

**ZUR WISSENSCHAFTLICHEN  
KONSTRUKTION VON KRANKHEIT  
AM BEISPIEL AIDS**

**Lydia Zellacher**

Das Phänomen der neuzeitlichen Infektionskrankheit  
vereinigt in sich eine Vielzahl heterogener Diskurselemente, die  
kollektive und normierende Werte der Angst und Panik auslösen

ISSN 1028-2734

# **Klagenfurter Beiträge zur Technikdiskussion**

**Heft 68**

Herausgegeben von  
Arno Bammé, Peter Baumgartner, Wilhelm Berger, Ernst Kotzmann

ISSN 1028-2734

In dieser Schriftenreihe veröffentlicht das IFF, Arbeitsbereich Technik- und Wissenschaftsforschung, Arbeitsmaterialien, Diskussionsgrundlagen und Dokumentationen, die nicht den Charakter abgeschlossener Forschungsberichte tragen, aber dem jeweils interessierten Fachpublikum zugänglich gemacht werden sollen. Beabsichtigt ist, neuere Forschungsergebnisse schnell, auch in vorläufiger Form, ohne aufwendige Aufarbeitung in die wissenschaftliche Diskussion einzubringen.

Der Nachdruck, auch auszugsweise, ist nur mit der Zustimmung des Instituts gestattet.

# Inhaltsverzeichnis

Seite

<b>1.</b>	<b>Einleitung</b> .....	<b>7</b>
<b>2.</b>	<b>Die High-Tech-Medizin entdeckt AIDS</b>	
2.1.	Eine "neue" Krankheit wird gefunden .....	11
2.2.	Der neuen Krankheit wird ein allgemeingültiger Name gegeben: AIDS .....	13
2.3.	Die neue Krankheit wird mit einer Ursache in Verbindung gebracht .....	15
2.4.	Die Ursache der neuen Krankheit bekommt einen Namen: Ein "Retrovirus" verursacht AIDS .....	17
	Exkurs zu Ludwik Fleck .....	20
2.5.	Das Retrovirus wird isoliert .....	23
2.6.	Wer isolierte das "entscheidende" Virus? .....	25
<b>3.</b>	<b>Der biomedizinische und epidemiologische Diskurs zu AIDS</b>	
3.1.	Die Beschreibung des HI-Virus .....	30
3.2.	Immunologie und Kriegsmetaphorik .....	33
3.3.	Die Definition des Immunschwächesyndroms gleicht einer Akkumulation von Krankheitsbildern .....	37
3.4.	Die "Indikatorkrankheiten" zu AIDS erfüllen eine bestimmte Funktion .....	39

	Seite
3.5.	Die Krankheitsphasen zu AIDS werden durch Akronyme klassifiziert ..... 41
3.6.	Die hoch-gerechneten Zahlen zu AIDS erzeugen kollektive Werte und Symbole der Angst und Panik ..... 44
3.7.	Die Epidemiologie arbeitet mit Simulationsmodellen: Die sexuelle Interaktion der Bevölkerung wird digitalisiert ..... 49
<b>4.</b>	<b>Zu den "Ursprungsmythen" von AIDS</b>
	Einleitung ..... 54
4.1.	Jakob und Lilli Segal ..... 57
4.1.1.	HIV ist ein Abfallprodukt der Erzeugung bio-chemischer Kampfwaffen aus den USA ..... 57
4.1.2.	AIDS hat seinen Ursprung nicht in Afrika genommen ..... 59
4.2.	Max Essex: Das Virus wurde vom GRÜNEN AFFEN – der Meerkatze – auf den Menschen übertragen ..... 61
4.3.	Das Virus entstand durch einen gentechnologischen Unfall ..... 63
4.4.	Das Virus war schon seit langem in afrikanischen Dorfgemeinschaften beheimatet ..... 64
<b>5.</b>	<b>Alternative Ansätze zum HI-Virus, den Krankheitsbildern zu AIDS und Therapieformen</b>
	Einleitung ..... 67

	Seite	
5.1.	Peter Duesberg	
5.1.1.	Das Retrovirus ist zu inaktiv, um AIDS auszulösen .....	70
5.1.2.	AIDS ist eine Kombination heterogener Symptome und bildet keine Entität .....	71
5.2.	Lebensstile und -umstände bilden den Kern von AIDS .....	72
5.3.	William und Claudia Holub	
5.3.1.	AIDS ist als Ausdruck einer falschen Ernährung zu erachten .....	74
5.3.2.	Die klinische Größe von AIDS gleicht in ihrem Krankheitsverlauf der von Unterernährung .....	76
5.4.	Casper C. Schmidt	
5.4.1.	AIDS löst die unbewußten Gruppenkonflikte der US-Gesellschaft .....	77
5.4.2.	AIDS ist der Ausdruck einer epidemisch auftretenden Depressionserkrankung .....	80
	Abschließende Bemerkungen .....	83
<b>6.</b>	<b>Information und Aufklärung zu AIDS</b>	
6.1.	Zur Gründungsgeschichte der Österreichischen AIDS-Hilfe (ÖAH) .....	86
6.2.	Der Staat ging im Errichten der AIDS-Hilfe strategisch vor: "Anonymität" als Disziplinierungsmittel .....	88
6.2.1.	Die Verabschiedung des liberalen AIDS-Gesetzes .....	89

	Seite
6.2.2.	Die Wahrheit selbst ist die Macht ..... 90
6.3.	Exkurs zu Michel Foucaults Theorie über das abendländische Subjekt ..... 93
6.4.	"AIDS geht alle an!" Zur Sensibilisierung der heterosexuellen Körper jeglichen Alters ..... 101
6.5.	Die unbewußte Botschaft der AIDS–Aufklärung beinhaltet die Aufforderung zur Blutabnahme ..... 108
<b>7.</b>	<b>Der Test und die Folgen</b>
7.1.	Was der Test zu leisten vermag ..... 111
7.2.	Was der Test nicht kann ..... 113
7.3.	Die Anwendung des Tests eröffnet paradoxe Lebenssituationen ..... 117
7.3.1.	Der BILANZ–Test beeinflusst die Partnerwahl ..... 117
7.3.2.	Der Test konstituiert und zerstört Identität ..... 120
7.3.3.	Das positive Testergebnis im Kontext der Gesetzesgebung ..... 123
7.4.	HIV–positiv Sein ..... 125
7.5.	Das Symptom als Zeichen der inneren Bedrohung ..... 129
<b>8.</b>	<b>Anhang</b> ..... 134
<b>9.</b>	<b>Bibliographie</b> ..... 149

## 1. Einleitung

Die vorliegende Arbeit unternimmt den Versuch, die Kontinuität, die zwischen bio-medizinischem Diskurs und Alltagssprache zu AIDS gegeben ist, nachzuzeichnen. Die Daten, die Fakten und die Theoriefacetten aus der Virologie, der Medizin und der Epidemiologie geben zwingend ein normierendes Raster zum Krankheitsbegriff von AIDS vor, wie er anders nicht mehr gedacht werden könnte. Die von der Krankheit Betroffenen werden, bedingt durch den spezifischen Denkstil zu AIDS, in ihrer psychischen und sozialen Realität getroffen: Wer die Dispositions-Diagnose "HIV-positiv" gestellt bekommt, fühlt sich schon vor dem (möglichen) Ausbruch der ersten Symptome dem Tode geweiht, obwohl bis dato keineswegs erwiesen ist, daß das Virus der monokausale Verursacher von AIDS ist.

Das Phänomen AIDS wurde zu Beginn der achtziger Jahre von der HIGH-TECH-Medizin entdeckt und innerhalb kurzer Zeit zur gefährlichsten Zivilisationskrankheit stilisiert, obwohl die Anzahl der Erkrankten im Vergleich zu anderen Krankheiten eine geringe ist. In dieser Arbeit wird nicht der Versuch unternommen, hinter das apokalyptische Bewußtseins-Bedürfnis der postmodernen Gesellschaft zu blicken, die AIDS für bestimmte Zwecke gebraucht; vielmehr ist es mir ein Anliegen, hinter die Kulissen der Produktionsweisen des AIDS-spezifischen Fachjargons und seiner Metaphern zu schauen. Der Signifikationsgehalt der bio-medizinischen Akronyme AIDS, LAS, ARC und HIV ist mit einem todesträchtigen Meta-Diskurs verwoben, obwohl die Krankheit sich aus vielen der Medizin bekannten Krankheitsbildern zusammensetzt, die sie vor AIDS auch zu behandeln vermochte; so wie das HI-Virus, das indirekt über seine Antikörper im Blut nachgewiesen werden kann, als "explosives Killervirus" bezeichnet wird, das all die inhomogenen Krankheiten, die AIDS subsumiert werden, auszulösen vermag. In der Expertise am menschlichen Körper konnte seine Explosivität bislang nicht bewiesen werden. Der Großbereich der HIGH-TECH-Medizin, der für den Pharmamarkt tonangebend ist, hat einen eigenen Denkstil zum Krankheitsverständnis geprägt. Er homogenisierte die multifaktoriellen und -kausalen Ursachen und Zeichen zu AIDS anhand der "weltumspannenden" Virustheorie, die an bestimmte Übertragungswege gebunden ist.

Die Arbeit gliedert sich in zwei Groß-Bereiche; den medizinisch-virologischen und den gesellschaftlich aufklärenden. Anhand der zentralen Konstruktionspunkte zu AIDS wird der Versuch unternommen, die Metaphorik nachzuzeichnen, wie sie vom bio-medizinischen Komplex in die diskursive Alltagspraxis von Aufklärung und Information hineinwirkt, und letztlich das subjektive (und gleichsam objektiv vorgezeichnete) LE-

BENSSKRIPT HIV-positiver Personen erfaßt. Die Kontinuitätslinie, die sich von der medizinischen Forschung bis hin zum betroffenen Subjekt zieht, ist keineswegs stringent. Sie tut sich folgendermaßen erörternd in den einzelnen Kapiteln der Arbeit auf:

Schon die Isolierung des HI-Virus war von Anfang an in einen Völkerwettbewerb integriert, der den "Kampf" in den Labors um die Findung der Ursache von AIDS markierte. Nach Jahren des erbitterten Streits um die Urheberrechte von HIV, teilen sich heute die USA und Frankreich die Tantiemen aus der Testproduktion. (*Kapitel 2*)

Die Beschreibungsweise des Virus wird der Symbolik des Krieges und dem Kampf entlehnt. HIV, das von den hochdotierten Forscher-Kollektiven künstlich herangezüchtet werden mußte, um letztlich isoliert werden zu können, hat die Gestalt des "Zerstörerischen" und "Invasorischen" verliehen bekommen. Die epidemiologischen Hochrechnungen zur weltweiten Ausbreitungsweise der Krankheit haben kurz nach dem Bekanntwerden der neuen Krankheit ein Schreckensszenario gezeichnet, das den Weiterbestand der Erdbevölkerung für die Jahrtausendwende ernsthaft in Frage stellt. Blickt man hinter die, der Epidemiologie spezifische Arbeitsweise der Dokumentation von Krankheit am Beispiel AIDS, eröffnet sich eine andere Realität: bei keiner anderen Krankheit werden die Erkrankungs- und Todesfälle ohne Berücksichtigung einer Jahresstatistik kumulativ gezählt. AIDS-Statistiken sind größtenteils manipulierte und undifferenzierte Rechenexempel, ohne daß der Vorwurf an sie gerichtet werden kann, sie seien gefälscht. Da das Phänomen seiner medizinischen Beschreibung nach die mondiale Formel des "VOM VIRUS ZUM TODE" lanciert hat, werden auch HIV-Positive (die keine Kranken sind) in die AIDS-Statistiken aufgenommen. Die Metapher der "gefährlichsten Bedrohung der Menschheit, die bekämpft werden muß", bezieht aus der AIDS-spezifischen Zählweise ihre Ressourcen. Es gilt, abstandnehmend zur konstruierten Apokalypse-Vision der Mediziner und Virologen, festzuhalten: "Kein vernünftiger Mensch wird eine tödliche Erkrankung verharmlosen. Kein vernünftiger Mensch aber wird in AIDS eine der größten Bedrohungen der Menschheit sehen." (Sigusch 1990, S. 61, Herv. d. V.) (*Kapitel 3*)

Über die Herkunft von HIV hat es Mitte der achtziger Jahre mehrere Kontroversen gegeben, die über die Jahre, als die Impfstoffsuche zu AIDS öffentliches Interesse hervorrief, wieder verblaßten. Ob nun HIV eine von der Kampfaffen-Forschung oder der Gentechnologie absichtlich oder unabsichtlich hergestellte "Mördermikrobe" ist oder

nicht, konnte bis heute nicht geklärt werden. Der momentane Stand der Forschung rekurriert zunehmend auf die "Affentheorien", denen zufolge HIV entsprechend der Darwin'schen Selektionstheorie ein Evolutionsprodukt sei. (*Kapitel 4*)

Parallel zum Meinungsmonopol der "Single-Virus-Theory" haben sich im Laufe der AIDS-Forschung alternative bio-chemische, psychologische und medizinisch-therapeutische Ansätze zum Krankheitsbild herausgebildet. Grundsätzlich bezweifeln die Kritiker, daß ein einziges Retrovirus jene Pathogenität besitzen kann, die vonnöten ist, all die unterschiedlichen, schweren Symptome auszulösen. Alternative Ansätze zu AIDS vereinigen in sich ein breites Spektrum; es umfaßt sowohl fachliche (aus der Retrovirologie und Allgemeinmedizin stammende) Antithesen als auch spiritistisch-esoterische (sich in Anlehnung an die New-Age-Bewegung konstituierende) Ansatzpunkte. Neben der Gefahr, AIDS restriktiv zu psychologisieren (Schuld zuzuweisen), bergen die alternativen Theorien m. E. auch die Chance in sich, in ihrer gesundheitspolitischen Umsetzung der Metapher "vom Virus zum Tod" ihre Schärfe zu nehmen: Denn AIDS ist damit auch Ausdruck sozialer Repression, der Delegation von Schuldgefühlen sowie Konsequenz eines moderaten Medizinsystems, dem sanftere Behandlungsmethoden abhanden gekommen sind. (*Kapitel 5*)

Die Aufklärung und Information zu AIDS, wie sie von den staatlich installierten AIDS-Praxen weitergetragen wird, bedient sich der gleichen Argumentationsweisen, wie sie aus der medizinischen Forschung hervorgetreten sind: Aufklärungsbroschüren haben die Einzel-Virus-Theorie und das Angebot der Testmöglichkeit zur Abklärung der möglichen Infektion zum Inhalt. Ratsuchende Klienten, die eine Beratungsstelle – zumeist – freiwillig aufsuchen, lassen ihren Serostatus ob ihrer sexuellen und/ oder Randgruppenspezifischen "Vergehen" feststellen. Fällt das Testergebnis "negativ" aus, wird es als "Absolution" nach vollführtem "Geständnis" beim "postmodernen Priester", dem AIDS-Berater, erachtet und oft als "Freibrief" für weitere ungeschützte sexuelle Verkehrsformen mißinterpretiert. Das Kondom als adäquates Präventionsmittel konnte innerhalb der AIDS-Aufklärung zuletzt auch deshalb nicht greifen, weil das Angebot der anonymen Testung auf HIV-Antikörper ein effizienteres und wirkungsvolleres Machtinstrument zur "Disziplinierung der Körper" (in Anlehnung an Michel Foucaults Subjektstheorie) unter den zwingenden Vorzeichen von AIDS ermöglicht: Fortan kann die partnerschaftliche und/oder eheliche Un-Treue direkt im Blute nachgewiesen werden. (*Kapitel 6*)

Der HIV-Antikörpertest, der lediglich den Kontakt mit dem Virus nachzuweisen vermag, gibt keinen Aufschluß darüber, ob und wann jemand an AIDS erkranken wird. Dennoch wird sein positiver Befund als "Todesurteil" von den meisten Betroffenen empfunden. Die Hoffnungslosigkeit, die der Befund auslöst, ist im medizinischen Denkstil zum Virus, in seiner letalen Logik, codiert. Der "infektiöse" Körper, der eigentlich gesund ist, stellt sich entsprechend den Prämissen einer "Self-fulfilling-Prophecy" (Nach Robert K. Merton) auf seinen vorzeitigen physischen Zerfall ein. Für HIV-Positive erschließen sich zumeist nur geringe Möglichkeiten, gegen den mächtigen Meta-Diskurs der HIGH-TECH-Medizin, die die Metapher des baldigen Sterbens bei Seropositivität zum Inhalt hat, zu opponieren. Die "Hydra mit den tausend Köpfen" (eine gängige Umschreibung für das HI-Virus) wird dann im subjektiven Empfinden als "Zeitbombe" wahrgenommen, die auf ihre Zündung im ersten Symptom zu AIDS wartet. Der Kampf um die Findung des Virus in den Labors setzt sich in all seiner phantasierten, explosiven Ausbreitungsweise in den Körpern der Betroffenen fort. Hierin schließt sich der Kreis der Erörterung. Ist Krankheit selbst schon zur Metapher geworden? (*Kapitel 7*)

Mit dieser Arbeit ist es mir ein Anliegen, ein Stück weit hinter die kriegerischen Metaphern zu AIDS, die "wissenschaftlich" abgesichert sind, zu blicken. Zusätzlich soll anhand der Diskussion der spezifischen Arbeitsweise der virologischen Forschung hinterfragbar werden, für wen und wozu AIDS, die tödliche "klinische Größe", dienlich sein kann. Denn jene, die an AIDS erkranken, erfahren in keiner Weise ausreichende finanzielle und medizinisch-therapeutische Unterstützung. Dafür aber werden die Forscher-Kollektive von den Regierungen mit großen monetären Zuwendungen bedacht, um in Weiterentwicklung der Denkstil-gebundenen Zweckmässigkeit für den Impfstoff, der das Virus "zerstören" soll, einen Nobelpreisträger nominieren zu können.

Die im Text verankerten Fußnoten finden sich, zugeordnet nach Kapiteln, im Anhang.

## 2. DIE HIGH-TECH-MEDIZIN ENTDECKT AIDS

### 2.1. Eine "neue" Krankheit wird gefunden

Die Betrachtung einschlägiger Texte zur Findung des Immunschwächesyndroms AIDS und seiner Beforschung durch die HIGH-TECH-Medizin weist zumeist inhaltliche Übereinstimmung auf, die retrospektiv betrachtet einem "Erfolgsroman" gleicht, der seinen Ursprung in den USA genommen hat. So schreiben Rozdinski und Kern exemplarisch für andere Autoren:

"Auf das erworbene Immundefektsyndrom (AIDS) wurde man erstmals aufmerksam, als im Sommer/Herbst 1981 eine Häufung ungewöhnlicher Erkrankungen wie das Kaposi-Sarkom und die Pneumocystis carinii - Pneumonie bei homosexuellen Männern aus New York und California berichtet wurden. Es dauerte *nur* (Hervorh. der Verf.) zwei Jahre, bis das Virus, das mehrere Jahre nach Infektion zu diesem Syndrom führt, entdeckt wurde." (Rozdinski und Kern 1989, S. 21)

Zieht man eine andere Quelle der Geschichtsschreibung zu AIDS heran, so findet sich die Annahme, daß der Ausbruch der Krankheit bis auf das Jahr 1976 zurückverfolgbar ist: die seropositive Blutkonserven einer Drogenkonsumentin aus San Francisco konnte vom damaligen Zeitpunkt gefunden werden. Auch sollten die ersten Fälle der "mysteriösen" Erkrankung mit letaler Folgeerscheinung unter weißen Homosexuellen in US-Großstädten bereits im Jahre 1978 aufgetreten sein (vgl. Fain 1986, S. 94f.).

Wiederum andere Autoren, auf die ich später noch eingehen werde, setzen den zeitlichen Beginn der Krankheit in Afrika mit Ende der fünfziger Jahre an. Wann nun AIDS wirklich zum ersten Male, unter welchen Personengruppen und in welchen Ländern zuerst aufgetreten war, kann nicht vereinheitlichend erschlossen werden, zumal es darüber die unterschiedlichsten Meinungen unter den Forschern gibt.

Wohl aber kann hier vermerkt werden, daß das Phänomen AIDS erstmals die Bühne wissenschaftlicher Auseinandersetzung im Jahre 1981 mit seiner Beschreibung durch den New Yorker Physiker Michael Gottlieb in einer renommierten Fachzeitschrift - dem "New England Journal of Medicine" - betrat: Hierin schließt sich wieder der Kreis der Erörterung zum Phänomen, wie es von Kern und Rozdinski vorgestellt wurde. Von da an, mit der ersten Öffentlichkeit über die Krankheit, wurde nach den Orten ihres Auftretens und den Personengruppen, die sie betraf, geforscht und die ersten Thesen über ihren Ursprung und ihre Ausbreitungstendenzen veröffentlicht: Die infektiöse Form der Immunschwäche hänge mit einem bestimmten Lebensstil zusammen und werde

durch den Austausch von Körperflüssigkeiten übertragen. Potenzstimulierende Mittel, wie Amylnitrat und Poppers sowie die vermutete Promiskuität innerhalb der homosexuellen Subkultur verursachten den Zusammenbruch des Immunsystems und bewirkten die Ausbreitung der Krankheit. Das Auftreten der ersten fünf Krankheitsfälle wurde folglich beschrieben:

"Die Diagnose *Pneumocystis - carinii* - Pneumonie wurde bei allen Patienten vor ihrem Tod durch die Entnahme von Gewebeproben aus der Lunge bestätigt. Die Patienten kannten einander nicht und hatten auch keine gemeinsamen Kontakte oder Kenntnisse von Sexualpartnern, die an ähnlichen Krankheiten litten. Diese fünf Patienten hatten auch keine vergleichbare Vorgeschichte hinsichtlich Geschlechtskrankheiten. Bei vier von ihnen fanden sich serologische Hinweise auf eine frühere Hepatitis B-Infektion, jedoch keinen aktuellen Hinweis auf Hepatitis B-Antigene. Zwei der fünf Patienten gaben an, häufige homosexuelle Kontakte mit verschiedenen Partnern zu haben. Alle fünf hatten Mißbrauch von Inhalationsmitteln betrieben, und ein Patient hat auch über Mißbrauch von anderen Medikamenten berichtet." (Gottlieb in: Rappoport 1990, S. 308f.)

Das erstmalige - zumindest registrierte - Auftreten der neuen Krankheit, ausschließlich unter Homosexuellen, veranlaßte die US-Forscher, dem Phänomen vorerst den Namen GRID - GAY RELATED IMMUNE DEFICIENCY - zu geben. Als aber nach ein paar Monaten auch bei Frauen und heterosexuellen Männern selbige Symptomatiken festgestellt werden konnten, erfolgte im Jahre 1982 die systematische Erweiterung des Ursachenkatalogs zur neuen Krankheit als auch ihrer Übertragungswege: von der Immunschwäche sind sowohl intravenös Drogenabhängige als auch Einwanderer aus Haiti betroffen. Die Krankheit wird fortan durch den analen als auch durch den vaginalen Geschlechtsverkehr übertragen, ferner durch das Weiterreichen von Injektionsnadeln - dem needle sharing - sowie von schwangeren Frauen auf ihre Kinder.

Die soziologische Hypothese um den "gay male lifestyle" fand in den Tierversuchen keine entsprechende Bestätigung; in das Zentrum der vermuteten Ursächlichkeit trat die genitale Sexualität und mit ihr die Annahme der Promiskuität als Verbreitungsmodalität. Unter der Einbeziehung der Neuzugänge der Krankheit aus den hinzugekommenen Personengruppen, dem Anlegen von Daten dazu und dem Erstellen erster epidemiologischer Hochrechnungen durch das »Centers for Disease Control« (CDC) wurde der Name der Krankheit auf einer Konferenz in Washington offiziell geändert: GRID, die "Schwulenseuche", wurde zum Gesamtphänomen AIDS - Acquired Immune Deficiency Syndrome - im Jahre 1982 ausgeweitet (vgl. Treichler 1987, S. 277).

## **2.2. Der neuen Krankheit wird ein allgemeingültiger Name gegeben: AIDS**

Das Krankheitsphänomen erhielt einen neutraleren Namen, nichtsdestotrotz wurde es aber durch seine von Anfang an rege Beforschung an bestimmte Sexualpraktiken und Lebensumstände gekoppelt.

Daß die an Orte und Personengruppen bezogene Fixierung der neuen Krankheit so präzise und schnell in ihrer Ursachenfindung vonstatten gehen konnte, hängt sicherlich mit der Organisation der CENTERS FOR DISEASE CONTROL und dem Aufschwung der virologischen Forschung in den USA seit dem Zweiten Weltkrieg zusammen. Ferner avancierte ein Teilbereich der Virologie, die Retrovirologie, zur Stardisziplin um die Ursachenforschung bei einem früheren, unklärbaren Krankheitsphänomen, dem Krebs. Hier findet sich auch die zentrale Forscherfigur ROBERT C. GALLO, dem fälschlicherweise über Jahre die Entdeckung des HI-Virus zugeschrieben worden ist. Gallo, seit dem Jahre 1982 Leiter des »National Cancer Institute« (NCI) in Maryland/USA, ließ bereits ein Jahr nach der Beschreibung der Krankheitsbilder und somit als Erster die These verlauten, daß AIDS durch ein Virus hervorgerufen werde. Auf dieser »SINGLE-VIRUS-THEORY« liegt nach wie vor das Hauptaugenmerk der medizinischen Forschung zu AIDS.

Schon vor der Diskursivierung zu AIDS war Gallo als Mitarbeiter am US-Programm "Kampf dem Krebs" durch die Isolierung zweier Retroviren, die er mit den Namen HTLV-I und HTLV-II versah und die er als monokausale Verursacher insbesondere bei Blutkrebserkrankungen erachtete, bekannt geworden (vgl. Gallo 1987a, S. 54 ff).<sup>1)</sup> Zwar gelang es dem Forscher und seinem Team nicht, den genetischen Code zum Phänomen Krebs zu knacken, wohl aber eröffnete das Beharren auf der Virustheorie später eine bestimmte Form des Diskurses und-der wissenschaftlichen Auseinandersetzung mit AIDS und dessen Ausbreitung.

Bei der von Gallo et altera angenommenen infektiösen Form von Krebs, die durch ein Virus übertragen und auf der ganzen Erde beheimatet sein soll, wurden folgende Übertragungswege veranschlagt: Krebs läßt sich durch "infiziertes" Spenderblut, gemeinsam benutzte Injektionsnadeln, homo- und heterosexuelle Intimkontakte sowie von der Mutter auf das Kind übertragen. Durch den Sklavenhandel habe sich die Krankheit von Af-

rika nach Amerika und durch den Import von afrikanischen Affen auch nach Japan ausgebreitet, wo ein Forscherteam ebenfalls an der Isolierung von Retroviren gearbeitet hatte (vgl. Gallo 1987a, S. 63).

Die Übertragungswege bei der Immunschwäche AIDS werden mit selbigen Modalitäten beschrieben und m.E. kann es nicht dem Zufall überantwortet werden, daß das von Gallo isolierte AIDS-spezifische Retrovirus in Fortsetzung der Gallo'schen "Indizienkette" den Namen HTLV-III erhielt. Mit dem Auftreten der neuen Immunschwächekrankheit distanzierte sich Gallo alsbald von der unter den Forschern vorerst gängigen Theorie, daß AIDS mit einem bestimmten Lebensstil und einem einschlägigen sozialen Umfeld zusammenhänge:

"Mit Hypothesen über die Ursache von AIDS hielt man sich nicht lange zurück. Einer Vermutung zufolge ging die Krankheit auf die Einwirkung von Sperma oder Amylnitrat zurück, das manche Homosexuelle als angeblich potenzstimulierendes Mittel benutzen. Es gab sogar den Erklärungsvorschlag, Aids habe überhaupt kein spezifisches krankheitsauslösendes Agens (...). Allerdings schien es plausibler, nach einer einzelnen Ursache zu suchen." (Gallo 1987b, S. 84)

Gallos frühere Forschungsergebnisse zu HTLV-I und HTLV-II, sowie die Arbeitstechnik der Isolierung und Kultivierung menschlicher Blutzellen im Labor, konnten innerhalb der AIDS-Forschung spezifisch angewendet werden. Als bekannt wurde, daß die neue Krankheit auch auf Bluter, die infizierte Blutpräparate erhalten hatten, übertragen werden konnte, lokalisierte Gallo sein "krankheitsauslösendes Agens" im Blut und dessen Ausbreitungsmöglichkeit durch Sexualkontakte: "Ein solches Ausbreitungsmuster war meinen Mitarbeitern und mir bereits von HTLV-I her bekannt, das wir bereits 1978 in meinem Labor isoliert hatten. (...) Dieser Retrovirus-Hypothese wollte ich näher auf den Grund gehen." (Gallo 1987b, S. 85) Um den Retrovirologen konstituierte sich ein hochdotiertes Team, bestehend aus Medizinern, Epidemiologen, Immunologen und Molekularbiologen, das von den großen US-Gesundheitsorganisationen NIH (NATIONAL INSTITUTES OF HEALTH) und CDC mit enormen Forschungsgeldern ausgestattet wurde. Die Theorien jener, die von der Einzelvirus-Theorie und deren zwingendem Monokausalitätsanspruch abweichen, finden zumeist keine Chance, ihre Theorieansätze in den Publikationsorganen des "AIDS-Establishments" zu veröffentlichen, ferner riskieren sie gravierende finanzielle Einbußen bei der Vergabe von öffentlichen Forschungsgeldern. Auf dissidente Standpunkte innerhalb der AIDS-Forschung werde ich in Kapitel 5 näher eingehen.

### 2.3. Die neue Krankheit wird mit einer Ursache in Verbindung gebracht

Mit der Namensänderung der Immunschwächekrankheit von GRID auf AIDS wurde den großen US-Forschungseinrichtungen eine breitere Perspektive eröffnet, die Experimente im Labor über die ohnehin stigmatisierte Personengruppe der Homosexuellen hinaus auf die Gesamtpopulation auszudehnen. Erste epidemiologische Hochrechnungen und das zusätzliche Bekanntwerden des Krankheitsphänomens in Europa veranlaßten die großen US-Institutionen davon auszugehen, daß AIDS durch einen "infektiösen Agenten" ausgelöst werde. Oder, wie Treichler die Virus-Hypothese umschrieb: es handle sich um ein "Rendezvous mit 007" (vgl. Treichler 1987, S. 276).

Die Definition AIDS ist aber hier nur eine Verlängerung und Ausweitung der Annahmen zu GRID, da die Argumentationsweisen und Übertragungswege übernommen und, bezogen auf die Neuzugänge der Krankheit – wie die Heterosexuellen und die Bluter –, transformiert wurden. Die Krankheit wurde anfangs von Gottlieb wie folgt beschrieben: Junge, gesunde homosexuelle Männer starben unvorhergesehenweise an spezifischen Symptomaten, wie trockenem Husten, starkem Fieber, sich ausbreitenden Lungenentzündungen, deren Erreger bei gesunden Menschen an und für sich harmlos sind, viele der Patienten wiesen Kaposi-Sarkome auf. Die Ursache der Krankheit lag aufgrund ihres spezifischen Auftretens für die Forscher im «gay-male-lifestyle» begründet. Schwieriger gestaltete sich jedoch die Beantwortung der Frage danach, warum von der neuen Krankheit ausschließlich homosexuelle Männer betroffen sein sollten? Erste Vermutungen, wie die Einnahme potenzstimulierender Mittel, die das Immunsystem schwächen können, fanden keine Entsprechung in laboratorischen Experimenten. In das Zentrum der Vermutungen trat alsbald die Annahme, daß die, in homosexuellen Kreisen gepflogene, Promiskuität zur Erkrankung führe und der Same selbst das Immunsystem schwäche.

Aber auch diese Argumentationsweise war unschlüssig, zumal so nicht erklärt werden konnte, warum ausgerechnet promisk lebende Homosexuelle und nicht genauso Heterosexuelle mit wechselnden Geschlechtspartnern von der Krankheit betroffen sein sollten. Der Katalog der Annahmen und Vermutungen wurde um ein Zusätzliches erweitert: Die Erkrankung hänge von gewissen Ko-Faktoren ab, insbesondere von gewissen Sexualpraktiken, die die Ausbreitung pathogener Mikroben bewirkten. Die rege Beforschung der Körper männlicher Homosexueller ließ die Annahme vom "fragilen Anus" entste-

hen. Forschungsarbeiten zu den Themen "rektaler Samenerguß" und "Homosexuelle mit wechselnden Geschlechtspartnern" bestimmten das Forschungssetting (vgl. Treichler 1987, S. 272)

Das Stigma der veranschlagten "Schwulenseuche" samt dazugehörenden Phantasmen wurde auch später mit der Namensänderung auf AIDS, das fortan alle Menschen betrifft, in den allgemeinen Maßnahmenkatalog aufgenommen: Der Analverkehr gilt auch noch heutzutage als die riskante sexuelle Praxis – wohlweislich für beide Geschlechter – und es liegen bereits wissenschaftliche Untersuchungen vor, die diese Sichtweise belegen sollten. Als nun aber das Phänomen der eigentümlichen Lungenentzündungen und anderer immunsuppressiver Krankheitsformen auch bei heterosexuellen Personen und Blutern aufgetreten war und die Analyse der einzelnen Krankheitsgeschichten sowie die Labortests einheitlich die Reduktion der weißen Blutkörperchen nachwiesen, konnte der These des "weltumspannenden" Virus vorerst nichts im Wege stehen. Alle wichtigen US-Gesundheitseinrichtungen unterstützten die Einzelvirus-Ursache zu AIDS und insbesondere Robert C. Gallo als Leiter des NCI (National Cancer Institute) konnte sich als zentrale Forscherfigur exponieren:

"The national Cancer Institute (...) developed a research strategy that focussed on retroviruses, essentially to the exclusion of other lines of research (...). By 1983 the «leading candidate» for the AIDS virus seemed to be a member of the human T-cell leukemia family of virus (HTLV), so called because they typically infect a particular kind of cell, the T-helper cells. But these were retroviruses; and there was doubt that a retrovirus could cause immunosuppression in humans." (Treichler 1987, S. 277)

Die Vermutung, ein Retrovirus könne nicht den Ausbruch einer Krankheit wie AIDS bewirken, stellt auch heute noch Anlaß zur Kritik dar. Auf Verteter der Anti-Virustheorien werde ich in Kapitel 5 noch genauer eingehen. Hier sei nur vermerkt, daß die Kritiker der gängigen HIV-These aus molekularbiologischer Sicht gravierende Einwände vorbringen und das "Konstruktionsgerüst" zu AIDS samt den hinzugezählten Krankheitsbildern generell in Frage stellen.

## **2.4 Die Ursache der neuen Krankheit bekommt einen Namen: Ein "Retrovirus" verursacht AIDS**

Gegen die Retrovirologie und ihre Erkenntnisse, die sie größtenteils aus dem Labor gewinnt, sprechen insbesondere die folgenden Argumente aus fachinterner Sicht:

- Zum ersten hat sie ein wissenschaftliches Dogma innerhalb der Virologie gebrochen und
- zum zweiten hat sie die über Jahre an Tieren isolierten Retroviren im menschlichen Körper nicht nachweisen können.

In den Anfängen der gentechnologischen Forschung war die Gleichung, "die DNA macht RNA und diese das Protein", unumstößlich. Genauer betrachtet bedeutet dieser Kernsatz, daß der Fluß der Erbinformation immer von der DNA (dem Erbinformationsträger) über die RNA (dem Boten der Erbinformation) weitergetragen wird. In der Beforschung der Retroviren konnte aber der genau umgekehrte Weg der Übermittlung des intrazellulären Informationsmaterials festgestellt werden.<sup>2)</sup> Daher waren aus der Sicht der Virologie Retroviren vorerst nichts anderes als bereits gebrauchsfertige RNA - Kopien, die Vorschriften für die Herstellung von neuen Viren in sich tragen.

Die Wirkungsweise von Retroviren funktioniert jedoch auf konträrem Wege, als dies vorerst von der Virologie angenommen wurde: Retroviren transportieren RNA als genetisches Material mit Hilfe eines Enzyms - der REVERSEN TRANSKRIPTASE - , welches die RNA (und nicht wie bei den Viren die DNA) als Matrize für die Einschreibung in die DNA verwendet. Eine solchermaßen transformierte virale DNA-Struktur schreibt sich in die Chromosomen der Zellen ein und funktioniert gleich einem neuen Gen, das unaufhörlich neue Viren produziert. Den Retroviren allgemein wird eine "trickreiche" Vermehrungsstrategie unterstellt: Sie können ihre DNA-Kopien in das Erbgut der "Wirtszellen" einschleusen, als wären diese ihr eigenes "Erbgut". Bezogen auf das HI-Virus bei AIDS weiß man mittels der Retrovirologie zumindest, daß es zuerst über Jahre latent im Körper vorhanden sein kann und dann durch besondere Umstände, wie durch eine Infektion beispielsweise, einen "biochemischen Prozeß" in Gang setzen kann. Dann kann das Virus gerade jene "Wirtszellen" - die T4-Zellen - zerstören, die für die Aufrechterhaltung des Immunhaushalts verantwortlich sind. Insoferne betrachtet, agiert das Virus äußerst "hinterhältig".

Die Geschichte der Retrovirologie weist als Spezifika eine lang andauernde Periode von Argumentationsnotständen und Beweisnöten auf. Nach Gallo hatte die neue Disziplin der ausgehenden siebziger Jahre ihren eigentlichen Geburtstermin bereits im Jahre 1910, als der US-Pathologe und spätere Nobelpreisträger PEYTON ROUS nachweisen konnte, daß eine bestimmte Tumorart bei Labor-Hühnern durch eine Virusinfektion hervorgerufen werden kann. Rous selbst war zum damaligen Zeitpunkt noch unwissend darüber, daß er eigentlich die Wirkungsweise eines Retrovirus beobachtet hatte (vgl. Gallo 1987a, S. 55).

Die Virusforschung wurde erst wieder in den fünfziger Jahren durch LUDWIK GROSS (New York) belebt, der durch eine bestimmte Virenart an Labor-Hühnern Tumorerkrankungen hervorrufen konnte. Seitens der Nachbardisziplin der Biologie wurde gegenüber diesem Experiment die Kritik vorgebracht, daß es sich bei den Tieren ausschließlich um "Inzucht-Laborstämme" handle und die produzierten Tumore auch keine Rückschlüsse auf ein menschliches Pendant zuließen. Anfang der sechziger Jahre änderte sich die fachinterne Meinung über die neue Forschungsausrichtung – es handle sich ohnehin nur um LABORKURIOSITÄTEN – durch die Entdeckung des Katzen-Leukämie-Virus im Labor und der späteren Bestätigung seiner natürlichen Umgebung durch die Virologen JARRETT und ESSEX. Der Beweis am menschlichen Körper blieb vorerst noch aus und die retrovirologische Forschung befaßte sich hauptsächlich mit der Wirkungsweise endogener Retroviren, die sich als stumme, aber vererbare Krankheitsauslöser – sie sind ein Evolutionsprodukt – wieder melden können. Erst mit der Entdeckung der REVERSE TRANSKRIPTASE (jenem Enzym, das die RNA als Matrize zur Herstellung von DNA verwendet) durch TEMIN und BALTIMORE im Jahre 1970 konnte die Forschungsausrichtung auf die exogenen Retroviren gelenkt werden, die Gallo zufolge alle durch Retroviren ausgelösten Krankheiten letztlich verursachen (vgl. Gallo 1987a, S. 56).

Durch die Dechiffrierung der Funktionsweise der Reversen Transkriptase wurde Gallo Anfang der siebziger Jahre motiviert, das erste menschliche Retrovirus – spezielle Leukämiezellen – zu isolieren. Es stellte sich aber als schwierig heraus, in besagtem Enzym überhaupt Viruspartikel aufzuspüren, zumal sie im menschlichen Körper nicht mit dem Elektronenmikroskop ausfindig gemacht werden konnten. Der Vorwurf, Retroviren seien nur an künstlich infizierten Tieren im Labor nachweisbar, stärkte zusätzlich die Vermutung, daß menschliche Retroviren überhaupt nicht existierten. Durch die Einführung verfeinerter Arbeitsmethoden im Labor und insbesondere durch die Entdeckung eines speziellen Zellwachstums-Faktors (Interleukin-2, IL-2 abgekürzt) wur-

den der Retrovirologie nach Jahren der Beweisnot neue Perspektiven eröffnet. Erstmals gelang im Jahre 1978 die Isolation menschlicher Blutzellen durch ihr vorhergehendes simuliertes Wachstum mit Hilfe eines bestimmten Proteins (vgl. Gallo 1987a, S. 58). Gallo umschreibt den artifiziellen, denaturierten Vorgang im Labor folgendermaßen: "Zufällig ähnelt diese Methode den Vorgängen im natürlichen Immunsystem (...). Unser Hauptinteresse galt jedenfalls nicht der Immunantwort selbst, sondern der Kultur von T-Zellen und dabei war IL-2 von großem Nutzen." (Gallo 1987a, S. 58.)

Dieses Zitat gibt m.E. einen kleinen Einblick in die Arbeitsweise der Retrovirologie, die, ausgehend von einer Hypothese, (Krebs wird durch ein Retrovirus ausgelöst) auf künstlichem Wege mit Hilfe ihrer hochspezialisierten Präzisionsverfahren ein artifizielles Viruskonglomerat herstellt, um das zu konkretisieren, wovon sie ursprünglich hypothetisch ausgegangen ist. Interessant an der ganzen Prozedur mutet in o.z. Aussage ferner an, daß die künstlich hergestellten Prozesse mit den natürlich-menschlichen verglichen werden, nichtsdestotrotz aber kein Augenmerk auf die natürliche Immunantwort während des Wachstumsprozesses selbst geworfen wird. Es kann m.E. vermutet werden, daß dies wiederum auf gewisse Defizite innerhalb der Forschungsausrichtung hingewiesen hätte.

Aus den mit Wachstumsfaktoren gezüchteten bösartigen Zellen, die dem Gewebe eines Hautkrebspatienten entnommen worden waren, konnte Gallo in den Jahren 1978 und 1979 die ersten Proben von HTLV-I isolieren. Gleichzeitig konnte er, entsprechend den Satzungen der Virologie, nachweisen, daß es sich dabei um ein menschliches Virus exogenen Typus handelte.

Die Skepsis gegenüber der Retrovirologie liegt m.E. im Widerspruch zwischen ihrer spezifischen Arbeitsweise und der Präsentation ihrer Ergebnisse begründet: Zum einen wendet sie eine bestimmte Methode der künstlichen Züchtung von menschlichen Zellen an, zum anderen stellt sie das Ergebnis ihrer Isolate als "natürliche", dem Organismus inhärente, dar. Sie verwendet Wachstumsverstärker und simuliert dadurch einen Wachstumsprozeß, dessen Ergebnis ident mit den Vorgängen im menschlichen Immunsystem sein sollte. Daß dem aber bei der Expertise am realen Körper nicht so ist, insbesondere dann, wenn die Virusthese ihre Bestätigung durch eine Blutprobe aus erkrankten Körpern finden sollte, zeigen immer wieder folgende Lapsi innerhalb der Retrovirologie auf: Die für Krebs veranschlagten Virentypen konnten nicht immer in den erkrankten Körpern nachgewiesen werden; bei AIDS gibt es prinzipiell die gleichen Probleme, die u.a. durch verfeinerte Test-Nachweismethoden technisch behoben werden. Das

Grundproblem der retrovirologischen Forschung, die versucht, anhand eines maliziösen Partikels monokausal eine Krankheitsursache nachzuweisen, weist auch der Blick zurück in ihre Geschichte auf:

### Exkurs zu LUDWIK FLECK:

Als interdisziplinär denkender und arbeitender Serologe und Mikrobiologe thematisierte Fleck in seiner Publikation «Entstehung und Entwicklung einer wissenschaftlichen Tatsache» (1935) die Bedeutsamkeit soziologischer und historischer Strukturen innerhalb institutionalisierter naturwissenschaftlicher Forschung: auch die Arbeit mit Bakterien beruht keineswegs auf voraussetzungslosem Betrachten und Beobachten; auch sie steht im Kontext eines "Denkkollektivs", das von einem historisch gewachsenen "Denkstil" geprägt worden ist und unter dem gegebenen "Denkzwang" das Heterogene, die Widersprüche, ausschließt bzw. homogenisiert. Für meine Überlegungen zur Retrovirologie ist insbesondere das Vorhandensein eines bestimmten Denkstils innerhalb der Forschungsausrichtung von Bedeutung. Die denkmäßige Voraussetzung, anhand welcher ein Forscherkollektiv arbeiten kann, ist eine historisch gewachsene und von sozio-ökonomischen Faktoren abhängig:

Die Retro-Virologie, die als eine weiterentwickelte Disziplin der alten Immunitätslehre des ausgehenden Neunzehnten Jahrhunderts erachtet werden kann, hat von ebendieser das gedankliche Gerüst der Betrachtungs- und Behandlungsweisen zu den Infektionskrankheiten übernommen. Dies impliziert teilweise die Idee, daß fremde Organismen eine "Invasion" in natürliche Lebensverhältnisse tätigen und den Organismus zerstören. Diese Denkstil-bezogene Betrachtungsweise zieht sich als ein Kontinuum von den Anfängen der Immunitätslehre bis zu ihrer Spezialisierung in der Jetzt-Zeit durch: Bereits Julius Citron schilderte in seinen Vorlesungsschriften des ausgehenden Jahrhunderts die "gefräßige" Ausbreitungsweise von Bakterien, die durch die "natürliche Schutzwaffe" der körpereigenen Immunität bezwungen werden können. Das Gesetz der "Spezifität" betonend, birgt der "Katechismus" der Immunitätslehre Citrons die Verpflichtung in sich, jegliche Antikörper im Blut zu diagnostizieren (vgl. Fleck 1980, S 74ff.).

Fleck bezweifelte schon in den 30er Jahren, ob Erreger mit "Angreifern", die von außen kommen, gleichgesetzt werden können, da hinterfragt werden muß, ob diese auch immer die passenden Lebensbedingungen für ihre Vermehrung und ergo die spätere Zerstörung des Organismus vorfinden. Fleck sprach sich dezidiert für ein Aufgeben des

klassischen Immunitätsbegriffs aus, demzufolge die Interaktion zwischen einem Erreger und dem Organismus einem Kampf zwischen dem "bösen" Angreifer und dem in Verteidigungsposition befindlichen Körper gesehen wird. Er präferierte die Ansicht, daß eine Infektionskrankheit als eine "Harmoniestörung" zwischen der Umwelt und dem (mit ihr in physiko-chemikalischen Austauschprozessen stehenden) Körper analysiert werden sollte: "Deshalb sollte man lieber von einer verwickelten Revolution innerhalb der komplexen Lebenseinheit und nicht von einer Invasion sprechen." (Fleck 1980, S. 82)

Mit dieser Sichtweise über eine Infektionskrankheit ändert sich auch der Definitionsbegriff von Krankheit schlechthin. Fleck, der sich maßgeblich mit der sogenannten "Wassermann-Reaktion" – einem Nachweisverfahren zur Feststellung der Syphilis im Blut – beschäftigt, bemängelt aufs äußerste, daß die Syphilisforschung umweltbedingte und soziale Faktoren zur Gänze ausspart. Im Zentrum der Syphilidologie steht der Erregergedanke, die Annahme, daß die Krankheit allein durch *Treponema pallida* – die Syphilis-Spirochäte – verursacht werde. Durch den Test sollte die syphilitische Veränderung im Blut nachgewiesen werden. Das für die damalige Zeit komplexe Testverfahren (ab dem Jahre 1906 eingesetzt) stellt für Fleck die wissenschaftliche Tatsache dar, daß die mythische Präidee des "Krankheitsdämons" in den neuzeitlichen Infektionsbegriff aufgenommen worden sei. Entgegen dem Versuch, Krankheit als ein "integrativ-synthetisches" Phänomen zu betrachten, wurde in der Approbation des Wassermann-Tests die Verwirklichung des alten kollektiven Wunsches unternommen, die Verdorbenheit des syphilitischen Blutes biochemisch nachzuweisen. Als aber nicht bei allen Syphilis-Patienten spezifische Antikörper nachgewiesen werden konnten, wurden die Standards im Labor so verändert, daß die Kausalität des Erregergedankens erfüllt werden konnte.

Die von Fleck geleistete, wertvolle entwicklungsgeschichtliche Arbeit über die Serologie und ihre praktische Anwendung am Beispiel der Wassermann-Reaktion veranschaulicht, daß das Erkennen selbst an soziale und kulturelle Voraussetzungen gebunden ist und – umgekehrterweise –, das einmal Veröffentlichte auf die soziale Wirklichkeit zurückwirkt. Die Syphilisforschung war von Anfang an in einen Völkerwettbewerb einbezogen. Ihre Erkenntnisse sind historisch über Jahrhunderte gewachsene, die nach wie vor in der Denktradition der alten "Lustseuche" mit ihrem mystisch-ethischen Gehalt der Blutveränderung stehen.

Interessant an Flecks zentralen Gedanken ist m.E. ihre Aktualität in Hinblick auf AIDS: Auch bei AIDS wird der Versuch unternommen, die Krankheit allein mit dem Nachweis von Antikörpern im Blut in Verbindung zu bringen. Nicht bei allen AIDS-Vollbild-Patienten konnte bis dato ein positives Testergebnis erzielt werden. Zwar reagierte die Forschung vorausahnend flexibel auf diesen Umstand durch die Differenzierung von HIV in HIV-1 (für die westlichen Industriestaaten) und in HIV-2 (für Afrika), dennoch wurde auf dem letzten internationalen AIDS-Kongreß in Amsterdam (Sommer 1992) die Vermutung laut, die HIGH-TECH-MEDIZIN habe bereits HIV-3, ein "neues AIDS-Virus", gefunden.

Forschung, die eine kollektive Veranstaltung ist, steht von jeher unter einem "vorprogrammierten Erfolgswang", der das über die Abstraktion Erkannte am lebenden Körper verifizieren sollte. Es liegt die Vermutung nahe, daß mit HIV-3 all jene AIDS-Patienten, die keine der bereits bekannten Antikörper gebildet haben, in Verbindung gebracht werden. Hiermit würde HIV-3 in den Denkstil zu AIDS integriert und durch diese "Harmonie der Täuschungen" änderte sich an der ursprünglichen Theorie, derzufolge ein Virus AIDS bewirke, nichts.

Der weitere zentrale Gedanke bei Fleck, Krankheit als eine "verwickelte Revolution innerhalb der komplexen Lebenseinheit" zu betrachten, veranschaulicht, wie damals bei der Syphilis, das selbe Problem: Viele der AIDS-spezifischen Krankheitsbilder können als durch exogene Faktoren verursacht festgestellt werden. Die Einnahme chemischer Drogen oder das Phänomen der Unterernährung schwächen zweifelsfrei das Immunsystem. Entsprechend dem Denkstil zu AIDS werden diese Faktoren als nebensächlich erachtet, solange von einem Viruskontakt, der den Organismus zerstört, ausgegangen werden kann. Der Denkstil zu AIDS ist ein historisch gewachsener: von der Entdeckung der ersten Krebsviren bis zu HIV läßt sich ein epistemologisches Kontinuum feststellen, das die Übertragungswege und die explosive Wirkungsweise der Viren zum Fixbestandteil hat. Das Denkkollektiv, das für die AIDS-Forschung tonangebend ist, ist im Prinzip das selbe, das aus der Krebsforschung hervorgegangen ist. Gallo, Essex, Temin u. a. bekannte Vertreter der Beforschung karzinogener Viren finden sich auch an der Spitze des AIDS-ESTABLISHMENTS. Der Erfolgsdruck von außen, den bereits Fleck angesprochen hat, ist natürlich ein ungemein größerer, wenn berücksichtigt wird, daß die erhofften Erfolge bei der Behandlung von Krebsviren Ende der siebziger Jahre ausgeblieben sind. Des weiteren muß vermerkt werden, daß die Forscher selbst in ein übergeordnetes ökonomisches Gefüge integriert sind, das die Sinnhaftigkeit ihrer Erkenntnisse absorbiert: die retro-virologische Forschung arbeitet mit der Pharmaindustrie zu-

sammen.<sup>3)</sup> Die Demontage der Virus-Theorie zu AIDS würde eine völlige Neuorientierung für die Pharmakonzerne bedeuten und wäre mit großen finanziellen Einbußen für sie verbunden.

## 2.5. Das Retrovirus wird isoliert

Die Denkstil-Bezogenheit innerhalb der Retrovirologie läßt sich auch anhand der Jahreszahlen und der Namensgebung für die gefundenen Viren nachzeichnen. Überblicksartig betrachtet, isolierte Gallo mit seinen jeweiligen Forscherteams innerhalb von sechs Jahren drei verschiedene Typen von Retroviren, die aus der Sicht des Forschers alle epidemiologische Ausmaße annehmen könnten: 1978 HTLV-I (angenommenerweise verantwortlich für die T-Zell Leukämie), 1982 HTLV-II (verwandt mit HTLV-I und ebenfalls leukämisch) und im Jahre 1983 bzw. 1984 HTLV-III (derzeit unter dem Namen HIV bekannt und angenommener monokausaler Verursacher von AIDS). Auch HTLV-III steht, wie der Name symbolisiert, in einem Verwandtschaftsverhältnis zu den beiden anderen Retroviren. Die Ähnlichkeit zu den Krebsviren bei HIV liegt sicherlich in ihrer denkmäßigen Voraussetzung im Forschungsansatz und dem gepflogenen Forschungssetting begründet. So mag es nicht verwundern, wenn der Wissenschaftsjournalist Gert Baumgart, bezogen auf die schnelle Entschlüsselung der Ursache zu AIDS, schreibt:

"Denn als 1981 diese unbekannte Krankheit, die man später Aids nannte, erstmals beschrieben wurde, ahnte noch niemand etwas davon, daß die ersten Laborerfolge, die zu deren »Enttarnung« Voraussetzung waren, bereits getan worden sind. Im Februar 1983 äußerte Gallo dann erstmals den Verdacht, daß diese Erkrankung vielleicht durch ein Retrovirus, eventuell eine Variante »seines« HTLV-I oder ein ganz naher Verwandter, nämlich HTLV-III übertragen sein könnte." (Baumgart 1991, S. 46)

Betrachtet man diese Aussage nach dem von Fleck thematisierten Diktum der Denkstil-Bezogenheit innerhalb wissenschaftlicher Forschung, so liegt die Vermutung nahe, daß das HI-Virus die fachinterne Logik endlich beweisen sollte: AIDS ist eine unheilbare Krankheit, die sich in schlimmen Krankheitsbildern äußert. Kann mit ihr das Vorhandensein eines Virus, das sich explosionsartig ausbreitet, in Verbindung gebracht werden, so kann auch der "kategorische Imperativ" der Immunitätslehre erfüllt werden. Beurteilt man die Erkenntnistätigkeit der Retrovirologie aus ihren eigenen Geboten heraus, kann auch der zynische Schluß gezogen werden, daß nach all den Schwierigkeiten um die Beweisführung bei den Krebsviren nun durch AIDS posthum ein erfolgloses Kapitel innerhalb der retrovirologischen Forschung abgeschlossen werden könnte.

Die Untersuchung von AIDS-Patienten ergab einheitlich die Dezimierung von T4-Zellen, den weißen Blutkörperchen. Die von Gallo zuvor gefundenen, "weltumspannenden" Krebs-Viren stehen für ihn in einem Verwandtschaftsverhältnis zu HTLV-III bzw. HIV, obwohl bei Krebs der genau umgekehrte Körpervorgang durch die vermehrte Zunahme von T4-Zellen zum Tragen kommt. Diese nur allzu logische Ungereimtheit stellte Gallo als gegebene Tatsache hin, die eben die spezifische Äußerungsweise von HTLV-III als neuen Retrovirus-Typ erkennen läßt:

"Diese Verwandtschaft war insofern überraschend, weil Aids und Leukämie sich gerade gegenteilig auswirken: Der Krebs bringt eine unkontrollierte Vermehrung der T-Zellen mit sich, Aids dagegen läßt sie absterben und schwächt so das Immunsystem. Fünf Jahre nach der Isolierung des ersten menschlichen Retrovirus waren somit schon zwei verschiedene Kategorien solcher Viren bekannt, eine jede mit ganz unterschiedlichen krankheitserzeugenden Wirkungen." (Gallo 1987b, S. 54)

Gallo selbst bezeichnet die rasche Entdeckung all der unterschiedlichen Retroviren als die "spannendste Geschichte in der Biologie des 20. Jahrhunderts." (ebda) Bevor die Isolierung des HI-Virus im Labor gelingen konnte, wurde von weniger namhaften Wissenschaftlern angenommen, daß AIDS durch das bereits bekannte Epstein-Barr-Virus oder durch das Cytomegalie-Virus (CMV) ausgelöst werde. Beide dieser Viren stehen in direktem Zusammenhang mit dem AIDS-spezifischen Krankheitsbild des Kaposi-Sarkoms. Als im Jahre 1986 das zweite HI-Virus isoliert werden konnte, verstummte die weitere Beforschung o.g. Viren zur Gänze, obwohl sie nach wie vor bei AIDS-Patienten nachgewiesen werden können.

