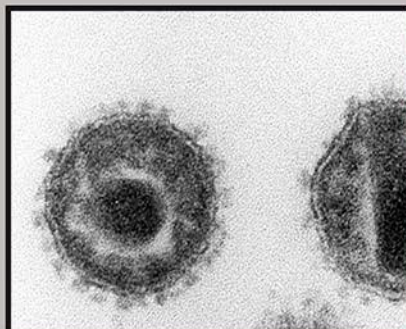
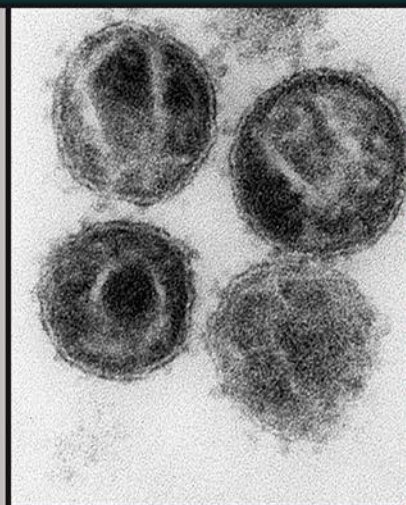


# Henning Tümmers



# AIDS



Autopsie einer Bedrohung  
im geteilten Deutschland



Wallstein



**Jena Center**

Geschichte des 20. Jahrhunderts  
20th Century History

BEITRÄGE ZUR GESCHICHTE  
DES 20. JAHRHUNDERTS

Herausgegeben von  
Norbert Frei

Band 23

Henning Tümmers

# AIDS

Autopsie einer Bedrohung  
im geteilten Deutschland



WALLSTEIN VERLAG

### **Bibliografische Information der deutschen Nationalbibliothek**

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

© Wallstein Verlag, Göttingen 2017

[www.wallstein-verlag.de](http://www.wallstein-verlag.de)

Vom Verlag gesetzt aus der Adobe Garamond

Umschlaggestaltung: Susanne Gerhards, Düsseldorf

unter Verwendung folgender Abbildungen:

Demonstrationen. Protesttag der Deutschen AIDS-Hilfe, 4.3.1987.

Foto: ullstein bild.

Rita Süßmuth stellt ihrem Ministerium eine neue Plakatserie zur AIDS-Aufklärung der Presse vor, 30.6.1987.

Foto: Digitales Bildarchiv des Bundesarchivs.

Humane Immunschwächeviren unter dem Mikroskop. Foto: faz.net.

Zugl. Habilitation Eberhard Karls Universität Tübingen 2016

ISBN (Print) 978-3-8353-3005-4

ISBN (E-Book, pdf) 978-3-8353-4083-1

# Inhalt

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Einleitung                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 7   |
| I. Anomalie- und Katastrophendiskurse um 1981                                                                                                                                                                                                                                                                               | 27  |
| New York/Los Angeles 29 – Gegenwehr 39 – Importierte Angst 55 – Zwei Wege 73 – Epidemiologische Festung DDR 86                                                                                                                                                                                                              |     |
| II. Innere Bedrohung und staatlicher Zugzwang                                                                                                                                                                                                                                                                               | 94  |
| Normierungsdebatten in einer neuen Situation 96 – Schulterschluss mit schwuler Selbsthilfe 106 – »Was Sie über AIDS wissen sollten« 117 – Der Test: Schaden-Nutzen-Analysen in der Bundesrepublik 126                                                                                                                       |     |
| III. Aidspolitik im geteilten Deutschland                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 137 |
| Regressions- und Zukunftsängste 138 – Auf dem Weg in den Vertrauensstaat 150 – Erfahrungsschätze 162 – »Gib AIDS keine Chance« 178 – »Geistige Immunschwäche«? 189 – Interesse an der Libido 205 – »Beratung« und »Führung« in der DDR 213 – Die »bayerische Linie« und ihre Folgen 224 – Deutsch-deutsche Annäherungen 253 |     |
| IV. Aids gegen Ende der Zweistaatlichkeit                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 273 |
| »Präventives Selbst« und Sexualethik in Ostdeutschland 275 – Die Angst vor »AIDS-Wellen« nach dem Mauerfall 293 – Wahrnehmungswandel und Lehren 313                                                                                                                                                                         |     |
| Schluss                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 328 |

|                       |     |
|-----------------------|-----|
| Dank                  | 343 |
| Quellen und Literatur | 346 |
| Abkürzungen           | 370 |
| Personenverzeichnis   | 372 |

## Einleitung

Kalter Wind fegte durch die Straßen von Hamburg am 13. November 1984. Der Bus der Linie III von Bahrenfeld in Richtung Innenstadt war entsprechend gut gefüllt<sup>1</sup>. Kaum einer der anderen Fahrgäste nahm Notiz von dem bleichen jungen Mann, der mitten unter ihnen saß. An der Endhaltestelle angekommen, leerte sich der Bus. Der 22-Jährige war allerdings nicht ausgestiegen, er kauerte regungslos in seinem Sitz. Auch als der Busfahrer ihn sanft rüttelte, wachte er nicht auf. Im Gegenteil: Er sackte in sich zusammen.

Plötzlich bekam der Fahrer es mit der Angst zu tun, denn seit einiger Zeit kursierten Medienberichte über eine tödliche Krankheit, die vor allem junge Männer traf. Anstatt einen Krankenwagen zu rufen oder erste Hilfe zu leisten, wählte er die Nummer der Polizei. Die herbeigeeilten Beamten durchsuchten die Jacke des Bewusstlosen nach dessen Personalausweis und fanden die Überweisung eines Arztes mit dem Vermerk: »Verdacht auf AIDS«<sup>2</sup>. Als der Mann wieder ansprechbar war, fuhren ihn die Polizisten selbst zum Bernhard-Nocht-Institut für Tropenmedizin an den Landungsbrücken. Dort angekommen, isolierten Ärzte<sup>3</sup> den Patienten sofort. Die Mediziner forderten die hilfsbereiten Beamten und den völlig verängstigten Busfahrer auf, sich im Duschaum von Mitarbeitern desinfizieren zu lassen. Zudem wurden die Dienstuniformen, der Bus und der Polizeiwagen professionell ausgeräuchert.

Die übrigen Fahrgäste erschrakten erst einen Tag später. Unübersehbar titelte die *Bild*-Zeitung: *AIDS-Kranker im Bus. Angst in Hamburg*. Wer über Aids noch nicht Bescheid wusste, den klärte das Blatt auf: Ein Heilmittel existiere nicht, und 80 Prozent der Betroffenen würden aufgrund eines kollabierenden Immunsystems innerhalb von drei Jahren sterben. Obwohl der entsprechende Artikel konstatierte, dass für die Fahrgäste der Linie III keine Gefahr bestanden habe, da sich das verant-

1 Dazu und zum Folgenden vgl. den Artikel »AIDS-Kranker im Bus. Angst in Hamburg«, *Bild*-Zeitung, 14.11.1984, S. 1, 5; Bürgerschaft der Freien und Hansestadt Hamburg, Plenarprotokoll, 11. WP., 59. Sitzung, 30.1.1985, S. 3425 (C).

2 In Zitaten und Literaturangaben wird die zeitgenössische Schreibweise der Immunschwächekrankheit übernommen. Ansonsten wird in diesem Text ihre Bezeichnung nicht in Versalien gesetzt.

3 Aus Gründen der sprachlichen Vereinfachung werden im Folgenden die männlichen Substantivformen verwendet, gemeint sind in der Regel jedoch beide Geschlechter.

wortliche Virus nur durch Blut- und Sexualkontakte übertrage, wusste die *Bild* im Großgedruckten Ängste zu schüren. Denn entgegen dieser medizinischen Erkenntnis fragte sie: »Hat sich jemand mit der tödlichen Seuche infiziert?« Professor Meinrad Koch vom Bundesgesundheitsamt, der als Interviewpartner zu Wort kam, mutmaßte zudem, es gäbe bereits »Hunderttausende Infizierte in der Bundesrepublik«. Die Krankheitszeichen seien unspezifisch: »Man fühlt sich schlapp, bekommt Durchfall, Nachtschweiß, Fieber – die Lymphknoten schwellen an.«

Was Koch und die Presse zu diesem Zeitpunkt nicht wussten: Der zusammengebrochene Fahrgast hatte sich nicht mit HIV infiziert, sondern litt an Diabetes. Er war an diesem 13. November 1984 schlicht unterzuckert gewesen.

## I.

Die panischen Reaktionen auf den Verdachtsfall im Linienbus waren in den achtziger Jahren keine Seltenheit: So berichtete der Hamburger GAL-Politiker Michael Herrmann Anfang 1985 im Landesparlament, Unbekannte hätten die Fensterscheiben von Schwulenlokalen eingeworfen<sup>4</sup>. Zudem wurde 1986 ein vermeintlich mit HIV infizierter Häftling in der JVA Fuhlsbüttel tödlich angegriffen, wobei er einen Schädelbruch erlitt. Trotzdem habe die Anstaltsärztin erst Tage danach die nötige Untersuchung angeordnet<sup>5</sup>. Solche Vorkommnisse waren Ausdruck einer um sich greifenden Angst vor jener Erkrankung namens Aids, über die erstmals 1981 berichtet worden war<sup>6</sup>. Doch ganz gleich, ob in der Hansestadt oder anderswo: Allenthalben war die Furcht vor dem neuartigen Phänomen spürbar. Mit ihr einher ging die soziale Exklusion der Betroffenen.

Die bundesdeutsche Bevölkerung wusste zunächst nur wenig über diese Infektionskrankheit, aber auch das Wissen von Virologen und Epidemiologen über das »Acquired Immunodeficiency Syndrome« war jahrelang begrenzt. Noch 1986 diskutierten Leser in der *Medical Tribune*

4 Bürgerschaft der Freien und Hansestadt Hamburg, Plenarprotokoll, 11. WP., 59. Sitzung, 30.1.1985, S. 3427 (D)-3428 (A).

5 Bürgerschaft der Freien und Hansestadt Hamburg, Drucksache 11/561411, 14.1.1986. Vgl. ferner BT-Drucksachen, 11. WP., Nr. 1578, 22.12.1987, S. 1.

6 Vgl. Gottlieb u. a., *Pneumocystis Pneumonia* – Los Angeles. Genau genommen stellt Aids keine Erkrankung dar, sondern eine Kombination von Symptomen, die als Konsequenz einer das Immunsystem zerstörenden HIV-Infektion auftreten.

die These, ob Mücken den Erreger übertragen<sup>7</sup>. Ferner ging das Gerücht um, man könne sich auf der Toilette durch eine Schmierinfektion anstecken. Vor allem aber, das zeigte die Äußerung Meinrad Kochs in der *Bild*-Zeitung, konnte die Wissenschaft keine tragfähigen Angaben über das Ausmaß dieser bislang völlig unbekannten Bedrohung machen. Vielmehr schien mit Aids eine Erfolgsgeschichte zu enden: der siegreiche Kampf gegen Seuchen, der erst wenige Jahre zuvor zur Ausrottung der Pocken geführt hatte. »Zumindest in unserem geographischen Raum«, erklärte Bundesgesundheitsministerin Rita Süßmuth 1987 dementsprechend verzagt, »hatte das Wort Epidemie seine ursprüngliche Bedeutung verloren. Die großen Seuchen gehörten der Vergangenheit an.«<sup>8</sup>

Aus damaliger Sicht stellte Aids eine Gefahr dar, deren Ausmaß nicht abzusehen war und die immer neue Bedrohungsherde produzierte. Denn je weiter die internationale medizinische Forschung fortschritt, desto stärker wurde den Bundesbürgern bewusst, dass sich mit jener Erkrankung nicht nur homosexuelle Männer und Drogensüchtige infizierten, wie es die Medien zunächst suggerierten. Gleichzeitig gerieten Mediziner, die Sexualpartner von infizierten Patienten schützen wollten, wegen ihrer Schweigepflicht in Gewissenskonflikte oder verletzten diesen Grundsatz des ärztlichen Ethos sogar. Mitte des Jahrzehnts spitzte sich die Situation weiter zu: Nach der Einführung eines »Aids-Tests« 1985 sahen sich viele HIV-positive Menschen durch restriktive Maßnahmenpläne einzelner Politiker beziehungsweise durch Forderungen aus der Bevölkerung nach Zwangstests und Quarantäne in ihrer individuellen Freiheit bedroht und von ihrer Umgebung diskriminiert. Teile der Politik empfanden derartige Entwicklungen wiederum als Bedrohung des Grundgesetzes und der freiheitlich-demokratischen Grundordnung. Derweil sprachen Journalisten und Wissenschaftler von der »Volksangst Nr. 1«<sup>9</sup> respektive einer »kollektiven Hysterie«<sup>10</sup>. Binnen weniger Jahre steigerte sich die öffentliche Wahrnehmung derart, dass die Gesellschaft für deutsche Sprache »Aids« 1987 zum »Wort des Jahres«<sup>11</sup> kürte. Zeitgleich konstatierte Bundesgesundheitsministerin Süßmuth mit Blick auf eine wachsende Ausgrenzung HIV-Positiver besorgt: »Vielleicht ist AIDS

