendes und stillschweigendes „Risiko“ ein, stellt diese Entscheidung für die andere Person eine „Gefahr“ dar,

<sup>230</sup> Vgl. hierzu auch: Beck: Risikogesellschaft. 96ff.

<sup>231</sup> Müller-Doohm: Risiko-Handlungskompetenz, in: Rosenbrock; Salmen (Hg.): AIDS-Prävention. 102.

<sup>232</sup> In diesem Zusammenhang weist Luhmann auf Glanville Ranulph hin: The same is Different, in: Zeleny (Hg.): Autopoiesis. A Theory of Living Organization, New York 1981. 252-262. Deutsche Ausgabe: Glanville: Objekte, Berlin 1988. 61-78.

<sup>233</sup> Luhmann: Soziologie des Risikos. 117.



auf die sie selbst keinen Einfluss haben kann. Wenn ein Autofahrer es riskiert, bei Regen oder Glätte zu schnell zu fahren, geht er für sich ein „Risiko“ ein; aus der Perspektive der anderen Verkehrsteilnehmer stellt sich diese Entscheidung evtl. als eine folgenreiche „Gefahr“ dar. So kann ein „Risiko“ noch so rational und unter besonderer Berücksichtigung einkalkuliert werden, für die Person, welche nicht an dieser Abwägung und Entscheidungsfindung beteiligt ist, verbirgt sie ein hohes Gefahrenpotential. Demzufolge stellt eine „Gefahr“ ein weitaus höheres Angst- und Bedrohungspotential dar als ein „Risiko“. Denn ein „Risiko“ kann einkalkuliert, abgeschätzt und durchdacht werden, einer „Gefahr“ ist man entweder ausgesetzt oder eben nicht.

Nicht nur im Kontext von AIDS und HIV ist zu bedenken, ob aus Verantwortungsbewusstsein generell auf risikoreiche Entscheidungen verzichtet werden soll, denn auch ein „Nichthandeln“ kann ebenso riskant sein und Gefahren für andere heraufbeschwören. Allgemein formulierte Moralisierungen tragen hier nicht unbedingt zur Versachlichung von Entscheidungen bei. Neben der Moralität risikovoller Entscheidungen ist sicher nach der Risikoträchtigkeit der Moralitäten zu fragen.

Ob wir letztendlich aber etwas als „Risiko“ oder als „Gefahr“ empfinden, hängt sowohl von unserer eigenen Wahrnehmung – speziell von unserem „soziokulturellen Filter“ – als auch von den uns zugänglichen Informationen ab, die uns entweder mitgeteilt werden oder uns verschlossen bleiben. Aber erst durch zugängliche Informationen und durch bereitwilliges Interesse am Thema wird es möglich sein, Situationen einschätzen und sie unter verschiedenen Gesichtspunkten abwägen zu können.

Sowohl die Motivation als auch die Demotivation, sich neues Wissen über AIDS und HIV anzueignen oder sich davor zu verschließen, hängt nicht zuletzt auch mit der eigenen subjektiven Bedrohungswahrnehmung des Phänomens zusammen, die in die provokante Frage einmündet: Geht uns AIDS überhaupt noch alle an?

#### 2.4.1.2. Geht uns AIDS noch alle an?

Die beruhigte Phase um das Thema veranlasst die subjektive Wahrnehmung der AIDS-Problematik in Deutschland zu reflektieren. Anhand der *BZgA-Studie* wird deutlich, ob und welche Veränderungen sich in der Wahrnehmung und Einschätzung von HIV innerhalb der letzten Jahre vollzogen haben. Dies bietet Grundlage dafür, evtl. Divergenzen aufzudecken und offen anzusprechen.

Es gilt insbesondere, berechtigte Kritik dort zu äußern, wo offenkundige Divergenzen zwischen Einstellungen und tatsächlichem Verhalten festzustellen sind. Denn Widersprüche sind nicht nur im Rahmen von individuellen HIV-Schutzmaßnahmen, sondern auch im Horizont von sozialen Diskriminierungs- und Stigmatisierungstendenzen erkennbar.

Nach Angaben der *BZgA* scheint ja die Diskriminierungsbereitschaft in Deutschland insgesamt abgenommen zu haben. Dem äußeren Anschein nach können sich ehemalige „Randgruppen“ frei bewegen und scheinen gesellschaftlich mehr und mehr toleriert zu werden. Die *BZgA* macht jedenfalls deutlich, dass in aller Öffentlichkeit über HIV und AIDS mehr oder weniger zunehmend sachlich diskutiert wird. Ob es sich hier allerdings um eine Darbietung von Toleranz und Solidarität handelt oder um eine Art von Toleranz, die ihre eigenen Grenzen nicht kennt, ist kritisch zu hinterfragen. Die Frage könnte also lauten: Toleranz ja – Konfrontation nein?

Es ist daher unerlässlich, die schon erwähnte Tendenz zur sog. „Normalisierung“ von HIV in der Allgemeinbevölkerung dahingehend zu untersuchen, inwieweit sich diese sowohl auf die subjektive Charakterisierung des HIV-Risikos und damit auf das individuelle Schutzverhalten des Einzelnen als auch auf den Umgang mit HIV-Infizierten und AIDS-Kranken auswirkt. Die *BZgA-Studie* sieht jedenfalls eine „positive“ Änderung in der gesellschaftlichen Einstellung in Richtung auf eine „Normalisierung im alltäglichen Umgang“ mit Betroffenen, was allerdings vielmehr auf eine „nachlassende Präsenz“ des Themas in der breiten Öffentlichkeit zurückgeführt werden kann.<sup>234</sup>

Es stellt sich die Frage: Welche Problemstellungen innerhalb des AIDS-Diskurses wurden anfänglich dramatisiert, welche werden derzeit banalisiert oder gar verdrängt? Welche Perspektiven, Aspekte und Ansichten bekommen ihre besondere Bedeutung bei der Wahrnehmung des Problems und welche werden verschwiegen, ignoriert oder gar stillschweigend hingenommen?

#### *Die Konstruktion des Theorems von den „Risikogruppen“*

Nachdem die ersten HIV-Infektionen Anfang der 80er Jahre festgestellt wurden, stand das Thema AIDS bei sämtlichen Behörden im Mittelpunkt hoher Aufmerksamkeit. Vor allem die Weltgesundheitsorganisation (WHO) machte sich das Thema HIV zu ei-

<sup>234</sup> Vgl. BZgA: AIDS im öffentlichen Bewusstsein der Bundesrepublik Deutschland. 61.

gen und erklärte es eilig zum Kern ihrer Arbeit. Während vor allem in Deutschland auf politischer Ebene die öffentliche Angst und die Diskussion um AIDS zunächst ignoriert und teilweise auch banalisiert wurde, arbeitete die WHO fieberhaft daran, die aufkommenden HIV-Infektionen soweit wie möglich unter Kontrolle zu halten. Sie war fest davon überzeugt, dass es bald gelingen würde, einen raschen Durchbruch bei der Entwicklung eines Impfstoffes gegen das HI-Virus zu erreichen. Dieses euphorische Vorhaben war jedoch nur unzureichend vom Erfolg gekrönt.

So hat HIV zu Beginn seines Auftretens in den westlichen Industrienationen zu großen Erwartungsenttäuschungen geführt, da die Virulenz in einer Zeit auftrat, in der man fest glaubte, neu auftretende Infektionskrankheiten, wie z.B. HIV, würden keine besondere Herausforderungen für die als höchst fortschrittlich eingestufte Medizin darstellen. Der HI-Virus holte allerdings die Wissenschaft mit ihren bislang erreichten medizinischen Erkenntnissen auf den Boden der Tatsachen zurück. Das Eingeständnis, dass eben nicht gegen *jede Krankheit ein Kraut gewachsen* ist, war vor allem für die gesamte medizinische Forschung ein Schlag ins Gesicht.

Das HI-Virus forderte aber neben der medizinischen, soziologischen und psychologischen Wissenschaft insbesondere auch die „ethisch-moralische Sensibilität“ einer Gesellschaft gegenüber den Infizierten heraus. In einigen AIDS-Diskursen kam diese „Sensibilität“ nur unzureichend zum Zuge. Vorrangigstes Ziel unterschiedlichster Institutionen war es, nicht nur die sich verbreitenden HIV-Infektionen, sondern auch die in der Bevölkerung aufgekommenen Ängste vor einer Seuchenepidemie mit unterschiedlichsten Restriktionen möglichst prophylaktisch und flächendeckend einzudämmen. Häufig erschöpften sich manche AIDS-Debatten in der Arroganz ihrer Teilnehmer, indem sie fanatisch betonten, dass das Problem sich nur dann lösen ließe, wenn man die Gesellschaft in *Gesunde* und *Kranke*, in *Nicht-Infizierte* und *Infizierte* aufteilen, sog. „Risikogruppen“ gänzlich isolieren und kontrollieren würde.

Das Sprechen vom „Risiko“ führte immer mehr dazu, restriktivere Maßnahmen gegen bestimmte Gruppierungen zu ergreifen. Das Wort „Risiko“ erfuhr dadurch einen folgenreichen Bedeutungswandel, denn immer häufiger wird HIV ausschließlich zum „Risiko“ für „Randgruppen“ mit der Folge, dass der so konstruierte Begriff von der „Risikogruppe“ bis heute zur Abwertung und Diskriminierung dieser Menschen verwandt wird.

Eine herausragende Rolle im anfänglichen AIDS Diskurs nahm dabei das *bayerische Kabinett* ein. Dieses forderte mit Nachdruck die »Beobachtung und Überwachung von Infizierten, Gefährdeten und Angehörigen von Risikogruppen, die auf Grund ihrer

Zugehörigkeit zu einer Gruppe oder ihres Aufenthaltes an bestimmten Orten ansteckungsverdächtig im Sinne des Bundesseuchengesetzes (BseuchG) sein können<sup>235</sup>. Darüber hinaus war man versucht, Zwangstestungen für Homosexuelle, Prostituierte, Drogenabhängige und Ausländer vorzubereiten, wobei besonders »`Unbelehrbare`« mit dem »Entzug der Freiheit« zu rechnen hätten.<sup>236</sup>

Die Richtlinien aus Bayern gehen in ihrem umfassenden „Handlungskonzept“ von bestimmten „Risikogruppen“ (z.B. Prostituierte, aber nicht deren Kunden!) aus, welche eine besondere „Gefahr“ für den Staat und die Bürger darstellen. Das primäre Ziel lag in der Perfektionierung von Präventionsmaßnahmen, ohne jedoch letztlich ein „Nullprozent-Risiko“ erreichen zu können. In diesem Szenario liege eine »Logik der Perfektibilität«<sup>237</sup>, so *Rottleuthner*, der sich mit Fragen der Effektivität solcher angestrebten Rechtsnormen kritisch auseinander setzte. »Es genügt die komparative Logik, es immer noch effektiver machen zu wollen. Jede bislang praktizierte Maßnahme hat ihre Mängel, sie ließe sich verbessern – ohne daß klare normative Grenzen abzusehen wären. Im Gegenteil: Das rechtsdogmatische Vokabular steht bereit; es kann „bei Bedarf“ aktualisiert werden, ohne daß es dagegen irgendwelche „innerdogmatischen“ Schranken gäbe. Denn was wäre man nicht bereit zu tolerieren – auch unter den Stichworten der „Verhältnismäßigkeit“ oder des „Übermaßverbots“ – , wenn es um die massenhafte Rettung von Leben geht?«<sup>238</sup> Der „Bürgerschutz“ vor ansteckenden Krankheiten wird zum überragenden „Kollektivgut“. Es gilt also unter *allen* Umständen die „Volksgesundheit“ zu bewahren, auch auf Kosten des Rechts des Einzelnen. Doch wer schützt die Infizierten, und die, die nicht infiziert sind, aber eine vermeintliche Bedrohung für die Gesellschaftsordnung und „bürgerliche Moral“ darstellen? Wer schützt sie vor dem eingeforderten „Recht auf Angstfreiheit“ einer Majorität, die es in Kauf zu nehmen scheint, das „Recht auf Menschenwürde“ zuunterst anzusiedeln? Paart sich hier nicht die Perfektibilität mit Naivität?

Der insbesondere vom bayerischen Ministerrat vorgeschlagene repressive Maßnahmenkatalog gegen Homosexuelle u.a., der weder ethisch noch sachlich zu legitimieren war, hätte ein Klima erzeugt, das die eigene Verantwortung des Einzelnen gegenüber

<sup>235</sup> Geene: AIDS-Politik. 123.

<sup>236</sup> Vgl. Geene: AIDS-Politik. 123.

<sup>237</sup> Rottleuthner: Probleme der rechtlichen Regulierung von AIDS, in: Rosenbrock; Salmen (Hg.): AIDS-Prävention. 126 u. 133.

<sup>238</sup> Rottleuthner: Probleme der rechtlichen Regulierung von AIDS, in: Rosenbrock; Salmen (Hg.): AIDS-Prävention. 126f.

einer Gesellschaft deutlich herabsetzt. Solche Zwangsmaßnahmen hätten eine Sicherheit vorgespielt, die – wie gesehen – es letztendlich gar nicht gibt.<sup>239</sup>

Die katholische Amtskirche argumentierte damals auf gleicher Ebene, voran *Msgr. Caffarra* vom *Instituto Matrimonio e Famiglia* aus Rom. Er betonte in seinem „ethischen“ Beitrag über allgemein ethische Aspekte zu AIDS: >>... die Homosexualität wird nicht erst durch die mögliche Übertragung der Infektion ethisch unzulässig. Sie ist es in jedem Fall, weil sie im Gegensatz zur wesentlichen Ausrichtung der menschlichen Geschlechtlichkeit steht, nämlich zur Fortpflanzung.<< *Freud* zitierend konstatierte er weiter: >>Es gehört zu den gemeinsamen Merkmalen jeder sexuellen Perversion, daß dabei die Fortpflanzung ausgeschlossen ist.<<<sup>240</sup> Grundsätzlich schloss er auch in seinem Statement über AIDS nicht aus, an jemanden einen HIV-Test vorzunehmen, ohne dass dessen Zustimmung vorliegt. Damit stellte er sich auf die dieselbe Stufe einzelner politischer Agitatoren im Kampf gegen HIV.<sup>241</sup>

Aus diesem Kontext heraus lässt sich dann auch relativ leicht nachvollziehen, dass in anfänglichen Debatten neben weit reichenden Präventionsmaßnahmen zusätzlich auch staatliche Zwangsmaßnahmen allgemein Zustimmung fanden. Eine noch so stetig durchgehaltene Kontaktvermeidung, allein wegen der empfundenen öffentlichen Bedrohung auf Toiletten, bei Arztbesuchen oder im öffentlichen Verkehr schien dem ersten Anschein nach keine ausreichende Sicherheit vor HIV zu bieten.

Insgesamt entstand schnell der Eindruck, dass in einzelnen AIDS-Diskussionen nicht die HIV-Infektion *als solche* ins Zentrum der Aufmerksamkeit rückt. Es standen vielmehr die als fremd bezeichneten Gruppen im Mittelpunkt der Auseinandersetzung und den darauffolgenden Restriktionen. Im Ganzen belastete dies erheblich die sozialen Beziehungen zwischen Infizierten und Nicht-Infizierten. Die beabsichtigte Selektion zwischen *Kranken* und *Gesunden* schien perfekt und nicht nur aus rein medizinischen Beweggründen legitimiert.

---

<sup>239</sup> Den Forderungen nach Zwangstestungen in der Bevölkerung stehen gewichtige Argumente entgegen: Reihentestungen würden nicht nur zu falsch-positiven oder falsch-negativen Antikörpertestergebnissen führen, sondern auch zum Vertrauensverlust in öffentliche Beratungsstellen, die zu Fahndungsbehörden umfunktioniert worden wären. Viele der Gefährdeten wären außerdem in den „Untergrund“ abgewandert und so für wichtige Präventivmaßnahmen kaum noch erreichbar gewesen; vgl. auch: Satzinger; Bujok: Zwischen Seuchenprävention und Sozialfürsorge, in: Rosenbrock; Salmen (Hg.): AIDS-Prävention. 67-76.

<sup>240</sup> Caffarra: AIDS: allgemeine ethische Aspekte, in: *Dolentium Hominum*, V. Jahr, Nr. 13/1990/1, Vatikanstadt 1990. 70-74. Unterschiedliche kirchliche Positionen siehe auch bei: Hartfeld: Homosexualität im Kontext von Bibel, Theologie und Seelsorge. 148-161.

<sup>241</sup> Vgl. hierzu auch: Rosenbrock: AIDS-Prävention und die Aufgaben der Sozialwissenschaften, in: Rosenbrock; Salmen (Hg.): AIDS-Prävention. 27.

Trotz aller gut gemeinten Beteuerungen der Nicht-Diskriminierung zeigten damalige Äußerungen unterschiedlichster Couleur ein hohes Maß an Selbstgerechtigkeit. Dabei wurde AIDS vor allem in moralisch geführten Debatten dazu benutzt, um das Bild von *Sexualität* wieder zurechtzurücken, welches nach Meinung einiger institutioneller Repräsentanten gänzlich aus dem Rahmen zu fallen drohte. Vielleicht, so stellt sich im Nachhinein die Frage, hätten sich damals die zahlreichen AIDS-Diskussionen eher von humanen als von irrationalen Gedanken leiten lassen sollen. Jedenfalls fanden letztere ihren Ausdruck auch im gesellschaftlichen Umgang mit den Betroffenen und haben wesentlich zur Irritation und Hysterie in der Öffentlichkeit geführt.

### *Anfänge einer Hysterie*

Für die breite Öffentlichkeit wurde AIDS also wieder zur Realität einer außerordentlichen „Gefahr“. Die breite Vorstellung, dass das „Risiko“ nur die sog. „Randgruppen“ betreffe, erwirkte eine weitere Verschiebung der Wahrnehmungsperspektive in der Bevölkerung. Sie fühlte sich unbetroffen und sicher, während die konstruierten „Risiko-*gruppen*“ eine „Gefahr“ darstellen. Nicht der HI-Virus, sondern vielmehr die Betroffenen selbst, waren Grund und Auslöser hysterischer, extrem überzogener Reaktionen. AIDS wurde schließlich zum Inbegriff einer stetig lauernenden Gefahr, so dass der »physische Alltagskontakt« mit einer angesteckten Person für viele mit schier unüberwindbaren Ängsten in Verbindung trat.<sup>242</sup> Der HI-Virus irritierte dabei nicht nur die Öffentlichkeit, sondern stellte sich als allgegenwärtige Gefahr für eine *stabil* bezeichnete Gesellschaft heraus.