Im Jahre 1983 unternahm das Team um Gallo die ersten Versuche der Isolierung des Retrovirus und es wandte im Prinzip dasselbe Instrumentarium wie bei der Isolierung der Krebsviren an: Mittels komplizierter Analysen, wie der Zufuhr von Wachstumsverstärkern und anschließenden Transkriptase-Tests, ließ sich das äußerst schwer vermehrbare Virus herausdifferenzieren. Die Schwierigkeit im Beweisen des neuen Fundes bestand aber in seiner Identifizierung und dem Offenlegen des genetischen Codes. Dazu bedarf es grundsätzlich der Züchtung einer großen Menge von Zellkulturen und ihres antikörperspezifischen Nachweises. Die von einem Leukämiepatienten entnommenen Zellen konnten durch das Anlegen von Reagenzien in Gallo's berühmten H9-Stämmen reproduziert werden, im natürlichen Organismus können sie nach wie vor nicht isoliert werden.

Die Isolierung von HIV selbst markiert das dunklere Kapitel der US-Forschergröße Gallo: Nach der offiziellen Geschichtsschreibung zu AIDS konnte Gallo bereits im Winter 1983/84 in den Testverfahren den spezifischen Antikörpernachweis an AIDS-

Patienten erbringen. Zum gleichen Zeitpunkt war aber bereits am INSTITUT PASTEUR in Frankreich an einem "anderen" Virus, LAV, die Isolierung erprobt worden. LUC MONTAGNIER, der Vorstand des französischen Forscherkollektivs, hatte sich (wie Gallo) schon seit Jahren der retrovirologischen Forschung gewidmet. Gallo publizierte seine Thesen zu HTLV-III noch im Mai 1984 in der Fachzeitschrift SCIENCE und galt somit über Jahre als der erste Entdecker des AIDS-spezifischen Virus, obwohl Montagnier bereits im September 1983 sein LAV als möglichen Auslöser von AIDS auf einer internationalen Virologen-Konferenz vorgestellt hatte. Im April 1984 meldete Gallo die Patentrechte für die Herstellung des Antikörpertests in den USA an, die im Mai selbigen Jahres von der Regierung angenommen wurden. Das von Montagnier im September 1983 eingereichte Patent zum Nachweis des LA-Virus wurde vom US-Patentamt nicht bearbeitet (vgl. Kruse in *taz* vom 6.3.1987). Gallo erhielt ein Jahr nach der Patentierung die Lizenzrechte und ergo die Tantiemen aus der Testproduktion, währenddessen Montagnier noch einige Jahre auf finanzielle Zuwendungen warten mußte.

## 2.6. Wer isolierte das "entscheidende" Virus?

Bevor ich den Inhalt der Konfrontation im einzelnen beschreiben werde, will ich vermerken, daß man auch heutzutage noch nicht genau weiß, wer wirklich das entscheidende Virus zuerst gefunden hatte. Der "Wissenschaftsstreit" zog sich über zwei Jahre, zuguterletzt einigten sich die USA und Frankreich anhand von Regierungsverträgen auf die Teilung der Einnahmen aus der Testproduktion. Im Mai 1986 erhielt das für AIDS verantwortliche Virus den versöhnungstiftenden Namen HIV, den die ICTV (International Committee on the Taxonomy of Viruses) vorschlug und dessen Akzeptierung - bis auf Gallo - für alle Beteiligten Erleichterung zu verschaffen schien. Nicht nur die von den Medien protegierten Retrovirologen Gallo und Montagnier haben am Virus geforscht: insgesamt sieben unterschiedliche Virusisolate unterschiedlicher Forschungsgruppierungen wurden innerhalb einer Zeitspanne von drei Jahren als AIDS-verursachende Viren zur Disposition gestellt. Erst die Einigung auf HIV - HUMAN IMMUNODEFICIENCY VIRUS -, das ein "Konstrukt" aus dem französischen LAV und dem US-HTLV-III ist, ließ die anderen Viren-Typen offiziell sterben (vgl. Rozdinski u. Kern 1989, S. 21).

Dennoch wurde auch nach dieser Einigung auf HIV der Protest gegen Gallo seitens der Fachkollegen und der Presse nicht leiser. Abraham KARPAS, Hämatologe an der Universität Cambridge, machte Gallo zum Vorwurf, daß er ein Jahr lang die AIDS-

Forschung aufgehalten habe, weil er fälschlicherweise annahm, daß sein Virus (HTLV-III) ein Krebsvirus gewesen sei. Karpas selbst hatte ein AIDS-spezifisches Virus (c-LAV), das dem Montagniers sehr ähnlich gewesen war, isoliert. Seine Entdeckung Ende 1983 blieb relativ unbeachtet, weil auch er zuvor nicht dem "mainstream" der Virus-Krebsforschung in den USA angehörte (vgl. Kruse in *taz* vom 6. 3. 1987). Im Prozeß Gallo/Montagnier handelte es sich größtenteils um den Tatbestand der "versuchten Fälschung wissenschaftlicher Daten" durch Robert C. Gallo. Beispielsweise waren die Fotos jenes Virus, die Gallo in der Zeitschrift SCIENCE erstmals als AIDS-Virus veröffentlichen ließ, vermutlich Kopien der Elektronenmikroskopfotos, die Luc Montagnier im Rahmen des Wissenschaftstransfers zuvor an Gallo geschickt hatte. Gallo bestätigte auch den Erhalt von Testisolaten aus Frankreich, da diese Vorgangsweise innerhalb der Forschung durchaus üblich sei. Entgegen dem Vorwurf, daß sich nun LAV und HTLV-III wie ein Ei dem anderen glichen, berief sich Gallo darauf, daß LAV eben ein "anderer Stamm desselben Virus" sei und für "dasselbe biologische Objekt" eben unterschiedliche Namen existierten, die durch die vereinheitlichende Namensgebung HIV ohnehin als idente Viren anerkannt worden seien (vgl. Gallo 1987b, S. 86).

Als sich Gallo aufgrund des internationalen Drucks durch die Wissenschaft zu AIDS entlarvt fühlte, gestand er 1986 ein, daß das abgebildete Virus in SCIENCE ein LAV-Virus aus Frankreich gewesen war. Gallo betonte aber, einer seiner Mitarbeiter habe damals angenommen, daß es sich beim Namens Kürzel LAV um die Anfangsbuchstaben jenes Leukämiepatienten gehandelt habe, aus dem die Zellkulturen in den USA erstmals isoliert werden konnten. Als aber aufgrund eindeutiger Expertisen und der Einsicht in die Unterlagen der Forschergruppe um Gallo nachgewiesen werden konnte, daß bei HTLV-III immer wieder die gleichen Erfolgsergebnisse bei der Antikörpertestung auftraten wie bei LAV in Frankreich, schien vorerst für Gallo ein Argumentationsnotstand erreicht. Der US-Forscher konnte den Vorwurf, er habe LAV gestohlen und als seinen Virusfund verkauft, insofern zurückweisen, als daß er auf den Erhalt der ersten Virusprobe aus Frankreich vom Jahre 1983 beharrte: Damals wollte Montagnier von ihm eine Klärung darüber haben, ob sein Isolat in irgendeiner Weise mit den Gallo'schen Krebsviren verwandt sei. Gallo kann sich vorstellen, daß es "nachträglich" zu einer "zufälligen" Verwechslung der Virusisolate in seinem Labor gekommen sei (vgl. Kruse in *taz* vom 6. 3. 1987).

Nachdem sich die USA und Frankreich auf gerichtlicher Ebene einigen konnten, galt das allgemeine Interesse beider Parteien der künftigen Entwicklung eines Impfstoffes zu AIDS; die Debatte um die ungeklärte Virusisolation verschwand aus der medialen Öffentlichkeit. Die Geschichte um die Urheberrechte zum HI-Virus wurde im Jahre 1989 durch den Pulitzerpreisträger JOHN CREWDSON nochmals aktualisiert. Crewdson nahm in unzählige Forschungsakten des NCI, wo Gallo arbeitete, Einsicht. Er beschuldigte die Forschergröße öffentlich als jemanden, der sich mit "fremden Federn geschmückt hat" und der alleinige "Ruhm gebühre Luc Montagnier" für die Isolierung des Virus (vgl. Der Spiegel, 14/1990, S. 281). Als zwingende Gründe seiner eindeutigen Botschaft erwähnte Crewdson mehr oder weniger die selben, die schon zuvor gegen Gallo erhoben wurden. Mit Crewdson aber trat eine merkliche Meinungsänderung unter den Forschern ein und fortan galt Montagnier als Entdecker des HI-Virus.

In diesem völkerübergreifenden Wissenschaftsstreit ging es keineswegs um die wissenschaftliche Ehre und edle Motive des Forscherruhms; im Mittelpunkt der Kontroverse standen von Anfang an finanzielle und politische Beweggründe innerhalb des hochtechnisierten, internationalen Forscherwettbewerbs: Es durfte vorerst nur jenes Forscherteam die aus dem Patentrecht zugesicherten Gelder für die Antikörper-Testung kassieren, das auch zuvor das Isolat patentieren lassen konnte. Über lange Zeit waren dies die US-Forscher gewesen, obwohl eigentlich Montagnier sein Patent ja vor Gallo schon eingereicht hatte. Montagnier reichte sein Testprodukt im Jahre 1983 ein, zu einem Zeitpunkt also, zu welchem AIDS noch ein Randgruppen-Phänomen und noch nicht die weltumspannende (Gallo'sche) Krankheit gewesen war. Gallo, das "Liebkind" der damaligen US-Gesundheitsministerin Margaret Hekler wurde auch als strategischer "Faktor" im Wahlkampf für Ronald Reagan eingesetzt. Gallo wurde von Anfang an die gebührende Aufmerksamkeit und öffentliche Unterstützung bei der Virusisolation zuteil, zumal er zuvor schon die einzigartigen Krebsviren - "made" in the United States? - entdeckt hatte.

Montagnier, der im September 1983 auf der Virologenkonferenz in Cold Spring Harbor (USA) die Elektronenmikroskopfotos seines LA-Virus präsentierte, fand bei den dort anwesenden Forschern geringe Beachtung: Die Präsentation seines neuen Fundes sei aufgrund der "sprachlichen Barrieren" und Montagniers Auftreten mißglückt. Als Gallo 1984 "seine" Entdeckung zu AIDS in SCIENCE veröffentlichte, wurden gleichsam im Anhang seiner beiden überdimensionierten Artikel Montagniers Thesen kleingedruckt erwähnt (vgl. Kruse in: taz vom 6. 3. 1987).

Der durch Regierungsverträge erzielten Einigung über die Einnahmen aus der Testproduktion (1987) folgte das Schweigen über den tatsächlichen Hergang bei der Virusisolation sowohl bei Gallo als auch Montagnier. Die Antipoden, die über den Streit hinweg Freunde geblieben sind, geben keine genaueren Auskünfte über das mögliche "Mischprodukt" HIV. Die Vermutung, daß Montagnier auf das technische KNOW HOW Gallos bei der Identifizierung seines Virusisolates angewiesen war, liegt genauso nahe, wie all die Hinweise über den "Diebstahl" des französischen Virus durch Gallo, mit welchem er die Produktion der ersten Antikörpertests im Mai 1985 in Auftrag geben konnte. Über ein Jahr lang besaß Gallo die alleinigen Patentrechte und ergo die Tantiemen aus der Testproduktion.<sup>4)</sup> Interessant am Prozeß über die finanzielle Aufteilung ist weiters der Aspekt, daß all jene Forscher, die auch Viren aus AIDS-kranken Patienten isolieren konnten, keine Streitpartei für ihre mediale und rechtliche Unterstützung finden konnten. Nur Gallo und Montagnier wurden von der Presse gelobt und erhielten internationale politische Anerkennung. Die eigentliche Entdeckerin des Virus, Francoise Barré-Sinoussi, eine Mitarbeiterin Luc Montagniers am Institut Pasteur, schien namentlich immer nur in der Forschergruppe auf. Barré-Sinoussi hatte als im Forscherkollektiv Arbeitende als erste das Virus eingekreist und gekennzeichnet (vgl. sowohl Sigusch 1990 als auch Rübsamen-Waigmann 1987). Die von den Männern dominierte AIDS-Forschung läßt auch nur ihren jeweiligen Labor-Chefs Ehre zuteil werden. Dabei wird unterschlagen, daß Wissenschaft, insbesondere in diesem Bereich, einer kollektiven Veranstaltung bedarf und weder Gallo noch Montagnier alleine jene Analysen, die für die Isolierung eines Virus wichtig sind, durchführen hätten können.<sup>5)</sup> Die renommierte (ehemals) bundesdeutsche Biochemikerin Helga Rübsamen-Waigmann betont u.a. das Negieren der wichtigen Forschungsarbeiten, die auf Fachkongressen von Frauen vorgestellt werden. Sie selbst wurde auch schon unter der "Kollegenschaft" belächelt, als sie als eine der Ersten auf die Variabilität des Virus aufmerksam machte. Rübsamen-Waigmann hatte im Jahre 1985 selbst ein Virus isoliert - AAS: AIDS associated virus -, das aber mit der vereinheitlichenden Namensgebung durch HIV wieder dem Vergessen anheim fiel (vgl. Rübsamen-Waigmann 1987, S. 35). Weitere Namen wichtiger Virologinnen innerhalb der AIDS-Forschung, wie Flossi Wong-Staal, eine Mitarbeiterin Gallos, und Beatrice Hahn in Schweden entgehen der öffentlichen Würdigung. Ihrer sei hier stellvertretend gedacht.

Mit der Erläuterung zu diesem finanzträchtigen Wissenschaftsstreit ist es mir ein Anliegen, darauf hinweisen zu können, daß die Suche nach der "Wahrheit" keiner intrinsischen Motivation unterliegt, sobald sie selbst in ein komplexes System ökonomischer und international konkurrierender Strukturen des Leistungsnachweises integriert ist. Ge-

rade die Grundlagenforschung kann retrospektiv sehr oft als ein ziviler Verlängerungsarm der Völker(wett)kämpfe betrachtet werden; ihre Ergebnisse entwickeln sich aus den spezifischen Konkurrenzsituationen heraus.<sup>6)</sup>

### 3. DER BIO-MEDIZINISCHE UND EPIDEMIOLOGISCHE DISKURS ZU AIDS

#### 3.1. Die Beschreibung des HI-Virus

Im folgenden werde ich einen Auszug geläufiger Virusbeschreibungen präsentieren, weniger in der Absicht, ihre biologische Wirkungsweise zu hinterfragen als vielmehr, um anhand ihrer metaphorischen Umschreibungen Schlüsse auf die Arbeitsweise innerhalb der Virologie und den, ihr eigenen epistemologischen Prinzipien zu ziehen. Die meisten populärwissenschaftlichen Beschreibungen von HI-Viren beinhalten dem Militär und dem Krieg entlehnte Metaphern, sie stellen den Körper als eine abgeschlossene, integre Einheit dar, die von äußeren "Feinden" – den Viren – bedroht werde: Werde das menschliche Immunsystem einmal mit der »Chimäre« HIV konfrontiert, so liefe es Gefahr, diesen "Kampf zu verlieren":

"Die HI-Viren setzen das menschliche Immunsystem außer Gefecht. Virologen sind dabei, Mittel zu entwickeln, die den Erregern den Eintritt in die Zelle verwehren. Noch scheint es aber nicht gesichert, wer im »Flächenbrand AIDS« die Oberhand gewinnt." (Baumgart 1991, S. 86)

Baumgart bezieht sich hier konkret auf die Impfstoffsuche zu AIDS. Die kriegerische Auseinandersetzung, die das Virus provoziert, beruht auf folgender Logik: Dem durch das Virus völlig geschwächten Körper muß durch ein anderes System, dem Impfstoff, anhand eines Gegenangriffes auf die Viren geholfen werden. Da bis dato nicht bewiesen ist, ob das Virus auf o.a. aggressive Weise überhaupt im Körper wirksam sein kann und ob es alleine für den Ausbruch der Krankheit verantwortlich ist (vgl. insbesondere Duesberg in Kapitel 5), kann davon ausgegangen werden, daß der einmal markierte Feind, das HIV, auf genau jene Weise bekämpft wird, die ihm selbst unterstellt wird.<sup>1)</sup> Seine Proteine und Gene können dem menschlichen Immunsystem größten Schaden zufügen:

"HIV hat sich gerade auf den CD4-Rezeptor (in welchem eines der Proteine des Virus wie ein Schlüssel zum Eingangstor in die Zelle passen soll, Anm. d. Verf.) spezialisiert, der etwa auf der Oberfläche bestimmter T-Zellen sitzt. Diese T4-Zellen koordinieren normalerweise die Aktivitäten der Immunabwehr, wenn es darum geht, Viren-infizierte Zellen zu zerstören. Damit entschärft HIV gerade die Waffe, mit der es vom Immunsystem eigentlich bekämpft werden soll." (GEO WISSEN 1988, Nr. 1, S. 101)

Zuvor hat es das Virus auch noch verstanden, die "Späher des körpereigenen Immunsystems", die Makrophagen, zu manipulieren, indem es ihre ursprünglich helfende Funktion unterlaufen hat. Die Makrophagen, die im bio-chemischen Jargon als "Vorhut" der Zellabwehr bezeichnet werden, sind vom Virus geblendet worden. Das Virus hat sich in ihnen versteckt und bestimmt fortan die Reaktionsweise der "Späher". Zwar produzieren

die Makrophagen Antikörper gegen das Virus, jedoch sind diese völlig zwecklos, weil sie im Organismus unkoordiniert umherirren. Zuguterletzt wird die körpereigene Immunabwehr zum Mutationsprodukt des Virus umfunktioniert: "Trojanischen Pferden gleich passieren Makrophagen mit ihrer tödlichen Fracht (den HI-Viren, Anm. d. Verf.) die Blut-Hirn Schranke und schädigen das Zentralnervensystem." (GEO WISSEN 1988, Nr. 1, S. 101)

Die Forschung vermutet, daß das Virus "kreuzreagierende" Antikörper hervorruft, die durch die Irritation mit HIV nicht mehr in der Lage sind, zwischen der "eigenen" und der "fremden" Bedrohung zu unterscheiden. Die Krankheit selbst äußere sich dann in einer AUTO-IMMUNERKRANKUNG. Das HI-Virus treibe das Immunsystem anhand seiner "tückischen" Strategie in den "Selbstmord". Obwohl der gentechnologischen Forschung die Wirkungsweise des Virus in seinen einzelnen Schritten soweit bekannt ist und de facto die Möglichkeit bestünde, seine Ausbreitung in den einzelnen Schritten zu unterbinden, ist der momentane Forschungsstand unzureichend (vgl. GEO WISSEN 1988, Nr.1., S. 102ff.). Das HI-Virus ist äußerst "variabel", es gleicht einer HYDRA mit 1000 KÖPFEN (vgl. Koch et al. 1987), um es "besiegen" zu können, bedürfe es eines "spitzfindigen Dedektivs", der den "genetischen Wechselbalg" austricksen könnte: "Wer einen Impfstoff machen möchte, muß cleverer als das Immunsystem und das HIV sein." (Gallo, zitiert nach Rübsamen-Waigmann 1987, S. 39).

In Weiterführung des zentralen Gedankens bei Paula Treichler, die aufgezeigt hat, daß ein Kontinuum zwischen bio-medizinischem Diskurs und Alltagssprache besteht, das dann auch Einfluß nimmt auf die Kostruktion der sozialen Realität, wird die Mystifizierung des Virus als "infektiösen Agenten" verständlicher (vgl. Treichler 1987, S. 265ff.). Ich meine aber zusätzlich, daß dem Virus schon die Rolle des Doppelagenten zuteil wurde: Das Virus schleuse sich ohne "Brachialgewalt" in die Zellen des Organismus ein. Durch sein vielseitiges Rollenspiel gäbe es sich gegenüber den Abwehrzellen nicht als das zu erkennen, was es sei; im Gegenteil, es manipulierte das Immunsystem und funktionierte die gesamte Abwehr um, die dann nach seinen Prämissen der Zerstörung agiere. Das Virus ist somit "Feind" und Bestandteil des Organismus zugleich. Das Immunsystem ist nicht mehr in der Lage, die Doppelstrategie zu entschüsseln. Das Virus läßt schlußendlich seine Wirksamkeit am ursprünglichen Ort der Erbinformation auf eine effiziente, "ausbeuterische" Weise, spüren:

"Wenn es sich einmal in die T4-Zellen des Körpers eingenistet hat, ist es von da an genetischer Bestandteil des körpereigenen Immunsystems und wird an jede neu gebildete Abwehrzelle weitergereicht. Dieses heimtückische Schmarotzertum bewerkstelligt das Virus mit einem speziellen Enzym namens »Reverse Transkriptase« ..." ( 16. 03. 1987, S. 36)

Das Virus ist Fremd- und Eigenbestandteil des Organismus zugleich. Als ehemals "Fremdes" wird ihm Schmarotzertum unterstellt. Aufgrund seiner geglückten Anpassung (denn nicht jedes Virus kann ohne weiteres in einem fremden Körper überleben) ist es ein wahrer "Meister der Assimilation" und als solcher natürlich umso bedrohlicher für die aus medizinischer Sicht veranschlagte Abgeschlossenheit des menschlichen Körpers. Die körperliche Figur der Darstellungsweise der HIV-Infektion erinnert an gesellschaftliche Prozesse: Das Fremde bzw. die Fremden überfluten das Eigene, unterlaufen und vernichten es in letzter Konsequenz. Die "Invasion" der Fremdkörper zerstört die Schaltzentralen des biologisch "reinen" (Volks)Körpers. Es ist sicherlich nicht dem Zufall zu überantworten, daß AIDS als Medienthema insbesondere zweimal Hochkonjunktur feierte:

Nach dem Reaktorunfall von Tschernobyl im Jahre 1987 berichteten heimische Medien vermehrt über die "Seuchengefahr" AIDS, die gleich einem geruchlosen und unsichtbaren Atom menschliches Leben zerstören kann. Der zweite mediale Gipfel zu AIDS erfolgte, insbesondere in Österreich, nach der Öffnung der Ostblockstaaten, als die Befürchtung vor der "Invasion von einem Heer von Flüchtlingen" laut geworden war, das die Zerstörung heimischen Glücks/Wohlstands bewirken könne. Symbolisierte der Reaktorunfall noch ein Bedrohungsszenario, das sich nahtlos in eine "abstrakte" Angst vor einer staatenübergreifenden Bedrohung kanalisieren ließ, so ließ sich die real greifbare Situation der Auflösung und Umstrukturierung ganzer Staaten in eine diffuse, bedrohliche Xenophobie gegenüber den zu "Feinden" stilisierten Flüchtlingen fokussieren. Der Asylsuchende selbst wird als "viröser" Eindringling in den "Volkskörper" erachtet:

"Der Fremde ist also suspekt als möglicher Krankheitsträger (im medizinischen Sinne) aber zugleich auch als möglicher Krankheitserreger und Unruheherd (im politischen Sinne). Deshalb soll er zur Bewahrung der Integrität der Einzelkörper, aber auch des Körperkollektivs, noch bevor er in den Körper eindringt, an der Grenze gestoppt und getestet werden." (Moser 1992, S. 20)<sup>2</sup>

### 3.2. Immunologie und Kriegsmetaphorik

Die Beschreibung des Krankheitsphänomens AIDS und insbesondere seines angenommenen Verursachers, dem HI-Virus, ist, wie schon aus vorhergehender Erörterung ersichtlich wurde, eine Parabel auf militärisch-aggressive Handlungen, die sich im menschlichen Körper ereignen (sollten). Warum die Sprache der Medizin auf den Jargon der Kriegsführung zurückgreift, ist m.E. auf drei wichtige medizingeschichtliche Umstände zurückzuführen:

- Zur Heilung großer Krankheitsphänomene war die etablierte Forschung der Medizin immer wieder Völkerwettbewerbskämpfen ausgesetzt. Ludwik Fleck erwähnt den Forschungswettlauf zwischen französischen und deutschen Syphilidologen; AIDS birgt den Streit um die Findung des Virus zwischen französischen und US-Virologen in sich; die Entdeckung eines Impfstoffes bedeutet nicht nur den angesagten Kampf gegen die Viren, sondern genauso gegen alle Konkurrenten innerhalb der Forschung.
- Seit der Antike fungiert der Körper als Metapher für das Gemeinwesen bzw. den Staat. In der Neuzeit, mit der aufkommenden Industrialisierung, nahm er die Umschreibung einer Maschine und später eines komplexen Wirtschaftsunternehmens an. Mit der Moderne und der einhergehenden Verfeinerung der Kriegstechniken wurde der Körper in seiner biologischen Funktionsweise einem militärischen Apparat angeglichen (vgl. insb. Sontag 1989, S. 8ff.).
- Medizin und Kriegsführung verbindet eine "schicksalshafte" Allianz: Die Weiterentwicklung der medizinischen Forschung resultiert sehr oft aus den kriegerischen Erfahrungen.

Als Rudolf Virchow, der Begründer der Zellpathologie, den Körper noch mit einem liberalen Staat oder einer Republik verglich, verlor er im damaligen naturwissenschaftlichen Disput Mitte des 19. Jahrhunderts an Ansehen. Etablierung hingegen erlangte jenes Körper- und Krankheitsbild, das den Körper als eine von Feinden bedrohte Festung erscheinen ließ, die verteidigt werden muß. Mit der Verfeinerung des medizinischen Instrumentariums durch die Sichtbarmachung zellulärer Abläufe im Organismus wurde die Entdeckung der Mikroorganismen ermöglicht:

"Erst als der Eindringling nicht mehr die Krankheit war, sondern ein konkreter Mikroorganismus, der die Krankheit verursachte, begann recht eigentlich der Triumph der Medizin; da aber gewann die Kriegsmetaphorik um so mehr an Triftigkeit und Prägnanz, und seither beherrscht sie mehr und mehr die Aspekte der Beschreibung medizinischer Vorgänge. Die Krankheit gilt als eine Invasion körperfremder Organis-

men, auf die der Körper mit eigenen militärischen Operationen reagiert: Er mobilisiert seine immunologischen »Abwehrkräfte«, und die Medizin ist – in der Sprache der meisten Chemotherapien – »aggressiv.« (Sontag 1989, S. 11)

Die Weiterentwicklung medizinischer Präzisionsverfahren bedingte gleichzeitig ihre populäre Veranschaulichung durch eine umso differenziertere Kriegsmetaphorik. Der Erste Weltkrieg markierte in der Anwendung der Kriegstechnologie einen Wendepunkt; durch den Einsatz chemischer Waffen war das erste gezielte Massensterben möglich geworden. Aber auch die Medizin profitierte aus der Kriegstechnologie: In der chemotherapeutischen Behandlung der Syphilis entlehnte man das KNOW HOW der Waffenkunde; Paul EHRLICH fand im Salvarsan (1928), einem Arsen-Derivat, die "magische Kugel" gegen die Geschlechtskrankheit. Das erste Therapeutikum gegen die Leukämie und andere Krebsarten war Stickstofflost, ein "Erkenntnisprodukt" kriegerischer Erfahrung aus dem Zweiten Weltkrieg: Als ein US-Kriegsschiff, das mit Stickstofflost beladen war, in Italien bombardiert wurde, konnte beobachtet werden, daß die Besatzung größtenteils an der verminderten Anzahl der Leukozyten verstarb (vgl. Sontag 1980, S. 70).

In »Krankheit als Metapher« (1980) wollte Susan Sontag ein kritisches Instrumentarium allen Patienten zur Hinterfragung der "Ammenmärchen um den Krebs" in die Hände legen. Da sich die neue Krankheit AIDS in der Denkstil-gebundenen Tradition der Krebserkrankungen und ihrer Behandlungsweisen bewegt, findet sich im näheren Betrachten der Metaphern um den Krebs die logische Verknüpfung zu AIDS. Sontag, selbst über Jahre an Krebs erkrankt, wollte das, die Krankheit begleitende Phänomen der (subjektiv) empfundenen "Scham" und "Aussichtslosigkeit" u.a. durch die Analyse jener Metaphern, die die Krebserkrankung begleiten, ergründen. Insbesondere die allgegenwärtige Kriegsmetaphorik in der Beschreibung der Krankheit und ihrer "Verursacher" lassen den erkrankten Körper selbst zu einem strategischen Mittelpunkt werden, der sich in einem Kriegsgeschehen befindet: Krebszellen sind "invasorisch", auch wenn sie langsam wachsen; sie bilden vom ursprünglichen Tumor aus in den entfernten Gegenden des Körpers "Kolonien". Zuerst bilden sie unsichtbare "Stützpunkte" (für das Auge der Medizin zumindest), die durch die körpereigene Abwehr nicht mehr beseitigt werden können (vgl. Sontag 1980, S. 69f.)

Aber nicht nur die Beschreibung des Krankheitsbildes gleicht einem Schlachtfeld, auch die Behandlung setzt es fort: "Die Strahlentherapie benutzt die Metaphern des Luftkriegs; die Patienten werden mit toxischen Strahlen »beschossen«, und die Chemotherapie ist chemische Kriegsführung, bei der Gifte eingesetzt werden." (Sontag 1980,

S. 70) Therapeutika gegen den Krebs werden sehr oft mit modernen Waffen verglichen; die Beschreibung ihrer Wirkungsweise wird dem letzten Stand der Technologie angeglichen: Ihr innovativer Charakter gegenüber den älteren Behandlungsmethoden der Chemotherapie wird analog zu den konventionellen Waffensystemen gesetzt. Die Erprobung der neuen Laserstrahlentherapie wurde folgendermaßen angekündigt:

"LENKWAFFEN gegen Krebs (der Titel, Anm. d. Verf.) ... Neue Bio - Wirkstoffe rüsten das Immunsystem auf (...). In dem Ausmaß, in dem neue Lenkwaffen gegen den Krebs einsatzfähig werden, verlieren devastierende Strahlenkanonen und ziellos in den Körper gespritzte Zellgifte an Attraktion - genauso wie die Militärs von Wasserstoffbomben («dirty weapons») auf Miniraketen umstiegen, die computergesteuert durchs Lüftungsfenster eines Betonbunkers gleiten, um dann im Inneren zu explodieren." (*profil* 1992, Nr. 6, S. 52)

Mit diesem Auszug will ich keineswegs die Laserstrahlentherapie in Mißkredit bringen und die Erfolge bestreiten, die sie bewirken kann. Wichtig an dem aus *profil* Zitiertem ist hier die Gleichsetzung der Laserstrahlen mit hochsensiblen Lenkwaffen und computergesteuerten Miniraketen, die einen HIGH-TECH-Krieg gegen die "feindlichen" Metastasen im kranken Körper führen.

Die Kriegsmetaphern zur Beschreibung von AIDS sind anders fokussiert, als jene beim Krebs. Wird beim Krebs die Frage nach der Kausalität vernachlässigt und der zelluläre Kampf erst im Körperraum selbst beschrieben, so beginnt er bei AIDS schon an der Körpergrenze mit dem Eindringen des Infektionsträgers, der von außen kommt. In der Beschreibung des HI-Virus wird sehr oft der sozio-politische Prozeß einer sich anbahnenden Revolution durch das "Fremde", das sich in den Körper einschleust, zum Ausdruck gebracht. So schreibt Baumgart:

"Viren, die großen Gegenspieler des Immunsystems, haben die Fähigkeit, auf ausgeklügelte Weise in Zellen einzudringen und diese zu zwingen, immer wieder nichts als Viren herzustellen. (...) Auf genetischem Weg veranlassen sie ihren »Wirt«, nur noch »Fremdlinge« herzustellen. (...) Um es gar nicht so weit kommen zu lassen, schickt der Körper seine Helfer scharen- und wellenweise den Angreifern entgegen. Zuerst wird einmal bildlich gesprochen »Alarm geschlagen«. (...) Wenn das alles nicht ans Ziel führt, dann ist die Schlacht verloren, die Erreger bekommen die Oberhand, die Infektion breitet sich aus." (Baumgart 1991, S. 81f.)

Die Beschreibung des biochemischen Prozesses erinnert zugleich an realpolitische Umgangsformen gegenüber den Asylbewerbern, die an der Grenze des Volks-Körpers zurückgehalten werden sollten.<sup>3)</sup> Da die Beschreibung der Funktionsweise des Virus auf der Analogiekonstruktion gesellschaftlicher Prozesse - durch die Verwendung sozio-politischer Metaphern - basiert, die den "fremden Eindringling" plastisch darstellen,

wird zuguterletzt auch der Kranke selbst, der an AIDS leidet, zum Fremden und Feind: "Kriegsmetaphern bewirken die Stigmatisierung bestimmter Krankheiten, damit aber die Stigmatisierung der an ihr Erkrankten." (Sontag 1989, S. 13)

Während der Krebs im allgemeinen als Synonym für eine "verpestete Umwelt" Gültigkeit hat und an ihm Erkrankte nicht als Ansteckende gemieden werden, wird bei AIDS die Angst vor der Krankheit ausschließlich an die von ihr betroffenen, "infektiösen" Personen gerichtet. Der Kranke selbst wird zum Feind, in dessen Körper sich eine intrazelluläre Schlacht ereignet, die so bedrohlich ist, daß auch gegen den Erkrankten eine Schlacht geführt wird.<sup>4)</sup> Susan Sontag sprach sich dezidiert gegen die Annahme aus, daß der Körper im Krankheitsfall ein Schlachtfeld ist: "Von *dieser* (Herv. d. V.) Metapher, der militärischen, würde ich, Lukrez paraphrasierend, sagen: »Erstattet sie den Kriegstreibern zurück.«" (Sontag 1989, S. 100)

Derzeit wird innerhalb eines bestimmten Bereiches der Biologie der Versuch unternommen, einen Paradigmenwechsel bezüglich der Annahme, daß das menschliche Immunsystem ein abgeschlossenes und somit von außen angreifbares Gebiet sei, einzuleiten. Francisco VARELA, Biologe, vertritt in seinem konstruktivistischen Ansatz ein anderes Bild vom Immunsystem:

Die menschlichen Zellen bilden ein AUTONOMES NETZWERK und leben in ständigem kommunikativen Austausch in einer Gemeinschaft mit der sie umgebenden Welt. Zellen reagieren nicht spezifisch auf diese und jene äußere Bedrohung; eher muß davon ausgegangen werden, daß sich die Zellen interaktiv ihre Identität selbsterkennend organisieren. Damit will Varela den militärisch-xenophoben Deutungsmustern der Immunologie die Gegenmetapher der friedfertigen – und sich selbst organisierenden – Gemeinschaft entgegenhalten (vgl. Moser 1992, S. 20). Inwieweit der angestrebte Paradigmenwechsel innerhalb der Naturwissenschaften greifen könnte, ist m.E. pessimistisch zu bewerten, zumal sein gesellschaftliches Pendant in der sozio-politischen Welt mehr denn je all die in die Flüchtlingsströme hineingelegten Ängste und Phobien aktualisiert.

### **3.3. Die Definition des Immunschwächesyndroms gleicht einer Akkumulation von Krankheitsbildern**

AIDS – Acquired Immune Deficiency Syndrome – wörtlich übersetzt: das Syndrom einer erworbenen Abwehrschwäche –, ging als ubiquitäres Kürzel um den ganzen Erdball. Noch nie wurde in der Geschichte der Medizin für eine schwere Krankheit vereinheitlichend eine Abkürzung verwendet, die den Krankheitsverlauf versinnbildlichen soll. Die Österreichische AIDS-Hilfe erklärt in einer ihrer zahlreichen Aufklärungsbroschüren, daß sich AIDS aus einer "breiten Palette von Erkrankungen" zusammensetzt:

"Die einzelnen Erkrankungen, die als Folge der Immunschwäche (Abwehrschwäche) auftreten, können zwar behandelt werden (z.B. durch Antibiotika bei Infektionen, Bestrahlungen und Chemotherapie bei bösartigen Gewebsveränderungen, Ernährungsunterstützung), die Infektion mit dem HIV kann derzeit allerdings nicht geheilt werden. Sie bleibt ein Leben lang bestehen." (Mai 1990, S. 9f.)

Das Raster der Krankheitsbeschreibung zu AIDS ist in das Fundament der monokausalen Virus-Theorie eingebettet: Das Virus bewirkt, über bestimmte Phasen seiner Ausbreitung, zwingend die Lahmlegung des Immunsystems; in diesem Prozeß treten bestimmte Krankheitsbilder auf, die zum Zusammenbruch des Organismus führen. AIDS wird als ein Krankheitskomplex erachtet:

"AIDS ist demnach nicht eine bestimmte Erkrankung, sondern bezeichnet die Summe aller Folgeerkrankungen, die aufgrund einer Abwehrschwäche (Immunschwäche) auftreten. Diese Immunschwäche muß durch eine Infektion mit einem ganz bestimmten Virus bedingt sein." (Mai 1987, S. 7)

Weltweit existieren drei verschiedene Definitions-Kataloge zur Beschreibung und Klassifizierung des Immunschwächesyndroms:

- Die Bangui- bzw. WHO-Definition,
- die CDC-Definition und
- die Schweden-Tansania-Definition (vgl. Rappoport 1990, S. 172).

Alle o.g. Definitionen unterscheiden sich nur geringfügig voneinander. Allen dreien ist aber gemein, daß sie fast keine Abgrenzungsmöglichkeiten zu den schon vor AIDS bekannten Infektionskrankheiten und Mangelerscheinungen zulassen: Die WHO-Definition ist die einzige, die die Diagnose AIDS bei den Symptomen der schweren Unterernährung ausschließt; bei den beiden anderen Definitionen gibt es keine diagnostischen Abgrenzungsmöglichkeiten gegenüber dem äußerst unspezifischen Krankheitsbild des "HIV-Wasting-Syndroms" (Abmagerung und Kräfteverfall betreffend). Die CDC-Definition verfügt über ein breitgestreutes Diagnoseraster zu AIDS; sie setzt sich

aus mehr als 25 inhomogenen Krankheitsbildern<sup>5)</sup> zusammen und jedes einzelne kann für sich alleine die Diagnose AIDS erhärten. Diese Definition wurde im Jahre 1987 noch durch Zusätze erweitert: Durch das Vorhandensein sog. "bakterieller Erkrankungen" sowie der Möglichkeit, die AIDS-Diagnose auch *ohne* positivem Test-Befund beim Auftreten der AIDS-spezifischen "Indikator-Krankheiten" zu erstellen (vgl. Rapoport 1990, S. 169ff.). Wenn bedacht wird, daß die Erkrankungsrate zu AIDS in Zentralafrika ständig steigt und gleichzeitig aber bekannt ist, daß ebendort Hungerkatastrophen und bakterielle Erkrankungen keine Seltenheit sind, so ist die Diagnose-Praxis prinzipiell zu hinterfragen: Erfüllt hier AIDS die Funktion der Kaschierung eines Problems, das durch die Ausbeutung der Dritte Welt-Länder entstanden ist?

Auf die Problematik der sog. "Indikatorkrankheiten", die in etwa ein Drittel der gesamten veranschlagten Palette zu AIDS ausmachen, werde ich an anderer Stelle noch eingehen. Hier sei aus medizinischer Perspektive nur vermerkt, daß Personen mit starker Immunsuppression, wie es bei Lungenentzündungen und Leukämie der Fall ist, schwerlich Antikörper bilden können, es aber offen bleibt, ob nun diese Personen AIDS-krank sind oder an einer anderen bekannten Infektionskrankheit leiden. Die CDC haben insgesamt sieben Krankheitsbilder als "Indikatorkrankheiten" zu AIDS ausgewiesen. Die wichtigsten von ihnen sind: die Pneumocystis-carinii-Pneumonie (PCP), eine selten auftretende Form der Lungenentzündung; das Kaposi-Sarkom und die Cytomegalie-Erkrankung, die insbesondere unter urbanen Minoritäten in US-Großstädten auftritt. Indikatorkrankheiten bilden einen wichtigen Schlüssel zum zusätzlichen Verständnis des "klinischen Konstrukts" AIDS, das - wie Sontag es bezeichnet - das Ergebnis einer "Deduktion" ist:

"Das Konstrukt AIDS bezieht seine Identität aus dem Vorhandensein einiger von vielen, und immer zahlreicher werdenden, Symptomen (kein Mensch hat alles, was Aids sein könnte; diese Symptome »bedeuten«, daß das, was dieser Patient hat, diese Krankheit ist." (Sontag 1989, S. 23)

Der Einzelfall, der erkrankt ist, wird vom allgemeingültigen Gesetz der nachgewiesenen Antikörper, oder, wenn dies nicht möglich ist, vom Zusatzgesetz seiner diagnostizierten "Indikatorkrankheiten" als AIDS-Patient ausgewiesen. Am Beispiel der zwei Parade-symptome zu AIDS, der Indikatorkrankheiten der PCP und des Kaposi-Sarkoms, will ich aufzeigen, wie brüchig die Ineinsetzung dieser Symptome mit AIDS sein kann.

### **3.4. Die "Indikatorkrankheiten" zu AIDS erfüllen eine bestimmte Funktion**

Als AIDS erstmals als neue Krankheit beschrieben wurde, schienen die PCP und das Kaposi-Sarkom als "seltene" und von "unbekannter Ursache" hervorgerufene Krankheiten auf. Das Auftreten der PCP bei den ersten an AIDS erkrankten homosexuellen Männern galt als mysteriös, zumal die zuvor gesunden jungen Männer keine Anzeichen zeigten, die den letalen Ausgang dieser speziellen Form der Lungenentzündung hätten erahnen lassen. Rappoport vermerkt jedoch, daß die PCP kein AIDS-spezifisches Phänomen ist und sich ihr Erreger genauso in den Organismen gesunder Menschen befinden kann. Erst wenn ein Organismus sich in einem ausgeprägten immunsuppressiven Zustand befindet, können die an und für sich harmlosen Einzeller den Krankheitsprozeß initiieren (vgl. Rappoport 1990, S. 114). Nicht nur Rappoport, als einhelliger US-Kritiker der Einzelvirus-Theorie, hinterfragt den Standesdünkel um die "Indikatorkrankheit" PCP; genauso aus deutschsprachiger Quelle gibt es Hinweise darüber, daß die besondere Form der Lungenentzündung schon längst vor AIDS bekannt gewesen ist:

"Der Mensch infiziert sich mit dem Einzeller offenbar schon während seiner ersten Lebenstage oder -wochen bis -monate nach der Geburt und beherbergt ihn dann unbemerkt zeitlebens. Nur bei ernsthafter Minderung seiner Immunabwehr verliert er die Oberhand und erkrankt." (Vanek et al. 1989, S.37)

Die PCP trat vermehrt nach dem Zweiten Weltkrieg bei Früh- und Neugeborenen auf und endete stets mit letalem Ausgang. Die Verbesserung der Ernährungsverhältnisse und das Aufkommen der Säuglingsnahrung ließen die frühkindliche Pneumonief orm allmählich schwinden. Bis zum Bekanntwerden von AIDS trat die PCP allmählich in den Hintergrund, sie ließ sich aber bei Patienten mit Organtransplantationen und Krebskranken, die mittels Chemotherapie behandelt werden, immer wieder diagnostizieren (vgl. Vanek et al. 1989, S. 37f.). Heutzutage reicht der Nachweis der gefährlichen Lungenentzündung aus, um jemanden als AIDS-krank zu bezeichnen, auch wenn er keine HIV-Antikörper bildet.

Es gibt m.E. zwei Gründe, warum dieser Zustand so tolerierbar ist: Zum einen können Patienten keine Antikörper bilden, weil sie dazu zu krank sind, zum anderen ist aber die PCP eine bekannte Krankheitserscheinung, die nicht durch das HI-Virus verursacht worden sein muß. Wenn sich aber der angenommene monokausale Verursacher von AIDS nicht nachweisen läßt, so müßte innerhalb der Forschung der Versuch unternommen werden, bei der PCP die spezifischen Herkunftsmöglichkeiten der Erkrankung zu analysieren. Schon die ersten fünf bekannten AIDS-Fälle litten durch die Einnahme

von Inhalationsmitteln und anderen Drogen an Immunsuppression (vgl. Rappoport 1990, S. 309). Erst ein geschwächtes Immunsystem löst die Gefährlichkeit des PCP-Erregers in jenen Situationen aus, die durch den regelmäßigen Konsum harter Drogen, durch einen gravierenden Protein-Eiweißmangel (PEM), bei Anämie sowie bei häufigen Behandlungen durch Antibiotika und andere aggressive Medikamente die Krankheit begünstigen. Bezüglich der Neubewertung der PCP zu AIDS-Zeiten vermerkt Rappoport:

"Das 1980 in fieberhafter Eile eingeleitete Verfahren, die in den Krankenhäusern behandelten homosexuellen Pneumocystis-carinii-Pneumonie-Patienten als »zuvor gesunde Personen« einzustufen und die anschließende Suche nach einer viralen Ursache ihrer Immunsuppression unter gleichzeitiger Mißachtung der offensichtlichen Hintergrundfaktoren (Drogen, Medikamentenabusus u.a.), darf mit Fug und Recht als eine der bizarrsten Wendemanöver in der Geschichte der Schulmedizin gelten." (Rappoport 1990, S. 117)

Eine weitere Ungereimtheit bei der Diagnoseerstellung zu AIDS zeigt sich am Kaposi-Sarkom. Auch hier läßt sich nicht seine AIDS-spezifische Zugehörigkeit beweisen, gleichzeitig ist es ausreichend für die Diagnose AIDS, ohne daß ein positiver Testbefund auf HIV-Antikörper vorliegen muß. Das Auftreten des Kaposi-Sarkoms konnte schon vor Jahrzehnten in drei verschiedenen Ausformungen beobachtet werden: Als "klassische Form" ist es im Mittelmeerraum und in Osteuropa beheimatet und die von ihm größtenteils betroffenen, älteren Männer können mit dem Hautkrebs leben; sie sterben zumeist an anderen Erkrankungen. In den USA tritt das Kaposi-Sarkom epidemisch und in einer aggressiven Form auf. Vermutlich bedingt durch den Konsum harter Drogen und dem gleichzeitigen Auftreten des Cytomegalie-Virus tritt das Kaposi-Sarkom insbesondere innerhalb der Gruppe der homosexuellen Männer auf. In Afrika wiederum kommt es endemisch vor. In den davon betroffenen Ländern, wie Tansania, Kenia und Zaire wurde sein Auftreten seit dem Bekanntsein von AIDS nicht vermehrt registriert, obwohl die Medien in den westlichen Ländern dies immer wieder behaupten. In den Ländern Zentralafrikas gibt es das Kaposi-Sarkom in verschiedenen Ausprägungen, seine Wirkungsweise kann, über Jahre hinweg latent im Körper verbleibend, später bei jüngeren Heterosexuellen und bei Kindern aktiviert werden (vgl. Rappoport 1990, S. 123ff.).

Die von der WHO für Afrika veranschlagten epidemiologischen Richtwerte der Ausbreitung zu AIDS waren für das Jahr 1992 mit in die Millionen gehenden Zahlen, versehen, die auf unkorrekte Weise die afrikanische Realität umrissen haben. Die Mangel- und Unterernährung, die die Symptome des "Hungerkontinents" sind, finden gegenüber den AIDS-Definitionen geringe Abgrenzungsmöglichkeiten. Zudem erfolgt in Afrika

aus Kostengründen selten die Anwendung des HIV-Antikörpertests. Dafür ist aber zu vermuten, daß die Länder Zentralafrikas künftig das "Menschenmaterial" zur Erprobung der Impfstoffprodukte aufbringen werden müssen (vgl. Langthaler 1987, S. 10).

In den Ausführungen zu Kapitel 3.3. und 3.4. wollte ich aufzeigen, daß die Beschreibung von AIDS als Krankheitsbild schwierig und verunsichernd ist, zumal es eine inhomogene klinische Größe darstellt. AIDS besteht aus vielen unterschiedlichen und unzusammenhängenden Erkrankungen, die einem einzigen Krankheitsbegriff untergeordnet werden. Den kleinsten gemeinsamen Nenner der divergierenden Symptomatiken sollte der vereinheitlichende Nachweis der Antikörper im Blut bilden. Nachdem dieser aber nicht bei allen AIDS-Patienten erbracht werden kann, wurde der kleinste gemeinsame Nenner um das "kulante" Moment der "Indikatorkrankheiten" erweitert. Aber auch letztgenannte tragen nicht unbedingt zur Verifizierung der Genuinität von AIDS bei, da diese schon vor dem Jahre 1981 in unterschiedlichen länder- und personenspezifischen Äußerungsformen aufgetreten sind. In der Kontrastierung der von mir angeschnittenen neuralgischen Punkte zur Wissensproduktion um AIDS erhellt sich schließlich die wichtige Frage: Kann ein Retrovirus-Typ, der nicht immer nachweisbar ist, all jene unterschiedlichen Symptomatiken auslösen? Die offizielle Forschung zu AIDS reagierte anhand ihrer Denkstil-bezogenen Virustheorie prompt auf die Divergenzen zur HIV-Infektion: Im Jahre 1987 wurde HIV-2 isoliert und bekam den Status des afrikanischen "AIDS-Virus" zugeschrieben; im Sommer 1992 wurde auf dem Amsterdamer AIDS-Kongreß die mögliche Isolierung von HIV-3 angekündigt, das ein Verbindungsstück zu jenen AIDS-Patienten darstellen soll, die keine der bekannten Antikörper bilden. Was die Diskussion um die Definition der Krankheit AIDS widersprüchlich und gleichzeitig auch beschämend hervorbringt, ist zumindest die Erkenntnis, daß das Phänomen aufgrund seiner exklusiven Virustheorie und seines inhomogenen Themenkomplexes eine weltumspannende Synthese neuralgischer gesellschaftlicher, sozialer und umweltbedingter Probleme der Erdbevölkerung veranschaulicht.

### **3.5. Die Krankheitsphasen zu AIDS werden durch Akronyme klassifiziert**

Akronyme - Initialworte - geben einen Überblick zum zeitlichen Ablauf des Krankheitsprozesses. Diese prägen sich leicht in das Gedächtnis der Leser von Aufklärungsmaterialien zu AIDS ein: LAS und ARC gehen auf selbige Weise spielend über die Lippen wie AIDS. Nur jene Bereiche der Krankheit, die nicht offensichtlich mit der letalen Logik ausgestattet sind, lesen sich komplizierter und bleiben zumeist nicht auto-

matisch im Erinnerungsvermögen haften: HIV-Infektion, Serokonversion und Inkubationszeit heben sich bezüglich ihres Inhalts schon sprachlich vom AIDS-Jargon ab – sie verfügen über keinen Supercode. Der Verlauf des Immunschwächesyndroms wird in vier Phasen eingeteilt: der symptomlosen Infektion folgt das Lymphadenopathie-Syndrom (LAS), dem darauffolgenden AIDS-Related Complex (ARC) schlußendlich das AIDS-Vollbild.

Die Übergangsbestimmungen von einer Krankheitsphase zur nächsten werden, teils durch die prozentuelle Angabe der davon betroffenen Patienten, teils durch die dazwischenliegenden, geschätzten Zeiträume angegeben:

"Das Leiden der Aids-Kranken beginnt scheinbar harmlos mit der »akuten HIV-Krankheit«. Sie trifft etwa 20 Prozent der Infizierten. Ihre Symptome ähneln denjenigen anderer Viruserkrankungen: Kopf- und Gliederschmerzen, Lymphknotenschwellungen und Fieber. Nach 7 bis 14 Tagen verschwinden diese ersten Anzeichen wieder. Unterdessen beginnt die Bildung von HIV-Antikörpern im Blut – die »Serokonversion«. Sie dauert gewöhnlich 6 bis 12 Wochen." (GEO WISSEN 1988, Nr. 1, S. 104)

Mit dem Umbau des Immunsystems durch die Serokonversion soll nach dreimonatigem Zeitabstand das LAS-Stadium mit den Symptomen der starken Lymphknotenschwellung und Pilzinfektionen in der Mundhöhle auftreten. Daraufhin folgt die ARC-Phase, in welcher die Patienten an Fieberschüben, Nachtschweiß und Durchfall leiden. Schätzungsweise sollen 25 Prozent der Patienten mit ARC innerhalb von drei Jahren die Endphase der Krankheit, das AIDS-Vollbild, bekommen (vgl. Sontag 1989, S. 31).

Die klinische Forschung zu AIDS legte über lange Zeit besonderes Augenmerk auf die ungeklärte Frage nach der Dauer der Inkubationszeit des Virus: Wie lange kann das Virus, ohne daß es Krankheit zur Folge hat, latent im Organismus verweilen; bei welchen Personen kann es ausbrechen u.s.f.? Die Durchsicht der Literatur zu AIDS zeigt auf, daß es keine vereinheitlichenden Zahlenbeispiele und Prognosen gibt; die veranschlagten Werte divergieren nach dem jeweiligen Verständnis der Autoren: Baumgart (1990) nimmt eine Latenzzeit "bis zu 10,5 Jahren" an (S. 29), Koch et altera (1987) sprechen von einer Inkubationszeit von "bis zu 16 Jahren" und setzen den Ausbruch der Krankheit bei den Infizierten mit einer vagen Bandbreite von "40 bis 70 Prozent" an (S. 40).

Die Spekulationen um die Frist der Inkubationszeit und die Prozentangaben um den Ausbruch der Krankheit erzeugen neben der Phaseneinteilung zusätzlich die bedrohliche Vorstellung vom Kontinuitätsverlauf dieser Krankheit. Sontag setzt die Definition von AIDS bezüglich der gewissenhaften Aufteilung in die Krankheitsstadien mit einer "botanischen" bzw. "zoologischen" Metapher gleich: Durch die Festlegung der HIV-

Infektion als "kritische Größe" der späteren Erkrankung enthält sie in ihrem Keim schon das tödliche Element. Die Identität der Krankheit ist durch ihre empirische Überwachung im Anlegen von Statistiken konstruiert worden; die scheinbar natürliche Entwicklung des Kontinuums von "letalem" Virus und seiner natürlichen Entwicklungsgrenze, dem AIDS-Volbild, gilt als Norm (vgl. Sontag 1989, S. 31ff.)

Die normierende und realitätsschaffende Klammer von HIV und AIDS hat auch in die sprachliche Konstruktion zu AIDS Eingang gefunden: Selten erfolgt im Medienbereich die sprachliche Differenzierung zwischen HIV-Infektion und dem, was AIDS ist. Wird bei einer Person mittels HIV-AK-Test ein positiver Serostatus nachgewiesen, so wird diese zumeist schon als "aidskrank" bezeichnet. Das Virus selbst hat schon längst den Namen "Aids-Virus" bekommen, obwohl es kein derartiges Virus in der Sprache der Medizin gibt. Durch den veranschaulichten Kontinuitätsverlauf des Immunschwäche-syndroms - vom Virus zur Krankheit - hat sich auch das schicksalshafte Paar HIV und AIDS gebildet. Die HIV-Infektion gilt als Synonym eines Todesurteils. Als beispielsweise der publicity-trächtige Basketballspieler Earvin "Magic" Johnson seine HIV-Infektion und den Rückzug aus dem Sport bekanntgab, reagierte die mediale Öffentlichkeit prompt mit der Behauptung, Johnson sei "aidskrank" und er "bekenne sich offen zu seinem AIDS" (vgl. insbes. Praline 1991, Nr. 47, S. 24f.). Aber auch für den Betroffenen selbst hat das normierende Test-Ergebnis schon das Verbindungsglied zur möglichen späteren Erkrankung hergestellt, wenn Johnson gegenüber der Presse selbstzynisch meint: "AIDS kann jedem passieren, sogar einem Magic Johnson." (*profil* 1991, Nr. 47, S. 87)

Die anhand klinischer Befunde erstellte empirische Überwachung zu AIDS hat m.E. innerhalb weniger Jahre ein allgemeingültiges, normierendes Raster zum Krankheitsverlauf vorgegeben. Das Aufklärungsmaterial der AIDS-Hilfen gibt zumindest ein differenzierteres Bild über den Krankheitsverlauf vor und folgt nicht generell dem "orthodoxen" Muster der Krankheitsbeschreibung. Die AIDS-Hilfe gibt zu bedenken, daß nicht jeder Virus-Kontakt zwangsläufig zum nächsten gravierenden Symptom-Komplex führen muß:

"Warum erkranken viele mit dem HIV infizierte Personen überhaupt nicht, warum andere am LAS oder ARC, und warum entwickeln wieder andere AIDS im Vollbild? Auf diese Frage gibt es nur Vermutungen als Antwort - abgesehen von der Feststellung, daß eine symptomlose Infektion auch bei an deren Viruserkrankungen vorkommen kann. Jedenfalls liegt die Vermutung nahe, daß es bestimmte Bedingungen gibt, die eine Ausbildung der verschiedenen Erscheinungsformen begünstigen. Diese Bedingungen können in der Konstitution einer Person liegen, oder/und durch bestimmte Verhaltensweisen dieser Person gefördert werden. Verhaltensweisen, die das Immunsystem offenbar belasten, scheinen jedenfalls einen symptomhaften Infektionsverlauf zu begünstigen." (Mai 1987, S. 11f.)

