

Die Gründung der Landesstelle Tirol der Österreichischen AIDS-Hilfe 1986

Ein Beispiel für die gelungene Zusammenarbeit zwischen Betroffenen, medizinischen ExpertInnen und Gesundheitspolitik?

Alois Unterkircher

„AIDS hat viele Gesichter!“¹

AIDS hat viele Gesichter. Mit dieser Kampagne aus den 1990er Jahren wollte die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung in Deutschland dieser vielfach verschwiegenen und deshalb unsichtbaren Krankheit mittels authentischer Interviews von an HIV/AIDS Erkrankten ein menschliches und realitätsnahes Gesicht geben. Die reich bebilderte Informationsbroschüre sollte auch dem aus vielen Vorurteilen und Falschinformationen bestehenden „Gerippe“ der Medienbotschaft, die seit 1982 verkündet wird², nämlich dass HIV/AIDS überwiegend Menschen aus „Risikogruppen“ betreffe und somit immer „die Anderen“, entgegenwirken.

Doch nicht nur hinsichtlich der heterogenen Zusammensetzung der von dieser Immunschwächekrankheit betroffenen Menschen zeigte HIV/AIDS ein facettenreiches Gesicht. Auch die gesellschaftspolitischen Kontroversen, die im Umfeld von HIV/AIDS seit dessen erstem Auftauchen zu Beginn der 1980er Jahre entstanden sind, blieben nicht auf eine spezielle Wissenschaftsdisziplin beschränkt. Das Sprechen über die neuartige Erkrankung und – sobald es entdeckt war – über das Virus, das die Syndrome auslöste, verließ sehr rasch den internen medizinischen Fachdiskurs der virologischen, immunologischen und molekularbiologischen Labors und half als AIDS-Diskurs mit, in der öffentlichen Wahrnehmung „eine Realität [zu] konstruieren, die als ‚Seuche‘ erfahren wird“³. AIDS war zu einer allgemein gebräuchlichen Metapher⁴ geworden, derer sich VertreterInnen der Gesundheits- wie der Gesellschaftspolitik, der Sexual- wie der Kulturwissenschaften, der Jurisdiktion sowie der Religionen ebenso selbstverständlich bedienten wie beunruhigte LesebriefschreiberInnen und kämpferische AkteurInnen der ACT UP-Bewegung⁵.

Die Kulturwissenschaftlerin Brigitte Weingart arbeitet in ihrer Studie überzeugend heraus, warum der Diskurs über AIDS von verschiedenen Kräften der Gesellschaft zur Stärkung ihrer Position als „Schauplatz von Grenzverhandlungen [...], in denen stellvertretend eine Reihe anderer gesellschaftlicher Diskussionen ausgetragen werden“⁶, genutzt werden konnte. AIDS besitze, und damit stimmt Weingart mit Paula Treichel überein, eben nicht nur ein klinisches Krankheitsbild, sondern sei vor allem auch „an epidemic of meanings and signification“⁷. Wie viele unterschiedliche Bedeutungsebenen und Interessenskonflikte im Sprechen über HIV/AIDS tatsächlich aufeinander trafen, zeigten auch die Geleitworte zum 15-jährigen Jubiläum der AIDS-Hilfe Tirol von der damaligen Leiterin Margit Mennert. In Anbetracht der gesellschaftlichen Reichweite dieser Erkrankung siedelte Mennert eine wirksame AIDS-Hilfe-Arbeit „an der Schnittstelle von verschiedenen funktionalen Teilsystemen der Gesellschaft, wie z.B. Gesundheitssystem, Rechtssystem, Politik“⁸ an. Exemplarisch vorgeführt wurde diese Interessensüberlagerung etwa im Falle der Beschlagnahmung einer an schwule Männer gerichteten, reich bebilderten Aufklärungsbroschüre der Deutschen AIDS-Hilfe, die für ein Wiener Beratungszentrum bestimmt war, durch österreichische Zollbeamte im Jahre 1990.⁹ Anlass dazu gab der in Österreich zu dieser Zeit noch gültige Gesetzesparagraph 220, der die „Werbung für Unzucht mit Personen des gleichen Geschlechts oder mit Tieren“ untersagte. Die Starrheit des Rechtssystems siegte über die Belange des Gesundheitssystems, doch schlussendlich schaffte die Politik den entsprechenden Paragraphen mit dem Hinweis auf dessen Unvereinbarkeit mit einer wirksamen AIDS-Prävention im Jahre 1996 ab.