So konnten bereits Anfang der 90er Jahre *Orth u. Broszkiewicz* im Rahmen ihrer Studie zur HIV-Risikowahrnehmung ein erhebliches Potential an Unsicherheit und Angst in der Bevölkerung ausmachen. Ihre Besorgnis äußerte sich überwiegend in der Einschätzung von AIDS und den unmittelbaren und mittelbaren Folgen. Dementsprechend wurden auch »... die möglichen medizinisch-epidemiologischen Folgen, wie eine wachsende Zahl HIV-infizierter Kinder, die immer größere Ausbreitung der AIDS-Epidemie und das Fehlen einer Impfung oder wirksamer Heilungsmöglichkeiten von AIDS, neben

---

<sup>242</sup> Vgl. Pollak: AIDS-spezifische Vorstellungs- und Reaktionssysteme in der Gesamtbevölkerung und in einer Hauptbetroffenengruppe, in: Rosenbrock; Salmen (Hg.): AIDS-Prävention. 309.

dem Risiko der Einschränkung von Rechten und Freiheiten als besonders folgenschwer eingeschätzt<sup>243</sup>.

Aufgrund ihrer spezifischen Untersuchungen, die primär das Ziel verfolgten, zentrale Dimensionen der Risikowahrnehmung von HIV und AIDS herauszuarbeiten, konnten *Orth u. Broszkiewicz* wesentliche Parallelen zwischen der gesellschaftlichen Gefahreneinschätzung und der individuellen Risikoeinschätzung bestimmen. So zeichnete sich eine Tendenz ab, die im Ansatz erkennen ließ, dass sich die *individuellen* Risiken durch noch extremere Positionen in den Bereichen der „Wahrscheinlichkeit“, der „Kontrollierbarkeit“ und der „Folgeschwere“ auszeichneten, als dies bei der *gesellschaftlichen* Gefahreneinschätzung der Fall war. Vor allem die *Folgeschwere* einer möglichen HIV-Infektion stellte sich hierbei als eine wesentliche Dimension heraus.<sup>244</sup>

Dies ist sicher kein ungewöhnliches Ergebnis, da durch das subjektive Empfinden eines individuellen HIV-Risikos und aufgrund der wissenschaftlichen Erkenntnisse im Bereich des schweren Krankheitsverlaufs eine dadurch erhöhte potentielle Bedrohungslage des Einzelnen mit ziemlicher Sicherheit zu erwarten war. AIDS wurde Sinnbild für Leid und Tod. Auch die individuelle „Wahrscheinlichkeit“ aufgrund einer HIV-Infektion zu erkranken wurde zunächst als äußerst hoch eingeschätzt, obwohl die Prävalenz von AIDS in Deutschland im Vergleich zu anderen (Entwicklungs-)Ländern als relativ niedrig einzustufen war. Noch Mitte der 90er Jahre schien nach *Jacob u.a.* festzustehen, dass das HI-Virus eine universale und stets präsente „Gefahr“ für Menschen darstellt.<sup>245</sup>

Gefährliche, neu auftretende Infektionskrankheiten haben sich in der Vergangenheit meist unabhängig von individuellen Entscheidungen im Volk verbreitet. Man war ihnen nicht selten machtlos ausgesetzt. Als einziges Mittel blieb oft nur die konsequente Meidung oder die völlige Isolation von Betroffenen. Besonders bei unsicherem Wissensstand erschien jede rationale Handlungsweise deshalb als aussichtslos. Nicht selten wurden schwere Infektionskrankheiten deshalb auch als „von außen“ kommende Gefahren eingestuft und in Verbindung mit religiösen Dimensionen als unvermeidlicher Schicksalsschlag interpretiert. Konsequenterweise stufte man auch HIV zunächst als allgegenwärtige Gefahr ein.

Die Sichtweise von HIV als eine gesellschaftliche „Gefahr“ konnte sowohl die Wahrnehmung der Krankheit, die Krankheitsvorstellungen selbst als auch ihre gesellschaftli-

---

<sup>243</sup> Orth; Broszkiewicz: Subjektive Wahrnehmung individueller und gesellschaftlicher AIDS-Risiken, in: Lange (Hg.): AIDS – eine Forschungsbilanz. 36.

<sup>244</sup> Vgl. Orth; Broszkiewicz: Subjektive Wahrnehmung individueller und gesellschaftlicher AIDS-Risiken, in: Lange (Hg.): AIDS – eine Forschungsbilanz. 35.

<sup>245</sup> Vgl. Jacob u.a.: AIDS-Vorstellungen in Deutschland. 66f.

chen Interpretationen weitgehend stark beeinflussen. Besonders geeignet schien dies bei HIV zu sein, das zunächst als hochinfektiös galt. Die daraus entstandenen Ängste und Projektionen auf bestimmte Gruppen in Verbindung mit den bekannten Schuldatributionen stützen diese Sichtweisen. Folglich stellten die ohnehin schon stigmatisierten Gruppen der Drogenkonsumenten, Homosexuellen, Prostituierten ein gesellschaftliches Bedrohungspotential ersten Ranges dar – egal ob sie tatsächlich infiziert waren oder nicht. Ein grundsätzliches Misstrauen gegenüber diesen fremden Gruppen war die Grundvoraussetzung für darauffolgende Isolationsstrategien. Unter allen Umständen sah man sich gezwungen, den weiteren Kontakt mit diesen Gruppen aufzukündigen, da man sich wegen der von ihnen ausgehenden, mutmaßlichen Infektionsgefahr regelrecht in „Gefahr“ sah.

Analysiert man die Einschätzung der gesellschaftlichen Gefahrenperspektive zu Beginn des Auftretens von HIV, so gibt es weitreichende Anhaltspunkte dafür, dass ca.  $\frac{3}{4}$  der Allgemeinbevölkerung in Deutschland anfänglich noch der Meinung waren, AIDS gehöre im Vergleich zu anderen Krankheiten zu der gefährlichsten Krankheit schlechthin. Noch 1987 sahen immerhin 65% der Bevölkerung in der Bundesrepublik AIDS als *die* Krankheit an, so dass noch Ende der 80er Jahre sie nicht nur als gefährlich, sondern auch als „wahrscheinlicher“ eingestuft wurde als alle anderen heterogenen Gefahren, wie Naturkatastrophen, Kriege, Seuchen oder Hungersnöte. Man schätzte eine HIV-Infektion als erheblich folgenschwerer und schrecklicher ein als eine mögliche Gefahr durch Unglücke oder Naturkatastrophen. Nachdem im Jahre 1990 nur noch ca. 47% der Befragten HIV als „gefährlich“ einstufen, stieg die Prozentzahl aufgrund des Blutkonservenskandals 1993 wieder sprunghaft auf über 60%.<sup>246</sup>

Auch die darauffolgenden politischen Bemühungen, >>... die der Verhütung der weiteren Ausbreitung der Erkrankung und der Unterbrechung der Übertragungswege ...<< dienten, für >>vordringlich<< zu erklären, drückt nicht nur die Sorge der damaligen Regierung um Hämophilie-Kranke aus, die ja auf Spenderblut angewiesen sind.<sup>247</sup> Darin trat auch ein Ausdruck von Besorgnis vereinzelter Politiker zu Tage, die vermehrt festgestellten Emotionalitäten und Hysterien in der Bevölkerung gegenüber „Randgruppen“ weitgehend unter Kontrolle halten zu wollen.

---

<sup>246</sup> Vgl. Orth; Broszkiewicz: Subjektive Wahrnehmung individueller und gesellschaftlicher AIDS-Risiken, in: Lange (Hg.): AIDS – eine Forschungsbilanz. 34. Die Prozentangaben sind ersichtlich aus den langjährigen Befragungen der BZgA: vgl. hierzu: BZgA: AIDS im öffentlichen Bewusstsein der Bundesrepublik Deutschland 1999. 20.

<sup>247</sup> Geene: AIDS-Politik. 111.



Es gelang aber nur schwer, diese aufgetretenen destruktiven Emotionen durch fachspezifisches Wissen vollständig zu ersetzen, wobei schnell deutlich wurde, dass gerade das medizinische Fachpersonal hinsichtlich tradierter Alltagsmuster sich ebenfalls kaum von der Allgemeinbevölkerung zu unterscheiden vermochte.<sup>248</sup> Irrationale Ängste vor einer möglichen Infektion und übertriebene Maßnahmen (wie z.B. das Desinfizieren eines gesamten Krankenwagens nach dem Transport eines HIV-Infizierten zur Klinik) zeigen heute noch, dass selbst innerhalb des Medizinsystems mit Unsicherheiten, Ängsten und unkontrollierten Handlungsweisen gerechnet werden muss.

HIV als ubiquitäre Gefahr einzustufen veranlasste neben der Sexualwissenschaft hauptsächlich die Psychoanalyse mit ihren Erklärungsversuchen, die prekäre Lage umfassend zu diagnostizieren. Innerhalb kurzer Zeit wurde die Gesellschaft selbst zum Objekt sozialpsychologischer Diagnostik.

### *Sozialpsychologische AIDS-Kritik*

In seiner Untersuchung zu *AIDS-spezifischen Reaktionssystemen* beobachtet *Pollak* zwei verschiedene Dispositionen, die sich als diametral entgegengesetzt herausstellen. Beide Reaktionssysteme können uns in ihrer subjektiven Differenziertheit die damalige Situation um AIDS verdeutlichen: Das »libertär-liberale« Reaktionssystem umfasst dabei den Personenkreis, die keine repressiven und administrativen Maßnahmen zur Bekämpfung von HIV befürworten. Diese Personen sehen das „Risiko“ als grundsätzlich individuell vermeidbar und verneinen darüber hinaus strikt jede Art der Feindseligkeit gegenüber Betroffenen. Für diese Personengruppe, so *Pollak*, stellt AIDS »keine abstrakte Größe«, sondern ein »konkretes menschliches Gesicht« dar. Darüber hinaus zeichnet sich dieser Personenkreis der unter 40-Jährigen durch einen „hohen Wissenstand“ aus und ist in der „höheren Mittelschicht“ der Gesellschaft anzusiedeln. Diesem »diametral entgegengesetzt« steht das rein »repressive Denken«, das »einer enormen Überschätzung von potentiellen Übertragungssituationen und -wegen die Einschätzung von AIDS als „Gefahr“ des gesellschaftlichen Gleichgewichts« entspricht. ... »Für Vertreter dieses Denkens ist AIDS nicht nur der Ausdruck des moralischen Verfalls, sondern eine Art ökonomische Zeitbombe für unser Sozialversicherungssystem«,

---

<sup>248</sup> Vgl. hierzu näher auch die Ausführungen von: Zuber; Werner: Einstellungen von medizinischem Personal gegenüber HIV-Positiven und AIDS-Kranken, in: Lange (Hg.): AIDS – eine Forschungsbilanz. 75-91; Zum Problem der Integration neuen Wissens in Alltagswissen siehe auch: Abschnitt 1.2.

so konstatiert *Pollak*.<sup>249</sup> Beide Reaktionssysteme zeigen unterschiedliche Bewältigungsstrategien der HIV-Bedrohung auf, die u.a. auch durch spezifische *soziodemographische* Merkmale gekennzeichnet sind.

Parallel sind auch die Untersuchungen von *Jacob u.a.* erwähnenswert. Im Ergebnis lässt sich bei der gesellschaftlichen Interpretation einer AIDS-Bedrohung sowohl ein >>*Risiko*-Habitus<< als auch ein >>*Gefahr*-Habitus<< beobachten: Von bestimmten Personen wird das AIDS-Phänomen als ein kalkulier- und vermeidbares „Risiko“ eingeschätzt, die auch prinzipiell keine Veranlassung sehen, sich von den Betroffenen abzugrenzen oder sich für eine staatliche Zwangsmaßnahme, sprich Zwangsisolation, auszusprechen. Andere hingegen nehmen HIV, abgesehen von der realen „Gefahr“ einer Infektion, als eine „allgegenwärtige“ und „diffuse“ Bedrohung wahr. Auf diese Bedrohung hin reagieren diese Menschen wesentlich häufiger mit Schuldzuweisungen oder Ausgrenzungstendenzen und sprechen sich ebenfalls eher für repressive Maßnahmen gegen die betroffenen Gruppen aus.<sup>250</sup>

So lässt sich feststellen, dass beiden Denk- und Handlungsrichtungen gemeinsam die unterschiedliche Art und Weise der Verarbeitung des Phänomens AIDS ist. Bemerkenswert dabei ist allerdings die Beobachtung von *Pollak*, dass die beiden >>reinen Reaktionssysteme<< selten getrennt voneinander auftauchten. Da beide Denkansätze von den jeweiligen Vertretern eigentlich für „inakzeptabel“ (und damit als unmenschlich) gehalten wurden, waren sie auch in der Allgemeinbevölkerung nicht isoliert voneinander wahrnehmbar, sondern traten meist vermengt auf. Während interessanterweise nämlich die tolerant-vorurteilsfreie Haltung eher als unrealistisch angesehen wurde, stufte man repressive Maßnahmen als doch zu unmenschlich ein.<sup>251</sup>

Die vor allem durch multimediale Informationen heraufbeschworenen Hysterien scheinen letztlich einem rationalen Denken doch nur schwer zugänglich und bieten offensichtlich nur wenig Handlungsmöglichkeiten, dem AIDS-Phänomen sachlich-vorurteilsfrei zu begegnen.

Die Kombination dieser zwei Reaktionssysteme wird auch in der Unterschiedlichkeit der Gefahreinstufung ersichtlich. Bezüglich der Kontrollierbarkeit aktiver Handlungs-

---

<sup>249</sup> *Pollak*: AIDS-spezifische Vorstellungs- und Reaktionssysteme in der Gesamtbevölkerung und in einer Hauptbetroffenengruppe, in: Rosenbrock; Salmen (Hg.): AIDS-Prävention. 311f; vgl. hierzu auch die Ausführungen in Abschnitt 1.2. in Verbindung mit den erwähnten soziologischen Determinanten, die eine gewichtige, wenn auch nicht überragende Rolle in der Wahrnehmung einnehmen.

<sup>250</sup> Vgl. *Jacob u.a.*: AIDS-Vorstellungen in Deutschland. 188f.

<sup>251</sup> Vgl. *Pollak*: AIDS-spezifische Vorstellungs- und Reaktionssysteme in der Gesamtbevölkerung und in einer Hauptbetroffenengruppe, in: Rosenbrock; Salmen (Hg.): AIDS-Prävention. 312.

weisen nimmt laut *Orth u. Broszkiewicz* die HIV-Gefahr im Vergleich zu anderen Gefahren in der Gesellschaft lange Zeit eine ungleiche Position ein. Nach anfänglichen Schwierigkeiten werden aber im Zuge der AIDS-Aufklärung legislative Zwangsmaßnahmen mehr und mehr abgelehnt, Diskriminierung und soziale Benachteiligung von Betroffenen hingegen weiterhin als sehr wahrscheinlich eingestuft.<sup>252</sup> Beides ist nicht zuletzt auch ein weiteres Indiz dafür, dass das gesellschaftliche Potential von sozialer Ächtung weitaus robuster erscheint, als dies durch Studien und Analysen häufig vermittelt wird.

Offensichtlich spricht sich ein Großteil der Bevölkerung zwar generell gegen gesetzliche Zwangsmaßnahmen, wie z.B. die zeitweise oder dauerhafte Isolierung von HIV-Infizierten u.a. aus, zugleich sind aber anhaltende irrationale Reaktionen durch die Bevölkerung nicht ganz abzustellen. Die Antwort auf eine Bedrohung wird weiterhin sein, sie selbst so weit wie möglich zu meiden. Ist dies nicht möglich, bleiben Reaktionen oft im Illusionären, d.h. je weniger im sozialen Alltag etwas für bedrohlich-kontrollierbar – also in unserem Sinn als „Risiko“ – gehalten wird, desto irrationaler ist auch die Reaktion darauf und desto weniger werden die ausgelösten Emotionen steuerbar.<sup>253</sup>

Die Psychoanalyse versucht nun diese innergesellschaftlichen Reaktionssysteme auf ihre Weise zu erklären, indem sie im anfänglichen AIDS-Diskurs insbesondere einen gesellschaftlichen Ausdruck weit verbreiteter „Sexualneurosen“ sieht, die sich wiederum gegen abweichendes Verhalten – wie das der Homosexualität – richten. *Schmidt* beschreibt die Hysterie um AIDS als „kollektive Hypochondrie“, die besonders „sozialpathologische Reaktionen“ in der Bevölkerung mobilisiert. Er geht zumindest davon aus, dass eine weit reichende Verschiebung kollektiver Angst und kollektiver Wut vor Sexualität auf die betreffenden Gruppen und auf die „Krankheit“ AIDS stattfindet, die allenthalben zu einer individuellen wie auch kollektiven Sexualneurose führt – mit Folgen für die Sexualität insgesamt. Dies gehe nach *Schmidt* so weit, dass gerade die Sexualität, durch ihr auferlegtes Gefahrenstigma, nur noch unfrei und latent gelebt werden kann.<sup>254</sup>

Der Schweizer Psychoanalytiker *Parin* sieht hingegen in der Mystifizierung von AIDS ein „Verschiebungersatz“ (*Freud*) für unerträgliche Verhältnisse. Diese Mystifizierung

---

<sup>252</sup> Vgl. *Orth; Broszkiewicz*: Subjektive Wahrnehmung individueller und gesellschaftlicher AIDS-Risiken, in: *Lange* (Hg.): *AIDS – eine Forschungsbilanz*. 36.

<sup>253</sup> Vgl. hierzu: *Bengel; Koch*: Zur Psychologie der Angst, des Risiko- und Gesundheitsverhaltens, in: *Rosenbrock; Salmen* (Hg.): *AIDS – eine Forschungsbilanz*. 113.

<sup>254</sup> Vgl. *Schmidt*: Moral und Volksgesundheit, in: *Sigusch* (Hg.): *AIDS als Risiko*. 24-38. Zuerst erschienen in: *Schmidt*: *Moral und Volksgesundheit*, in: *Sigusch; Gremliza*: *Operation AIDS. Konkret Sexualität*, Heft 7, 1986. 8ff.

konnte seiner Ansicht nach deshalb eintreten, weil zwei wesentliche Erscheinungen zusammenfallen, die als Verschiebungersatz dienen und zugleich von der verdrängten Angst entlastend wirken: Zum einen die unheimliche Krankheit, zum anderen die ausgegrenzte Gruppe, der die eigentliche Schuld am Übel zugeschrieben wird und deshalb bekämpft werden muss.<sup>255</sup>

Behält *Parin* Recht, dann stellt sicher nicht nur das AIDS-Phänomen zutiefst ein sozialpsychologisches Problem dar, d.h. es gibt psychische Mechanismen, individuell oder gesellschaftlich wirksam, die eine Verschiebung des Bedrohlichen auf ein anderes Objekt oder auf eine andere „Gefahr“ vornehmen, aus der wiederum Hass und Aggression mobilisiert werden. Versucht man dies sozialpsychologisch zu begründen, so scheint dieser Versuch, der „Gefahr“ von AIDS durch aktives Handeln oder zumindest durch die Mobilisierung von Antipathien oder Aggressionen zu entgegnen, nicht nur subjektiv >>entlastend<<, sondern für die psychische Balance der Gesellschaft äußerst >>zweckmäßig<<.<sup>256</sup>

Objektiv gesehen ist dieser Vorgang, wie immer man ihn begründet, als äußerst kritisch zu werten. Eine Gefährdung durch eine andere zu vertauschen wird zwar einerseits eine persönliche (auch innerpolitische) Entlastung und gesellschaftliche Stabilisierung<sup>257</sup> der Verhältnisse herbeiführen, andererseits wird sich ein solcher Mechanismus des vermeintlichen „Wiederherstellens der hygienischen Verhältnisse“ zum „Schutz der Volksgesundheit“ schonungslos rächen.<sup>258</sup>

*Parin* hält die AIDS-Kampagnen und damit auch den Prozess der „Verschiebung“ als eine >>verantwortungsvoll getarnte Prävention<< der Legitimierung einer >>neuen Hexenjagd<< gegen die Betroffenen. Nicht nur bei AIDS, das den Charakter des Unheimlichen in sich birgt, sind solche Mechanismen auszumachen. Viele Gefahren, die nicht genau bekannt sind und gegen die es kein Mittel gibt, eignen sich hervorragend, Nährboden für den „Verschiebungersatz“ zu bieten.<sup>259</sup> So wird wellenförmig bald die eine, bald die andere (Krankheits-)Gefahr medial hochgespielt.