Noch immer fehlt in der medizinischen Beobachtung des Phänomens die Ausarbeitung von Klientenanalysen und die Arbeit am Fall selbst. Ungeklärt blieb bis dato die Erue- rung dessen, wieso die Symptome zu AIDS sich in solch mannigfacherweise bei den unterschiedlichen Patientengruppen zeigen können. Durch die Berechnung der epide- miologischen Ausbreitung der Krankheit wird jedoch das vereinheitlichende Schreckensszenario der zum Tode führenden HIV-Infektion mit Hilfe von Computersi- mulationsmodellen gestützt und eine differenzierte, personenbezogene Analyse der ein- zeln Symptomaten verunmöglicht. Nicht mehr die Überwachung der Krankheit be- stimmt das Interesse der Gesundheitsbehörden; die Gesundheitspolitik zu AIDS beginnt bereits in der Überwachung der HIV-Infektion selbst. Ausgehend von den Infizier- ten-Statistiken, werden der Krankheitsverlauf und die künftigen Todesfälle berechnet. Die numerische, fiktive Realität zu AIDS wird als die empirische Realität, die nur schwer zu ergründen ist, ausgewiesen. Am Schnittpunkt beider Realitäten findet sich die lukrative Forschung zu AIDS, die nach der erzielten Hochkonjunktur mit dem "Diagnoseinstrument" HIV-AK-Test mit der Findung eines Impfstoffes auf sich warten läßt. Für die von der Infektion Betroffenen hat sich gleichzeitig eine andere, illusions- lose Perspektive eröffnet: HIV-positiv-Sein wird mit AIDS-krank-Sein assoziiert. Die ersten Symptome der Serokonversion, Glieder- und Kopfschmerzen, können fortan kei- ne Anzeichen von Grippe sein; sie werden dem hoffnungslosen Anfang von AIDS gleichgesetzt. Die Metapher der "ausgewachsenen Krankheit" (nach Sontag 1989, S. 34) schafft für Infizierte vorausahnend die zeitlich abfolgenden Symptome zu AIDS; sie gibt für jeden HIV-Positiven das "typische Lebensskript" (nach Weimer et al. 1989) vor. In letzter Konsequenz zeigt sich der Normierungsprozeß der HIV-Infektion folg- lich:

"Die Überzeugung, daß alle, die das Virus »in sich tragen«, eines Tages auch die Krankheit bekommen werden, hat die offensichtliche Konsequenz, daß Menschen, die nach dem Test HIV-positiv sind, als »Menschen mit Aids« gelten, die eben kein Aids haben - *noch* nicht. Aber das ist nur eine Frage von Zeit, wie bei jedem Todesurteil."<sup>6</sup> (Sontag 1989, S. 35)

### **3.6. Die hoch-gerechneten Zahlen zu AIDS erzeugen kollektive Werte und Symbole der Angst und Panik**

Die zu AIDS in den letzten Jahren präsentierten Hochrechnungen seitens der Epidemio- logen und die verfaßten Statistiken, die ein Spiegelbild der empirischen Realität wie- dergeben sollten, weisen bei genauerer Betrachtung Kuriositäten und Ungereimtheiten auf. Die Gefährlichkeit der Krankheit wird mit runden und in die Tausende gehenden

Höchst-Zahlen unterstrichen: *profil* schrieb vor fünf Jahren, daß im Jahre 1992 über eine halbe Million der Österreicher infiziert sein werde (vgl. *profil* 1987, Nr. 20, S. 70). In Gegenüberstellung jener Zahlen, die aus den behördlichen Statistiken vom Jahre 1992 zu entnehmen sind, kann rückblickend von einer panikerzeugenden Überbewertung der Ausbreitung der HIV-Infektion gesprochen werden. Warum aber ist es möglich, immer wieder zu solchen Zahlenwerten zu kommen? Die Epidemiologie zu AIDS arbeitet insbesondere mit zwei (nur) ihr eigenen mathematischen Regeln, die das Numerisch-Simulierte als Wahres, als Realität hinstellt:

- Die Zunahme der AIDS-Fälle wird anhand einer Wachstumskurve, die exponentiell ansteigt, aufgezeigt. Dabei werden die Fälle der letzten Jahre automatisch zu den Neuzugängen hinzugezählt: die Inzidenzrate (Rate der Neuerkrankungen) ist eine kumulative und keine temporäre.
- Der Durchseuchungsgrad einer gesamten Bevölkerungsgruppe wird mittels einer Stichprobe errechnet. Auf diese Weise wurde für die Gruppe der homosexuellen Männer eine Infektionsrate von generell 35 Prozent errechnet.

Zahlen, die mit Symbolen kombiniert werden, haben in der Menschheitsgeschichte immer wieder Assoziationen hervorgerufen. Sei es die "Glückszahl", die "heilige" Zahl oder der IQ; sie lösen in Kombination mit apokalyptischen Visionen Angst aus: Das Ozonloch, das im Jahre 2000 so und so groß sein wird; die Arbeitslosenrate, die jährlich um so und so viele Prozente steigt; die Annahme, in 20 Jahren werden die Pensions- und sonstigen Sozialleistungen nicht mehr erbracht werden können, weil es schon zu viele AIDS-Kranke geben wird u.s.f.

Die graphische Darstellung kombinierter temporärer und quantifizierbarer Meßeinheiten in Form der Wachstumskurve fand einen Vorläufer in den von der Demographie erstellten Geburts- und Sterbelisten. Die aus ihnen berechnete durchschnittliche Lebenserwartung einer Nation stand als Symbol für den Zivilisationsgrad. Thomas Malthus warnte schon im Jahre 1798 vor dem Auseinanderklaffen der demographischen Schere: Die Produktionsweise habe einen Sättigungseffekt erreicht und das Bevölkerungswachstum stünde in keinem Verhältnis zum Nahrungsangebot. Im 19. Jahrhundert eröffnete sich aufgrund der differenzierten Produktionsweisen und dem regen Beforschen von sozialer Wirklichkeit ein vielfältiger Diskurs über diverse Normalisierungs-Verfahren und Normalitätskulturen: Normalitäts-Dispositive um die Medizin und Psychiatrie konstituierten sich (vgl. Link 1990, S. 3ff.). Immer mehr der sozialen Gegenstände ließen sich in

Kurvenform darstellen; ihre kollektive Symbolik der Kosten-Nutzen-Rechnung aus den Anfängen der Demographie wurde beibehalten: Auch die Wachstumskurven zu AIDS können der großen Klammer des Fortschrittsglaubens zugezählt werden, zumal es schon Berechnungen darüber gibt, wie die künftigen Generationen mit AIDS ihr Überleben finanzieren werden.

Ein Grundmodell der Berechnungsweisen zu AIDS stellt die Pyramide dar: Das, was sich aufgrund klinischer Beobachtungen erhärten läßt, wird als die "Spitze des Eisbergs" (vgl. Baumgart 1991, S. 29) beziehungsweise der Pyramide bezeichnet. Diese sind die Fälle der registrierten Toten, Erkrankten und HIV-Infizierten. Das Fundament der, in die geometrische Figur hineingepreßten Wirklichkeit bildet die große, vermutete Zahl der unbekanntem Infektionen, die ausschließlich durch komplizierte Mittelwertanalysen berechnet wird. Die Basis der Berechnung bilden die bekannten Fälle, die als Berechnungsmodus der künftigen Ausbreitung zu AIDS herangezogen werden: In der Annahme eines bestimmten Zeitabschnittes, innerhalb dessen sich die Inzidenzrate verdoppelt, liefert die Epidemiologie horrende Zahlen über die Ausbreitung von AIDS, die keine Entsprechung in der empirischen Realität finden. Eine Epidemie liegt dann vor, wenn eine infizierte Person mehr als eine gesunde Person ansteckt. Läge die Reproduktionsrate unter dem Wert 1, so entspräche dies auch nicht den Kriterien der prognostizierten Pandemie. Zumindest das Zahlen-Konstrukt der Epidemiologen hat diese Regel erfüllt. Zu hinterfragen bleibt, aufgrund welcher zusätzlichen Spezifika die Möglichkeit besteht, aus AIDS eine Pandemie zu kreieren?

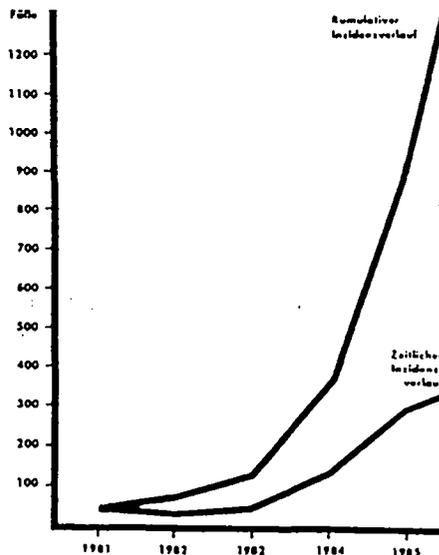
Volkmar Sigusch, Sexualwissenschaftler, nennt insbesondere zwei Formen der Vergesellschaftung von AIDS, die nur bei dieser Erkrankung angewendet werden: die MYSTIFIZIERUNG und die VERDREHUNG des Phänomens. Unter der Mystifizierung versteht Sigusch die besondere Form der temporären Zählweise von AIDS-Fällen:

"Bei keiner einzigen anderen Erkrankung wird kumulativ gezählt (...). Mächte man das zum Beispiel bei den Verkehrstoten, dann wären wir heute, die Statistik gibt es seit 1950, bei über 500 000 Verkehrstoten (betreffend die ehemalige BRD, Anm. d. V.). Daran sieht man die mystifizierende Wirkung der kumulativen Berechnung." (Sigusch 1990, S. 117)

Von Verdrehung im Zusammenhang von AIDS kann gesprochen werden, wenn aufgrund der kumulativ berechneten Infektionsrate die Krankheit zu einem Massenphänomen aufpoliert wird, obwohl die Zahl der bekannten Fälle ungleich bedeutungsloser erscheint, als die anderer Krankheiten:

"An der als besiegt geltenden Tuberkulose, einer anderen Infektionskrankheit, sterben bei uns pro Jahr 2000 Menschen. An AIDS, und das ist schrecklich genug, sind im letzten Jahr 257 Menschen gestorben (die ehemalige BRD betreffend, Anm. d. V.). An den Auswirkungen der sogenannten Pille (...) sterben deutlich mehr Frauen im jungen Alter als an der HIV-Infektion (...). Bei uns (...) sterben pro Jahr Hunderttausende an Herzversagen, Karzinomen, den Auswirkungen von Alkohol, Nikotin und anderen Drogen, versuchen Hunderttausende, sich das Leben zu nehmen." (Sigusch 1990, S. 116)

Dennoch wurde AIDS zum Problem Nr. 1 der Medizin hochstilisiert. In Gegenüberstellung dessen, wie viele Kinder und Erwachsene jährlich an Unterernährung, an Malaria und Lepra, heutzutage noch in Afrika sterben, nimmt sich AIDS wie eine Nebensächlichlichkeit aus. Obwohl die Zahl der an der Krankheit Verstorbenen vergleichsweise äußerst gering zu jenen anderer Krankheiten – besonders zu den gesellschaftlich tolerierten – ist, so läßt sich mit den zu AIDS prognostizierten Zahlen die (unbegründete) Panik vor der künstlichen Epidemie erzeugen. Clement bezeichnet die Statistiken zu AIDS als "Lehrbeispiele" zur "Manipulation von Zahlen, ohne daß man sie direkt fälschen muß" (vgl. Clement 1986, S. 38).



Aufgrund der kumulativen Zählweise der AIDS-Fälle ist die Tendenz automatisch steigend, auch wenn die jährlichen Zugänge stagnieren. Damit wurde in der Epidemiologie zu AIDS die Konvention der Dokumentierung von Krankheit gebrochen. In die Zahlenreihe der Neuzugänge werden auch die bereits Verstorbenen aufgenommen, da sie entsprechend der Regel der Kumulierung mitgezählt werden. Dadurch werden alle Personen, die bereits an AIDS verstorben sind, automatisch bei der Errechnung der Prävalenzrate im darauffolgenden Jahr hinzugezählt und beeinflussen aufgrund der spezifischen Berechnungsweise zur Gänze den Anstieg der Erkrankung, wie es anhand

dieser Graphik ersichtlich ist. Zahlenbeispiele zu AIDS werden zumeist vage und mit großen Spannen von Tausender- und Zehntausenderwerten angekündigt. So schrieb das Nachrichtenmagazin *profil*, das von einem Verdoppelungsparameter der Neuerkrankungen im Abstand von zehn Monaten ausging:

"Aus diesen Fakten läßt sich hochrechnen, daß in fünf Jahren rund 6 400 Österreicher an Aids erkrankt oder verstorben sein werden und ungefähr 640 000 – fast zehn Prozent der gesamten Bevölkerung – den Erreger in sich tragen werden." (*profil* 1987, Nr. 20, S. 71)

Auf den ersten Blick fällt zu der Zahlenkette von Verstorbenen- und Infiziertenrate auf, daß bei der Zahlenvergrößerungstechnik mit Zehnerpotenzen gearbeitet wird: der lineare Anstieg der Infiziertenrate, der auf das Hundertfache der angenommenen Größe der Erkrankten beziehungsweise Toten zurückgeht, läßt die Schätzung, mehr als eine halbe Million der Österreicher werde im Jahre 1992 infiziert sein, unumstößlich dastehen. Als das Jahr der finsternen Prognose dann wirklich eingetreten war, verlautete der Österreichische Rundfunk folgende Daten am WORLD-AIDS-DAY, dem 1. Dez. 1992: Bundesweit weiß man von 847 HIV-Positiven, deren Serostatus durch Testverfahren als abgesichert gilt; insgesamt 519 Personen sind seit dem Auftreten der Krankheit in Österreich verstorben. Diese Ergebnisse stützen sich auf jene Daten, die die Österreichische AIDS-Hilfe und die Krankenhäuser, die zumeist illegale Reihentestungen durchgeführt haben, an das Gesundheitsministerium weitergeleitet haben. Nun könnte aber aufgrund dieser "geringen" Anzahl der Fälle vermutet werden, daß sich ja unter der sichtbaren "Spitze des Eisbergs" die "wahre" Anzahl der HIV-Infektionen doch um die Halb-Millionenmarke bewegen könnte. Natürlich ist anzunehmen, daß die auf freiwilliger Testung beruhenden Werte der AIDS-Hilfe, und jener aus den Krankenhäusern, nicht die gesamte Realität treffen können. Dennoch ist es interessant, die vom Jahre 1987 geschätzte Zahl für das Jahr 1992 mit der geschätzten Zahl vom Jahre 1992 selbst zu vergleichen: Dr. Möse (ehemals Vorstand des Hygieneinstituts in Graz) schätzt die Infizierten-Rate auf 10 000 Fälle ein (vgl. Möse 1992, S. 26). So liegt der letzte Schätzwert um ein etwa 60-faches unter dem vor fünf Jahren und bestätigt, bezogen auf die österreichische Bevölkerung, keineswegs den prognostizierten "Flächenbrand".

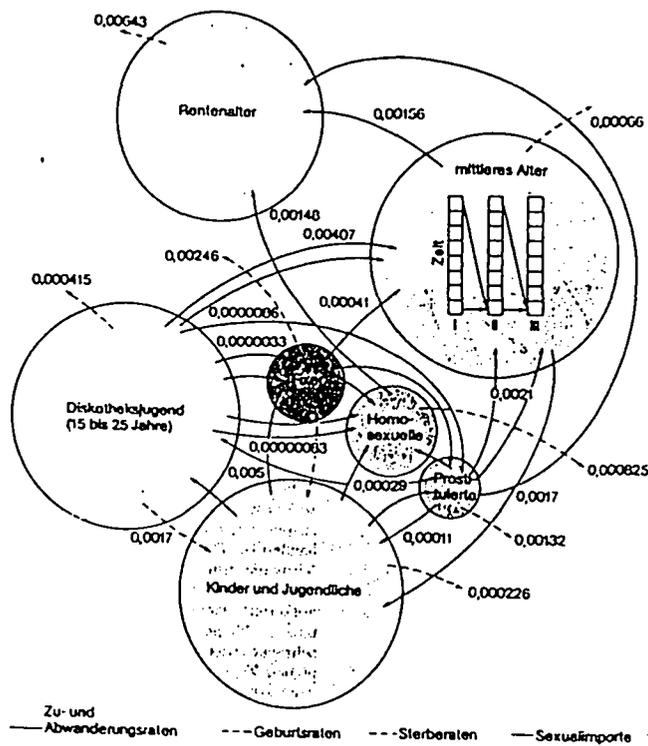
Doch die "Magie" der Zahlen bei AIDS hat schon das hervorgebracht, was durch das Postulat der Epidemiologie simulierend vorgegeben wurde: Der Diskurs zu AIDS weist eine lange Kette von Zahlen auf, die eine kollektive Wertsymbolik darstellen, die in der Lage ist, die je subjektive Angst und Panik vor der Krankheit zu fördern. Wer fürchtet sich nicht, wenn etwa 80 Prozent der AIDS-Patienten sterben werden, wenn die durchschnittliche Überlebenszeit 400 Tage beträgt und die Randgruppen, wie Koch et al. (1987) annehmen, zu 90 Prozent HIV-positiv sind? Statistik und Epidemiologie zu AIDS zeigen sich als Spiegel einer undifferenzierten medizinischen Forschung: Die verabsäumte Unterscheidung zwischen Infizierten und Kranken entäußert sich in der numerischen Realität der kumulierten Wachstumskurve. Jeder Infizierte, der dem Tode geweiht wird, findet sich statistisch schon neben den Verstorbenen. Die AIDS-

spezifischen Berechnungsmodi sowie die stete Erweiterung der Krankheitsbilder im Rahmen der AIDS-Definitionen lassen die prognostizierte Pandemie Wirklichkeit werden.

### **3.7. Die Epidemiologie arbeitet mit Simulationsmodellen: Die sexuelle Interaktion der Bevölkerung wird digitalisiert**

Dieter Dörner, (bundes)deutscher Virologe, konzipierte das BAMBERGER SIMULATIONSMODELL, ein System komplexer Datensätze, das die Ausbreitung der Krankheit innerhalb der Gesamtpopulation einer fiktiven Großstadt veranschaulichen soll. Die Gesamtpopulation wurde in sieben Untergruppen geteilt: in alle Randgruppenträger zu AIDS, ferner Jugendliche, Heterosexuelle mittleren Alters und Rentner. Das Modell soll eine Basis für die jeweiligen Inzidenzraten (Neuzugänge) innerhalb der einzelnen Gruppen sowie die angenommenen, von einer Gruppe zur anderen übergreifenden Infektionskontakte, stellvertretend für die "Realität" am Bildschirm simulieren. Das Computer-Modell berechnet genauso die Ausbreitung des HI-Virus, den jeweiligen Erkrankungsstatus und die Todesfälle zu AIDS innerhalb der "stabilen und widerspruchsfreien" - jedoch fiktiven - Bevölkerung (vgl. Koch et al. 1987, S. 47).

Im Rohmodell wurde der sog. "Null-Lauf" durchgeführt, in welchem von einer "ungehemmten Ausbreitung" des Virus ausgegangen wurde. Exogene Faktoren, wie Prävention, Schutz und medizinische Therapie zu AIDS blieben unberücksichtigt. Die Resultate dieses experimentellen Unterfangens wurden in demonstrativen Kreisobjekten (den Subgruppen) mit den dazugehörenden Sterbe- und Geburtenraten sowie der Zu- und Abwanderung aus den einzelnen Gruppen über die Parameter der sexuellen Interaktion und sonstiger sozialer Kontakte berechnet. Das simulierte Großstadt-Soziogramm enthielt ferner für jede der (Alters)Gruppen unterschiedliche Formen des Sterbens. Das Ergebnis dieses Null-Laufes beinhaltet die Kernaussage, daß mit dem Jahre 1988 innerhalb der sogenannten "primären Risikogruppen" der Homosexuellen ein "Sättigungseffekt" eintreten, dafür aber innerhalb der heterosexuellen Bevölkerung die Infektions- und Erkrankungsrate drastisch zunehmen werde. Dieses Modell wurde insbesondere wegen seiner Variationsmöglichkeiten, die durch die Aktualisierung neuer Daten am Computer leicht eingebracht werden können, als ein gelungenes Mittel zur Einflußnahme bei Fragen der Intervention im Rahmen der Gesundheitspolitik zu AIDS erachtet. Die am Bildschirm simulierte "Seuchenbewegung" soll die soziale und sexuelle Interaktion unter den Bevölkerungsgruppen nachvollziehbar gestalten.

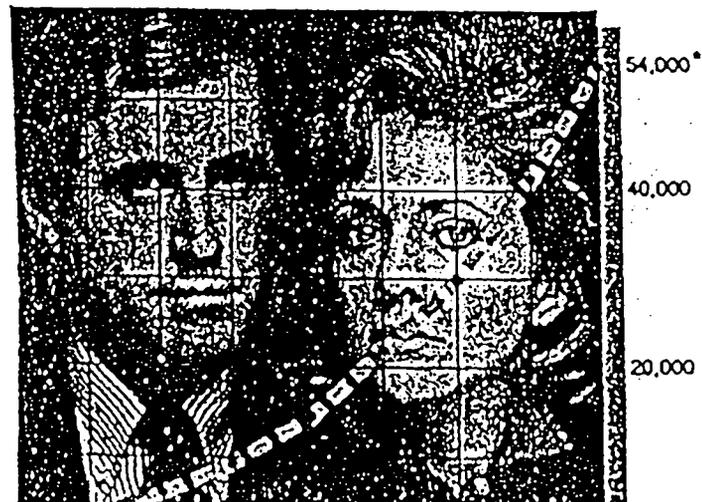
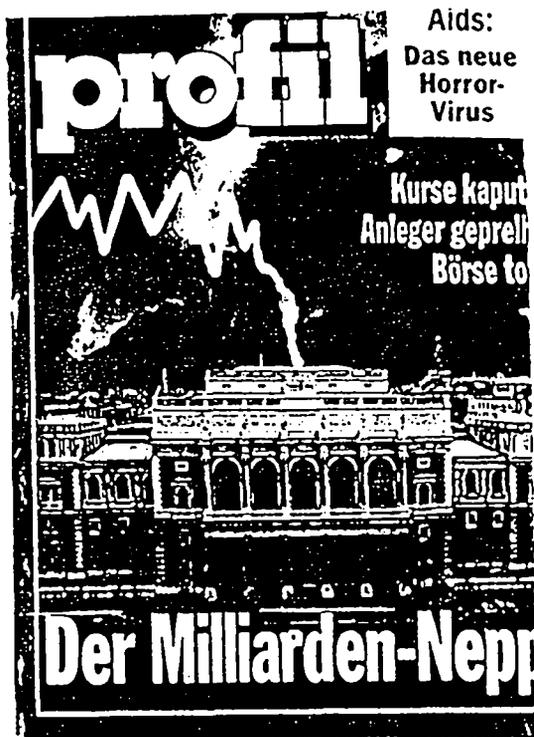


Gleichzeitig eigne es sich als probates Mittel der Überwachung von zwischenmenschlichen Verkehrsformen. Um das Fundament der ersten Daten zur Infektion komplettieren zu können, sollte sich bestenfalls die Gesamtbevölkerung testen lassen. Die Beobachtung der Jugendlichen, die als künftige Infektionsträger die Reproduktion der Gesellschaft unterbinden könnten, sind für die Virologen von besonderem Interesse:

"Aids trifft ja hauptsächlich die jüngere Generation. Infolgedessen werden sich bereits bei relativ geringer prozentualer Verseuchung der Gesamtpopulation die Altersstrukturen zuungunsten sowohl der fortpflanzungsfähigen als auch der arbeitsfähigen Bevölkerung verschieben. Die Konsequenzen für unser soziales Netz, etwa zunehmende Schwierigkeiten beim Aufbringen der erwarteten Wohlfahrts- und Sozialleistungen, liegen auf der Hand. Das Simulationsmodell verdeutlicht diese Effekte und ermöglicht es, ihre Größenordnung in Abhängigkeit von bestimmten Parametern abzuschätzen." (Koch et al. 1987, S. 47f.).

Das öffentlichkeitswirksame Simulationsmodell von Dieter Dörner hat auf die Gesundheitspolitik zu AIDS entscheidenden Einfluß genommen: In den Mittelpunkt der Aufklärung und Prävention war die große Zielgruppe der Heterosexuellen getreten. "AIDS geht uns alle an!" war zum zentralen Motto der (ehemals) bundesdeutschen Gesundheitsministerin Süßmuth geworden, und die Testung außerhalb der Randgruppen nahm drastisch zu. So hat sich auch die Diskursivierung zu AIDS geändert: Als besonders gefährdet im Hinblick auf eine HIV-Infektion sind jene Heterosexuellen erachtet worden, die Randgruppenbezüge haben. Für Jugendliche ist insbesondere der Kontakt zur IV-Drogenszene als gefährlich veranschlagt worden, ferner der Kontakt heterosexueller Frauen zu bisexuellen Männern als auch der Umstand, daß heterosexuelle Männer Prostituierte aufsuchen. Die Angst um den "Seitensprung" hat mit AIDS seine Entsprechung im Geständnis um die eigene sexuelle Biographie durch das probate Mittel des HIV-Antikörpertests gefunden.

AIDS war zum Thema für die "Allgemeinbevölkerung" geworden. Nachrichtenmagazine veröffentlichten gerne Bilder von heterosexuellen Paaren, in deren Vordergrund sich mahnend die exponentiell ansteigende Wachstumskurve der HIV-Inzidenzrate emporwand. Die Mahnung, künftig würden die Heterosexuellen sterben, fungierte als kollektives Symbol, transportiert durch das allgemeinverständliche Symbol der Wachstumskurve, die ihre Wert-Symbolik im ökonomischen Tausch - hier dem Zerfall - zeigt. Die Verbindung von Ökonomie und Sozialität findet im Zusammenhang mit der prophezeiten Pandemie AIDS des öfteren in den Medien unbewußte Korrelationen: Beispielsweise zeigte das Nachrichtenmagazin *profil*, anlässlich der Entdeckung einer neuen Version des HI-Virus, auf der Titelseite ein Abbild der aufeinander verweisenden Symbolik von Gesundheit und Profit beziehungsweise ihrem Gegenstück, der Krankheit und dem Zerfall.



Auf den ersten Blick wird ersichtlich, daß die Wiener Börse durch den in sie einschlagenden "ATX-Blitz"<sup>7)</sup> nur zwei Referenzpunkte hat, die den "Milliarden-Nepp" erklärbar machen: das "neue Horrorvirus" und die "geprellten Anleger", weil die Börsenkurse "kaputt" sind (vgl. *profil* 1992, Nr. 31, Titelblatt). Anlässlich einer Fehlspekulation (die in keinem direkten Zusammenhang mit AIDS-Aktien steht) war die Börse ins

Wanken geraten. Doch in welcher Beziehung stehen nun das "AIDS-Virus" und der ATX zueinander? Auf der unbewußten Ebene mag der Profit, der innerhalb der AIDS-Forschung erzielt wird, einen Hinweis darauf geben, daß es höchst an der Zeit ist, ein neues Virus zu finden, zumal so die Kurse der an der Forschung beteiligten Pharmakonzerne wieder steigen können. Ob AIDS alleine das Dilemma an der Börse stabilisieren helfen kann? Die Immuno-Aktien stiegen jedenfalls rapide an, als im März 1989 die Erprobung eines Impfstoffes am Tiermodell ansatzweise gelungen war. Mit dem "Bluter-Skandal" im Sommer 1992 – zu jener Zeit also, in welcher das Titelblatt erschien – gingen die Aktien drastisch zurück.

Mit diesen Bemerkungen ist es mir ein Anliegen, auf die Symbolik mathematischer Modelle, Kurven und Computermodelle im Zusammenhang mit AIDS aufmerksam zu machen. Die reale Wertlogik um den ökonomischen Weiterbestand einer Gesellschaft sowie ihr Gegenstück, der Zerfall, werden m.E. durch beide Wachstumskurven verdeutlicht: Sowohl die exponentiell ansteigende zu AIDS bei den Heterosexuellen als auch der fallende Börsenkurs markieren das Thema "Wende". Das Symbol der Börse, das in seiner doppelten Besetzung von Macht und Rezession im Gewitter der Fehlspekulation untergeht, korrespondiert mit der "Festung" der gesellschaftlichen Reproduktion, dem heterosexuellen Paar.

Das von Dieter Dörner konzipierte Simulationsmodell schafft eine digitalisierte Wirklichkeit zur Ausbreitung der Infektionskrankheit, wie sie in der Realität nicht sein kann. Auch wenn die ganze Bevölkerung durchgetestet werden würde, könnten die Ergebnisse aufgrund der unterschiedlich langen Inkubationszeiten, dem Ausbleiben der Krankheit bei vielen Seropositiven, der möglichen Falschtestung und dem Phänomen des TIME-LAG (das Testergebnis hat seine Gültigkeit nur dann, wenn während der Zeitspanne der Anti-Körperbildung von bis zu drei Monaten kein zusätzlicher Risikokontakt stattgefunden hat – siehe insbesondere Kap. 7.1.) niemals als letztlich gültige erachtet werden. Das Simulationsmodell nährt jedoch die Vorstellung der Überwachungsmöglichkeit von zwischenmenschlichen und gruppenübergreifenden Sexualkontakten. Die "Macht" der Zahlen ist zu Zeiten der Vernetzung und ihrer Simulation am Computer auf alle Fälle eine größere geworden, als sie es noch zu Zeiten der orthodoxen Wachstumskurve war. Denn die per Simulationsläufen errechneten Trends unterschiedlicher sozialer Lebenszusammenhänge werden als Wirklichkeit hingestellt. Dazu meint Koch: "Ein komplexes Geflecht von Zusammenhängen läßt sich noch am ehesten durch einen Computer entwirren." (Koch 1987, S. 48) Vielleicht ist es nicht dem Zufall zu überantworten, daß auf den Artikel von Koch über die "Pandemie" zu AIDS im "Spektrum der Wissen-

schaft" ein Artikel folgt, der sich mit Computerprogrammen für Börsenspekulationen befaßt: Auch dem DOW JONES kann man sich simulativ am Bildschirm nähern, indem das Programm für "künftige Millionäre" spielerisch angeeignet wird.<sup>8)</sup> Die konkrete Anwendung des Programms dürfte genauso gewinnversprechend sein, wie das, durch die Epidemiologie digitalisierte "Simulakrum" der "Pandemie" AIDS. Der im Zusammenhang mit der Impfstoffsuche kolportierte "Wettlauf mit dem Tod" hat jedenfalls die Aktien der Pharmakonzerne Burroughs Wellcome, Hoffmann-la-Roche und Astra merklich ansteigen lassen.

#### 4. Zu den "Ursprungsmythen" von AIDS

##### Einleitung:

Die Geschichte der Infektionskrankheiten hat gelehrt, daß die Suche nach einer Krankheitsursache einhergeht mit der Frage, an welchem Ort oder Gebiet die vorerst unbezwingbare Krankheit ihren Ausgang genommen hat. Die Antworten, die seitens der Medizin gefunden worden sind, blieben nie ohne Folgen für die vom Krankheitsphänomen Betroffenen, denn mit dem Finden von schuldigen Orten wurde auch der Versuch unternommen, die Kranken selbst anhand ihrer lasterhaften und krankheitsverursachenden Überschreitungen nach den gebotenen sozialen und moralischen Normen zu kategorisieren. Die Geschichte der Infektionskrankheiten hat aber auch gelehrt, daß eine tödlich verlaufende Krankheit nicht von jenem Land ihren Ausgang genommen haben muß, in welchem sie auch zum ersten Male als Phänomen bekannt geworden ist. Am Beispiel der Syphilis läßt sich exemplarisch nachzeichnen, welche Ursprungsorte dem europaweiten Phänomen zuerkannt wurden, um so das eigene Land, das von der schweren Krankheit betroffen war, moralisch zu entlasten:

Als die Syphilis in ganz Europa virulent war, bezichtigte das jeweilige, von der Krankheit betroffene Land sein Nachbarland als die Wiege der "lasterhaften Krankheit"; die unterschiedlichen Namensgebungen für die Syphilis geben gleichzeitig ein Abbild der politischen und durch Kriege bedingten Verhältnisse zu den feindlichen Nachbarstaaten: In England hieß die Syphilis "morbus gallicus", in Frankreich "neapolitanisches Übel", in Italien umgekehrterweise "mal francese" wie auch in Deutschland und Österreich "französische Krankheit".

Nachdem die Syphilis Mitte des 19. Jahrhunderts das Stadium der vorwissenschaftlichen Beforschung verlassen hatte und durch ihre genaue Beobachtung in Krankheitsstadien eingeteilt werden konnte, verlagerte sich auch ihr Herkunftsgebiet. Fortan war sie in keinem europäischen Land erstmals ausgebrochen, sondern kam von weit her, aus Südamerika, von wo sie eingeschleppt wurde. Als der Leipziger Arzt Karl Sudhoff (1853-1938) aufgrund seiner quellenhistorischen Studien zum Ergebnis kam, daß die Syphilis nicht erst durch die Seeleute des Kolumbus Verbreitung fand, sondern schon zuvor in Europa beheimatet gewesen war, regte diese These wiederum mit dem Aufkommen präziserer, medizinischer Instrumente zu ihrer Widerlegung an: Ludwig Aschoff untersuchte jahrhundertealte Knochenfunde aus Südamerika mit Hilfe des Mikroskops und

fertigte Röntgenbilder an. Damit wollte er beweisen, daß die Syphilis auch schon vor der Invasion der europäischen Kolonisatoren auf dem "Neuen Kontinent" beheimatet gewesen war. Schlußendlich durfte Europa als Mittelpunkt der Zivilisation auch nicht das Herkunftsgebiet einer Geschlechtskrankheit sein. Die ursprüngliche Entstehung des Syphiliserregers "Treponema pallida" wurde einem Tier überantwortet: Das Lama, dessen Begattung der menschlichen Hilfe bedarf, habe den gefährlichen Erreger zuerst auf die heimischen Bauern übertragen, die ihn wiederum durch Vermischung an die Europäer weitergegeben hätten (vgl. Illustrierte Geschichte der Medizin 1981, S. 1509ff.)

Bis zum heutigen Zeitpunkt konnte die Herkunft der Syphilis nicht geklärt werden. Wohl aber kann vermerkt werden, daß mit dem Aufkommen des ersten wirksamen Theapeutikums – dem Salvarsan – die Frage nach dem schuldigen Verursacherland mit all den davon abhängenden Mythenbildungen größtenteils schwand. Die Geschichte der Syphilis bezüglich ihrer Herkunft – ob aus Neapel oder dem fernen Südamerika – ähnelt in vielen Punkten den divergierenden Auffassungen über die Herkunft des HIV-Virus, das AIDS verursacht bzw. verursachen soll. Als AIDS in den USA als "GRID", etwas später als Randgruppenphänomen und Mitte der achtziger Jahre als Krankheit für alle Menschen beschrieben worden war, verlagerten sich die Thesen um die Herkunft der gefährlichen Krankheit auf einen anderen Kontinent: Aus Afrika sei das maliziöse Virus über weitverzweigte Einwanderungsströme zuerst auf Amerika und dann auf Europa und den Fernen Osten übertragen worden. Entweder wurde es durch die afrikanischen Meerkatzen oder durch sein Vorhandensein als Endemie in Afrika weitergegeben. M.E. gibt es vier wichtige, divergierende Herkunftsmythen zu HIV. Jede der vier Thesen ist in sich abgeschlossen und bietet nur geringe Möglichkeiten der Kritik. Sie folgen alle dem Gesetz der Plausibilität mit einem linearen Ausbreitungsmodell zu AIDS:

- Die vom Biologenehepaar Jakob und Lilli Segal furoremachende These, HIV sei im Zuge der biologischen Kampfaffenforschung als nicht einschätzbare Abfallprodukt an Gefängnisinsassen erprobt worden, besitzt moralische und politische Sprengkraft. Sie steht im Gegensatz zur gängigen Annahme, AIDS habe es schon vor Jahrzehnten in Afrika gegeben. Nicht der Sextourismus und sexuelle Riten aus Afrika führten zur Verarbeitung des Virus, sondern seine synthetische Herstellung in einem Labor der US-Kriegsforschung. Segals Thesen zu AIDS gleichen einer langen Indizienkette plausibler und in sich kongruenter Beweisfacetten, die sich der Laienkritik öffnen. Rudolf Burger bemängelte zu recht ihre "konjunktive Verknüpfung" (vgl. Burger 1987, S. 6) und meinte, die

konstatierte Plausibilität alleine könne nicht als Beweis einer These fungieren: Wo beispielsweise sind die Laboranten und Testpersonen geblieben, die sich nach passierter Unmoral an die Öffentlichkeit gewendet hätten?

- Ähnlich der Syphilis soll es auch bei AIDS ein Tier gewesen sein, das das Virus auf Menschen übertragen habe. Die Grünen Affen bzw. Meerkatzen Afrikas, die ein HIV-verwandtes Virus in sich getragen haben, hätten dieses an afrikanische Jäger weitergegeben. Die daraus folgende Verbreitung des Virus sei aufgrund der sexuellen Riten, bei welchen Affenblut als Stimulanzmittel injiziert wird, ermöglicht worden. Die Affentheorie und die Annahme der Riten symbolisieren in doppelter Weise den Mythos um die "animalische Sexualität" in Afrika.
- Wiederum eine andere These besagt, daß das Virus aufgrund eines gentechnologischen Unfalls der Kontrolle des Laborpersonals entglitten ist: Im Experimentieren an Primaten sei es zu Mutationen und ergo zum gefährlichen Endprodukt HIV gekommen. Im Gegensatz zur naturalistischen Meerkatzen-Theorie konkretisiert sich hierin die Dialektik von Naturbeherrschung – die scheinbar kontrollierte "Natur" im Labor schlägt in ihr Gegenteil, in Unkontrollierbarkeit, um.
- Die von mir zuletzt angeführte These, AIDS habe es als Vorform schon vor Jahrzehnten in afrikanischen Dorfgemeinschaften gegeben, vertritt in etwa der MAINSTREAM der Forschung zu AIDS. Das Virus habe sich von da an durch den Sextourismus weltweit verbreitet. Daß AIDS erstmals in den USA diagnostiziert wurde, hängt nicht mit seinem unbedingten dortigen Ursprung zusammen, sondern mit dem hohen medizinischen Standard, der den Nachweis des Virus ermöglicht habe. Durch die größtenteils angewendete chemische Verhütungspraxis in den westlichen Ländern konnte sich HIV ungehindert ausbreiten.

Zusammenfassend lassen sich aufgrund der unterschiedlichen Ursprungstheorien zwei divergierende Viren-Linien nachzeichnen: Sowohl die Annahme, daß AIDS seinen Ursprung in Afrika (als endemische Krankheit) genommen habe als auch die Theorie, seine Herstellung wäre in einem Labor synthetisch erfolgt, sind Konstruktionen eines linearen Ausbreitungsmodelles zu Krankheit. Entweder wurde das Virus in Afrika von einer Person auf die andere weitergegeben, oder die Gefängnisinsassen und Laboranten in den USA hätten zu seiner explosionsartigen Verbreitung beigetragen.

Die Beschreibung der Ausbreitung des Virus ähnelt auch der Umschreibung der Wirkungsweise des Virus im menschlichen Körper: Ein einziges Virus dringt in den Körper ein, polt ihn nach seinem Gutdünken um und tötet ihn zuletzt. Extrakorporal betrachtet habe sich HIV, ausgehend von einem bestimmten Ort, weltweit vernetzt und bedroht nun den Weiterbestand der Menschheit. M. E. bietet keine der Ursprungsthesen eine befriedigende Antwort auf die Entstehung der Krankheit. Auch kann ich keine Präferenz für eine bestimmte These aussprechen. Mit den Worten von Ludwik Fleck will ich aber betonen, daß eine biologistisch materialistische Auffassung zur Wirkungsweise von Viren sowie ihre angenommene skizzierbare Übertragung von einer Person auf die nächste und über ganze Kontinente hinweg, einer Revision bedarf. Das, was Fleck über die Syphilis als ansteckende Krankheit geschrieben hat, gilt m.E. auch für AIDS und den momentanen Forschungsstand:

"So lernen und lehren wir heute sehr wenig oder nichts über die Abhängigkeit der Syphilis vom Klima, der Jahreszeit und allgemeiner Konstitution der Kranken, während in den alten Schriften viele diesbezüglichen Beobachtungen zu finden sind. Mit der Umwandlung des Syphilisbegriffes entstanden aber neue Probleme und neue Wissensgebiete, so daß eigentlich gar nichts abgeschlossen wurde." (Fleck 1980, S. 29)

Die Wissensgebiete der Virologie und Medizin haben durch AIDS ihre Weiterentwicklung erfahren; weniger aufgrund der Erfahrungen mit der Krankheit als durch die Weiterentwicklung der Denkstil-bezogenen Forschung selbst.

#### **4.1. Jakob und Lilli Segal:**

##### **4.1.1. HIV ist ein Abfallprodukt der Erzeugung biochemischer Kampfwaffen aus den USA**

Die Biologen haben der Entstehung von HIV Zeit und Ort verliehen: Im Jahre 1979 soll das künstlich hergestellte Virus aus dem militärischen Forschungslabor Fort Detrick, Maryland (USA), unter die Zivilbevölkerung gekommen sein. Fort Detrick, seit dem Jahre 1977 zum Zwecke genetischer Manipulationen an gefährlichen Krankheitskeimen eingerichtet, entließ HIV als "ziviles" Produkt. In seiner unmittelbaren Nähe, in New York, waren auch die ersten AIDS-Fälle bekannt geworden. Die These, AIDS sei ein experimentelles Produkt, entwickelt im Auftrage des Pentagon, wurde bald von der medialen und fachinternen Öffentlichkeit der übersteigerten Phantasie – Kategorie Spionagethriller – sowie der Unwissenschaftlichkeit geziehen:

Die Theoriebildung gleicht dem Drehbuch eines James-Bond-Films, das die skrupellosen Forscher im Bereich der biologischen Kriegsführung ihrer "Verbrechen" überführen möchte. Ferner wird von den Kritikern der Segal'schen These bemängelt, daß zum damaligen Zeitpunkt die synthetische Herstellung von HIV aufgrund des Forschungsniveaus noch nicht möglich gewesen sei. Die These der Segals konnte bis dato weder verifiziert werden noch gelang es, sie beweisführend zu demontieren. Bezüglich des Disputs über die einzelnen Herkunftsgeschichten zu AIDS nimmt sie jedoch noch immer eine zentrale Stellung ein – entweder in ihrer fachspezifischen Negation oder in ihrer Betonung als "Verschwörungstheorie"–, die, bedingt durch das de facto vorhandene militärische Kontrollprogramm über die gesamte Weltbevölkerung, Aktualität haben kann.

Für Segals steht außer Zweifel, daß die ersten AIDS-Fälle in New York aufgetreten sind, und von da aus wurde die Krankheit nach Kalifornien und die Strandmetropolen Floridas ausgeweitet. Die ersten Erkrankungsfälle sind die analoge Verknüpfung der seit langem bestehenden Pläne des Pentagon (seit 1969) zur Erzeugung bösartiger Virusformen für Kriegseinsätze. Innerhalb der gentechnologischen Forschung, die intensiv mit militärischen Forschungseinrichtungen zusammenarbeitet, wurde ab diesem Zeitpunkt kontinuierlich an der Kombination maliziöser Viren und ihrer Isolation gearbeitet. Das Kunstprodukt HIV wurde nicht absichtlich unter die Bevölkerung gebracht, sondern vorerst an testwilligen Gefängnisinsassen erprobt. Beim Überleben der verabreichten Testreihe an HI-Viren durften die, zumeist zu lebenslanger Haft Verurteilten vorzeitig das Gefängnis verlassen. Das Virus wurde hauptsächlich an homosexuelle und IV-drogensüchtige Häftlinge verabreicht. Da Fort Detrick in der Nähe von New York angesiedelt ist, lag das "Untertauchen" der, mit dem Virus Infizierten in die Metropole nahe. Ihre Entlassung bei Symptommfreiheit bestätigt nur die Ätiologie von AIDS, derzufolge in den ersten Monaten der Infektion mit dem Virus keine AIDS-spezifischen Krankheitsbilder auftreten. In New York selbst gingen die Ex-Häftlinge ihren, vom Gefängnis geprägten Lebensweisen nach – sie verkehrten im homosexuellen Milieu oder in der Drogenszene. Entsprechend den bekannten Übertragungswegen des Virus trat es von dort aus seine kontinentale "Reise" an: Ein Jahr später zeigte sich das Phänomen AIDS in San Francisco und 18 Monate danach in Chicago. Als die Forschung mit den Krankheitsbildern des Immunschwächesyndroms vertrauter geworden war, erinnerte man sich der Übereinstimmung der Symptommatiken mit den ersten Erkrankungsfällen in New York vom Jahre 1979 (vgl. J. Segal u. L. Segal 1987a, S. 9ff.).

Homosexuelle Männer sollen das Virus erstmals nach West-Europa, wo AIDS 1981 diagnostiziert wurde, gebracht haben. Eine zusätzliche und umso gravierendere Verbreitungsquelle bildete der Export von US-Blutkonserven in andere Kontinente. So trat das Virus bald in Japan auf, wo 85 Prozent der Blutprodukte aus den USA importiert werden müssen. In Süd-Afrika konnten die spezifischen Antikörper anfangs nur bei weißen Homosexuellen festgestellt werden, die zuvor "die USA besucht hatten." Die Länder Zentralafrikas, die schon seit Jahrzehnten aufgrund der dort erblich bedingten Sichelzellanämie (Blutarmut, die, im Gegensatz zur Bluterkrankheit, beide Geschlechter betrifft) auf Blutprodukte aus den USA angewiesen sind, erlangten bald eine hohe Durchseuchungsrate: "Dank des technischen Fortschrittes und der heutigen schnellen Verkehrsmittel wurde die Seuche durch Touristen und durch pharmazeutische Produkte in etwa zwei Jahren auf allen Kontinenten verabreicht." (Segal 1987b, S. 20)

#### **4.1.2. AIDS hat seinen Ursprung nicht in Afrika genommen**

Gegen die "Ursprungsthese Afrika" sprechen stichhaltige Argumente: Das Institut Pasteur, das über Jahrzehnte Blutproben der afrikanischen Bevölkerung untersuchte, hat AIDS erstmals im Jahre 1983 registriert. Wäre die Krankheit ursächlich in Afrika beheimatet gewesen, so würde dies der späteren, länderspezifischen Ausbreitungsweise von AIDS widersprechen, zumal Afrika immer sehr stark an den europäischen Kontinent gebunden war:

"Wenn, wie behauptet wird, die Krankheit schon in Afrika heimisch war, wieso ist sie dann nicht von dort aus nach Frankreich, Belgien und England verschleppt worden? (...) Noch heute halten sich französische, belgische und portugiesische Lehrer, Techniker und Soldaten in Zentralafrika auf. Keiner von ihnen hat das Virus nach Frankreich, Belgien oder Portugal gebracht, aber ein Haitianer oder ein Amerikaner soll es 1978 zielgerecht ausschließlich nach New York befördert haben!" (Segal 1987b, S. 25f.)

Auch aus immunologischer Sicht könne das Virus nicht aus Afrika gekommen sein, weil die Menschen dort eine "natürliche Resistenz" gegen endemische Krankheiten entwickelt hätten und das Immunsystem in der Lage sein müßte, deren Keime und Viren rechtzeitig zu decodieren und abzuwehren. Gleich dem Grippevirus aber könne ein unbekanntes Virus – hier das HIV – Seuchen hervorrufen. Ein weiteres Argument, das gegen Afrika als Ursprungsort von AIDS spricht, erklären Segals anhand der Gruppenspezifität der Krankheit: Jene zentralafrikanischen Länder, die als Paradebeispiele hoher Durchseuchung immer wieder in den westlichen Medien angeführt werden – wie Zaire, Tansania, Malawi –, weisen nicht dieselben gruppenbezogenen Infektionsraten wie in den USA oder in Europa auf. In Afrika ist die Krankheit auf beide Geschlechter relativ

gleichmäßig verteilt, wohingegen sie in den USA und Europa ihren Ausbruch größtenteils unter Homosexuellen und den IV-Drogenbenutzern nahm: Die von den US-Hospitälern verabreichten Blutproben betrafen Frauen, Männer und Neugeborene in gleichem Ausmaß. Daß die Anzahl der Infizierten und Erkrankten in Afrika sehr hoch ist, erkläre sich zusätzlich durch soziale und umweltbedingte Faktoren: Mangelnde hygienische Verhältnisse, Unterernährung mit einhergehendem Eiweißmangel, das Nochvorhandensein der Malaria und Tuberkulose, schwächen insbesondere das Immunsystem von Säuglingen und Kindern. Oft sterben die Menschen in den zentralafrikanischen Ländern schon im Prä-AIDS-Stadium, noch vor dem Ausbruch des Vollbildes.

Die "Food and Drug Administration" (FDA) der USA konnten erst ab dem Jahre 1984 mit der Entwicklung des HIV-Antikörpertests ihre Blutkonserven testen. Bis zu diesem Zeitpunkt hatten die exportierten Präparate einen großen Teil der Weltbevölkerung infiziert. Segals nehmen aber zusätzlich an, daß insbesondere in die Länder der Dritten Welt sog. "hochveredelte" Blutkonserven auch nach verordneter Testpflicht zu "Dumpingpreisen" verkauft wurden. So prozessierte beispielsweise Peru gegen die USA wegen dem Erhalt viröser Blutkonserven aus dem Jahre 1987.

Einen weiteren Beleg, der gegen die "Ursprungsthese" Afrika spricht, sehen Segals in den vielen falschinterpretierten Statistiken über die äußerst hohen Erkrankungs- und Infektionsraten. Die Daten müßten relativiert werden, weil sie zumeist für die Durchseuchungsrate geschlechtskranker Personen in den Krankenhäusern und Vergnügungsvierteln stehen. Ferner sei es unzulässig, die unausgewogenen und undifferenzierten Werte aus afrikanischen Ländern mit den Durchschnittswerten der US-Bevölkerung zu kontrastieren (vgl. Segal 1987b, S. 31). Auch durch das Untersuchen alter Blutproben aus Afrika wurde das Argument gestützt, AIDS habe von dort seinen Ursprung genommen. Der belgische Virologe Nahmias setzte den Zeitpunkt der Entstehung der Krankheit mit dem Jahre 1959 an, den er durch die Testung alter Blutproben auf HIV-Antikörper belegte. Nach Jakob Segal zeigt sich hierin aus biologischer Sicht ein Irrtum, denn alte Blutproben unterliegen bei schlechter Lagerung einem Denaturationsprozeß und bilden alsbald Antikörper. Als Nahmias später nochmals mittels verfeinerter Untersuchungsmethoden die gleichen Blutpräparate untersuchte, kam er zum gegenteiligen Ergebnis (vgl. Segal 1987c, S. 5).

Im Jahre 1986 wurde auf dem Internationalen-AIDS-Kongreß zwar die "Ursprungstheorie Afrika" zurückgenommen, noch immer aber bildet sie einen konstitutiven Bestandteil der Bewußtseinsbildung zur Krankheit. Waren es nicht die Menschen aus Afrika, die als erste AIDS-krank waren, so haben zumindest die dort ansässigen Grünen Affen als erste das Virus auf die Menschen übertragen.

#### **4.2. Max Essex: Das Virus wurde vom GRÜNEN AFFEN - der Meerkatze - auf den Menschen übertragen**

Der US-Virologe und Gallo-Mitarbeiter Essex erregte mit der Behauptung, die Meerkatzen hätten durch das Zufügen von Bißwunden erstmals afrikanische Jäger infiziert, großes Aufsehen. Aufgrund der Auswanderungsströme sei das Virus zuerst nach Haiti und von dort aus in die USA verschleppt worden. Die von Essex im Jahre 1985 erstmals vertretene Ursprungstheorie hielt sich über ein ganzes Jahr, obwohl sie großer Kritik ausgesetzt wurde: "Specialists know quite well that the genes of the virus derived from the green monkey are fundamentally different from those of the Aids-Virus!" (Segal 1987a, S. 10)

Im Unterschied zum menschlichen HI-Virus ist das bei Meerkatzen nachgewiesene STLV-III als tierisches Retrovirus nicht pathogen. Gallo nimmt beispielsweise an, daß sich durch das Hinzukommen anderer Viren der Übergrang zu HIV über viele Jahre viröser Wirkungen ergeben habe: "Eine einleuchtende Hypothese ist, daß STLV-III irgendwie in den Körper gelangte und dort eine Reihe von Mutationen durchmachte." (Gallo 1987b, S. 93) Innerhalb der Virologie sind Immunitätsschwächende Affenviren seit langem bekannt. Eine Ähnlichkeit zwischen dem in Afrika weit verbreiteten HIV-2 und den Affenviren soll gegeben sein. Außer durch das Beißen und Verletzen heimischer Jäger könne das Virus auch durch sexuelle Riten auf den Menschen übertragen worden sein: Der afrikanische Anthropologe Anicet Kashamura verweist auf bestimmte Sexualpraktiken zentralafrikanischer Volksstämme, zu deren Gepflogenheiten auch das Injizieren von Affenblut als Stimulanzmittel gehöre.

Die Affentheorien feiern derzeit innerhalb der Virologie wieder Hochkonjunktur: In Anlehnung an die Darwin'sche Selektionstheorie wird angenommen, daß HIV ein sehr altes Virus ist, das sich vom einstigen Parasiten über Anpassungs- und Selektionsprozesse sowie die sich verändernden sozialen- und Umweltbedingungen zum heutigen letalen Virus entwickelt habe. Essex meint heute noch, daß die Aggressivität von HIV durch

seine rasche Ausbreitung beim Sexualverkehr und durch Bluttransfusionen entstanden sei. Dennoch wird allgemein im Rahmen der Selektionstheorie angenommen, daß das mit den Affenviren verwandte HIV nicht immer AIDS verursacht haben muß: HIV-1, das hauptsächlich in den westlichen Industrieländern auftritt, führe zu 90 Prozent zur tödlich verlaufenden Infektion, wohingegen HIV-2, das hauptsächlich in Afrika gefunden wurde, nur zu 10 Prozent die Serokonversion bewirke und AIDS vielleicht nach 40 Jahren ausbrechen mag. HIV-1 tritt größtenteils in den rasch gewachsenen Großstädten auf (auch in Afrika), wo, bedingt durch die desolaten Sozial- und Wohnverhältnisse, das Virus schneller weitergegeben wird und dadurch seine Virulenz zunimmt. Die Aggressivität eines Parasiten (Viren sind die letzten Parasiten) nimmt durch seine rasche Weitergabe zu, so wie sie durch die Reduktion der Übertragungsmöglichkeiten wieder abnimmt. Essex nimmt an, daß alleine ein breiter Einsatz von Kondomen die Letalität von HIV-1 nach längerer Zeit der Prävention mindern könnte (vgl. Newsweek 1993, Nr. 12, S. 45ff.)

Die Affentheorien zu AIDS konnten genausowenig bewiesen werden wie die, von Segals präsentierte Verschwörungstheorie. Interessant an den Affentheorien, die von Virologen vertreten werden, scheint mir aber ein Stück weit die berufsbezogene Blindheit und gleichzeitige vorausahnende kausale Verknüpfung von tierischen Viren und ihrer Übertragbarkeit auf den Menschen zu sein. Insbesondere die gentechnologische Forschung arbeitet mit den Gewebematerialien von Meerkatzen. Die Übertragung eines Virus auf das Laborpersonal kann durch unkontrolliertes Klonen von Genabschnitten und beim Experimentieren mit Tumoren entstehen, bei welchen die Wirkungsweise des Endproduktes in seiner Gefährlichkeit aufgrund der nicht eingehaltenen Sicherheitsbestimmungen in den sog. "Primatenzentren" nicht abschätzbar ist. Einen anderen Zugang der Labor-Entstehungstheorie zu AIDS bietet im folgenden Abschnitt der Molekularbiologe Bobby Hatch. Er versucht, aufgrund der Arbeitsweise seiner Disziplin, auf die Möglichkeit eines Laborunfalls hinzuweisen, der das Auftauchen des Virus erklärbar macht. In gewisser Weise bietet Hatch dadurch eine mögliche Antwort auf die, o.z. vage Behauptung von Gallo, daß STLV-III (das Affenvirus) "irgendwie in den menschlichen Körper gelangte".

#### 4.3. Das Virus entstand durch einen gentechnologischen Unfall

Für seine These führt der US-Molekularbiologe zwei entscheidende Beweggründe aus der Praxis der Gentechnologie an:

- In amerikanischen Primatenzentren traten Affen-AIDS-Endemien auf, die niemals publik wurden und
- seit Beginn der siebziger Jahre hat die gefährliche Arbeit mit den Retroviren zugenommen; gleichzeitig wurden die Sicherheitsbestimmungen in den Labors abgebaut (vgl. Hatch 1986, S. 33).