„AIDS geht alle an!“, hieß einer der frühen Slogans der Deutschen AIDS-Hilfe, mit dem den sich abzeichnenden Diskriminierungsgefahren und Ausgrenzungstendenzen gegenüber HIV-infizierten und an AIDS erkrankten Homosexuellen entgegen-gesteuert werden sollte.¹⁰ Angesichts der vielfältigen Diskurse um diese Immunschwächekrankheit und der daran beteiligten Fachdisziplinen erschien dieser Aufruf mehr als gerechtfertigt.

Wenn AIDS nun „alle angeht“, mit welchen Fragestellungen könnte sich eine kulturwissenschaftliche Disziplin wie die Europäische Ethnologie dem „AIDS-Phänomen“ nähern?¹¹ Ein kulturwissenschaftlicher Zugang zu HIV/AIDS etwa aus der Perspektive der Medikalkulturforschung müsste an Konzepte und Fragestellungen der neueren volkswissenschaftlichen Gesundheitsforschung anknüpfen, die in Abgrenzung zur und in Erweiterung der älteren „Vollksmedizinforschung“ in den letzten Jahrzehnten entwickelt wurden.¹² Eberhard Wolff sichtet in einem Beitrag aus dem Jahre 2003 viele ältere Arbeiten zur Gesundheitsforschung hinsichtlich Themenstellung, Erkenntnisinteresses und zugrundeliegender Vorannahmen und fasst seine Kritik anschließend zu-

sammen.¹³ Laut Wolff entstünden drei der grundlegenden Problematiken der älteren volkskundlichen Forschungen zu Gesundheit und Krankheit aus der thematischen Enge vieler Untersuchungen, aus einem selektiven Blick auf den zu behandelnden Gegenstand sowie aus der Annahme, „volksmedizinische“ Phänomene seien nach außen hin von der „Schulmedizin“ abgeschlossen und von deren Lehrgebäuden unbeeinflusst. Durch die Prämisse eines von der professionalisierten Medizin scharf trennbaren „Anderen“ liefen Arbeiten dieser Ausrichtung Gefahr, „ihre eigenen Vorverständnisse in ihren Forschungsgegenstand hineinzuiinterpretieren und somit Konstrukte zu produzieren“¹⁴. Fragen zu den vielfältigen Aushandlungsprozessen zwischen „PatientInnen“¹⁵ und ÄrztInnen oder zur Wissensaneignung medizinischer „Laien“ stellten sich den meisten an diesem „Konstrukt Volksmedizin“ Arbeitenden lange Zeit nicht. Erst in den letzten Jahren rücken Fragestellungen dieser Art in den Blickpunkt des Interesses volkskundlicher Gesundheitsforschung.¹⁶