<sup>255</sup> Vgl. Parin: Die Mystifizierung von AIDS, in: Sigusch (Hg.): AIDS als Risiko. 54-66.

<sup>256</sup> Vgl. Parin: Die Mystifizierung von AIDS, in: Sigusch (Hg.): AIDS als Risiko. 55.

<sup>257</sup> Vgl. dazu außerdem: Lenzen: Krankheit als Erfindung. 91-105. Hierbei besonders der Abschnitt: „AIDS als Mittel gesellschaftlicher Stabilisierung und Geschichtsvernichtung“.

<sup>258</sup> Man denke hierbei an die derzeitige Diskussion um die innerdeutsche Sicherheit und die damit verbundene einseitige, aber funktionstüchtige, Reduktion der islamischen Religion auf den Fundamentalismus.

<sup>259</sup> Vgl. Parin: Die Mystifizierung von AIDS, in: Sigusch (Hg.): AIDS als Risiko. 66; vgl. hierzu auch: Dunde: Die Hexenjäger kommen zurück, in: Psychologie heute, Nr. 6, Juni 1987. 28-33.

Die „Gefahr“, die sich als Verschiebungersatz anbietet, ist die Bedrohung durch eine als hochgefährlich erlebte Gruppe, welche sich gesellschaftlich leicht ausgrenzen lässt. So ist das Stigmatisieren abgrenzbarer Gruppen ein bekanntes und bewährtes Mittel, welches sich nicht nur die Politik bedient; auch andere gesellschaftliche Institutionen nutzen es, um eigene Systeme aufrecht zu erhalten und zu stabilisieren.

Die Mystifizierung von AIDS konnte nach Meinung *Parins* vor allem deshalb eintreten, weil HIV als eine unheimliche „Krankheit“ auftritt und es eine ausgrenzbare Gruppe gibt, der die Schuld am Übel zugeschrieben werden kann.<sup>260</sup> Folgt man insgesamt diesen Argumentationsweisen, so wird deutlich, dass die grundsätzlichen Positionen der Psychoanalyse wesentlich „nur“ eine Warnung vor sexuellen Normierungen wie die der *>>Treue- und Familienideologie<<* enthält, *>>*die immer nur die fatale Konsequenz haben können, Schuld- und Schamgefühle ins Unterbewusste der Menschen zu leiten, wodurch sie in andere Ausdrucksformen umgeleitet werden wie Aggressionen oder Selbsthass<<.<sup>261</sup>

Es stellt sich die Frage, ob das vernichtend-kollektive Urteil der Psychoanalyse letzten Endes einen produktiven Beitrag zum Lernprozess für gegenwärtige AIDS-Diskussionen geleistet hat oder ob sich die rein psychoanalytischen Erklärungsansätze in diesem Zusammenhang als zu wenig komplex und zu stark auf einseitige Ergebnisproduktion orientiert erweisen. Fest steht aber, dass der vielschichtige Kontext von AIDS uns neben unbestreitbaren psychosozialen auch auf sozio- bzw. sexuell-kulturelle Dimensionen verweist und damit auf übergreifende gesellschaftliche Prozesse, die auch einem stetigen Wandlungsprozess unterworfen sind.<sup>262</sup>

Auch wenn solche psychoanalytischen oder psychosozialen Erklärungsversuche und ihre Kritik an der gesellschaftlichen Hysterie um AIDS gerechtfertigt sein mögen, ist nach der eigentlichen Sinnfunktion dieser Argumentationsweise zu fragen, die letztendlich in ihrer Diagnose die Gesellschaft mit ihrer Real-Angst vor HIV als paranoiden und pathologischen Patienten zu entlarven versucht. Auffallend an diesen psychoanalytischen Erklärungsversuchen ist ferner die scharf formulierte, kollektive Gesellschaftskritik, die die damalige Angst vor AIDS als Symptom einer pathologischen Gesellschaft beschreibt, die quasi „nur“ von den „realen“ gesellschaftlichen und politischen Problemen ablenken wollte.

---

<sup>260</sup> Vgl. Parin: Die Mystifizierung von AIDS, in: Sigusch (Hg.): AIDS als Risiko. 54-66.

<sup>261</sup> Geene: AIDS-Politik. 254.

<sup>262</sup> Vgl. hierzu insbesondere die Ausführungen von Heiderich; Rohr: Wertewandel. 83-100. Ihr Anliegen war es, in einigen Bereichen dem Wertewandel nachzugehen, der unsere Gesellschaft stetig verändern wird.

Durch eine derartige „Diagnose“ wird aber nicht nur die damalige Situation undifferenziert wahrgenommen und bei weitem unterschätzt, sondern auch Vorschub dafür geleistet, die reale Angst der Menschen vor HIV letzten Endes zu bagatellisieren. Das Entstehen der subjektiv empfundenen Angst ist überwiegend auf die konstruierende massenmediale Praxis zurückzuführen. Häufig enthalten diese medial vermittelten psychosozialen Erklärungsversuche kaum handlungsorientierte Strategien im Umgang mit der HIV-Bedrohung. Hier versagen nicht nur die Medien, sondern auch diejenigen, die vorgeben, psychologische Kompetenzen zu besitzen. Um sie dort einzubringen, wo sie notwendig sind, produziert ein „Zuviel“ an Angst in Aufklärungskampagnen irrationale und psychologische Abwehrprozesse in der breiten Bevölkerung. Im Zentrum von Aufklärungsbotschaften muss weder der andauernde Verweis auf Risiko- oder Hauptbetroffenengruppen noch die hysterische Gesellschaft stehen. Es sind vielmehr praxis- und handlungsorientierte Konzepte für eine Bewältigung im Umgang mit derartigen Risiken gefragt und nicht extrem angsterzeugende und sich widersprechende Informationen (vgl. BSE-Diskussion), die weder rational aufgenommen noch verarbeitet werden können.

Es ist verwunderlich, dass gerade diejenigen, die die Angst damals pathologisierten, heute diese sehnsüchtig zurückfordern, um von jungen Menschen eine neue Sensibilität im Umgang mit HIV und ihrer Sexualität zu verlangen. So bricht derzeit eine regelrechte Sehnsucht nach dieser damaligen „Hysterie“ aus, die der jüngeren Generation zum Bewusstsein der heutigen HIV-Problematik verhelfen soll. So wird paradoxerweise aus Fachkreisen die nun schwindende Sensibilität im Verhalten mit HIV-Risiken und HIV-Gefahren bei Jugendlichen mit dem „Nicht-Miterleben“ der Entdeckung von HIV und der öffentlichen Erregtheit um das Thema erklärt. Ihnen entginge damit, dass es bei AIDS letztendlich um Leben und Tod geht.<sup>263</sup> So bleibt die Frage: Gibt es ohne Hysterie keinen Bewusstseinswandel?

### *HIV und die Öffentlichkeit – eine trügerische Ruhe?*

Die beruhigte Phase im Umgang mit HIV und den davon Betroffenen lassen erkennen, dass von einem gesellschaftlichen Wandlungsprozess in der Wahrnehmung und

---

<sup>263</sup> Vgl. z.B. hierzu: Artikel: „Allein mit der Angst“, in: Schwäbisches Tagblatt, 11.07.2000.

Einschätzung von AIDS auszugehen ist. Es ist zu fragen, wie das gesellschaftliche Klima um das Thema AIDS derzeit eingeschätzt und bewertet werden kann.

Die häufig kritisierte Tabuisierung von HIV in der Allgemeinbevölkerung lässt sich durch wesentliche Veränderungen in der Wahrnehmung des Phänomens erklären, die nun näher zu beleuchten gilt: Meine These lautet deshalb, dass der gegenwärtige Zustand positive wie negative Effekte erzeugt und deshalb einer differenzierten Wahrnehmung bedarf.

Ohne jeden Zweifel: Die Lage hat sich in den letzten Jahren verändert – aber wohin? Gibt es wirklich das propagierte „AIDS-Wunder“ und kann tatsächlich von einer „Normalisierung“ gesprochen werden? Bedeutet, wie *Wright* vermutet, die gegenwärtige „Normalisierung“ tatsächlich „nur“ die >>Integration einer Krankheit in die Gesellschaft<<<sup>264</sup>? Oder geht AIDS heute nicht mehr alle an? Ist die derzeitige Ruhe um AIDS also trügerisch? Ja und Nein!

Allein die Tatsache, dass in den USA bestimmte Unternehmen vom Markt verschwunden sind, die Lebensversicherungen von HIV-Infizierten und AIDS-Kranken aufkauften, um später selbst abzukassieren, zeigt, dass der einst einkalkulierte Tod aufgrund hilfreicher Medikamente derzeit nicht mehr so einfach zu „berechnen“ ist.<sup>265</sup>

Auch die offizielle Statistik des *RKI* weist darauf hin, dass in den vergangenen Jahren ein Rückgang der AIDS-Sterblichkeitsrate festzustellen ist. Darüber hinaus können viele der Infizierten heute nahezu ambulant versorgt und therapiert werden.

Durchaus positive Tendenzen können im Umgang mit den Betroffenen beobachtet werden. Positiv deshalb, weil das derzeitige „Risiko“, auf HIV-infizierte und AIDS-krank Menschen mit Diskriminierung und Stigmatisierung zu reagieren, dem ersten Anschein nach gesunken ist. Wurde es zu Beginn der 90er Jahre gesellschaftlich noch immer als „besonders wahrscheinlich“ gesehen, mit solch irrationalen Handlungsweisen zu reagieren, so ist laut *BZgA* das Einstellungsklima gegenüber Betroffenen in Deutschland derzeit durch ein geringes Maß an Diskriminierung und Stigmatisierung gekennzeichnet.<sup>266</sup> Die „Wahrscheinlichkeit“ einer evtl. Stigmatisierung durch die Gesellschaft ist zwar weiterhin mit Ansteckungsängsten in Verbindung zu bringen, neu scheint aber, dass die anfangs noch häufig anzutreffenden Pest- und Seuchenmetaphoriken – vor allem in den Industrienationen – sich relativieren.

---

<sup>264</sup> Wright: Die Normalisierung von AIDS und die Neudefinition der Normalität, in: Marcuse (Hg.): Glück gehabt?. 270-291.

<sup>265</sup> Den Betroffenen wurde ein Anteil ihrer Lebensversicherung von 50% und mehr vorzeitig ausbezahlt, um sich teure Medikamente für die HIV-Therapie leisten zu können.

<sup>266</sup> Vgl. BZgA: AIDS im öffentlichen Bewusstsein der Bundesrepublik Deutschland 1999. 59.

Der Wandel in der Einstellung zu AIDS lässt sich durch die Untersuchung von *Jacob u.a.* empirisch so erklären, dass sowohl Bedrohungen durch andere Krankheitserreger, wie z.B. BSE, als auch die durch moderne technische Entwicklungen, wie z.B. der Gentechnologie, derzeit wesentlich stärker empfunden werden als eine Bedrohung durch HIV im eigenen sozialen Umfeld.<sup>267</sup>

Auch die Ergebnisse einer durch *Reimann u. Bardeleben* angelegten Studie an Studierenden unterstützen seit einigen Jahren die durchaus positiv zu wertende Entwicklung – allerdings nur tendenziell: Sie weisen zwar darauf hin, dass die allgemeine Diskriminierungsbereitschaft bei den durch sie befragten Studierenden ebenfalls als äußerst gering eingestuft werden kann. Mehr als Dreiviertel der befragten Personen gaben demnach an, sie würden mit einem HIV-Infizierten am Arbeitsplatz ohne weiteres zusammenarbeiten. Dieser vermeintlich modernen Auffassung von sozialer Toleranz entgegen steht aber die Tatsache einer verhältnismäßig hohen Bereitschaft zur Diskriminierung innerhalb des persönlichen sozialen Kontextes, so z.B. innerhalb der eigenen Partnerschaft.<sup>268</sup> HIV wird zwar einerseits gesellschaftlich nicht mehr als bedrohlich eingestuft, andererseits aber erscheint der HIV-Infizierte oder AIDS-Kranke im nahen Umfeld durchaus als etwas Bedrohliches.

Die Vermutung, dass sich hinter diesen unsteten Antworten dennoch Ängste und Verunsicherungen und damit auch latente Diskriminierungsbereitschaften verbergen, ist naheliegend. Bestätigung findet diese These jedenfalls in der eben erwähnten Studie, die neben Fragen zur Diskriminierungsbereitschaft auch politische und religiöse Einstellungen zum eigenem Sexualverhalten enthält.<sup>269</sup> Nach Auswertung gaben insbesondere Personen mit scheinbar geringen Diskriminierungsbereitschaften eine vermehrt >>sozial erwünschte Antwort<<. Diese >>soziale Wünschbarkeit<<<sup>270</sup> charakterisiere nach Beurteilung von *Reimann u. Bardeleben*, die >>Tendenz der Befragten, ihre Antworten möglichst in Übereinstimmung mit tatsächlichen oder vermuteten Normen zu geben<<, so dass diese >>soziale Wünschbarkeit<< (auch >>Lügen-Score<< genannt) vor allem dann wirksam wird, wenn zwei grundlegende Voraussetzungen gegeben sind:

- a) wenn diese >>nicht die gleiche Einstellung wie die (gegebenenfalls imaginierten) Fragesteller<< haben und

<sup>267</sup> Vgl. Jacob u.a.: AIDS-Vorstellungen in Deutschland. 83f.

<sup>268</sup> Vgl. Reimann; Bardeleben: Permissive Sexualität und präventives Verhalten. 194.

<sup>269</sup> Zur Charakterisierung von Einstellung und Einstellungsänderungen allgemein vgl. auch: Krech u.a.: Grundlagen der Psychologie, Weinheim 1992.

<sup>270</sup> Vgl. dazu auch: Manstead; Semin: Methodologie in der Sozialpsychologie. Werkzeuge zur Überprüfung von Theorien, in: Stroebe (Hg.): Sozialpsychologie. 103.



- b) wenn sie »eine schwache Einstellungsintensität und damit vermutlich eine hohe Compliance« vorweisen können.<sup>271</sup>

Trotz dieser „Verzerrungen“ vermittelt uns insgesamt die durchaus positiv zu wertende Absicht einer breit angesagten Aktivität der Toleranzausübung viel Hoffnung gegenüber Betroffenen. So zeichnet sich seit einigen Jahren ab, dass legislative Maßnahmen, die anfangs noch vehement gefordert wurden, aber auch die Einschränkung allgemeiner Rechte und Freiheiten, eine zwangsweise Durchführung von HIV-Tests<sup>272</sup> und eine zunehmende gesundheitspolizeiliche Überwachung, heute als „höchst unwahrscheinlich“ eingestuft werden.<sup>273</sup> Erfreulicher Weise wird auch das öffentliche In-Kontakt-Treten mit HIV-infizierten Personen<sup>274</sup> aufgrund der guten Aufklärungsarbeit der 90er Jahre als „hoffnungsvoll“ eingeschätzt. Gibt es also einen berechtigten Grund zum Zweifel?

Diese Aspekte schließen Diskrepanzen von Einstellungen und Verhalten nicht grundsätzlich aus. Die Statistik der *BZgA zur Einstellung der Isolation von HIV- und AIDS-Kranken*<sup>275</sup> könnte uns durchaus zufrieden stellen, würden nicht unverhoffter Dinge sich einige Ungereimtheiten bemerkbar machen. Die Zahl der HIV-Infizierten steigt auch in Deutschland, während diskriminierende Einstellungen augenscheinlich kaum noch zu messen sind. Haben wir uns zur unbegrenzten Toleranzgesellschaft entwickelt oder wird HIV derzeit verharmlost, unterschätzt oder gar verdrängt?

---

<sup>271</sup> Reimann; Bardeleben: Permissive Sexualität und präventives Verhalten. 194 u. 212f; vgl. außerdem dazu: Reimann u.a.: AIDS und das Problem einer präventionsgerechten Sexualität, in: Rosenbrock; Salmen (Hg.): AIDS-Prävention. 237. Diese Problematik erwähnt auch der Zwischenbericht der Enquete-Kommission des Deutschen Bundestages: Vgl. Deutscher Bundestag (Hg.): AIDS: Fakten und Konsequenzen. 43.

<sup>272</sup> Nachdem in den letzten Jahren vor allem bei Alleinlebenden unter 45 Jahren eine rückläufige Tendenz in der Bereitschaft eines HIV-Antikörpertests beobachtet wurde, ist derzeit eine leichte Steigerung der Anwendung von HIV-Antikörpertests zu verzeichnen (vgl. BZgA: AIDS im öffentlichen Bewusstsein der Bundesrepublik Deutschland 1999. 55-57).

<sup>273</sup> Vgl. Orth; Broszkiewicz: Subjektive Wahrnehmung individueller und gesellschaftlicher AIDS-Risiken, in: Lange (Hg.): AIDS – eine Forschungsbilanz. 36.

<sup>274</sup> Kaum vorstellbar, dass die Infizierten als „solche“ in der Öffentlichkeit erkennbar sind. Dies zeigt mehr als deutlich, welche Absurditäten immer noch gesellschaftlich vorhanden sind, bzw. mit welchen „Inhalten“ sog. Repräsentativbefragungen übersät sind.

<sup>275</sup> Vgl. hierzu außerdem: Diagramm 5, Seite 25.

### 2.4.1.3. Gegenwärtige Situation und Divergenzen

Dass die Situation um das Thema auch „Sumpflüten“ hervorbringt, zeigt bereits die öffentliche Propagierung des sog. „AIDS-Wunders“<sup>276</sup> Mitte der 90er Jahre. Auf diese Weise wurde vom *Spiegel* das „Ende des Sterbens“ eingeläutet, was dem Magazin – wohl zurecht – eine Rüge des Presserates einbrachte. Von dieser Propagierung angesteckt, entwickelte sich eine gesellschaftliche Euphorie, die sich vor allem an die intensive wissenschaftliche Forschung um wirksame Medikamente und die Bemühung um einen Impfstoff klammert – mit der Hoffnung auf endgültige Heilung von HIV.