Hatch verweist auf das Primatenzentrum Southborough (Massachusetts/USA), wo aufgrund gentechnologischer Experimente an Affen eine Endemie von Affen-AIDS im Jahre 1980 auftrat. Das "Tiermodell" wies dabei große Ähnlichkeiten mit dem menschlichen HI-Virus auf. Da es in anderen Primatenzentren auch Endemien gegeben haben soll, zieht Hatch folgenden Schluß über die Entstehung des Virus: "Sehr wahrscheinlich wurde Aids von Affen auf den Menschen übertragen. Ungeklärt bleibt, wo dies passierte und woher das Virus stammt." (Hatch 1986, S. 33)

Aufgrund der Studie von Quellenmaterialien aus Laborberichten nimmt Hatch weiters an, daß das Virus bei der Transplantation der Krebszellen eines kranken Affen in einen gesunden Affen entstanden sei. Laborpersonal sei bei diesem Experiment nicht zu Schaden gekommen, wohl aber eine bestimmte Affenart. Diese Experimente wurden schon im Jahre 1975 durchgeführt und ihre gefährlichen Konsequenzen waren nach dem damaligen Wissensstand der Gentechnologie noch nicht absehbar. Die Forscher ahnten nicht, daß sie im Empfängertier dadurch AIDS erzeugen konnten: "Die gefährliche Form des Aids-Virus könnte erst nach einem Wirtswechsel entstanden sein, etwa beim Übergang von afrikanischen auf asiatische Affen in den Primatenzentren oder auf den Menschen." (Hatch 1987, S. 34)

Auf diese Weise war eine Mutation von Zellkulturen entstanden. Mit der einhergehenden Änderung der Gensequenzen in den Viren wurde die Pathogenität enorm erhöht. Da die Strukturen des HI-Virus nur teilweise den bekannten Retroviren ähneln, wird angenommen, daß es sich um ein rekombinantes Virus handelt, das durch Experimente entstanden sei. Im Umgang mit Tumorigenen und dem Vermischen von Genabschnitten bei verschiedenen Tieren entstehen unerwartete Hybridviren, deren Wirkungsweise nicht absehbar ist. Der Umgang mit infiziertem biologischen Material in den Labors ist sor-

glos und es wird nicht bedacht, daß die massenhafte Kultivierung von tierpathogenen Retroviren Adaptionen an den menschlichen Körper erzeugen und das menschliche Erbmateriale beeinflussen.

Es gibt keine offiziellen Schriftstücke über Unglücksfälle in den Labors, die im Hantieren mit Hybridviren entstehen, auch nicht über mutierte bzw. gentechnologisch veränderte Organismen. Die nichtkontrollierbaren Vorgänge in den Labors führten zur Verringerung der Sicherheitsstandards gerade zum Zeitpunkt ihrer industriellen Verwertung. Schon in den Anfängen arbeitete die Gentechnologie unter hohen Gesundheitsrisiken für ihr Personal.<sup>1)</sup>Für Bobby Hatch konkretisiert sich im Entstehen des Virus die Vergeßlichkeit um die Altlasten innerhalb der gentechnologischen Forschung.

#### **4.4. Das Virus war schon seit langem in afrikanischen Dorfgemeinschaften beheimatet**

Die (ehemals) bundesdeutsche Biochemikerin und Biologin Helga Rübsamen-Waigmann weist die These, AIDS sei im Labor produziert oder als Unfallprodukt unkontrollierterweise ausgebrochen, entschieden zurück. Anfang der siebziger Jahre wäre die gentechnologische Forschung noch nicht in der Lage gewesen, das Virus synthetisch herzustellen. Ihres Erachtens war HIV als HIV-2 schon seit Jahrzehnten in afrikanischen Dorfgemeinschaften beheimatet. HIV-2 ist ein ebenso hochpathogenes Virus wie HIV-1 und verursacht Nervenerkrankungen, Durchfall und Kaposi-Sarkome. Diese Krankheiten schwächen alle das Immunsystem. Aber auch HIV-1 soll schon seit langem in Afrika vorhanden gewesen sein:

"Vermutlich gibt es daher beide (Viren, Anm. d. V.) schon lange in Afrika, sie waren in Dorfgemeinschaften beheimatet, die über die Zeit mit der Viruserkrankung zu leben geübt hatten, ebenso wie wir weißen Europäer heute ebenso als Überlebende der Pestepidemien der vergangenen Jahrhunderte relativ unempfindlich gegenüber der Pest sind." (Rübsamen-Waigmann 1987, S. 42).

Die Verbreitung der Viren auf andere Kontinente erfolgte insbesondere durch den Sex-tourismus. Dadurch waren HIV-1 und HIV-2 mit nicht-resistenten Populationen in Verbindung gekommen. Einhergehend mit der "Sexuellen Befreiung" und der, in westlichen Ländern gängigen chemischen Verhütungspraxis konnte sich das Virus relativ ungestört verbreiten. Für Rübsamen-Waigmann zeigt sich in AIDS, insbesondere für die hochtechnisierte westliche Welt, eine Facette nicht beherrschbarer Natur, die den Menschen gegenübersteht:

"Es sind nicht die Militärlabors, sondern die Natur und das menschliche Verhalten, die wir nicht beherrschen und die uns diese Probleme aufgegeben haben. Infektionskrankheiten waren zu einer vergessenen Gefahr geworden." (Rübsamen-Waigmann 1987, S. 43)

In Anlehnung an Rübsamen-Waigmann, die das Vergessen um die Gefahr von Infektionskrankheiten in der Moderne betont, muß natürlich festgehalten werden, daß AIDS seit Jahrzehnten wieder eine übertragbare Krankheit veranschaulicht, die durch die hochspezialisierten medizinischen Behandlungsweisen und bekannten Therapeutika nicht behandelbar ist; ja, nur im geringen Ausmaß kann der Krankheitsverlauf durch eine bescheidene Anzahl von Medikamenten hinausgezögert werden. Für Rudolf Burger symbolisiert diese ohnmächtige Situation gegenüber der Infektionskrankheit einen "geschichtsphilosophischen Skandal": Mit der Grunderfahrung der Moderne, derzufolge sich durch den wissenschaftlichen und technischen Fortschritt zumindest potentiell jede soziale und gesundheitliche Katastrophe verhindern lassen kann, hält nun AIDS der omnipotenten und naturbeherrschenden Moderne ein Stück unbeherrschter Natur entgegen: AIDS ist somit zur ersten "postmodernen Krankheit" geworden. (Vgl. Burger 1987, S. 9)

Die einzelnen Erklärungsmodelle zur ursächlichen Ausbreitung von AIDS unternehmen m.E. den Versuch, das Naturhafte der Krankheit durch Schematisierung zu bezwingen: Ausgehend von Punkt A habe sich das Virus über Punkt B in voller Größe auf C ausgebreitet. Übertragen entweder durch homosexuelle Gefängnisinsassen, die es in der Subkultur der USA verbreitet und in letzter Konsequenz als Blutspender nach Afrika geschickt haben; oder aber, die afrikanischen Jäger und Sextouristen haben es über die Karibik in die USA gebracht. Die Vernetzungsmodelle zu AIDS bringen – auch wenn sie konträre Linien nachzeichnen – eine Landkarte weltweiter Überwachungsstellen hervor: Jeder, der beispielsweise über die Zeitspanne des Touristenvisums hinaus einreisen will, muß zuvor ein negatives Testergebnis auf HIV-Antikörper vorweisen können. Jeder Afrikaner, der in einem europäischen Land eine Arbeitsbewilligung beantragt, ebenso.<sup>2)</sup>

Die Herkunftstheorien haben auch politische und moralische Aussagen zum Hintergrund: Wie bei anderen Infektionskrankheiten, wird auch bei AIDS die Schuld immer den anderen, den Fremden, die aus fernen Städten und Gebieten kommen, zugeschrieben. Waren es zur Zeit der Syphilis noch die jeweiligen Nachbarländer der Europäer, so ist bei AIDS der potentielle Überträger jener Fremde, dessen Hautfarbe umso dunkler ist: das zwingende Synonym "Afrika und AIDS" bildet eine unbewußte Korrelation um das Verständnis der Krankheit. Sie verdichtet sich, je mehr Flüchtlingsströme aus dikta-

torischen afrikanischen Regimen freigesetzt werden. Im fremden Flüchtling konkretisiert sich die "leibliche" Beschreibung des HI-Virus (vgl. Kapitel 3.1.)<sup>3)</sup> Die Bestimmungen zur Überwachung der nationalen Gesundheit sind jedoch nicht für alle Bevölkerungsgruppen die gleichen: Reisen Touristen in ferne Länder, insbesondere in jene, die als Verursacherländer von AIDS veranschlagt werden, bedürfen sie nicht des Nachweises ihres seronegativen Blutstatus. Ein zwingender HIV-AK-Test für Touristen würde jedes Land, das ihn fordert, als Urlaubsland unattraktiv machen.

Fremde Arbeiter und die Berufsgruppe der Prostituierten bilden jedoch die Schaltstellen der nationalen Gesundheitspolitik zu AIDS, indem sie als erste und per Gesetz verpflichtend (vorerst) als einzige den Testbefund vorlegen müssen. Wer aber kann beteuern, daß nicht die Touristen die "heimische" Bevölkerung infizieren können oder welcher "Freier" ist nicht der potentielle Überträger des Virus auf Prostituierte?

## 5. **Alternative Ansätze zum HI-Virus, den Krankheitsbildern zu AIDS und Therapieformen**

### **Einleitung**

Neben den unterschiedlichen Herkunftstheorien zu AIDS haben sich auch unterschiedliche Theorien um die Pathogenität des Virus im Laufe der Forschung zu AIDS entwickelt. Parallel zur "single-virus-theory" der etablierten AIDS-Forschung kristallisierte sich eine alternative Bewegung, die das Spektrum wissenschaftlicher Kritiker bis einschließlich der finanzträchtigen Anwendungsbereiche der NEW AGE Bewegung umfaßt, als Gegenpol heraus. Die Grundfrage der Kritiker zirkuliert um den Kern der AIDS-Forschung, betreffend die Pathogenität von HIV als alleinigem Verursacher von AIDS.

Der wohl publicityträchtigste Dissident innerhalb der AIDS-Forschung, der US-Molekularbiologe Peter Duesberg, vertritt seit Jahren die These, HIV sei zu inaktiv, um eine Krankheit wie AIDS auszulösen. Ferner zweifelt Duesberg an der Neuheit dieser Erkrankung, zumal sie aus vielen heterogenen, dafür aber bekannten Krankheitsbildern besteht: AIDS als überdimensionierte, tödlich verlaufende Infektionskrankheit benötigen nur die Protagonisten des AIDS-Establishments für ihre persönliche Bereicherung. Der Vorsitzende der Deutschen-AIDS-Hilfe, Manfred Dietrich, bezeichnete die Thesen Duesbergs als eine "Gefahr für Leib und Leben". (Vgl. *Der Spiegel* 1992, Nr. 51, S. 234)

Im Sommer 1992 fand erstmals parallel zum AIDS-Kongreß in Amsterdam ebendort ein Symposium zu den alternativen und abweichenden Theorien statt. Die dort erörterten Standpunkte fanden ein ungleich geringeres öffentliches Gehör. Die mediale Umsetzung dieser im Dokumentationsfilm "Die AIDS-Rebellen" wurde mit dem Prädikat "fahrlässig" versehen. Die hochdotierte, anerkannte Forschungsausrichtung zu AIDS geht in ihren Entscheidungsprozessen bei "Linienuntreue" undemokratisch vor: Fachzeitingen, die von der monokausalen Virustheorie abweichen, werden eingestellt, Forschungseinrichtungen finanziell ausgehungert.

Eine Analyse der multiplen Meinungen zu AIDS hat aber weder in den weniger finanzträchtigen Einrichtungen der Gesundheitsämter als auch in den Aufklärungsbroschüren der AIDS-Praxen keinen Eingang gefunden. Allein die Massenmedien geben in peri-

odischen Abständen alternative Theorien (als kuriose Nebenerscheinung der etablierten Forschung) der Öffentlichkeit preis. Neben sachlicher und fachspezifischer Anti-Thesen zu AIDS haben sich, in Anlehnung an die NEW AGE-Bewegung, auch spiritistische und esoterische Standpunkte zur Krankheit herausgebildet: AIDS sei keine Infektionskrankheit, die Zerstörung des Immunsystems gelte primär als Ausdruck einer lieblosen und verseuchten Umwelt, deren Einflüssen das Individuum sich nur schwer entziehen kann. Eine vorbeugende Maßnahme gegen die Krankheit biete eine gesündere Ernährungsweise – entlehnt dem Repertoire der Makrobiotik –, sowie die physische und emotionale Änderung des persönlichen Lebensstiles:

Michio Kushi, bekannter Mentor der Makrobiotik, hielt beispielsweise Kochkurse für AIDS-Kranke in New York ab. Die veränderte Ernährungsweise soll die T4-Zellen (die Helferzellen) konstant halten. Zusätzlich empfiehlt die Koushi-Foundation in Boston auch eine Vielzahl zwingender Verhaltensregeln für AIDS-Kranke: Sie sollten ein geordnetes Leben und ein stabiles Sexualleben herstellen, promiske Verkehrsformen meiden (da eine starke sexuelle Betätigung nach den Lehren der Makrobiotik die Nieren schwächt), eine positive Sinnggebung suchen und depressive Umwelteinflüsse meiden. Die Einhaltung dieser Ratschläge könne das Überleben mit dem Virus ermöglichen, denn erst durch den Verzehr chemikalierter und raffinierter Lebensmitteln entstünden degenerative Krankheiten wie Krebs, Diabetes und AIDS.

Die Angst vor AIDS hat auch lukrative Produktionsleistungen und die Spezialisierung bereits bekannter heiltherapeutischer Verfahren in Anwendung auf AIDS hervorgebracht. Der Markt der Heiler und Selbstheiler umfaßt mittlerweile – insbesondere in den USA – ein breites Spektrum: Die neue medizinisch-psychologische Therapieform der Psychoimmunologie bietet gegen hohe Stundensätze zur Stärkung des AIDS-geschwächten Körpers sogenannten "Phantasiereisen" an; ebenso die Bereiche der Hypnose und daraus ableitend die Marktartikeln der Selbsthypnose. Akkupunktur, Massage, Produkte der Homöopathie, Kuren mit Vitamin C-Präparaten, intensiviert durch das konzentrierte Hören diverser Entspannungs- und Meditationskassetten, sind auch in Zeiten von AIDS in den Gesundheitsmarkt integriert.

Am Rande der Esoterik befindlich, stellt sich die vom Ehepaar Holub vetretene AIDS-Theorie dar: Das gesamte Phänomen mit seinen unterschiedlichen Krankheitsbildern könne als Ausdruck einer generellen Mangel- und Fehlernährung erachtet werden. Innerhalb der Erkenntnisse der Ernährungswissenschaften sind die Theorieansätze m.E. korrekt und sie bekommen, in Hinblick auf die unscharfe Abgrenzungsdiagnostik ge-

genüber dem Phänomen des Hungertodes in Afrika, für AIDS eine bedeutsame moralische Schärfe. Andererseits ist das Appellieren an die unzureichend "nährende" Umwelt und das daraus folgende persönliche Fehlverhalten – aufgrund der falschen Lebensweise – ein für AIDS-Patienten haltloses Argument der Schuldzuweisung.

Einen differenzierteren und weniger moralisierenden Ansatz zu AIDS, der ebenfalls Aspekte der Lebensweise und soziale Einflüsse hervorhebt, ist der von Joseph Sonnabend entwickelte "multifaktorielle Hypothesenansatz", der insbesondere auf die Frage nach dem Ausbruch der Krankheit unter männlichen Homosexuellen eine Antwort zu geben versucht.

Im Gegensatz zu Sonnabend, der die individuellen Lebensgewohnheiten in das Zentrum der Krankheit rückt, widmet sich der Psychohistoriker und Kinderpsychiater Casper G. Schmidt den gruppenpsychologischen Mechanismen und den unbewußten Konflikten der US-Gesellschaft zum Zeitpunkt der "konservativen Wende". Für Schmidt stellt AIDS eine Lösung für verdrängte, dafür aber umso gravierendere Probleme der befürchteten "Verweiblichung" und der Angst um den Stärkeverlust der Super-Nation unter der Regierung Reagan dar. Zeitlich stimmen diese Prozesse mit dem Aufkommen von AIDS überein. In der Verstrickung zahlreicher gesellschaftsinterner Bedrohungsphantasien bot sich die Delegation des Sündenbock-Status an die Personengruppe der Homosexuellen als selbstreinigendes "Opfer-Ritual" an, indem es für Entlastung gesorgt hat. Die AIDS-Opfer selbst, die erkrankten Homosexuellen, bilden das psychosomatisierende Äquivalent zu den, seit dem Jahre 1975 kontinuierlich eingesetzten Diskriminierungs-Strategien. In der Verlustigkeit der Helfer-Zellen des Immunsystems – dem Charakteristikum von AIDS – hat sich der körperliche Vorgang der unter Anspannung, Angst und Depression lebenden Randgruppe manifestiert.

Schmidt befindet sich mit seinem Ansatz als Analytiker der Gruppenphantasien der USA (sowie jener den USA nahestehenden Ländern) in integrativer Nähe zur relativ neuen Disziplin der Psychoneuroimmunologie. Die seit den siebziger Jahren wiederbelebte und in Anlehnung an die Psychosomatik arbeitende naturwissenschaftliche Disziplin konnte in Versuchen beweisen, daß psychische und soziale Faktoren das menschliche Immunsystem beeinflussen. Furcht, Trauer, Depressionen sowie die Angst vor Ausgrenzung und Isolation, bewirken im Blut von an sich gesunden Personen den Rückgang der Helfer-Zellen (vgl. Kropiunigg 1990, S. 158). Im Rahmen der Klinischen Psychologie definiert sich die Arbeitsweise der Psychoneuroimmunologie wie folgt:

"Im engeren Sinne geht es um den Nachweis komplexer Wechselwirkungen zwischen drei in sich selbst komplexen Körpersystemen, die der Erhaltung der körperlichen und seelischen Homöostase gegenüber externen und internen Stimulie dienen: dem Zentralnervensystem, dem Endokrinum und dem Immunsystem." (Kropiunigg 1990, Vorwort S. X)

Forschungsergebnisse haben aber auch aufgezeigt, daß nicht alle Personen auf Stressoren gleich reagieren: nicht bei allen Personen hat sich das Blut verändert oder die Anfälligkeit gegenüber Krankheiten gezeigt. Mit der Psychoneuroimmunologie ließe sich beispielsweise eher erklären, warum nicht alle Menschen, die seropositiv sind, auch an AIDS erkranken. AIDS könnte als Krankheit erachtet werden, die sich im Schnittpunkt sozialer und psychischer Probleme, die das Immunsystem beeinflussen, befindet. Die "Diagnose" HIV-positiv könnte so nicht mehr länger als "Freibrief" auf die Symptombildungen zu AIDS erachtet werden. Sie müßte schon den sozialen und psychischen Kontext der Diagnostizierten als auch die, durch die Diagnose bedingten psychosomatischen Effekte (im Sinne einer »self-fulfilling-Prophecy«, die das vorgezeichnete Lebensskript zur Infektion mitbewirkt) differenziert betrachten.

## **5.1. Peter Duesberg:**

### **5.1.1. Das Retrovirus ist zu inaktiv, um AIDS auszulösen**

Als wichtigster und medienwirksamster Dissident innerhalb der Forschung zu AIDS – dem »main-stream der single-virus-theory« – provozierte der Molekularbiologe und frühere Gallo-Mitarbeiter Duesberg im Sommer 1992 seine Fachkollegen. In einem spektakulären Selbstversuch beabsichtigte der Professor aus Berkeley/Kalifornien sich selbst eine HIV-Kultur bei einer Tagung in Holland zu injizieren, um so seine, seit Jahren vertretene Gegenposition unter Beweis zu stellen: Da zu wenige der geforderten "beweispflichtigen" Mediziner bei der Tagung anwesend waren, konnte das Experiment nicht durchgeführt werden (vgl. *Der Spiegel* 1992, Nr. 22, S. 240).

Als Versuch einer Selbstverstümmelung aus der Sicht der Kollegen, als Beihilfe zur Euthanasie für die Veranstalter der Tagung, als einzig sinnvolles Beweismittel für Duesberg, fußt der beabsichtigte Selbstversuch auf folgender Theoriebildung:

- HIV ist nicht die Ursache von AIDS. Das Virus korreliert nur mit dem Phänomen, sobald der Körper immungeschwächt ist;
- wer kein AZT oder keine Drogen nimmt, bekommt niemals AIDS;

- wenn jemand Antikörper gegen HIV bildet, so zeigt sich darin eine gesunde Reaktion, die einer Impfung gleichkommt;
- "that virus is a pussycat" – es löst keine biochemische Reaktion aus (vgl. SCIENCE 1988, S. 1 485ff.).

Fachintern argumentiert Duesberg die Inaktivität des Virus folglich: HIV läßt sich nicht mit den "Lebensrhythmen von Viren" vereinbaren. Erst wenn HIV gegenteilig wirken würde, könne von einer Infektion gesprochen werden. Das Virus konnte auch nicht bei allen AIDS-kranken Personen nachgewiesen werden, womit seine Kausalität auch nicht durch Gallo et altera beweisbar ist. Die in den Computermodellen gezeigte Version des Eindringens von HI-Viren und ihre schnelle Vermehrung in den Körperzellen beruht auf Simulation. Die von Gallo behauptete "außergewöhnliche Immunreaktion" dieses "chimärenhaften" Virus läßt sich nicht beweisen, auch nicht bei den bereits Erkrankten.

Ende der siebziger Jahre arbeitete Duesberg gemeinsam mit Gallo am hochdotierten US-Programm "Kampf dem Krebs". Während Gallo nach wie vor an der These festhält, daß auch Krebs durch ein Retrovirus ausgelöst wird (siehe ferner Kapitel 2.5.), hat sich sein »Alter ego« auch in dieser Hinsicht von Gallo distanziert. Ähnlich der Kontroverse Gallo-Montagnier bei der Isolierung des Virus ist das Verhältnis Gallo-Duesberg ein freundschaftliches geblieben. Duesberg macht Gallo seine Denkstilbezogene Sichtweise zu AIDS, die er ursprünglich aus der Krebsforschung gewonnen hat, zum Vorwurf. Aufgrund der ökonomischen Verstrickung mit Arzneimittelfirmen und dem persönlichen Anreiz der zu erwartenden Forscherpreise wäre aber für Gallo alsbald kein Abweichen von der Monokausalitäts-Theorie möglich (vgl. Duesberg-Interview in Rappoport 1990, S. 146ff.)

### **5.1.2. AIDS ist eine Kombination heterogener Symptome und bildet keine Entität**

Neben der Tatsache, daß das Virus selbst nur bei wenigen, an AIDS erkrankten Personen auffindbar ist und der Nachweis von gebildeten Antikörpern als gesunde Reaktion auf ein Virus erachtet werden sollte, spricht insbesondere die gruppen- und länderspezifische Ausbreitungsweise und Pathologie des Virus gegen eine kausale Krankheitsursache: Waren in den USA zuerst hauptsächlich männliche Homosexuelle von der Krankheit betroffen und bald darauf in Afrika ausschließlich Heterosexuelle, so

verursacht HIV in den westlichen Industrieländern hauptsächlich Kaposi-Sarkome und Lungenentzündungen (PCP) als akute Krankheitsbilder, während selbiges Virus bezeichnenderweise in Afrika Diarrhöe und Magersucht hervorruft.

Mit der Schaffung zweier unterschiedlicher HI-Viren habe das AIDS-Establishment versucht, das Bild einer Entität aufrechtzuerhalten: HIV-1 und HIV-2 bilden die Verbindungsstücke zu den widersprüchlichen Krankheitsbildern der AIDS-Definitionen. Duesberg bemängelt des weiteren die Verzerrung der Statistiken, die seit dem Aufkommen von AIDS in den USA erkennbar sind: Phänomene der Syphilis wurden entsprechend der Nomenklatura zu AIDS als Kaposi-Sarkome und AIDS-Demenz registriert, obwohl sie zuvor in homosexuellen Milieus und in Fixerkreisen als Geschlechtskrankheiten diagnostiziert wurden. Gerade aufgrund der falschen Behandlungsweise der Geschlechtskrankheiten durch eine zu große Zufuhr von Antibiotika wurde die weitere Schwächung des Immunsystems begünstigt. Duesberg schlägt gegenüber der Vereinheitlichungstendenz bei AIDS vor:

"Ich würde das Hauptaugenmerk der AIDS-Forschung vom Labor auf die klinische Situation verlagern. Ich würde mir die Patienten und ihre Symptomatik viel genauer anschauen. Mit unserem hochentwickeltesten, hochsensiblen Instrumentarium besteht leider die Tendenz, vom wirklichen Leben abzurücken. (...) Wir haben jetzt ungefähr 24 Symptome, die alle als Zeichen von AIDS gewertet werden. Da fällt schon alles darunter was nicht gerade eine Schwangerschaft ist oder vielleicht Brustkrebs. Ich möchte gerne wissen, was nicht AIDS ist!" (Duesberg-Interview in: Rappoport 1990, S. 141)

Für Duesberg ist der Einfluß äußerer Faktoren, wie der Konsum von Drogen, entscheidend für die Schwächung des Immunsystems. Ebenfalls AZT, das gängigste AIDS-Therapeutikum schwächt die körpereigene Abwehr: "Ich glaube, daß AZT der unheilvollste Aspekt dieser ganzen Geschichte ist. Damit zerstören sie lebendige, wachsende Zellen. Das ist eine sehr schwerwiegende Angelegenheit." (in Rappoport 1990, S. 148). Bezogen auf den HIV-AK-Test und seine Ineinssetzung bei positivem Befund mit der Diagnose AIDS, läßt Duesbergs Argument der Korrelation von HIV und äußeren Faktoren eine optimistischere Perspektive zu: Nicht jeder Positive müßte sich gleich dem Tode geweiht fühlen, weil er angeblich ein "explosives" Virus in sich trägt.

## **5.2. Lebensstile und -umstände bilden den Kern von AIDS**

Bis zum Jahre 1980 in der Forschung als Virologe und Molekularbiologe sowie als Professor am Brooklyn College tätig, eröffnete Sonnabend daraufhin eine Privatpraxis für Homosexuelle in Greenwich Village, New York. Noch vor dem Bekanntwerden von

AIDS registrierte der Arzt das vermehrte Auftreten von Kaposi-Sarkomen, der Pneumozystis-carinii-Pneumonie und anderer immunsuppressiver Erkrankungen unter seinen Patienten. Sonnabend, selbst Mitglied der Gay Community, führte diese Symptomatiken auf den riskanten Lebenswandel innerhalb der Szene – wie den Genuß von Poppers und anderen Rauschmitteln in Verbindung mit hoher Promiskuität, die für die Ausbreitung der Krankheiten sorgt – zurück. Für diese Sichtweise erntete er Kritik in der Gemeinde:

"Die meisten Menschen in der Gay Community waren damals nicht bereit, eine bestimmte Art von Lebensstil mit Krankheit zu korrelieren. Sie suchten nach geheimnisvollen Mördermikroben und entwickelten Verschwörungstheorien." (Sonnabend 1989, S. 8)

Für Sonnabend beinhaltet die sogenannte "schwule" Sexualität, deren Klischees den Analverkehr, die Saunaaufenthalte und maßlose sexuelle Kontakte umreißen, keine Gefahren in sich. Erst das Vorhandensein von Infektionskrankheiten in Verbindung mit der Promiskuität führe zur Ausbreitung von dem, was heute unter dem Namen "AIDS" bekannt ist. Sein Konzept des "multifaktoriellen" Ansatzes bearbeitete Sonnabend in der von ihm gegründeten Forschungseinrichtung AIDS MEDICAL FOUNDATION im Anlegen und Interpretieren von Klientengeschichten:

"Betroffen waren zum damaligen Zeitpunkt, ebenso wie heute, ausschließlich Männer, die zu hochgradig promiscuen Gruppen gehörten und sich durchweg einer Vielzahl von Infektionen aussetzten. Sie hatten ausnahmslos die Geschichte vieler Geschlechtskrankheiten mit entsprechender (immunsuppressiver) Behandlung hinter sich." (Sonnabend 1989, S. 8)

Für Sonnabend zeigt sich in AIDS nur eine kulminierte Form von schlecht behandelten Geschlechtskrankheiten unter dem Einfluß der Einnahme von Rauschmitteln, die das Immunsystem zusätzlich schwächen. Das Interesse an Sonnabends Klientenanalysen, die nun AIDS als venerische Krankheit aufzeigten, die durch gewisse Lebensumstände bedingt wird, war ein geringes bei den anderen Forschungseinrichtungen: Mit der Entdeckung des HI-Virus und seiner publicityträchtigen Vermarktung durch Gallo und Montagnier war jede alternative Theorie aus dem öffentlichen Wissenstransfer ausgegliedert worden. Daß es das Virus gibt, bezweifelt Sonnabend nicht, wohl aber nimmt er an, daß die nicht unbekanntenen Symptome des Immunschwächesyndroms durch orthodoxe medizinische Methoden gezielter behandelt werden könnten. Da aber das AIDS-Establishment ausschließlich am monokausalen Ursachenzusammenhang festhält, werden Patienten durch das eigens entwickelte Medikament AZT behandelt und riskieren

somit die Zufuhr eines zusätzlichen Zellgiftes: AZT bedingt Knochenschwund und führt zur Schwächung des Immunhaushaltes. Sonnabend warnt vor dem sozialen und politischen Zynismus der momentan finanzträchtigen Forschungsausrichtung zu AIDS:

"Wenn alle (...) sich der These der Einzelursache von Krankheiten verschreiben und dabei die Umwelt- und andere Faktoren unter den Tisch fallen lassen, werden diejenigen reingewaschen, deren Wirtschaftspolitik zur Schaffung von Ghettos und der Aufrechterhaltung der Armut beitragen. (...) Was Afrika angeht ist es ebenfalls einfacher, das Ausmaß der Krankheiten, die mit dem Zusammenbruch der Anti-Malaria-Programme und dem Hunger zu tun haben, einfach dem HIV in die Schuhe zu schieben." (Sonnabend-Interview in: Rappoport 1990, S. 162)

Als Arzt, dem es ein Anliegen ist, präventiv und aufklärend in der Gay Community zu wirken, erachtet Sonnabend die "Mördermikrobentheorie" als gefährlich, zumal sie den Trend der "klassischen Haltung des schwulen Opfers" verstärkt und keinen Spielraum für das "eigenverantwortliche Subjekt" zuläßt und es, im Gegenteil, den jeweiligen Innovationen und Marktgegebenheiten der Pharmaindustrie aussetzt: So wurde beispielsweise an AIDS-Kranke Interferon verabreicht, weil die pharmazeutischen Firmen gerade einen Überschuß von dieser Substanz lagernd hatten. Die Verantwortungslosigkeit eines solch, wirtschaftlich durchdachten Kalküls bewirkte aber, daß das Immunsystem der Erkrankten zusätzlich geschwächt wurde und viele von ihnen verstarben (vgl. Sonnabend-Interview in: Rappoport 1990, S. 165). Entgegen der gesundheitsschädigenden Wirkung von AZT fordert Sonnabend eine gezielte Prophylaxe für das Phänomen der aggressiven Form der Lungenentzündung (PCP). Die Krankheitsbilder zu AIDS sind der Medizin bekannt; ihre Ausbreitung in heterosexuellen Kreisen liefert für Sonnabend das Indiz, daß es auch in dieser Personengruppe schlecht behandelte Geschlechtskrankheiten und den zusätzlichen immunsuppressiven Faktor des Drogenkonsums gibt.

### **5.3. William und Claudia Holub:**

#### **5.3.1. AIDS ist Ausdruck einer falschen Ernährung**

"The ultimate proof that »AIDS« is not a new (or perhaps real) disease can be found by observing some very interesting disease trends both before and after the alleged »AIDS« crisis (...) support the fact that »AIDS« appears a re-naming of several other diseases." (Holub u. Holub 1988, S. 2f.)

Daß AIDS keine neue Krankheit sein kann, wird für das Ehepaar Holub (William Holub ist Ernährungswissenschaftler, Claudia Holub Journalistin) im Vergleichen von Krankheitsstatistiken ersichtlich, die vor und nach der "behaupteten AIDS-Krise" in

den USA angefertigt worden sind. Innerhalb eines Zeitraumes von sechs Jahren (1981 bis 1987) läßt sich eine Zäsur in der Präsentation von Krankheiten verfolgen, die mit dem Aufkommen von AIDS eine Umverteilung erkennen ließen: Bekannte Krankheiten, wie Gonorrhöe, unspezifische Hepatitis, Enzephalitis, Pneumonien u.s.f. nahmen in den Statistiken innerhalb dieser Jahre augenscheinlich ab und wurden in die AIDS-Statistiken als Krankheitsbilder aufgenommen. Todesfälle, die aus diesen, der Prä-AIDS-Zeit bekannten Krankheiten hervorgegangen sind, füllten mit der Definition der neuen Krankheit plötzlich die Todesstatistiken zu AIDS. (Vgl. Holub u. Holub 1988, S. 2ff.)

Die dem AIDS-Bild zugezählten Krankheiten sind als Folgeerscheinung einer generell falschen und unzureichenden Ernährungsweise, sowie den Schädigungen eines permanenten "Immunstreß", der sich in einer "lieblosen" Umwelt als Hauptantriebsmotor hehauptet hat, zu deuten. Alle Formen von Immunsuppression sind zusätzlich das Produkt einer verfehlten Gesundheitspolitik:

PCP, als AIDS-spezifische Form der Lungenentzündung diagnostiziert, sei vor AIDS hauptsächlich bei Säuglingen aufgetreten. Mit der Weiterentwicklung innerhalb der Krebsforschung in den siebziger Jahren wurde die PCP durch den vermehrten Einsatz aggressiver Bestrahlungsmethoden und Chemotherapien immer öfter bei erwachsenen Personen registriert. Erst im Zusammenspiel von Faktoren, wie falscher Ernährung, der Einnahme aggressiver Medikamente und Drogen, komme es zu chronischen Erkrankungen, die den Zusammenbruch des Immunsystems bewirken (vgl. Holub u. Holub 1988, S. 7). Das Vorhandensein des HI-Virus in dem, ihm zugeschriebenen, monokausalen Ursachenzusammenhang bezweifeln Holubs: Das Virus konnte nur unter künstlichen Bedingungen im Labor isoliert werden und seine angenommene rapide Ausbreitung ließ sich nicht auf natürliche Zellkulturen übertragen:

"One should understand that the search for viruses is not an easy task, they cannot be seen or in any way be directly shown (...) for this reason virtually all viral research is dependent on coaxing viruses to grow upon grossly abnormal tissue culture. None of the findings or results can actually be extrapolated to the processes involved in human health or disease." (Holub u. Holub 1988, S. 11)

Die "Pandemie AIDS" wurde nach Holub wohlweislich kreiert: Die retrovirologische Forschung erhielt seit der neuen Gesundheitspolitik zu Krebs enorme Forschungsgelder zugesichert. Das Resultat ihrer Bemühungen mündete in noch aggressiveren Behandlungsmethoden, die die Schwächung des Immunsystems bewirkten. HIV als AIDS-verursachendens Virus ist jedoch opportunistisch und folgedessen zu schwach als

Krankheitsauslöser. Es scheint nur als Ko-Faktor bei immunsuppressiven Erkrankungen auf: Auch bei einem Indianerstamm in Venezuela, fern der westlichen Zivilisation und schädigender Umwelteinflüsse, wurde HIV nachgewiesen. HIV scheint nicht als AIDS-Faktor auf, sondern "...it appears that HIV only appears in sick people and does not cause them to be sick!" (Holub u. Holub 1988, S. 12). Ergo dessen stellt sich der HIV-Antikörpertest nur als ein Mittel zum Nachweis vorhandener chronischer Erkrankungen dar, deren Ursache jedoch nicht AIDS ist, das durch ein Retrovirus ausgelöst werden soll.

### **5.3.2. Die klinische Größe von AIDS gleicht in ihrem Krankheitsverlauf der von Unterernährung**

Die Übertragung von AIDS wurde größtenteils ungeschützten oder riskanten Formen des Geschlechtsverkehrs zugeschrieben. Für Holub existiert AIDS nicht als sexuell übertragbare Krankheit. Wohl aber stellt Sexualität einen wichtigen Gesundheitsfaktor dar. Ein erfülltes und nährendes Sexualleben ("getting nourishing sex") beeinflusst auf positive Weise das körpereigene Immunsystem und stärkt es gegenüber schädigenden Umwelteinflüssen. Wurde insbesondere männlichen Homosexuellen vorgeworfen, daß sie aufgrund ihres promiskuen Sexuallebens AIDS bekommen hätten, so birgt dieser Vorwurf eine Fehlinterpretation in sich: Häufiger Partnerwechsel sollte als Ausdruck einer unbefriedigenden und nicht sättigenden Sexualität gewertet werden. Nicht Sex als solcher, egal ob anal oder vaginal praktiziert, ist ein Risikofaktor, wohl aber der gepflegte Lebensstil, der bei vielen AIDS-Patienten nachweisbar ist und auch in Verbindung zu einem lieblosen Sexualleben steht: schlechte Ernährung, Drogenkonsum, nicht erfüllender Sex und medikamentöse Therapien bei chronischen Erkrankungen sind nach Holub konstitutive Krankheitsfaktoren bei allen, an AIDS erkrankten Personen. Sowohl für die Gruppe der Homosexuellen als auch für die intravenös Drogenabhängigen trifft dies zu. Nach Holub waren die Fixer die ersten, die von der Immunschwäche betroffen waren. Die Statistiken dazu wurden aber bald aus der Öffentlichkeit entfernt, da sie ansonsten die Homosexuellen-Virus-Theorie samt der publicityträchtigen Schöpfung des Phänomens "GRID" desavouiert hätten (vgl. Holub u. Holub 1988, S. 5).

Neben den obgenannten Kofaktoren zu AIDS unterläßt die Schulmedizin auch die sachgerechte Bewertung der Beeinflussung von Ernährungsgewohnheiten auf Krankheiten allgemein: "The functioning of the immune system is obviously dependent upon nutrition. Every antibody, every white cell and every cofactor in the immune process

comes from our nutrient supply." (Holub u. Holub 1988, S. 13) Viren sind nach Holub nur das "Resultat", nicht aber die Verursacher von Formen der individuellen Fehlernährung. Als Beweis ihrer These vergleichen Holub die Krankheitsbilder von AIDS mit jenen der PCM ("Protein Calorie Malnutrition", eine Form chronischer Fehl- und Mangelernährung). Die zeitliche Abfolge der AIDS-Symptome gleicht in ihrer Chronologie jener der Unterernährung: Zuerst setzt der Gewichtsverlust ein; diesem folgen Infektionskrankheiten und die Verlustigkeit der T4-Zellen; Anämie u.s.f., bis letztlich die Abulie, die komplette Willenlosigkeit, bekannt unter dem Initialwort AIDS-Demenz, einsetzt. Fälschlicherweise wurde der Hungerkontinent Afrika für die Ausbreitung von AIDS unter den Heterosexuellen beschuldigt. Mit dieser neuen Ursachentheorie klagen Holub die USA ob ihrer moralischen Verantwortungslosigkeit und vorschnellen, für sie selbst entlastenden, Zuschreibung gegenüber Afrika an:

"Is our government trying to negate the famine and starvation in Africa by calling it »AIDS« ? (...) Africa's really endemic diseases are malnutrition, environmental degradation, poverty, poor hygiene, and unhealthy sexual practices." (Holub u. Holub 1988, S. 13f.)

Als Therapievorschläge und zukunftsweisende Veränderungen zu AIDS schlagen die Autoren als Erstes die Abschaffung des Namens AIDS vor: Individuelle Diagnosen, je nach immunsuppressiver Befindlichkeit und die einzelnen Lebensgeschichten sollten die Umschreibung "AIDS" ersetzen. Die momentanen Forschungsgelder sollten in Aufklärungskampagnen für eine gesunde Lebenshaltung und emotional stärkende zwischenmenschliche Verkehrsformen investiert werden. Bereits erkrankte Personen brauchen in erster Linie Fürsorge und liebevolle Zuwendung, nicht aber AZT und die Isolation in Krankenhäusern (vgl. Holub u. Holub 1988, S. 14ff.).

#### **5.4. Casper C. Schmidt**

##### **5.4.1. AIDS löst die unbewußten Gruppenkonflikte der US-Gesellschaft**

In einer Analyse der unbewußten Gruppenphantasien der USA ist der Kinderpsychiater und Psychohistoriker Casper C. Schmidt in seinem Aufsatz "The origins of AIDS" (1984) zum Resumee gekommen, daß die AIDS-Epidemie in ihrem Kern einen unbewußten Gruppenwahn sitzen hat. Die Gruppe der USA - wie auch alle mit ihr assoziierten Länder - haben in der Inszenierung des Phänomens AIDS den, für die Gruppe stabilisierenden Mechanismus der Ausweisung von Sündenböcken angewendet. Schmidt zeigt anhand der kontinuierlichen Diskriminierung Homosexueller und der Beschnei-

derung ihrer Rechte seit der konservativen Trendwende Anfang der achtziger Jahre auf, wie sich die psychohistorische Genese der Krankheit AIDS innerhalb der Randgruppe der Homosexuellen manifestierte: Die, an die Gruppe delegierten Tötungswünsche wurden internalisiert und über sie die ersten psychosomatischen Beschwerden, in welchen die Gruppe der Homosexuellen ihrem Opferstatus, als Erstbetroffene von AIDS, gerecht wurde. Das "sado-masochistische Reinigungsritual" der von der Gruppe der USA beabsichtigten Selbst-Stärkung hat mit dem Auftreten von AIDS im Jahre 1981 die ersten Früchte im landes- bzw. gruppeninternen "Krieg" gezeigt. Aus welchem Grunde aber soll sich die Gruppe der USA in einen permanenten Kriegszustand gegen äußere und innere Feinde begeben haben, welche selbstreinigende Funktion sollte beispielsweise die seit dem Jahre 1975 kontinuierliche Anfeindung homosexueller Mitbürger bewirken?

Sowohl periphere als auch zentrale Gründe gesellschaftlicher Veränderungen haben das psychische Gleichgewicht der USA irritiert: Die durch die Entwicklung der Atomwaffenindustrie zerstörte Illusion um den Sieg über die andere Supermacht (damals die UdSSR) löste unweigerlich die Einschränkung phallisch-aggressiver Phantasien in den USA aus. Angst vor Verweiblichung und kriegerischer Impotenz erzeugten ein Gefühl von Gereiztheit (Dysphorie), das nach Entlastung suchte. Die eigenen Ohnmachtsgefühle wurden an die Gruppe der Homosexuellen delegiert, die das passende Sündenbockobjekt unterstellter Schwäche und Effeminierung boten. Nach der landesinternen Selbstreinigung im Feldzug gegen die Gruppe der Homosexuellen wurde der "Krieg" nach außen verlegt: Mit der Regierung Reagan konnte die verlorengelaubte Stärke der Nation (nach der pazifistischen Politik Carters) durch Blitzkriege auf Grenada und den Schlag gegen Libyens Ghaddafi wieder hergestellt werden (vgl. Schmidt, S. 58ff.). Ein zentrales Moment der Irritation der Supernation bildeten aber auch die, durch die sog. "Sexuelle Revolution" ausgelösten, unbewußten psychischen und sozialen Konflikte:

Die, durch die Permissivität der sechziger und siebziger Jahre gebotene, liberale Drogen- und Homosexuellenpolitik erzeugte mit der konservativen Trendwende massive Schuldgefühle bei einem Großteil der US-Bevölkerung: Eigene unbewußte Drogen- und Homosexualitätsphantasien mußten vor dem strengen »Über-Ich« der "Neuen Rechten" unterdrückt werden. Im späteren Bekämpfen homosexueller Mitbürger und Drogensüchtiger wegen ihrer Promiskuität und Drogenexzesse, die AIDS ausgelöst haben sollten, wurden eigene »Es-Anteile« abgespalten. Mit der konservativen Wende der späten Siebziger erwachte der US-Bürger unsanft aus den "befreienden" Träumen: Die Schuldgefühle, die trotz Liberalisierung nicht abgelegt werden konnten, ventilierten sich

über die monogame Familienpolitik gegen die Gruppen der Homosexuellen und Drogenabhängigen, die an die einst gemeinsam geteilten Erfahrungen "offener Beziehungen" und die Konsumation "bewußtseinserweiternder" Drogen erinnerten.

Einen weiteren Grund der Irritation löste die durch die chemische Empfängnisverhütung mögliche Vervollkommnung sexueller Kommunikation für beide Geschlechter aus. Die Betonung der sexuellen Lust auch auf Frauenseite sowie die, mit der Emanzipation erreichte soziale Besserstellung, veränderten die Familienstrukturen und die Beziehung der Geschlechter zueinander. Über viele Jahre verdrängt, löste die "neue", auch in männlichen Berufen erfolgreiche, "starke" Frau, unweigerlich Gefühle der Angst und Impotenz bei den Männern aus. Das unter Reagan verhängte Verbot auf Abtreibung und die Propagierung einer "neuen" Familienpolitik bildeten klare Antworten auf die über Jahre latent gehaltene Ohnmacht. Die Flucht in Bisexualität, Homosexualität oder in ihr Gegenteil, den Machismo, bildeten mögliche Reaktionsweisen auf die »bedrohliche Mutter« (vgl. Schmidt 1984, S. 58ff.).

Der "Apotheose des Konservativismus" (S. 60) – Reagan – ging eine Zeitspanne kontinuierlicher, konservativer Bestrafungstendenzen voraus: Die Verschärfung der Drogenetze ab dem Jahre 1975; 1976 eine Kampagne gegen homosexuelle Lehrer mit dem Versuch ihres Schulausschlusses; 1977 findet das von Anita Bryant verfaßte Buch "The Survival of our Nation's Families and the Threat of Militant Homosexuality" großen Anklang und wird in einigen Landesteilen der USA als Gesetzesfibel gegen homosexuelle Mitbürger verwendet.<sup>5)</sup> Bryant verlangte u.a. die Todesstrafe für gewisse "sexuelle Abweichungen", denen sie auch die Homosexualität zuzählte. Neben Bryant traten selbsternannte Prediger und Komitees zur Rettung der US-Moral in Aktion: "Heilige Kriege ohne Waffen" gegen die Abtreibung (den "Kindermord") und Homosexualität (die die Familien zerstört) wurden verlautet, Seminare zum Erlernen von Hexenverbrennungen abgehalten (vgl. Schmidt 1984 S. 66 u. 68ff.).

Die Demontage der Rechte der Homosexuellen verlief parallel zu jener der Frauen. Da sich aber Frauen in die sich anbahnende konservative Trendwende leichter integrieren lassen, da sie ja *den* konstitutiven Reproduktionsteil für sie bilden, richteten sich die massiven Tötungswünsche in erster Linie gegen die Homosexuellen. Die Beseitigung der Homosexualität – im Klartext: ihrer Vertreter – sollte der Preis für die wieder stark werdende Männer-Nation der USA sein. In diesem sadistischen Unterfangen reagierte die bedrohte Gruppe der Homosexuellen in der an sie delegierten Erwartungshaltung: masochistisch, sich selbst als Opfer ausweisend <sup>6)</sup>, zuletzt regressiv, somatisierend und

in den ersten Opfern zu AIDS. Der Mechanismus der Zuschreibung von Schuldgefühlen und das daraus resultierende Empfinden wirken innerhalb eines wechselseitigen – unbewußtem – kulturellen Musters zwischen Aggressor und Opfer:

"It is my contention that this mechanism of »killing the shamed« is one of the most powerful, though deeply repressed, dynamics of the AIDS epidemic (...) death wishes towards drug addicts and homosexuals. It is as if the shame of the offenders misconduct are acutely felt by the rest of the group, so that only their elimination can remove the painful effects of the shame. These identifications are based on an unconscious resonance between the shamed ones and the rest of the group." (Schmidt 1984, S. 53)

#### **5.4.2. AIDS ist der Ausdruck einer epidemisch auftretenden Depressionserkrankung**

Der durch die Gruppe der USA ausgelöste Druck gegen Homosexuelle ließ eine bewußte Gegenstrategie innerhalb der bedrohlichen Konfliktsituation nicht zu, da das Ziel der Vergeltungs–Aggression (der mächtige konservative Staat) unerreichbar gewesen wäre. Stattdessen codierte die Gruppe der Homosexuellen die an sie von außen herangetragenen bösen Zuschreibungen und Tötungswünsche gegen sich wendend als Symptome der Selbstzerstörung und Depression. In der Übernahme der Opferrolle in diesem sado-masochistischen Ritual erachtet Schmidt die, in der Gruppe der Homosexuellen stattgegebene "Identifikation mit dem Aggressor", wie sie bei vielen als Sündenböcke ausgewiesenen Personengruppen, die unter massivem Druck gestanden haben, auch in der Geschichte rekonstruierbar ist (vgl. Schmidt 1984, S. 52f.).

Die psychosomatischen Symptombildungen zu AIDS stellen eine unbewußte Lösungsstrategie gegenüber den Ängsten der emotionalen Aushungerung und Isolation dar, die psychotische Intensität aufweisen. M.E. liegt der negativ gepolte "Krankheitsgewinn" im Phänomen AIDS zumindest in der Chance begründet, daß nun die Wissenschaft und andere Institutionen sich um die, von der Krankheit Betroffenen kümmern müssen. Insofern profitieren die als Sündenböcke Verdammten ein Stück weit vom Sadismus der Aggressoren und erfüllen damit die, ihnen zugeschriebene, negative Identität.

Wie bei den meisten Infektions- und Geschlechtskrankheiten spielen Phantasien um Vergiftungserscheinungen auch bei AIDS eine bedeutsame Rolle. Die Forschung zu AIDS rekuriert auf den alten, tradierten Phantasiekomplex des "vergifteten" Samens, der im Fachjargon "immunsuppressiver" Same genannt wird (vgl. Schmidt 1984, S. 51). Ebenso ist das, mit dem Virus "vergiftete" Blut eine historisch gewachsene Phantasie, die ihre Wurzeln in alten, vorverurteilenden Zuschreibungen gegenüber ethnischen und

sozialen Gruppierungen hatte.<sup>7)</sup> Vergiftungsphantasien und ihre damit verbundenen Ängste eignen sich vorzüglich zur (Selbst)Inszenierung massenwirksamer Phänomene der Hysterie.

Davon betroffene (Sündenbock)Gruppen reagieren zumeist nach einem bestimmten Ablauf-Schema: Zuerst erfolgt eine allgemeine Regression in der Gruppe, die zur Identifikation mit der vor/gegebenen Bedrohung führt. Unbewußt schwelende Gruppen-Konflikte und Phantasien entäußern sich über andere Kanäle in der Bildung psychosomatischer Krankheitserscheinungen. Unter dem Mechanismus der "erlebten Hilflosigkeit" beim Einwirken massenhysterischer Phänomene können vorerst völlig gesunde Personen erkranken. Eine Auflösung aus dem, der "Trance" ähnlichen Zustand der Regression und späterer "psychotischer" Reaktionsweisen, bildet zumeist sachliche und mit Autorität versehene Aufklärung, die eine falsche Meldung um eine nicht gegebene Bedrohung zu entkräften vermag. Die in der Panik gebildeten Symptome schwinden daraufhin bald (vgl. Schmidt 1984, S. 40ff.).

Bezogen auf AIDS konstatiert Schmidt, daß die Bewußtmachung eigener Schuldgefühle – in diesem Fall die, an die Homosexuellen projizierten Schuldgefühle –, sowie das Erkennen der, für die USA stabilisierenden Funktion der inneren Kriegsführung – im Krieg gegen Homosexuelle und Drogensüchtige –, innerhalb einer Zeitspanne von zwei bis vier Jahren das Phänomen AIDS zum Schwinden bringen könnten. Würde derzeit AIDS als eine bio-psycho-soziale Erkrankung ("bio-psycho-social disorder", S. 51), die größtenteils durch Schuldgefühle eine psychogene Depressionserkrankung auslöst, behandelt werden, wäre das Erzielen klinisch-therapeutischer Erfolge ungemein höher<sup>8)</sup> (vgl. Schmidt 1984, S. 72). Anhand einer Graphik<sup>9)</sup> zeigt Schmidt die Beeinflussung der kontinuierlichen konservativen Bestrafungstendenzen seit dem Jahre 1975 gegenüber der Personengruppe der Homosexuellen auf die Ausbreitung von AIDS in den USA und die Amöbenruhr in San Francisco (dem Zentrum liberaler US-Homosexuellenpolitik) auf.

Für Schmidt markiert das Jahr 1975 den "turning-point" der Normen innerhalb der US-Gesellschaft im Proklamieren restriktiver Drogen- und Homosexuellengesetze und Kampagnen. So sei es nicht dem Zufall zu überantworten, daß Gallo im Jahre 1984 das Entstehen der Krankheit AIDS auf neun Jahre zurückdatierte – also 1975. Die, in der Gruppe der USA eingesetzte, innere Opfer-Bereitschaft gegenüber den Randgruppen intensivierte sich im Jahre 1977 insbesondere durch die von Anita Bryant propagierten Anti-Schwulen-Gesetze. AIDS als psychosomatischer Ausdruck permanenter Unter-

drückung zeigte sich vier Jahre nach der offiziellen Demontage der Rechte für Homosexuelle: AIDS wurde erstmals 1981 diagnostiziert. Diese Zeitspanne von vier Jahren erachtet Schmidt als das Stadium der Sero-Konversion zu AIDS, innerhalb welcher sich das Immunsystem umbaut und T4-Zellen aktiviert. Hierin deckt sich Schmidts Annahme in etwa mit der der Virologen, die für AIDS auch eine mehrjährige Inkubationszeit veranschlagen. In der Veränderung des Immunstatus zeigt sich ferner die Bewußtmachung der an die Gruppe der Homosexuellen delegierten Tötungswünsche im Aufbrechen der Krankheit AIDS. Anhand des Phänomens der Amöbenruhr zeigte sich das Annehmen einer inneren Opferhaltung männlicher Homosexueller schon ab dem Jahre 1975, als die unbewußte Reaktion auf Diskriminierung sogleich einsetzte (vgl. Schmidt 1984, S. 60ff.).

Gruppenspannungen können sich auch über Jahrzehnte aufbauen, entladen, wieder aufbauen u.s.f., wie Schmidt anhand der Analyse der Selbstmord-Rate und jener der Geschlechtskrankheiten innerhalb des 20. Jahrhunderts in den USA aufzeigt: Beide Phänomene sind zu Kriegszeiten extrem hoch gewesen (Erster- und Zweiter Weltkrieg); eine hohe Zahl von Selbstmorden geht Kriegen voraus und Geschlechtskrankheiten nehmen während oder unmittelbar nach Kriegen zu. Mitte der siebziger Jahre war die Zahl der Geschlechtskrankheiten am höchsten in den USA: "From a group-psychological standpoint we can make the interpretation that we are passing through the psychological equivalent of World War III, or that we are at its foothills." (Schmidt 1984, S. 55)

Schmidt setzt hier den Krieg mit AIDS, dem Äquivalent der inneren Kriegsführung, gleich. In der Weiterführung des gruppen-psychologischen Ansatzes kann festgehalten werden, daß auch die, ansonsten nicht stigmatisierte Gruppe der Heterosexuellen die diskriminierenden Vorurteile gegenüber der Promiskuität und dem Drogenkonsum aggressiv gegen sich selbst - im Ausbruch von AIDS - gewendet hat und das massenhysterische Phänomen seine Ausbreitung auch hier gefunden hat. Vorerst ist m.E. die durch Schmidt geäußerte Vermutung, die einer berechtigten Verschwörungstheorie gleichkommt, nach wie vor aktuell: "... there are powerful forces at work to delay the solution of the puzzle posed by this epidemic and to obscure its group-fantasy origins, since the epidemic itself is a wished-for solution to pre-existing conflicts." (Schmidt 1984, S. 39)

### **Abschließende Bemerkungen:**

Das Denkkollektiv der Single-Virus-Theorie präsentiert gegenüber den Gegenpositionen ein mächtiges "Meinungssystem". Dieses antwortet bei Kritik an ihm mit der Gegenstrategie einer "Harmonie der Täuschungen" (vgl. Fleck): Die Kritik wird in den eigenen Theorienkatalog integriert. Die von Duesberg vertretene These, HIV sei zu inaktiv und nicht bei allen Patienten nachweisbar, führte innerhalb des Meinungssystems (der Einzel-Virus-Theorie) letztlich nur zur Änderung der Standards in den Labors. Noch feinere und präzisere Meßmethoden wurden angewendet, um HIV-Antikörper als "künstliche Größe" beinahe in jedem Patienten nachweisen zu können. Duesbergs Kritik am "reaktiven HIV" kann ebenso als Ansporn zum Nachweis seines Gegenteils innerhalb der offiziellen Forschung zu AIDS verstanden werden. Die von Fleck erkannte Bedeutsamkeit von Denkstil und Meinungssystem im Finden von wissenschaftlich fundierten "Wahrheiten" kann, bezogen auf AIDS, die HIV-Kontroverse relativieren helfen:

"Eine einmal veröffentlichte Aussage gehört jedenfalls zu den sozialen Mächten, die Begriffe bilden und Denkgewöhnungen schaffen; sie bestimmt gemeinsam mit allen anderen Aussagen, was man »anders nicht denken kann«. Auch wenn sie bekämpft wird, wächst man mit ihrer Problematik auf, die innerhalb der Gesellschaft kreisend, zur sozialen Verstärkung gelangt. Sie wird selbstverständliche Realität, die dann ihrerseits weitere Erkenntnisakte bedingt. Es entsteht so ein geschlossenes, harmonisches System, innerhalb dessen der logische Ursprung einzelner Elemente nicht mehr aufzufinden ist." (Fleck 1980, S. 52f.)