7 Vgl. »Auch durch Mückenstiche übertragbar?«, in: *Medical Tribune*, Nr. 11, 14.3.1986, S. 67.

8 Süßmuth, AIDS, S. 18.

9 Frings, Aseptisch im Stil der Zeit, S. 68.

10 Dannecker, AIDS, S. 9.

11 Vgl. Gesellschaft für deutsche Sprache, Wort des Jahres; <http://www.gfds.de/aktionen/wort-des-jahres/> (25.6.2017).

die größte moralische, medizinische, gesellschaftspolitische Herausforderung unserer Zeit.«<sup>12</sup>

Das Phänomen Aids spaltete die Gesellschaft und demaskierte vermeintliche wie reale Probleme des Zusammenlebens. »Aids ist kein mysteriöses Leiden, das ohne Ansehen der Person jeden treffen kann«<sup>13</sup>, bemerkte die US-Publizistin Susan Sontag scharfsinnig. Denn »Aids zu bekommen bedeutet in den meisten Fällen, als Angehöriger einer »Risikogruppe«, einer Gemeinschaft von Ausgestoßenen, entlarvt zu werden. Die Krankheit beleuchtet blitzartig eine Identität, die man Nachbarn, Arbeitskollegen, Angehörigen und Freunden sorgsam verheimlicht hatte.« Damit standen zugleich der mit der Postmoderne in Verbindung gebrachte Wertewandel und die Pluralisierung von Lebensstilen im Fokus. Gerade vor dem Hintergrund, dass HIV durch Geschlechtsverkehr übertragen wurde, artikulierten Teile der Gesellschaft und Politik Kritik an einer »Individualisierung«, die zu einer Entkopplung von Sexualität und Ehe sowie zu einem ungezwungeneren sexuellen Umgang mit Unbekannten geführt habe<sup>14</sup>. In der Bundesrepublik war »Unverbindlichkeit« zu einem Lebensgefühl junger Studierender geworden<sup>15</sup>. Was man einst als Befreiung von verkrusteten Strukturen gefeiert hatte, schlug durch Aids ins Negative um. Von konservativer Seite galt es demnach, Antworten auf die Liberalisierungsprozesse der Nachkriegsjahrzehnte zu finden. Zu einem zentralen Diskussionspunkt, der tief in das Selbstverständnis der Bundesrepublik der achtziger Jahre hineinreichte, erhob sich das staatliche Eingriffsrecht in die Privatsphäre des Individuums. Aber auch der Umgang mit »sozialen Randgruppen« – die sich teilweise nun selbst organisierten, um Maßnahmen gegen HIV zu ergreifen – und die höchst sensible Frage, in welchem Maße »deviantes« Verhalten wie Homosexualität tolerierbar sei, beschäftigten Gesellschaft und Politik. Im Umgang mit der Bedrohung spiegelten sich somit auch Imaginationen des Sozialen: Vorstellungen von einem gesellschaftlichen Miteinander und der Rolle des Staates als Interventionsmacht.

Aber auch in Ostdeutschland fürchteten sich Regierung und Bevölkerung vor der neuen Immunschwächekrankheit. Obwohl in der hermetisch abgeschotteten DDR »Risikogruppen« wie Homosexuelle, Drogensüchtige oder Prostituierte als Träger des HI-Virus aufgrund des Sozialismus offiziell nicht existierten, zeigte die politische Klasse Nerven.

12 Süssmuth, AIDS, S. 18.

13 Dazu und zum Folgenden Sontag, Aids und seine Metaphern, S. 27.

14 Vgl. Rödder, Das »Modell Deutschland«, S. 355.

15 Vgl. Clement, Sexualität im sozialen Wandel.

»Zwei Sterbefälle« – das war die Zahl, die man 1987 in Regierungskreisen hinter verschlossenen Türen kommunizierte und die Egon Krenz, der Mann hinter Erich Honecker, am 1. September jenes Jahres gleichwohl beunruhigt in seinen persönlichen Sitzungsunterlagen rot markierte<sup>16</sup>. Zu diesem Zeitpunkt hatte der Staatsapparat bereits Vorsorgemaßnahmen gegen Aids ergriffen. So existierte seit 1983 eine Expertengruppe, die den Stand der internationalen Forschung verfolgen und Vorschläge zur Eindämmung von HIV formulieren sollte. Ferner war die namentliche Meldepflicht im Verdachtsfall und bei Erkrankung eingeführt und ein Netz von Konsultationseinrichtungen über die DDR ausgebreitet worden. Nur wenig später reagierte auch die Bevölkerung, denn die »Westmedien« transportierten Schreckensmeldungen über die Mauer. In der Folge adressierten besorgte Bürger seit Mitte der achtziger Jahre Anfragen an das Gesundheitswesen, und wie woanders auch kam es in der DDR zu Diskriminierungen von Personen, die HIV-positiv waren oder die man für infiziert hielt.

1987 fühlten sich schließlich die Regierungen in Bonn und Ost-Berlin genötigt, in die Situation einzugreifen. Waren in Westdeutschland ursprünglich die Bundesländer für den Gesundheitsschutz zuständig gewesen, übernahm nun das Bonner Kabinett federführend diese Funktion, wobei es sein Handeln auf bestimmte Gruppen der Gesellschaft unterschiedlich ausrichtete. Und auch in der DDR intensivierte man Vorkehrungen gegen die Ausbreitung von HIV.

## II.

Wer vermutet, dass die damalige Katastrophenwahrnehmung in der Bundesrepublik mit einer überbordenden Zahl von HIV-Infizierungen einherging, wird überrascht. Zwei Jahre nach den ersten Berichten über Aids waren in Westdeutschland 49 Fälle bekannt<sup>17</sup>. Vergegenwärtigt man sich diese epidemiologischen Daten sowie den damaligen Wissensstand, wonach der Erreger nur durch direkte Blut- und Sexualkontakte übertragen werden konnte, erscheinen die um sich greifende Angst und der Wunsch nach Interventionen erklärungsbedürftig. Auch Zeitgenossen wunderten sich über den Alarmismus. So konstatierte *Der Spiegel* 1986:

16 Vgl. Protokoll der Sitzung des Politbüros des Zentralkomitees am 1.9.1987, BA Berlin-Lichterfelde, DY 30/IV 2/2039-53.

17 Zahl nach Frankenberg, Deutschland, S. 139.

»Im letzten Jahr starben 150 Bundesbürger an Aids, seit Bekanntwerden dieses »erworbenen Mangels an Abwehrkraft« sind es 232 – nicht eben viele, verglichen mit den fast 8400 Todesopfern, die der Straßenverkehr 1985 forderte, oder gar den 159 000 Patienten, die im Jahr 1985 ihrer Krebskrankheit erlagen.«<sup>18</sup>

Im Gegensatz zu anderen Infektionskrankheiten stellte Aids für den überwiegenden Teil der Bevölkerung faktisch keine besondere Gefahr dar. Die Gesamtzahl der Infizierten und »Aids-Toten« blieb weit hinter den Opferzahlen von Seuchen wie Pest, Cholera oder Spanische Grippe zurück. Zudem fehlte der Erkrankung jene Unmittelbarkeit und Sichtbarkeit des Todes, die andere Gesundheitsbedrohungen während ihres Auftretens in der Moderne ausgezeichnet hatten<sup>19</sup>. Weder starben Betroffene über Nacht, noch rief das Virus binnen kurzer Zeit ein Massensterben hervor. Wie aber lassen sich die außerordentlichen Reaktionen von Gesellschaft und Politik in den achtziger Jahren erklären, die sich in gesundheitspolitischen Gegenmaßnahmen, individuellen Schutzkonzepten und Verhaltensänderungen materialisierten?

Die Grundannahme dieser Studie lautet, dass sich diese Reaktionen auf soziale Prozesse zurückführen lassen, die als Autopsien der damaligen Ereignisse verstanden werden: Es handelte sich um ein Ineingreifen von bestimmten Wahrnehmungs-, Deutungs- und Kommunikationsprozessen, die eine anfangs unbekannte Krankheit zu einer tödlichen Bedrohung<sup>20</sup> für die Gesellschaft erklärten. Damit rücken die Konstruktions- und Ordnungsprinzipien des mit Aids verbundenen Wissens<sup>21</sup>, die Spezifika der Verständigung über Aids und die Ursachen einer sich rasant verbreitenden Angst in den Fokus: Auf welche Weise wurde das neue Phänomen von wem diskutiert? Wie wurde »Aids« gleichsam kon-

18 »AIDS: »Es geht alles schon schön schnell«, Der Spiegel, Nr. 18, 1986, S. 208.

19 Vgl. zur Letalität der Cholera in Hamburg 1892 Winkle, Geißeln der Menschheit, S. 225, 229; Leven, Die Geschichte der Infektionskrankheiten, S. 111.

20 Bedrohung wird in Anlehnung an den Tübinger Sonderforschungsbereich 923, in dessen Rahmen diese Arbeit entstanden ist, als ein Wahrnehmungsphänomen definiert, das emotionalisiert, etablierte Routinen infrage stellt, Zeit- und Handlungsdruck erzeugt, Kommunikationsprozesse evoziert und Akteure zu der Überzeugung veranlasst, dass die ihnen zur Verfügung stehenden Mittel und Ressourcen nicht ausreichen, um die Situation angemessen zu bewältigen.

21 Grundlegend dazu Fleck, Entstehung und Entwicklung einer wissenschaftlichen Tatsache. Zum Konzept einer Wissensgeschichte, die auf Überlegungen Ludwik Flecks basieren, vgl. stellvertretend Landwehr, Das Sichtbare sichtbar machen; Landwehr, Diskurs – Macht – Wissen; Sarasin, Was ist Wissensgeschichte?

struiert<sup>22</sup>? Ab wann und warum interpretierten die Verantwortlichen in der Regierung und im Gesundheitswesen Aids als eine Gefahr nicht nur für die Gesundheit Einzelner, sondern auch für die soziale und politische Ordnung? Damit zusammenhängend: Wie konnte der Aids-Bedrohungsdiskurs in die deutsche Geschichte des 20. Jahrhunderts eingeschrieben werden, und welche Funktionen erfüllte er?

Um die Gesellschaft zu schützen, mussten in den achtziger Jahren entsprechende Konzepte erarbeitet werden. »Wissen«, in seiner Funktion als modernes Problemlösungsinstrument<sup>23</sup>, nahm nun eine exponierte Stellung ein. So gesehen ist die Geschichte von Aids die Geschichte einer gigantischen Wissensoffensive, für die Regierungen, Gesundheitsbehörden und nichtstaatliche Organisationen verantwortlich zeichneten. Das galt auch für die Bundesrepublik<sup>24</sup>. Für die »AIDS-Offensive der Bundesregierung« veranschlagte das Kabinett 1987 insgesamt 135 Millionen DM, von denen allein 65 Millionen in die Forschung und in Aufklärungskampagnen flossen<sup>25</sup>. Gleichzeitig verfügte man gerade in der Anfangsphase nur über ein beschränktes Wissen. Die Geschichte von Aids gibt insofern auch Aufschluss darüber, welche Mechanismen in der modernen bundesdeutschen Gesellschaft an Relevanz gewannen, als klar wurde, dass mit »Wissen« im Kampf gegen HIV nur begrenzt weiterzukommen war.

Dieses Buch möchte die Handlungen der Bundesregierung und ihrer Experten, die Leitsätze ihrer Entscheidungen, aber auch individuelle Strategien der von Aids bedrohten Teilgesellschaften in Form einer Kulturgeschichte des Politischen<sup>26</sup> untersuchen: Welche Maßnahmen

22 Dies bedeutet keinesfalls, dass das Leiden und der Tod der von HIV/Aids Betroffenen in Abrede gestellt werden sollen. Grundlegend zum Sozialkonstruktivismus Berger/Luckmann, Die gesellschaftliche Konstruktion der Wirklichkeit; vgl. ferner Pörksen, Die Konstruktion von Feindbildern, S. 36-45.