#### *Ein Ausbleiben des AIDS-Wunders?*

Derzeit scheint es fast so, dass in der Öffentlichkeit dem Thema AIDS kaum mehr eine Beachtung geschenkt wird. Viele Menschen scheinen durchaus gut über HIV und die Ansteckungsrisiken aufgeklärt. Für die meisten – nicht unmittelbar Betroffenen – ist AIDS schon längst kein Thema mehr. Andere und neue Bedrohungen und Gefahren im Alltag haben uns längst eingeholt. Außerdem hat die öffentliche Auseinandersetzung zu Genüge stattgefunden. Obwohl sicher noch große Scheu und Unsicherheit gegenüber Betroffenen herrscht, findet eine inhaltliche Auseinandersetzung mit den eingetretenen Veränderungen nur spärlich statt. Die Vorstellung, AIDS sei eine Angelegenheit bestimmter „Randgruppen“, hat sich ebenso durchgesetzt, wie die Überzeugungen, HIV sei mittlerweile „heilbar“ und die turnusgemäße Kondomwerbung sei das Ideal einer freiheitlichen AIDS-Politik. Richtige und falsche Antworten sind gefunden, wirksame Medikamente werden entwickelt und die Hoffnung auf die Gentechnik, bald alle Krankheiten heilen zu können, ist größer denn je. Viele neue Fragen bleiben dabei nicht aus. Aber auch alte, längst verarbeitete und vergessene Gefahren scheinen uns derzeit wieder einzuholen.

---

<sup>276</sup> Das sog. AIDS-Wunder wurde 1996 auf dem 11. Welt-AIDS-Kongress in Vancouver vorgestellt. Dahinter verbirgt sich die heute weitgehend bekannte antiretrovirale Kombinationstherapie; vgl. hierzu den Beitrag von: Rowohl: „AIDS – Inzwischen eine ganz normale Krankheit?“, in: *Psychologie heute*, Nr. 4, April 1998. 46-49. Zur Kombinationstherapie siehe auch die Beiträge von: Stadler: Antiretrovirale Kombinationstherapien: Eine Kritik, in: Zippel (Hg.): *Antiretrovirale Kombinationstherapie*. 39-45. Zippel: Die Auswirkungen der antiretroviralen Kombinationstherapie in der psychosozialen Praxis, in: Zippel (Hg.): *Antiretrovirale Kombinationstherapie*. 29-38.

Dank guter Therapiemöglichkeiten wird HIV aus medizinischer Sicht heute grundsätzlich als „Risiko“ interpretiert und gilt dadurch vor allem als individuell vermeidbar. *Jacob* versucht diesen Wandlungsvorgang folgendermaßen zu erklären: »Krankheiten, für die nach deren genauerer Forschung in zunehmendem Maße Impfstoffe, Therapien und verhaltenspräventive Ratschläge zur Verfügung standen, erschienen parallel dazu auch als (grundsätzlich) individuell vermeidbar und wurden zum Risiko.«<sup>277</sup>

Insgesamt scheint wieder eine Entwicklung von der Gefahren- zur Risikoperspektive im Gange zu sein, die durch eine nur noch marginal wahrgenommene eigene HIV-Bedrohung Bestärkung findet.<sup>278</sup>

Der in der Bevölkerung seit geraumer Zeit entstandene Eindruck, das Thema HIV und AIDS sei aufgrund hervorragend wirkender Medikamente mittlerweile erledigt, muss mit äußerster Kritik vernommen und sicher revidiert werden. Noch immer sind weder Heilmittel noch Impfstoffe<sup>279</sup> in naher Zukunft zu erwarten, so dass der ersehnte Durchbruch bei der Bekämpfung des HI-Virus weiter auf sich warten lässt. Tragisch daran ist vor allem auch der Umstand, dass fälschlicherweise ein bahnbrechender Erfolg von einigen Spezialisten kräftig angeschürt wird, während andere versuchen, Schadensbegrenzung zu betreiben. Besonders AIDS-Hilfen und Selbsthilfegruppen machen zudem darauf aufmerksam, dass die sich abzeichnende »Medizinisierung« von AIDS auch Widersprüchliches hervorbringt. Während die meisten nun hoffen, dass das »... Aidsproblem von Medizinern und Pharmakologen gelöst wird, verlieren die Selbsthilfeeinrichtungen immer mehr an Einfluß«.<sup>280</sup> So weist ein Großteil der Experten darauf hin, dass neben der weiteren medizinischen Forschung die psychologische Begleitung in der Therapieauswahl keineswegs vernachlässigt werden darf.

Der aktuelle, durchaus unbefriedigende Zustand hat nicht nur für viele AIDS-Hilfen und die von HIV Betroffenen weit reichende Folgen, denn sie müssen mit finanziellen und personellen Einschränkungen im wahrsten Sinne um ihr *Überleben* kämpfen. Die

---

<sup>277</sup> *Jacob*: Krankheitsbilder und Deutungsmuster. 132.

<sup>278</sup> Vgl. BZgA: AIDS im öffentlichen Bewusstsein der Bundesrepublik Deutschland 1999. 20. Seit dem Jahr 1999 wird zwar AIDS wieder einmal etwas häufiger als gefährliche „Krankheit“ eingeschätzt (1998-40%/1999-44%). Ausschlaggebender ist aber, dass sich nur 8% der Menschen insgesamt Sorgen darüber machen, selbst an AIDS zu erkranken.

<sup>279</sup> Nach unbestätigten Angaben hätten kenianische Wissenschaftler mit Kollegen der Universität Oxford einen Wirkstoff gegen HIV entwickelt, welcher derzeit in der kenianischen Hauptstadt an HIV-negativen Menschen getestet wird. Die Wissenschaftler hatten eine Gruppe von Prostituierten beobachtet, die sexuellen Kontakt mit HIV-Infizierten hatten, ohne sich dabei selbst anzustecken. Ihr Blut wies einen auffällig hohen Anteil an Killerzellen auf, so dass mit ihrem Serum das Immunsystem kopiert wurde und nun ein Durchbruch in der AIDS-Forschung erhofft wird (Quelle: ZDF: Videotext vom 23. März 2001).

<sup>280</sup> Rowohl: „AIDS – Inzwischen eine ganz normale Krankheit?“, in: *Psychologie heute*, Nr. 4, April 1998. 48.

gegenwärtige Situation stellt sich meiner Meinung nach auch für die individuelle Risikowahrnehmung von HIV als äußerst folgenreich heraus. Heute ist den meisten Menschen klar, dass HIV nicht ubiquitär auftritt und vergleichsweise mit anderen Infektionskrankheiten relativ schwach infektiös ist. Aber viele scheinen zu vergessen, dass HIV nach wie vor unheilbar ist. Dieses Nicht-Wissen-(Wollen), verbunden mit der Euphorie um erfolgreiche Behandlungsmethoden mit Medikamenten, verleitet allzu schnell, sorgloser mit dem eigenen HIV-Risiko umzugehen und lässt vor allem wenig Raum für dessen individuelle subjektive Wahrnehmung.

Interessanterweise vertritt ein Großteil derjenigen, die von neuen Therapien gehört haben, die Meinung, die „Bevölkerung insgesamt“ würde aufgrund der neuen Therapien auch ihr Sexualverhalten ändern, weniger Angst vor einer HIV-Infektion haben und sich deshalb weniger schützen, wenn sie sich riskant verhalten. Von „sich selbst“ hingegen behaupten allerdings nur sehr wenige, dass sie wegen der gehörten neuen Therapie auch ein riskanteres Sexualverhalten praktizieren.

### Auswirkungen der neuen AIDS-Therapien (Wahrnehmung des Schutzverhaltens)

Basis: Personen, die von den neuen Therapien gehört haben (n=695)

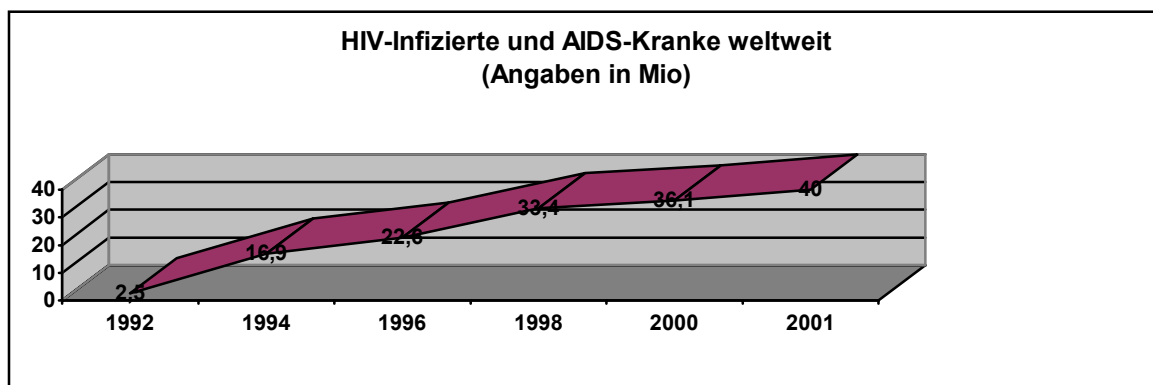
**Tabelle 2**

Es sind mit der Aussage einverstanden ...	voll und ganz	eher ja	eher nicht	gar nicht	weiß nicht
Wegen der neuen Behandlungsmethoden haben <b>die Leute</b> im allgemeinen weniger Angst, vom HI-Virus infiziert zu sein oder zu werden.	5	<u>14</u>	20	<u>50</u>	11
Wegen der neuen Behandlungsmethoden <b>habe ich selbst</b> weniger Angst, vom HI-Virus infiziert zu sein oder zu werden.	2	3	7	<u>80</u>	8
Wegen der neuen Behandlungsmethoden schützen sich <b>die Leute</b> weniger vor HIV-Infektionen als früher.	7	<u>13</u>	20	<u>46</u>	4
Wegen der neuen Behandlungsmethoden schütze <b>ich mich selbst</b> weniger vor HIV-Infektionen als früher.	1	2	5	<u>84</u>	8
Wegen der neuen Behandlungsmethoden machen sich <b>die Leute</b> im Allgemeinen weniger Sorgen, wenn sie glauben, sie könnten sich mit dem Virus infiziert haben.	6	<u>21</u>	18	<u>44</u>	11
Wegen der neuen Behandlungsmethoden mache <b>ich mir selbst</b> weniger Sorgen, wenn ich glaube, dass ich mich mit dem Virus infiziert haben könnte.	2	3	8	<u>79</u>	8

Quelle: BZgA-Repräsentativerhebungen „AIDS im öffentlichen Bewusstsein der Bundesrepublik Deutschland 1999“ durch forsa. Gesellschaft für Sozialforschung und statistische Analysen, Berlin/Dortmund, in: *BZgA, AIDS im öffentlichen Bewusstsein der Bundesrepublik Deutschland 1999*, Köln 2000, S. 53 (Angaben von 1999 in %).

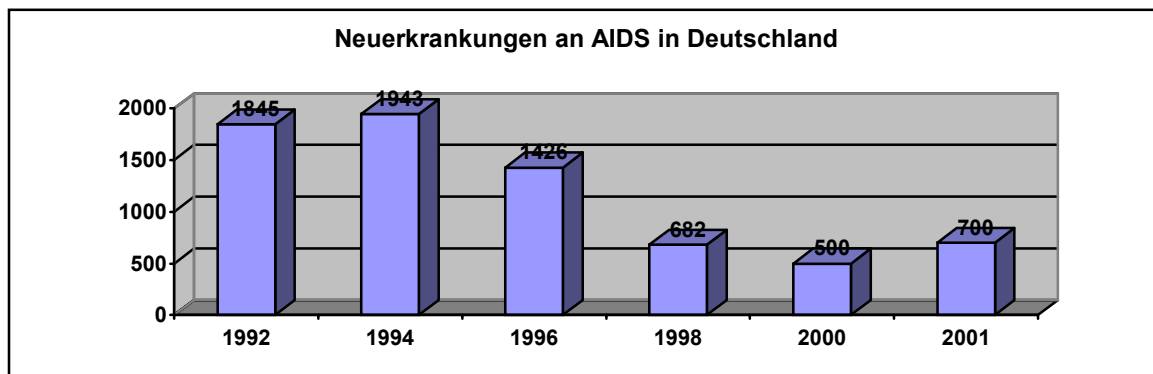
Ferner treten in der Einschätzung und öffentlichen Vermittlung „Scheinwahrheiten“ auf, die an dieser Stelle anzusprechen sind. Es ist zutreffend, dass durch bessere Medikamente zwar die Anzahl derer, die erkranken, drastisch sinkt, die der Infizierten aber nimmt dabei parallel zu – da die neuen Medikamente „nur“ die Viruslast gering hält und so die Lebenserwartung des Erkrankten deutlich erhöht. Dadurch steigt aber sowohl das individuelle Risiko, mit einem HIV-Positiven sexuellen Kontakt zu haben, als auch die gesamt-gesellschaftliche Herausforderung, mehr Infizierten „die“ Therapie und Lebensqualität zu sichern, die sie benötigen.<sup>281</sup> So verstanden, verändern neue und lebensnotwendige HIV-Therapien nicht nur fundamental die subjektive Situation von vielen Infizierten, sondern es verändert sich auch grundlegend die Fürsorge- und Verantwortungspflicht einer Gesellschaft gegenüber den Betroffenen.

Diagramm 6



Quellen: dpa in: Mainpost, 30.11.2000, Nr. 276/F1 und UNAIDS, 2001.

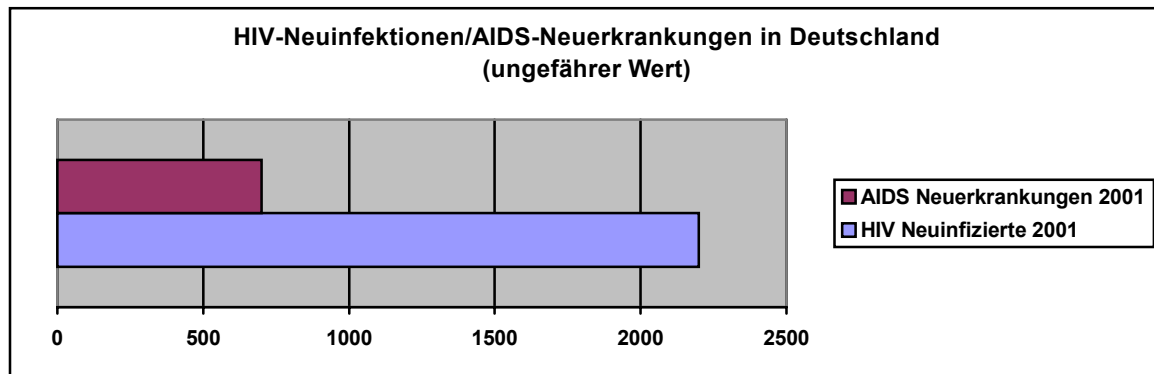
Diagramm 7



Quelle: RKI, 2001.

<sup>281</sup> Vgl. hierzu: Artikel: „Experten in eigener Sache geben Auskunft“, in: SZ, 01.12.1999, Nr. 278, Seite L3.

Diagramm 8



Quelle: RKI, 2001.

Auch wenn Statistiken (in einem gewissen Maße auch Studien) nicht immer „signifikant“ aussagekräftig sind und spezifische Daten nicht stets einen endgültigen „Beweis“ einer bestimmten Konstellation liefern, können die darin zum Ausdruck kommenden Hinweise zumindest in ihrer jeweiligen Tendenz aussagekräftig sein.

Nach Meinung vieler Experten<sup>282</sup> hat die Zahl HIV-infizierter Personen – entgegen weitläufiger Annahme – weiter zugenommen. Dies ist sicher auch durch die steigende Lebenserwartung vieler Betroffener zu erklären. Gleichzeitig sinkt die AIDS-Sterblichkeitsrate drastisch. Beide Tatsachen können besonders den wirksamen Medikamenten zugeschrieben werden. Da innerhalb der Bevölkerung meist nicht zwischen HIV und AIDS unterschieden wird, bzw. viele Menschen gar nicht wissen, dass HIV nicht mit AIDS gleichzusetzen ist, stellt die Aussage, „AIDS ist rasant gesunken“, nur die „halbe Wahrheit“ dar.

Ein weiteres Problem stellt sich für diejenigen Betroffenen heraus, die vor kurzem noch statistisch als „AIDS-krank“ eingestuft wurden, aufgrund der wirksameren Medikamente nun aber keine AIDS-typischen Krankheitssymptome mehr zeigen. Da aufgrund der antiretroviralen Kombinationstherapie<sup>283</sup> derzeit weniger Menschen an AIDS erkranken und sterben, erhöht sich die Zahl der HIV-Infizierten jedes Jahr um etwa 1000.<sup>284</sup> Diese Patienten werden aber *weder* als *Infizierte* (als solche müssten sie ei-

<sup>282</sup> Vgl. dazu die Daten von 2001 vom RKI, Berlin. Insbesondere die Zahl der durch heterosexuelle Kontakte übertragenen Infektionen nimmt weiter langsam zu.

<sup>283</sup> Zu derzeitigen Behandlungsmethoden siehe: Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Gesundheit (Hg.): *Leben mit AIDS*. 33-36. Viele HIV-Patienten müssen hohe Zusatzzahlungen für teure Medikamente entrichten, so dass ein nicht geringer Teil von der Sozialhilfe leben muss.

<sup>284</sup> Vgl. RKI, Berlin 2001.

gentlich gelten!) noch *medizinisch* als *AIDS-Kranke* eingestuft (was sie ja auch nicht sind!).

Ebenfalls äußerst problematisch und ethisch kaum zu vertreten ist diesem Zusammenhang das gegenwärtige Bestreben des Gesundheitssystems zu sehen, Therapie- und Behandlungsausgaben auf Kosten vieler Kranker drastisch zu reduzieren. Im Fall der HIV-Therapien mit teuren Medikamenten verursachen immer mehr therapierbare Patienten immer höhere Kosten für das Gesundheitssystem. Der Grund für die Kosteneinsparungen im Gesundheitssektor – auch wenn schwer nachzuvollziehen – liegt im desolaten Allgemeinzustand des Gesundheitssystems. Zum Zeitpunkt des Auftretens wurden die durch HIV verursachten Kosten für das Gesundheitswesen nach Angaben von *Orth u. Broszkiewicz* als nur „wenig folgenschwer“ für die Allgemeinbevölkerung eingestuft.<sup>285</sup> Da die Zahlen von Neuinfektionen in den Industrienationen bislang nicht so angestiegen waren, wie anfangs noch vorhergesagt, sah man die Ausgaben für Medikamente und Therapien zunächst noch als kontrollierbar an. Diese Perspektive hat sich nun grundlegend verändert.