Die "soziale Macht" der weltweit vertetenen HIV-AIDS-Theorie hat ein Denken unabhängig von ihr verunmöglicht. Auch die "Dissidenten" müssen sich des vorgegebenen Vokabulars zu AIDS bedienen. AIDS und das Virus waren in der Beschreibung der "neuen Krankheit" wichtiger und prägender, als Gegenpositionen, die mit dem bereits vorhandenen Krankheitsbegriff operieren mußten: Eine neue "Ernährungs-, Depressions- oder Suchtgifterkrankung" läßt sich nur innerhalb der großen definitiven Klammer von AIDS bewegen, da das Phänomen auf der wertsymbolischen Ebene "nicht mehr anders gedacht werden kann". Die, dem Meinungssystem inhärente "Beharrungstendenz" (nach Fleck) hat das Widersprechende genauso in seinen Denkstil integrieren und uminterpretieren können: Psychische und soziale Auslöser von AIDS, wie permanenter Streß, Unterdrückung oder Drogengenuß wurden als Ko-Faktoren zu HIV in Beziehung gesetzt – wer seropositiv ist, solle psychisches Leid und eine körperlich schädigende Lebensweise tunlichst vermeiden.

Eine wichtige Frage, die sich in der Auseinandersetzung mit Theorien zu AIDS erstellt, ist m.E. die der sozialen und humanen Verantwortung gegenüber den von der Krankheit Betroffenen: Die orthodoxe Theorie zu AIDS reduziert den Ausbruch der Krankheit auf ein Krankheitsagens, das durch bestimmte Verkehrsformen weitergegeben werden kann. Dieses Agens alleine bewirkt die letztliche Erkrankung, die gleich einem Vier-Stufen-Modell (Infektion, LAS, ARC, AIDS-Vollbild) verläuft. Dies bedeutet, auf einer symbolischen Ebene betrachtet, daß mehr oder weniger jede seropositive Person innerhalb dieser und jener Zeit, von diesem und über jenes Krankheitsstadium sich fortbewegend, schlußendlich sterben wird.

Gegenüber diesem todesträchtigen Meta-Diskurs zu AIDS eröffnen die alternativen Theorien zumindest in ihrer therapeutischen Anwendung für die Betroffenen ein Gegenmodell der Selbstverantwortlichkeit und Hoffnung auf Gesundung. Duesbergs Kernaussage, "die Bildung von Antikörpern kommt einer Impfung gleich", impliziert für seropositive Personen einen heilvollen Aspekt: Antikörper im Blut symbolisieren nicht die todbringende Krankheit AIDS, sondern das Zeichen eines funktionierenden Immunsystems, das reagiert hat. Die Forderung von Sonnabend, vermehrt Klientenanalysen zu erstellen, ermöglicht ebenso einen therapeutischen Nebeneffekt: Die erkrankte Person wird nicht allein an ihrer gemessenen Anzahl von T-Helfer-Zellen diagnostiziert, sondern als individueller Patient behandelt. Änderungen der Lebensweise können unabhängig von ihrer Sinnhaftigkeit psychisch bedingte Gesundheitserfolge bewirken: Nicht das Virus hat über mein Leben zu entscheiden, sondern ich selbst darf über mein weiteres Leben entscheidend Einfluß nehmen.

M. E. bieten alle (von mir erwähnten) Alternativ-Theorien einen menschlicheren und pietätsvolleren Umgang mit Personen, die an AIDS erkrankt sind, an. Sie ermöglichen ein breiteres und vorurteilsunabhängigeres Verständnis gegenüber den Erkrankten. Die Interpretation alternativer Standpunkte zu AIDS kann aber nur von ihrer gesundheitspolitischen Umsetzung her bewertet werden. Denn zweifelsohne bergen sie ein großes Potential möglicher moralisierender und zusätzlich mit "Schuld" beladener Zuschreibungen gegenüber den Betroffenen in sich: Nun waren die "falsche Lebensweise", die Anfälligkeit gegenüber Depressionen, die "zermürbenden zwischenmenschlichen Beziehungen" u.s.f. die Ursache einer tödlichen Krankheit. Nicht das Virus zerstört den Körper, sondern die seropositive Person selbst wird zum "Erreger" ihrer Krankheit. Eine restriktive Psychologisierung von AIDS führt genauso zur alten Gleichung von Krankheit und in-

dividueller Schuld bzw. dem Eigenverschulden von Leid zurück. Dem gegenüber weist sich in letzter Konsequenz die, vom AIDS-Establishment lancierte, einheitliche Formel zu AIDS in ihren Kernaussagen als "gerechtere" aus:

"Aids ist keine Krankheit speziell von Homosexuellen, Drogenabhängigen oder überhaupt einer besonderen Risikogruppe. Das Virus wird durch Intimkontakte übertragen, wobei die genaue Art weniger wichtig zu sein scheint als der Kontakt selbst." (Gallo 1987, S. 93)

## **6. Information und Aufklärung zu AIDS**

### **6.1. Zur Gründungsgeschichte der Österreichischen AIDS - Hilfe (ÖAH)**

Die Gründungsgeschichte der Österreichischen AIDS-Hilfe geht eigentlich auf das Jahr 1983 zurück, "als die Homosexuelle Initiative (HOSI) Wien gemeinsam mit der Wiener Arbeitsgemeinschaft für Volksgesundheit die erste Informationsbroschüre in Europa herausgab." (ÖAH info aktuell 2 1990, S. 34) Ende des Jahres 1984 beabsichtigte eine holländische Firma, die die ersten LAV-Tests (als Vorläufer der späteren HIV-Antikörpertests) hergestellt hatte, diese an geeigneten Personen, vormals an den von AIDS betroffenen Randgruppen, zu erproben. Da die HOSI-Wien zu diesem Zeitpunkt in der Aufklärung zu AIDS schon tätig gewesen war, wurde sie zur auserkorenen Personengruppe jener Firma, die eine "Prävalenzstudie" auf Antikörper bei homosexuellen Männern in Österreich erstellen wollte.

Die Zusage zur Testreihe war seitens der HOSI von großer Skepsis getragen, zumal der Test selbst bei Seropositivität in punkto Krankheitsausbruch keine Aussage zu treffen vermag; ein positives Testergebnis jedoch eine große psychische Belastung für die Betroffenen darstellt. Die Zustimmung zum Testverfahren wurde dennoch erteilt, da ansonsten wohl eine andere Randgruppe das Versuchsobjekt geworden wäre und das Verfahren als solches so oder so die Bühne des Gesundheitsmarktes ja bereits betreten hatte. Zuzüglich dessen war aber auch unter den Homosexuellen selbst ein Bedürfnis nach der Feststellung ihres Serostatus in Hinblick auf Prävention und zum eigenen Schutze gegeben. Unter der Wahrung der Anonymität wurden Blutproben entnommen und auf freiwilliger Basis waren die Befunde abholbar. Die HOSI erachtete die hiermit erstellte "Durchseuchungsstudie" als unzureichend und forderte eine zusätzliche Fragebogenerhebung, die das spezifische Risikoverhalten und die Ko-Faktoren zur HIV-Infektion evaluieren sollte: Das Ergebnis der Zusatzstudie zeigte, daß der rezeptive (passive) Analverkehr sowie die Anzahl der Sexualpartner eine hochsignifikante Korrelation zum positiven Antikörper-Befund aufwiesen. (Vgl. ÖAH info aktuell Nr. 1 1987, S. 9f.)

Mit Abschluß dieser ersten großen Untersuchung - auch europaweit betrachtet - wuchs das Bedürfnis nach weiterer Aufklärung und sinnvoller Prävention speziell unter der (vorerst) am stärksten betroffenen Personengruppe. Während sich in anderen europäischen Ländern bereits Selbsthilfe-Gruppen zu AIDS, die größtenteils aus Homosexuellen-Gruppen hervorgegangen waren, gebildet hatten,<sup>1)</sup> war das Engagement diesbezüglich in Österreich eher bescheiden. Die Gründe dafür liegen sicherlich im

Trauma der nationalsozialistischen Verfolgung und Ermordung vieler homosexueller Bürger Österreichs. Ferner beeinflusste die österreichische Tradition klerikaler Schwulenfeindlichkeit maßgeblich die harte Gesetzesgebung der Regierungsparteien der fünfziger- und sechziger Jahre, die das Aufkommen der "Schwulenzbefreiungsbewegung" der siebziger Jahre in Österreich verhaltener und leiser als in anderen europäischen Ländern zuließ. Erst im Jahre 1971 stellte die Republik Österreich die männliche Homosexualität unter Straffreiheit, Paragraph 209 – das "Schutzalter" betreffend und zwei weitere diskriminierende Paragraphen wurden beibehalten. Sie bilden, europaweit betrachtet, eine äußerst restriktive Gesetzeslage für homosexuelle Bürger.<sup>2)</sup> Aus diesen Gründen wird verständlich, warum das Engagement der HOSI in Hinblick auf AIDS nicht so stark war, wie in anderen Ländern, zumal auch die Gleichsetzung von "AIDS ist gleich Homosexualität" in Anbetracht der österreichischen Gesetzeslage äußerst fatal hätte ausfallen können. Dennoch war das Bedürfnis nach Aufklärung und Schutzmöglichkeiten unter vielen engagierten Homosexuellen gegeben und insbesondere Fachleute aus den Bereichen der Medizin, der Psychologie und Sexualwissenschaft, die in der HOSI verankert waren, zeigten Interesse an einer professionellen AIDS-Hilfe für Österreich. Dr. Reinhard Brandstätter<sup>3)</sup> erarbeitete gemeinsam mit der Oberärztin Dr. Judith Hutterer<sup>4)</sup> ein Konzept für die Österreichische AIDS-Hilfe sowie die Statuten des privaten Vereins:

"Allen Beteiligten war klar, daß es sowohl für die Hauptbetroffenengruppe der Homosexuellen als auch für die allgemeine Präventionsarbeit besser wäre, wenn die AIDS-Arbeit von einer »unabhängigen« Organisation getragen würde, in der jedoch – und auch dies war allen Beteiligten klar – Vertreter von Schwulen- und Lesbengruppen prominent involviert sein müßten. Im Falle der ÖAH personifiziert sich diese Involvierung in drei der ÖAH-Gründungsväter und -mütter (...), die Aktivisten und Funktionäre der Homosexuellen Initiative (HOSI) Wien waren und noch sind, sowie in etlichen Mitarbeitern der Landesstellen, die ebenfalls in Homosexuellen Initiativen aktiv waren beziehungsweise sind. Voraussetzung für eine Mitarbeit war jedoch stets auch Fachkompetenz und nicht nur Betroffenenkompetenz." (ÖAH info aktuell Nr. 2 1990, S. 34)

Im August 1985 wurde der Verein der ÖAH in Zusammenarbeit mit dem Gesundheitsministerium gegründet, im November darauf begann die Wiener Beratungsstelle mit ihrer Tätigkeit. Aus der Entstehungsgeschichte der ÖAH läßt sich der Ambivalenz ihrer Mitarbeiter und deren Selbstdefinition nachspüren: Einerseits sollte die AIDS-Hilfe nicht als Homosexuellen-Vereinigung wahrgenommen werden – dies widersprach auch dem Interesse der homosexuellen Mitarbeiter –, andererseits sollte aber in der ÖAH eine Einrichtung geschaffen werden, die das Vertrauen insbesondere der von AIDS betroffenen Randgruppen besitzt. Mit dem Bekanntwerden der ersten heterosexuellen Fälle zu AIDS in Österreich, änderte die Institution ihr Profil und wirkte dem Negativimage der "schwulen" AIDS-Hilfe medial entgegen: In Zusammenarbeit mit dem

Gesundheitsministerium wurden die ersten großen "Hetero-Kampagnen" in Auftrag gegeben: "AIDS kriegt man nicht, AIDS holt man sich!", prangerte von den Plakatwänden. Den Zulauf und das Vertrauen homosexueller und IV-dogensüchtiger Personen nach wie vor für sich verbuchend, wurden aber die Beratungsstellen m. E. zusehends Partnerschaftszentralen in Beziehungsfragen und Fragen der Sexualität für hilfesuchende heterosexuelle Personen. Mit der Einbeziehung der heterosexuellen Klientel entstanden vermehrt Broschüren in Anlehnung an das Thema "Test". Ab dem Jahre 1988 begann auch die Sensibilisierung der Jugendlichen, die ebenfalls mit einer eigenen Aufklärungs-Broschüre bedacht wurden. Das Arbeitsspektrum der staatlich getragenen Vorsorge-Institution weitete sich über die Jahre ständig aus, zudem wurden österreichweit Landesstellen errichtet.<sup>5)</sup>

## **6.2. Der Staat ging im Errichten der AIDS-Hilfe strategisch vor: "Anonymität" als Mittel der Disziplinierung**

Aus den vorhergehenden Erläuterungen wird ersichtlich, daß der Umgang der österreichischen Regierungen mit der Personengruppe der männlichen Homosexuellen keineswegs ein loyaler (gewesen) ist und auf juristischer Ebene homosexuelle Bürger nach wie vor großen Benachteiligungen gegenüber den heterosexuellen, sowie eigens für sie vorgesehenen Strafbestimmungen, ausgesetzt sind. Als die ÖAH als privater Verein in ihrer Gründungsphase großzügig vom Gesundheitsministerium unterstützt wurde und bei der Verabschiedung des Österreichischen AIDS-Gesetzes (1986) auch im Gesetzestext indirekt verankert wurde<sup>6)</sup>, stellt sich für mich rückblickend die Frage, welche Überlegungen auf höchster politischer Ebene den Gesinnungswandel gegenüber den einstigen "Bürgern zweiter Klasse" maßgeblich gewesen sein mögen: Warum sollte plötzlich das Thema AIDS, hochstilisiert zur "Seuche" und "Geißel" der modernen Gesellschaft, in die Hände der, damals überwiegend homosexuellen Initiatoren der ÖAH gelegt werden? Wäre nicht von Personen, die der "gleichgeschlechtlichen Unzucht" nachgehen, eine umso deftigere und unkontrollierbare Sexualaufklärung zu erwarten?

Aufs erste ließe sich aufgrund des Gesinnungswandels entgegenhalten, daß die Regierungsparteien mit einer effizienteren und zielgruppen-spezifischen Betreuungsmöglichkeit spekulierten, zumal im Jahre 1986 die meisten seropositiven Personen aus der Schwulen- und Fixerszene kamen. Diese Antwort ist aber insoferne unbefriedigend, da ohnehin andere staatliche Institutionen auch die personelle Kapazität für AIDS-Aufklärung und Prävention gehabt hätten. Um diese Frage zu klären, war es mir dien-

lich, hinter die Kulisse der obersten politischen Gremien, den Österreichischen Nationalrat und Bundesrat, zu blicken und in Heranziehung der Debatte um die Verabschiedung des AIDS-Gesetzes, das von allen drei Regierungsparteien getragen wurde, eine andere Antwort zu finden.

Voran sei erwähnt, daß die Mitarbeiter der AIDS-Hilfe die Gründungsgeschichte selbst äußerst optimistisch bewertet haben: "Für österreichische Verhältnisse stellte diese Kooperation zwischen Behörde und Homosexuellenvereinigung eine sensationelle Neuheit dar." (ÖAH info aktuell 2 1990, S. 35) M.E. hat aber diese sensationelle "Scheinehe" dem Staat eine strategisch geglückte Schaltstelle für die Überwachung der Randgruppen geboten und ihm ein "technisch-positives" Instrument der Macht in die Hände gelegt, das gezielter wirken kann als ausgewiesene "repressive" Vorgehensweisen.

#### **6.2.1. Die Verabschiedung des liberalen AIDS-Gesetzes**

Das AIDS-Gesetz wurde von den Politikern als äußerst mildes und humanes Instrument zur Überwachung des Immunschwächesyndroms gepriesen, das "uns legislativ in das Spitzenfeld bringt." (Nationalrat, 142. Sitzung 1986, S. 12 463) Die Gründe der Glorifizierung beziehen sich größtenteils auf die liberale Handhabung gegenüber HIV-Positiven und Personen mit Prä-AIDS, die nicht der Meldepflicht unterliegen. Die Meldung darf nur bei Personen mit AIDS-Vollbild an die zuständigen Behörden erfolgen: in anonymisierter Form (den Initialen, dem Geburtsdatum und dem Geschlecht), dem Datenschutz unterliegend, darf sie nur durch Ärzte in leitender Position übermittelt werden.<sup>7)</sup> Jeder Arzt, der bei einer Person Antikörper im Blut feststellt, ist verpflichtet, diese aufzuklären und zu beraten; ferner obliegt der Befund der ärztlichen Schweigepflicht. Bei Ausbruch der Krankheit AIDS darf der Patient nur mit Therapeutika behandelt werden, die dem aktuellen Wissenschaftsstand entsprechen. Die einzige Personengruppe, die dem gesetzlichen Schutz der Anonymität und Schweigepflicht gänzlich enthoben ist, ist die Berufsgruppe der registrierten Prostituierten: Diese müssen in dreimonatigen Abständen ein negatives Testergebnis nachweisen können, ansonsten kommt es zum Entzug des Gewerbescheins<sup>8)</sup>. (Vgl. Österr. AIDS-Gesetz 1986, S. 5f.)

Während der Verabschiedung dieses Gesetzes waren in anderen europäischen Staaten bereits Argumente für die Zwangstestung und das Massen-Screening laut geworden: Le Pen in Frankreich forderte die Testung aller Immigranten, Gauweiler in Bayern hatte einen radikalen Maßnahmenkatalog gegen mehrere Randgruppen verfaßt.<sup>9)</sup> Insoferne

statuierte Österreich ein Exempel der Humanität, das die "Epidemie" auf der Basis der freiwilligen Testung (vor dem Gesetz zumindest<sup>10</sup>) sowie durch präventive Information und Aufklärung "bekämpfen" sollte.

Die Debatte im Nationalrat selbst beleuchtet den Umstand der anonymen Beratung und Testung von Personen aus den Randgruppen von weniger kulanter Seite: Im folgenden werde ich auf die Stenographischen Protokolle des Bundesrates, XVI. Gesetzperiode, der 476. Sitzung vom 16. Mai 1986, eingehen.

### **6.2.2. Die Wahrheit selbst ist die Macht**

Abgeordneter STUMMVOLL (ÖVP), die Tätigkeit der ÖAH lobend und nicht verhehlend, daß ihm das Gesetz "nicht streng genug ist, da AIDS nach wie vor eine Gleichung mit sieben Unbekannten ist" (S. 12 457), verweist dennoch wohlwollend auf den Dreiparteien-Konsens. Er zitiert die pessimistische Prognose des Vorstandes vom Hygieneinstitut Graz, Dr. Möse: "Entweder gelingt es uns jetzt mit allen Mitteln, diesen zum Teil ja noch versteckten Eisberg der AIDS-Infektionen an einem weiteren Wachstum zu hindern, oder wir verlieren den Kampf um die Zukunft schon heute." (S. 12 457) Weiters erwähnt Stummvoll den "positiven Aspekt", daß sich AIDS "Gott sei Dank auf wenige Randgruppen beschränkt"; als "negativen" Aspekt erachtet er die "erfolglose Impfstoffsuche zu AIDS (vgl. S. 12 458).

Abgesehen vom menschenverachtenden Zynismus der letzten Aussage, wird mit der von mir nächstzitierten Redepassage deutlich, was Stummvoll darunter versteht, wenn es darum geht, den "versteckten Eisberg der AIDS-Infektionen (gemeint sind die HIV-positiven Personen!) an einem weiteren Wachstum zu hindern:

"Die Hauptaufgabe (das Gesetz betreffend, Anm. d. Verf.) besteht darin, daß man einfach bestmöglich versucht, die Risikogruppen aus der Bevölkerung herauszufinden, sie zu informieren, zu beraten, ihnen Verhaltensregeln zu geben mit dem Ziel, die Übertragung dieser Krankheit möglichst zu vermeiden. Ich gebe gerne zu, wir hätten gern zum Teil strengere Maßstäbe in diesem Gesetz angelegt. Wir haben es dann deshalb nicht getan, weil genau die Zielsetzung, die Risikogruppen herauszufinden, natürlich eine sehr schwierige Aufgabe ist und wir ja vermeiden müssen, daß diese Risikogruppen gleichsam in den Untergrund gedrängt werden, gesellschaftlich isoliert und gesellschaftlich diskriminiert werden. Auch insofern ein unbefriedigendes Gesetz, aber nach dem letzten Stand und nach bestem Wissen und Gewissen erarbeitet." (S. 12 458)

Stummvolls – nomen est omen? – letzter Satz steht im inhaltlichen Gegensatz zu den vorhergehenden, in denen er sich gegen die Diskriminierung der Randgruppen ausspricht. Bei genauerer Betrachtung der Gesamtaussage aber steht er im Kontext der vage formulierten Absicht: Wissend, daß die Randgruppen sich außerhalb ihrer "Szene" nicht unbedingt zu erkennen geben und die von Stummvoll gewünschte – wenn auch nicht direkt angesprochene – Zwangstestung einen ungeheuren behördlichen und personellen Aufwand bedeuten würde, erweist sich die Installierung der AIDS-Hilfe, als den Randgruppen nahe und vertrauenswürdige Institution, durchaus effizient und sinnvoll: Niemand muß zum Test gezwungen werden, alleine die Panikmache um AIDS, dessen tödliche Wirkung als Erste homosexuelle Männer in Österreich erfaßt hatte, läßt sie freiwillig, hilfesuchend in die anonyme Testzentrale gehen. An dieser Stelle sei vermerkt, daß die ÖAH zur Legitimierung ihrer Unterstützungsgelder halbjährlich dem Gesundheitsministerium die internen (vollkommen anonymisierten) Positiven- und AIDS-Statistiken, gesondert nach Risikoverhalten, Geschlecht und sexueller Orientierung, übermitteln muß. Gegenüber der Behörde war mit diesem Prozedere klargestellt, daß die ÖAH-internen Daten aktueller und realistischer sind,<sup>11)</sup> als die an Krankenhauspatienten gewonnenen Ergebnisse im Rahmen der unerlaubten Reihentestungen. Auf der Basis der Anonymität und Freiwilligkeit konnte die ÖAH epidemiologisch wertvollere Trends liefern als die Epidemiologen selbst, zumal sie den Zulauf der Randgruppen für sich verbuchen kann.

Michel Foucault, durch dessen Gesamtwerk sich die Analyse der Macht zieht, erklärte ihr Funktionieren anhand eines produktiven Netzes, das über den Staat und das Gesetz hinausreicht: Die ÖAH bildet m.E. eine Schaltstelle der Macht, in deren Zentrum sich der Sex als "Nahtstelle zwischen der Disziplinierung der Körper und der Kontrolle der Bevölkerung befindet" (Foucault 1978a, S. 43). Wäre die Macht ausschließlich juristisch konzipiert und neinsagend, repressiv, die Menschen entzögen sich ihr. Die Macht durchdringt in Wirklichkeit die Körper und sie bringt Wissen hervor (vgl. Foucault 1978a, S. 43). Die Kontrolle des modernen "Gesellschaftskörpers" funktioniert durch das Wissen über die individuellen Körper, ihre Lust und ihr Begehren. Einen maßgeblichen Fokus aseptischer Überwachung (im Gegensatz zu den Methoden der Marter und Isolation vorhergehender Jahrhunderte) bildet das Geständnis, jenes säkularisierte Hauptritual der abendländischen Kultur, das zuletzt auch ihre »scientia sexualis« bestimmt (vgl. Foucault 1983). Das Geständnis wurde zu einer der "höchstbewerteten Techniken der Wahrheitsproduktion":

"Die Verpflichtung zum Geständnis wird uns mittlerweile von derart vielen verschiedenen Punkten nahegelegt, sie ist uns so tief in Fleisch und Blut übergegangen, daß sie uns gar nicht mehr als Wirkung einer Macht erscheint, die Zwang auf uns ausübt; im Gegenteil scheint es uns, als ob die Wahrheit im Geheimsten unserer selbst keinen anderen »Anspruch« hegte, als den, an den Tag zu treten; (...) daß sie (die Wahrheit, Anm. d. Verf.) sich letzten Endes nur um den Preis einer Art Befreiung wird äußern können." (Foucault 1983, S. 77f.)

Der abendländische Mensch, "ein Geständnistier", sucht freiwillig die Teststelle der Österreichischen AIDS-Hilfe auf; er gibt seine Sexualpraktiken und die Anzahl seiner Partner preis, weil er weiß, daß das mitgeteilte Geheimnis seiner individuellen Sexualität wie bei einem "Beichtvater" anonym bleibt. Die Instrumentalisierung der ÖAH als "Geständniszentrale" und Ort der "Wahrheitsproduktion" (dem Wissen über die Randgruppen, deren Sexualität und Serostatus) wird nochmals deutlich, wenn der Abgeordnete HOCHMAIR (SPÖ) in der Bundesratsdebatte zu Wort kommt:

"Wenn es uns jetzt und sofort gelingt, massive Vorbeugungen zu treffen, dann können wir unter Umständen Neuinfektionen verhindern (...). Wir meinen, wenn die Anonymität gewährleistet ist, kommt damit auch die Freiwilligkeit. Genau an dieser Freiwilligkeit beim Test liegt uns." (Stenogr. Protok. d. Bundesrates, 476. Sitzung 1986, S. 12 459f.)

Die österreichische Politik zu AIDS sollte dem "Desperadotum" der Seropositiven, die in den "Untergrund tauchen" (wie Stummvoll zuvor meinte) oder das Land verlassen könnten, durch das Angebot der Anonymität entgegenwirken. Die Kontrolle der Neuinfektionen wird einem anonymen Ort überantwortet, dessen Verfahren und Methoden dem Aufspüren der Wahrheit dienlicher sind als die Repression selbst: Das psychologische Raster der Beratungsgespräche in der ÖAH perlustriert alle wichtigen Fragen zu AIDS, zwangsgetestete Personen hingegen könnten auf das Prinzip der Lüge rekurrieren oder schweigen und sich nicht ihrer sexuellen Gewohnheiten entsinnen.

Die Aufklärung zu AIDS funktioniert in den meisten Bereichen. Beinahe jeder Schüler weiß heutzutage, daß die Krankheit durch ein Virus hervorgerufen wird und tödlich verlaufen kann. Der todesträchtige Diskurs zu AIDS ist zum Allgemeingut geworden und wird auch von den meisten seropositiven Personen geteilt. Die Macht des medizinischen Diskurses zu AIDS hat die Körper schon erfaßt: in angstvoller Haltung, den Tod antizipierend, begeben sich HIV-Positive von selbst in die Isolation. Die Quarantäne als Ausgrenzungsort erübrigt sich, sobald man sich selbst als den Träger einer "Zeitbombe" wahrnimmt, lebenslang ansteckend und infiziert, unwissend, wann die Krankheit zum Ausbruch kommt (vgl. Becker u. Clement 1989, S. 698f.). Die Beratungsstellen der AIDS-Hilfen stellen den einzigen Ort der Mitteilung für HIV-Positive dar. Dort erfahren sie Näheres über risikolose sexuelle Verkehrsformen, über ihren Gesundheitszustand und dort dürfen sie auch ihr persönliches Leid klagen.

In der Schaffung der Österreichischen AIDS-Hilfe als anonymen Ort der Erfassung HIV-Positiver und ihrer Betreuung, konnte der Staat zwei Gewinne für sich verbuchen: Er selbst erspart sich die Suche nach den infektiösen Personen und er kann die Verantwortung an die Beratungsstellen abschieben.<sup>12)</sup> Einen zusätzlichen Ort der Isolation bildet dann die AIDS-Hilfe selbst, weil sie zum Auffangbecken ohnehin ungeliebter Mitbürger wird. Läge den Politikern wirklich an der Betreuung HIV-Positiver, so müsste die AIDS-Hilfe eine größere finanzielle Unterstützung bekommen, um insbesondere den Bereich der Sozialarbeit ausbauen zu können. Das Interesse des Staates scheint sich jedoch fast ausschließlich an der Testung sowie der Aufklärung risikoloser sexueller Verkehrsformen zu orientieren. Aus der Perspektive der Macht betrachtet, bietet das anonyme Setting eine bessere Kontrolle über die Körper. Es läßt Richtlinien des sexuellen Verhaltens sowie der medizinischen Technologie zielführender wirken.

### **6.3. Exkurs zu Michel Foucaults Theorie über das abendländische Subjekt**

Um zu verstehen, warum die Institution der Österreichischen AIDS-Hilfe sich an der "Nahtstelle zwischen der Disziplinierung der Körper und der Kontrolle der Bevölkerung befindet", bedarf es der Erläuterung von Michel Foucaults methodischem Zugang zur Konstitution des abendländischen Subjekts. Foucault war es nicht ausschließlich ein Anliegen, eine Analyse der Machtphänomene zu machen. Vielmehr versuchte Foucault, "eine Geschichte der verschiedenen Verfahren zu entwerfen, durch die in unserer Kultur Menschen zu Subjekten gemacht werden". (Dreyfus u. Rabinow 1987, Vorwort)

"Nicht die Macht, sondern das Subjekt ist deshalb das allgemeine Thema meiner Forschung. Aber die Analyse der Macht ist selbstverständlich unumgänglich. Denn wenn das menschliche Subjekt innerhalb von Produktions- und Sinnverhältnissen steht, dann steht es zugleich auch in sehr komplexen Machtverhältnissen." (Foucault, zitiert nach: Dreyfus u. Rabinow 1987, S. 243)

Diese Verfahren, die die Menschen zu Subjekten gemacht haben, nennt Foucault "Weisen der Vergegenständlichung". Sie haben den abendländischen Menschen gleichsam zwanghaft zum "totalen Subjekt" und ergo zu seinem "totalen Objekt" gemacht. Diesen Vorgang der "zwanghaften Individualisierung" bewirken spezifische "Rationalitäten" der Macht innerhalb jener Bereiche, die jedes "Subjekt" betreffen: Krankheit, Tod, Verbrechen, Sexualität, Wahnsinn u.s.f. (vgl. Foucault in: Dreyfus u. Rabinow 1987, S. 243ff.).

Das ausgehende 18. Jahrhundert markiert für Foucault einen Wendepunkt innerhalb der Kontroll- und Machtmechanismen über die Menschen: der "König" (der absolutistische Souverän) und sein Äquivalent, das harte Gesetz und das Verbot, schwanden. Dem König wurde der "Kopf" nicht unbedingt "abgeschlagen": Er wurde durch subtilere und intensivere Mechanismen der Machtkontrolle seit der Regentschaft der Bourgeoisie ausgestattet:

"An seine Stelle (trat, Anm. d. V.) die Disziplinierung (...), dieses umfassende System der Überwachung, Kontrolle, Normalisierung und später dann, der Bestrafung, Besserung, Erziehung u.s.w., (...). Man fragt sich, woher dieses System kommt. Warum es in Erscheinung tritt, welchen Nutzen es hat." (Foucault 1978, S. 38)

Welchen Nutzen brachten die Verfahrensweisen der Disziplinierung, die "Teilungspraktiken", die das Subjekt konstituierend, es in Normale/Anormale, Gesunde/Kranke, Ehrliche/Kriminelle oder "Mündige"/"Unmündige" aufspalten ließen? Auf der Ebene der Macht vollzog sich am Ende des 18. Jahrhunderts, Anfang des 19. Jahrhunderts, ein Strukturwandel: Die Machtausübung wirkte fortan nicht mehr über den "Gesellschaftskörper", sondern in ihm selbst (vgl. Foucault 1976a, S. 32). Die Erstellung von Bevölkerungs- und Sterbestatistiken, das Aufstellen von Kosten-Nutzen-Rechnungen in der Phase des Monopolkapitalismus, trafen das Subjekt, das es zu schützen und gleichzeitig zu kontrollieren galt, an seiner empfindlichsten Stelle: Sein Körper wird auf medizinische Weise geschützt, Rezepte und Therapien, die Erforschung seiner sexuellen Regungen, die Pathologisierung seiner kriminellen Ader und seine (Re)Sozialisierung, stehen im Kontext einer subtilen "Umformungstechnologie" durch "Erziehung" schlechthin, deren Nutzen die Normalisierung und aus ihr die Erstellung der Norm ist, der sich das Subjekt, hoffnungslos zum Objekt gemacht, angleichen muß beziehungsweise sollte.

Die Regierbarkeit der "Subjekte" bedarf aber ihrer Kenntnis genauso: Die Gesamtheit der militärischen und schulischen Disziplin ermöglichte ein ungeheures organisches und psychologisches Wissen über die Körper. In der Ausübung der Macht – z.B. in der Kontrolle der Jugendlichen, die im 18. Jahrhundert dem Masturbationsverbot unterlagen – wurden gleichzeitig Wissensgebäude produziert. Und umgekehrterweise hat das Wissen in der Etablierung der Humanwissenschaften Machtwirkungen hervorgerufen: Der Kriminelle war im 18. Jahrhundert noch nicht geboren, weil er zumeist gehängt wurde oder an der schweren Zwangsarbeit zugrunde ging; der Delinquent der Neuzeit sollte seine Umerziehung, basierend auf den Erkenntnissen der Psychologie, Psychiatrie und Kriminologie, erfahren. Seine Umformung beruht auf der Kenntnis seiner Geheimnisse,

die ihn zum Verbrechen bewogen. Erst in der Kenntnis dieser darf seine "Resozialisati-  
on" beginnen. Wissen und Macht sind integriert: "Es ist nicht möglich, daß sich Macht  
ohne Wissen vollzieht; es ist nicht möglich, daß das Wissen nicht Macht hervorbringt".  
(Foucault 1976a, S. 45)

Bezogen auf die Kriminalität hat sich beispielsweise im Wissen über den und Bewerten  
des Kriminellen eine große Änderung gezeigt: Jemand hat nicht gestohlen, weil er ein  
"schlechter Mensch" war oder nur "arm". Sein "Charakter", seine seelische Veranla-  
gung", seine "Erziehung", sein "Unbewußtes", sein "Begehren" – all die geheimen  
Dinge, die in ihm "stecken" –, sollten fortan seine Motivation zum Verbrechen trans-  
parent (vgl. Foucault 1976a, S. 37) machen. Im Verhör des Kriminellen wird seine Per-  
sönlichkeit, sein Charakter, seine ganze Geschichte perlustriert: Psychiatrische Gutach-  
ten mögen Aufschluß geben über seine Zurechnungsfähigkeit und die wahren Absichten  
zum Verbrechen erhellen. Medizin und Psychiatrie, die Hilfssysteme der Strafjustiz,  
nehmen großen Einfluß auf die Behandlung des Kriminellen. Die Entstehung des Ker-  
kersystems datiert auch die Geburtsstunde der Psychologie: Die Zellenhaft und mit ihr  
die Isolierung ermöglicht den "Ingenieuren der Menschenführung" maßgeblichen Ein-  
blick in die "Seele" und die "heimlichen Regungen" der Körper (vgl. Foucault 1976b,  
S. 379ff.), die sich auch heute noch unter den Experimenten neuer und zu testender  
Medikamente krümmen, die an Gefängnisinsassen erprobt werden: Wissen und Macht  
sind integriert.

Die Geschichte des Gefängnisses und die Disziplinierung der Inhaftierten zeigen auf,  
welche wichtige Rolle das individuelle Geständnis, das Wissen über die Subjekte ver-  
mittelt, spielt. Foucault analysiert in der Herausbildung des modernen Staates – und  
somit auch des Subjektes – das transformierte und säkularisierte Fortwirken der abend-  
ländischen PASTORALMACHT als eine wichtige "alte Machttechnik": Die Human-  
wissenschaften haben ein gewaltiges Wissen über die Subjekte (bzw. ihre Objekte) her-  
vorgebracht; die individualisierende Macht über die Körper, die Verhaltensweisen und  
innersten Regungen wirken integrativ auf ein im Diesseits gesuchtes Heilsversprechen:

Gesundheit, Wohlstand und Sicherheit, einst von Gottes Gnade abhängig gemacht, lie-  
gen im Verwaltungsbereich der Medizin, der Soziologie und Psychologie. Foucault ver-  
sucht, exemplarisch im Bereich der Sexualität, nachzuzeichnen, "wie der Mensch ge-  
lernt hat, sich als Subjekt einer »Sexualität« zu erkennen". (Foucault, zitiert nach: Drey-  
fus u. Rabinov 1987, S. 243) Nach Foucault erfährt die Geschichte der Sexualität, die in  
einem großen Repressionszyklus zwischen dem 17. und 20. Jahrhundert gedacht worden

ist, zwei Bruchstellen: Im 17. Jahrhundert wurde die erwachsene und eheliche Sexualität monopolisiert und über sie wurde fortan schamhaft gesprochen; im 19. Jahrhundert lockern sich die Mechanismen der Repression in der Aufhebung drückender Sexualverbote, im Nachlassen der Disqualifizierung der "Perversen" und der Tabuisierung der kindlichen Sexualität. Foucault verweist auf eine "Chronologie der Techniken", die den Sex im Abendland zum Reden und zum Gesprächsthema gemacht haben:

Ausgehend von den mittelalterlichen Bußpraktiken des Christentums, die seit dem Laterankonzil den Gläubigen die Beichte ihrer fleischlichen Begierden periodisch vorgeschrieben haben, später den Methoden der Asketik und Mystik, setzte seit dem 16. Jahrhundert eine allgemeine Diskursivierung der BEGEHRLICHKEIT ein (vgl. Foucault 1983, S. 139f.). Ende des 18. Jahrhunderts entstand eine neue Technologie des Sexes, die sich im wesentlichen dem kirchlichen Bereich entzog:

"Vermittelst der Pädagogik, der Medizin und der Ökonomie machte sie aus dem Sex nicht nur eine Laiensache sondern eine Staatssache (...) : eine Angelegenheit, in der sich der gesamte Gesellschaftskörper und fast jedes seiner Individuen der Überwachung unterziehen mußten." (Foucault 1983, S. 140)

Die Thematik der Sünde vorerst beibehaltend, wurden die Sexualität des Kindes, die sexuelle Physiologie der Frau sowie die Demographie, in die neue Technologie der Geburtenregelung des aufkommenden Verwaltungsstaates integriert: Der Sex wird dem Gesundheitswesen und dem Normalitätsgebot unterstellt, das "Fleisch" wird auf den Organismus reduziert. Am "Ursprung eines pathologischen Kapitals für die Gattung" stehend, unterliegt er fortan der politischen und medizinischen Verwaltung ob seiner Rolle als Krankheitsverursacher, Erbfaktor, Eheschließer oder Anzeiger einer geschlechtlichen Verfehlung. Seine Fruchtbarkeit administrierend, widerfuhren dem Sex Mitte des 18. Jahrhunderts Ausschliessungstechniken in der Etablierung der Eugenik, innerhalb der Medizin der Perversionen und später, in der Theorie der Entartung, deren theoretisches Grundkonzept von der Jurisprudenz, der Psychiatrie und der Gerichtsmedizin getragen wurde. Das Entstehen der Psychoanalyse Ende des 19. Jahrhunderts markierte einen Widerpart gegenüber dem Komplex der "Perversion-Vererbung-Entartung", dieser fügte sich jedoch nahtlos in die Tradition der geständnisbereiten abendländischen Sexualität ein (vgl. Foucault 1983, S. 141ff.) Das "Sexualitätsdispositiv" wirkte aber keineswegs als Lusthemmer, im Gegenteil, es führte gleichzeitig zur Intensivierung der Lüste, zur Problematisierung der Gesundheit und Kultivierung des Körpers. Der hygienische und "rassisch reine" (von sexuellen Verfehlungen), gesunde

"Klassenkörper" des Bürgertums hatte sich herausgebildet: Das Bürgertum adelte sich mit seinem eigenen Blute – dem Sex – und es führte einen eigenen Stammbaum, die gesunde Vererbung, ein (vgl. Foucault 1983, S. 147).

Den konstitutiven Part der abendländischen SCIENTIA SEXUALIS bildet das *GE-STÄNDNIS*, die "allgemeine Matrix", die den wahren Diskurs über den Sex produziert (vgl. S. 81). Sein Verfahren wurde an die wissenschaftlichen Diskurse angepaßt (von der Medizin bis zur Psychoanalyse) und über die Jahrhunderte konnte so ein enormes Wissen über das (bürgerliche) Subjekt gewonnen werden: kontrolliert und abhängig gemacht, erlangte es Bewußtsein und Selbsterkenntnis seiner Identität.

Der normalisierende und disziplinierende Diskurs der Humanwissenschaften produziert selbst Wissensgebäude der Macht, die wiederum mit den gesetzlichen Verordnungen des Staates verknüpft sind. Sie bilden gleichsam DISPOSITIVE der Macht, eine Verknüpfung von Machtstrategien, Diskursen und Praktiken, Wissen und Macht. Foucault führte den Begriff des Dispositivs erstmals in seiner Analyse der "abendländischen Sexualität" – deren Kategorie erst im 19. Jahrhundert auftauchte – ein (vgl. Fink-Eitel 1989, S. 80 u. 82):<sup>13)</sup>

"Man muß sich das Sexualitätsdispositiv als ein Netz denken, das den gesamten "Gesellschaftskörper" umfaßt und aus vielfältigen, heterogenen Punkten und sich überkreuzenden Linien gewebt ist, die für die diskursiven und nicht-diskursiven Praktiken stehen: Eltern, Erzieher, Ärzte, Psychologen, Psychiater und die »Gesundheitspolizei« definieren und bearbeiten die »Sexualität«. Der alteuropäische Geständniszwang hat seinen Kulminationspunkt erreicht." (Fink-Eitel 1989, S. 83f.)

Der Sex, der individuelle und globale Wirkungen hervorruft, ist zum Scharnier zwischen der individuellen Körper-Disziplinierung und der Bevölkerungskontrolle geworden: Der menschliche Körper als "Maschine" transformierte sich Mitte des 18. Jahrhunderts in den "Gattungskörper". In der Verwaltung der Körper (die Gesundheit betreffend) und der rechnerischen Planung des "Lebens" (in der Demographie zum Schutze der kollektiven Gesundheit) wird eine körperliche Macht etabliert, die als BIO-MACHT anders als die souveräne alte Macht wirkt: ihre höchste Funktion ist nicht mehr das Töten, sondern die vollständige Durchsetzung des Lebens. Die "Gesellschaft des Blutes" – der Adel – hatte an politischer Bedeutung verloren und wurde vom hygienischen, gesund-genormten bürgerlichen Gesellschafts-Körper abgelöst (vgl. Foucault 1983, S. 166ff.).

Mit AIDS erfährt die Metapher der "Reinheit des Blutes" als normierendes Scheidemittel im Rahmen der biologischen Bevölkerungsregulierung wieder Hochkonjunktur: Nur jene Körper dürfen (sollten) sich reproduzieren, die ein reines – von HI-Viren freies – Blut haben. Bevor sie diesen Schritt in Erwägung ziehen, müssen (sollten) sie sich ihrer Seronegativität durch einen Bluttest versichern.<sup>14)</sup> Der HIV-AK-Test bildet ein wichtiges Normierungsinstrument in der Prävention zu AIDS und einer auf das Leben gerichteten Machttechnologie; er wirkt als Scheidemittel zwischen den "Gesunden" und den "Infizierten": "Der Test macht ein Abweichen von der Norm sichtbar und konstituiert sie gleichermaßen." (Riese 1990, S. 41) Obwohl der Test selbst nur den stattgegebenen Kontakt mit dem Virus nachzuweisen vermag und keine Aussagen über die Krankheit AIDS treffen kann, ist sein Ergebnis an ein breites Repertoire von sexuellen Verhaltensänderungen und individuellen Empfindungen – beispielsweise in der Erfahrung des sozialen Todes bei Seropositivität – gekoppelt. Der biomedizinische Diskurs zu AIDS hat ein umfassendes Netz der individuellen Kontrolle (in Form der Selbstkontrolle durch den Test) und der Bevölkerungskontrolle im Propagieren von Safer-Sex Praktiken, regelmäßigen Untersuchungen bei ersten Anzeichen, die mit AIDS in Verbindung gebracht werden und der wiederholten Testung bei Risikobekanntschäften, in Gang gesetzt.

Das bereits produzierte und reproduzierte Wissen zu AIDS ist selbst für das Fachpersonal der Mediziner und Psychologen aus quantitativer Sicht nicht bearbeitbar: Ärzte können (wollen) sicherlich nicht ständig die neuen Forschungsansätze zu AIDS aufarbeiten; Psychologen werden auch nicht immer die Ergebnisse der letzten, aktuellen Klienten-Analyse kennen. Der biomedizinische Diskurs zu AIDS wurde – nicht nur, weil er so umfassend ist – sehr schnell auf einen HERRSCHAFTSDISKURS reduziert, dessen Eckpfeiler die Single-Virus-Theorie, die Übertragungswege und das, von ihnen abhängig gemachte, Infektionsrisiko sind. Dieser Diskurs, der sich seit Jahren auf diese drei wesentlichen Punkte stützt, wurde, trotz konträrer Forschungsergebnisse, in der Öffentlichkeit nicht relativiert: Schulen, AIDS-Praxen, Mediziner, Virologen und vor allem die Medien lassen ihn weiterhin wirksam im Netz der Macht zirkulieren.

Im Test selbst, dem Geständnisinstrument, hat der hilfeschuchende Klient die zwingende Klammer des "vom Virus bis zum Tode" bereits antizipiert. Das durch die Institutionalisierung der Sexualität historisch gewachsene "Subjekt" erfährt mit und durch AIDS eine Neudefinition: Im Test, der wie ein GESTÄNDNISGENERATOR arbeitet, wird die verborgene persönliche Vergangenheit entäußert und ihrer Wahrheit überführt. Jeder HIV-Positive ist fortan ein anderer, jemand, der entweder promisk gelebt hat, heroin-

abhängig oder stets anal koitierend und fernreisend war. Seiner sonstigen sozialen Identität wird er entledigt: "Der Test wird dann zum »Durchbruch« der versteckten Identität, indem er den Zusammenbruch der bislang innegehabten herbeiführt. Nicht erst der Ausbruch der Krankheit selbst oder der Tod sind der Zusammenbruch, sondern schon die Enthüllung der Seropositivität." (Hahn 1991, S. 610)

In Anlehnung an Hahn, der auf die "Enthüllung" der "wahren Identität" einer Person bei Seropositivität hinweist, muß an dieser Stelle auf den Umgang mit Michel Foucaults theoretischem Vermächtnis nach seinem Tode hingewiesen werden. Der psychosoziale Diskurs zu AIDS, der den kollektiv unterstellten Zusammenhang von Lebensform, Charakter, Schuld, Sexualität und Tod umfaßt (nach Hahn 1991, siehe auch Kap. 7.3.2.), entäußerte sich bei Foucault, der im Jahre 1984 an AIDS verstarb, gleich auf zweifache - radikalste - Weise: Posthum wurden sowohl die wissenschaftliche als auch die persönliche Biographie des Soziologen auf die Krankheit und seinen individuellen Lebensstil reduziert. In Anlehnung an die, von James Miller verfaßte Foucault-Biographie »The Passion of Michel Foucault« (New York), ereiferte sich das Nachrichtenmagazin "*Der Spiegel*" zu folgender Foucault-Interpretation: Theorie und Praxis, die Neigung zu sado-masochistischen Sexualpraktiken und der daraus ableitbare Tod an AIDS, bildeten in Foucaults theoretischem Werk eine stringente Entwicklungslinie ab:

"Autobiographische Züge sind dem Denken Foucaults tief eingeschrieben und die näheren Umstände seines Todes wirken wie lauter makabre Pointen des Schicksals:  
Der Philosoph starb in eben jenem Pariser »Hôpital de la Salpêtrière«, dessen Geschichte er in seiner berühmten Studie über »Wahnsinn und Gesellschaft« erforschte: dort, wo die Franzosen einst ihre Abweichler und Außenseiter eingesperrt hatten. Er erlag einer modernen Seuche, deren Opfer von der Gesellschaft ähnlich stigmatisiert werden wie im Mittelalter die Opfer früherer Seuchen abgestempelt wurden - ein Prozeß, den Foucault in seinem sozialgeschichtlichen Horror-Klassiker (»Überwachen und Strafen« 1975) geschildert hatte. (*Der Spiegel* 1993, Nr. 14, S. 227)

Foucaults Studien zur abendländischen Sexualität bilden laut "*Der Spiegel*" den logischen Kulminationspunkt seiner, der "Unvernunft" frönenden Sachgebiete, die er in der Sado-Maso-Szene von San Francisco in "peinigende Praxis" umsetzte: "Privat ein Sexual-Desperado", habe er den "Aids-Tod geradezu gesucht" und ästhetisch überhöht; er trug direkt zur Verbreitung des Virus durch die Mißachtung von Safe(r)-Sex-Praktiken bei<sup>15</sup>). Schlußendlich wollte er seiner theoretischen Erkenntnis über das abendländische Subjekt, derzufolge "... der Mensch verschwindet wie am Meeresufer ein Gesicht im Sand" (Foucault 1980, S. 462), auch in der persönlichen Lebenspraxis gerecht werden (vgl. *Der Spiegel* 1993, Nr. 14, S. 226ff.).

Nach Michel Foucaults Tod wurden würdevolle und sachgerechte Biographien veröffentlicht. Die im "Der Spiegel" gebotenen Phantasie-Destillate haben – abgesehen von der unredlichen Zitierweise und den zynischen Kommentaren ob Foucaults persönlicher Aussagen zu seiner Privatheit – den Versuch unternommen, die gesamte Persönlichkeit und wissenschaftliche Identität durch das Stigma der Krankheit AIDS auszulöschen. In diesem Sinne wird versucht, Foucault post mortem im "Sand der unzähligen Spekulationen" anhand mystifizierend-psychologisierender Wahrheitspraktiken zum "Verschwinden" zu bringen. Der Kommentator im "Der Spiegel", der (oder die) Foucault und sein Werk über den "Schwulenkrebs namens Aids" (S. 229) in eins gesetzt hat, scheint namentlich nicht auf. Die Anonymität, die ihre wirkungsvolle Mächtigkeit zeigt, läßt Foucaults theoretisches Werk selbst zum virösen Agens werden: Lebensstil und Lebenswerk sind monokausal und interdependent mit der Lust am Tode durch "junge Männer" verknüpft worden.

Inwieweit die Legitimität besteht, anhand biographischer Daten und der Kenntnis von persönlichen Aussagen, Rückschlüsse auf theoretische Positionen und Entwicklungsgänge zu ziehen, kann im Rahmen dieser Arbeit nicht diskutiert werden; wohl aber muß vermerkt werden, daß die im "Spiegel" gepflogene diskursive Praxis dazu auf eine ausschließlich voyeuristische und menschenverachtende Weise erfolgt. In Anlehnung an Foucault, der in seinen Analysen zu den Machtverhältnissen und Machtspielen stets als erkenntnistheoretisches Korrektiv die Frage nach der Strategie und dem Nutzen von Epistemen und Dispositiven gestellt hat, kann m.E. der "Angeklagte" selbst die passende Antwort auf die, dem Abendland zutiefst eingeschriebene Lust am Sezieren und Perlustrieren der "fleischlichen Begierden", die im Dienste der "Wahrheitsfindung" stehen, geben:

*"Wenn jemand glaubt, meine Arbeit nicht ohne Bezug auf mein Leben verstehen zu können, dann will ich auf diese Frage gerne eingehen. Ich wäre sogar bereit, sie zu beantworten, wenn ich sie für gerechtfertigt hielte (Gelächter). Da mein persönliches Leben nichts Interessantes enthält, verdient es auch nicht, daß ich daraus ein Geheimnis mache – und folglich auch nicht, daß ich es öffentlich mache." (Foucault, zitiert nach: Badinter et al. 1987, S. 129)*

*Cui bono?*

#### **6.4. AIDS geht alle an!" Zur Sensibilisierung der heterosexuellen Körper jeglichen Alters**

Im folgenden will ich aufzeigen, wie das Thema AIDS, vom Randgruppen-Stigma losgelöst, zum Allgemeingut der Bevölkerung transformiert wurde. Fortan betrifft die Krankheit nicht die sog. "Risikogruppen", sondern die Allgemeinbevölkerung, die sich einem "Risikoverhalten" aussetzt. Als im Jahre 1986 auch in Österreich die ersten seropositiven Fälle unter der heterosexuellen Bevölkerung bekannt wurden, reagierte das Gesundheitsministerium in Zusammenarbeit mit der AIDS-Hilfe durch eine großangelegte "Hetero-Kampagne", die Herrn und Frau Österreicher in die Bewußtmachung zur Krankheit einbeziehen sollte. Ab dem Jahre 1987 entstanden öffentlichkeits- und medienwirksame Spots, die sich im "sexuellen Gewissen" der Nation verankert haben: Mit Zufallsbekanntschaften sollte man niemals ungeschützt verkehren; einen "relativ sicheren Schutz" bietet das Kondom; den besten Schutz gegen AIDS bilden "stabile Partnerschaften".

Mittlerweile, Jahre nach der Gründung der ÖAH, suchen größtenteils heterosexuelle Klienten die Beratungsstelle auf. Zumeist haben sie sich keinem Risiko ausgesetzt und wollen in ihren "Partnerschaftsproblemen" beraten werden. Der kostenlose und anonyme Test wird nach vollzogenem "Seitensprung" oder beim Besuch einer Prostituierten als probates "Bußritual" regelmäßig in Anspruch genommen. Die Institution, deren Gründungsgedanke auf der Beratung und Betreuung betroffener und gefährdeter Personen beruhte, droht – insbesondere in Wien – als Teststelle und "Mülldeponie zwischenmenschlicher Ängste" zweckentfremdet zu werden. Eine Mitarbeiterin der Beratungsstelle bringt ihren Mißmut gegenüber dem veränderten Arbeitsprofil folgend zum Ausdruck:

"Viele Klienten sind sehr wohl informiert über den Übertragungsmodus. Der größte Teil des Beratungsgesprächs wird durch die ganze individuelle Problematik der Klienten geprägt (...), daß wir von der Masse der Klienten primär dazu benutzt werden, daß sie ihre Ängste bei uns deponieren, damit sie über den Test eine Art Absolution erhalten und uns mit ihren ganzen angstbesetzten Geschichten zurücklassen." (Backstage 1992, S. 14f.)

Wie läßt sich der starke Zulauf der heterosexuellen Klientel an die Beratungsstelle der ÖAH erklären? Warum hat auch sie sich dem "abendländischen Geständniszwang" gebeugt? Die BIO-MACHT, die im modernen Staat über ein breit verteiltes Netz zirkuliert, hat in AIDS eine Nahtstelle gefunden, den Sex an seine biologische Verantwortlichkeit zu koppeln: Fortan sollten keine seropositiven Kinder gezeugt werden, fortan kein potentieller AIDS-Kranker das Pensions- und Versicherungssystem zum Erliegen

bringen.<sup>16)</sup> Nachdem die maßgeblichen Reproduzenten des Staates auch schon HIV-Träger unter sich aufgewiesen haben, kann die, ab dem Jahre 1987 einsetzende Kampagne für die "Allgemeinbevölkerung" als eine "lebenserhaltende Machtstrategie", die die Körper der geständnisbereiten sexuellen Subjekte durchzieht, erachtet werden.

Im Frühjahr 1987 editierte das Gesundheitsministerium die "*blaue Broschüre*", einen Informationsfolder für alle ÖsterreicherInnen mit dem zwingenden Titel "AIDS geht alle an!" In diesem findet sich neben einem großen medizinischen Teil, insbesondere der Hinweis an die Heterosexuellen: "*Tragen auch Sie dazu bei, die Ansteckungskette zu durchbrechen.*" (Blaue Broschüre 1987, S. 5) Das Virus beschränkt sich nicht ausschließlich auf die bekannten Randgruppen. Es wird durch eine "bestimmte Art von Sexualpraktiken" übertragen. Angesprochen soll sich der promiske Heterosexuelle fühlen, der ungeschützten Sexualverkehr betreibt:

"Je mehr Sexualpartner jemand hat, umso größer ist sein Ansteckungsrisiko. Darum sollte ein Sexualverkehr mit Zufallsbekanntschaften nie ungeschützt erfolgen. Besonders groß ist die Gefahr, wenn der Partner – die Partnerin – einer der anderen Risikogruppen angehört." (Blaue Broschüre 1987, S. 21)

Einen guten Schutz gegen die Infektion gewährleistet das Präservativ, das insbesondere bei Personen, deren Seropositivität nicht auszuschließen ist, verwendet werden soll: bei Zufallsbekanntschaften, promiskuen Personen und solchen, die aus stark durchseuchten Gebieten kommen (vgl. blaue Broschüre 1987, S. 21).

Die Botschaft der "blauen Broschüre" an die Personengruppe der Heterosexuellen ist deutlich die, künftig jede Person, mit der man sexuell verkehrt hat, ob ihrer sexuellen Vergangenheit – genau – auszufragen und sich im Falle eines ungeschützten Koitus mit einer Zufallsbekanntschaft auch testen zu lassen. Denn die Klienten, die in die Beratungsstelle der ÖAH kommen, haben bereits ohne Kondom mit einer "Bekanntschaft" aus der Diskothek, der Freundin des Freundes, einer Prostituierten u.s.f. verkehrt. Gleichzeitig evoziert o.z. Aussage unweigerlich Vermutungen und Assoziationen in Hinblick auf die partnerschaftliche Treue: Habe nicht ich den ungeschützten Seitensprung praktiziert, so kann es mein Partner allemal ohne mein Wissen getan haben. Ein verhängnisvoller *Circulus vitiosus* gegenseitiger Schuldzuweisungen kann daraus entstehen,<sup>17)</sup> der insbesondere im zweiten, von mir angeführten Beispiel der Heterosexuellen-Kampagne des Gesundheitsministeriums augenscheinlich wird.