In diesem Sinne vermag eine Untersuchung der Entstehungsgeschichte der Österreichischen AIDS-Hilfe aus der Sicht volkskundlicher Gesundheitsforschung einen Einblick in die komplexen Interaktionsprozesse zwischen Betroffenen und medizinischen ExpertInnen zu eröffnen. Die Institutionalisierung von AIDS-Hilfen wird vielfach als Ergebnis erfolgreicher Interventionen und Initiativen von Betroffenen- und Selbsthilfegruppen beschrieben¹⁷, „die den mangels wirksame[r] Therapien von der Medizin nicht besetzten Handlungsraum produktiv nutzte“¹⁸. Mit der Frage nach den unmittelbaren Entstehungsbedingungen dieser spezifischen Beratungs- und Betreuungseinrichtung verlässt man nun die einstige thematische Enge einer „Volksmedizinforschung“, die sich ausschließlich auf die Analyse „außerschulmedizinischer“, „magisch-irrationaler“ Praktiken der Krankheitsbewältigung und -behandlung innerhalb des dominierenden medizinischen Systems konzentriert hatte. Durch die Eingrenzung der Fragestellung auf die Tiroler Landesstelle der Österreichischen AIDS-Hilfe ergibt sich zudem ein klar umgrenzter regionaler, zeitlicher und sozialer Raum, anhand dessen Aspekte des AIDS-Diskurses herausgearbeitet werden können – so etwa der offizielle gesundheitspolitische Umgang mit HIV/AIDS, die Einbindung von „medizinischen Laien“ in die gewählten Präventionsstrategien oder die Bedeutung dieses spezifischen Gesundheitsangebotes für HIV-positiv Getestete und an AIDS Erkrankte.

Am Anfang meiner folgenden Ausführungen stehen ein kurzer Überblick über die Entdeckungsgeschichte des HI-Virus sowie grundlegende epidemiologische Daten zur Entwicklung der HIV/AIDS-Raten weltweit und in Österreich. Im Anschluss folgt der Versuch der Rekonstruktion jener gesellschaftlichen Rahmenbedingungen, die in der österreichischen und speziell in der Tiroler Gesundheitspolitik die Strategien im Umgang mit HIV/AIDS bestimmten und die Einrichtung einer AIDS-spezifischen Beratungsstelle beförderten. Dabei lehne ich mich an jenes Vier-Phasenmodell an, das

der an der TU Berlin tätige Präventionsexperte Rolf Rosenbrock gemeinsam mit seinen KollegInnen 2002 vor dem Hintergrund sich abzeichnender Normalisierungstendenzen in Bezug auf HIV/AIDS entwickelt hat.¹⁹ Nach diesem Modell wäre Phase eins gekennzeichnet durch die Formierung einer *exceptionalist alliance* aus AktivistInnen von Betroffenengruppen und verschiedener sozialer Bewegungen sowie von VertreterInnen der Politik und des Gesundheitssystems (ca. 1981-1986), Phase zwei durch die Konsolidierung sich bewährt habender Projekte (1986-1991), Phase drei durch erste Auflösungstendenzen der *exceptionalist alliance* (ca. 1991-1996) und Phase vier durch die Normalisierung von AIDS in den hochindustrialisierten Ländern (ca. ab 1996). Da ich in diesem Beitrag das in der Mitte der 1980er Jahre herrschende gesellschaftliche Umfeld, in dem die Gründung der Österreichischen Aids-Hilfe/Landesstelle Tirol im Jahre 1986 eingebettet war, nachzuzeichnen versuche, werde ich mich ausschließlich auf die erste Phase des Modells („Entstehung des *exceptionalism*“) mit Ausblick auf die zweite Phase konzentrieren. Zu dieser ersten Phase bemerken Rosenbrock u.a.: „Unter hoher Unsicherheit, zum Teil beträchtlichen politischen Spannungen und Zeitdruck müssen Policies konzeptualisiert, entschieden und umgesetzt, zum Teil auch institutionalisiert werden.“²⁰ Inwiefern ist die These von einer solchen *exceptionalist alliance* auch für die damalige Situation in Österreich und in Tirol gültig?