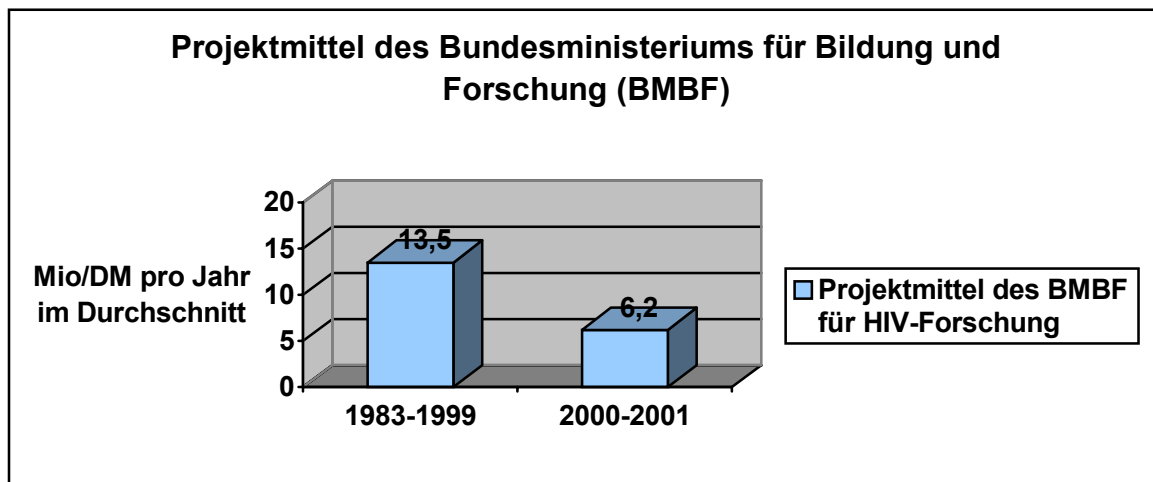
Derzeit sind viele AIDS-Hilfen damit konfrontiert, mit weitaus weniger finanziellen Mitteln auszukommen als noch vor 10 Jahren. Während die Pharmaindustrie mit den immensen Kosten für ihre Entwicklung der teuren Präparate argumentiert, ringen AIDS-Kranke und Infizierte vermehrt um eine Fortsetzung ihrer Therapie mit wirkungsvollen Medikamenten. Auch AIDS-Forscher klagen über die rigorose Sparpolitik der Bundesregierung im Bereich der Forschung neuer Medikamente gegen den HI-Virus. Dies geht sogar soweit, dass angefangene Forschungsvorhaben „im Sande verlaufen“ oder bis auf unabsehbare Zeit „auf Eis gestellt“ werden müssen.

Es ist nicht hinnehmbar, dass weitreichende Kürzungen auf dem Gebiet der Forschung, der Aufklärung und der Therapie aus finanziellen Beweggründen vorangetrieben werden. In verschiedenen Bereichen haben sich finanzielle Engpässe schon negativ ausgewirkt. Fakt ist, dass sowohl das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) als auch das Bundesgesundheitsministerium (BGM) ihre Ausgaben zur HIV-Forschung bzw. für AIDS-Aufklärung drastisch gekürzt haben – mit dramatischen Folgen sowohl für die heute Betroffenen als auch für die derzeitige junge Generation.

---

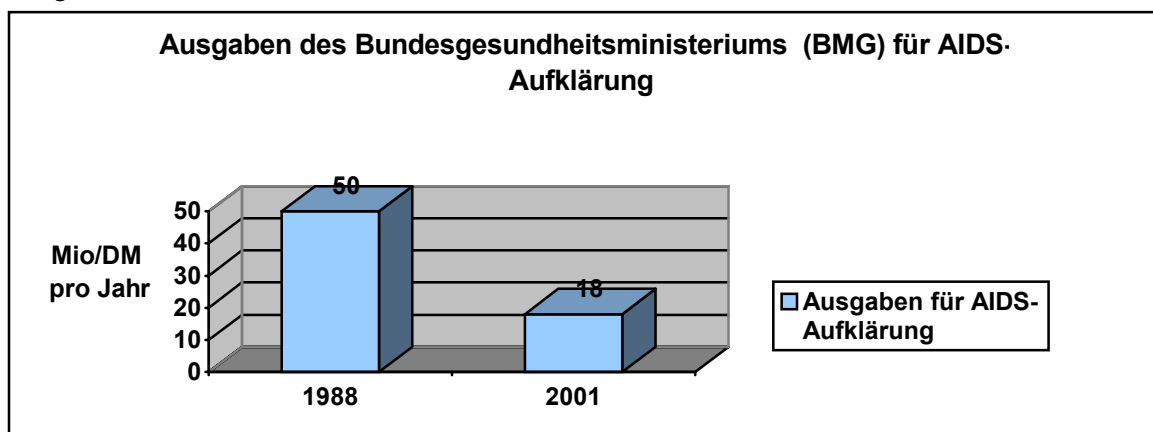
<sup>285</sup> Vgl. Orth; Broszkiewicz: Subjektive Wahrnehmung individueller und gesellschaftlicher AIDS-Risiken, in: Lange (Hg.): AIDS – eine Forschungsbilanz. 36.

Diagramm 9



Quelle: ARD, Politmagazin „Monitor“, 05.07.2001.

Diagramm 10



Quelle: ARD, Politmagazin „Monitor“, 05.07.2001.

Um den gegenwärtigen Therapiestand zu halten und noch weiter zu verbessern, sind neben der Forschung vor allem finanzielle Anstrengungen dringend notwendig. Ein Ausbleiben wichtiger Forschungsvorhaben oder eine komplette Umlagerung der Finanzmittel zugunsten anderer bzw. neu auftretender Phänomene wäre nicht „nur“ auf dem Gebiet HIV kontraproduktiv, sondern weder politisch, medizinisch noch ethisch kaum zu legitimieren und zu verantworten.<sup>286</sup> Gerade durch die verbesserte Lebensqualität und die höhere Lebenserwartung der Betroffenen steigen die Gesundheitskosten zu einem

<sup>286</sup> Vgl. hierzu auch: Lohse: „Mit tausend Mitteln gesund bleiben“, in: SZ, 15./16.01.2000, Nr.11, I. Der Autor stellt in seinem Artikel kritische Fragen zum derzeitigen Arzneimittelverbrauch und moniert, dass vor allen in der Medizin ein Stillstand an Forschung auch einen Rückschritt bedeuten würde. Ein Fortschritt in der Forschung hingegen wäre dann erreicht, so Lohse, wenn sowohl möglichst wenige als auch vorbeugende Medikamente verstärkt zum Einsatz kommen würden. So bringe besonders der >>ständige Wandel der Infektionskrankheiten es mit sich, dass Stillstand Rückschritt bedeuten würde<<.



„ungünstigen“ Zeitpunkt, zu dem die Spardiskussion im Gesundheitswesen die Tagespolitik bestimmt. »Mit dem Einzug neoliberaler Konzepte wie Privatisierung, Flexibilisierung, Wettbewerb und Markt ist die „Selbstbeteiligung“ der Patienten deutlich in die Höhe geschneit. ... Die Zuzahlungen der Versicherten – und das meint die Zuzahlungen zu ihren hohen monatlichen Krankenversicherungsbeiträgen – werden gleichsam zum strategischen Rückgrat der Kostendämpfungspolitik. In den Institutionen der Krankenversorgung macht sich ein Klima der Sparpanik breit«, so der Standpunkt *Deppe*.<sup>287</sup> Auch wenn von offizieller Seite immer wieder behauptet wird, die aktuelle Situation im Gesundheitswesen sei derart desolat, dass unverzüglich Handlungsbedarf besteht, sieht der Autor das Problem vornehmlich als Folge »interessengeleiteter politischer Gestaltung«.<sup>288</sup> Als medizinischer Soziologe beschreibt er die derzeitige Situation innerhalb des Gesundheitswesens in Deutschland, aber auch in ganz Europa, als „äußerst angespannt“ und sieht den sozialen Frieden insgesamt als hoch gefährdet. *Deppe* hält die Diskussion um eine Kostenexplosion im Gesundheitswesen für absichtliche Panikmache und spricht von einer nicht mehr zu kontrollierenden, emotionalen Reaktion in der Gesellschaft. Zur derzeitigen Sparpanik habe sowohl das »Gespenst der Standortfrage und der Europäischen Vereinigung« geführt als auch eine »Arbeitspolitik«, die sich »jahrelang an neoliberale Empfehlungen gehalten hat«.<sup>289</sup>

In dieser angespannten Situation tritt die Forderung vieler chronisch Kranker auf, die für sie notwendige und lebensrettende Therapie weiter zu garantieren. Ein Stillstand in dieser Richtung würde nicht nur Rückschritt in der Forschung bedeuten, sondern auch zwangsläufig den Tod vieler Menschen näher bringen. Die Diskussion um teure, aber wirksame Medikamente wird auch in Zukunft wohl nicht zu verhindern sein – auch dann nicht, wenn die Vernunft über den Profit siegt, dass nämlich Medikamente primär keine „Handelswaren“, sondern lebensrettende „Grundbedürfnisse“ für Kranke darstellen. Das zentrale Problem in der Gesundheitspolitik ist, dass nicht Patienten als selbstbewusste Subjekte, sondern ökonomische Motive und Interessen handlungsleitend sind.

---

<sup>287</sup> Deppe: Neoliberalismus in der Medizin, in: Iben u.a. (Hg.): Ende der Solidarität. 100.

<sup>288</sup> Vgl. Deppe: Neoliberalismus in der Medizin, in: Iben u.a. (Hg.): Ende der Solidarität. 99.

<sup>289</sup> Vgl. Deppe: Neoliberalismus in der Medizin, in: Iben u.a. (Hg.): Ende der Solidarität. 99-101; als weiterführende Literatur hierzu: Braun; Kühn; Reiners: Das Märchen von der Kostenexplosion. Populäre Irrtümer zur Gesundheitspolitik, Frankfurt/Main 1998.

### AIDS – „Suchtkrankheit“ oder „Behinderung“?

Nachdem zunächst ein Großteil der Allgemeinbevölkerung HIV der Kategorie anderer infektiöser Geschlechtskrankheiten zuordnete, ist momentan die Tendenz festzustellen, dass das HI-Virus zunehmend mit Suchtkrankheiten (Rauchen, Alkohol, Drogenkonsum usw.) verglichen wird. AIDS eine „Krankheit“ als Folge von Sucht?

In ihren Untersuchungen zur subjektiven Risikowahrnehmung stellen *Orth u. Broszkiewicz* fest, dass durch eine mögliche Infektion mit dem HI-Virus und die damit zusammenhängenden Erkrankungen die „eigene Situation“ anfänglich als „extrem folgenreich“ eingestuft wird. Schätzte man also bis vor einigen Jahren eine HIV-Infektion noch als „besonders schrecklich“ ein, so relativiert sich diese Einschätzung dahingehend, dass AIDS im Vergleich zu anderen Erkrankungen „nur“ mehr *eine Krankheit unter vielen anderen* zu sein scheint und auch in diesem Kontext als „Risiko“ für bestimmte Gruppen betrachtet wird.<sup>290</sup>

Hinter der offensichtlichen Gleichsetzung zwischen *Infektionskrankheiten* und anderen nicht *infektiösen Erkrankungen* könnte ein gesellschaftliches Konstrukt vermutet werden, HIV weitgehend als „Privatangelegenheit“ einiger Randgruppen unserer Gesellschaft zu begreifen und sie als solche öffentlich darzustellen. Durch eine solch vollzogene Parität von HIV und chronisch-degenerativen Krankheiten wird ebenfalls gekonnt das individuell vermeidbare Risiko in den Bereich der „Risikogruppen“ angesiedelt und gleichzeitig „nur“ an *ihre* besondere Verantwortung im Umgang mit Sexualkontakten moralisch appelliert.

Ebenso stellt sich der Versuch, AIDS in Zukunft nur noch als „schicksalhafte Behinderung“ einzustufen, als höchst fragwürdig heraus. Diese Sichtweise verleitet nicht nur allzu schnell die soziopolitische Dimension von AIDS in den Hintergrund zu stellen. Es verleitet auch dazu, sich mit dem abzufinden, was „man gesellschaftlich gerade mal so definiert hat“. Die Definition „AIDS als schicksalhafte Behinderung“ unterstellt, die für eine effektive Präventionspolitik notwendige Risikoperspektive ausschalten zu können. Dies zieht eine geringere Wahrnehmung des eigenen „Risikos“, aber auch eine geringere Wirkung auf Einstellungs- und Verhaltensveränderungen nach sich. Schon allein in diesem Experiment steckt die Tendenz zur Bagatellisierung der immer noch prekären Situation. Es wird allzu schnell vergessen, dass AIDS – trotz relativ guter

---

<sup>290</sup> Vgl. Orth; Broszkiewicz: Subjektive Wahrnehmung individueller und gesellschaftlicher AIDS-Risiken, in: Lange (Hg.): AIDS – eine Forschungsbilanz. 35-37.

Behandlungschancen – bis heute eine zum Tod führende „Krankheit“ beschreibt, die zwar behandelbar, aber keineswegs heilbar ist.<sup>291</sup>

### *AIDS – Phantasien und Strategien*

Die Wahrscheinlichkeit, sich mit dem HI-Virus anzustecken, wird laut *BZgA* momentan in der Allgemeinbevölkerung als „äußerst gering“ eingeschätzt. Während sich ein Großteil der Bevölkerung auf Grund einer möglichen HIV-Infektion weiterhin mit Krankheit, Leid und eigenem Tod konfrontiert sieht, machen sich derzeit gerade 8% der Deutschen darüber Sorgen, selbst an HIV zu erkranken. Obwohl zwar das Privatleben als auch das Verwirklichen der eigenen Lebenspläne durch eine evtl. Infektion mit dem Virus zunehmend eingeschränkt wäre, schätzt ein Großteil der sog. „Normalbevölkerung“ das individuelle HIV-Risiko als „sehr unwahrscheinlich“ ein.<sup>292</sup>

Zur dieser recht „einseitigen Entwicklung“ haben neben dem engagierten Auftreten einiger repressiver Politiker<sup>293</sup> auch einzelne AIDS-Aufklärer beigetragen, die lange Zeit ebenfalls annahmen, dass nur sog. „Risikogruppen“ gefährdet seien, sich mit HIV anzustecken. Insbesondere durch derartige Behauptungen, „HIV würde ja nicht jeden betreffen“<sup>294</sup>, sondern nur eine bestimmte Anzahl von Personen mit sowieso „unnatürlichem“ Verhalten, sank das allgemeine Bedrohungs- und Wahrnehmungspotential in der Allgemeinbevölkerung. Mittels medialer Wahrnehmung dieser Botschaft nahm parallel das Bedrohtheitsgefühl in der Bevölkerung sogar derart ab, dass innerhalb wissenschaftlicher Untersuchungen nur noch kaum die Dimension einer HIV-Bedrohung durch *eigenes* riskantes Sexualverhalten messbar wurde.<sup>295</sup> Die „Normalität“, von der AIDS momentan erfasst wird, resultiert letztlich auch aus der „naiven Gewöhnung“ der sich nach wie vor unbetroffen fühlenden Bevölkerungsmehrheit.

Sowohl die Einordnung von AIDS in die Reihe von Suchterkrankungen<sup>296</sup> (Alkoholismus, Rauchen usw.) als auch der mehrfach zu interpretierende flotte Spruch wie „AIDS

---

<sup>291</sup> Vgl. Rowohl: „AIDS – Inzwischen eine ganz normale Krankheit?“, in: *Psychologie heute*, Nr. 4, April 1999, 47.

<sup>292</sup> Vgl. *BZgA*: AIDS im öffentlichen Bewusstsein der Bundesrepublik Deutschland 1999, 20.

<sup>293</sup> Vgl. hierzu auch die Ausführungen von: Geene: AIDS-Politik, 105-138.

<sup>294</sup> Vgl. hierzu insbesondere den Ratgeber: Ford: *Viren sind nicht wählerisch*, München<sup>2</sup> 1994.

<sup>295</sup> Vgl. Orth; Broszkiewicz: Subjektive Wahrnehmung individueller und gesellschaftlicher AIDS-Risiken, in: Lange (Hg.): *AIDS – eine Forschungsbilanz*, 34-37.

<sup>296</sup> Vgl. Jacob u.a.: AIDS-Vorstellungen in Deutschland, 121-125. Sicher können keine eindeutigen Parallelen zur HIV-Infektionen in diesem Sinn gezogen werden, ansonsten würden all diejenigen

bekommt man nicht, AIDS holt man sich“, erhärten diese einseitige „Risikoperspektive“ – jedoch mit einem negativen Beigeschmack. Auch *Süssmuth* bringt in ihrem Buch *AIDS – Wege aus der Angst* diesen Slogan ins Spiel. So schreibt sie: »Babys und Bluter konnten sich vor der Infektion nicht schützen. Aber in den meisten anderen Fällen ist AIDS weitestgehend vermeidbar. ... AIDS bekommt man nicht, man holt es sich. AIDS ist noch nicht heilbar, aber vermeidbar.«<sup>297</sup> *Salmen* moniert bereits Anfang der 90er Jahre vor allem die »Verwischung unterschiedlich hoher Infektionsrisiken unterschiedlicher Bevölkerungsgruppen«, die schließlich nicht nur zur »Schaffung unbegründeter Ängste in der heterosexuellen Bevölkerungsmehrheit« beitrüge.<sup>298</sup>

Offensichtlich verkennt die ehemalige Bundesgesundheitsministerin *Süssmuth*, dass sie dadurch vor allem Schuldzuweisungen fördert, anstatt gezielt dagegen anzugehen. Damit argumentiert sie entlang von Vorurteilen, die wohl kaum im Kontext von AIDS irgendwie zu legitimieren sind. Im Kern beinhaltet nämlich diese Devise nicht nur die Andeutung, dass der HI-Virus *eben nicht* bei tagtäglichen Sozialkontakten übertragen werden kann, sondern sie ist auch mit einer *einfachen* Schuldzuweisung an HIV-Infizierte und AIDS-Kranke gespickt, denn „die haben sich ja AIDS geholt“.<sup>299</sup>

Wenn *Pollak*<sup>300</sup> die systematische Überschätzung des „Risikos“ in der Gesamtbevölkerung in den 90er Jahren trotz medialer Aufklärungskampagnen heftig kritisiert und die absurden Vorstellungen in der Bevölkerung weit von denen der Experten ansiedelt, dann erstaunt es (nicht), dass derzeit die Bürger zwar einen hohen Wissenstand über HIV aufweisen können, aber die Fähigkeit zur Bewertung für das „eigene Risiko“ nur noch marginal zu spüren ist. Dies beweist zudem, dass die Hypothese von Frau *Süssmuth*, allein durch spezifische Wissensaneignung über HIV eine Verbesserung der Situation herbeiführen zu können, äußerst fraglich ist.

---

vergessen werden, die sich nicht durch riskantes Sexualverhalten mit dem Virus angesteckt haben, wie Säuglinge, Hämophilie u.a.!