23 Zur Bedeutung von Wissen in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts vgl. Bell, Die nachindustrielle Gesellschaft, insbesondere S. 219-245.

24 Förderte Bonn die Aufklärungskampagnen der Deutschen AIDS-Hilfe e. V. 1985 noch mit rund 300 000 DM, waren es ein Jahr später bereits zwei Millionen und 1987 dann acht Millionen; vgl. Canaris, Gesundheitspolitische Aspekte im Zusammenhang mit AIDS, S. 273.

25 Vgl. Süßmuth, AIDS, S. 34. Der restliche Betrag war für die Arbeit bestimmter beratender Institutionen, für die psychische Unterstützung von HIV-Positiven und Aids-Kranken sowie für deren klinische Versorgung bestimmt.

26 Vgl. stellvertretend Weidner, Die Geschichte des Politischen in der Diskussion; Stollberg-Rilinger, Was heißt Kulturgeschichte des Politischen? Unter dem Dach einer Kulturgeschichte des Politischen kombiniert diese Arbeit wissens- und

wurden zum Schutz der Bevölkerung ergriffen? Auf welchen Grundsätzen und Sinndeutungen basierten sie? Welche Wert- und Gesellschaftsvorstellungen lagen ihnen zugrunde? Wer konnte aufgrund welcher Eigenschaften vor dem Hintergrund der Bedrohung Handlungsmacht gewinnen? Inwieweit eröffneten die damaligen Debatten Möglichkeiten für sozialen Wandel?

Um darüber profunde Aussagen treffen zu können, rückt die auf sexuelle Übertragungswege rekurrierende HIV-Prävention<sup>27</sup> ins Zentrum der Untersuchung. Diese Fokussierung auf Vorsorgestrategien, die das Sexualleben betrafen, gründet sich auf der Annahme, dass die damit verbundenen Eingriffsversuche des Staates in die Privatsphäre der Bürger ungleich stärker die Mehrheit tangierten als andere Präventionsmaßnahmen, etwa in der Drogenszene oder im Blutspendewesen. Weil derartige Interventionen hart umkämpft waren, eignet sich dieser Schwerpunkt in besonderer Weise dazu, Aussagen über gesellschaftliche Zustände, Wert- und Moralvorstellungen in den achtziger Jahren und darüber hinaus zu treffen. Denn die Debatten über geeignete Schutzmaßnahmen evozierten Diskussionen über Tabuthemen wie Sexualität und Tod, aber auch über Sicherheit und Risikoverhalten. Die Haltung der Regierung, ihre Praktiken und Bewältigungsstrategien offenbaren demzufolge ebenso wie die gesellschaftlichen Auseinandersetzungen über Aids die konstitutiven und strukturierenden Elemente des Zusammenlebens und geben Auskunft über in die Zukunft gerichtete Ordnungsentwürfe. Überdies zeigte sich in der Konfrontation mit der unheilbaren Immunschwächekrankheit die faktische Qualität gesellschaftlicher Errungenschaften. Denn ob sich Politiker angesichts der akuten Bedrohung noch ebenso liberal zum »homosexuellen Lebensstil« äußerten wie *vor* Aids, war eine Frage, deren Antwort durchaus Überraschungspotenzial bot.

Mit dem Begriff »Aidspolitik« lassen sich diese unter staatlicher Aufsicht stehenden Maßnahmen zur HIV-Prävention präziser fassen, als

emotionshistorische Ansätze. Vgl. dazu Sarasin, Was ist Wissensgeschichte?; Eitler/Scheer, Emotionengeschichte als Körpergeschichte; Scheer, Are Emotions a kind of Practice?; Koch (Hrsg.), Angst.

- 27 Genau genommen wird die sogenannte Primärprävention untersucht, die auf die Vermeidung von Krankheit zielt. Daneben existieren noch die Sekundär- (frühzeitige Diagnose von Erkrankungen und deren Frühtherapie) und Tertiärprävention (Behandlung, um einer Verschlimmerung des Krankheitszustandes und Rückfällen vorzubeugen); vgl. Walter/Stöckel, Prävention und ihre Gestaltung vom Kaiserreich bis zur Jahrtausendwende, S. 275; Andrae/von Hayek/Weniger, Krankheitslehre, S. 117.

es beispielsweise der Terminus »Vorsorge« vermag. Denn in Aidspolitik klingen das Zusammenspiel von Regierung und Individuum, aber auch der Griff nach staatlichen Interventionen und der Kampf um Definitions- und Handlungsmacht sowie die Entwicklung eines zentral gesteuerten, von der politischen Klasse des jeweiligen Staates getragenen Maßnahmeplans deutlicher an. Erst 1986/87 lagen in der Bundesrepublik entsprechende Papiere vor, die auf ein abgestimmtes Vorgehen gegen HIV zielten und vorangegangene, meist improvisierte Anti-Aids-Konzepte ersetzten. Des Weiteren spiegelt sich im Begriff Aidspolitik eine der zentralen Annahmen dieses Buches: Die HIV-Prävention diene in den Achtzigern und frühen Neunzigern nicht nur dazu, die Gesundheit der Bürger zu schützen, sondern auch dazu, die gesellschaftliche Ordnung zu stabilisieren.

Die vorliegende Studie widmet sich daher Ereignissen und Entwicklungen in Medizin, Gesellschaft und Politik, die mit dem Aufkommen von Aids einhergingen. Aufgrund der Komplexität des Themas wurden jedoch Schwerpunkte gesetzt. So ist es das Ziel dieser Arbeit, die Bedrohungssituation in der Bundesrepublik in den achtziger Jahren zu analysieren, wobei die Perzeptionen von Aids als eine sexuell übertragbare Krankheit aufseiten der involvierten Akteursgruppen und die daraus resultierenden Präventivhandlungen vonseiten staatlicher Akteure im Fokus stehen. Eine solche quellengestützte Untersuchung über die damaligen Auseinandersetzungen in Wissenschaft, Bevölkerung und Parlament stellte – nicht zuletzt auch aufgrund staatlicher Sperrfristen von Archivgut – bislang ein Desiderat der zeithistorischen Forschung dar. Gleichzeitig werden auch die Ereignisse in der DDR berücksichtigt. Der SED-Staat mit seinem anderen politischen System dient dabei nicht nur als heuristische Kontrastfolie, sondern wird als Interaktionspartner von Transferprozessen<sup>28</sup> in die Untersuchung mit einbezogen, denn der Umgang mit Aids lässt sich als deutsch-deutsche Historie von »Abgrenzung und Verflechtung«<sup>29</sup> verstehen. Insbesondere in der zweiten Hälfte der achtziger Jahre beeinflussten Forderungen und

28 Zur Definition von Transfer und konzeptionellen Überlegungen einer Transfergeschichte vgl. Kaelble, Die interdisziplinären Debatten über Vergleich und Transfer, S. 471-480; Werner/Zimmermann, Vergleich, Transfer, Verflechtung.

29 Zum Konzept einer »Abgrenzungs- und Verflechtungsgeschichte« vgl. Kleßmann, Spaltung und Verflechtung, insbesondere S. 30 ff.; Kleßmann, Verflechtung und Abgrenzung; Wentker, Zwischen Abgrenzung und Verflechtung; Bispinck u. a., Die Zukunft der DDR-Geschichte; Sabrow, Historisierung der Zweistaatlichkeit; Wengst/Wentker, Einleitung. Zu einer »integrierten Nachkriegsgeschichte« ferner Jarausch, »Die Teile als Ganzes erkennen«.

Maßnahmen im Bereich der HIV-Vorsorge auf der einen Seite der Mauer die andere. Nach dem Ende der Zweistaatlichkeit hielt die Bedrohungswahrnehmung in Deutschland dann noch einige Jahre an. Erst Mitte der Neunziger klang im Bundesgebiet diese allgemeine Unsicherheit aus. Jene Phase markiert zugleich den Endpunkt dieser Studie, die sich auf eine breite Quellenbasis stützt.

Ein Großteil der hier analysierten Archivalien konnte erstmals überhaupt für historische Forschungen herangezogen werden. Dazu zählen die Bestände der Bundesärztekammer in Berlin, die Einblicke in innerprofessionelle Diskussionen liefern, und interne Überlieferungen, die sich auf ihr Standesorgan, das *Deutsche Ärzteblatt*, beziehen. Daneben sind über 100 Akteneinheiten im Bundesarchiv Koblenz zu nennen, die den Umgang mit Aids innerhalb der westdeutschen Regierung dokumentieren. Während diese Akten eigens für dieses Buch entsperrt wurden, waren andere bereits frei zugänglich: Diverse Unterlagen in Parteiarchiven und im Bundesarchiv Berlin-Lichterfelde geben ebenso Auskunft über die Auseinandersetzung mit HIV in der DDR wie Akten des Deutschen Hygiene-Museums im Hauptstaatsarchiv Dresden. Schließlich sind die auf Aids rekurrierenden Drucksachen und Plenarprotokolle des Bundestags, zentrale internationale und nationale medizinische Fachzeitschriften und Publikationen von Wissenschaftlern unterschiedlichster Disziplinen zu nennen, die sich in die Diskussionen einbrachten<sup>30</sup>.

### III.

Diese Studie möchte eine Brücke zwischen Zeit- und Medizingeschichte schlagen und die jeweiligen Potenziale der beiden Fächer für eine Historisierung der Bedrohung Aids im ausgehenden 20. Jahrhundert nutzen<sup>31</sup>.

30 Überdies kann diese Arbeit auf sozial- und kulturwissenschaftliche Untersuchungen zum Thema Aids zurückgreifen, die an dieser Stelle nicht ausführlich diskutiert werden können. Stellvertretend für eine Vielzahl von soziologischen Einzelstudien sei eine 23-bändige Reihe genannt, die jahrelang den aktuellen Stand der nationalen und internationalen Forschung dokumentierte; Heckmann u. a. (Hrsg.), *Ergebnisse sozialwissenschaftlicher Aids-Forschung*. Aus kulturwissenschaftlicher Perspektive sind vor allem die Arbeiten von Paula Treichler anzuführen, die wegweisende Impulse für die wissenschaftliche Beschäftigung mit Aids setzten; vgl. beispielsweise Treichler, *How to have theory in an epidemic*.

31 Vgl. auch Tümmers, »Synthesekern« Aids.

Sie bedient sich eines medizinischen Themas, um die »Kontaktzonen«<sup>32</sup> zwischen Medizin und Gesellschaft, aber auch das Verhältnis zwischen Staat und Bürger zu analysieren.

Die Medizingeschichte zählt Phänomene wie »Krankheit« und »Gesundheit«, Methoden wie die Epidemiologie und »Experten« zu ihren genuinen Untersuchungsgegenständen<sup>33</sup>. So wundert es kaum, dass sie bereits in den achtziger Jahren begann, sich mit HIV zu beschäftigen. Medizinhistoriker aus den USA und aus Großbritannien lieferten als Augenzeugen gleichsam teilnehmende Beobachtungen, in denen sie den Kampf gegen Aids darstellten. Vielfach postulierten sie eine Diskontinuität zwischen dieser Erkrankung und historischen Seuchen wie Pest und Cholera<sup>34</sup>. Galt das Interesse des Fachs – gleichsam um aus der Geschichte zu lernen<sup>35</sup> – zunächst der Analyse vergangener Gesundheitsgefahren und den entsprechenden medizinischen Bewältigungsstrategien, wandte man sich bald auch anderen Aspekten wie Ethik oder Recht zu und beschrieb das Handeln schwuler Selbsthilfegruppen oder die Darstellung von Aids in Kunst und Massenmedien<sup>36</sup>. Medizinhistoriker fragten zudem nach der Herkunft von HIV und dem Umgang mit der Erkrankung in Afrika<sup>37</sup>. Forschungen zu Maßnahmen gegen Aids in der Bundesrepublik, ganz zu schweigen von der DDR, sind indes rar. Selbst in Standardwerken zur Seuchengeschichte sucht man profunde Analysen vergeblich<sup>38</sup>. Obwohl Martin Dinges 1995 auf den Mehrwert

32 Hofer/Sauerteig, *Perspektiven einer Kulturgeschichte der Medizin*, S. 116.

33 Vgl. Paul/Schlich, *Einführung Medizingeschichte*, S. 10 ff.

34 Vgl. Fee/Fox, *The Contemporary Historiography of AIDS*, S. 303.

35 Vgl. Loewy, *Duties, Fears and Physicians*; Zuger/Miles, *Physicians, AIDS and Occupational Risk*; Fox, *The Politics of Physicians' Responsibility in Epidemics*. Einen unmittelbaren Nutzen aus ihrer historischen Analyse zu ziehen und Leitsätze für die Zukunft zu formulieren, versuchte auch Panem, *The AIDS Bureaucracy*, deren Interesse der Kooperation zwischen zentralen US-Gesundheitsinstitutionen (*Public Health Service, National Institutes of Health, Centers for Disease Control and Prevention*) galt.