Parallel zur Broschüre "AIDS geht alle an!" wurde auch ein *Plakat* mit selbigem Titel produziert und vorrangig in Gesundheitsämtern, Beratungsstellen und Schulen affiziert. Das Plakat, das äußerst unübersichtlich gestaltet und mit einer breiten Information zu AIDS versehen wurde, arbeitet insbesondere mit den Mitteln der präskriptiven Symbolik:

Im Mittelpunkt des Plakates stehen vier große Schaukästen, die, jedes Bild für sich, mit den in Großdruck versehenen Lettern zu AIDS korrespondieren: **A** markiert den heterosexuellen Beischlaf, **I** die Tätowierung, **D** den Fötus im Mutterleib und **S** eine Spritze, das Symbol für den intravenösen Drogenkonsum. Die vier ausgewiesenen Szenen, die das Leben der Heterosexuellen tangieren (können), veranschaulichen die Übertragungswege des HI-Virus.<sup>18)</sup> Unterhalb der Schaukästen findet sich die Kernaussage: "Im Prinzip gilt (mittelgroß): AIDS kriegt man nicht, AIDS holt man sich." (groß gedruckt) Ferner die erläuternde Botschaft: "Jeder Mensch, egal ob Mann oder Frau, hat die Verpflichtung, sich und die Partnerin bzw. den Partner zu schützen! Wichtig sind Verantwortung, Aufrichtigkeit und stabile Partnerbeziehungen." Am Kopf der Schaukästen steht informativ zur Krankheit in großen Buchstaben geschrieben: "AIDS ist eine Infektionskrankheit. AIDS ist ansteckend."

Mit dem Appellieren an die partnerschaftliche "Aufrichtigkeit" bewirken die, aus dem Leben gegriffenen Szenen unweigerlich das Nachdenken über die eigene Beziehung, die mögliche Drogenvergangenheit des Partners oder seine Gefängniskarriere (Symbol der Tätowierung), wo er vielleicht homosexuelle Kontakte gehabt haben mag. Eine künftige Schwangerschaft unter dem zwingenden Zeichen von AIDS, das an die gesamte sexuelle Biographie beider Geschlechter gemahnt, könnte in einem HIV-positiven Kinde zum Ausdruck kommen: Denn, wenn eine Frau/ein Mann mit ihrem/seinem Partner schläft, so schläft sie/er unweigerlich mit allen seinen/ihren vorhergehenden Sexualpartner/innen, die ihre infektiöse Körperflüssigkeit weitergegeben haben könnten. Doch, woher weiß jemand immer über die Außenbeziehungen seines Partners Bescheid; kennt denn der Partner selbst die sexuelle Vergangenheit seines "one-night stands" oder die der letzten, flüchtigen Urlaubsbekanntschaft? Nachdem das Virus auch unter der heterosexuellen Bevölkerung aufgetreten war, wurden die Gründe seiner Herkunft und Verbreitung mannigfach, ja, sie ließen sich weiter steigern, wenn die eventuellen Randgruppenbezüge flüchtiger Sexualpartner miteinbezogen werden sollten: Hatte eine der Zufallsbekanntschäften vielleicht einen Fixer zum Partner oder war der junge Mann aus der Diskothek vielleicht bisexuell? u.s.f.

Die Wirksamkeit der ministeriell urgierten Hetero-Kampagne, die die partnerschaftliche/eheliche Un-Treue zum Hauptinhalt der Gefährdung durch AIDS gemacht hatte, fand in einer der Klientenanalysen der AIDS-Hilfe ihren "erfolgreichen" Ausdruck: Der Zulauf heterosexueller Neuzugänge konnte im Jahre 1989 mit einem deutlichen Anstieg vermerkt werden. Die heterosexuelle Klientel umfaßte mittlerweile die größte Gruppe der Ratsuchenden an der Beratungsstelle. Die Hauptgründe der Kontaktaufnahme bewegten sich, gereiht nach "sexuellen Risiken", folgend: An erster Stelle stand der "Sexualkontakt mit einer Person mit unbekanntem Sexualverhalten"; an zweiter die "eigene Promiskuität" und an dritter Stelle der "eigene Seitensprung", sowie die Ungewißheit über den möglichen "Seitensprung des Partners" (vgl. ÖAH info aktuell 2 1990, S. 127ff.).

Marginal, in Form kleiner Abbildungen, werden auf dem Plakat des Gesundheitsministeriums auch Szenen veranschaulicht, die keineswegs die Übertragung des Virus riskieren lassen: Das Händeschütteln, das Anfassen einer Türklinke, das Benützen einer öffentlichen Toilette und das Liebkosen einer Katze markieren alltägliche - soziale - Kontakte, die kein Infektionsrisiko in sich bergen. Dennoch verzeichnet die Österreichische-AIDS-Hilfe seit der Einbeziehung der heterosexuellen Klientel in ihre Aufklärungsarbeit das häufige Hinterfragen gerade der als ungefährlich ausgewiesenen, alltäglichen Kontakte: Ältere Personen lassen sich testen, weil sie die Übertragung des Virus durch einen homosexuellen Pfleger bei der Essensausgabe im Altersheim befürchten; Klienten fordern den Test, weil sie aus dem Glase einer vermeintlich promisk lebenden Person getrunken haben; der letzte Stich einer Biene, der einen Körperausschlag hervorgerufen hat, könnte mit der Infektion in Verbindung stehen u.s.f. Die Klientel der "AIDS-Phobiker" bildet nunmehr einen Fixbestandteil der Ratsuchenden. Ihre Ängste kommen jedoch nicht unvorhersehbar in den selbstsezierenden Schuldzuweisungen und Irrationalitäten zum Ausdruck: Solange die Virologie nicht nachzuweisen vermag, wie groß die infektiöse Virusmenge sein muß, die die Infektion auszulösen vermag, solange wird auch jeder Kuß, jede gemeinsame Benützung einer Toilette oder eines Glases mit Personen, deren Serostatus unbekannt ist, als eine Gefahr erachtet werden.<sup>19)</sup> Ein Mitarbeiter der AIDS-Hilfe merkt aus psychoanalytischer Sicht zu diesen scheinbaren irrationalen Ansteckungsgefahren an, daß AIDS unbewußte Bedeutungen berührt, die dem "objektiven Wissen" zuwiderlaufen:

"Angst und Unsicherheit machen sich vorallem an Themen fest, die vermittelte INTIMITÄT (Herv. d. Verf.), wie sie im alltäglichen Beruf oder Leben entsteht, zum Gegenstand haben: Benützen gemeinsamer Kaffeetassen oder eines gemeinsamen Klos, Arbeit an der Intimzone Mund (die Zahnärzte betreffend, Anm. d. Verf.) etc. Angesprochen ist offensichtlich direkter oder indirekter Kontakt vor allem mit mehr oder weniger tabuierten erogenen Zonen (...). Jeder Kontakt, der unbewußt eine sexuelle Bedeutung hat,

wird als Gefahr in bezug auf AIDS erlebt. Indem AIDS und Sexualität assoziativ aufs engste verknüpft sind, läuft die sachliche Beteuerung, AIDS habe mit Alltagskontakten »nichts zu tun«, »unbewußtem Wissen« zuwider. In diesem Sinne kann das »objektive Wissen« als Irreführung aufgefaßt und daher nicht geglaubt werden." (Oberlehner 1990, S. 112f.)<sup>20)</sup>

Jene Schaubilder auf dem Plakat, die kein Übertragungsrisiko verdeutlichen, gehen neben der Fülle der allgemeinen Information und den großangelegten Bildern der AIDS-symbolisierenden Übertragungswege, im Auge des Betrachters unter. Bedingt durch die Informationsflut und eigene Assoziationen zu den vorangeführten normativen Sätzen riskanter und allzu bekannter Lebenssituationen, bleiben die abschließenden Bemerkungen angstvoll haften: AIDS ist seiner Äußerungsform ähnlich einer Krebserkrankung; Die Infektion mit dem Virus ist nicht gleichbedeutend mit dem Ausbruch der Krankheit; "das bedeutet, AIDS ist dann am Äußeren des Menschen nicht zu erkennen."

Der Hinweis, ein Kondom zu verwenden, um die unsichtbare HIV-Infektion schützend zu umgehen, findet sich auf dem Plakat nur als Interpretationsmöglichkeit in der Andeutung: "Jeder Mensch (...) hat die Verpflichtung, sich und die Partnerin bzw. den Partner zu schützen! Wichtig sind Verantwortung, Aufrichtigkeit und stabile Partnerbeziehungen." Das Kondom, ansonsten als "bester Schutz" in der Aufklärung zu AIDS gepriesen, wird in dieser Botschaft nicht angesprochen. Wohl aus dem Grunde, da das Präservativ bei geforderter Anwendung ja auch ein Mittel darstellt, die "Aufrichtigkeit" gegenüber dem unbekanntem Sexualpartner, sowie die geforderte "stabile" Beziehung, umgehen zu können: Wozu sollte jemand, der das Kondom beim Beischlaf fordert oder ohne Erklärungen anlegt, das Bedürfnis haben, sich über seine mögliche infektiöse, sexuelle Vergangenheit auszulassen; warum sollte er/sie die Absicht verfolgen, eine stabile Partnerschaft zu gründen?

Die präventive Botschaft im Rahmen der ersten großen heterosexuellen Kampagne zu AIDS beschränkt sich fast ausschließlich auf eine plastische Darstellung der Infektionsmöglichkeiten mit dem Virus und auf die Vermeidung der Ansteckung durch künftige partnerschaftliche Treue (stabile Beziehungen).<sup>21)</sup> Aber der, auf diese Weise zu erzielende Präventionserfolg ist mit Sicherheit geringer, als wenn man versucht hätte, die Akzeptanz des Kondoms zu steigern.<sup>22)</sup> Die Sensibilisierung der "Allgemeinbevölkerung" im Hinblick auf die "Unterbrechung der Ansteckungskette" (vgl. blaue Broschüre) zu AIDS ist zutiefst mit dem Thema "Angst vor AIDS" verbunden worden. Parallel zur medialen Kampagne in Form der Broschüre, dem Plakat und den Fernseh- und Rundfunkspots, wurden zwei größere Meinungsumfragen in Auftrag gegeben:

Franz Löschnak, im Jahre 1987 Kanzleramtsminister, bewertete die von ihm initiierte Umfrage folglich: Lediglich 11 Prozent der österreichischen Bevölkerung fühle sich "persönlich von AIDS gefährdet". Der Minister bezweifelt, ob diese wenigen ausreichen, die "Seuche" zu stoppen" (vgl. *KTZ* vom 4. Juni 1987). Die zweite Umfrage, die mit gleicher Befragungsweise um die Angst akzentuiert war, wurde vom Meinungsforschungsinstitut IMAS durchgeführt: Immerhin etwas mehr als die Hälfte der ÖsterreicherInnen habe Angst vor AIDS und empfinde die Krankheit als eine "sehr ernste Bedrohung". Die AIDS-Ängste verteilen sich auf alle Altersgruppen gleich, bei den Frauen sind sie etwas größer ausgeprägt als bei den Männern (vgl. *Kleine Zeitung* vom 3. April 1987).

In der Erwähnung der beiden Umfrage-Ergebnisse will ich veranschaulichen, wie die beabsichtigte Kampagne zur Aufklärung der Übertragungswege und ihrer Präventionsmöglichkeiten von Anfang an am Wert ihrer Angstproduktion gemessen worden ist. Sind jene elf Prozent der Bevölkerung, die sich "persönlich gefährdet" erachten, dem Minister offensichtlich zu wenige, bestätigt die IMAS-Umfrage auf "positivere" Weise, daß immerhin jeder zweite Österreicher Angst vor AIDS hat. Das Ergebnis der ersten großen Hetero-Kampagne wurde an dem von ihr ausgelösten Angstpegel gemessen, nicht daran, ob die Bevölkerung nun wisse, wie sie sich sinnvoll schützen kann.<sup>23)</sup>

Hier sei nur am Rande vermerkt, daß die "Allianz" von Sexualität und Angst, Prävention zu AIDS gegenteilig beeinflussen kann: Entweder wird eine "jetzt erst recht"-Haltung provoziert, die ungeschützte Verkehrsformen als spannendes Spiel mit dem Risiko herausfordert, oder aber, und dies passiert häufiger: der "selbstverantwortliche" sexuelle Bürger, der sich schützen hätte können, sucht lieber in regelmäßigen Abständen die AIDS-Hilfe auf, um nach Bestätigung seines negativen Serostatus, vorerst beruhigt das nächste sexuelle Risiko eingehen zu können.

Die radikalste und wirksamste Infiltrierung des "Treue-Gebots" zeigt sich in der AIDS-Aufklärung für die Jugendlichen, die im Jahre 1988 ebenfalls mit einer eigens für sie produzierten Broschüre bedacht wurden: "AIDS geht auch Dich an". Dieses Aufklärungsmaterial, das sich auf subtile Weise den allgemeinen Ängsten der Jugendlichen vor ihren ersten sexuellen Erfahrungen nähert, transportiert die Bedrohung dieser Bevölkerungsgruppe durch AIDS mittels des Angebots eines stabilen "Beziehungsprogramms". Dem moralischen Repertoire der späten fünfziger Jahre entlehnt, nach welchem die Jugendlichen erst nach der Rückversicherung gegenseitiger Liebe eine sexuelle Erfahrung machen sollten, wird hier im Rahmen der Gefahren durch AIDS die sexuelle

Zurückhaltung als wichtigstes Präventionsmittel nahegelegt. Den Jugendlichen wird geraten, in keinem Falle mit jemandem zu schlafen, wenn "Ihr einander noch nicht sehr gut kennt oder "Ihr das Gefühl habt, etwas Verbotenes zu tun, ferner "auch nur einer von Euch betrunken ist oder Drogen genommen hat (vgl. Jugendbroschüre 1988, S. 9).

Abgesehen von der Bedrohung durch AIDS, nehmen sich die moralisierenden Hinweise für den Beischlaf altmodisch aus und sie reizen genauso zur Umgehung der Verbote: Viele Jugendlichen machen ihre ersten sexuellen Erfahrungen auf Parties unter dem Einfluß von Alkohol; viele schlafen miteinander aus Neugier. Die Jugend-Broschüre operiert genauso mit dem Faktor Angst. So steht als zentraler Spruch folgende normative Präventionsbotschaft in einem Schaukasten: "Menschen, die sexuell enthaltsam oder in einer festen Partnerschaft leben und keine Drogen spritzen, sind vor AIDS sicher." (S. 10) Gerade aber die sexuellen Beziehungen der Jugendlichen sind, im Vergleich zu jenen der Erwachsenen, von kürzerer Dauer und der Suche nach neuen Partnern während der Orientierungsphase gezeichnet. In Kontrastierung o.z. Merkspruches nimmt sich jedoch das Suchen nach dem ersten längerfristigen Partner wie ein stetes promiskues Verhalten aus und jede sexuelle Erfahrung vor der Installierung einer fixen Partnerschaft bedeutet unweigerlich die Erhöhung des Infektionsrisikos. In der Jugend-Broschüre wurden die Prämissen aus der Erwachsenen-Broschüre zum Ansteckungsrisiko unter den gefährlichen Vorzeichen der Promiskuität übernommen:

"Bei ungeschütztem Sexualverkehr genügt mitunter ein einziger Sexualekontakt mit einem infizierten Partner, um sich anzustecken. Je mehr Sexualpartner (...) jemand hat, desto größer ist die Wahrscheinlichkeit, daß sich unter ihnen ein Angesteckter befindet." (Jugend-Broschüre 1988, S. 9)

M. E. stellt die Sensibilisierung der Jugendlichen in Hinblick auf AIDS den gescheiterten Versuch dar, die Gebote der präventiven Erwachsenen-Sexualität auf die Eigengesetzlichkeit jugendlicher Sexualität anwenden zu können: Jugendliche können vergleichsweise zu den Erwachsenen niemals auf eine so lange sexuelle Biographie zurückgreifen, die ein (so wie in der Broschüre vorgestelltes) hohes Infektionsrisiko ausmachen könnte. Zum zweiten muß die Tatsache berücksichtigt werden, daß Jugendliche zumeist mit Gleichaltrigen verkehren und es fraglich ist, inwieweit das Infektionsrisiko innerhalb dieser Bevölkerungsgruppe gleich dem der Erwachsenen gegeben sein kann. Jener Prozentsatz von Jugendlichen, der intravenös Drogen konsumiert, ist natürlich annähernd den gleichen Infektionsrisiken ausgesetzt. Bezogen auf die Gesamtgruppe der Jugendlichen ist er aber verhältnismäßig klein.

Einer internationalen Vergleichsstudie zum Thema "Jugendsexualität" (initiiert vom Ludwig Boltzmann-Institut) zufolge, läßt sich unter den Jugendlichen ein deutlicher Trend zur "Treue und Zweisamkeit" ausmachen (vgl. Standard vom 7. 4. 1992). In den USA läßt sich eine steigende Tendenz zur "jungfräulichen Ehe" ablesen sowie das Gebot, vor dem Eingehen einer Partnerschaft sich selbst und den Partner auf HIV-Antikörper zu testen (vgl. O'Connor 1989, S. 137ff.)

Entgegen dem einstigen Diktum der AIDS-Hilfen, die Bevölkerung solle durch gezielte Aufklärung in der Lage sein, sich präventiv zu verhalten, wurde mit dem zwischenmenschlich verunsichernden Faktor der Un-Treue, in Verbindung mit der (möglichen) HIV-Infektion, Angst hervorgerufen, die zumeist das Gegenteil von Prävention bedeutet: Nicht das Kondom bietet den Garant für die Vermeidung der Ansteckung, sondern der Test auf Antikörper, der die partnerschaftliche Un-Treue im Blut erkennen läßt.

#### **6.5. Die unbewußte Botschaft der AIDS-Aufklärung beinhaltet die Aufforderung zur Blutabnahme**

Wie aus den Erläuterungen der großen Heterosexuellen-Kampagnen hervorgegangen ist, beinhaltete die Aufklärung zu AIDS größtenteils die Thematisierung jener Risikosituationen, die die Bereiche der angstbesetzten partnerschaftlichen Un-Treue, der Unkenntnis der sexuellen Vergangenheit des/der Partner und bei Unschlüssigkeit darüber die Abklärung durch den HIV-Antikörper-Test, umfassen. Das eigentliche Präventionsmittel zur Vermeidung einer Risikosituation, das KONDOM, fand unter der Bevölkerung – wie aus der Beratungspraxis der AIDS-Hilfe hervorgeht – geringen Anklang,<sup>24)</sup> nicht zuletzt auch wegen seiner kontraproduktiven Propagierung: In den Broschüren der AIDS-Hilfe und des Gesundheitsministeriums wurde das Kondom nur von seiner technisch-machbaren Seite für alle Verkehrsformen, die mit einem Risiko behaftet sind, vorgestellt. Seine wichtige Anwendung im partnerschaftlichen Bereich als sinnvolle Alternative zur Treue bzw. Monogamie wurde unzureichend vermittelt.

Das Augenmerk zum Erkennen einer "Risikosituation" wurde auf den "risikobehafteten" Sexualpartner gelenkt, nicht aber auf das riskante sexuelle Verhalten an sich. Das Verwenden eines Präservativs signalisiert damit stets eine "Notmaßnahme", die getroffen wird, nachdem der Sexualpartner als "riskant" eingeschätzt wurde: "Bedenken Sie, daß

für eine Ansteckung ein einziger Sexualverkehr mit einer infizierten Person genügen kann. Vermeiden Sie daher jeden ungeschützten Sexualverkehr, vorallem bei Zufallsbekanntschaften. (Falter der ÖAH 1991)

Diese Informationsbotschaft geht von der Prämisse aus, daß der angesprochene Leser von sich aus keinen Risikofaktor darstellt und die Schutzmöglichkeit erst wegen dem potentiellen HIV-positiven (neuen) Sexualpartner in Erwägung zu ziehen ist. Die "Zufallsbekanntschaft" wird zum gefährlichen FREMDEN, dem "Virösen" stilisiert, und kann erst nach Kenntnis seiner sexuellen Gepflogenheiten den imaginierten HIV-Status verlieren. Das sexuelle Subjekt, das in der Aufklärung und Information zu AIDS angesprochen wird, braucht nur dann die Schutzmaßnahme zu ergreifen, wenn es sich gegenüber dem FREMDEN verunsichert fühlt: "Verwenden Sie ein Präservativ, wenn Sie die Sexualgewohnheiten Ihres Partners nicht genau kennen (...). Der tödlichen Gefahr kann man nur ausweichen, wenn man genau Bescheid weiß." (ÖAH-Falter 1991)

Die todbringende Ansteckungsgefahr geht vom Anderen, dem personifizierten Virus aus. Der Leser selbst scheint im Kontext der Informationsbroschüren stets virenfrei auf und insoferne verantwortungsbewußt, als daß er sich im Falle der "Zufallsbekanntschaft" schützt. Der unbewußte Sinngehalt der Präventionsbotschaft lautet: »Ich brauche von mir aus keine Sorge zu tragen, daß ich den anderen anstecken könnte. Ich muß mich nur insoferne präventiv verhalten, als daß er mich anstecken könnte, falls ich ihn nicht gut kenne.« Die vom Subjekt – dem Leser – introjizierte Information der eigenen Unbelastetheit und Ungefährlichkeit läßt ein Stück weit verständlicher werden, warum das Kondom keine freiwillig angewendete Schutzmöglichkeit darstellt und bei partnerschaftlicher Untreue doch eher der (wiederholte) HIV-AK-Test in Anspruch genommen wird.

Die heterosexuelle Klientenanalyse der AIDS-Hilfe bestätigt wiederum, daß sich der Hauptgrund der Kontaktaufnahme mit der Beratungsstelle um den Bereich der partnerschaftlichen Untreue bei Unkenntnis des Serostatus der "Außenbeziehung" konzentriert. Von den Ratsuchenden lassen 80 Prozent den Test zur Abklärung ihres Serostatus vornehmen (vgl. ÖAH info aktuell 2 1990, S. 87). Viele der getesteten Personen nehmen nach abermaligem "Seitensprung" mit einer "Zufallsbekanntschaft" das kostenlose Testangebot wieder in Anspruch. Denn wenn immer nur der ANDERE virös ist und das Subjekt selbst nichts zum Schutze beigetragen hat, weil es virenfrei ist, möchte es zumindest wissen, ob der Andere es angesteckt hat. Obwohl dann der Test selbst keine

"Impfung" gegenüber den neuen, ungeschützten Risikosituationen darstellt und die Kenntnis des eigenen Serostatus nicht notwendig ist, um sein Verhalten auf Selbstschutz und Schutz gegenüber dem Sexualpartner auszurichten.

Die ursprüngliche Präventionsbotschaft der AIDS-Hilfe des »im Grunde kann sich jeder so verhalten, daß er sich und seinen Partner schützt«, wurde – wie es auch die Beratungspraxis bestätigt – gänzlich mißverstanden und durch das "Regulativ" der Testvor-  
nahme ersetzt.

## 7. Der Test und die Folgen

### 7.1. Was der Test zu leisten vermag

Die in der Praxis angewendeten Testverfahren ELISA und Western-Blot können die Antikörper, die der menschliche Organismus als Reaktion auf den Kontakt mit dem HI-Virus (Human Immunodeficiency Virus) gebildet hat, nachweisen. Die Antikörperbildung unterliegt einer Zeitspanne von acht bis zwölf Wochen; von einem gültigen Testergebnis kann erst dann ausgegangen werden, wenn innerhalb dieser Zeitspanne keine zusätzliche(n) Risikosituatione(n) – wie ungeschützter Geschlechtsverkehr oder "needle sharing" – eingegangen worden sind. Bei "positivem" Testergebnis ist die Aussage zulässig, daß ein Kontakt mit dem HI-Virus stattgefunden hat und eine HIV-Infektion vorliegt. Das Virus selbst läßt sich nicht direkt in den Körpersekreten nachweisen, zumal seine Isolierung im Labor nur unter großen Schwierigkeiten möglich ist. Die virologische und immunologische Forschung arbeitet schon seit Jahren an einer neuen Testgeneration, die auf gentechnologischer Basis den aktiven Virusnachweis erbringen sollte. Der HIV-AK-Test (HIV-Antikörpertest) erbringt einen indirekten Nachweis über die Infektion mit dem Virus. Er gibt keineswegs Aufschluß darüber, in welcher Konzentration und mit welchen möglichen gesundheitlichen Folgeerscheinungen die (indirekt) nachgewiesene Virusinfektion beschaffen ist. Der Test, fälschlicherweise "AIDS-Test" genannt, bildet ein äußerst eingeschränktes Instrument zur Diagnostizierung der AIDS-bekanntesten Symptome und Krankheitsbilder. Ferner erlaubt er keine Aussage darüber, ob und wann jemand an AIDS erkranken wird oder könnte.

Eine medizinisch sinnvolle Anwendung findet der HIV-AK-Test in der Ausschaltung iatrogener Quellen der Infektion: Seronegative Blutprodukte innerhalb der Hämophiliebehandlung, Bluttransfusionen bei Transplantationen und die Testung auf Antikörper bei künstlicher Insemination, garantieren eine größtmögliche Ausschaltung des Infektionsrisikos. Mit Erlaß des Bundesministeriums für Gesundheit und Umweltschutz vom Juni 1985 müssen alle Blut- und Plasmaspenden in Österreich auf HIV-Antikörper getestet werden.

Bei Vorliegen unklarer Krankheitsbilder, die eine Affinität zu den Symptomen und Krankheitsbildern von AIDS aufweisen, stellt das Testverfahren im Rahmen einer Differential- und Ausschlußdiagnose ein notwendiges Instrument der Abklärung dar. Ferner empfiehlt sich im Falle einer Schwangerschaft bei Frauen, die sich einem stärkeren Infektionsrisiko ausgesetzt haben, die rechtzeitige Feststellung ihres Serostatus. Der

Einsatz des Tests zur Eruiierung epidemiologischer Trends wurde in den Anfängen der Testproduktion als sinnvolle Maßnahme zur Überwachung der Ausbreitung der Infektion erachtet. Insbesondere die von AIDS zuerst betroffenen Randgruppen wurden Reihentestungen unterzogen. Die medizinisch-epidemiologische Forschung versuchte anhand eines RISIKO-FAKTOREN-KONZEPTS mit den, aus den Tests gewonnenen Ergebnissen Schlüsse auf die Ausbreitung der Infektion innerhalb der "Allgemeinbevölkerung" zu ziehen. Sozialepidemiologisch wichtige Faktoren, wie die Lebenslagen und -weisen der Randgruppen oder medizinische Faktoren, wie etwa die Vorbelastung des Immunsystems durch intravenösen Drogenkonsum, wurden im Rahmen dieser Studien vernachlässigt. Auch Fragen nach den physischen, psychischen und sozialen Bedingungen des Ausbruchs der Krankheit fanden keine Beachtung. (Vgl. Rosenbrock 1986, S. 94ff.)

Eine **individuell sinnvolle** Maßnahme bedeutet der HIV-AK-Test bei der Gründung einer Partnerschaft sowie für jede Person, die die Abklärung ihres Serostatus aus freiem Entschluß fordert: Der Test mag BILANZ ziehen und individuelle Entscheidungen in Hinblick auf Prävention eröffnen.

Inwieweit ein positives Testergebnis einen Indikator für die sexuelle Verhaltensänderung in punkto SAFE(R) SEX zu leisten vermag, bleibt weiterhin umstritten: Einerseits könnte der Testbefund für HIV-Positive aufgrund der todbringenden Metaphern zu AIDS und der Angst vor dem nahenden Tode kontraproduktiv sein und zum "Desperado-Tum" anregen; andererseits löst ein positiver Serostatus unweigerlich Panik und Depressionen sowie den persönlichen Rückzug auf mehreren Ebenen aus (siehe auch Kap. 7.3.). Zweifelsfrei vermag aber das negative Testergebnis kein Präventionsmittel für promisk lebende Personen zu sein, da der Test keine Impfung gegenüber künftigen Risikosituationen darstellt. Der Test markiert eine **MOMENTAUFNAHME** über den Serostatus und kann zielführend erst nach acht bis zwölf Wochen nach dem letzten Sexualkontakt, der zu einer Ansteckung geführt haben könnte, eingesetzt werden. Die zeitliche Verzögerung von tatsächlichem Viruskontakt und seiner Nachweismöglichkeit – in der Antikörperbildung –, unterliegt dem Prinzip des TIME LAG. Streng genommen müßte jede testwillige Person innerhalb dieser Zeitspanne ausnahmslos präventiv verkehren. Wenn dem nicht so ist, kann das spätere Testergebnis ein falsch-negatives sein und fälschlicherweise als "Freibrief" für weitere ungeschützte Verkehrsformen interpretiert werden. Anhand des Phänomens der Ungleichzeitigkeit läßt sich auch das Moment der Ineffizienz jeglicher Form von Massentestung erkennen:

Zwangsweise durchgeführtes MASSEN-SCREENING bringt nur den momentanen Serostatus der Bevölkerung in Erfahrung und produziert, aufgrund der zeitlich nachhinkenden Antikörper-Bildung, unweigerlich falsche Testergebnisse.

Zusammenfassend läßt sich feststellen, daß die Gründe, die für die Durchführung eines HIV-AK-Tests sprechen, nach Berücksichtigung seiner Aussagemöglichkeiten, relativ wenige sind: Der Test sichert zu einem hohen Prozentsatz virenfreie Produkte, er kann eine Entscheidungshilfe für Schwangere sein und stellt ein Hilfsmittel zur Abklärung bereits vorhandener Krankheitsbilder dar. Das negative Testergebnis bietet keinen Schutz vor Risikosituationen. Das positive Ergebnis wiederum vermag keine Aussage über den Gesundheitszustand in Hinblick auf AIDS zu treffen; der präventive Aspekt bei Seropositivität ist zu bezweifeln. Ferner kann der Test nur ein ungenaues Abbild über den Serostatus von größeren Bevölkerungsgruppen erstellen und er eignet sich nicht für epidemiologische Prävalenz-Studien.

M.E. mag die Testung auf Antikörper neben jener der Blutprodukte für die Abklärung individueller physischer Probleme und Angstzustände wegen einer befürchteten Infektion sinnvoll sein: Zweifelsohne bedeutet nach einer angespannten Zeit des Wartens für jede Person das negative Testergebnis eine Erleichterung; zweifelsohne stellt das positive Testergebnis eine Aufforderung zur Prävention dar. Dennoch vermag der Test keineswegs eine zwingend wichtige Aussage für die Zukunft zu garantieren: Der momentane seronegative Status bietet keinen Schutz vor einer Infektion; Seropositivität gibt keine Aufschlüsse über den (möglichen) Krankheitsverlauf zu AIDS.

Die Akzeptanz gegenüber dem Test und die in seine Aussagemöglichkeiten gelegten Interpretationen beruhen auf Fehlinformationen. Letztlich gilt für alle Personen, die sich in der Vergangenheit des öfteren sexuellen Risiken ausgesetzt haben und künftig nach den Regeln des Safe(r) Sex leben, daß das Testergebnis – egal, ob es positiv oder negativ ist – nichts am gegebenen Gefährdungsgrad ändert.

## **7.2. Was der Test nicht kann**

Die Gründe, die gegen den Test sprechen, bewegen sich vorrangig um den Bereich seiner medizinisch-ethischen Legitimation. Der Test, durchgeführt an symptomlosen Klienten, desavouiert die, in der Medizin vorhandenen Standards ärztlicher Ethik: Der Test läßt sich nicht in das Früherkennungssystem einer gesundheitlichen Vorsorge-Unter-

suchung integrieren; die Einsetzung der Anti-Körpertestung bei Reihenuntersuchungen in den Krankenhäusern negiert völlig die, bei positivem Testergebnis ausgelösten sozialen und gesundheitlichen Folgen für die getesteten Patienten. Seitens der Ärzteschaft wird die Testung gerne mit dem Argument der Früherkennung unterstützt. Dem gegenüber gilt es aber festzuhalten, daß "... eine medizinische Indikation zur Früherkennungsuntersuchung auf nicht behandelbare Krankheiten (...) nach den Regeln der ärztlichen Kunst nicht (existiert, d. Verf.)." (Bleibtreu-Ehrenberg 1989, S. 127f.) Im Gegenteil, seit dem Jahre 1965 gilt als ethisches Kriterium über die Zulässigkeit solcher Untersuchungen inhibitiv unter der Ärzteschaft: "Es muß eine anerkannte Behandlung für Patienten geben, die an der diagnostizierten Krankheit leiden." (Rosenbrock 1987, S. 106) Beim HIV-AK Test mit positivem Ergebnis gesellt sich neben der Unmöglichkeit einer anschließenden medizinischen Therapie noch der Umstand hinzu, daß das Ergebnis selbst keine spezifische Aussage über den Krankheitszustand und -ausbruch geben kann.

Seit den sechziger Jahren besteht innerhalb der Medizin die Tendenz, Tests zur Früherkennung von Krankheiten einzusetzen. Mit der verfeinerten Diagnosefähigkeit wurde aber auch gegenüber den vorhandenen medizinischen Therapieangeboten ein Überhang an diagnostischen Möglichkeiten geschaffen. Der "Gesundheitsgewinn" der Früherkennung besteht dann lediglich in der Vorverlegung des Diagnosezeitpunktes, keineswegs aber in der Verlängerung der Lebenszeit, zumal die medizinisch-therapeutischen Maßnahmen den Krankheitsverlauf nur unwesentlich zu beeinflussen vermögen. Individuell betrachtet besteht aufgrund der möglichen Früherkennung - beispielsweise bei Krebs - der "Gesundheitsgewinn" für die Betroffenen darin, über eine längere Zeitspanne die Lebensbedrohung zu realisieren, um vorzeitig die nebenwirkungsintensiven Therapieversuche in Anspruch nehmen zu können (vgl. Rosenbrock 1987, S. 104).

Die Schere, die zwischen hochtechnisierter Diagnose- und vorhandener Therapiemöglichkeit auseinanderklafft, erfährt in AIDS eine noch radikalere Ausformung, als bei anderen Krankheiten: Löst der positive Befund bei Krebs eine sofortige ärztliche Intervention aus, so sieht sich jeder HIV-Positive dem zeitlich unklaren und eventuellen Ausbruch der Krankheit AIDS gegenübergestellt. Seropositive Personen werden als Kranke klassifiziert, bevor sie überhaupt Symptome zeigen. Susan Sontag erachtet in AIDS, das im HIV-AK-Test unspezifisch vordiagnostiziert wird, den Rückschritt in eine »vormoderne Krankheitserfahrung«:

"Mit den neuesten biomedizinischen Tests ist es möglich, eine neue Klasse lebenslanger Parias zu erzeugen: die künftigen Kranken. Aber das Ergebnis dieser durch den Triumph der modernen medizinischen Untersuchungsmethoden ermöglichten radikalen Erweiterung des Krankheitsbegriffes dürfte zugleich ein Rückschritt in die Vergangenheit sein, in die Zeit vor dem medizinischen Triumphalismus, als es zahllose geheimnisvolle Krankheiten gab und das progressive Fortschreiten von der schweren Erkrankung zum Sterben etwas Normales war (nicht wie heute ein Fehler oder ein Versäumnis der Medizin, dazu bestimmt, behoben zu werden)." (Sontag 1989, S. 36f.)

Aus gesundheitlicher Sicht produziert das Medizinsystem selbst eine wachsende Anzahl von Kranken, denen es nur vage und oft widersprüchliche Erfahrungswerte aus der empirischen Forschung zu AIDS als Orientierungshilfe anbieten kann: Jeder HIV-Positive wird nach etwa sieben Jahren mit einer Wahrscheinlichkeit von so und sovielen Prozenten an AIDS erkranken; er solle künftig gesund leben und wertvolle Nahrung zu sich nehmen, obwohl es diesbezüglich keine signifikanten Forschungsergebnisse gibt; jeder Positive möge fortan für seine "positive" Lebenseinstellung und die Sicherung seiner sozialen Existenz Sorge tragen: das Akzeptieren seiner Person und Sexualität sowie das Vermeiden von Angstzuständen können den Ausbruch der Krankheit verzögern helfen; sollten erste AIDS-Symptome auftreten, können sie mit einer nicht bestimmaren Wahrscheinlichkeit in das AIDS-Vollbild übergehen; sollte jemand an AIDS erkranken, so wird er zu einer hohen Wahrscheinlichkeit sterben.

Mit dem vermehrten Einsatz der "Dispositions-Diagnose" durch den HIV-AK-Test kommt jeder positive Testbefund einer schweren Körperverletzung gleich: Die verhängnisvolle "Diagnose HIV-positiv" erhöht aufgrund der psychischen und sozialen Belastung die Erkrankungs- und Sterbewahrscheinlichkeit um vieles (vgl. Rosenbrock 1987, S. 107 u. 129). Depressive und hypochondrische Persönlichkeitsveränderungen als auch Somatisierungen aufgrund der Angstzustände, die das Testergebnis auslöst, bestätigt die psychologische Begleitforschung im Rahmen der Therapie gesunder HIV-Positiver (siehe Kap. 7.4.). Die Rate der Suizidfälle, die dem drohenden sozialen und physischen Tod nach der Bekanntgabe des Testergebnisses folgen, liegt im Dunkeln. Sie wird als nicht unwesentlich angenommen. Trotzdem ist der HIV-AK-Test unter der Ärzteschaft niemals zum Gegenstand einer medizinisch-ethischen Diskussion geworden. Bei der Durchführung des HUNTINGTON-TESTS, einem gentechnologischen Marker-Test, der gleich dem HIV-AK-Test nur eine Dispositions-Diagnose zu erstellen vermag, werden sehr wohl ethische Kriterien der Testung berücksichtigt.<sup>1)</sup>

Neben seiner unzureichenden Diagnosefähigkeit kann der Test genauso falsche Ergebnisse liefern. Die beiden gängigen Testverfahren, ELISA und Western-Blot, weisen unterschiedliche Kriterien der Testgenauigkeit auf: Der ELISA verfügt über eine höhere

"Sensitivität" (Empfindlichkeit) und vermag neben den HIV-Antikörpern auch noch andere nachzuweisen; Western-Blot umgekehrterweise, der bei positivem ELISA-Befund als Bestätigungstest verwendet wird, verfügt über eine höhere "Spezifität" (Besonderheit) und decodiert ausschließlich HIV-Antikörper. Insbesondere die erste Testgeneration zeigte relativ große Fehlerquoten auf: Der hochsensible ELISA-Test produzierte viel zu viele falsch-positive Befunde, der Western-Blot wies stets eine geringere Fehlerquote<sup>2)</sup> mit falsch-negativen Testergebnissen auf. Die Qualität der Tests wurde über die Jahre der AIDS-Forschung verbessert, dennoch konnte das Grundprinzip ihrer Fehlerhaftigkeit nicht zur Gänze ausgeschaltet werden: Für Labortests gilt allgemein, daß bei Verbesserung ihrer "Spezifität" die "Sensitivität" reduziert wird und, bei umgekehrtem Verfahren, die gegensätzliche Reaktionsweise einsetzt. Daher empfiehlt sich für jede vorerst "positiv" getestete Person, jeden ELISA-Befund durch einen Bestätigungstest abklären zu lassen. Da aber beide Testverfahren je spezifische Fehlerquellen haben, sollten kombinierte Testverfahren wiederholt werden. Die Ausschließung eines falsch-negativen und falsch-positiven Testergebnisses kann jedoch keine hundertprozentige sein; "... es kann die Irrtumswahrscheinlichkeit nur gesenkt werden, die Annäherung an absolut gültige Aussagen ist - theoretisch und praktisch - immer nur asymptotisch." (Rosenbrock 1987, S. 92)

Neben der Fehlerhaftigkeit der Testmethoden muß der weitere Umstand berücksichtigt werden, daß die Testung der Blutproben in großen Labors erfolgt und auch die menschliche "Irrtumswahrscheinlichkeit" seitens des Personals einen Einfluß auf das Testergebnis nehmen kann. Blutproben können unter großem Arbeitsstreß durchaus mit falschen Codeworten oder Namen versehen und Testergebnisse dadurch vertauscht werden.

Im Rahmen der - offiziell verbotenen - Reihentestungen in den Krankenhäusern werden ausschließlich die hochsensiblen ELISA-Tests aus Kostengründen verwendet.<sup>3)</sup> Die, in dieser Form erstellte, hohe Fehlerquote falsch-positiver Testergebnisse kann für die davon betroffenen Personen gravierende soziale und gesundheitliche Folgen haben: Immer wieder scheinen in den Medien und Fallbesprechungen der wissenschaftlichen Literatur zu AIDS jene "Einzelschicksale" auf, die aufgrund des Testergebnisses ihr Leben von Grund auf veränderten und sich in die soziale Isolation begaben, erste Krankheitssymptome entwickelten und den vorzeitigen Tod antizipierten. Manche von ihnen ließen nach Monaten der Hoffnungslosigkeit "zufälligerweise" das Testverfahren wiederholen und den negativen Blutstatus feststellen. Letztgenannte "Glückliche" innerhalb der - angenommenen - zweiprozentigen Test-Fehlerquote (den ELISA betreffend, vgl. *profil* vom 21. 05. 1991) bilden keineswegs einen Diskussionsgegenstand in

der medizinischen Begleitforschung zum HIV-AK-Test. An dieser Stelle sei vermerkt, daß die Somatisierungen nach positivem Testergebnis infolge der Angstzustände eine zu geringe Berücksichtigung in den Fallanalysen finden, wie auch der Umstand nicht thematisiert wird, daß nach der Revidierung des Testergebnisses (im negativen Befund) der Rückgang der körperlichen Beschwerden einsetzt.<sup>4)</sup> Erste Forschungsansätze zum negativen Einfluß von Streß (dem Distreß) und Angst auf das menschliche Immunsystem vermag lediglich die relativ neue Disziplin der Psychoneuroimmunologie anzudeuten (siehe auch Kap. 5, Einleitung).

Die, in den Anfängen der Bewußtmachung zu AIDS, vielfach geforderte zwangshafte Massentestung (Massen-SCREENING) der Gesamtbevölkerung zur allgemeinen Bestandsaufnahme der HIV-Infektion würde neben ihrer moralischen Unzulässigkeit – zusätzlich der Berücksichtigung der Testungenauigkeit und des enormen Zeitaufwandes, den das relativ sichere, kombinierte Testverfahren in Anspruch nehmen würde –, sich selbst aus Kosten- und Zeitgründen ad absurdum führen. Die an der Gesamtbevölkerung gewonnenen Testergebnisse wären in einem viel zu hohem Maße falsch-positiv und/oder falsch-negativ. Zur Testungenauigkeit würde sich weiters das Moment der zeitlichen Verzögerung dazuergeben, das unter der Zwangsverordnung und Unfreiwilligkeit zum Test, eine unzugängliche Größe darstellen würde. Die zeitliche Verzögerung von Virus-Kontakt und Antikörperbildung könnte unmöglich durch ein "Abstinenzgebot" für Millionen von Menschen geregelt werden, da das Einhalten der veranschlagten Zeitspanne von drei Monaten (time lag!) bereits im Rahmen der anonymen Einzeltestung mit Schwierigkeiten verbunden ist.

### **7.3. Die Anwendung des Tests eröffnet paradoxe Lebenssituationen**

Im folgenden werde ich auf drei konkrete Bereiche paradoxer Anwendungsmöglichkeiten um den Test eingehen, wie sie erst bei näherer Betrachtung in ihrer Verschlüsselung zum Vorschein kommen.

#### **7.3.1. Der BILANZ-Test beeinflusst die Partnerwahl**

Insbesondere heterosexuelle Paare entschließen sich für die Vornahme des Bluttests, weil sie vor der Gründung einer längerfristigen Partnerschaft einen sog. BILANZTEST machen lassen, der ihnen Aufschluß über den eigenen Serostatus und den des Partners,

mit dem sie sexuell verkehrt haben, geben soll. Fällt der Test negativ aus, wird das Ergebnis als Indikator für die Fortführung der Beziehung erachtet. Diese Tatsache "überwachter" Beziehungswahl, wie sie aus der Praxis der AIDS-Hilfe bekannt ist, zeigt m.E. deutlich, daß, bedingt durch die Angst vor AIDS, dem Test die autoritäre Rolle eines Richters zugeteilt wird, der über das künftige Glück wohlwollend oder verneinend den Urteilsspruch fällen kann. Nicht die Partner selbst machen von ihrer persönlichen Entscheidung nach den Kriterien der Zuneigung und der gemeinsamen Lebensperspektive Gebrauch, sondern ein Bluttest, der die Beziehungswahl nach der Prüfung der sexuell-physischen "Unversehrtheit" goutiert. Das paradoxe an dieser Form der neuzeitlichen Partnerwahl offenbart sich im Umstand, daß das Vertrauen in den anderen, den Partner, erst dann entstehen kann, wenn ihm gegenüber zunächst grundsätzliches Mißtrauen entgegengebracht wird: Bevor sich jemand zu einer Partnerschaft entschließt, muß der Serostatus des künftigen Partners gänzlich in Frage gestellt werden.

Die konsequenteste Form dieser neuen Partnerschaftsprogrammatik, die nach den Regeln des "nun prüfe, wer sich ewig bindet, ob nicht AIDS im Blut sich findet" funktioniert, haben m.E. die einstigen Wegbereiter der "Sexuellen Revolution", die US-Sexualforscher W. Masters, V. Johnson und R. Kolodny zum Ausdruck gebracht: In ihrer Gemeinschaftspublikation "Das verdrängte Risiko" (1988) haben sich die Autoren vorrangig an die heterosexuelle Leserschaft, die zusehends von der Krankheit betroffen ist, gewendet.<sup>5)</sup> Ein interessanter Einblick in die durch AIDS mitbestimmte Gesundheitskultur der US-Gesellschaft sowie in die Veränderungen der Sitten und Werte um die Heterosexualität schlechthin wird geboten.

Einen wichtigen Kontrollpunkt der heterosexuellen Körper erachten die Autoren in einer staatlich verordneten Pflichttestung aller schwangeren Frauen; aller sexuell aktiven Personen zwischen dem 15. und 60. Lebensjahr, die stationär in Krankenhäusern aufgenommen werden; aller Prostituierten und aller heiratswilligen Personen<sup>6)</sup> (vgl. Masters et al. 1988, S. 171). Ferner müßten sich alle Paare, die heiraten wollen, einer "vohelichen Pflichtuntersuchung" unterziehen, damit sie bei Seopositivität des Partners die Verbindung rechtzeitig auflösen und/oder vom Kinderwunsch absehen können. Da alle der o.g. Vorschläge der Zwangstestung aus Kostengründen im US-Gesundheitswesen keinen Anklang gefunden haben, appellieren die Autoren an die Selbstverantwortlichkeit der Leser: Jeder solle sich freiwillig einem zweifach abgesicherten Testverfahren unterziehen, bevor er sich einen "Geschlechtspartner im Aidszeitalter" auswählt:

Jede Person, die beabsichtigt, mit dem Partner das erste Mal sexuell zu verkehren, muß zur Ausschließung des Infektionsrisikos zuerst den Test machen und auch vom künftigen Sexualpartner das Testergebnis einfordern. Sollten beide Partner HIV-negativ sein, müssen sie zur Vermeidung jeglichen Risikos über eine Zeitspanne von sechs Monaten in sexueller Abstinenz leben, da die Serokonversion bei einem von beiden nachträglich eintreten könnte. Sollte der "sexuelle Drang" bei einem der beiden zu groß werden, dürfen sie – unter völliger Enthaltung des Analverkehrs<sup>7)</sup> – zumindest mit dem Kondom verkehren, das für die Übertragung von HIV zwar risikominimierend, keineswegs aber "narrensicher" ist (vgl. Masters et al. 1988, S. 117ff.).

Da aber die Richtigkeit eines negativen Testergebnisses schwerlich überprüfbar ist, weil es bei der anonymen Testung vom Partner nicht überprüft werden kann, geben die Autoren allen Sexualpartnern den Rat, das Verfahren der DOPPEL-Teststrategie gemeinsam bei einem Vertrauensarzt, wo die Möglichkeit des gegenseitigen Einblicks in das Testergebnis besteht, zu machen. Dadurch kann vermieden werden, daß der möglicherweise "unehrliche" Partner einen "Betrug" tätigen könnte. Sollten sich nach geglücktem doppelten BILANZ-Test Vermutungen über die Untreue des Partners einstellen, so ist die Doppel-Teststrategie von neuem zu wiederholen, denn nur so könne mit ziemlicher Sicherheit davon ausgegangen werden, daß der Partner über sein Sexualleben die "Wahrheit" sagt (vgl. Masters et al. 1988, S. 114ff.).

Die Publikation "Das verdrängte Risiko" gibt m.E. einen guten Einblick in die Sozioökonomie der Testanwendung, die als Normalisierungsverfahren die gesellschaftliche Reproduktionssphäre kontrollieren soll: Jene heterosexuellen Körper, die den Reproduktionszyklus stören könnten, sollten schon vor der Gründung einer Partnerschaft oder Ehe durch den Bluttest ausgeschlossen werden. Die Kontrolle über das "virenfreie" Sexualleben und den Nachwuchs übernehmen die selbstverantwortlichen Partner, die durch die anonyme Testung den Kontakt zu den HIV-Positiven verhindern können. Die individuelle Partnerwahl, die ihren amourösen Ausdruck in der neuzeitlichen "Liebesheirat" gefunden hat, verwandelt sich durch AIDS auf der bio-sozialen Ebene zurück zur alten "Geld- und Blutheirat": Der Körper symbolisiert fortan das "Kapital", seine physisch-sexuelle "Unversehrtheit" gibt ihm das Recht auf Schwangerschaft, auf Sex und Partnerschaft. Bei Masters et altera bekommt der Test selbst – wie im Prinzip jeder BILANZ-Test – die Funktion eines Lügendetektors, der Auskunft gibt über die "wahre" Begebenheit der sexuellen Biographie und Un-Treue des Partners, dem grundsätzlich zu mißtrauen ist.

AIDS hat die Bedeutung von Treue und Untreue neu definiert: War partnerschaftliche Treue vor AIDS ein Zeichen von Loyalität und Liebe, so wird sie von nun an als "Selbst-Schutz" gewertet; Untreue ohne Beachtung präventiver Maßnahmen wird im Partnerschaftsverhältnis der Status der Körperverletzung zugeschrieben. Die Bedrohung durch AIDS bewegt sich nicht nur im Rahmen der sexuellen Ängste, die in Risikosituationen berechtigt sind; darüber hinaus zeigt sie sich auch in einem "neurotischen Mißtrauen" (vgl. O'Connor 1989, S. 135f.), das sexuelle Partner gegeneinander hegen: Die Untreue, die nicht immer nachweisbar ist, weil das Bekennen des "Seitensprungs" die Beziehung zu sehr gefährden würde, muß mit AIDS entlarvt werden, weil sie nicht nur einem Abenteurerausflug gleichkommt, sondern die Primärbeziehung selbst gesundheitlich gefährden könnte. Der Test fungiert neben seiner Rolle als Lügendetektor auch in der des "postmodernen Priesters", der bei Seronegativität die Absolution über den beichtenden "Untreuen" verhängen kann. Mit AIDS wird das partnerschaftliche Miß- und Vertrauen m.E. durch den Bluttest geregelt und nicht mehr im Rahmen des beziehungsinternen, selbstdefinierten Wertmaßstabs geklärt. Vor AIDS wurden die Ängste um das Verlassenwerden, eine bevorstehende Trennung oder die narzißtische Kränkung wegen einer "Außenbeziehung", in der Partnerschaft selbst oder mit Hilfe der Therapeuten gelöst. Mit dem Test kann die völlige Kontrolle über den sexuellen Körper des anderen möglich werden: Die Vermutung um die "Untreue" des Partners/der Partnerin läßt sich im Blut verifizieren.

### **7.3.2. Der Test konstituiert und zerstört Identität**

AIDS als Prinzip eines speziellen Diskurses ist nicht nur eine tödlich verlaufende Krankheit, die ihr Wissen aus der Virologie und Immunologie bezieht. Der psychosoziale Diskurs zu AIDS umfaßt einen kollektiv unterstellten Zusammenhang von Lebensform, Charakter, Schuld, Sexualität und Tod. Die Krankheit, eine Realität von Kommunikation, ist größtenteils auf Medienvermittlung angewiesen, die das Virus "momentan schneller in den Köpfen als im Blut der Menschen" zirkulieren läßt (vgl. Hahn 1991, S. 608). Prävention zu AIDS bewegt sich innerhalb des großen Widerspruchs zwischen dem Prinzip der generellen Schutzmöglichkeiten und der steten universellen Bedrohung. Da die Infektionswege ohnehin bekannt sind, mutet die Panik um den Erreger eigentümlich an.

Das Virus selbst, als "unsichtbar", aber "besiegbar" beschrieben, löst auf individueller Ebene und der der Partnerschaft die Angst vor der "geheimen" Ansteckung aus: Das Virus könnte sich bereits als "Körperfremdes" in das eigene Immunsystem eingeschlichen haben und fortan die unendlichen Prozesse der Mutation, die unkontrollierbar sind, auslösen. Die Angst, die vor der unheimlichen Bedrohung des "fremden Zerstörers" anwächst, umfaßt die Gründe für die Testung auf Antikörper. Hilfesuchende Testwillige wollen ihren Serostatus deshalb abklären lassen, um ihre Identität als Seronegative festzuschreiben zu lassen, oder aber, um in der Seropositivität den Kontakt mit dem "Fremden" nachweisbar zu machen. Der allgemeine "minoritäre Diskurs" zu AIDS (nach Hahn 1991), wie er sich in den Industrieländern in seiner Verstricktheit mit dem Phänomen der Xenophobie abzeichnet (siehe auch Kap. 3.3.1. und 3.2.), findet durch die anonyme Testung in den Partnerschaften seine Entsprechung. In der Differenzierung zwischen "Fremden" und "Nicht-Fremden" setzt sich das "rechtsradikale Bewußtsein" (nach Hahn 1991) auch in den Liebesverhältnissen fort: Inwieweit kann darauf vertraut werden, daß der andere nicht das Virus auf mich übertragen hat, inwieweit bin ich selbst noch seronegativ und nicht vielleicht schon längst ein "Fremder", also Infizierter, für den anderen? Die Testung selbst eröffnet aber von Anfang an eine Reihe von Paradoxien und dilemmatischen Situationen, wie sie in ähnlicher Weise im soziopolitischen Kontext nationaler und rassistischer "Säuberungstendenzen" bekannt sind, die die "Reinheit" im Blut feststellen lassen wollen: Der Test, ein "Geständnisgenerator", vermag letztlich nie genau die Seropositivität nachzuweisen, so wie er bei Seronegativität nur eine Momentaufnahme darbietet, die sich ändern kann. Schon der Entschluß zur Testung auf Antikörper wird für jede Person von einem widersprüchlichen Imperativ begleitet:

"Solange ich nicht weiß, ob ich infiziert bin, erhalte ich meine Identität, wie ich sie bislang kenne. Es empfiehlt sich also, das Risiko des Tests nicht einzugehen. Aber andererseits kann ich mir dieser Identität nur sicher sein, wenn ich riskiere, sie durch den Test zu verlieren. Deshalb wäre es ratsam, sich ihm zu unterziehen. Jede Lösung ist gleich gefährlich, zumal natürlich auch der Test keine endgültige Sicherheit gewährt." (Hahn 1991, S. 609)

Hierin konkretisiert sich das (individuelle) Drama der Dialektik jeglicher Form von Aufklärung, die sich in der Erkenntnis des "nachdem ich weiß, wer ich bin, habe ich mich endgültig verloren", offenbart. Fortan definiert der Arzt bei Seropositivität die soziale Rolle des Getesteten, dessen alte Identität angesichts der Todesbedrohung nebensächlich wird: Herr X, der liebevolle Vater und fürsorgliche Ehemann und Finanzbeamte, ist ab dem Zeitpunkt der Befundrückgabe der HIV-Positive, dessen Leben mit zwingenden sozialen Imperativen, wie der Angst vor Arbeitsunfähigkeit und dem ersten

Ausbruch der Symptome zu AIDS, gezeichnet ist. Frau Y wiederum, die gerade ihr negatives Testergebnis abgeholt hat, kann in diesem Augenblick bereits HIV-positiv sein, ohne es zu wissen.