<sup>297</sup> *Süssmuth*: *AIDS – Wege aus der Angst*. 10. Anstatt sich analytisch mit den Ursachen von Stigmatisierung und Diskriminierung auseinander zu setzen, verweist sie „nur“ auf die Notwendigkeit vermehrten Wissens über Sexualität. Die Autorin regt dadurch weder eine öffentliche Auseinandersetzung um das Thema Vorurteile und Diskriminierung gegenüber sog. „Randgruppen“ an noch versucht sie der Hierarchisierung zwischen Betroffenen ihre Nahrung zu entziehen! Diese drückt sich darin aus, dass infizierte Kinder und Bluter unschuldig, Heterosexuelle ein wenig und Schwule sowieso selbst schuldig sind. Drogensüchtige stoßen generell am meisten auf Widerstand in der Gesellschaft.

<sup>298</sup> *Salmen*: Aktuelle Erfordernisse der Aidsprävention, in: Rosenbrock; *Salmen* (Hg.): *AIDS-Prävention*. 95.

<sup>299</sup> Vgl. *Salmen*: Aktuelle Erfordernisse der Aidsprävention, in: Rosenbrock; *Salmen* (Hg.): *AIDS-Prävention*. 95.

<sup>300</sup> Vgl. hierzu: *Pollak*: AIDS-spezifische Vorstellungs- und Reaktionssysteme in der Gesamtbevölkerung und in einer Hauptbetroffenengruppe, in: Rosenbrock; *Salmen* (Hg.): *AIDS-Prävention*. 307-319.

Wie an den bisherigen Ausführungen deutlich wurde, zeichnet sich seit Jahren eine eindeutige Tendenz ab: Seitens der Allgemeinbevölkerung wird die eigene Risikoperspektive in Sexualkontakten weitgehend ausgeblendet und auf „Risikogruppen“ reduziert. Diese tendenziöse Betrachtungsweise von AIDS ist mitunter die Grundlage für eine derzeitige Bagatellisierung von HIV und trägt entscheidend dazu bei, die eine Sichtweise weitgehend zu verdecken, die andere hingegen vehement zu verstärken. Sie fingiert schließlich, HIV beinhalte für die einen eine „reale Bedrohung“, für die anderen hingegen nur eine „irreale“. Das „eigene Risiko“ hält man für äußerst „unwahrscheinlich“, während das „Risiko“ für „Risikogruppen“ für sehr wahrscheinlich gehalten wird.<sup>301</sup>

Eine nachlassende Schutzbemühung ist nach Ansicht von *Rainer Schilling* von der DAH auch neuerdings bei einigen Homosexuellen zu finden.<sup>302</sup> In ihren Bewältigungsstrategien gegenüber HIV habe sich in den vergangenen Jahren ebenfalls ein Wandel vollzogen – ein Wandel >>vom früheren Vermeidungsverhalten zu einem strategischen Handeln, das als „kalkulierte Risikominderung“ charakterisiert werden könne<<.<sup>303</sup> Demnach erweist sich auch die vor einigen Jahren noch glaubhaft von *Dannecker* vertretende These, homosexuelle Männer hätten ein erheblich risikominderndes Sexualverhalten als heterosexuelle aufzuweisen, als äußerst zweifelhaft und damit hinfällig. Fakt ist vielmehr, dass auch unter den homosexuellen Männern das Bewusstsein zu schwinden droht und derzeit keineswegs, wie *Dannecker* vermutet, von einem >>nahezu hundertprozentigen Risikobewußtsein<< auszugehen ist.<sup>304</sup>

Wie lässt sich aber insgesamt dieser Bewusstseinswandel und Prozess der „Normalisierung“ von AIDS nicht nur in der „Normalbevölkerung“ erklären?

Nicht zuletzt lässt er sich aus der logischen Konsequenz begründen, die aus dem konstruierten Randgruppenphänomen zu ziehen ist. Schon nach kurzer Zeit sah man

<sup>301</sup> Vgl. hierzu auch Tabelle 2, Seite 108.

<sup>302</sup> Die Reaktionen homosexueller Männer auf die HIV-Bedrohung ist in einem Ergebnisbericht der BZgA zusammengefasst: Bochow: Schwuler Sex und die Bedrohung durch AIDS. Reaktionen Homosexueller Männer in Ost- und Westdeutschland, Berlin 1994.

<sup>303</sup> Rowohl: „AIDS – Inzwischen eine ganz normale Krankheit?“, in: Psychologie heute, Nr. 4, April 1998, 47.

<sup>304</sup> Dannecker: Sexualität und Verhaltenssteuerung am Beispiel der Reaktion homosexueller und bisexueller Männer auf AIDS, in: Rosenbrock; Salmen (Hg): AIDS-Prävention. 207-217, hier 216. Insgesamt wird deutlich, dass insbesondere im Bereich von Sexualität keine generalisierenden Aussagen gemacht werden können. Ihre Komplexität lässt es nicht zu, ausgehend von sexuellen Neigungen usw., de facto mit einem bestimmten Verhalten zu assoziieren. Seit kurzer Zeit ist auch eine neue Variante als „Widerstand gegen die Safer-Sex-Norm“ auf dem Vormarsch. Mit dem Begriff „Barebacking“ wird Sex ohne Kondom zum Programm erhoben. Auf sog. „Bareback-Partys“ wird bewusst das „Risiko“ einer HIV-Infektion in Kauf genommen (Russisches Roulette!). Die Teilnehmer einer solchen Party lassen sich also bewusst auf ein „Spiel mit dem Risiko“ ein (Quelle: DAH)!

eine HIV-Infektion nicht für jedermann gleichermaßen als eine „Gefahr“ an, sondern vielmehr als ein spezifisches, individuelles „Risiko“ innerhalb bestimmter Gruppen (Drogensüchtige, Bisexuelle, Homosexuelle), welches man durch präventive Verhaltensweisen steuer- und vermeidbar hielt. Dieser Entwicklungsprozess von der „Gefahr“ zum „Risiko“ besagt u.a., dass bis heute die einseitige Risikoperspektive und nicht die Gefahrenperspektive weiter an Bedeutung zunimmt, d.h. die „individuell empfundene Kontrollierbarkeit“ der „moralischen“ Allgemeinbevölkerung lässt zugleich die eigene Sicherheit wachsen. Demzufolge wird ein mögliches „Risiko“ nur mit bestimmten Gruppen in Verbindung gebracht, die wiederum das eigene Sicherheitsgefühl und damit auch die eigene Kontrollüberzeugung stärken. *Bilitewski* schreibt hierzu: >>Warum soll Otto Normalverbraucher auch weiterhin mit diesem Thema geängstigt werden? Er hat sicherlich Monate gebraucht, um die Schreckensmeldungen ... zu verdauen und erfolgreich zu verdrängen. Jetzt weiß er sicherlich, was er sich schon immer gedacht hat, daß es ihn nämlich gar nicht betrifft, sondern nur diese Randgruppen wie Schwule, Fixer, Bluter und Prostituierte.<< ... >>Wenn anfangs nur die Bluter und die Schwulen infiziert waren, wie kommt die Seuche dann zu den Prostituierten? Kann es sein, daß die Bluter und Schwulen alle in den Puff gehen, oder fehlt da noch ein Glied?<sup>305</sup>

Wie berechtigt diese Frage letztlich ist, lässt sich daraus schließen, dass derzeit besonders der Anteil der prostituierten Frauen unter den Infizierten kontinuierlich steigt. Es ist daher schon sehr erstaunlich, dass selbst vom Direktor des Robert-Koch-Instituts (RKI), *Reinhard Kurth*, im Interview mit dem Nachrichtenmagazin *Focus* fest behauptet, in Westeuropa seien nicht so sehr Heterosexuelle, sondern „nur“ Prostituierte, Homosexuelle und Drogenabhängige als „Risikogruppen“ gefährdet sind, obwohl er gleichzeitig einen Anstieg von infizierten Prostituierten erkennt. Nicht nur, dass die infizierten Prostituierten damit die Drogenabhängigen in der Statistik „verdrängt“ haben. Hier ist auch zu fragen, welchen Part in diesem Kontext diejenigen spielen, die Prostituierte aufsuchen. Es dürfte sich hierbei weder um homosexuelle noch ausschließlich um drogenabhängige „Kundschaft“ handeln. Ein weiteres Problem stellt die angebliche Tatsache dar, dass im Gegensatz zu England, Holland und Belgien in Deutschland keine Zunahme der HIV-Rate zu registrieren sei. In diesem Zusammenhang argumentiert *Kurth* entgegen seines eigenen Instituts, das in den letzten Jahren insbesondere eine Zunahme der durch heterosexuelle Kontakte übertragenen HIV-Infektionen feststellt.<sup>306</sup> Eine mögliche

<sup>305</sup> Bilitewski: AIDS, Otto und die Nutte, in: Sigusch (Hg.): AIDS als Risiko. 127.

<sup>306</sup> Vgl. Interview: „Alarmierend viele infizierte Prostituierte“, in: Focus, 09.07.2001, S. 14; vgl. RKI, 2001.

rückläufige Tendenz müsste des Weiteren auch mit der geringen HIV-Testbereitschaft in Deutschland in Verbindung gebracht werden, denn wo kein Test, da sind auch keine Infizierten zu erwarten (vgl. BSE).<sup>307</sup>

Es ist zwar richtig, dass Menschen mit homosexueller Neigung nach wie vor am häufigsten betroffen sind. Aber es wäre wohl zu voreilig und zu kurzfristig, „nur“ dies als Faktum zur Kenntnis zu nehmen. Nicht erst neuere Statistiken zeigen eindeutig, dass HIV auch auf heterosexuellen Wegen verbreitet wird. Deshalb muss es auch deutlich werden, dass es vordergründig nicht von der Zuschreibung einer „bestimmten Gruppe“ abhängt, ob eine HIV-Infektion möglich ist, sondern vom jeweiligen riskanten Sexualverhalten jedes Einzelnen. Es ist ein gefährlicher „Trugschluss“, von einem kausalen und risikogruppenbezogenen Zusammenhang auszugehen. Eine Prostituierte, die sich vor einer HIV-Infektion schützt, geht ein geringeres „Risiko“ ein als ein „normal“ verheirateter heterosexueller Mann, der sich „ungeschützte Seitensprünge“ erlaubt. Ca. 20-25% homo- bzw. bisexuelle Männer, sog. „Cover-Identitäten“, die „normal verheiratet“ sind, würden „anonym“ oder „unregelmäßig“ Kontakte zu homosexuellen Männern suchen. Dazu kommen noch die (Ehe-)Männer die (regelmäßig) Prostituierte frequentieren, wobei „statistisch“ gesehen diese ein größeres „Risiko“ für die Prostituierten darstellen als umgekehrt. In diesem Sinne ist es deshalb abwegig vorschnell von „Risikogruppen“ zu sprechen.<sup>308</sup>

Begrifflichkeiten wie die der „Risikogruppe“ fördern geradezu die eigene Risikowahrnehmung bis auf ein Minimum herunterzufahren und unterstellt zugleich auch, dass Drogenabhängige, Prostituierte, Bluter und Homosexuelle für die Gesellschaft weiterhin eine „Gefahr“ seien. Es scheint mir deshalb auch adäquat, in diesem Kontext von einem „individuellen Risikoverhalten“ zu sprechen, welches „alle“ Menschen gleichermaßen

---

<sup>307</sup> Zur gegenwärtigen Situation in Deutschland vgl.: Marcuse: 20 Jahre HIV-/AIDS-Epidemie in Deutschland – Entwicklungen, Trends und Erklärungsversuche, in: Marcuse (Hg.): Glück gehabt?. 1-62. Vgl. BZgA: AIDS im öffentlichen Bewusstsein der Bundesrepublik Deutschland 1999. 55-57. Interessanterweise stellt die Studie 1999 im Vergleich zum Vorjahr 1998 wieder einen leichten Anstieg der HIV-Testbereitschaft in der Allgemeinbevölkerung fest. Insgesamt hat sich aber das allgemeine Testverhalten nicht verändert, so dass ein Viertel der Allgemeinbevölkerung und etwa ein Drittel der Alleinlebenden angeben, dass sie schon einmal einen HIV-Test bei sich durchführen haben lassen.

<sup>308</sup> vgl. hierzu: Fuchs: AIDS als Ernstfall diakonaler Pastoral, in: Arbeitsgemeinschaft für Gefährdetenilfe und Jugendschutz in der Diözese Freiburg/Breisgau e.V. (AGJ) und der Katholischen Sozialethischen Arbeitsstelle e.V. (KSA) Hamm (Hg.): AIDS – sozialer und ethischer Prüfstein für Kirche und Staat. 31 u. Anm.<sup>14</sup>. Es gehören deshalb weder alle Homosexuellen, Drogensüchtigen usw. de facto zu einer „Risikogruppe“, weil diese sich nicht alle gleichermaßen in eine Risikosituation begeben, noch geht von diesen Personen eine größere „Gefahr“ aus als von anderen. Zudem erscheint mir der Begriff der „Risikogruppe“ als Diskriminierung HIV-infizierter und AIDS-kranker Menschen, denn durch diese Darstellung wird behauptet, sie würden ein „Risiko“ für die Gesellschaft darstellen. Wer für wen ein „Risiko“ darstellt, sollte jeder für sich beantworten.

anbelangt. In diesem Zusammenhang kann wohl kaum von „Verantwortungsbewusstsein“ gesprochen werden, wenn diverse AIDS-Forscher – immer noch in alte Strukturen verhaftet – das HIV-Risiko, bzw. die HIV-Gefahr für die gesamte Bevölkerung herunterspielen, obwohl offenkundig Tendenzen festzustellen sind, die das Gegenteil bekunden. Die Logik dieser Argumentationen kann jedenfalls nicht nachvollzogen werden.

### *AIDS – Analogien zu BSE?*

Die Neubewertung der gegenwärtigen Situation um HIV wird auch im Kontext neu auftretender Gefahren etwas getrübt und erhält augenblicklich durch BSE, das fast zeitgleich wie HIV Mitte der 80er Jahre verstärkt auftrat, einen unangenehmen Beigeschmack.

So ist es nicht verwunderlich, dass die Diskussion um BSE und die damit möglich in Verbindung stehende neue Variante des Creutzfeldt-Jacob-Syndroms, dessen Ätiologie und Übertragungsweg keineswegs als gesichert gilt, ähnlich wie HIV das Bedrohtheitsgefühl in der Gesellschaft erheblich steigern lässt. Diese „neue Gefahr“ lässt vor allem die mediale Berichterstattung als Aufmerksamkeitsgenerator latente alte Ängste neu aktualisieren und ebenfalls ähnliche gesellschaftliche Mechanismen freisetzen wie zu Beginn des Auftretens von HIV.

Anfänglich wurde unter Sexualwissenschaftlern die offensichtliche Diskrepanz zwischen „Gefahr“ und „medialer Aufmerksamkeit“ gegenüber AIDS einer ausgedehnten Kritik unterzogen. Sie wandten sich überwiegend einhellig gegen zahlreiche Pressemitteilungen, die die AIDS-Hysterie kräftig anheizten und so irrationale >>pathogene<< Tendenzen begünstigten, die nun im Kontext der BSE-Krise wieder aufflammen.<sup>309</sup>

Derzeit ist noch unklar, wie und ob der BSE-Erreger auf den Menschen übertragbar ist. Damit erfüllt es aber schon jetzt dieselben Voraussetzungen, Szenarien wachsen zu lassen, die bei weitem AIDS übertreffen könnten. Sofern BSE für den Menschen relevant ist, ist eine Heilung derzeit noch nicht möglich. Meist endet für die Betroffenen die menschliche Variante, das Creutzfeldt-Jacob-Syndrom, ebenfalls tödlich. Während HIV sexuell übertragbar ist, wird der BSE-Erreger möglicherweise durch den Verzehr von kontaminiertem Rindfleisch (interessant ist auch die „sprachliche“ Parallele zu AIDS: hier „Risikogruppen“, da „Risikomaterial“) übertragen. Wenn diese Vermutung wissen-

<sup>309</sup> Vgl. hierzu: Geene: AIDS-Politik. 259-265.



schaftlich gestützt wird, würde es sich bei der durch den BSE-Erreger verursachten Krankheit wahrscheinlich um eine ubiquitäre Krankheit handeln. Jedenfalls sind bereits gesellschaftliche Reaktionen bemerkbar, die durchaus mit den damaligen „irrationalen“ Handlungen konkurrieren können. Die Wahrscheinlichkeit, sich mit BSE anzustecken, geht mit einem rasanten Zuwachs der subjektiven Bedrohlichkeit einher. Schon jetzt wurde vorsorglich im Zusammenhang mit BSE spekuliert, Menschen aus Frankreich, Großbritannien u.a. Ländern, in denen BSE-Vorkommnisse bislang gehäuft auftraten, nicht mehr in die deutsche Blutspenderkartei aufzunehmen.

Während Landwirte, die sich in ihrem Betrieb mit BSE konfrontiert sehen, ebenfalls Stigmatisierungen ausgesetzt sind, versuchen sie selbst auf unsachliche und emotionale Art und Weise von sich selbst auf den Verbraucher abzulenken. Jedenfalls wird erkenntlich, dass auch im Zusammenhang von BSE bereits Stigmatisierungs- und Diskriminierungstendenzen und Schuldzuweisungen wahrzunehmen sind, die *Jacob u.a.* am Beispiel AIDS so erklären: »AIDS erfüllt mithin alle Voraussetzungen, um an die tradierten alltagstheoretischen Interpretationsmuster schwerer Krankheiten aus vormoderne Zeit angeschlossen zu werden, deren Ätiologie und Übertragungsweise ebenfalls unklar waren, gegen die es keine verlässlichen Therapien gab, die unterschiedslos Junge und Alte, Arme und Reiche treffen konnten und auch trafen: AIDS erscheint in diesem Vorstellungskontext ebenfalls als Gefahr.«<sup>310</sup>

Nicht nur die Erfahrung mit BSE zeigt uns, dass wohl zu Recht diese momentane euphorische Normalisierungstendenz im Hinblick auf AIDS differenziert und skeptisch betrachtet werden sollte. Dieser „Wandel“ in der Einschätzung von HIV lässt meiner Meinung nach zwangsläufig die Frage aufkommen, ob die derzeit beruhigte Lage nicht verkannt oder sogar beschönigt wird. Zumindest im Kontext von BSE kann dies behauptet werden. Heißt die Konsequenz deshalb, erneut unbegründet Panik und Hysterie zu verbreiten? Nicht im Geringsten!