36 Meilensteine dieser Forschung stellen vor allem zwei Sammelbände dar: Fee/Fox, *AIDS. The Burdens of History*; Fee/Fox, *AIDS. The Making of a Chronic Disease*.

37 Dazu Grmek, *The History of AIDS*; Iliffe, *The African Aids Epidemic*; Hooper, *The River*. In den letzten Jahren widmeten sich auch Politikologen und Kulturwissenschaftler dem Umgang mit Aids in Afrika. Vgl. aus politikwissenschaftlicher Sicht Flint, *HIV/AIDS in Sub-Saharan Africa*; aus sozialwissenschaftlicher Perspektive Hunter, *Love in the Time of AIDS*. Untersuchungen der Krankenversorgung in Afrika liefern Dilger/Luig (Hrsg.), *Morality, Hope, and Grief*.

38 Vgl. beispielsweise Winkle, *Geißeln der Menschheit*.

kulturwissenschaftlicher Fragestellungen hinwies und »neue Ansätze in der Seuchengeschichte«<sup>39</sup> einforderte, widmeten sich bisherige medizinhistorische Studien über Aids eher Fragen zu Krankheitsverlauf und Epidemiologie<sup>40</sup>.

Gleichwohl befasst sich die Medizingeschichte seit Jahren mit Themen, die eng an HIV grenzen. Insbesondere sind dies der Umgang mit Geschlechtskrankheiten und die Entwicklung der Gesundheitsvorsorge in Deutschland. Im Zuge von Forschungen über die sogenannte Venerie im 19. Jahrhundert und in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts interpretierte man Geschlechtskrankheiten nicht mehr als ein allein medizinisches, sondern auch als moralisches und gesellschaftliches Problem<sup>41</sup>. So fragte Lutz Sauerteig 1999 in seiner wegweisenden Studie *Krankheit, Sexualität, Gesellschaft* nach herrschenden Moralvorstellungen und deren Entwicklungen sowie nach der Rolle des Staates im Kampf gegen sexuell übertragbare Krankheiten. Er beleuchtete Konzepte einer Gesundheitsfürsorge, Gesundheitserziehung und Gesundheitsaufsicht. Um 1900, bilanziert Sauerteig, vollzog sich ein Wandel in der Wahrnehmung der Venerie, der eine Medikalisierung nach sich zog, mit der Konsequenz, dass »sich in Deutschland der Interventionsstaat bei der Bekämpfung von Geschlechtskrankheiten mit Zwangsmaßnahmen in wesentlichen Punkten durchsetzte«<sup>42</sup>. Dieser restriktive Ansatz riss auch in den folgenden Jahrzehnten nicht ab. Für den Ersten Weltkrieg hat Susanne Michl die Perzeption von Geschlechtskrankheiten als »nationale Gefahr« beziehungsweise »innere Feinde« und den Stellenwert sexualhygienischer Erziehung im Heer betont<sup>43</sup>. Weitere Forschungen analysierten die Volksaufklärung im Kaiserreich und in der Weimarer Republik sowie das Vorgehen gegen Geschlechtskrankheiten im Nationalsozialismus, während der Besatzungszeit und in den ersten Jahrzehnten nach der Gründung der beiden deutschen Staaten<sup>44</sup>.

39 Dinges, Neue Wege in der Seuchengeschichte?, S. 8.

40 Etwa Knop, Von Pest bis Aids; Köster-Lösche, Die großen Seuchen.

41 Sauerteig, Krankheit, Sexualität, Gesellschaft; Brandt, No Magic Bullet; Weindling, Health, Race and German Politics; Evans, Tackling the »hideous scourge«; Davidson/Hall (Hrsg.), Sex, Sin and Suffering; Adam, Die Strafe der Venus.

42 Sauerteig, Krankheit, Sexualität, Gesellschaft, S. 448.

43 Michl, Im Dienste des »Volkskörpers«, S. 113, 178.

44 Ellenbrand, Die Volksbewegung und Volksaufklärung gegen Geschlechtskrankheiten; Pollmeier, Zwischen Forschung, Therapie und Gesundheitsführung; Roelfs, »Ami-Liebchen« und »Berufsbräute«; Lindner, Gesundheitspolitik in der Nachkriegszeit; Foitzik, »Sittlich verwahrlost«; Günther, Geschlechtskrankheiten und AIDS in der DDR.

Breites Interesse zeigen Medizinhistoriker überdies am Bereich der Prävention, wenngleich ihre Geschichte mit Blick auf das 20. Jahrhundert noch weitgehend ungeschrieben ist<sup>45</sup>. Allerdings existieren für weiter zurückliegende Zeiträume Untersuchungen, die demonstrieren, dass die Vorsorgeidee im Grunde so alt ist wie die Menschheit selbst. Bereits in der Frühgeschichte existierten Techniken, um Gesundheit zu erhalten, Risiken zu minimieren und Gefahren vorzubeugen<sup>46</sup>. »Prävention«, ursprünglich ein auf Verbrechensverhütung angewandter Begriff, avancierte um 1900 zu einem Terminus, der auch die Abwehr gesundheitlicher Gefahren einschloss, wobei sich die Gesundheitsvorsorge zunehmend vom privaten in den öffentlichen Raum verlagerte<sup>47</sup>. Als »grundlegende Sozial- und Kulturtechnik der Moderne« war mit ihr fortan die »Annahme einer rationalisierbaren und damit prognostizierbaren Zukunft« verbunden<sup>48</sup>. Gesundheit galt als Ressource, die zu einem störungsfreien und effizienten Funktionieren der Gesellschaft beitrug; sie unterlag damit der staatlichen Normierung<sup>49</sup>.

Waren es Ende des 19. Jahrhunderts zunächst »Volk« und »Gemeinschaft«, die im Fokus einer solch prospektiven politischen Steuerung standen, so war es im Nationalsozialismus, in dem man unter »Prävention« sogar die Ermordung Kranker fasste, der »Volkskörper«<sup>50</sup>. Nach 1945 führte die Prävention in der Bundesrepublik jahrzehntelang ein politisches Schattendasein. Der Bonner Regierung erschien eine Politik, wonach der Staat systematisch die gesamte Bevölkerung beziehungsweise größere Teile bestimmten Präventivmaßnahmen unterwarf, aufgrund der NS-Erfahrungen als nicht durchsetzbar<sup>51</sup>. In der DDR hingegen galt »Prophylaxe« als ein Grundelement der sozialistischen Gesellschaftsordnung und, sofern mit ihr nachweisbare Erfolge erzielt werden konnten, als ein Instrument im »Systemwettstreit« mit kapitalistischen Staaten.

45 Vgl. Lengwiler/Madarász, Präventionsgeschichte als Kulturgeschichte der Gesundheitspolitik, S. 11.

46 Vgl. Thießen, Gesundheit erhalten, S. 354.

47 Vgl. Stöckel/Walter, Prävention im 20. Jahrhundert, S. 11; Schmiedebach, Gesundheit und Prävention in Abhängigkeit vom Gesellschaftsbegriff, S. 29.

48 Vgl. Lengwiler/Madarász, Präventionsgeschichte als Kulturgeschichte der Gesundheitspolitik, S. 13 f.

49 Vgl. Walter/Stöckel, Prävention und ihre Gestaltung vom Kaiserreich bis zur Jahrtausendwende, S. 277.

50 Vgl. Stöckel/Walter, Prävention im 20. Jahrhundert, S. 14.

51 Vgl. Walter/Stöckel, Prävention und ihre Gestaltung vom Kaiserreich bis zur Jahrtausendwende, S. 280; diesbezüglich etwa zur Schwangerschaftsvorsorge Lindner, Sicherheits- und Präventionskonzepte, S. 232.

Durch eine wirksame Gesundheitsvorsorge ließen sich überdies auch Kosten sparen<sup>52</sup>. Anders als in Westdeutschland begegneten DDR-Bürger ihr mit deutlich weniger Skepsis, denn die Prophylaxe-Forderungen des ostdeutschen Gesundheitswesens wurden gegenüber der Arbeiterschaft als Maßnahmen zur Überwindung sozialer Ungleichheit kommuniziert<sup>53</sup>. Eine bedeutende Zäsur konstatiert die Forschung für die siebziger Jahre. Das in den USA auf Basis der »Framingham-Studie«<sup>54</sup> entwickelte und mit statistisch ermittelten Wahrscheinlichkeiten arbeitende »Risikofaktorenmodell« ersetzte das vormalige »Erregermodell«, das sich auf krankmachende Umweltprozesse konzentriert hatte<sup>55</sup>. »Framingham« hingegen rückte das »präventive Selbst«<sup>56</sup> – das rational agierende und auf seine Gesundheit achtende Subjekt – in den Fokus.

Die zeithistorische Forschung hat bislang nicht nur dem Thema Aids wenig Beachtung geschenkt, sie hat insgesamt einen Bogen um das Feld Gesundheit und Krankheit gemacht<sup>57</sup>. »Eine Sozial- und Kulturgeschichte der Seuchen ist für das 20. Jahrhundert noch nicht geschrieben«<sup>58</sup>, konstatierte Malte Thießen 2014. So wundert es kaum, dass neuere Überblicksdarstellungen zur Geschichte der Bundesrepublik Aids nur mit wenigen Zeilen erwähnen<sup>59</sup>. Erst seit einigen Jahren ist ein wachsendes Interesse an Infektionskrankheiten und Vorsorgepraktiken aufseiten der Zeitgeschichte (aber auch der Politik- und Kulturwissenschaft) zu beobachten<sup>60</sup>. Infolgedessen sind einige Aufsätze über den

52 Vgl. Thießen, Vorsorge als Ordnung des Sozialen, S. 414 f., 424.

53 Vgl. Niehoff, »Sozialismus ist die beste Prophylaxe«, S. 182 ff.

54 Zur Studie und deren Rezeption in Deutschland vgl. Timmermann, Risikofaktoren. Die Herz-Studie begann 1948. Untersucht wurde die Bevölkerung der Stadt Framingham in den USA mit dem Ziel, Faktoren im individuellen Verhalten der Versuchspersonen zu identifizieren, die Herzerkrankungen und Schlaganfall begünstigten.

55 Vgl. Troschke, Das Risikofaktorenmodell, S. 190.

56 Vgl. Lengwiler/Madarász, Präventionsgeschichte als Kulturgeschichte der Gesundheitspolitik, S. 16–22. Vgl. auch Thießen, Vom immunisierten Volkskörper zum »präventiven Selbst«, der die Geburtsstunde des »präventiven Selbst« in das »Dritte Reich« datiert.

57 Eine Ausnahme bildet der Sammelband von Malte Thießen (Hrsg.), Infiziertes Europa, der »Seuchen im langen 20. Jahrhundert« analysiert.

58 Vgl. Thießen, Seuchen im langen 20. Jahrhundert, S. 9.

59 Beispielsweise Conze, Die Suche nach Sicherheit, S. 674 f.; Wirsching, Abschied vom Provisorium, S. 325 f.; Wolfrum, Die geglückte Demokratie, S. 411.

60 Grundlegend für solche Forschungen ist die frühe Studie von Richard Evans zur Cholera in Hamburg 1892; Evans, Death in Hamburg. Zur Auseinandersetzung aus historisch-kulturwissenschaftlicher Perspektive mit »Seuchenmythen«

Umgang mit HIV in der Bundesrepublik publiziert worden, und im Augenblick entstehen weitere Studien<sup>61</sup>. Monographien aus der Feder von Zeithistorikern, die die gesellschaftlichen und politischen Auseinandersetzungen mit der Erkrankung in West- oder Ostdeutschland zum zentralen Untersuchungsgegenstand erheben, liegen jedoch bislang nicht vor. Die einzige, auf breiterer Quellenbasis entstandene Arbeit stellt eine 2014 publizierte Studie zu den Hintergründen sowie personellen und institutionellen Verstrickungen des Ministeriums für Staatssicherheit der DDR im Rahmen der KGB-Desinformationskampagne dar, wonach Aids eine vom US-Militär hergestellte Biowaffe gewesen sei<sup>62</sup>.