Ein weiteres Paradoxon, das sich mit der Angst vor AIDS einstellt, markiert die "double-bind" Situation, innerhalb derer sich Sexualität in Zeiten von AIDS aufzutut: Der sexuelle Verkehr und die körperliche Nähe zu anderen Personen, die eigentlich im Kontext der Erhaltung von Vitalität stehen, müssen zur Vermeidung des Ansteckungsrisikos umgangen werden. AIDS-Prävention ohne Verwendung des Kondoms perpetuiert die paradoxe Situation, daß das emotionale und lebensspendende Moment der genitalen Sexualität nicht ausgelebt werden darf, weil es gerade das Leben zerstören kann. Die Anwendung des Tests vermag diese Paradoxie nur partiell aufzuheben: Läßt jemand anonym seinen positiven Serostatus feststellen, so leitet er unweigerlich seine Selbst-Stigmatisierung und die physisch-soziale Isolation ein:

"Wer sich nicht testen läßt, steht vor sich selbst als jemand da, der von der Wahrheit seiner Identität nicht voll überzeugt ist, sonst könnte er es ja unbesorgt tun. Aber wenn er sich dazu entschließt, riskiert er, daß seine bisherige Identität nicht seine Wahrheit war." (Hahn 1991, S. 612)

Nach der Testung eröffnen sich sowohl für Seropositive als auch Seronegative weitere Paradoxa: Auf Seropositivität Getestete unterliegen der moralischen Verpflichtung, ihren Sexualpartner von der Infektion in Kenntnis zu setzen. Dabei riskieren sie gleichzeitig seinen Verlust. Wird das positive Testergebnis verschwiegen, besteht die Gefahr, sich am Partner schuldig zu machen und ihn den Gefahren der physischen Vernichtung durch die eigene Seropositivität auszusetzen. Der (momentane) Seronegative begibt sich beim Nachfragen über den Serostatus des Partners in einen Mißtrauensbereich, der das Verhältnis lahmlegen kann. Gibt er sich ohne Schutz dem anderen hin, riskiert er, infiziert zu werden. Das Wissen um die eigene Seronegativität hilft hier nicht weiter.

Im Kern der Angst vor AIDS sitzt das Gefühl des Vertrauens und seines Gegenteils, des Mißtrauens: Ist der Partner ein Freund, der mich nicht infiziert oder ein Feind, der das Virus (unwissentlich) auf mich überträgt? Sobald er es auf mich übertragen hat, nehme ich den virösen "Todfeind" im Körper wahr. Die Vergewisserung dessen, ob eine Ansteckung durch den nicht-getesteten Partner erfolgen kann, setzt das Prinzip eines dialektischen Umgangs mit dem anderen voraus:

"...ob *Alter ego* sich als Freund erweist oder als Feind, ist aufgrund seiner grundsätzlichen Intransparenz immer erst *ex post* beobachtbar. Aber man hat keine Freunde, wenn man nicht riskiert, seine Feinde für Freunde zu halten. Dazu ist man aber immer gezwungen, obwohl einem niemand so feindlich zusetzen kann, wie jemand, der das Vertrauen eines Freundes genießt." (Hahn 1991, S. 613)

Die Testanwendung bewirkt eine kurzfristige Identitätsbildung bei negativem Befund. Gegenüber promiskuen Formen der Sexualität ohne Prävention bietet der Test keinen Schutz. Bei positivem Testbefund ändert die Blutprobe von Grund auf die Identität des Getesteten, die ihn vor neue zwischenmenschliche, soziale und psychische Probleme stellt.

### **7.3.3. Das positive Testergebnis im Kontext der Gesetzesgebung**

Laut Gesetzeslage besteht für seropositive Personen keine Meldepflicht gegenüber den Behörden oder dem Arbeitgeber. Nach dem AIDS-Gesetz betrachtet, darf ausschließlich der Berufsgruppe der männlichen und weiblichen Prostituierten die Ausübung ihres Berufes untersagt werden. Die juristische und soziale Realität für Positive zeigt sich jedoch von einer anderen Seite: Die Anonymität um den Testbefund wird ab dem Zeitpunkt brüchig, ab welchem eine positive Person sich anderen Personen, die sich außerhalb der geschützten Institution der AIDS-Hilfe bewegen, mitteilt. HIV-Positiven wird nahegelegt, sie mögen ihre(n) Geschlechtspartner über die Infektion in Kenntnis setzen. Die damit einsetzende paradoxe Lebenssituation impliziert sehr oft den Verlust des/der Partner und wird begleitet von der Diskriminierung und Ausgrenzung im Freundes- und Bekanntenkreis. So wie die ursprüngliche Anonymität des Testergebnisses nicht vor Stigmatisierung schützt, gibt die Seropositivität im Rahmen der legalen Gesetzeslage mehrere Möglichkeiten ihrer Anklage und Verurteilung ab:

Scheidungen können nach dem Zivilrecht umstandslos eingereicht werden, wenn einer der beiden Partner positiv ist. Das Sorgerecht HIV-positiver Mütter geht sehr oft an die Großmütter oder an Pflegepersonen über, die Kinder können der leiblichen Mutter gewaltsam entrissen werden. HIV-positiven Kindern kann der Schulbesuch verwehrt werden. Partner von HIV-Positiven, die sich zu spät über die Infektion in Kenntnis gesetzt erachteten, können diese auf den Tatbestand der "schweren Körperverletzung" sowie des "versuchten Mordes" bei nachweisbarer Abfolge der Ansteckungskette anklagen. Sie haben das Recht, die Zahlung von "Schadenersatz" und "Schmerzensgeld" einzufordern. Manche Firmen und Institutionen benützen die allgemeine betriebsärztliche Untersuchung zum Nachweis von HIV-Antikörpern, um seropositive Jobbewerber von Anfang

an auszuschließen. Lebens- und Privatversicherungen, die kein negatives Testergebnis beim Versicherungsabschluß eingefordert haben, können jene Klienten, die an AIDS erkranken, nachträglich ob ihres "Betrugs" anklagen.

Bei allen, von mir angeführten Beispielen (bis auf die Jobsuche) der "legalen" Sonderbehandlung von HIV-Positiven würde sich der Grund der Anklage bei Unwissenheit des eigenen Serostatus grundsätzlich aufheben: Wer niemals einen Test gemacht hat, nimmt von sich an, daß er seronegativ ist. Der Partner, die Fürsorge, die Schule und die Versicherungen könnten keineswegs gegen jemanden gerichtlich vorgehen, der über seinen Serostatus uninformiert war. Nur ein ungetesteter HIV-Positiver hat die Möglichkeit, nicht wie ein "Krimineller" behandelt zu werden, da er auch nicht gelogen hat.

Die Ängste vor AIDS und der Ansteckung mit dem Virus, die durch das Wahrheitsdispositiv reguliert werden, bewirken eine neue Definition von "Lüge": Fortan lügt jeder, der sein positives Testergebnis geheim hält. HIV-Positive sind vor die paradoxe Wahl gestellt, ihr Testergebnis verschweigen zu können, was sie automatisch zu "Lügnern" und damit rechtlich belangbar macht, oder die Wahrheit zu sagen und (all)tägliche Diskriminierungen in Kauf zu nehmen. Arbeitslose HIV-Positive, die dringend eine billigere Wohnung benötigen, können ihr Testergebnis nicht als ein "Attest" vorlegen, um auf dem Wohnungsmarkt ein Vorzugsrecht zu genießen, wie es bei Behinderten beispielsweise der Fall ist. Im Privaten riskieren sie den Verlust des Partners und der Freunde, vor dem Gesetz können sie als "Kriminelle" behandelt werden.

Es gibt für HIV-Positive keine Gesetzeslage, die sie vor Ungleichbehandlung im medizinischen und sozialen Bereich schützen würde. Teilen sie ihrem Arzt den Serostatus mit, riskieren sie, künftig von ihm nicht mehr behandelt zu werden. Ärzte können die Behandlung verweigern, indem sie den ordnungsgemäßen Ablauf in der Arztpraxis gegenüber den anderen Patienten oder die unzureichende Schutzmöglichkeit ihres Personals befürchten. Das im AIDS-Gesetz verankerte "ärztliche Berufsgeheimnis", das die Anonymität HIV-Positiver als "Schutzrecht" ausgewiesen hat, wird mit der an die Betroffenen herangetragenen "Informationspflicht" gegenüber ihren behandelnden Ärzten gleichzeitig paralysiert. Die Entscheidung, ob eine seropositive Person behandelt wird, obliegt allein dem Arzt. Jeder Zahnarzt, jeder Virologe und Praktiker hat die Möglichkeit, den "Hippokratischen Eid" entsprechend seiner Definition zu interpretieren. Der Eid auf die moralisch-ethische Grundlage des Arzttums, "immer zum Wohle des Kranken zu handeln", kann bei HIV-positiven Patienten, die Zahnschmerzen oder sonstige Beschwerden haben, seine Wirkung verlieren.

Da die Meinung vorherrscht, daß HIV-Positive ihren Serostatus selbst verschuldet haben, erfahren sie dennoch – paradoxerweise – nicht die gleiche Akzeptanz gegenüber ihrer physischen und psychischen Belastung, wie sie beispielsweise an Lungenkrebs Erkrankten zuteil wird, die durchaus durch starkes Rauchen ihre Erkrankung mitbewirkt haben (können) oder, wie bei Unfallopfern, die in vielen Fällen ihre Verletzungen selbst herbeigeführt haben.

#### **7.4. HIV-positiv Sein**

Neben der sozialen und der juridischen Realität, die sich für HIV-Positive schwierig und oft widersprüchlich gestaltet, ist die psychische Realität der meisten Betroffenen von jenen Problemen getragen, die sie aufgrund der, an sie herangetragenen, ambivalenten äußeren Realität bewältigen sollten: Sowohl Wissenschaft als auch Medien lancieren unterschiedliche Thesen zum Ausbruch der ersten Symptome als auch über den Ausbruch der Krankheit. HIV-Positive, die noch keine Symptome zeigen, müssen mit der Ungewißheit leben, ob und wann überhaupt die Krankheit ausbrechen wird. Zudem werden sie im Alltag mit der ambivalenten Situation konfrontiert, potentiell gefährlich für die Umwelt zu sein, obwohl sie nur in bestimmten Risikosituationen andere Menschen infizieren können.

Auch wenn die individuelle Verarbeitung dieser belastenden Lebensumstände von den einzelnen Personen, ihrem Alter, den (Rand)Gruppenbezügen, dem sozialen Hintergrund und der Fähigkeit, intrapsychische Konflikte kompensieren zu können, abhängig zu machen ist (vgl. Weinel 1989, S. 710), konnte innerhalb der psychologischen Betreuung von HIV-Positiven generell festgestellt werden, daß sich für die Klienten eine "paranoid-persekutorische Welt" (nach Reiche 1988) aufzutut:

HIV-Positive leben mit dem Gefühl, im Körper eine "Zeitbombe" zu tragen, die jederzeit hochgehen kann. Sich selbst im Widerspruch der Gesunden und "potentiell" Totkranken erlebend, sind sie "lebenslang ansteckend" und "können andere infizieren". Als "potentielle Sexualstraftäter" scheinen sie "nur noch eine Eigenschaft zu haben, nämlich HIV-positiv zu sein" (vgl. Becker u. Clement 1989, S. 698). Die Sexualität HIV-Positiver, die durch die Verwendung des Kondoms risikofrei gestaltet werden kann, wird von den Betroffenen dennoch anders erlebt, zumal für sie die äussere Zuschreibung als Sexualstraftäter und Träger des destruktiven Virus auch introjiziert worden ist:

"Das von vielen HIV-Positiven berichtete Symptom einer »sexuellen Depression«, also einer sexuellen Lustlosigkeit, zumindest in den ersten Monaten nach der Diagnoseerstellung, verstehen wir so, daß die Angst vor der Zerstörung des anderen, die unbewußt an das Phantasma vom »tödlichen Sperma« gebunden ist, als so bedrohlich erlebt wird, daß mit einem somatisierenden Lustverzicht oder auch mit Erektionsstörungen reagiert werden muß." (Becker u. Clement 1989, S. 702)

In einem "Geflecht innerer und äußerer Verfolger" existierend – wie den Selbstvorwürfen und der bedrohenden Ungewißheit über den Ausbruch der Krankheit als auch der Stigmatisierung, Diskriminierung und dem Verlust geliebter Personen –, besteht für die Betroffenen die Schwierigkeit, die sie umgebende innere und äußere Realität auseinanderhalten zu können: Die Art der Bedrohung durch das, von außen gekommene und mittlerweile im Körper befindliche, unzurechnungsfähige Virus, aktualisiert sehr frühe Phasen der psychosexuellen Entwicklung und ihrer dazugehörigen Vernichtungsängste: einstige »gute Objekte«, wie die sexuelle Erregung, das Blut und das Heroin, die zum Zwecke der Lebenserhaltung konsumiert wurden, rebellieren nun auf "hinterhältige" Weise gegen das Autoimmunsystem, den Repräsentanten der intakten »Körper-Ich-Selbst-Imago«. Die lebenspendenden Säfte und Kräfte, die – psychogenetisch betrachtet – sehr frühe Beziehungsformen zu »Teilobjekten« (wie beispielsweise der mütterlichen Brust) darstellten, werden durch die, von ihnen verursachte Infektion zu den »bösen Objekten der Mutterbrust«, die »vergiftete Milch« spendet, umgestaltet. Die subjektiv erlebte Vernichtungsangst HIV-Positiver beruht auf der Gewißheit darüber, daß das Angenehme und Schöne, das einst das Leben bereicherte und rettete, nun potentiell tödlich sein kann. Diese Vernichtungsangst steigert sich weiter durch die Tatsache, daß es keine Einsicht in den körperzerstörenden Vorgang des Virus bei Symptomlosigkeit gibt. Viele HIV-Positive erleben dann sogar den Ausbruch der ersten Symptome durchaus als Entlastung, da sie dadurch die Unberechenbarkeit der vorerst unsichtbaren Bedrohung zu konkretisieren vermögen (vgl. Becker u. Clement 1989, S. 703f.)

Neben äußeren und inneren Bedrohungsphantasien kommt für HIV-Positive bei der Verarbeitung ihrer Lebenssituation zusätzlich der belastende Lebensumstand hinzu, daß sie aus der Infektion selten einen primären und sekundären Krankheitsgewinn schöpfen können: Im Subjektiven kann die Infektion nicht als Bereicherung und sinnvolles Persönlichkeitsmerkmal gewertet werden; im sozialen Umfeld bewirkt sie auch keine Anteilnahme und emotionale Unterstützung durch andere.<sup>8)</sup> Die Muster der Verarbeitung der Dispositions-Diagnose können insofern unterschiedlich und weniger traumatisierend sein, wenn die Betroffenen auch nach Feststellung ihrer Seropositivität weiterhin auf einen sozialen Bezugsrahmen und/oder eine stabile Partnerschaft zurückgreifen können. Positive Aussagen, wie: "Ich will die restliche Zeit genießen, will so bewußt wie möglich leben", "ich hab mich damit abfinden können, weil ich so ein intensives Leben

geführt habe", oder "sterben? Ich kann doch auch morgen von einem Auto angefahren werden, wie jeder andere auch", (Der Stern Nr. 13, 1989) setzen bereits eine aktive Auseinandersetzung mit dem neuen physischen, psychischen und sozialen Lebensumstand voraus. Sie sprechen auch für ein Stück gelungener Trauerarbeit, die für HIV-Positive sehr oft ein schmerzhaftes Abschiednehmen von Wünschen und Plänen nach einer eigenen Familie, erfüllter Sexualität und (körperlicher) Nähe im Freundeskreis bedeutet.

Der HIV-positive Testbefund wird aber auch nach gruppenspezifischen Kriterien unterschiedlich verarbeitet und bewertet: IV-Drogenabhängige erachten im neuen Lebensumstand sehr oft resignierend einen "Betriebsunfall", der aufgrund des unachtsamen Nadelaustausches ihre "Lebensunfähigkeit" bestätige. Männliche Homosexuelle bewerten die Seropositivität sehr oft als "Strafe" für ihre "Andersartigkeit" und riskieren eine "Identitätskrise". Heterosexuelle bekommen Schuldgefühle wegen ihrer vorhergehenden "sexuellen Aktivität" oder ihren Randgruppenbezügen (vgl. Seidl u. Goebel 1987, ferner Arzberger 1987). Bluter, die aufgrund von Blutpräparaten seropositiv wurden, und Kinder HIV-positiver Mütter, stellen in der öffentlichen und eigenen Bewertung der Infektion "schuldlose" Opfer dar. Ihnen eröffnen sich auch gößere Möglichkeiten, das unerträglich Bedrohliche der Infektion nach außen (an die Blutspendezentralen, den Staat, die Ärzte u.s.f.) zu projizieren.<sup>9)</sup> Der innerpsychische Abwehrprozeß kann das »Ich« vorübergehend vor Desintegration schützen und die Angst vor dem unkontrollierbaren Virus mindern.

HIV-Positive, die die Schuld an der Infektion bei sich selbst suchen und real verfolgt werden, bewegen sich innerhalb eines unauflösbaren Abwehrvorgangs: "Die Projektion des HIV-Infizierten wird dadurch, für ihn als solche unerkennbar, zementiert; sie verliert darüber hinaus auch ihre protektive Funktion und macht tendenziell verrückt." (Becker und Clement 1989, S. 705) Homosexuelle die, im Gegensatz zu Drogensüchtigen, auf Organisationsstrukturen zurückgreifen können, werden eher Halt in positiven Selbsthilfe-Gruppen finden. In der "Szene" werden sie, im Gegensatz zu den Heterosexuellen, geringere Restriktionen erfahren, wenn sie nach den Geboten des Safe(r) Sex verkehren wollen. Heterosexuelle stehen sehr oft vor dem Dilemma, Rechenschaft über ihre "dunkle Vergangenheit" ablegen zu müssen, wenn sie präventiv verkehren wollen. Möglichkeiten, mit der subjektiv und objektiv erlebten Bedrohung durch die "Zeitbombe, auf der man sitzt" (ein HIV-Positiver in: Der Stern 1989, Nr. 13.), produktiv um-

zugehen, eröffnen sich für Betroffene beispielsweise in Selbsthilfegruppen, die, in Anlehnung an die Krebstherapie, schwerpunktmäßig die Akzeptanz des eigenen Körpers fördern helfen:

"Sich selbst und seinen Körper wieder zu mögen ist der erste Schritt, um den positiven Befund annehmen zu lernen. Aufhören, dauernd dagegen anzukämpfen – das bedeutet auch, sich mit der eigenen Sterblichkeit auszusöhnen – macht Energien frei. Sie können dann als Ausgangspunkt dafür verwendet werden, um neue Kräfte fürs Leben und für die Stärkung der Immunabwehr zu mobilisieren." (Arzberger 1987, S. 13)

Auch das Ausprobieren alternativer Heilmethoden, wie sie die Homöopathie anbietet und das Kreieren eigener Therapeutika – wie die Dinkelflockensuppe der heiligen Hildegard von Bingen (vgl. Neue Kronen Zeitung vom 8. März 1987) oder die strikte Umstellung der Ernährungsgewohnheiten – helfen (vorübergehend), die Angst vor der Vernichtung durch die "Introjektion eines allmächtigen guten Objektes, welches das Böse in einem quasi neutralisiert" (Becker u. Clement 1989, S. 705), zu mindern. Im Gegensatz zu Europa, wo die Selbsthilfe HIV-Positiver größtenteils auf den Bereich der AIDS-Hilfe-nahen Positivengruppen beschränkt bleibt, bietet in den USA die relativ starke Bewegung der "ACT-UP"-Aktivisten den Betroffenen ein großes Forum der Selbsthilfe, politischer Aktivitäten und kritischer Bewertung der orthodoxen medizinischen Therapeutika zu AIDS an.<sup>10</sup>) "ACT-UP", das die organisierte Form des Widerstands gegen die Allmacht der Virologen und Ärzte und die unerfüllten Versprechungen um einen Impfstoff zum Hauptinhalt hat, ermöglicht seinen Mitgliedern sicherlich, die eigene Ohnmacht konstruktiv nach außen, gegen die Herrschaft des AIDS-ESTABLISHMENTS, zu lenken. Die Selbsthilfeorganisation stellt auch erstmals für HIV-Positive eine ernstzunehmende politische Gegenkultur dar, nicht zuletzt, weil ihre Aktivisten als Betroffene aus den unterschiedlichsten AIDS-nahen Berufsgruppen (Virologen, Mediziner, Universitätsbedienstete u.s.f.) und intellektuellen Zirkeln (wie Schriftsteller und Künstler) kommen.

Dennoch erspart der normative bio-medizinische Diskurs zu AIDS keinem der HIV-Positiven, bei Nachweis der Antikörper im Blut, mit einem vorgezeichneten AIDS-spezifischen LEBENSSKRIPT (nach Weimer et al. 1989) konfrontiert zu werden. Dieses Lebensskript beinhaltet die kollektive Vorstellung, daß das Virus als alleiniger Verursacher das körpereigene Immunsystem zerstört und zwingend den Tod bewirkt. Ferner das Damoklesschwert, das über jeder Betroffenen-Biographie hängt, demzufolge der Beginn der zerstörerischen Aktivität des maliziösen Virus niemals vorhersagbar ist.

### 7.5. Das Symptom als Zeichen der inneren Bedrohung

Daß sich HIV-Positive selbst wie mit einer "Zeitbombe" lebend wahrnehmen, findet nicht nur in der äußeren, persekutorischen Realität im gesellschaftlichen Umgang mit AIDS seine Entsprechung, sondern auch in der Welt der Zeichen und Ideogramme der Medizin und Virologie selbst. In der Rückführung des zentralen Gedankens bei Fleck, daß eine "einmal veröffentlichte Aussage" zu den "sozialen Mächten" gehört, die "Begriffe bilden und Denkgewöhnungen schaffen, die "man »anders nicht denken kann«" (Fleck 1980, S. 52f.), wird die Wechselwirkung zwischen der tödlichen Monokausal-Theorie zum Virus innerhalb der medizinisch-virologischen Forschung und der Introjektion dieser "selbstverständlichen Realität" bei den von der Infektion Betroffenen, verständlicher. Der bio-medizinische Herrschaftsdiskurs zu AIDS, der die Gegenpositionen zur Einzelvirus-Theorie ausgeschlossen und kriminalisiert, oder in bestimmten Bereichen für seine Denkstil-gebundenen Erkenntnisse absorbiert hat (vgl. Kap. 5), hat im subjektiven Empfinden der seropositiven Körper zur Personifizierung des "Killervirus" beigetragen.

HIV-Positive leben nicht nur mit dem Gefühl, auf einer Bombe zu sitzen, sie haben auch oft die Phantasie, daß sie die Bombe zünden können, wenn sie mit jemandem (ungeschützt) verkehren. Jan Zita Grover, Literaturwissenschaftler und seit Jahren "ACT-UP"-Aktivist, verweist auf den wundersamen projektiven Sinngehalt bei der Präsentation des Virus in den medizinischen Fachzeitschriften und den Medien: Bilder vom HI-Virus werden zu imaginären "Welten" ("universes") stilisiert, die in Kontrastierung zum Virus, das durch das Elektronenmikroskop eingesehen werden kann, vollkommen unreal sind. Eine Darstellung des Virus, die universelle Bedeutung erlangte, zeigt HIV in der Symbolisierung des "Weltvirus": Der Viruskern selbst zeigt die Kontinente der Erde.<sup>11)</sup> HIV-Positive, die ihr Selbstbild verloren haben, leben mit dem unheimlichen, bedrohlichen Gefühl, daß eine "Welt" in ihnen lebt, die sie von innen heraus auffrißt: "This really jarring, disorienting sense that you are now merely an encasement - you are inhabited by a world, by a universe, the swarm." (Grover 1992, S. 238f.)

Auch Susan Sontag macht auf den "Science-Fiction-Charakter" des AIDS-Szenarios aufmerksam, das den Vorgang der Infektion im Körper wie einen "High-Tech-Krieg" beschreibt (vgl. Sontag 1989, S. 20). Die Bilder und Ideogramme zum HI-Virus, die die phantasierte Welt imaginierte Systeme von Zivilisation und Krieg als Signifikationsprozesse hervorbringen, lassen die Befürchtung wahr werden, daß Krankheit

selbst schon zu einer Metapher geworden ist und nicht nur als Metapher interpretiert werden kann: Die virologische Forschung, die in ihren Anfängen nur geringe Erfolge verzeichnen konnte, führt ihren privaten Eroberungskrieg gegen die Nachbardisziplinen, indem sie dem Virus, das sie gefunden hat, den "Krieg ansagt". HIV-Graphiken stellen anorganische, militärische Mechanismen dar, die zündfertig für ihre Detonation<sup>12)</sup> sind (vgl. Treichler 1987, S. 278). Die Phantasieextrakte aus der Kriegsmetaphorik der Forschung schaffen wiederum soziale Realität: HIV-Positive werden gerne als "Desperados" bezeichnet, die mit einer gefährlichen "Waffe" ausgestattet sind. Und Betroffene selbst nehmen sich anderen gegenüber auch als gefährliche, todbringende Infektiöse, die die "Bombe hochgehen lassen können", wahr.

Treichler vertritt aus sprachwissenschaftlicher Sicht die These, daß die Signifikationsprozesse zum Virus nicht nur aus den "Fakten" der Forschung entstehen, sondern eher die "Fakten" selbst aus den Bezeichnungspraktiken des bio-medizinischen Diskurses hervortreten: Die moderne Immunologie erlangte wissenschaftliche Bedeutung, nachdem sie die Kampf-Metaphern des Zweiten Weltkriegs – wie Feind, Spion, Schlacht – in die Sprache der postmodernen Kriegsführungstechniken übersetzt hatte. Fortan kreisen die Termini um die Worte "Verschlüsselung", Mitteilung, Botschaft, Abhören u.s.f. Die Qualität des Virus, veränderlich und trickreich wie ein auf der Flucht befindlicher Top-Agent à la James Bond (vgl. Treichler 1987, S. 281 u. 291) wird genauso in die Personen, die HIV-positiv sind, hineininterpretiert: Man sieht ihnen die Infektion nicht an, sie können viele Personen anstecken, ohne sich je zu erkennen zu geben zu müssen; wenn man sie fassen will, sind sie schon anderswo und stecken weiterhin jemanden an u.s.f.

Sprache kann nicht nur als etwas betrachtet werden, das Fakten und Dinge bezeichnet; Sprache selbst passiert in einem sozialen Kontext und ist eine Institution. Das System der Zeichen vereinigt in sich nicht nur Namen, Werte und Sachen, sondern genauso Vorstellungen und Bilder, die die Bezeichnung des zu Bezeichnenden (Signifikat) von sozialen und zeitlichen Einflüssen abhängig macht (vgl. de Saussure 1967, S. 11ff.). Die Beschreibungsweise des HI-Virus vereinigt in sich eine Vielzahl verschiedener Diskurselemente aus den, durch die Jetzt-Zeit bedingten Entwicklungsbereichen der Mikroelektronik, der computergesteuerten Kriegs- und visuellen Simulationstechniken. Gleichzeitig wurde im AIDS-Jargon das alte Diskurselement der biologistisch-rassistischen Erklärungsmuster für körperinterne (und oft unsichtbare) Vorgänge – als naturwissenschaftliches "Spezifikum" – bei der Betrachtung von Krankheit(en) übernommen. Das Virus, der von außen in den Körper gekommene, feindliche Mutant, zer-

stört wie das Computer-Virus das (Immun)System. Der Virusträger selbst, der die kleinste Einheit dieses Kriegsszenarios in sich vereinigt, wird im sozialen Ganzen, dem "Gesellschaftskörper", als Personifizierung seines - phantasierten - Körpervorgangs codiert.

Inwieweit nun die Signifikationsprozesse des bio-medizinischen Diskurses, die in die Alltagssprache zu AIDS und auch in das Empfinden HIV-Positiver hineinwirken, in direktem Zusammenhang mit der Bildung von Symptomen und dem Ausbruch der Krankheit stehen, kann im Rahmen dieser Arbeit nicht erschlossen werden. Hier kann nur festgehalten werden, daß die Symbole und Metaphern, die der bio-medizinische Diskurs verwendet, eine Entsprechung im Körper der HIV-Positiven finden, wie ich anhand der Beispiele aufzeigte. Seidl und Goebel (1987), die in ihrer Studie die psychosomatischen und psychosozialen Reaktionen von Homosexuellen und Drogensüchtigen auf das positive Testergebnis über längere Zeit untersuchten, kamen zum Resümee, daß insbesondere die Gruppe der Homosexuellen mit Schlaflosigkeit, Müdigkeit, Appetitlosigkeit und Durchfall sowie größtenteils mit Depressionen reagierte. Diese Reaktionsweisen setzten bald nach der Mitteilung des Testergebnisses ein. Seidl und Goebel beziehen diesen Umstand auf die Tatsache, daß Homosexuelle (gegenüber den Drogensüchtigen) den Serostatus mit großen Selbstvorwürfen hinnehmen und als "Quittung" ihrer "Andersartigkeit" verstehen (vgl. Seidl u. Goebel 1987, S. 182ff.).

M. E. muß aber zum Umstand der Selbststigmatisierung und der Entwicklung von Schuldgefühlen zwingend berücksichtigt werden, daß die gesellschaftlich vermittelte Fremdstigmatisierung gegenüber Homosexuellen als "Verursacher" von AIDS, der "Schwulenseuche", den Betroffenen eine enorme moralische und psychische Belastung auferlegt hat. O.g. Somatisierungen, die nach der medizinischen Nomenklatura bereits den Symptomen der Serokonversion zugezählt werden, können, intrapsychisch betrachtet, die vegetativen Zeichen einer Depressionskrankheit sein, die Personen, an welche massive Todeswünsche delegiert worden sind (und weiterhin werden), mit dem Körper ausdrücken (siehe Schmidt, Kap. 5.5.1.). Gleichzeitig sind die Somatisierungen als Reaktionsbildungen im Sinne einer »Self-fulfilling-Prophecy« (nach Robert K. Merton) zu verstehen, die die Identität des ausgewiesenen "schuldigen" Opfers festschreiben: Aus der Vorurteilsforschung ist hinlänglich bekannt, daß Personengruppen, die großer Diskriminierung und sozialem Druck ausgesetzt sind, letztendlich die, an sie delegierten Klischeevorstellungen und Vorurteilshaltungen, ausleben. Soziales Verhalten, das immer

ein Interaktionsprozeß zwischen Aggressor (dem Staat, dem Recht, der Moral) und dem Opfer (beispielsweise den Homosexuellen) ist, läßt Vorurteile im Verhalten der Menschen zum Vorschein kommen:

"Individuen, die sich ihr (gemeint ist die S.f.Prophecy, Anm. d. V.) entsprechend verhalten, passen ihr äußeres Benehmen den negativen Erwartungen der vorurteilsvollen Beobachter »fast sklavisch« an und spielen so die selbsterniedrigende Rolle jenes Zerrbildes ihrer selbst, als das sie in den Augen der anderen erscheinen. Unter den möglichen Ursachen für diese paradox wirkende Reaktion sind zwei besonders einleuchtend, nämlich Selbstschutz (der andere empfindet Befriedigung, weil er offenbar recht behalten hat) und Angst davor, der eigenen Identität verlustig zu gehen, selbst wenn sie als solche negativ eingeschätzt wird ..." (Bleibtreu-Ehrenberg 1989, S. 24)

Soziale Negativeinschätzungen, die in der Gesellschaft auf ideologischen Begründungen beruhen, bewirken, daß allgemein verbreitete Vorurteile gegenüber unliebsamen (Rand)Gruppen in der Wirklichkeit ihre (äußere) Bestätigung finden – wie beispielsweise im Vor-Urteil über die Promiskuität männlicher Homosexueller. So wird die relativ neue Randgruppe der HIV-Positiven mit pauschalierenden Vorurteilen und Klischeevorstellungen konfrontiert – wie ihrer infektiösen Sexualität und ihrem baldigen physischen Zerfall –, mit denen sie umgehen muß. Es liegt die Vermutung nahe, daß im Interaktionsprozeß zwischen den "schuldigen" Opfern und den "Aggressoren" (der HIGH-TECH-Medizin und dem Alltagswissen über AIDS) die einzige Identität HIV-Positiver das HIV-positiv Sein selbst ist, die nach entsprechender Erwartungshaltung durch die Somatisierungen und Symptome aufgefüllt wird. Die Mitteilung der HIV-Infektion, die die alte gefestigte Identität der Betroffenen gleichsam über Nacht ausgelöscht hat, wird durch die neue, negativ eingeschätzte Identität des HIV-positiv-Seins ersetzt. In Anbetracht dessen, daß zum "Selbstschutz" eine negative Identität sinnvoller scheint als gar keine (vgl. Bleibtreu-Ehrenberg), mag auch verständlicher werden, warum HIV-Positive baldige Somatisierungen zeigen und vielfach erleichtert sind, wenn die ersten Symptome zum Ausbruch kommen. Die Identität Seropositiver ist dann auch an ihrem Äußeren zu erkennen und bleibt nicht mehr im unsichtbar Bedrohlichen verborgen. Bereits Sigmund Freud erwähnte in "Hemmung, Symptom und Angst" (1925-1931), daß das körperlich manifeste Symptom eine Ersatzbildung sein kann, die es vermag, eine gefährliche Situation aufzuheben:

"Die Symptombildung hat also wirklich den Erfolg, die Gefahrensituation aufzuheben. Sie hat zwei Seiten; die eine, die uns verborgen bleibt, stellt im Es jene Abänderung her, mittels deren das Ich der Gefahr entzogen wird, die andere uns zugewendete zeigt, was sie an Stelle des beeinflussten Triebvorganges geschaffen hat, die Ersatzbildung." (Freud 1976, S. 176)

Erste Symptombildungen nach Mitteilung des Testergebnisses füllen das, in der objektiven Kultur vorgezeichnete, typische Lebensskript HIV-Positiver und unterstreichen die, ihnen zugewiesene Identität Todkranker. Die äußere Gefahr wird im Symptom – der Ersatzbildung – bekämpft; das Symptom mag die äußere Gefahr insoferne aufheben als es die, durch den "Aggressor" an die Betroffenen herangetragene Erwartungshaltung implementiert. Intrapsychisch betrachtet kann die nun "gezündete Zeitbombe" nach angstvollem Abwarten den Zustand der Ungewißheit durch ein Gleichgewicht des "inneren Schreckens" stabilisieren. Die viröse Bombe kann zwar nicht mehr entschärft werden, dennoch besteht für die Betroffenen Gewißheit darüber, daß die Infektion mit dem unsichtbaren Virus im Symptom ihr erstes Erkennungszeichen gegeben hat.

## Anhang

### Anmerkungen zu den einzelnen Kapiteln

#### Kapitel 2

- 1) Innerhalb der Krebsforschung konnte in den letzten Jahren festgestellt werden, daß Viren selbst nur einen Ko-Faktor neben anderen Faktoren bei der Tumorbildung und der Entstehung einer Krebserkrankung ausmachen. Schätzungsweise in einem Ausmaß von etwa zehn bis zwanzig Prozent läßt sich eine viröse Infektion mit der Krankheitserscheinung in Verbindung bringen (vgl. GEO 1987, Nr. 9, S. 92).
- 2) Um nachvollziehen zu können, auf welcher Wirkungsweise Retroviren beruhen, skizziere ich an dieser Stelle die Funktionsweise der "orthodoxen" Viren: Außerhalb lebender Zellen können sich Viren nicht reproduzieren. Zu ihrer Vermehrung schreiben sie sich in die "Wirtszellen" eines Organismus ein und verwenden nun diese Zellen, um sich so eine Basis für ihre Vermehrung, die Replikation, zu schaffen. Erst replizierte Viruspartikel vermögen später andere Zellen zu infizieren. Viren können über Jahre inaktiv in einem Organismus verbleiben – sie sind latent und wirkungslos. Sie können solange der integrative Bestandteil der DNA sein, als daß diese beispielsweise durch einen altersgeschwächten Organismus gezwungen ist, sich replizieren zu müssen und fortan die Erbinformation auf die RNA umschreibt. Bei dieser Form von viröser Infektion hat die DNA die Vorlage eines Gens für seine Kopie in der RNA erstellt.
- 3) Peter Duesberg, einer der wichtigsten fachinternen Kritiker der Einzel-Virustheorie, gab in einem Interview gegenüber der Fachzeitschrift SPIN bekannt, daß wichtige AIDS-Forscher selbst in jene Firmen investieren, die die Antikörper-Tests herstellen. In der Verifizierung der eigenen These durch den Nachweis des Blutstatus liegt die finanzielle Gewinnspanne (vgl. Rappoport 1988, S. 98).
- 4) In einem Interview gegenüber der »Kronen Zeitung« erwähnte der einstige Geschäftsführer der Österreichischen-AIDS-Hilfe, Dr. Reinhard Brandstätter bezüglich des Besitztums um das Monopol des Antikörper-Tests: "Man kann den AIDS-Antikörpertest nur mit einem ganz bestimmten Rohmaterial erzeugen, nämlich mit künstlich gezüchteten Viren, die man kaufen muß. Es ist verboten, sie selbst zu züchten, obwohl das jeder Forscher kann." (Neue Kronen Zeitung vom 22.02. 1987, S. 7f.) Die Viren für die Testproduktion müssen weltweit bei den Monopolträgern Gallo bzw. USA und Montagnier, Frankreich, eingekauft werden. Die großen Virologen und ihre Einrichtungen verdienen damit an jedem durchgeführten HIV-Antikörpertest.
- 5) Einer Anekdote zufolge habe sich Gallo gerade auf Auslandsreise befunden, als eine seiner Mitarbeiterinnen (Wong-Staal vielleicht) erstmals das Virus sondieren konnte. Gallo, der gerne als "AIDS-Papst" betitelt wird, gilt auch als der Showmaster innerhalb der Virologie, einer an und für sich grauen und abstrakten Wissenschaftsdisziplin. Einen Gutteil seiner Arbeitszeit solle Gallo auf Kongressen und Fachtagungen zur Präsentation "seiner" neuesten Ergebnisse verbringen (vgl. GEO WISSEN Nr. 1, 1988, S. 98ff.)
- 6) Bereits Fleck beschrieb die Situation der verschiedenen Forscherkollektive als solche, die einem Völkerwettbewerb ausgesetzt sind. Die Syphilidologie in der Weimarer Republik machte auf sozio-ökonomischer Ebene ihre Motivation an der Konkurrenzhaltung zu Frankreich fest, wo eine fortschrittlichere Position vertreten wurde. Jakob Wassermann, der im Jahre 1906 durch den, nach ihm benannten Test den Syphiliserreger nachweisen konnte, forschte hauptsächlich im Auftrag der damaligen Regierung, deren Interesse darin bestand, "der deutschen experimentellen Forschung ihren Anteil auf diesem Gebiete zu sichern." (Fleck 1980, S.90)

### Kapitel 3

- 1) Die, bei AIDS-Patienten angewendete medizinische Therapie impliziert äußerst starke medikamentöse Dosierungen. Das gängige Medikament AZT beispielsweise ruft selbst immunsuppressive Nebenwirkungen hervor, die den Organismus zusätzlich schwächen. Das Virus soll in etwa die Größe von einem zehntausendstel Millimeter haben, seine "Bekämpfung" erfordert jedoch die Zufuhr aggressivster und in hohen Dosen verabreichter Medikamente. Der Körper der Erkrankten wird dann selbst zum "Schlachtfeld", auf dem die wissenschaftliche Disziplin ihre Kämpfe austragen kann.
- 2) Bei der Verabschiedung des Fremdengesetzes im Nationalrat am 2. Dezember 1992 brachte die FPÖ-Abgeordnete Partik-Pablé die Ineffizienz der gesetzlichen Maßnahmen gegenüber illegal arbeitenden Ausländern in folgendem Zusammenhang zum Ausdruck: Die "Risikogruppe" der Illegalen könne den heimischen Arbeitsmarkt kaputt machen (vgl. Kleine Zeitung, 03.12.1992, S. 3). An dieser Stelle wird ersichtlich, daß der ansonsten bei AIDS angewendete "Risikogruppen"-Diskurs auch seine Entsprechung im Diskurs über das Fremde und die Fremden findet. Er bildet hier eine unbewußte Korrelation mit AIDS: Der Illegale selbst wird zum "virösen Eindringling", der den "Volkskörper" (zer)stört.
- 3) Auch der Volks-Körper, der Staat, schickt seine "Helfer", zumeist die Bediensteten des Bundesheers, "scharen- und wellenweise" an die Grenze, um die fremden "Eindringlinge" rechtzeitig abfangen zu können. Hinter der Argumentation, zu viele Asylanten könne das Staatsbudget nicht tragen, versteckt sich häufig die Vermutung, daß zu viele "Fremde" das eigene Land in eine Revolution stürzen könnten: Ausländer könnten dann, ähnlich den HI-Viren, den gesunden politischen Haushalt durch ihr mutantes Verhalten, in der Solidarisierung mit anderen Staatsbürgern, zum Erkrankten bringen. Dann bekämen die "Erreger" mit ihren Forderungen (wie dem Ausländerwahlrecht) "Oberhand" und die politische "Infektion breitet sich aus."
- 4) Die medikamentöse Behandlung von AIDS-Patienten gleicht aufgrund der verwendeten aggressiven Therapeutika (wie AZT oder Ribavirin) immer wieder einer Schlacht, die im Körper stattfindet. Die stark immunsuppressiven Medikamente werden gerne als das "Arsenal möglicher Waffen gegen Aids" (*profil* 1987, Nr. 11, S. 37) gepriesen. Die Schlacht setzt sich aber auch im sozialen Umfeld von AIDS-Patienten fort: In eigens für sie vorgesehenen Stationen werden sie in den Krankenhäusern – nicht nur aus gesundheitlichen Gründen – isoliert. AIDS-Kranke finden äußerst schwer eine Wohnung, einen Beruf oder auch Kontakte.
- 5) Die breite Palette der Krankheitsbilder, die AIDS umschreibt, ist in sich äußerst unzusammenhängend und gleicht einer Gesamtschau aller erdenklichen schweren Krankheiten. Das inhomogene Ensemble körperlicher Leiden wird – vereinheitlichend im Nachweis der Antikörper, die das HI-Virus bildet – gebündelt. Im folgenden zähle ich einige der Krankheitsbilder auf, die, wie Rappoport meint, nicht einmal in den "kühnsten Träumen" für die Ärzte als eine Krankheit zu vereinbaren wären (vgl. Rappoport 1990, S. 169): Candidiasis der Speiseröhre, der Luftröhre, der Bronchien oder der Lungen; Kryptosporidiosis mit Durchfall; Herpes-simplex Infektion; Kaposi-Sarkom; Pneumocystis carinii-Pneumonie; Toxoplasmose und Lymphomata des Gehirns; HIV-Wasting-Syndrome u.s.f.
- 6) Die WHO-Statistiken zu AIDS beinhalten keineswegs Unterscheidungen nach den einzelnen Symptomaten, auch weisen sie nicht die Rate der HIV-Positiven gesondert aus. Als "AIDS-Cases" titulierte, werden beispielsweise für Österreich insgesamt 707 Fälle (bis einschließlich April 1992) bekanntgegeben (vgl. Regional Office for Europe, WHO 1992). In einer vergleichbaren Statistik des Österreichischen Gesundheitsministeriums wird dieselbe Anzahl der AIDS-Fälle nach den Symptomen und klinischen

Krankheitsbildern aufgelistet; ferner differenziert die Statistik zwischen Personen, die eine symptomlose HIV-Infektion haben, jenen, die erkrankt sind und den Todesfällen. Zählt man alle Fälle zusammen, ergibt sich wiederum das, von der WHO einheitlich präsentierte Resultat für Österreich. M.E. handelt die WHO hier fahrlässig, weil sie durch ihre spezifische Zählweise der Krankheit ein prägendes apokalyptisches Moment verleiht, das bei genauerer Betrachtung nicht vorhanden ist. Die monokausale Virus-theorie zu AIDS stützend, erstellt die WHO ungenaue Statistiken: jede Test-positive Person entspricht schon einem AIDS-Kranken.

7) Der ATX – der österreichische Börsenindex – symbolisiert die Wertigkeit der wichtigsten, an der Wiener Börse gehandelten Aktien. Diese haben eine Trendsetter-Funktion und werden in Kurvenform dargestellt. Der "ATX-Blitz" auf der Titelseite von *profil* entspricht nicht der realen ATX-Kurve, da sie niemals eine solche Schwankung aufweisen könnte; wohl aber symbolisiert der niedergehende Blitz die fallenden Börsenkurse, die aufgrund einer Fehlspekulation ausgelöst wurden.

8) Jean Baudrillard hat in seiner Publikation "Der symbolische Tausch und der Tod" (1982) die Jetzt-Zeit als eine der Simulation bezeichnet, die vom Code beherrscht wird (vgl. S. 79): Die taktile Kommunikation der Binarität und Digitalität hat den Widerspruch zwischen dem Imaginären und dem Realem zum Erlöschen gebracht. Die "Realität" ist selbst "hyperreal", sie ist ein "Destillat der Digitalisierung". Die aus ihr entstehende "Irrealität" hat eine "halluzinierende Ähnlichkeit" mit dem Realem (vgl. S. 114f.). Nach Baudrillard ist die Definition des Realen das, "wovon man eine äquivalente Reproduktion herstellen kann" (S.116), also hyperreal. Wissenschaft hat, bedingt durch ihr spezifisches Forschungssetting, diesen Prozeß schon vollzogen. Bezogen auf AIDS bestätigt sich für mich in Baudrillards These ein Stück weit die öffentliche Akzeptanz gegenüber der Irrealität der Zahlen zu AIDS, die auf der Folie ihrer Reproduzierbarkeit – am Computermodell – ein "Simulakrum" der schwer ergünderen Realität von sozialer und sexueller Kommunikation sind.

#### Kapitel 4

1) Wie gefährlich auch schon die gentechnologischen Experimente in der Findung banalerer Dinge, wie einem Impfstoff gegen Erkältungskrankheiten, sein können, zeigte die sog. MARBURG KRANKHEIT: Im Umgang mit von Meerkatzen gewonnenen Zellkulturen infizierte sich das Laborpersonal und ein Viertel der Infizierten starb innerhalb weniger Tage. Dies ereignete sich im Jahre 1967, als die Gefährlichkeit im Umgang mit biologischen Materialien innerhalb der biomedizinischen Forschung noch unbekannt war (vgl. Hatch 1986, S. 34f.).

2) Die Ursprungsthesen zu AIDS liefern in ihrer konkreten Auslegung genauso ein Raster nationaler Gesundheitskontrolle. So, wie der Nachweis eines Gesundheitszeugnisses zu Pestzeiten während des Mittelalters zwingend war, um ein außerhalb seiner Geburtsstadt gelegenes Gebiet zu betreten, erfüllt auch das HIV-AK-Testergebnis selbige Funktion beim Überschreiten nationaler Grenzen. Das mittelalterliche Gesundheitszeugnis stellte eine Vorform des modernen Reisepasses dar (laut mündlicher Aussage von G. Treusch-Dieter, anlässlich eines Vortrages über die "Pest" an der UBW-Klagenfurt im Dez. 1991); der HIV-AK-Test heutzutage die notwendige Beilage zum Reisedokument.

3) Die unbewußte Gleichsetzung von "Fremder und AIDS" findet dann ihre politische und zynische Anwendung, wenn die Flugzeuge der afrikanischen Flüchtlinge ohne Asylverfahren wieder in ihre Heimat zurückgeschickt werden. Die Beschreibung zahllo-

ser Ansteckungsfälle von Weißen, die Kontakt mit afrikanischen Prostituierten hatten und dann das Virus auf so und so viele europäische Frauen übertragen haben, bildet ein beliebtes Thema der Regenbogenpresse.

## Kapitel 5

1) Jene Forschungseinrichtungen, die an der Einzelvirus-Theorie festhalten, werden unterstützt. Ihren Mitarbeitern wird das Publizieren in den bekannten Fachzeitschriften ermöglicht. Robert Gallo, der die Weitergabe seiner HIV-Kulturen kontrolliert, gibt sie nur an jene Einrichtungen als Leihgabe, die auch am monokausalen Virus-Bild zu AIDS festhalten (vgl. Rappoport 1990, S. 362).

Joseph Sonnabend widerfuhr als Dissidenten die Entlassung aus AIDS RESEARCH, einer Fachzeitschrift, die er selbst herausgegeben hatte. Der Druck, der von den CDC (Centres for Disease Control) auf die Forscher ausgeübt wird, ist bei "Linienuntreue" mit massiven Karriereeinbußen verbunden.

2) Da die Virologie und Molekularbiologie für Laien auf schwer nachvollziehbaren Wegen arbeiten, scheint es nebst Duesberg immer wieder schicklich zu sein, zu anschaulichen Demonstrationsmethoden zu greifen, um die Labor-Thesen zu "verifizieren". Nach Baumgart beabsichtigt Jonas Salk (der "Vater der Kinderlähmungsimpfung") sich selbst mit einer Kultur von "abgetöteten AIDS-Viren" zu "infizieren", um so dieselbe Methode anzuwenden, wie damals bei der Suche nach einem Impfstoff gegen die Kinderlähmung. Vor 37 Jahren verhalf ihm dieser spektakuläre Selbstversuch zum wissenschaftlichen Durchbruch. Beim jetzigen Experiment wäre er bereit, sein "Leben zu riskieren" (vgl. Baumgart 1990, S. 66f.). Selbstversuche können auch die Funktion haben, die eigene abweichende Meinung in einem "Wissenschaftsstreit" zu bestätigen. Max Pettenkoffer, ein Mitarbeiter von Robert Koch, bestritt die Wirkung des Cholera-bazillus und seines kausalen Zusammenhanges mit der Krankheit. Er strich sich eine Reinkultur der Bazillen auf ein Butterbrot und verzehrte dieses. Pettenkoffer blieb gesund (vgl. Franke 1987, S. 73).

Um die Einzel-Virus-Theorie in ihrer Kausalität zu AIDS zu demontieren, bräuchte der ehemalige Kollege und Noch-Freund Gallos ein qualifiziertes Schaupublikum von 20 000 Ärzten. Inwieweit der narzißtische Forscherdrang und die finanziellen Anreize Wissenschaftler zu Selbstversuchen verleiten, ist hier nicht erschließbar.

3) Die Sexualforscherin June Machover Reinisch, Leiterin des Kinsey Instituts in Indiana, bestätigte, daß die USA wieder seit langem die höchste Syphilisrate haben (vgl. Cosmopolitan 1992, Nr. 5) Durch die öffentlichen medizinischen Maßnahmen der fünfziger Jahre waren die Geschlechtskrankheiten allgemein zurückgegangen. Im auffälligen Kontrast hierzu zeigt sich, daß insbesondere unter den urbanen Minoritäten - den Hispanics und den Schwarzen - der Schanker und die Syphilis wieder im Steigen begriffen sind. Städtische Armut und soziale Desintegration, einhergehend mit Prostitution, bewirken die Ausbreitung der Krankheiten. Schanker beispielsweise kann die Übertragung des HI-Virus begünstigen; aus Klientenanalysen geht hervor, daß HIV-Positive des öfteren nicht auf die medikamentöse Behandlung gegen den Schanker reagieren: Da gewisse Geschlechtskrankheiten Risikofaktoren für den sexuellen Übertragungsweg von HIV darstellen, ist zu vermuten, daß auch die Geschlechtskrankheiten zum vermehrten Auftreten von HIV-Infektionen beitragen werden (vgl. Aral und Holmes 1991, S. 62ff.)

4) Lloyd de Mause, Begründer der Psychohistorie, erachtet die "Homophobie" als eine der "Hauptbeschäftigungen der US-Nation" (unter der Regierung Reagan). Homosexuelle Konflikte werden in Blitzkriegen ausgetragen. Der beabsichtigte Krieg gegen Zentralamerika fand 1986 keinen ausreichenden Anlaß. Der andere gefundene Ort für die

Herstellung der verlustigen Männlichkeit war Libyen. Ghadaffi wurde in US-Zeitungen unterstellt, daß er homosexuell sei; Cartoons mit Ghadaffi als Tunte und Transvestit wurden veröffentlicht. Der Diktator wurde zu einem Ausflug nach San Francisco eingeladen, wo er sich endlich mit AIDS anstecken könne: "Die Bombardierung hat einen Rambo-Reflex bei der Mehrheit der Bevölkerung ausgelöst als phallische Abwehr der »Weichheit« und des »Weibischen« des Wohlstandes." (de Mause 1987, S. 18)

5) Bryant, eine erfolglose Sängerin, fühlte sich zur sexuellen "Konterrevolutionärin" berufen. Ihr Bestseller machte vor allem die Frauenbewegung für die Schwächung der familiären Bande verantwortlich: Männer führten ein Single-Dasein und treten als Hauptverursacher von Kriminalität und sozialer Verwahrlosung auf; - Männer bräuchten für ihre Sozialisation die Institution Ehe - somit auch die dazugehörenden Frauen. Die Schwulenbewegung stellt eine Flucht aus der naturgegebenen, sexuellen Verantwortung und eine Verlockung für Millionen junger Männer dar, die noch keine stabile männliche Identität entwickelt haben. Homosexuelle Männer begehen Selbstmord, wenn nicht, so stellen sie eine Bedrohung für die Kinder von geschiedenen Ehen dar (vgl. Schmidt 1984, S. 66f.).

6) Die rechtlichen und öffentlich wirksamen Fortschritte, die die Schwulenbewegung erzielt hatte, lösten unter ihren Mitgliedern auch Schuldgefühle aus, die durch selbstzynische Todeswünsche (vorerst) in Erscheinung traten. Diese zeigten sich schon zum Zeitpunkt der erzielten Liberalisierung: Ein Jahr, nachdem die Homosexualität endlich aus dem Katalog der psychiatrischen Erkrankungen gestrichen worden war (1974), erschien in "Advocat", einem renommierten Homosexuellen-Magazin, ein Artikel mit dem Titel "The only happy homosexual is a dead one". Auf die zunehmende Bedrohung von außen wurde in der Szene auf selbstdestruktive Weise reagiert: Als Antwort auf Bryant's "Gesetzesgebung" wurde der Rosa Winkel in Anspielung auf die Verfolgung und Ermordung vieler Homosexueller im Dritten Reich getragen. Diese Reaktion kann nicht nur als eine kritische Haltung gegenüber dem Gruppendruck der USA erachtet werden. In ihrer mataphorischen Umsetzung stellt sie gleichzeitig die Signalisierung freiwilliger Opferbereitschaft gegenüber den Aggressoren dar (vgl. Schmidt 1984, S. 65ff.).

7) Reaktionen auf Bedrohungen, die durch Gift- oder Vergiftungsphantasien ausgelöst worden sind, sind kultur- und gruppenspezifisch, sowie individuell verschieden. Sie bilden den Teil einer Fremdzuschreibung eigener, abgewehrter »Es«-Anteile an unliebsame Objekte und Personen. Während des Mittelalters wurden beispielsweise in Spanien die dort ansässigen Juden am Ausbruch der Pest beschuldigt, indem sie die Brunnen vergiftet hätten. Dieser Phantasiekomplex wurde bis zur Nazi-Zeit und auch heute noch beibehalten: Juden würden durch Mischehen den "Volkskörper vergiften" u.s.f.

Die Katholische Kirche vertrat lange die Ansicht, Lepra entstünde durch die Zeugung eines Kindes zum Zeitpunkt der Menstruation (was biologisch schier unmöglich ist). Neben dem "giftigen" Samen spielte die Phantasie des "vergifteten" Blutes als Krankheitsagens über Jahrhunderte eine bedeutsame Rolle. Der Phantasiekomplex zur Lepra zeigt Ähnlichkeiten zu dem von AIDS auf: Körperflüssigkeiten tragen das Krankheitsagens in sich. Auch die Syphilis läßt sich selbiger Phantasieproduktion zuordnen: Ludwig Fleck erachtete in der Wassermann-Reaktion, dem Blut-Test zum Nachweis der Syphilis, den (damaligen) "neuzeitlichen" Ausdruck einer "Präidee" zu dieser Geschlechtskrankheit. Der Phantasiekomplex der Syphilis als "ethisch betonter Lustseuche" (Gott schickte die Krankheit wegen der sündigen, fleischlichen Vergehen der Menschen), bildete einen wichtigen Bestandteil der "vorwissenschaftlichen Idee" um das verunreinigte Blut der Syphilitiker. Verfeinert und differenziert durch Galens Säftelehre, nahm die "Präidee" Einzug in das Forschungsrepertoire der (damaligen) modernen Serologie. Die Krankheitseinheit der Syphilis sollte sich alleinig im Blut der Erkrankten ergründen lassen (vgl. Fleck 1980, S. 3ff.).

8) Schmidt nennt in diesem Zusammenhang mit AIDS insbesondere die vegetativen Symptome der versteckten Depression, deren somatische Merkmale Gewichtsverlust, Anorexie u.s.f. sind. Die Reduktion der Helferzellen des Immunsystems sind ein weiteres Merkmal (vgl. Schmidt 1984, S. 51f.). Den Erkenntnissen der Psychoneuroimmunologie zufolge, läßt sich anhand tierexperimenteller und humaner Studien belegen, daß psychische Stressoren – wie Angst, Trauer, Schuldgefühle und Depressionen – direkt auf das Immunsystem einwirken. Blutproben gestreßter und unter Druck stehender Personen, weisen eine Verminderung der T4-Zellen auf, obwohl sie ansonsten gesund sind. Die immunologische Reaktion ist jedoch nicht bei allen Versuchspersonen dieselbe gewesen, was einen Rückschluß auf die jeweilige psychische und soziale Befindlichkeit vermuten läßt. Diese Erkenntnis könnte, betreffend AIDS, teilweise auch klären helfen, warum viele seropositive Personen später nicht an AIDS erkranken (sofern man der Einzel-Virus-Theorie Glauben schenkt). Die Psychoneuroimmunologie erachtet das Immunsystem als kein in sich geschlossenes, sondern als eines, das von einer Vielzahl von sozialen und psychischen Stimulie moderiertes System ist (vgl. Kropiunigg 1990, S. 141).