Der prozentuale Anteil der Menschen, welcher vor kurzem noch die Bedrohlichkeit von Infektionskrankheiten als „äußerst gering“, die Folgen des technischen Fortschritts und die Bedrohlichkeit von chronisch-degenerativen Erkrankungen hingegen als „äußerst hoch“ einschätzte, hat sich *während* der Diskussion um BSE auffallend an die „reale Gefährdung“ zeitlich angepasst. Deshalb müssen Angaben über Gefahren und Risiken neben ihrer subjektiven Aussage als „äußerst variabel“ eingestuft werden und können daraus folgernd nur tendenziell verwertet werden. Das allgemeine Bedrohlichkeits-

---

<sup>310</sup> Jacob u.a.: AIDS-Vorstellungen in Deutschland. 68.

gefühl in unserer Gesellschaft hat nicht abgenommen, sondern hat sich tendenziell auf andere gesellschaftliche Phänomene verlagert und angepasst. Deshalb kann im Ergebnis auch nicht von einem Abflauen der Diskriminierungsbereitschaft in der Bevölkerung gesprochen werden, sondern von einer Verlagerung derselben, die sich in unterschiedlicher Wichtigkeit einmal mehr, einmal weniger äußert (Ausländerhass, BSE).

Im Falle von AIDS kann offensichtlich deshalb auch nicht von einem „Wandel“ als vielmehr von einer „Verschiebung“ oder einer „Pendelbewegung“ der Diskriminierungsbereitschaft gesprochen werden. Trefflich formulieren es *Heiderich u. Rohr*, welche die Art der Toleranz gegenüber „Randgruppen“ kritisch in Frage stellen. »Als sicher kann angenommen werden, daß bisher diskriminierte „Randgruppen“ ihre vermeintliche Schmutzdecke verlassen konnten. Fraglich ist, ob das Pendel der öffentlichen Selbstdarstellung nicht zu weit ausgeschlagen ist. Zu weit für diejenigen Personengruppen, welche die Aufhebung sexueller Tabus zwar tolerieren, aber nicht ständig damit konfrontiert werden wollen.«<sup>311</sup> Stigmatisierung und Diskriminierung sind meiner Ansicht nach „gesellschaftliche Ressourcenphänomene“, auf Bedrohungen zu reagieren, die sich keineswegs restlos eliminieren lassen. Im Gegenteil: Sie können sich als äußerst resistent und variabel erweisen.

### *Kritik an AIDS-Aufklärungsstrategien*

HIV ist bis heute unheilbar, Ursache und Herkunft waren zu Beginn relativ unklar, was wiederum zu vielen Spekulationen in der Öffentlichkeit geführt hat. So trägt jede weitere Unsicherheit über HIV verstärkt, wie jede andere neuartige und schwere Infektionskrankheit, die gekennzeichnet ist durch eine gewisse medizinische Ohnmacht und Hilflosigkeit, zur Wissensunsicherheit in der Allgemeinbevölkerung bei. Zu dieser Unsicherheit hat auch die deutsche AIDS-Aufklärungsstrategie ihren Beitrag geleistet – einen Beitrag mit weitreichenden Folgen.

Besorgniserregend zeigt sich die Entwicklung im Hinblick auf die allgemein stagnierende Präventionsbereitschaft und die damit in Verbindung stehende degressive Zahl derer, die sich derzeit für den HIV-Schutz überhaupt noch interessieren.<sup>312</sup>

<sup>311</sup> Heiderich; Rohr: Werte-Wandel. 83.

<sup>312</sup> Vgl. BZgA: AIDS im öffentlichen Bewusstsein der Bundesrepublik Deutschland 1999. 36-39 u. 46.

Demzufolge erscheinen die momentanen Anstrengungen von AIDS-Aufklärungskampagnen einerseits als verständlich, andererseits als geradezu bizarr, „nun“ auch den „normalen, moralischen“ Bürger für verantwortungsvolles Sexualverhalten sensibilisieren zu wollen, nachdem aus denselben Reihen immer wieder vehement beteuert wurde (wird), „AIDS ginge doch nicht jeden an“. So sehen sich derzeit Aufklärer einerseits mit der gesellschaftlichen Tendenz einer äußerst fragwürdigen „Normalisierung“ konfrontiert, andererseits auch mit der schon erwähnten hohen „Interesselosigkeit“ in weiten Teilen der Bevölkerung, insbesondere was den HIV-Eigenschutz angeht. Beide Aspekte lassen die individuelle Risikowahrnehmung ebenso auf ein Minimum sinken, wie die schwindende und interessengesteuerte Berichterstattung über HIV und AIDS in den Medien.

Hier muss auch an einigen Strategien der AIDS-Politik scharfe Kritik geübt werden. Seit Beginn der AIDS-Prävention in Deutschland stand eine strikte Aufgabentrennung von Selbsthilfegruppen (Deutsche AIDS Hilfe – DAH) und staatlichen Behörden (Gesundheitsämter) im Vordergrund. Während letztere es sich zur Aufgabe machten, die „Normalbevölkerung“ aufzuklären, richteten sich erstere vorwiegend an die „Risikogruppen“. Die Übertragung der Aufklärungsarbeit für Schwule und Fixer an die DAH wurde von staatlichen Behörden auch damit begründet, dass eine Behörde wie diese bei den genannten Gruppen sowieso mehr Akzeptanz genießen würde. Diese obligatorische Arbeitsteilung führte nicht nur zu weitreichenden Irritationen in der Bevölkerung, sondern trug wesentlich zur Verstärkung der Ausgrenzung bestimmter Gruppen bei. Eine Trennung von Institutionen mit dem vorrangigen Ziel, Aufklärungsarbeit für alle zu leisten, muss nicht nur aus Gründen der nunmehr finanziell benachteiligten DAH endgültig als erledigt gelten.

So mag es auch nicht verwundern, dass die Befragung der *BZgA* vorwiegend bei den Fragen zur Einstellung des Schutzverhaltens und der Verwendung von Kondomen immer noch von „Teilgruppen der Bevölkerung“ spricht, für die die „Prävention von besonderer Bedeutung“ sei. Jedenfalls hätten diese „Risikogruppen“ – heute also „Teilgruppen“ genannt – schließlich im Vergleich zur „Bevölkerung“ eine „potentiell riskantere Lebensweise“ aufzuweisen, so die *BZgA*, eine dem Bundesgesundheitsministerium nachgeordnete Behörde.<sup>313</sup>

Eine derartige vollzogene Klassifikation trägt nicht nur unweigerlich zur Spaltung von Bevölkerungsgruppen in „risikoreiche“ und „risikoarme“ bei, sondern untermauert eher

<sup>313</sup> Vgl. *BZgA: AIDS im öffentlichen Bewusstsein der Bundesrepublik Deutschland 1999*. 33-47.

die Verstärkung des Mottos, „AIDS gehe nicht jeden an“. Dass diese noch so gut ausgereifte Strategie letztlich nicht aufgehen wird, ist abzusehen. Ein Virus lässt sich jedenfalls von solchen, strategisch anmutenden Verfahrensweisen wohl kaum beeindruckt. Diese durchaus für das Risikogruppenphänomen zweckdienliche Devise, „AIDS ginge nicht jeden an“, trägt außerordentlich zur Stabilisierung der Verhältnisse auf beiden Seiten bei. Denn eine gesellschaftlich konstruierte „Risikogruppe“ stellt nicht nur für „Nicht-Betroffene“ ein Sicherheitsgefühl dar, sondern unterstützt auch die eigene „gruppenspezifische Dynamik“ sowohl innerhalb von Institutionen als auch die in den sog. „Subkulturen“.

In seiner medizinhistorischen Abhandlung *Krankheit als Erfindung* bezeichnet *Lenzen* AIDS als „Mittel gesellschaftlicher Stabilisierung“ und zeigt anhand des „Vampir-Mythos“ Parallelen zu AIDS mit dem Hinweis, dass >>... vor dem Hintergrund historischer Kenntnisse über den Umgang mit Epidemien bzw. über mythische Tradierungsformen medizinischen und soziologischen Wissens der öffentliche Umgang mit der AIDS-Epidemie besser verstanden werden kann, und daß bestimmte Phänomene, die nur scheinbar medizinischen Stellenwert haben, hinsichtlich ihrer sozialen Funktion erklärt werden können<<<sup>314</sup>. Eine herausragende Funktion nimmt hierzu ein gesellschaftliches Wissen über „soziale Funktionen“ von Epidemien ein.<sup>315</sup>

Diese „soziale Funktion“ lässt sich ebenfalls aus der von *Luhmann* oben eingeführten Unterscheidung zwischen „Risiko“ und „Gefahr“ ableiten, in der beide Begriffsvarianten als >>... binäre Typen bestimmten unsicherheitsorientierten Handelns<< beschrieben werden; aber >>diese Unterscheidung bindet die Klassifizierung von Unsicherheiten als Risiken oder als Gefahren nicht an gleichsam „natürliche“ Eigenschaften der jeweiligen Phänomene, sondern an das historisch variierende Handlungs- und Gestaltungspotential von Gesellschaften.<<<sup>316</sup>

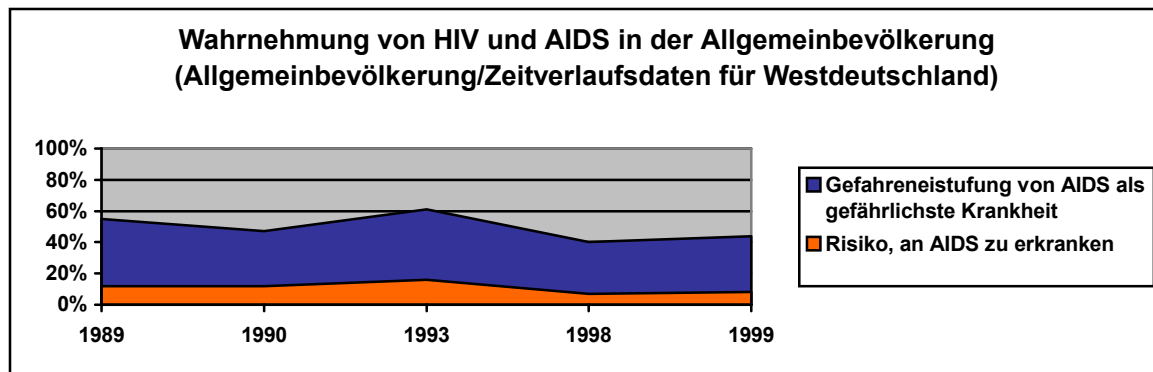
Fasst man die bisherigen Beobachtungen zu AIDS zusammen, so wird deutlich erkennbar, dass ein Großteil der Bevölkerung sich derzeit relativ sicher und sehr gut aufgeklärt fühlt. Statistisch lässt sich die derzeitige Wahrnehmung von HIV und AIDS in Deutschland wie folgt belegen.

<sup>314</sup> Lenzen: *Krankheit als Erfindung*. 91.

<sup>315</sup> Lenzen verweist in diesem Kontext auf einen Feldversuch in Rumänien, der besagt, dass aufgrund der mündlich vorgetragenen Werwolf- und Vampir-Geschichten der Vampirglaube in der Gesellschaft zu einer erheblichen stabilisierenden Wirkung geführt hat und >>das Verhältnis von Gut und Böse, von Mitglied und Ausgestoßenem, eben von Mensch und Vampir, befestigt und sichtbar gemacht<< werden könnte (vgl. Lenzen: *Krankheit als Erfindung*. 90f).

<sup>316</sup> Jacob u.a.: AIDS-Vorstellungen in Deutschland. 44; vgl. hierzu: Luhmann, *Risiko und Gefahr*, in: Luhmann: *Soziologische Aufklärung/5*. 131-169.

Diagramm 11



Quelle: BZgA-Repräsentativerhebungen „AIDS im öffentlichen Bewusstsein der Bundesrepublik Deutschland 1999“ durch forsa. Gesellschaft für Sozialforschung und statistische Analysen, Berlin/Dortmund, in: BZgA, AIDS im öffentlichen Bewusstsein der Bundesrepublik Deutschland 1999. 20.

Die vorausgegangenen Ausführungen und Statistiken weisen schlüssig nach, dass sowohl die „Bedrohung“ durch HIV als auch die „Wahrscheinlichkeit“, sich mit dem HI-Virus anzustecken in der gesellschaftlichen Wahrnehmung beachtlich abnahm und bis auf weiteres zur „Unwahrscheinlichkeit“ beider Eventualitäten führt – mit sicher different zu wertenden Auswirkungen.

Zudem lassen die angeführten Aspekte im Ergebnis erkennen, dass offenkundig Divergenzen zwischen der individuellen HIV-Risikowahrnehmung und dem vermeintlich hohen Wissenstand in der Allgemeinbevölkerung bestehen, die die BZgA nur andeutet. Das in der Allgemeinbevölkerung für ein HIV-Schutzverhalten putativ zu Grunde liegende hohe Wissensniveau, erweist sich in diesem Kontext als fingierte Größe. Damit scheinen Ungereimtheiten zwischen Wissenstand, Einstellungen und Verhalten (Fremd- und Eigenverhalten) vorprogrammiert.

Ausgehend vom derzeitigen „Wissenstand“ in der Bevölkerung, der übrigens objektiv kaum hinreichend zu bestimmen ist, stellt das „geringfügige Interesse“ an individuellen Schutzmaßnahmen eine damit nicht zu vereinbarende Größe dar. Voraussetzung für Wissensaneignung ist ein Interesse am Thema, das im Wirrwarr neu aufkommender Probleme zu schwinden droht.

Vor allem weil wissenschaftliches Wissen, wie bereits erwähnt, auf der Ebene des vorläufigen Wissens arbeitet, handelt es sich bei Aussagen über HIV und AIDS bestenfalls um vorläufiges Wissen, das informationsreich und überprüfbar ist und bis zum Gegenbeweis seine Gültigkeit besitzt. Gerade deshalb stellt das Wissensniveau auch im Kontext von AIDS eine flexible Größe dar. Dementsprechend muss durch Aufklärung der bereits erreichte Informationsstand in der Bevölkerung aufrechterhalten und nach Bedarf aktualisiert werden. Die Informationsgabe muss, neben dem neuen Wissens-

tand, die bisherige Auseinandersetzung mit HIV und die momentane Entwicklung besonders beachten, so dass spezifische und neue Informationen über HIV sowohl adäquat als auch in verständlicher Sprache weiter angeboten und wiederholt werden. Beides lässt derzeit „zu wünschen“ übrig. Deshalb sollte AIDS-Aufklärung in Zukunft vermehrt wieder Bestandteil der sexualpädagogischen Arbeit mit jungen Menschen sein, um den gegenwärtigen Trend der Interesselosigkeit effektiv entgegenzuwirken.

Abgesehen von der steigenden Interesselosigkeit im Bereich der individuellen Risikoaufklärung und den derzeitigen nur marginal und einseitig auftretenden Berichterstattungen, kann zwar kein objektives Bild über die gegenwärtige Situation entstehen, doch eine Tendenz über den derzeitigen Wissenstand in der breiten Bevölkerung besagt Folgendes: Nachdem einerseits immer noch haltlose Gerüchte, wie die Vorstellung, HIV sei im Schwimmbad oder durch Mücken übertragbar, emporschießen und andererseits die Prophezeiung grassiert, „HIV sei mittlerweile heilbar“, wird deutlich, dass immer noch ein hoher Unsicherheitsfaktor<sup>317</sup> in der Bevölkerung herrscht, dem allein mit Verdrängung nicht begegnet werden kann. Während das eine zuweilen zur völligen Verharmlosung der Situation beiträgt, schürt das andere die Hysterie um AIDS. Statt hypochondrisch gegen eine Hysterie zu reden und sie damit weiterzukochen, statt mit Gerüchten sie weiter anzuschüren, müsste ein Denken über HIV angeregt werden, das auch ohne Horror und Hysterie wach bleibt.

Letztendlich lässt die *BZgA-Befragung*, inklusiv die darin mitunter enthaltenen diametralen Aussagen, keineswegs den Rückschluss zu, die Gesellschaft sei ohnehin „gut“ aufgeklärt und hätte zudem ein hohes Wissensniveau vorzuweisen. Wenn dies nämlich zuträfe, müssten sich derzeit Wissenschaftler und Mitarbeiter in AIDS-Hilfen weniger Sorgen um die steigende Infektionsrate innerhalb der als sich selbst bezeichnenden „normalen“ Bevölkerung machen.

---

<sup>317</sup> Vgl. Bengel u.a.: Zusammenfassung und Konsequenzen, in: Bengel (Hg.): Risikoverhalten und Schutz vor AIDS. 227f. Resümierend stellen Bengel, Bührlen-Armstrong und Farin u.a. fest, dass innerhalb der psychologischen Charakterisierung eines HIV-Risikos neben einer geringen Kontrollierbarkeit weiterhin auch mit einem Unsicherheitspotential im Umgang mit HIV zu rechnen ist. Erst nach einer Verhaltensänderung der Personen kann deutlich ein Verringern des individuellen Risikos festgestellt werden.

### Exkurs: AIDS-Epidemie in Afrika – eine Situation außer Kontrolle

Während man sich hierzulande vom anfänglichen Schrecken über die Epidemie zunehmend entspannt zurücklehnt, kämpfen vor allem Schwarzafrika und Asien gegen eine HIV-Pandemie mit kaum vorstellbarem Ausmaß. AIDS übersteigt dort jede normale Vorstellung. Die AIDS-Katastrophe, die dort voll im Gange ist, macht mehr als deutlich, dass eine tiefgreifendere Auseinandersetzung im spezifischen soziokulturellen, ökonomischen und historischen Kontext erfolgen muss. Im afrikanischen Kontext ist der Hauptübertragungsweg von HIV der heterosexuelle Kontakt. Aber auch diese Tatsache allein kann die spezifischen gesellschaftlichen Bedingungen keineswegs vollständig erfassen. Eine Reihe von wirtschaftlichen und sozialen Missständen macht Afrika weltweit zur AIDS-Problemregion Nummer eins. Weit reichende Gründe verbergen sich hinter dieser hohen Infektionsrate<sup>318</sup>, so dass im Süden Afrikas<sup>319</sup> die Situation völlig außer Kontrolle ist. So hat Botswana die höchste HIV-Infektionsrate der Welt<sup>320</sup>. *Schmitt* ist überzeugt, dass »viele Aspekte heutiger Gegebenheiten ihre Wurzeln in der Vergangenheit haben«. Ihrer Ansicht nach bewirkte z.B. in Zimbabwe die »Kolonisation, die Maßnahmen der Landenteignung sowie die Einführung der Geldwirtschaft einen rapiden ökonomischen und sozialen Wandel«. Kennzeichnend für diese Entwicklung waren nach *Schmitt* »Arbeitsmigration, Urbanisierung und einschneidende Veränderungen in der Sozialstruktur, die mit sich veränderten Normen und Werte einhergingen«.<sup>321</sup>

<sup>318</sup> Die Epidemie in den Entwicklungsländern scheint sich von der Gruppe, in der HIV zuerst auftrat, hin zu denen auszubreiten, die schon vor der Epidemie sozial benachteiligt und diskriminiert wurden - aus rassistischen, ökonomischen, religiösen, kulturellen oder politischen Gründen. Vor allem sind viele Menschen uninformatiert und glauben weithin an Legenden. So hat z.B. in Südafrika die Vergewaltigung an jungen Mädchen drastisch zugenommen, im „Glauben“ daran, man könne durch einen Beischlaf mit einer „Jungfrau“ von HIV „geheilt“ werden (Quelle: ZDF: Reporter vom 20.03.2002).