Wenngleich dieser auf Aspekte von Krankheit ausgerichtete Bereich weiterer zeithistorischer Studien bedarf, ist eine Vielzahl von Arbeiten zu verzeichnen, die sich mit den letzten drei Dekaden des 20. Jahrhunderts befassen und die Frage nach politischen und gesellschaftlichen Umbrüchen diskutieren<sup>63</sup>. Diesbezüglich scheint weitgehend Einigkeit

vgl. Pulver, *Tribut der Seuche. Zum Umgang mit Infektionskrankheiten nach dem Zweiten Weltkrieg* vgl. Lindner, *Der Umgang mit neuen Epidemien nach 1945*. Zuvor erschien ihre Studie zur Bekämpfung von Syphilis und Gonorrhö in Deutschland und Großbritannien; Lindner, *Gesundheitspolitik in der Nachkriegszeit*. Der Politikwissenschaftler Raimund Geene fragte am Beispiel der Aids-Enquete-Kommission nach deren Potenzialen bezüglich politischer Modernisierungsbestrebungen; Geene, *AIDS-Politik. Zum Konzept einer »Zeitgeschichte der Vorsorge«* vgl. Thießen, *Gesundheit erhalten. Einen Vergleich der Auseinandersetzung mit HIV in den USA, Großbritannien, Schweden, Frankreich und Westdeutschland* legte Peter Baldwin vor; Baldwin, *Disease and Democracy*. Seit kurzem existiert ferner eine Arbeit zur Aidspolitik in den USA; Brier, *Infectious Ideas*.

61 Vgl. Beljan, »AIDS geht alle an«; Lindner, *Der Umgang mit neuen Epidemien nach 1945*; Roeßiger, *Safer Sex und Solidarität*; Tümmers, »Vom Faltblatt direkt in die Genitalien«; Tümmers, »Gib AIDS keine Chance«; Tümmers, *AIDS und die Mauer*; Tümmers, »Heaven can wait«; Tümmers, *Aidspolitik*; Tümmers, »Synthesekern« *Aids*. Derzeit entsteht außerdem eine Dissertation, die Sebastian Haus in Marburg bearbeitet. Erste Ergebnisse präsentiert der Beitrag von Haus, *Risky Sex – Risky Language*.

62 Selva/Nehring, *Die AIDS-Verschörung*. Vgl. ferner aus Zeitzeugenperspektive: Geißler, »Lieber AIDS als gar nichts aus dem Westen!«; Theologische Studienabteilung beim Bund der Evangelischen Kirchen in der DDR, *Fallbeispiel AIDS*.

63 Vgl. vor allem Doering-Manteuffel/Raphael, *Nach dem Boom. Für zeitgenössische Überlegungen* vgl. beispielsweise Inglehart, *The Silent Revolution*; Bell, *The Coming of Post-Industrial Society*; Lübke, *Zeit-Verhältnisse*; Beck, *Risikogesellschaft*.

darüber zu herrschen, dass die siebziger und achtziger Jahre (beziehungsweise auch frühere Jahrzehnte)<sup>64</sup> zusammengedacht werden müssen: als »Übergangsperiode« beziehungsweise »Formierungsphase« zukünftiger Entwicklungen »nach dem Boom«<sup>65</sup>. Die Forschung untersucht die Zeit nach 1970 insbesondere vor dem Hintergrund der »Strukturbruchthese«. Danach schwanden in westlichen Staaten etablierte institutionalisierte Ordnungen und tradierte Verhaltensweisen, Ungewissheit machte sich breit, und es vollzog sich ein sozialer »Wandel von revolutionärer Qualität«<sup>66</sup>. Laut Andreas Rödder muss man in Bezug auf die Bundesrepublik von einem »komplexe[n] Gefüge von Kontinuität und Wandel« ausgehen, wobei sich das politische System, das Konzept des Sozialstaates und die Sozialstruktur stabil gezeigt haben, während sich fundamentale Entwicklungen im ökonomischen, technologischen und sozialkulturellen Bereich zugetragen hätten<sup>67</sup>. Anselm Doering-Manteuffel zufolge sind zirkulierende Schlagworte zur Beschreibung dieser Zeit »Individualisierung, Pluralisierung und Flexibilisierung«, »Beschleunigung« und die »dynamische Suche nach Sinn«<sup>68</sup>. Andere titulieren die achtziger Jahre im Westen als »Periode der Konsolidierung«<sup>69</sup>, konstatieren einen »Wandel des Politischen«<sup>70</sup> oder sprechen von einer »postklassischen Demokratie«<sup>71</sup>. Mehrheitlich zeichnen die Untersuchungen für die letzte Dekade der »alten« Bundesrepublik das widersprüchliche Bild einer Gesellschaft, in der progressive und konservative Kräfte miteinander rangen, Fortschrittsdenken auf Utopieverlust, Krisenwahrnehmung und Ängste traf und die neue christlich-liberale Regierung Kohl weiterhin in Fahrwasserkanälen schwamm, die ihre sozial-liberale Vorgängerin zementiert hatte<sup>72</sup>.

64 Vgl. Schildt, Das letzte Jahrzehnt der Bonner Republik, S. 27 f., 37.

65 Vgl. etwa die Beiträge in Jarausch (Hrsg.), Das Ende der Zuversicht?; Jarausch, Verkannter Strukturwandel, S. 10. Vgl. ferner Doering-Manteuffel/Raphael, Nach dem Boom; Raithel/Rödder/Wirsching (Hrsg.), Auf dem Weg in eine neue Moderne?; Maier, Consigning the Twentieth Century to History, S. 825.

66 Vgl. Doering-Manteuffel/Raphael, Nach dem Boom, S. 28 f.

67 Vgl. Rödder, Moderne – Postmoderne – Zweite Moderne, S. 185.

68 So Doering-Manteuffel, Langfristige Ursprünge, S. 324.

69 Maier, Fortschrittsoptimismus oder Kulturpessimismus?, S. 2, 4.

70 So der Titel von Band 52 des Archivs für Sozialgeschichte der Friedrich-Ebert-Stiftung von 2012.

71 Nolte, Jenseits des Westens?, S. 282.

72 Vgl. Süß/Woyke, Schimanskis Jahrzehnt?, S. 19 f.; Schildt, Das letzte Jahrzehnt der Bonner Republik, S. 29; Wirsching, Eine »Ära Kohl«?, S. 668; Schmid, Der Machtwechsel und die Strategie des konservativ-liberalen Bündnisses, S. 31. Zur

Mit Blick auf diese Deutungsansätze verspricht das Fallbeispiel Aids Erkenntnisse zur Falsifizierung und Verifizierung aktueller Thesen des Fachs. Sich mit der Immunschwächekrankheit auseinanderzusetzen bedeutet also nichts weniger, als die achtziger Jahre – und somit die viel diskutierte Zeit »nach dem Boom« – zu erforschen. Bisherige Arbeiten haben immer wieder betont, dass »wirkliche Partizipation, Freiheit und Selbstbestimmung«<sup>73</sup> in der bundesdeutschen Demokratie nicht weiter-existiert hätten. Die vorliegende Studie möchte dieses Krisennarrativ kritisch hinterfragen, indem sie »die Achtziger« auch auf ihre konstruktiven Potenziale hin untersucht. Denn dass es nicht nur Verfall, sondern auch ordnungsstabilisierende Ansätze gab, wird allein schon dadurch ersichtlich, dass trotz der damaligen Bedrohungswahrnehmung mit demokratischen Grundsätzen unvereinbare Maßnahmepläne nicht die Oberhand gewannen: Weder verabschiedete sich die Bundesrepublik von den Statuten des Grundgesetzes, noch wurden jene »Lager« für Infizierte errichtet, die Vertreter einer restriktiven Seuchenpolitik vehement gefordert hatten. Die freiheitlich-demokratische Ordnung blieb intakt, und auch die sogenannten Hauptbetroffenen verließen nicht exodusartig das Bundesgebiet.

In diesem Kontext erscheint die »Strukturbruchthese« diskussionswürdig, schließlich waren die Ideen der westdeutschen Aidspolitik durch ein hohes Maß an Geschichtlichkeit charakterisiert. Die historischen Vergleiche reichten zurück bis in die erste Hälfte des 20. Jahrhunderts, teilweise sogar bis ins 19. Jahrhundert. Somit werden in diesem Buch auch zeitgenössische Deutungen, die Aids als eine harte Zäsur postulierten und das 20. Jahrhundert in eine Zeit »vor Aids« und eine »nach Aids« gliederten<sup>74</sup>, einer Prüfung unterzogen, denn der Umgang mit der Erkrankung stellte keineswegs einen radikalen Bruch dar. Vielmehr präsentiert sich diese Gefahr als Katalysator von Entwicklungen, die bereits vor den achtziger Jahren im Entstehen begriffen gewesen waren beziehungsweise sich bereits etabliert hatten.

Dennoch versetzte die mit Aids einhergehende Unsicherheit nicht nur die Bundesrepublik in einen Zustand, der stets zwischen Katastrophe und Entwarnung schwebte. So lässt sich in einer Geschichte des Umgangs mit HIV auch nach der Qualität von Demokratie und Demo-

Krisen- und Bedrohungswahrnehmung vgl. Conze, Die Suche nach Sicherheit, S. 379; Geyer, Die Gegenwart der Vergangenheit, S. 67; Herbert, Geschichte Deutschlands im 20. Jahrhundert, S. 997, 1001.

73 So Nolte, Jenseits des Westens?, S. 277.

74 So Sontag, Aids und seine Metaphern, S. 76.

kratisierungsprozessen fragen. Des Weiteren vermag sie vorherrschende Ordnungsvorstellungen zu analysieren und die realen Handlungsmöglichkeiten von Politik und Gesellschaft inmitten des allenthalben proklamierten Niedergangsszenarios der Postmoderne zu beleuchten.

#### IV.

Den Ausgangspunkt der wachsenden HIV-Angst in den achtziger Jahren bildete eine Reihe kurzer Mitteilungen der Seuchenschutzbehörde in Atlanta. *Kapitel 1* erläutert deshalb, wie Aids zunächst in den USA aufkam. Es zeichnet hierbei nicht nur das Bild einer durch ambivalente Wahrnehmungen, medizinische Unwissenheit und politische Unsicherheit geprägten Zeit. Es skizziert auch jenen Entwicklungsprozess, in dessen Verlauf bis 1983 sich ein anfangs namenloses Phänomen zu einer tödlichen Bedrohung für die Gesellschaft erhob. Während sich zu Beginn der Berichterstattung insbesondere die Seuchenschutzbehörde in Atlanta mit der Krankheit befasste, versuchten schon bald weitere Stellen des US-Gesundheitswesens, effiziente Kompensationsstrategien zu entwickeln, um in einer unübersichtlichen Situation Ordnung zu schaffen und Handlungsmacht wiederzuerlangen. Diese Konzepte und ersten Erklärungsansätze werden ebenso untersucht wie die Reaktionen homosexueller Männer in den USA, die als sogenannte Hauptbetroffenengruppe firmierten<sup>75</sup>. Ferner wird gezeigt, dass es bereits in dieser frühen Phase immer auch darum ging, Sündenböcke zu finden sowie soziale Probleme zu diskutieren, und dass das Aufkommen der Erkrankung Ausdifferenzierungsprozesse innerhalb der Gruppe homosexueller Männer in Gang setzte. Zeitgleich erreichten bereits erste Meldungen über Aids die Bundesrepublik und die DDR. Das Kapitel lenkt daher auch den Blick darauf, wie Medien und Öffentlichkeit in den beiden deutschen Staaten das Thema verarbeiteten und welche Gegenmaßnahmen die Regierungen zum Schutz der Allgemeinheit vorsahen.