9) "Amebiasis", zu deutsch Amöbenruhr, ist eigentlich eine Tropenkrankheit, sie kann aber genauso in den Industrieländern auftreten. Durch den Verzehr von verunreinigtem Trinkwasser und verdorbenen Lebensmitteln treten schleimige Durchfälle und Abszeßbildungen auf. Des weiteren zeigt die Graphik die "Meilensteine" der kontinuierlich verlaufenden Diskriminierung homosexueller Bürger in den USA. Betreffend den von Nancy Reagan geführten Krieg gegen den Konsum von Drogen (angekündigt in den Medien als "War on Drugs"), zeigte sich seine Wirkung auch im Krieg gegen seine Gebraucher: die Todesrate der Drogensüchtigen war in den urbanen Gebieten, entgegen aller Prognosen, erheblich angestiegen (vgl. Schmidt 1984, S. 71f.).

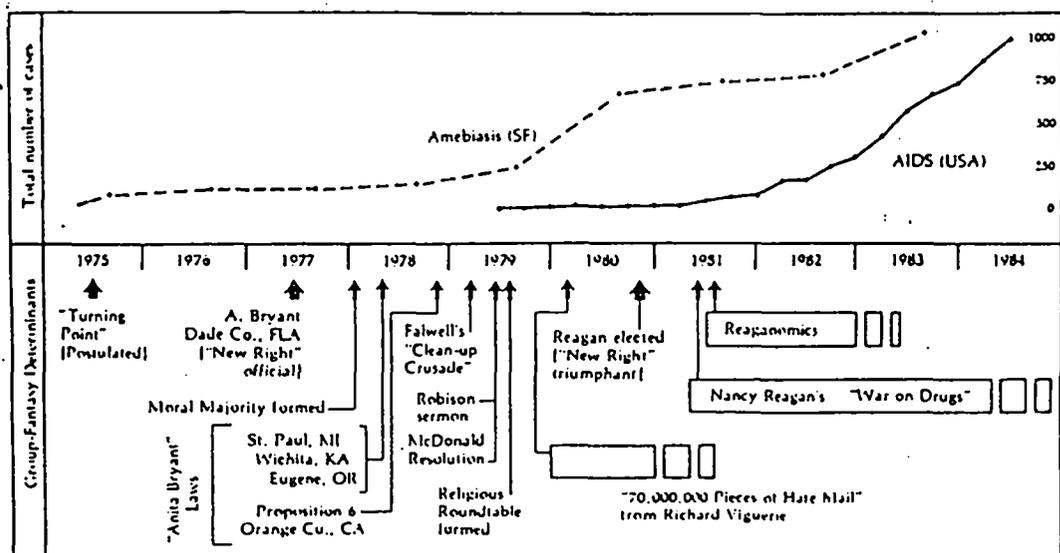


Figure 10  
Conservative Clampdown in U.S. versus Incidence of AIDS (U.S.) & Amebiasis (S.F.)

(Aus: Schmidt 1984, S. 61)

## Kapitel 6

1) Dänemarks Regierung übertrug beispielsweise die AIDS-Aufklärungsarbeit für die Gesamtbevölkerung dem "Nationalen Schwulen- und Lesbenverband" LBL (vgl. ÖAH info aktuell 1 1987, S.34)

2) Das Schutzalter heterosexueller Sexualität bemißt sich auf 14 Jahre, das diskriminierende Schutzalter bei homosexuellen Männern auf 18. Weibliche Homosexuelle sind von Paragraph 209 ausgenommen, zuletzt wohl auch wegen der "Unernsthaftigkeit" ihrer Beziehungen aus der Sicht des Staates. Alljährlich werden in Österreich zahlreiche homosexuelle Männer verurteilt, weil sie das Schutzalter ihrer Partner nicht eingehalten haben. Sie riskieren mehrmonatige, strenge Gefängnisstrafen. Das Verhältnis eines "erwachsenen" Mannes zu einem unter 18 Jahren, kann durch eine dritte Person zur Anklage gebracht werden: die "Verführung zur gleichgeschlechtlichen Unzucht" kann in Österreich jederzeit von außenstehenden Personen gerichtlich belangt werden. In Österreich gelten zusätzlich zu Par. 209, zwei weitere Paragraphen: 221, das Vereinsverbot, und 220, das Informationsverbot betreffend. Im europaweiten Vergleich ist die hiesige Gesetzesgebung äußerst diskriminierend.

Auch mit AIDS hat sich die Gesetzesgebung zur Homosexualität nicht gelockert, obwohl sie, betreffend § 220 und § 221, sinnvoll und zielführend in die Aufklärung zu AIDS hätte integriert werden können. Ferner darf nicht vergessen werden, daß gerade die Homosexuellen als Erste die Richtlinien des »Safe(r) Sex« am strengsten eingehalten haben. Im Gegensatz zu den Heterosexuellen, bereitet es in der "Szene" schon seit langem kein Problem mehr, präventiv mit dem Kondom zu verkehren.

Ein weiteres Beispiel der Ungleichbehandlung homosexueller Sexualität widerfuhr der Österreichischen-AIDS-Hilfe, als sie im Sommer 1988 eine neue Plakatserie – die »Schutz aus Liebe«-Kampagne – initiierte: Die auf Hochglanzpapier gedruckten und mit Weichzeichner retouchierten Plakate zeigten in äußerst ästhetischer Weise sowohl hetero- als auch homosexuelle Paare, die nackt waren und sich umarmten oder aufeinanderlagen. Die Intention der Kampagne war es, einerseits die Bedrohung zu AIDS aufzuzeigen, andererseits einen Hinweis auf Schutzmöglichkeiten und die Verantwortung in Beziehungen zu signalisieren. Die ästhetische und gefühlsbetonte Werbe-Kampagne fand zuerst Zustimmung; als die Plakate vervielfältigt worden waren und dem damaligen Gesundheitsminister nochmals zur Ansicht gereicht wurden, erhob Löschnak Einspruch gegen die Darstellung des schwulen Paares: es verstoße gegen den Werbeparagraph 220!

3) Reinhard Brandstätter war Obmann der HOSI-Wien. Er gilt als maßgeblicher Initiator der Österr. AIDS-Hilfe. Brandstätter war über Jahre Geschäftsführer der ÖAH; er starb im April 1992 an AIDS.

4) Judith Hutterer betreute die ersten AIDS-Patienten Österreichs an der 1. Universitätsklinik Wien und später an der Dermatologischen Abteilung des Krankenhauses Lainz. Hutterer legte sich in Eigenregie Unterlagen und Kenntnisse zu AIDS an, das zum damaligen Zeitpunkt unter österreichischen Mediziner noch kein Interesse hervorgerufen hatte.

5) Der zeitlichen Abfolge nach kamen die Landesstellen in Graz, Innsbruck, Bregenz, Salzburg, Klagenfurt und Linz hinzu. Die beiden letztgenannten Beratungsstellen haben beide eine bewegte Geschichte ihrer Etablierung hinter sich: Das Team der Linzer Beratungsstelle mußte des öfteren aufgrund von Anrainerprotesten übersiedeln; in Klagenfurt erfolgte nach dem ersten Jahr der Inbetriebnahme eine große personelle Umstrukturi-

rierung, zumal das vorhergehende Personal das Augenmerk seiner Tätigkeit fast ausschließlich auf medizinische Fragestellungen zu AIDS gelenkt hatte und die Aufklärungsarbeit vernachlässigt wurde.

6) Par.8 des AIDS-Gesetzes, Absatz 2:

"Die Tätigkeit von Einrichtungen und Vereinigungen zur Beratung und Betreuung von Personen in Hinblick auf AIDS kann vom Bund gefördert werden. Die Förderung hat durch die Gewährung von Zuschüssen nach Maßgabe der hierfür nach dem jeweiligen Bundesfinanzgesetz verfügbaren Bundesmittel zu AIDS zu erfolgen." (AIDS-Gesetz vom 16. Mai 1986)

Die Finanzierung dieser Einrichtungen - insbesondere der ÖAH - beruht auf einem vage formulierten Gesetzestext. Die "Zuschüsse des Bundes", die gewissen Unregelmäßigkeiten folgen, haben schon oft zu finanziellen Engpässen innerhalb der Institution geführt. Auch schon zum Streik, als die Gehälter nicht mehr ausbezahlt werden konnten (Sommer 1990). Hiermit verweise ich auf meinen Praktikumsbericht, in welchem ich die finanzielle Situation und Organisationsstruktur der ÖAH genauer dargestellt habe.

7) Bei verstorbenen Personen (Leichen) sieht das Gesetz die Meldung beim alleinigen Nachweis der HIV-Antikörper vor. Eine Leiche unterliegt weder der Differenzierung nach Krankheitsstadien, noch, ob im lebenden Zustand überhaupt die Krankheit ausgebrochen war. M.E. verzerrt diese gesetzliche Maßnahme nachträglich die Todesstatistiken zu AIDS. Viele Personen, die Antikörper-Träger sind (oft wissend, oft unwissend) sterben an Krankheiten oder unter Umständen, die in keinem Zusammenhang mit AIDS stehen, wie Herzinfarkt oder Straßenunfälle. Dem Gesetz nach werden sie als AIDS-Tote registriert.

8) Der einstige Homosexuellen-Paragraph 210, das Prostitutionsverbot, wurde mit der Beschließung des AIDS-Gesetzes aufgehoben. Männliche Prostitution wurde in ihren strafrechtlichen Bestimmungen der weiblichen Prostitution angeglichen. Dieses politische Entgegenkommen wurde zum Schutz vor AIDS für die "Risikogruppe" der männlichen Homosexuellen begrüßt. Die gesetzliche Angleichung stellt aber genauso eine legale Möglichkeit dar, einen Teil der Personengruppe der männlichen Homosexuellen kontinuierlich testen zu können.

9) Staatssekretär Peter Gauweiler (CSU), selbsternannter AIDS-Politiker, forderte u.a. Zwangstestungen für Fixer und Prostituierte beiderlei Geschlechts. Ferner die Testpflicht für einwanderungswillige Nicht-Europäer, die Einstellungssperre für HIV-positive Beamtenbewerber, sowie die Überführung "ansteckungsverdächtiger" Personen zum Zwangstest durch die Polizei u.s.f.

10) Reihentestungen in Krankenhäusern sind keine Seltenheit. Nach dem AIDS-Gesetz nicht zulässig, bietet sich aufgrund des Gesetzes zur "Bekämpfung von Geschlechtskrankheiten" die probate Hintertüre über die Lues-Untersuchung, mittels welcher ohne großen Aufwand auch HIV-Antikörper nachgewiesen werden können. Diese Untersuchungen wurden vorrangig an homosexuellen Patienten durchgeführt (vgl. *profil* 1987, Nr. 5, S. 48).

11) Zu jedem Klienten erstellt die ÖAH ein sog. ERSTKONTAKTBLATT, das durch den Berater und bei Testvornahme zusätzlich durch den Arzt ausgefüllt wird. In diesem Formblatt werden persönliche Daten, wie Alter, Geschlecht, "Klient kommt aus welchem Interesse", die "sexuelle Orientierung" u.s.f., ferner das Testergebnis festgehalten. Kommt ein Klient ein zweites Mal oder öfters, so werden FOLGEKONTAKTBLÄTTER von ihm angefertigt. Jedes dieser Formblätter ist durch ein Codewort, das der Klient genannt hat, datengeschützt. Die Geschäftsführung der ÖAH bearbeitet alle aus der Beratungsstelle gewonnenen Daten anhand eines statistischen Programms, in welchem

jeder "Fall" nochmals durch ein dreifaches Codewort anonymisiert wird. Die Statistiken zu den Neuzugängen, Infektionsträgern und Erkrankten müssen halbjährlich dem Gesundheitsministerium, Sektion Volksgesundheit, übermittelt werden.

12) AIDS-Hilfe-intern zirkuliert schon seit längerem eine Diskussion über die möglichen Vorteile der Aufhebung der Anonymität HIV-positiver Klienten. Die Kontroverse bewegt sich im Widerspruch ihrer positiven und negativen Seite: Zum einen könnte die Aufhebung der zwanghaften Anonymisierung HIV-Positiven ein offeneres und öffentlichkeitswirksames Verhältnis gegenüber ihrer Infektion ermöglichen (ein Solidarisierungseffekt von außen und die Gewöhnung an seropositive Mitbürger könnte sich eher einstellen), zum anderen kann dadurch aber genauso eine umso stärkere Ausgrenzung und Verfolgung von außen befürchtet werden (vgl. Backstage 1992, Nr. 2).

13) Der Begriff des Dispositivs (der Macht), wie Foucault ihn selbst verstanden haben wollte, findet sich neben seiner ausführlichen Erklärung in "Der Wille zum Wissen" (1983, S. 113ff. ), insbesondere in einem Interview mit Alain Grossrichard (vgl. Foucault 1978, S. 119ff.).

14) Private Versicherungsgesellschaften haben für ihre Kunden Blutbanken angelegt, die vollkommen frei von Viren sein sollen. Finanzkräftige Versicherungsträger haben ihr eigenes, seronegatives Blut ebendort deponiert, um im Falle einer gravierenden Erkrankung oder eines Unfalles, nicht auf fremde und somit mögliche seropositive Blutpräparate, angewiesen sein zu müssen. Das "saubere", "reine" Blut markiert hier ein exklusives Machtinstrument der, auf das Leben gerichteten Normierung durch den Bluttest.

15) Michel Foucault starb im Juni 1984 an AIDS. Zum damaligen Zeitpunkt war das Wort "Safe(r) Sex" noch nicht erfunden worden: Die Übertragungswege des Virus und ergo die Verhinderung seiner Ausbreitung durch Kondome und risikofreie sexuelle Verkehrsformen waren unbekannt.

Das Virus selbst wurde mit dem Jahre 1983 in den HIGH-TECH-Labors der Virologen für die Isolation in Vorbereitung genommen: Nach monatelangem Experimentieren mit Wachstumsverstärkern konnte es nach seiner Hochzüchtung im Winter 1983/84 die wissenschaftliche Bühne und den gewinnträchtigen Pharmamarkt - in der Produktion der spezifischen Antikörpertests - betreten (siehe auch Kap. 2.4., 2.5. und 2.6.). Die Richtlinien des Safe(r) Sex wurden erst im Jahre 1985 in den USA (vorerst) in die Aufklärung zu AIDS übernommen. Die vom "Spiegel" lancierte Behauptung, "daß die tödliche Spur direkt in das Dorado der Sado-Maso-Szene führte" (S. 229), die die Ausbreitung des Virus größtenteils bedingte, ist angesichts des damaligen Wissensstandes über die Infektion, schlichtweg eine unzulässige moralische Verurteilung.

16) Epidemiologische Schätzungen zu AIDS nach dem Jahre 1985, operierten häufig mit der Metapher der "sichtbaren Spitze eines Eisberges", die die bekannte Infektionsrate symbolisiert: Darunter befände sich die ganze Fülle der potentiell seropositiven und promisk lebenden "Allgemeinbevölkerung". Die damals angestellten Hochrechnungen prophezeiten bei der angenommenen Ausbreitung der Krankheit den Zusammenbruch des sozialen Netzes und die Unfinanzierbarkeit der Wohlfahrts- und Sozialleistungen, da die erkrankten Leistungsträger das System zu stark belasten würden (vgl. insb. Koch et alera 1987).

17) Während meiner Praktikumszeit an der Beratungsstelle der AIDS-Hilfe Wien bekam ich Einblick in die Beweggründe der Kontaktaufnahme mit der Institution. Zum damaligen Zeitpunkt, Sommer 1989, suchten insbesondere Heterosexuelle die Beratungsstelle auf. Am Beispiel einer verunsicherten Klientin will ich die Tragik gegenseitiger, partnerschaftlicher Schuldzuweisungen in Hinblick auf AIDS wiedergeben:

Die Frau forderte ihre Testung auf Antikörper, weil ihr Lebensgefährte sie dazu gezwungen hatte. Sie hatte ihm erzählt, daß sie vor seiner Bekanntschaft mit ihrem vorhergehenden Partner manchmal auch anal koitiert hatte. Von da an wollte der Partner wissen, ob sie denn "AIDS-krank" sei, da ihr vorhergehender Partner offensichtlich "bisexuell" war. Die Frau, die aufgrund einer Multiples-Sklerose Erkrankung ohnehin unter großem psychischen Druck stand, forderte im Beratungsgespräch die unbedingte Testung, denn sie wolle endlich "etwas gegen den Partner in der Hand haben".

Anhand dieses Falles wird deutlich, daß der HIV-AK-Test ein machtvolleres Beziehungsmittel zwischen den Partnern darstellt: Die Seronegativität bedeutet die Fortsetzung der (sexuellen) Beziehung, die Seropositivität die Beendigung in den meisten Fällen. Denn ein positiver Befund legt Zeugnis ab von den eigenen geschlechtlichen "Verfehlungen", dem "Betrug" am Partner durch den "Seitensprung" oder von einer ehemaligen Drogenkarriere.

18) In Schaukasten A wird ein nacktes heterosexuelles Paar gezeigt: die Frau beugt sich über den Mann und umarmt ihn. Auf der symbolischen Ebene kommt hier ein Moment der sog. "sexuellen Befreiung", das Recht auf selbstbestimmte weibliche Sexualität, das seine Referenz mit dem Tode - in AIDS - erfährt, zum Ausdruck. Die sexuell aktive Frau, die sich von der traditionellen "Missionarsstellung" verabschiedet hat (dem Symbol der "Untertänigkeit"), tritt hier als Initiatorin des Liebesspiels auf und macht sich des Todes am Paar schuldig. Der in "Verbotkasten" D abgebildete - etwa zwei Monate alte - Fötus, stellt in der Bilderabfolge das "unschuldige" Opfer der gefährlichen Sexualität zu AIDS-Zeiten dar. Das Bild wurde mit selbiger Einstellung schon vor Jahren für Anti-Abtreibungskampagnen verwendet. I hingegen, die Tätowierung und S, die Spritze, scheinen ohne sozialem Bezugsrahmen auf. In der bildhaften Darstellungsweise der Übertragungswege bilden m.E. der "schuldlose" Fötus (der früher abgetrieben wurde) und die Andeutung der "sexuell aktiven" Frau eine unbewußte Korrelation: Mit AIDS solle auch die sexuelle Selbstbestimmung der Frau, durch die ein seropositives Kind zur Welt kommen könnte, ein Ende finden.

19) Insbesondere die Streitfrage, ob intensives Küssen auch eine HIV-Infektion auslösen könnte, ließ über die Jahre der regen virologischen Forschung große Kontroversen aufkommen. Obwohl in jedem AIDS-Ratgeber die Ungefährlichkeit des Küssens in punkto Virus-Übertragung betont wird, scheiden sich diesbezüglich auch unter den Forschern die Geister: Luc Montagnier warnt vor Küssen einer bestimmten intensiven Art. Als Fernando Aiutu, AIDS-Forscher, auf einer Fachtagung vor laufender Kamera eine HIV-positive Frau küßte, wurde das demonstrative Intermezzo von der Kollegen-schaft mit Entsetzen verfolgt (vgl. Der Spiegel 1992, Nr. 40, S. 100).

20) Selbst die Ärzte, die HIV-Positive betreuen (sollten), sind für irrationale Ansteckungsängste empfänglich, auch wenn sie genauestens über die Ansteckungswege und die Schutzmöglichkeiten informiert sind: Noch immer verwehren viele Zahnärzte die Behandlung seropositiver Patienten; Gefängniswärter fürchten nach wie vor den phantasierten Biß oder das "Angespucktwerden" durch HIV-positive Gefängnisinsassen.

21) Die österreichische Hetero-Kampagne verlief parallel zur (ehemals) bundesdeutschen, die von Gesundheitsministerin Rita Süssmuth unter dem Motto "Treue ist der beste Schutz" breit angelegt wurde. Treue als besten Schutz gegenüber AIDS impliziert den Ratschlag, schnell eine stabile Partnerschaft zu errichten (oder zu heiraten) und fortan monogam zu leben.

22) Die Schweizer AIDS-Aufklärungskampagne für Heterosexuelle erkannte sehr wohl, daß partnerschaftliche Treue und sexuelle Freiheit nicht zwingend voneinander getrennt werden müssen: Auf einem Plakat wurden sowohl der Trauring (als Symbol der eheli-

chen Treue), als auch das Kondom als Schutzmöglichkeit bei wechselnden Geschlechtspartnern, in Beziehung gesetzt. Beide Varianten wurden als Empfehlung nahegelegt, die das wählen einer Alternative für Heterosexuelle nahelegen sollte.

23) Einem repräsentativen Umfrageergebnis von ALLBUS (Allgemeine Bevölkerungsumfrage der Sozialwissenschaften) aus dem Jahre 1989 zufolge, ändern Heterosexuelle ihr Sexualverhalten insofern, als daß sie zu einem relativ hohen Prozentsatz keine "flüchtigen sexuellen Kontakte" (14,9 %) eingehen, die "Sexualpartner sorgfältiger auswählen" (11,6 %) und zu einem relativ geringen Anteil das Kondom verwenden (6,1 %). Im Bereich der unspezifischen Verhaltensänderungen seit AIDS gab ein hoher Bevölkerungsanteil an, auch "im Umgang mit fremden Personen vorsichtiger" geworden zu sein (vgl. ISI 1989, Nr. 1, S. 4). M.E. zeigt dieses Umfrageergebnis deutlich, daß im Falle der Prävention zu AIDS die genaue Kenntnis der Sexualpartner im Vordergrund steht; das Kondom als Präventionsmittel hat geringe Bedeutung. Des Weiteren gibt die Befragung auch Aufschluß über den allgemeinen zwischenmenschlichen Diskurs zu AIDS: Sogar der risikolose, soziale Kontakt zu fremden Personen (Unbekannten und Ausländern) wird von einer geringeren Bevölkerungsgruppe als gefährlich erachtet. Die Angst vor fremden Sexualpartnern, als auch der "Fremde an sich", werden gemieden, um die eigene körperliche Integrität und den eigenen Staat zu schützen.

24) Die Gründe, warum das Kondom als adäquates Präventionsmittel geringen Anklang findet, sind mannigfaltig: Die Tatsache, daß jemand von sich aus das Kondom verlangt oder überzieht, erzeugt beim Sexualpartner sehr oft Mißtrauen: Die gesetzte Maßnahme erzeugt u.a. den Eindruck, daß der Akteur selbst "positiv sein könnte" oder vom Partner annimmt, daß dieser "positiv sei". Viele Männer haben den Umgang und die Akzeptanz gegenüber dem Kondom verloren, weil das einstige Verhütungsmittel aufgrund jahrelang praktizierter, chemischer Empfängnisverhütung obsolet geworden ist. Die mangelnde Vertrautheit im Verwenden des Kondoms löst zwangsweise seine Rückweisung und/oder die Angst vor Impotenz (dem "Versagen" in der erotischen Situation selbst) aus. Viele Männer bemängeln die "Unnatürlichkeit" und den Verlust der "Gefühlsechtheit" beim Koitus. Frauen umgekehrterweise lassen von der Schutzmaßnahme ab, nachdem ihnen der Partner den Unwillen darüber signalisiert hat (vgl. Arzberger 1987).

Im Bereich der Prostitution kommt die Unlust der Männer zum Kondomgebrauch gleich auf zweifache Weise gefährlich zum Ausdruck: Zum Geschäftsinteresse der Zuhälter, die den ungeschützten Beischlaf teurer verkaufen wollen, kommt das Bestehen der Freier auf das "ohne Service" hinzu, weil sich aufgrund des AIDS-Gestzes die registrierten Prostituierten ohnehin alle drei Monate einem HIV-AK-Test unterziehen müssen. Das Risiko einer Ansteckung mit HIV kann für Prostituierte aufgrund ihrer Arbeitssituation ein extrem hohes sein, da die Ansteckungskette insbesondere durch die sture Haltung der Kunden nicht unterbunden wird. Ferner befürchten viele Prostituierte den Verlust ihres Standortes sowie ihrer Freier, wenn sie auf ein Service mit Kondombenutzung bestehen.

## Kapitel 7

1) Der Huntington-Test sagt auf die gleiche unspezifische Weise eine Dispositionsdiagnose über die tödlich verlaufende Erbkrankheit "Chorea major" vorher, wie der HIV-AK-Test über das Immunschwächesyndrom: Die Untersuchungsmethode ermöglicht beim Vorhandensein von Symptomen keine medizinische Interventionsmöglichkeit; das positive Testergebnis vermag nur zur Hälfte der Fälle ein richtiges Ergebnis über den späteren Ausbruch der Krankheit zu garantieren. Der Huntington-Test betrat etwa zur selben Zeit wie der HIV-AK-Test den pharmazeutischen Markt. Sein Einsatz wird innerhalb der Ärzteschaft diskutiert, weil sein möglicher Nutzen gegenüber der psychi-

schen und sozialen Belastung für die Betroffenen abgewogen wird. Der Test wird hauptsächlich jenen Personen empfohlen, die sich Kindernachwuchs wünschen. (Vgl. Rosenbrock 1987, S. 107ff.)

2) Die in den Krankenhäusern durchgeführten Reihentestungen auf HIV-Antikörper werden aus Kostengründen mit dem ELISA-Test gemacht. Viele Patienten werden unwissend getestet und erfahren von ihrem positiven Testergebnis ohne begleitende Beratung. Da nicht alle über längere Zeit im Krankenhaus verweilen, wird von einem Bestätigungstest Abstand genommen.

3) Der "hochsensible" ELISA-Test ist etwa um 90 Prozent billiger als der relativ sichere Bestätigungstest Western-Blot. Blutprodukte werden ausschließlich mit ELISA getestet, dafür aber in einem mehrmaligen Wiederholungsverfahren. Antikörper-positive und fragliche Blutspenden werden vernichtet. Dennoch gilt, daß es auch bei Blutspenden keine hundertprozentige Sicherheit auf Seronegativität gibt. Man kann nur von einem großen Ausschluß der Irrtumswahrscheinlichkeit ausgehen (vgl. Rosenbrock 1987, S. 172ff.).

4) Die Mitteilung eines HIV-positiven Testergebnisses löst bei allen Betroffenen eine große Anzahl physischer und sozialer Belastungen aus, die - individuell verschieden - eine gefährliche Konstellation schaffen und beim Prozeß des Krankheitsausbruches eine nicht zu unterschätzende Rolle als Ko-Faktor spielen. Stressoren, ausgelöst durch Angst, Hoffnungslosigkeit und Trauer, beeinflussen auf negative Weise das Immunsystem (vgl. Dunde 1989, S. 44ff.). Symptomlose positive Personen reagieren individuell unterschiedlich mit psychischen und psychosomatischen Beschwerden auf den Befund: Insbesondere die Schlaflosigkeit, Müdigkeit und Appetitlosigkeit, aber auch der Durchfall, markieren die somatisierenden Folgeerscheinungen der physisch gesunden Personen. Die Auseinandersetzung mit AIDS setzt schon bei der Mitteilung des Testbefundes ein; im Sinne einer "Self-fulfilling-Prophesy" werden die, als Anzeichen von AIDS veranschlagten Symptome im noch gesunden Zustand vorweggenommen. Zur Illustrierung dieses Verhaltens und Reagierens, das einer neuen Variante der "Luophobie" gleichkommt, gebe ich den Inhalt einer Fallstudie wieder, die leider in Hinblick auf psychosomatisierenden Effekte nicht berücksichtigt wurde:

Eine Arzthelferin, 28 Jahre alt, ließ aufgrund ihrer Schwangerschaft den Test vornehmen. Dieser fiel positiv aus und die Frau entschloß sich für einen Schwangerschaftsabbruch. Ihr Lebensgefährte, ein Arzt, befand sich in Scheidung lebend mit seiner Ehefrau. Er bemühte sich um das Sorgerecht der Tochter, nicht zuletzt auch deshalb, weil seine momentane Lebensgefährtin in überaus gutem Verhältnis zur Stieftochter stand. Die Arzthelferin entwickelte unmittelbar nach der Mitteilung des Testergebnisses Krankheitssymptome zu AIDS: sie verlor Gewicht, bekam Lymphknotenschwellungen, Durchfall und Fieberschübe. Die Ehefrau ihres Lebensgefährten meldete die Infektion beim Familiengericht, um den Umgang der Patientin mit ihrer leiblichen Tochter zu unterbinden. Gleichzeitig sollte dadurch ihrem Mann das Sorgerecht endgültig entziehbar werden. Eine nochmalige Gesamtuntersuchung der Patientin nach ein paar Monaten ergab, daß diese über einen einwandfrei negativen Serostatus verfügt. Dem Vater wurde das Sorgerecht für die Tochter zugesprochen. Die falsch-getestete Frau gesundete - zumindest physisch - schnell (vgl. Vonnegut 1989, S. 63ff.).

5) Die Publikation weist gravierende Fehlinformationen über die Infektionsmöglichkeiten mit dem Virus auf. Der Direktor des WHO-AIDS-Programms, Jonathan Mann, beschuldigte die Autoren ob ihres "unverantwortlichen Verhaltens", zumal sie neben den einzig möglichen Übertragungswegen auch Insektenstiche, das Aufsuchen einer Toilette und den Besuch eines Restaurants für gefährlich auswiesen (vgl. *Der Spiegel* 1988, Nr. 11, S. 277).

- 6) Derzeit werden in den USA alle Blutspender, Militärbedienstete und Rekruten, Gefangene und Einwanderer einem Pflichttest unterzogen.
- 7) Der, durch das Kondom ermöglichte risikofreie Geschlechtsverkehr schließt bei Masters et altera den Analverkehr aus. Es liegt die Vermutung nahe, daß die moralische und kulturelle Bewertung des Analverkehrs eine ungleich strengere als die des Vaginalverkehrs ist. Des weiteren fügt sich das Verbot dieser sexuellen Verkehrsform nahtlos in die vorgestellte Heiratsprogrammatik, die auf eine "virenfreie" Reproduktion gerichtet ist.
- 8) Bei schweren Krankheiten ist das Phänomen beobachtbar, daß Familienmitglieder näher zusammenrücken und den Erkrankten emotional stützen. An Krebs erkrankte Personen entwickeln sehr oft ungeahnte Lebenskräfte und gehen Tätigkeiten nach, die stabilisierend auf die Krankheit wirken. Die Krankheit selbst kann dadurch in das Selbstbild integriert werden und verliert ein Stück weit ihre Bedrohung. Bei Seropositivität fallen diese Aspekte zumeist weg. Hinzu kommt noch der weitere belastende Umstand, daß die Familienmitglieder auf die Infektion abweisend reagieren.
- 9) Für Bluter besteht die Möglichkeit, gegen Blutspendezentralen und Labors zu prozessieren, wenn sie nach der Einführung der, per Gesetz verordneten, Pflichttestung auf Antikörper dennoch seropositive Produkte erhalten haben. Diese Interventionsmöglichkeit mag zynisch angesichts der konkreten Belastung sein, dennoch bedeutet sie für die Betroffenen selbst ein Stück weit die Reduktion ihrer Ohnmachtsgefühle.
- 10) "ACT-UP" entstand aus den bereits vorhandenen Organisationsstrukturen der relativ starken Schwulenbewegung der US-Großstädte. "ACT-UP", was soviel wie "AIDS Coalition to Unleash Power" (zu deutsch: "Vereinigung der AIDS-Kranken zur Gewaltfreisetzung", GEO 1993, Nr. 3, S. 22) bedeutet, richtet sich sowohl an die Betroffenen aller Personengruppen als auch an die Öffentlichkeit: Die Bewegung, die mittlerweile in unüberschaubare Bereiche angewachsen ist, homogenisiert sich über die einheitliche Forderung, ein Recht auf sofortige medizinische Behandlung zu haben. Kritisiert wird die, von der Wissenschaft verzögerte Freigabe von Therapeutika, die alle eine jahrelange Placebo-Kontrolle durchlaufen müssen. "I died on placebo" wurde zum Wahlspruch der Bewegung, die um sich einen großen Markt alternativer Heilmethoden entstehen ließ: Von der Injizierung eines bestimmten chinesischen Gurkenextrakts (Compound Q), über Torf- und Vulkanaschebäder, bis hin zu gefährlichen chemikalischen Mischungen, konsumieren die vom AIDS-ESTABLISHMENT enttäuschten Kranken zumeist Hoffnungsschimmer. Das Wissen über neue Therapeutika und Heilmethoden wird über ein eigenes Zeitungsorgan weitergegeben. Selbstversuche mit diversen Präparaten und eigens durchgeführte Klientenanalysen stellen den - oft (lebens)gefährlichen - Versuch dar, der langsamen Arbeitsweise der HIGH-TECH-Medizin und ihren uneingelösten Versprechen um die Findung eines Impfstoffes, selbstinitiativ gegenzuwirken. Auch konkrete Formen des Protests werden durchgeführt, wenn gewinnsüchtige Pharmakonzerne die Entwicklung neuer Medikamente zurückhalten, weil sie Markteinbußen befürchten. So hielt "ACT-UP" auch schon kurzfristig die Börse von San Francisco besetzt und machte Antiwerbung gegen Allbot oder zwang Burroughs Wellcome, künftig AZT billiger zu verkaufen. "Die-ins" gegen die Streichung von Geldern im Gesundheitswesen markieren den öffentlichen Protest der Bewegung, deren Betroffene - im Gegensatz zu Europa - schon längst erkannt haben, daß das Tragen des Virus nicht Isolation und heimliches Sterben bedeuten kann (vgl. GEO 1993, Nr. 3, S. 12ff.).

11) Die Phantasiewelt am Modell des "Welt-Virus" HIV gleicht in keiner Weise dem "naturgetreuen" Virus, das durch das Elektronenmikroskop gesehen werden kann. Fraglich bleibt, ob die in das Virus projizierten "Fähigkeiten" nur auf der Phantasie der Illustratoren der Medien beruhen oder, ob sie von den Naturwissenschaften selbst kommen:

Der Blick durch das Elektronenmikroskop:

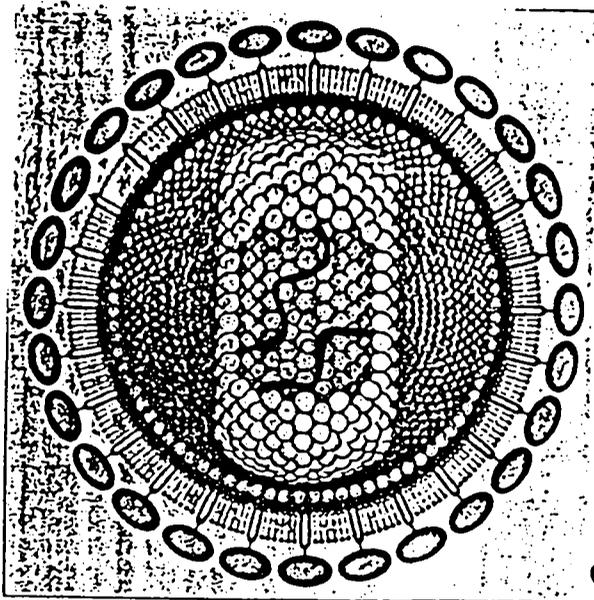


imaginäre HIV-Welt:

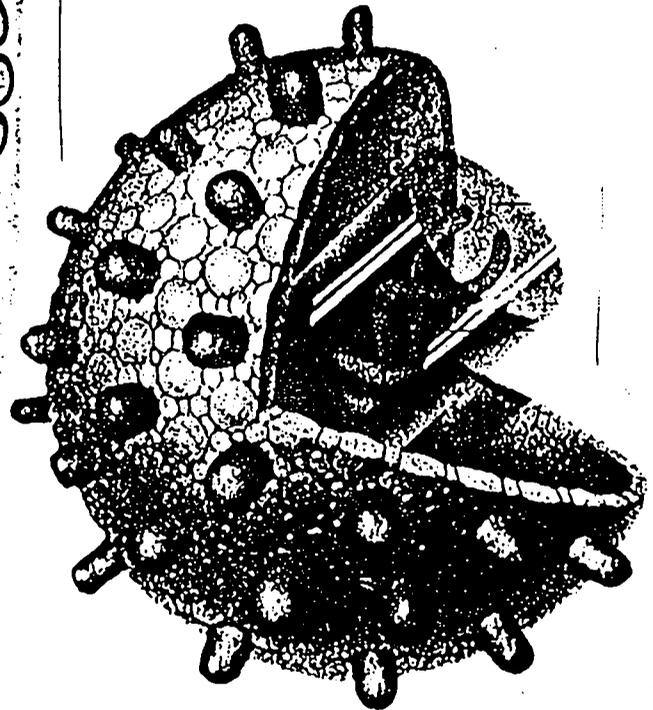


12) Diese beiden schematischen Darstellungen des HI-Virus unterstreichen den militärischen Aspekt der Wirkungsweise des Virus. Die Er-Finder selbst führen einen wissenschaftlichen Krieg um seine Erstentdeckung. Betreffend den Modellcharakter zu HIV kann, aktueller denn je, Ludwik Flecks Feststellung sein: "In der Naturwissenschaft gibt es gleich wie in der Kunst und im Leben keine andere Naturtreue als die Kulturtreue." (Fleck 1980, S. 48)

Die zündfertige "Bombe":



HIV, ein "Geschoß":



**Bibliographie:**

- AIDS-Gesetz: 293. Bundesgesetz vom 16. Mai 1986 über Maßnahmen gegen die Verbreitung des erworbenen Immundefektsyndroms. In: Bundesgesetzblatt für die Republik Österreich, 119. Stück, Wien.
- ARAL, Sevgi; HOLMES, King (1991): Sexually transmitted Diseases in the AIDS Era. In: Scientific American, February, vol. 264, number 2, page 62 - 69, New York.
- ARZBERGER, Christine (1987): AIDS - Medizin, Gesellschaft, Psyche. Manuskript für den gleichlautenden Artikel in der Zeitschrift "Sozialarbeit und Bewährungshilfe", Wien.
- BADINTER, Robert; BOURDIEU, Pierre; DANIEL, Jean; EWALD, François; FARGE, Arlette; KOUCHNER, Bernard; MAIRE, Edmond; MAURIAC, Claude; PERROT, Michelle (1987): Michel Foucault. Eine Geschichte der Wahrheit. Raben Verlag, München.
- BAUDRILLARD, Jean (1982): Der symbolische Tausch und der Tod. Matthes & Seitz, München.
- BAUMGART, Gert (1991): AIDS. Kurz und bündig, hpt-Verlagsgesellschaft, Wien.
- BACKSTAGE (1992): Debatte um den HIV-Antikörper-Test: Wie sieht die Zukunft der AIDS-Hilfe aus? Österreichische AIDS-Hilfe (Hg.), Nr. 2, Wien.
- BERICHT des Ausschusses für Gesundheit und Umweltschutz (1986) über den Antrag (184/A) zum AIDS-Gesetz. In: Stenographische Protokolle des Nationalrats, XVI. Gesetzperiode, 142. Sitzung, 16. Mai, S. 12 457 - 12 467, Wien.
- BECKER, Sophinette; CLEMENT, Ulrich (1989): HIV-Infektion - Psychische Verarbeitung und politische Realität. In: Psyche 8 (43. Jg.), S. 698 - 709, Stuttgart.
- BURGER, Rudolf (1987): Ein Wunder der Technik oder was von Professor Segals These zu halten ist. Manuskript für den "Falter - Wochenzeitschrift für Kultur und Politik", Nr. 12 (11. Jg.), Wien.
- CLEMENT, Ulrich (1986): Höhenrausch. In: Operation AIDS, Sexualität Konkret, Sonderheft, Nr. 7, Hamburg.
- O'CONNOR, Dagmar (1989): Sex mit Herz und Lust auf Liebe. Für eine sinnliche und zärtliche Partnerschaft. Ullstein Verlag, Frankfurt a. M.
- DREYFUS, Hubert; RABINOW, Paul (1987): Michel Foucault: Jenseits von Strukturalismus und Hermeneutik. Mit einem Nachwort von und einem Interview mit Michel Foucault. Athenäum Verlag, Frankfurt a. M.
- DUESBERG, Peter (1990): Ist HIV die Ursache von AIDS? Interview in: Jon Rapport, S. 129 - 139.
- DUNDE, Siegfried (1989): Psychoneuroimmunologie und AIDS. In: Helmuth Zenz und Gabriele Manok, S. 44 - 51.
- FAIN, Nathan (1986): Amerikaner sind niemals hilflos. In: Operation AIDS, Sexualität Konkret, Sonderheft, Nr. 7, Hamburg.

- FINK-EITEL, Hinrich (1989): Foucault zu Einführung. Edition SOAK, Junius Verlag, Hamburg.
- FLECK, Ludwik (1980): Entstehung und Entwicklung einer wissenschaftlichen Tatsache. Einführung in die Lehre vom Denkstil und Denkkollektiv. Mit einer Einleitung von Lothar Schäfer und Thomas Schnelle. 1. Auflage. Textidentisch mit der 1935 bei Benno Schwabe & Co. erschienenen Erstausgabe. Frankfurt a. M.
- FOUCAULT, Michel (1976 a): Mikrophysik der Macht. Michel Foucault über Strafjustiz, Psychiatrie und Medizin. Merve Verlag, Berlin.
- FOUCAULT, Michel (1976 b): Überwachen und Strafen. Die Geburt des Gefängnisses. Frankfurt a. M.
- FOUCAULT, Michel (1978): Dispositive der Macht. Michel Foucault über Sexualität, Wissen und Wahrheit. Merve Verlag, Berlin.
- FOUCAULT, Michel (1980): Die Ordnung der Dinge. Eine Archäologie der Humanwissenschaften. Frankfurt a. M.
- FOUCAULT, Michel (1983): Der Wille zum Wissen. Sexualität und Wahrheit, Bd. 1. Frankfurt a. M.
- FRANKE, Alexa (1987): Gesundheitsversorgung und die Frauen. In: Melitta Walter, S. 70 - 86.
- FREUD, Sigmund (1976): Hemmung, Symptom und Angst. In: Gesammelte Werke aus dem Jahre 1925 - 1931, Bd. XIV, 5. Auflage, S. Fischer Verlag, S. 113 - 205, Frankfurt a. M.
- FRINGS, Mathias (Hg., 1986): Dimensionen einer Krankheit - AIDS. Reinbek bei Hamburg.
- GALLO, Robert (1987 a): Das erste menschliche Retrovirus. In: Spektrum der Wissenschaft, Nr. 2, Februar, S. 54 - 65, Heidelberg.
- GALLO, Robert (1987 b): Das Aids-Virus. In: Spektrum der Wissenschaft, Nr. 3, März 1987, S. 82 - 93, Heidelberg.
- GROSSBERG, Lawrence; NELSON, Cory; TREICHLER, Paula (Ed. 1992): Cultural Studies. Routledge, Chapman and Hall, New York/London.
- GROVER, Jan Zita (1992): AIDS, Keywords and Cultural Work. In: Lawrence Grossberg, Cory Nelson and Paula Treichler, page 227 - 139, New York.
- GUMBRECHT, Hans Ulrich; KARL LUDWIG, PFEIFFER (Hg. 1991): Paradoxien, Dissonanzen, Zusammenbrüche (PDZ). Situationen offener Epistemologie. Frankfurt a. M.
- HAHN, Alois (1991): Paradoxien in der Kommunikation über Aids. In: Hans Ulrich Gumbrecht und Karl Ludwig Pfeiffer, S. 606 - 618.
- HATCH, Bobby (1986): Ist Aids ein Laborunfall? In: Sexualität Konkret, Sonderheft, Nr. 7, S. 32 - 37, Hamburg.

- HOLUB, Claudia; HOLUB William (1988): "AIDS" ... careful scientific Scrutiny provides a totally different View. In: American Clinical Products Review (5/88), Melville N.Y.
- ILLUSTRIERTE GESCHICHTE der MEDIZIN (1981): Geschichte der Syphilis. Band 4, S. 1 509 - 1 517, Andreas & Andreas Verlagsbuchhandel, Salzburg.
- ISI (Informationsdienst soziale Indikatoren, 1989): Jeder dritte Erwachsene ändert Sexualverhalten aus Sorge vor Ansteckung. Nr. 1, Jänner, Mannheim.
- KOCH, Michael; L'AGE-STEHR, Johanna; GONZALEZ, Jose; DÖRNER, Dietrich (1987): Die Epidemiologie von Aids. In: Spektrum der Wissenschaft, Nr. 8, August, S. 38 - 51, Heidelberg.
- KROPIUNIGG, Ulrich (1990): Psyche und Immunsystem. Psychoneuro-immunologische Untersuchungen. Springer Verlag, Wien/New York.
- KRUSE, Kuno (1987): Gelehrten-Streit verschleppt. Die AIDS-Forschung. In: "taz" (Die Tageszeitung) vom 6. März, S. 12, Berlin.
- LANGTHALER, Bruni (1987): AIDS in Afrika. In: EPN (Entwicklungspolitische Nachrichten), Heft Nr. 2, Februar, S. 7 - 10, Wien.
- LINK, Jürgen (1990): Zahlen, Kurven, Symbole. Zum Anteil der Kollektivsymbolik an normalisierenden Zahlenspielen. In: kultuRRevolution (kRR), Nr. 23, Juni, S. 3 - 9, Klartext Verlag, Essen.
- MASTERS, William; JOHNSON, Virginia; KOLODNY, Robert (1988): Das verdrängte Risiko. Sexualverhalten im Aidszeitalter. ECON Verlag, Düsseldorf/Wien/New York.
- de MAUSE, Lloyd (1987): Ronald Reagan, die Kindermörder, die Schwulen und Bekloppten. In: Pflasterstrand, Nr. 256, S. 16 - 18, Frankfurt a. M.
- MÖSE, J. R. (1992): Russisches Roulette: Die rassante Entwicklung der HIV-Infektion und AIDS-Erkrankungen in der "dritten Welt" bleibt auch in den westlichen Industrieländern nicht ohne Folgen. In: Österreichische Ärztezeitung (ÖAZ), Nr. 9/10, Wien.
- MOSER, Walter (1992): Der Varela-Effekt der Biologie auf den gesellschaftlichen Körper. In: kultuRRevolution (kRR), Nr. 27, August, S. 18 - 25, Klartext Verlag, Essen.
- OBERLEHNER, Franz (1990): Psychologische Aspekte der Betreuung von Menschen mit AIDS. In: ÖAH info aktuell 2, S. 109 - 114.
- ÖSTERREICHISCHE-AIDS-HILFE (1987): info aktuell 1. Zwei Jahre Österr. AIDS-Hilfe. Ein Tätigkeitsbericht. Wien.
- ÖSTERREICHISCHE-AIDS-HILFE (1990): info aktuell 2. Fünf Jahre Österr. AIDS-Hilfe, 1985 - 1990. Wien.
- ÖSTERREICHISCHE AIDS-STATISTIK (1992): Verteilung der Fälle nach Art der Erkrankung. Situation bis zum 13. 04. 1992. Bundesministerium für Gesundheit, Sektion Volksgesundheit, Wien.

- RAPPOPORT, Jon (1990): Fehldiagnose "Aids". Geschäfte mit einem medizinischen Irrtum. Verlag Bruno Martin, Südergellersen.
- REICHE, Reimut (1988): AIDS im individuellen und kollektiven Unbewußten. Zeitschrift für Sexualforschung, Nr. 1, S. 113 - 122, Stuttgart.
- RIESE, Anne (1990): Der Fall AIDS - Magie und Macht. In: Konkursbuch Nr. 24, S. 30 - 45, Tübingen.
- ROSENBROCK, Rolf (1987): AIDS kann schneller besiegt werden. Gesundheitspolitik am Beispiel einer Infektionskrankheit. VSA Verlag, Hamburg.
- ROZDINSKI, Eva; KERN, Winfried (1989): Das AIDS-Virus: Übertragung, Pathogenese, Nachweismethoden und Epidemiologie. In: Helmuth Zenz und Gabriele Manok, S. 21 - 30.
- RÜBSAMEN-WAIGMANN, Helga (1987): Experten - Fakten und Fiktionen. In: Melitta Walter, S. 34 - 48.
- de SAUSSURE, Ferdinand (1967): Grundfragen der allgemeinen Sprachwissenschaft. 2. Auflage, Berlin.
- SCHMIDT, Casper, C.(1984): The Group-Fantasy Origins of AIDS. In: The Journal of Psychohistory, vol. 12 (1), New York.
- SEGAL, Jakob; SEGAL, Lilli (1987 a): AIDS. Nicht aus Afrika, sondern aus den USA. In: EPN (Entwicklungspolitische Nachrichten), Nr. 3, Februar, S. 9 - 13, Wien.
- SEGAL, Lilli (1987 b): Die neue Krankheit. In: Melitta Walter, S. 11 - 34.
- SEGAL, Jakob (1987 c): Das AIDS-Virus ist Man-Made in USA. Stefan Heym im Gespräch mit dem Molekularbiologen Jakob Segal (Teil 2). In: "Falter - Wochenzeitschrift für Kultur und Politik", Nr. 12, (11. Jg.), Wien.
- SEIDL, Otmar; GOEBEL, Frank-Detlef (1987): Psychosomatische Reaktionen von Homosexuellen und Drogenabhängigen auf die Mitteilung eines positiven HIV-Testergebnisses. In: AIFO (AIDS-FORSCHUNG), Heft 4, S. 181 - 186, München.
- SIGUSCH, Volkmar (1990): Anti-Moralia. Sexualpolitische Kommentare. Campus Verlag, Frankfurt a. M./New York.
- SONNABEND, Joseph (1989): Es geht nicht um moralische Fragen! In: Vor-Sicht, März, S. 7 - 10, Wien.
- SONNABEND, Joseph (1990): Interview in: Jon Rappoport, S. 161 - 166.
- SONTAG, Susan (1980): Krankheit als Metapher. Carl Hanser Verlag, München/Wien.
- SONTAG, Susan (1989): Aids und seine Metaphern. Carl Hanser Verlag, München/Wien.
- STENOGRAPHISCHES PROTOKOLL (1986): 476. Sitzung des Bundesrates der Republik Österreich, 23. Mai, XVI. Gesetzperiode, S. 19 952 - 19 961, Wien.

- TREICHLER, Paula (1987): AIDS, Homophobia and Biomedical Discourse. An Epidemic of Signification. In: Cultural Studies, vol. 1, number 3, October, page 263 - 305, University Press Cambridge (U.K.)
- VANEK, Ernst; ROZDINSKI, Eva; KERN, Winfried (1989): Erscheinungsbild, Diagnose und Therapie der AIDS-Erkrankung. In: Helmuth Zenz und Gabriele Manok, S. 31 - 43.
- VONNEGUT, Heinrich (1989): Die hausärztliche Betreuung HIV-Positiver und AIDS-Patienten. In: Helmuth Zenz und Gabriele Manok, S. 53 - 65.
- WALTER, Melitta (Hg. 1987): Ach wär's doch nur ein böser Traum! Frauen und AIDS. Freiburg i. B.
- WEIMER, Ernst; NILSSON-SCHÖNNESSON, Lena; CLEMENT, Ulrich: HIV-Infektion (1989): Trauma und Traumaverarbeitung. In: Psyche, Nr. 8 (43. Jg.), S. 721 - 735, Stuttgart.
- WEINEL, Elke (1989): Überlegungen zu Übertragungs- und Gegenübertragungsreaktionen bei der Behandlung von AIDS-Patienten. In: Psyche, Nr. 8 (43. Jg.), S. 710 - 719, Stuttgart.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (1992): Update: AIDS Cases reported to Surveillance, Forecasting and Impact Assessment Unit (SFI), Global Programm on AIDS, 1 April, Geneva.
- ZENZ, Helmuth; MANOK, Gabriele (Hg. 1989): AIDS-Handbuch für die psychosoziale Praxis. Verlag Hans Huber, Bern.

Aufklärungsmaterialien, Tageszeitungen und Nachrichtenmagazine

- AIDS GEHT ALLE AN! (1987): "Blaue Broschüre". Bundeskanzleramt, Sektion Volksgesundheit (Hg.), Mai, Wien.
- AIDS GEHT AUCH DICH AN (1988): "Jugend Broschüre". Bundeskanzleramt, Sektion Volksgesundheit und ÖAH (Hg.), September, Wien.
- AIDS RATGEBER FÜR ALLE (1990): Bundeskanzleramt, Sektion Volksgesundheit (Hg.), 3. Auflage, Wien.
- COSMOPOLITAN (1992): AIDS und Geschlechtskrankheiten in den USA. Deutschsprachige Ausgabe, Nr. 5, Mai, Attika Verlag, Zug/Schweiz.
- ESOTERA (1989): Zeitschrift für Esoterik, Nr. 4, Hermenn Bauer KG, Freiburg i. Br.
- FALTER der ÖSTERREICHISCHEN AIDS-HILFE (1991): Fakten über AIDS. Was Sie wissen müssen. Wie Sie sich schützen können. Eine Information der ÖAH und der Ärztekammer Wien.
- GEO, DAS NEUE BILD DER ERDE (1993): AIDS-Selbsthilfe. Aufstand der Patienten. Nr. 3, S. 12 - 36, Verlag Gruner & Jahr AK & Co, Hamburg.
- GEO WISSEN (1987): AIDS-Erreger und andere Zell-Piraten. Nr. 9, S. 74 - 92, Verlag Gruner & Jahr AK & Co, Hamburg.
- GEO WISSEN (1988): Das AIDS-Virus. Nr. 1, S. 90 - 117, Verlag Gruner & Jahr AK & Co, Hamburg.
- KÄRNTNER TAGESZEITUNG (KTZ, 1987): Zu wenig Angst vor AIDS. 4. Juni, S. 4, Klagenfurt.
- KLEINE ZEITUNG (1987): Jeder Zweite hat Angst vor AIDS. 3. April, S. 8, Klagenfurt.
- KLEINE ZEITUNG (1992): Fremdengesetz: Gummi- oder Kaisers Polizeistaat? 3. Dezember, S. 3, Klagenfurt.
- NEUE KRONEN ZEITUNG (1987): Milliardengeschäft mit der Angst vor AIDS! 22. Februar, S. 7 - 8, Wien.
- NEUE KRONEN ZEITUNG (1987): Mein Kampf gegen AIDS! 8. März, S. 28 - 29, Wien.
- NEWSWEEK (1993): The Future of AIDS. Number 12, March 22, vol. CXXI, page 44 - 50, New York.
- PRALINE (1991): Der AIDS-"Held" Magic Johnson: In Wahrheit ist er weder Held noch Opfer! Nr. 47, S. 24 - 25, Heinrich Bauer Verlag, Hamburg.
- profil (1987): AIDS unter uns. Nr. 5 (18. Jg.), 2. Februar, S. 48 - 53, Wien.
- profil (1987): AIDS-Forschung: Wettlauf mit dem Tod. Nr. 11 (18. Jg.), 16. März, S. 34 - 37, Wien.
- profil (1987): Sexuelles Roulette. Nr. 20 (18. Jg.), 18. Mai, S. 70 - 71, Wien.

- profil* (1991): Erotisierung des Kondoms. Nr. 21 (22. Jg.), 21. Mai, S. 67 - 68, Wien.
- profil* (1991): Tragic Magic. Nr. 47 (22. Jg.), 18. November, S. 87, Wien.
- profil* (1992): Lenkwaffen gegen Krebs. Nr. 6 (23. Jg.), 3. Februar, S. 52 - 56, Wien.
- profil* (1992): Das Aids-Zeitalter hat begonnen. Nr. 31 (23. Jg.), 27. Juli, S. 46 - 48, Wien.
- SCIENCE (1988): A Rebel without a Cause of AIDS. Vol. 239/4847, March, page 1 485 - 1 488, New York.
- DER SPIEGEL (1988): Schwache Füße. Eine AIDS-Studie der US-Sexforscher Masters und Johnson wurde von Kritikern als "unwissenschaftlich" verrissen. Nr. 11 (42. Jg.), 14. März, S. 277, Hamburg.
- DER SPIEGEL (1990): Falsche Fährte. Wer war der Erst-Entdecker des Aids-Virus? Nr. 14 (44. Jg.), 2. April, S. 281 - 284, Hamburg.
- DER SPIEGEL (1992): Gefährlicher Freispruch. Nr. 22 (46. Jg.), 25. Mai, S. 240 - 241, Hamburg.
- DER SPIEGEL (1992): Im Bett mit dem Feind. Nr. 40. (46. Jg.), 28. September, S. 86 - 101, Hamburg.
- DER SPIEGEL (1992): "Gefahr für Leib und Leben". Professor Manfred Dietrich über die Aids-Thesen des Virusforschers Duesberg. Nr. 51 (46. Jg.), S. 234 - 235, Hamburg.
- DER SPIEGEL (1993): »Der Mensch verschwindet«. Nr. 14. (47. Jg.), 5. April, S. 226 - 229, Hamburg.
- DER STERN (1989): Wir haben uns angesteckt! Nr. 13, S. 18 - 25, Hamburg.
- STANDARD (1992): Jugendliche und AIDS. 7. April (4. Jg.), S. 15, Wien.

Unterstützende Literatur, die nicht zitiert wurde

- ILLICH, Ivan (1975): Die Enteignung der Gesundheit (Medical Nemesis). Deutsch von Thomas Lindquist. Rohwolt Verlag, Reinbek bei Hamburg.
- LENZEN, Dieter (1991): Krankheit als Erfindung. Medizinische Eingriffe in die Kultur. Frankfurt a. M.