<sup>319</sup> Nach einem Bericht des Wirtschafts- und Sozialrats der Vereinten Nationen seien insgesamt 33,4 Millionen Menschen im Jahr 1998 mit HIV weltweit infiziert, davon 20,8 Millionen allein in Afrika. Inzwischen sind es weltweit ca. 40 Millionen infizierte Menschen. Während eines Jahres sei die Zahl der Neuinfizierten in Afrika auf 5,8 Millionen gestiegen. Nahezu 16 000 Menschen stecken sich jeden Tag mit HIV an! Viele davon wissen noch nicht, dass sie selbst infiziert sind. In vielen kleinen Dörfern Schwarzafrikas sterben bis zu 8 Menschen wöchentlich an AIDS. In den meisten Fällen wird der HI-Virus zwischen heterosexuellen Personen übertragen, was die Aussicht, die Epidemie eingrenzen zu wollen, schwinden lässt (vgl. Natorp: „Nach dem Sieg über die Pocken die große AIDS-Katastrophe“, in: FAZ, 23.10.1999. 9f).

<sup>320</sup> Rund 80% der Soldaten in Botswana sind bereits infiziert! An der Universität in Gaborone sind zu Studienbeginn 30% der Studierenden infiziert, nach ihrem Abschluss rund 60%. Die Hauptursache der hohen Infektionsrate liegt darin, dass im ländlich geprägten Botswana eine prüde, konservative und lethargische Gesellschaft lebt, in der über Sexualität und ihre Gefahren nicht gesprochen wird. Auch kritische Stimmen gegenüber Kirchenmännern wurden laut, da sie sich weder von einer notwendigen Aufklärung über AIDS noch von unerlässlichen Präventivmaßnahmen überzeugen lassen (vgl. Luzius: „Vier von fünf Soldaten sind infiziert“, in: FAZ, 22.09.1999. 15).

<sup>321</sup> *Schmitt*: AIDS und Gesellschaft in Zimbabwe. 1f. Auf eindrucksvolle Art und Weise ist der Autorin in ihrer qualitativen Untersuchung gelungen, die Wechselwirkung zwischen sozioökonomischen Bedingun-

Als besonders folgenschwer für die Menschen ist die gegenwärtige Situation hinsichtlich der hohen Gesundheits- und Arzneimittelkosten zu beschreiben. Die Ressourcen zur Bekämpfung der Pandemie sind seit Beginn ungleich verteilt, mahnten *Mann u. Tarantola* vom Zentrum für Gesundheit und Menschenrechte an der Fakultät für öffentliches Gesundheitswesen der Harvard-Universität in Cambridge. >>Obwohl mehr als 90 Prozent der HIV-Infizierten in der Dritten Welt leben, entfallen auf sie weit weniger als 10 Prozent der globalen Ausgaben für Behandlung und Prävention. Die neuen Kombinationstherapien mit jährlichen Kosten von mindestens 10 000 US-Dollar pro Patient konnten hier gar nicht zum Zuge kommen – die meist fehlende Infrastruktur sowie die Finanzknappheit lassen keine solche Versorgung zu.<<<sup>322</sup>

Sowohl einige „Entwicklungsländer“ als auch einige Industrienationen beklagen vehement, dass mit der derzeitigen Regelung der Welthandelsorganisation (WTO) zum Welthandel Medikamente für „Entwicklungsländer“ extrem verteuert werden. Es ist abzusehen, dass damit das Leben vieler Menschen auf dem Spiel steht. Das Problem ist, dass nur in dem Falle, in dem die betreffenden Länder selbst einen Gesundheitsnotstand ausrufen, sich die WTO bereit sieht, sog. „Generika“<sup>323</sup> vor Ort produzieren zu lassen. Ob sich wohl die Pharmakonzerne, die sich nun bereit erklärten, an afrikanische Staaten Medikamente zu liefern, die bis zu 90% unter dem „Normalpreis“ liegen, an ihr Versprechen halten werden? Die beteiligten Konzerne dürften dabei sicher nicht „nur“ aus reiner „Nächstenliebe“ handeln, denn auch wenn der Preis unter dem üblichen liegt, wird sich immerhin ein Markt erschließen, der ansonsten nicht existieren würde. Zudem könnten so lästige Generika-Firmen effektiv vom Markt gehalten werden.

Jedoch muss an Stelle von allumgreifender Hysterie eine sachliche Auseinandersetzung auf globaler Ebene Grundlage für einen weltweiten AIDS-Diskurs sein. Der Blick auf Afrika macht deutlich, dass weder ein Stillstand in der Forschung noch eine unzureichende Versorgung der Erkrankten mit hochwirksamen Medikamenten ethisch kaum zu vertreten ist. Die reichen Industrieländer sind hiermit insgesamt zur Solidarität mit den Menschen in den sog. „Entwicklungsländern“ verpflichtet, denn eines ist sicher: HIV

---

gen und AIDS am Beispiel Zimbabwes herauszustellen, die an dieser Stelle bedauerlicherweise nicht weiter vertieft werden können.

<sup>322</sup> Mann; Tarantola: „AIDS – die globale Bilanz“, in: Spektrum der Wissenschaft, 1998. 34f.

<sup>323</sup> Generika sind günstige vor Ort entwickelte Medikamente. Ebenso fordern arme Länder sog. Parallelimporte durch andere zu erlauben, in denen Medikamente günstig hergestellt werden. Zumindest in Südafrika scheint ein Kompromiss zwischen der Regierung und den Pharmaunternehmen nun gefunden, der hoffen lässt, dass auch in anderen Regionen Afrikas ebenfalls AIDS-Medikamente billiger oder kostenlos zur Verfügung stehen.



trägt zu einer weltweiten *politischen Instabilität* bei und stellt damit eine entwicklungspolitische Aufgabe ersten Ranges dar!

Die globale Bilanz zeigt im Ergebnis, dass das Phänomen einer differenzierten Betrachtungsweise bedarf. Einerseits darf die „Gefahr“ einer globalen Pandemie und die damit verbundene globale Verantwortung nicht unterschätzt werden, andererseits ist es nicht hilfreich, einer Mystifizierung von AIDS Vorschub zu leisten, die Hass und Ausgrenzung der Betroffenen nach sich zöge. Resümierend kann man davon ausgehen, dass der „Wirkung“ von soziopsychologischen Faktoren, hinsichtlich der Verbreitung von HIV, in der Vergangenheit nur unzureichend Aufmerksamkeit geschenkt wurde, indem diese „nur“ als *Folgen* der Epidemie aufgefasst, nicht aber auch als deren *Ursache* angedacht wurden.

#### 2.4.1.4. Resümee

In der Unterscheidung zwischen „Risiko“ und „Gefahr“ können zusammenfassend folgende Besonderheiten erwähnt werden, wobei betont werden muss, dass Definitionsfragen vor allem der Abgrenzung verschiedener Bereiche und weniger einer angemessenen Beschreibung oder Erklärungen unterschiedlicher Gegenstände dienen:

**Tabelle 3: Definition: Risiko/Gefahr**

<b>Risiko</b>	<b>Gefahr</b>
Typisiert eine Gefährdung, die prinzipiell durch eine individuelle Handlungsweise – nach Abwägung – kontrolliert werden kann.	Typisiert eine Gefährdung, die prinzipiell <u>nicht</u> durch eine individuelle Handlungsweise und durch individuelles Eingreifen kontrolliert werden kann.
Besagt zudem, dass Personen mit einem Risiko verbunden oder konfrontiert sind oder für andere eine Gefahr darstellen.	Besagt zudem, dass Menschen ihr durch äußere Einflüsse der (sozialen) Umwelt ausgesetzt sind.
Beiden Begriffsvarianten ist allerdings gemeinsam, dass sie negative Folgen, Unsicherheiten und Ungewissheit mit sich bringen können.	

Zunächst kann festgestellt werden, dass in der Allgemeinbevölkerung keine grundsätzliche Differenzierung zwischen Risiken oder Gefahren stattfinden, d.h. eine strikte Unterscheidung ist aufgrund der subjektiven Interpretation beider Phänomene nicht möglich. Als Resultat steht außerdem fest, dass vor allem die jeweilige Situation ausschlaggebend dafür ist, ob ein Phänomen als „Risiko“ oder „Gefahr“ gesehen wird (So-

zialparadox), d.h. die subjektive Einschätzung der Bedrohungswahrnehmung stellt sich als kontextgebunden heraus.

Dennoch zeigen sich im Ergebnis einer möglichen Unterscheidung zwischen Risiko und Gefahr positive Zielangaben:

- a) neue Handlungsmöglichkeiten (Alternativen) werden durch ein erhöhtes Risikobewusstsein gefördert,
- b) ein erhöhtes Risikobewusstsein führt wiederum zur Eigenverantwortlichkeit,
- c) die Eigenverantwortlichkeit vor allem im Kontext der individuellen Prävention ist als ausschlaggebend zu sehen, auch wenn
- d) es letztlich kein risikofreies Handeln geben kann.

Angesicht der Situation, dass es letztendlich kein risikofreies Handeln geben kann, stellt die Negation eines Risikos selbst auch schon ein „Risiko“ dar, nicht zuletzt deshalb, weil möglicherweise Chancen nicht wahrgenommen werden, die sich letztendlich als Vorteil erweisen könnten.

Die momentane in der Öffentlichkeit propagierte subjektive Bedrohungswahrnehmung, soweit man überhaupt davon sprechen kann, lässt sich in einem Satz so beschreiben: AIDS geht schon lange nicht mehr alle an!

Dieses selbstgefällige Motto scheint sich in der Allgemeinbevölkerung weitgehend verbreitet und etabliert zu haben. Auch wenn kein unmittelbarer Kausalzusammenhang zwischen den medialen Berichterstattungen über neue Therapien und einer größeren Sorglosigkeit des Schutzverhaltens festzustellen ist, liegt die Vermutung nahe, dass die Tendenz zur gesellschaftlichen Einschätzung von HIV derzeit von drei wesentlichen Faktoren mitbestimmt ist, die zum allgemeinen Abflauen des subjektiven Bedrohtheitsgefühls von HIV und damit zur sog. „Normalisierung“ von AIDS geführt haben:

- a) die *mediale Vermittlung* von neuen und wirksamen Medikamenten, die den Eindruck entstehen lassen, „HIV sei mittlerweile heilbar“,
- b) die *Gleichsetzung* von HIV mit individuell vermeidbaren Suchtkrankheiten (Alkoholismus usw.),
- c) das *Risikogruppenphänomen*, welches zur Stabilisierung der eigenen Verhältnisse bis heute beiträgt.

Diese drei Faktoren werden durch folgende Konstellationen motiviert:

- a) Durch die einseitige Hinwendung und Proklamierung der Risikoperspektive wird HIV auf sog. „Risikogruppen“ projiziert und begrenzt. Diese einseitige Proklamierung enthält vor allem den moralischen Appell an bestimmte Personengruppen

- (Prostituierte, Drogenkonsumenten, Homosexuelle) zum eigenverantwortlichen Handeln.
- b) Zu bedenken ist die einseitige Hinwendung zur Risikoperspektive, die suggestiv vermittelt, dass die sog. „Normalbevölkerung“ auf der „sicheren Seite“ steht, ohne dass sie die Risiko-/Gefahrenperspektive nur ansatzweise erfasst. Dies sollte aber der Fall sein, da die Gruppe der Heterosexuellen derzeit die zweitstärkste Infektionsrate darstellt und damit die Gruppe der Drogenabhängigen „statistisch“ verdrängt. Es muss in diesem Zusammenhang auch nach dem individuellen Risikobewusstsein bei heterosexuellen Erwachsenen gefragt werden, das zumindest in Bezug auf ein HIV-protectives Verhalten zu beklagen ist.
  - c) Da die Eigenverantwortlichkeit im Handeln häufig nur von „Randgruppen“ gefordert wird, fällt diese, als moralisches Prinzip aller, kurzerhand unter den Tisch. Die Eigenverantwortung schließt aber als moralisches Prinzip sowohl die Verantwortung im Umgang mit eigenen Risiken, als auch die Fremdverantwortung im Umgang mit HIV-Betroffenen mit ein.
  - d) Neben der AIDS-Aufklärung muss sich wohl nicht zuletzt auch eine AIDS-Subkultur (Ärzte, Betroffene und Interessensvertreter) kritisch hinterfragen lassen, welche derartige Mechanismen geradezu provoziert. Diese heterogene Subkultur ist von einer Abgeschlossenheit (man ist unter sich) geprägt, die vor allem einen gesamt-gesellschaftlichen Lernprozess weitgehend verhindert. Problematisch erscheint auch in diesem Kontext die besondere „Priorität“ Homosexueller gegenüber Prostituierten, Blutern und Drogenabhängigen. Diese „Vorrangstellung“ führt nicht nur zur Hierarchisierung innerhalb dieser Personengruppen, sondern fördert auch eine Klassifizierung des HIV-Ansteckungsrisikos innerhalb der Bevölkerung.
  - e) Auch die in der Medienberichterstattung zu HIV und AIDS z.Zt. einseitig dominierenden Berichte über die durchaus prekäre Situation in den „Entwicklungsländern“ lässt ebenfalls die Annahme der eigenen Nichtbetroffenheit verstärken und gleichsam die Bedrohungswahrnehmung im eigenen Land sinken.
  - f) Zwei Extreme werden insgesamt sichtbar: nach der ausufernden Hysterie und der Panik machenden Berichterstattung zu Beginn des Auftretens von HIV scheint gegenwärtig ein regelrechter „Verdrängungsmechanismus“ in den Köpfen vieler Einzug zu halten (vgl. BSE-Politik!). Auch die häufig kritisierte und ange-mahnte Hysterie in der Bevölkerung unterscheidet sich inhaltlich jedoch kaum

von der einiger Institutionen, die ihre AIDS-Diskurse eher von irrationalem Gedankengut als von humanen leiten lässt. Es ist deshalb nicht damit getan, ein Problem zu verdrängen oder es kurzerhand zum „Risiko“ einer bestimmten Gruppe zu erklären und sich selbst in trügerischer Sicherheit zu wiegen. Realistische Sicherheit kann allenfalls durch verhaltenspräventive Ratschläge und deren Umsetzung in die Praxis erreicht werden. Dies setzt jedoch die Einsicht voraus, sich mit der Thematik selbst überhaupt auseinander zu setzen, um künftige Folgen effektiv abwehren zu können.

- g) Die Schärfung dieser Einsicht stellt das primäre Ziel der Aufklärungskampagnen der vergangenen Jahre dar. Abgesehen von einigen kritischen Aufklärungsstrategien bietet eine sachlich fundierte Informationspolitik bessere Chancen, Menschen für HIV zu sensibilisieren, als eine erkennbare erzieherische Absicht. Eine solche Information ermöglicht dem Individuum gewissermaßen sein Selbstbild und überlässt ihm die Entscheidung. Alles, was darüber hinausgeht und trotzdem an das Individuum adressiert ist, wirkt eher paternalistisch und mutet dem Individuum zu, Anregungen aufzugreifen, die den eigenen Neigungen zuwiderlaufen.

Bei der Einstufung der Diskriminierungsbereitschaft ist der Faktor der „sozialen Wünschbarkeit“ zu berücksichtigen. Die vermeintliche Toleranz scheint dann ihre Grenze erreicht zu haben, wenn der Einzelne konkret mit bedrohlichen Phänomenen im Alltag konfrontiert wird. Man kann davon ausgehen, dass sowohl die Stigmatisierungs- als auch die Diskriminierungsbereitschaften nicht generell abnehmen, sondern als gesellschaftliche Ressourcenphänomene weiterhin zur Geltung kommen und sich somit als höchst resistent erweisen.

Festzuhalten ist, dass einerseits die überspannte und unrealistische HIV-Bedrohungswahrnehmung der 80er und 90er Jahre den Blick auf die damalige Situation in entscheidender Weise verstellte und irrational-psychosoziale Mechanismen in der Bevölkerung verstärkte. Andererseits wurde die prekäre Lage dafür genutzt, jeweils eigene gruppenspezifische Strukturen zu konsolidieren, die ihren Höhepunkt mit der Einführung des Antikörpertests – als Alternativlösung zum Zwangstest – für „Risikogruppen“ erreichte. Vorrangigstes Ziel war weder eine Sensibilisierung der Bürger für die eigene HIV-Prävention noch war es das Ziel, ausreichend Handlungskompetenzen und Bewältigungsstrategien anzubieten. Im Zentrum stand vielmehr die Stärkung traditioneller Werte wie Ehe, Familie und Heterosexualität. Der sexuelle Selbstschutz wurde unterbewertet, der Fremdschutz gefordert, indem die Moral letztlich zur Hygiene erklärt

wurde, die Hygiene wiederum zur Moral, Treue zur Garantie gegen Krankheit und Leid, und die Ehe zum Sicherheitspakt.

Was aber, wenn „Treue“ zur Garantie gegen Krankheit und Leid erhoben wird, dann könnte beides weiter tabuisiert und verdrängt werden – und was, wenn die Institution Ehe auf eine reine Sicherheitspartnerschaft reduziert wird? Wird sie dann, dem Wert menschlicher Sexualität und beständiger Partnerbindung gerecht werden können?

Die gegenwärtige Situation, die als „Normalisierung“ des AIDS-Phänomens erfasst wird, sollte meiner Ansicht nach differenziert und kritisch hinterfragt werden. So würde ich eher von einer „innergesellschaftlichen Verlagerung“ des Problems sprechen, die vielmehr zur „gesellschaftlichen Stabilisierung“ beiträgt als zur Förderung des allgemeinen Problembewusstseins – geschweige denn, zur Problembewältigung. So gesehen kann in der Bevölkerung eine nur sehr eingeschränkte positive Entwicklung stattfinden. Denn ohne jegliche realistische Konfrontation mit dem Thema und den Situationen von Betroffenen kann keine wirkliche Veränderung erwartet werden. Nur eine „realitätsnahe“ Wahrnehmung kann auch einen „realistischen“ Umgang in der Bevölkerung hervorbringen.

Dabei ist unkontrollierte und unverhältnismäßige irrationale Angst gegenüber dem Thema AIDS und HIV ebenso deplaziert wie Laxheit, Desinteresse und Verdrängung. Ein gesundes Potential an Aufmerksamkeit hingegen ist die Voraussetzung, Situationen differenzierter und rationaler wahrzunehmen.

Da in der bisherigen Ausführung mitunter Diskrepanzen zwischen der *Einstellung* und dem *Verhalten* aufgetaucht sind, soll Ziel der folgenden Überlegung die Darstellung und Problematisierung des alltäglichen Handlungskontextes sein. Dieser soll so differenziert dargestellt werden, dass nicht nur etwaige Widersprüche zwischen *Einstellung* und *Verhalten* aufgedeckt, sondern auch mögliche Strategien zur Bewältigung von Konflikten und damit das Umgehen mit Unsicherheiten im Alltag angesprochen werden können.