*Kapitel 2* konzentriert sich auf die Bundesrepublik und betrachtet politische Suchbewegungen, die vor dem Hintergrund steigender Fallzahlen

75 Die Darstellung bleibt allerdings auf diese frühen Äußerungen und Maßnahmen Homosexueller und der Wissenschaft in den USA beschränkt. Eine Untersuchung der dortigen staatlichen Bestimmungen im Kampf gegen HIV für die Zeit danach ist nicht Ziel dieser Studie, denn im Gegensatz zum deutschen Fall liegen bereits entsprechende Untersuchungen vor; vgl. vor allem Brier, *Infectious Ideas*.

zwischen 1984 und 1986 darauf zielten, die Bedrohung einzudämmen. Konkret stehen dabei einerseits die frühen Auseinandersetzungen um gesetzliche Maßnahmen zur Disziplinierung der Erkrankten, andererseits die Rolle von Selbsthilfegruppen im Fokus. Überdies thematisiert das Kapitel die Konsequenzen für homosexuelle Männer, die mit der Einführung des HIV-Tests in Westdeutschland 1985 einhergingen, und die ersten staatlichen Versuche, in Gestalt einer Postwurfbroschüre das »präventive Selbst« der Bürger anzusprechen und ihr Verhalten wirkungsvoll zu steuern.

*Kapitel 3* analysiert die Genese einer in Westdeutschland zentral gesteuerten, einheitlichen Aidspolitik in der Hochphase einer öffentlichen Bedrohungswahrnehmung um 1987, die den Weg in einen Staat ebnete, der »Vertrauen« in den Mittelpunkt seines Schutzkonzeptes und seiner Handlungen stellte. Untersucht werden die Leitsätze dieser bundesdeutschen HIV-Prävention, deren praktische Umsetzung, die auf Aids rekurrierenden Ängste westdeutscher Teilgesellschaften und die faktischen Erfolge der Vorsorgekampagnen. Die Darstellung präsentiert die Bonner Aidspolitik dabei als ein aus der Geschichte im Umgang mit sexuell übertragbaren Krankheiten hergeleitetes Konzept, das sich durch Risikoabwägungen auszeichnete und dynamisch auf neue Informationen reagieren sollte. Gleichzeitig sah sich diese Politik permanenter Kritik ausgesetzt. Als Höhepunkt dieser Entwicklung werden die entsprechenden Bekanntmachungen thematisiert, die als »bayerische Linie« 1987 das Verhalten von Ärzten beeinflussten und als eine Bedrohung für die freiheitlich-demokratische Ordnung der Bundesrepublik perzipiert wurden. Das innenpolitische Kräftering zwischen Bonn und München beziehungsweise Befürwortern und Gegnern restriktiver Interventionen führte schließlich zur Einsetzung einer Enquete-Kommission, deren Aufgabe es war, die Beschlüsse der Bundesregierung zu überprüfen. Es wird sich jedoch zeigen, dass diese Kommission weit mehr tat: Sie legte der Öffentlichkeit einen Bericht über den Zustand des gesellschaftlichen Lebens in Westdeutschland vor und entwarf ein weitreichendes Reformprogramm. Weil sich vor dem Hintergrund der Aids-Bedrohung während der achtziger Jahre zudem Veränderungen in den internationalen Beziehungen abzeichneten, betrachtet das Kapitel zuletzt den Umgang mit HIV in der DDR sowie bemerkenswerte deutsch-deutsche Annäherungen.

*Kapitel 4* lenkt zunächst den Blick auf markante Wissenstransfers, die sich zwischen West- und Ostdeutschland in den Monaten vor dem Mauerfall ereigneten. Maßnahmen und Strategien aus der Bundesrepu-

blik wurden adaptiert, allerdings im Anschluss daran den vermeintlichen Bedürfnissen der DDR-Bevölkerung angepasst. Diese betrafen aus Sicht Ost-Berlins vor allem die Stabilisierung der gesellschaftlichen Ordnung, die man durch Individualisierungs- und Liberalisierungsprozesse der vorangegangenen Jahre gefährdet sah. Des Weiteren setzt sich das Kapitel mit einem letzten großen Bedrohungsszenario auseinander. Mit den Ereignissen 1989/90 gingen medizinische und politische Prognosen einher, wonach die offenen Grenzen in beiden deutschen Staaten zu einem explosionsartigen Anstieg von HIV-Infektionen führen würden. Beleuchtet werden die Präventionsstrategien, die man in dieser weltpolitischen Umbruchsituation entwickelte. Das Kapitel analysiert überdies Transferprozesse zwischen ost- und westdeutschen Selbsthilfegruppen, bedeutende Machtumverteilungen und schließlich das offizielle Ende der westdeutschen Aidspolitik: Anfang der neunziger Jahre gab die Bonner Regierung die Federführung im Bereich der HIV-Prävention ab. Fortan waren wieder die Länder für den Gesundheitsschutz der Bürger zuständig. Zeitgleich trat ein Wahrnehmungswandel ein: Aus der tödlichen Bedrohung Aids, einer Erkrankung, mit der die Deutschen seit 1983 einen schnellen und grausamen Tod assoziiert hatten, war eine chronische Krankheit geworden.

## I. Anomalie- und Katastrophendiskurse um 1981

Zu Beginn der achtziger Jahre hatte die Medizin gute Gründe, auf sich selbst stolz zu sein. Soeben erst hatte die *World Health Organization* (WHO) den Sieg über die Pocken verkündet. Damit war eine seit Urzeiten tödliche und den Menschen schwer entstellende Infektionskrankheit gebändigt<sup>1</sup>. Dieser Erfolg konnte sich in eine lange Geschichte medizinischen Fortschritts einreihen. Besonders die Zeit nach dem Zweiten Weltkrieg firmierte in der Öffentlichkeit als das »optimistische Zeitalter«<sup>2</sup>. Das Vertrauen in die Leistungsfähigkeit der Infektiologie schien unerschütterlich. Bestimmte Krankheiten waren nun besser beherrschbar geworden als jemals zuvor<sup>3</sup>. So hatte die Wissenschaft die Tuberkulose mithilfe von Antibiotika, die in den vierziger Jahren entwickelt worden waren, unter Kontrolle bringen können. Das Penicillin war noch während des Zweiten Weltkriegs in die Arztpraxen eingezogen und galt seither als medizinische Sensation. Infolgedessen hatte 1948 ein Vertreter der US-Regierung erklärt, der Sieg über die Infektionskrankheiten stünde unmittelbar bevor.

In den sechziger Jahren veröffentlichten die *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC), die US-Seuchenschutzbehörde, eine Liste von Krankheiten, die in den USA ganz oder nahezu ausgelöscht seien. Beulenpest, Malaria und Pocken stellten demnach keine Bedrohung mehr dar; Typhus, Kinderlähmung und Diphtherie würden bald ebenfalls eliminiert sein. Vor diesem Hintergrund prophezeite 1967 William H. Stewart, Leiter des *United States Public Health Service*, das »Buch der Infektionskrankheiten« könne man bald schließen<sup>4</sup>. Die medizinischen Entwicklungen hatten dazu beigetragen, den noch ein Jahrhundert zuvor unhinterfragten Gegensatz zwischen der Natur und dem Menschen aufzuweichen; alles machte den Anschein, Forscher könnten die Natur unterwerfen<sup>5</sup>. Wenngleich sich auch Skeptiker dieser omnipotenten Selbsteinschätzung zu Wort meldeten<sup>6</sup>: Der Sieg über eine ganze Reihe von lebensbedrohlichen Erkrankungen rückte aus Sicht der Medizin in greifbare Nähe.

1 World Health Organization, *The Global Eradication of Smallpox*.

2 Vgl. Garrett, *Die kommenden Plagen*, S. 50-64.

3 Vgl. Vasold, *Grippe, Pest und Cholera*, S. 306.

4 Vgl. Garrett, *Die kommenden Plagen*, S. 54.

5 Vgl. Walter, *Katastrophen*, S. 206f.

6 Vgl. Geyer-Kordesch/Kröner/Seithe, *Einleitung*, S. 7.

Dieses Fortschrittsdenken wurde jedoch keine zehn Jahre später durch ominöse Ereignisse konterkariert. Vor allem in amerikanischen Praxen erschienen Patienten mit Symptomen, die Mediziner vor ein Rätsel stellten. Doch auch in Köln wandte sich 1976 ein 51-jähriger Musiker an das Universitätsklinikum, weil sich auf seinen Oberschenkeln blaurote Hautknoten gebildet hatten. Den Untersuchungsergebnissen nach handelte es sich hierbei um das Kaposi-Sarkom (KS), ein äußerst seltenes Geschwulst. Bislang war es nur bei älteren Menschen beobachtet worden, die gewöhnlich eine Dekade nach der entsprechenden Diagnose starben. Überdies waren die Lymphknoten des Mannes, der angab, homosexuell zu sein, extrem geschwollen, und man diagnostizierte in seinem Analbereich Feigwarzen<sup>7</sup>. 1978 klagte in Portugal ein Taxifahrer über starke Atembeschwerden und allgemeine Schwäche. Im September 1980 versuchten Ärzte einen 36-jährigen Landwirt in Kopenhagen zu behandeln, der unter unerklärlichen Schweißausbrüchen litt und um Luft rang<sup>8</sup>. Innerhalb weniger Jahre stieg die Zahl solcher Fälle signifikant. Damit einher ging die Infragestellung etablierter Wissensbestände.

Im September 1982 verlieh die Medizin jenen Phänomenen die Bezeichnung »Aids«. Aufgrund der vorliegenden Daten etablierte sich – zunächst in den USA, kurz darauf auch in der Bundesrepublik und der DDR – die Wahrnehmung einer tödlichen Bedrohung. Zugleich prägten die Jahre 1981 bis 1983 den Blick auf die neuartige Krankheit noch in anderer Hinsicht. Hierbei offenbarte sich, wie sehr die Bevölkerung der Darstellung der Medien Glauben schenkte. Denn Berichten zufolge waren in westlichen Industriestaaten bestimmte Teile der Gesellschaft für das Aufkommen von Aids verantwortlich. Diese sahen sich nun Diskriminierungen ausgesetzt.

Wenngleich zu Beginn der achtziger Jahre unterschiedliche Stellen weltweit Alarm schlugen: Die systematische Auseinandersetzung mit Aids und die Entwicklung von Gegenmaßnahmen begannen in der US-Seuchenschutzbehörde, den *Centers for Disease Control and Prevention*.

7 Konrads/Sterry, AIDS 1976 in Köln?

8 Dazu Shilts, AIDS, S. 68-73.

## New York/Los Angeles

Im Februar 1981 sorgte die Medikamentenanforderung eines New Yorker Mediziners für Verwunderung bei den CDC in Atlanta<sup>9</sup>. Wiederholt bestellte der Arzt Pentamidin, das aufgrund einer Regierungsvereinbarung mit der zuständigen *Food and Drug Administration* (FDA) nur in begründeten Fällen herausgegeben werden durfte und in den vergangenen zehn Jahren fast nie angefordert worden war. Das Mittel wurde üblicherweise zur Behandlung der seltenen Lungenentzündung *Pneumocystis carinii* Pneumonia (PCP) verabreicht, die auftreten konnte, wenn das Immunsystem stark geschwächt war, etwa infolge einer Chemotherapie<sup>10</sup>. Pentamidin verringerte außerdem das Risiko einer Organabstoßung nach Transplantationen. Weil das Medikament rar war, sollten Mediziner auf ihren Bestellungen den Grund für die Immunschwäche ihrer Patienten vermerken. Im Fall des New Yorker Arztes fehlte diese Angabe jedoch. Auf Nachfrage der CDC stellte sich heraus, dass er die Krankheitsursache seines Patienten beim besten Willen nicht nennen konnte. Zwei Monate später setzten sich Mitarbeiter der CDC mit einem Hausarzt aus Manhattan auseinander, dessen Praxis zwei junge Männer mit PCP aufgesucht hatten. Auch er zeigte sich bezüglich der Ätiologie ratlos. Insgesamt erhielt die US-Seuchenschutzbehörde zwischen Februar und April 1981 fünf Pentamidin-Anforderungen, und jedes Mal ging es darum, das Lungenleiden junger Männer zu therapieren. Sicher war zu diesem Zeitpunkt nur eines: Trotz des Medikaments mussten die behandelnden Mediziner hilflos mit ansehen, wie sich der körperliche Zustand ihrer Patienten rasant verschlechterte.

Am 5. Juni 1981 erschien im *Morbidity and Mortality Weekly Report* (MMWR), dem Publikationsorgan der Seuchenschutzbehörde, ein kurzer Beitrag unter dem Titel *Pneumocystis Pneumonia – Los Angeles*. Darin berichteten der CDC-Immunologe Michael Gottlieb und seine Kollegen über Krankheitsfälle, die Mediziner zwischen Oktober 1980 und Mai 1981 in drei unterschiedlichen Krankenhäusern in Los Angeles behandelt hatten<sup>11</sup>. Der Bericht erwähnte fünf Männer im Alter zwischen 29 und 36 Jahren, die an PCP litten, Pilzinfektionen im Mundraum aufwiesen und bei denen Herpes- beziehungsweise zur Gruppe der Herpesviren

9 Dazu und zum Folgenden ebenda, S. 94 f., 103.

10 Vgl. Jaffe, *The early days of the HIV-AIDS epidemic*, S. 1201.

11 Dazu und zum Folgenden Gottlieb u. a., *Pneumocystis Pneumonia – Los Angeles*.

zählende Cytomegalieviren (CMV) nachweisbar waren<sup>12</sup>. Zudem hätten alle Personen eine Fieberphase durchlebt, würden bestimmte Drogen konsumieren und seien homosexuell. Um die Aufmerksamkeit der Leser für diese Vorkommnisse zu steigern, verwiesen die Autoren auf die Exzeptionalität der Krankheitsphänomene und betonten, wie plötzlich die körperliche Zerstörung eingebrochen sei: Noch vor kurzem seien die Patienten völlig gesund gewesen.

Die Wissenschaftler identifizierten innerhalb der Gruppe der Betroffenen jedoch auch Unterschiede, die ein recht widersprüchliches Bild ergaben. So hatten einige Patienten zumindest zeitweise positiv auf Medikamente wie Pentamidin oder Antibiotika reagiert. Zwei Männer waren zum Zeitpunkt der Publikation bereits verstorben. Die Epidemiologen konnten außerdem keine Verbindungen zwischen den Patienten ausmachen. Weder kannten sie einander, noch hatten sie gemeinsame Freunde oder Sexualpartner. In der Seuchenschutzbehörde war man ratlos und besorgt, denn ohne eine entsprechende Immunerkrankung sei das Auftreten von PCP unüblich<sup>13</sup>. Weil keinerlei konkrete Aussagen über die Krankheitsursachen gemacht werden konnten, gaben sich die Forscher Spekulationen hin: »All the above observations suggest the possibility of a cellular-immune dysfunction related to a common exposure that predisposes individuals to opportunistic infections such as pneumocystis and candidiasis.«<sup>14</sup> Gleichzeitig prägten die Autoren im MMWR die Wahrnehmung der Leser, indem sie die Erkrankung in einen Zusammenhang mit Sexualität stellten und damit zwei unterschiedliche Bereiche des menschlichen Lebens zusammenführten: »The fact that these patients were all homosexuals suggests an association between some aspect of a homosexually lifestyle or disease acquired through sexual contact and *Pneumocystis pneumonia* in this population.«<sup>15</sup>

Jene Vermutungen basierten auf rezenten Studien, die Verbindungen zwischen gleichgeschlechtlichen Sexualkontakten und bestimmten Erkrankungen plausibilisierten. Mediziner hatten in den siebziger Jahren einen hohen Grad von CMV-Antikörpern bei homosexuellen Männern nachgewiesen. Im Gegensatz zu Heterosexuellen sahen sich demzufolge

12 Diese Viren können beispielsweise Windpocken oder Gürtelrose verursachen, bleiben nach einer Infektion lebenslang im Körper und können sich bei Immunschwächen bemerkbar machen. Sie können grippeähnliche Erkrankungen hervorrufen und in schweren Fällen zu Lungenentzündungen führen.

13 Editorial Note, S. 250.

14 Ebenda, S. 252.

15 Ebenda, S. 250. Kursiv im Original.

Homosexuelle durch ihren sogenannten Lebensstil, der sich in zahlreichen Sexualkontakten offenbare, einem ungleich größeren Risiko für Geschlechtskrankheiten ausgesetzt<sup>16</sup>. 1976 hatten Ärzte den Begriff »Gay Bowel Syndrome«<sup>17</sup> geprägt. Es äußerte sich in diversen Geschlechts- und Darmkrankheiten beziehungsweise Entzündungen im Analbereich. Ursächlich hierfür sei die »homosexual activity«<sup>18</sup> der Patienten, mit der Mediziner Penis-Anal- sowie Mund-Anal-Kontakte und Promiskuität assoziierten. Aber auch andere Studien trugen die Bandbreite gleichgeschlechtlicher Sexualpraktiken in die medizinische Fachwelt, die man dort für die hohe Übertragungsquote von Geschlechtskrankheiten verantwortlich machte. So titelte 1981 ein Beitrag: *Sexual behaviour and sexually transmitted disease patterns in male homosexuals*<sup>19</sup>.

Obwohl homosexuelle Männer seit Ende der sechziger Jahre im Zuge des *Gay Liberation Movement* deutlich selbstbewusster an die Öffentlichkeit traten und als Teil der Gesellschaft sichtbar wurden, wusste die Medizin nur wenig über sie. Unklar war beispielsweise, ob körperliche Unterschiede zwischen Homo- und Heterosexuellen existierten. Die vorherrschenden Ansichten über Homosexualität und Krankheiten fanden sich in der von William Masters und Virginia Johnson 1979 publizierten Studie *Homosexuality in Perspective*, die im gleichen Jahr unter dem Titel *Homosexualität* in der Bundesrepublik erschien. Darin diskutierten der Gynäkologe und die Psychologin unter anderem die medizinischen Kontroversen über die hormonelle und physiologische »Andersartigkeit« von Homosexuellen. Tatsächlich war die Forschung in dieser Frage gespalten. Einige Wissenschaftler wiesen seit den siebziger Jahren auf bestimmte Hormone im Harn homosexueller Männer hin<sup>20</sup>. Andere Arbeiten hingegen konstatierten, Hinweise auf derartige endokrine Unterschiede existierten nicht. Masters und Johnson schlossen den Einfluss sozialer Faktoren auf die Homosexualität von Männern nicht aus: »Schließlich müssen wir in Anbetracht des heutigen Mangels an sicheren Informationen auf diesem Gebiet eine geistig offene Haltung beibehalten, indem wir zugestehen, daß zumindest in einigen Fällen – obschon mit Bestimmtheit nicht in den meisten – hormonale Prädispositionen mit sozialen und Umweltfaktoren zusammenwirken können,

16 Vgl. Garrett, Die kommenden Plagen, S. 377, 380.

17 Kazal u. a., The Gay Bowel Syndrome.

18 Ebenda, S. 184.

19 Willcox, Sexual behaviour.

20 Vgl. Masters/Johnson, Homosexualität, S. 367 f.

um zu einer homosexuellen Orientierung zu führen.«<sup>21</sup> Die Forschung, gestanden sie ein, wisse insgesamt noch zu wenig über die Entstehung von gleichgeschlechtlicher Liebe. Immerhin, erklärten beide gleichermaßen hoffnungsvoll wie verlegen: »Ein Anfang ist gemacht.«<sup>22</sup>

Derartige Wissenslücken änderten unter Medizinern jedoch nichts an der Annahme, dass Homosexuelle aufgrund ihres Sexualverhaltens einem besonderen Krankheitsrisiko ausgesetzt seien<sup>23</sup>. Aus ihrer Sicht untermauerten dies Gespräche mit Patienten und öffentliche Äußerungen schwuler Männer, die in einem Atemzug ungeniert von mehreren hundert Sexualpartnern und zugleich Leiden wie Hepatitis A und B, Herpes simplex, Syphilis und Chlamydien berichteten.

Vier Wochen nach jenem ersten Artikel *Pneumocystis Pneumonia – Los Angeles* publizierte die Seuchenschutzbehörde einen zweiten Bericht<sup>24</sup>. Dieses Mal hatten Ärzte in New York City und Kalifornien bei 26 homosexuellen Männern im Alter von 26 bis 51 Jahren Kaposi-Sarkome festgestellt. Acht Patienten waren innerhalb von 24 Monaten nach der Diagnose gestorben. Dieser schnelle Verfall erschien den Autoren als ein Bruch mit allem, was sie über dieses Geschwulst bis dahin wussten. Sechs Betroffene litten zudem an PCP, bei anderen machten sich Pilzinfektionen und Fieber bemerkbar. Die Autoren vermuteten deshalb einen Zusammenhang zwischen diesen und den fünf Fällen in Los Angeles. Das Vorkommen des Kaposi-Sarkoms bei jungen Homosexuellen innerhalb eines Zeitraums von 30 Monaten kommentierten die Herausgeber des MMWR nun mit den Worten »höchst unüblich« – die Forschung habe diesen Hautkrebs bislang nur unter älteren Menschen beobachtet<sup>25</sup>. Aufgrund der insgesamt elf Fälle von PCP bei Homosexuellen sei anzunehmen, dass man es nicht mit einem isolierten Phänomen zu tun habe. Es herrschte Ahnungslosigkeit: »It is not clear if or how the clustering of KS, pneumocystis, and other serious diseases in homosexual men is related.«<sup>26</sup> Besorgt war von einem »Anstieg« der Erkrankungen die Rede. Mediziner sollten deshalb aufmerksam sein.

Derweil interessierten sich, wenn auch nur zögerlich, die Massenmedien für diese ominösen Ereignisse. In der *New York Times* erschien Anfang Juli 1981 ein Artikel mit dem Titel *Rare Cancer Seen in 41 Homo-*

21 Ebenda, S. 368.

22 Ebenda.

23 Zum Folgenden Garrett, *Die kommenden Plagen*, S. 377, 380.

24 Dazu und zum Folgenden Friedman-Kien u. a., *Kaposi's Sarcoma*.

25 Editorial Note, S. 308.

26 Ebenda.

*sexuals*<sup>27</sup> von Lawrence Altman, in dem einer der Autoren des MMWR-Berichts, Dr. Alvin Friedman-Kien, zu Wort kam. Der Mediziner wies unter anderem auf die Hilflosigkeit der Ärzte und auf die Tatsache hin, dass bereits acht Patienten mit Sarkomen binnen 24 Monaten nach der Diagnose verstorben seien. Gleichwohl konnte er der besorgniserregenden Krankheit auch etwas Positives abgewinnen, nämlich einen möglichen Erkenntniszuwachs für das Zusammenspiel von Immunsystem und Krebs. Damit waren zwei gewichtige Gründe genannt, um sich intensiver mit diesen Phänomenen zu befassen. Auch seine Kollegen sahen einen direkten Nutzen für die medizinische Forschung: »This is the key immunological riddle to be solved for its solution may yield information relevant to other disorders of immunological regulation«, äußerten Wissenschaftler in den Folgemonaten<sup>28</sup>. Joel Weismann, Mitautor des ersten CDC-Berichts, witterte eine historische Chance, um sich durch die Veröffentlichung eigener Studien inmitten einer rasant wachsenden Forschungskonkurrenz zu exponieren: »This wasn't the discovery of penicillin; we were chroniclers. Two weeks later, someone else would have written this.«<sup>29</sup>

Der *New York Times*-Journalist Altman schloss derweil nicht aus, dass die Gesundheit von mehr Menschen gefährdet sei als bislang bekannt, schließlich bereite die Diagnose Medizinern Probleme. Derzeit prüfe man weitere Fallgeschichten aus Kopenhagen, erläuterte er. CDC-Sprecher Dr. James Curran, den die Zeitung als weiteren Experten konsultiert hatte, argumentierte abschließend gegen die Möglichkeit einer Kontaktinfektion, wählte Heterosexuelle in Sicherheit und teilte dadurch die amerikanische Gesellschaft in zwei Gruppen, die unterschiedlichen Risiken ausgesetzt seien: »The best evidence against contagion [...] is that no cases have been reported to date outside the homosexual community or in women.«<sup>30</sup> Auch Friedman-Kien interpretierte die seltenen Hautkrebsfälle als gruppenspezifisch. Entweder, konstatierte er, seien bestimmte Virusinfektionen dafür verantwortlich, die bei Homosexuellen keine Seltenheit darstellten, oder aber deren häufiger Drogenkonsum wirke sich negativ auf das Immunsystem aus.

27 Dazu und zum Folgenden vgl. Lawrence K. Altman, *Rare Cancer Seen in 41 Homosexuals*, *New York Times*, 3.7.1981.

28 Talal, *A clinician and a scientist look at acquired immun-deficiency syndrome*, S. 182; vgl. ferner Dowdle, *The Epidemiology of AIDS*, S. 312; Meyer, *Food and Drug Administration Responses to the Challenges of AIDS*, S. 320.

29 Zitiert nach Bayer/Oppenheimer, *AIDS Doctors*, S. 49.

30 Altman, *Rare Cancer Seen in 41 Homosexuals*, *New York Times*, 3.7.1981.

Abgesehen von diesem Artikel berichteten die US-Medien jedoch kaum über die Erkrankungen<sup>31</sup>. Auch die *New York Times* mied das Thema in den folgenden Wochen, weil es untrennbar mit Homosexualität verbunden war und dies von den Verantwortlichen als unangemessen für die traditionelle Leserschaft empfunden wurde<sup>32</sup>. Auch die US-Regierung ignorierte anfangs die Erkrankung. Washington sah in den mit ihr einhergehenden Therapieversuchen eine finanzielle Gefahr für den Staatshaushalt<sup>33</sup>.

Möglicherweise war es solchen Reaktionen geschuldet, dass Geoffrey Gottlieb und Friedman-Kien im Sommer 1981 die wachsende Zahl von Betroffenen betonten und sich entschlossen, in einer renommierten Fachzeitschrift einen ausführlichen Artikel zu veröffentlichen. Die Dringlichkeit, die den Autoren geboten schien, dokumentierte der Titel eines kurzen Vorabdrucks: *A preliminary communication on extensively disseminated Kaposi's sarcoma in young homosexual men*<sup>34</sup>. Im Gegensatz zu dieser Publikation hatten sich frühere wissenschaftliche Veröffentlichungen nicht dadurch ausgezeichnet, die Fälle von Kaposi-Sarkomen und PCP als eine Gefahr für die Bevölkerung zu kommunizieren. Einerseits existierte bis dato keine 100-prozentige Mortalitätsrate, andererseits diskutierten Wissenschaftler durchaus plausible Erklärungen für das Auftreten der Erkrankungen. Ferner wies zu diesem Zeitpunkt nichts auf ein neues, gefährliches Virus hin. Insgesamt hatte der Eindruck überwogen, es mit einem Phänomen zu tun zu haben, das durchaus zu bewältigen sei.

Dass die neuartigen Erkrankungen tatsächlich aber eine ernste Bedrohung darstellten, versuchten Gottlieb und Friedman-Kien durch großformatige Illustrationen zu untermauern. Ihre Abbildungen zeigten Kaposi-Sarkome und die stark geschwollenen Lymphknoten eines Patienten. Versierte Leser erkannten daran, dass das menschliche Immunsystem der Krankheit keinen ausreichenden Widerstand leisten konnte. Gottlieb und Friedman-Kien betonten explizit das Gefahrenpotenzial für homosexuelle Männer, das sie mit dem Faktor Zeit skalierten: Der

31 Zwar sollten bis Ende 1988 in der *New York Times*, der *Washington Post*, der *Los Angeles Times* und den drei Broadcasting Stations ABC, NBC und CBS insgesamt 6694 Artikel beziehungsweise Berichte über die tödliche Erkrankung erscheinen, bis 1985 waren es jedoch lediglich 59; Zahlen nach Rogers/Dearing/Chang, *AIDS in the 1980s*, S. 8, 17.

32 Vgl. ebenda, S. 11.

33 Ebenda, S. 41.

34 Gottlieb u. a., *A preliminary communication*.

Hautkrebs breite sich rasant am Körper aus, erfasse immer mehr homosexuelle Männer und führe binnen kurzer Zeit zum Tod. Folglich unterscheide sich diese Art von Kaposi-Sarkomen von allem Bekannten. Aus Sicht Friedman-Kiens deutete das Auftreten von KS und dessen Expansion auf eine »Epidemie« hin, deren Ursache möglicherweise eine Infektionskrankheit darstelle. Diese Interpretation war zum damaligen Zeitpunkt durchaus ungewöhnlich und angreifbar, konnten die Autoren doch lediglich wenige Fälle untersuchen. Mag die Furcht vor einer Massenerkrankung und nicht ausreichender Resilienzfähigkeit<sup>35</sup> für die beiden gewiss handlungsleitend gewesen sein, den Ausschlag für das entschlossene Handeln aber dürften ihre Beobachtungen als Ärzte am Krankenbett gegeben haben. So kommunizierten die Mediziner die Bedrohung nicht unbedingt durch empirische Fakten, wohl aber durch ihre Schilderungen als Augenzeugen eines furchterregenden körperlichen Verfalls ihrer Patienten. Sie zeigten sich aufgrund dessen davon überzeugt, es mit etwas völlig Neuem zu tun zu haben.

In den Wochen und Monaten danach berichteten auch Mediziner in anderen Staaten über ungewöhnliche Fälle von PCP und aggressiven Kaposi-Sarkomen<sup>36</sup>. Ihr Auftreten galt als »unusual« und »atypical«<sup>37</sup>. Die Autoren vermuteten einen Zusammenhang zwischen den sexuell übertragbaren Krankheiten der Patienten und dem Hautkrebs. Möglicherweise, erklärten sie, hätten die vorangegangenen Erkrankungen zu einer Immundepression geführt. Der ärztliche Gegenwartsblick basierte auf Erfahrungen der Vergangenheit. Mediziner rekurrierten auf das herrschende Wissen über Sarkome und versuchten, die neuen Phänomene mit früheren Ergebnissen in Einklang zu bringen. Infolgedessen fragten sie, was Patienten, die nach einer Organtransplantation aufgrund von Immunschwäche Kaposi-Sarkome entwickelten, mit den betroffenen Homosexuellen verband. Während die einen von einem »medical mystery«<sup>38</sup> sprachen, vermuteten andere weiterhin eine unbekannte Krebsform

35 Laut Bayer und Kirp war das Gesundheitssystem der USA Anfang der achtziger Jahre weder finanziell noch personell auf eine außerordentliche Gesundheitsbedrohung eingestellt. Ferner habe die Regierung bis in die Neunziger hinein nur unzulänglich Mittel für Aufklärungskampagnen bereitgestellt; vgl. Bayer/Kirp, USA, S. 56, 67.

36 Du Bois u. a., Primary Pneumocystis Carinii and Cytomegalovirus Infections.

37 Dazu und zum Folgenden Hymes u. a., Kaposi's Sarcoma in Homosexual Men, S. 599f.

38 So der CDC-Mitarbeiter Harold Jaffe; Jaffe, The early days of the HIV-AIDS epidemic, S. 1203.

aufgrund einer Immundepression, die sich unter Homosexuellen infolge ihrer häufigen Sexualkontakte und des Konsums luststeigernder Drogen entwickelt habe. Zeitgleich stellten Mediziner ihre Begriffe auf die sogenannte Hauptbetroffenengruppe der Homosexuellen ab. Fortan war die Rede von »gay cancer«<sup>39</sup> oder »GRID« (*gay-related immune deficiency*). Zeitungen kolportierten auch die Bezeichnung »gay plague«<sup>40</sup>. Mit diesen Ausdrücken war implizit der Vorwurf verbunden, ein bestimmtes, selbst für Mediziner befremdliches Sexual- und Sozialverhalten sei für die Erkrankungen verantwortlich<sup>41</sup>.

Bis Dezember 1981 – inzwischen waren über 100 Erkrankte bekannt – stand für die internationale Medizin definitiv fest, dass man nicht länger von Einzelfällen ausgehen könne. In der renommierten Fachzeitschrift *Lancet* sprachen Forscher erstmals von einem »Paradigma« und fassten die durch einen Immundefekt ausgelösten Erkrankungen PCP und Kaposi-Sarkom zu einem »Gay Compromise Syndrome« zusammen<sup>42</sup>. Der Begriff erfüllte die Funktion, das Auftreten unterschiedlicher opportunistischer Krankheiten in einem einzelnen Ausdruck zu bündeln, und verlieh dem bis dahin Unerklärlichen zumindest eine Kontur.

Daneben fand sich in *Lancet*-Beiträgen ein weiterer, aufsehenerregender Begriff: Der Terminus »outbreak« stellte eine Analogie zu Seuchen her<sup>43</sup>. Nicht minder beunruhigend war die wiederholte Betonung, es handele sich bei der Erkrankung um etwas völlig Neues. *Evidence of a New Acquired Cellular Immunodeficiency*<sup>44</sup> untertitelten Michael Gottlieb und Kollegen aus Los Angeles 1981 ihren jüngsten Fallbericht im *New England Journal of Medicine*. Ihrer Hypothese nach könnten Cytomegalieviren für die Immundefekte bei Homosexuellen verantwortlich sein. Beweisen aber konnte Gottlieb dies nicht. Zahlreiche Konjunktive durchzogen die Ausführungen der Wissenschaftler, und lediglich der Nachweis einer drastischen Reduzierung von T-Helfer-Zellen im Blut der Betroffenen war empirisch gesichert. Die Konstruktion einer »New Acquired Cellular Immunodeficiency« basierte auf etablierten Wissensbeständen der Medizin und deren Erklärungsangeboten. Dieses Wissen schien unerschütterlich, sodass die Autoren ihm nach wie vor vertrauten.

39 Vgl. Bayer/Oppenheimer, AIDS Doctors, S. 26.

40 Vgl. Grmek, History of AIDS, S. 10.

41 Vgl. etwa Willcox, Sexual behaviour.

42 Brennan/Durack, Gay Compromise Syndrome.

43 Ebenda, S. 1338.

44 Gottlieb u. a., Pneumocystis Carinii Pneumonia, S. 1425.

Binnen weniger Monate verstärkte sich unter Wissenschaftlern aufgrund der Beiträge, die tagtäglich in den Redaktionen medizinischer Fachzeitschriften eingingen, das Bedrohungsgefühl. Immer häufiger machte nun das Wort »Epidemie« die Runde<sup>45</sup>. Ärzte aus verschiedenen Ländern beschrieben unerklärliche Krankheiten, bei denen hohes Fieber, anhaltender Durchfall, geschwollene Lymphknoten und Pilzinfektionen eine Rolle spielten, PCP und/oder Kaposi-Sarkome auftraten und schließlich der Zusammenbruch des Immunsystems zu beobachten war. Fortan erwähnten Forscher zwar wiederholt, dass die Schwulenszene bestimmte Drogen namens »Poppers« konsumiere und auch Geschlechtskrankheiten unter Homosexuellen keine Seltenheit darstellten. Den Beweis für einen entsprechenden Zusammenhang mit den tödlichen Erkrankungen blieben sie der Öffentlichkeit aber schuldig.

Unterdessen hatte sich der Kreis der Betroffenen erweitert. Inzwischen nahmen Krankenhäuser auch Heroinsüchtige und Methadonkonsumenten als Patienten auf. Selbst eine Frau mit Kaposi-Sarkom war Ärzten Ende 1981 bekannt<sup>46</sup>. Die CDC meldeten 1982 außerdem heterosexuelle Männer sowie Kleinkinder mit unerklärbaren Immunschwächen, die entweder Bluttransfusionen erhalten hatten oder deren Mütter drogenabhängig waren<sup>47</sup>. Dennoch hatte der Umstand, dass aus epidemiologischer Sicht zunächst Homosexuelle erkrankt waren und sie die größte Gruppe der Betroffenen stellten, die Wahrnehmung von Medizinern in den Kliniken nachhaltig geprägt. So konnte es passieren, dass solcherart erkrankte Männer, die gegenüber ihrem behandelnden Arzt angaben, heterosexuell zu sein, als Lügner galten<sup>48</sup>. Solange man den Erreger der tödlichen Immunschwäche nicht kannte und kein Test verfügbar war, spielte gemäß dem wissenschaftlichen, paradigmatisch orientierten Denkstil die Zugehörigkeit zu einer »Risikogruppe« eine entscheidende Rolle für die ärztliche Diagnostik.

45 Vgl. etwa Siegal u. a., *Severe Acquired Immunodeficiency in Male Homosexuals*, S. 144f. Zur »Dramaturgie« und gesellschaftlichen Wahrnehmung von Epidemien vgl. Rosenberg, *What is an Epidemic?*

46 Vgl. Masur u. a., *An Outbreak of Community-Acquired Pneumocystis Carinii Pneumonia*; Durack, *Opportunistic Infections*, S. 1466.

47 Task Force on Kaposi's Sarcoma and Opportunistic Infections, *Epidemiologic Notes*, S. 300; Hensley u. a., *Opportunistic Infections*; Ammann u. a., *Epidemiologic Notes*; O'Reilly u. a., *Unexplained Immunodeficiency and Opportunistic Infections in Infants*.

48 Vgl. Bayer/Oppenheimer, *AIDS Doctors*, S. 28, 30 ff.