Der vorliegende Beitrag basiert neben Literatur aus den Kultur- und Gesundheitswissenschaften sowie Materialien aus dem Archiv der Aids-Hilfe Tirol (Pressespiegel, öffentliche Aussendungen) auf vier Interviews mit Personen, die am Aufbau der Landesstelle Tirol der Österreichischen Aids-Hilfe (ÖAH) sowie an den Verhandlungen um eine effiziente Betreuung von an HIV/AIDS Erkrankten beteiligt waren. Reinhard Wibmer war 1986 erster Leiter der Landesstelle Tirol, Armand Hausmann Aktivist der regionalen Homosexuellen Initiative (HOSI Tirol); Elisabeth Hasenauer wob in ihrer damaligen Funktion als Leiterin des Mobilen Hilfsdienstes (MOHI) in Zusammenarbeit mit anderen Pflegeeinrichtungen am Netz zur ambulanten Betreuung von Infizierten mit. Fritz Aull war zwar nicht aktiv in die Gründungsgeschichte involviert, nimmt als Psychologe in der Aids-Hilfe Tirol aber eine wichtige Funktion im derzeitigen „Netzwerk Aids-Hilfe“ ein und konnte mir wertvolle Zusatzinformationen „aus der Distanz“ geben. Ein Interview mit dem mittlerweile in Berlin lebenden Michael Halhuber, Gründer der HOSI Tirol und ebenfalls aktiv um die Institutionalisierung einer Aids-spezifischen Betreuungs- und Beratungsstelle bemüht, kam trotz der Bemühungen um ein Treffen in Innsbruck leider nicht zustande. Robert Zangerle, Leiter der Aids-Ambulanz an der Uniklinik Innsbruck und Initiator des „HIV/AIDS Netz Innsbruck“ nahm auf meine Anfrage hin von einem Interview Abstand. Alle vier leitfadengestützten Interviews fanden in den jeweiligen Büros der Gewährspersonen statt

und dauerten von einer halben bis zu einer ganzen Stunde. Nicht eingesehen wurden hingegen der behördliche Briefverkehr und Schriftstücke in den jeweils zuständigen gesundheitspolitischen Stellen von Bund, Land und der Stadt Innsbruck.

1. HI-Virus und AIDS: Entdeckungsgeschichte und Epidemiologie

Im März 1983 berichtete das österreichische Wochenmagazin PROFIL erstmals in der hiesigen Presselandschaft ausführlich über jene „geheimnisvolle Seuche“²¹, die in Wiens homosexueller Szene für Unruhe sorgte. Folgt man allerdings Marco Pulvers Analyse der frühen Diskursivierung von HIV/AIDS in den Printmedien²² wird deutlich, dass dieses rätselhafte, plötzliche Auftreten einer neuartigen Erkrankung keineswegs so unvermittelt stattfand, wie der Öffentlichkeit aufgrund der Medienberichte suggeriert wurde. Tatsächlich rückte HIV/AIDS als neuartiges Krankheitsbild bereits am 5. Juni 1981 in das Blickfeld der medizinischen Fachwelt.²³ Die damalige Ausgabe des *Morbidity and Mortality Weekly Report* (MMWR), des Publikationsmediums der zentralen US-amerikanischen Gesundheitsbehörde in Atlanta (*Centers für Disease Control*, CDC), veröffentlichte die Fallgeschichten von fünf Männern, die in Los Angeles wegen einer bestimmten Form der Lungenentzündung behandelt wurden. Das Besondere an diesen Fällen war nun einerseits das junge Alter der Betroffenen – eine *Pneumocystis Carinii*-Pneumonie (PCP) entwickelt sich in der Regel nur bei Personen mit geschwächtem Immunsystem zum Vollbild, während das Immunsystem gesunder junger Erwachsener die Erreger aus eigenen Kräften unschädlich machen kann. Die zweite Auffälligkeit war die Angabe der Erkrankten, sie würden sich häufig in der Homosexuellenszene San Franciscos bewegen. Nach Erscheinen dieses Artikels wurden weitere Krankheitsfälle publik, gleichzeitig meldete eine Mitarbeiterin des CDC die erhöhte Nachfrage nach Pentamidin, eines ansonsten höchst selten vertriebenen Medikaments zur Behandlung von PCP. Beide Beobachtungen führten zu einer gesteigerten Aufmerksamkeit gegenüber diesen ungewöhnlichen Krankheitsbildern.

Zur selben Zeit wurde unter homosexuellen Männern New Yorks ein gehäuftes Auftreten des Kaposi-Sarkoms (KS) beobachtet, eines bis dahin nur vereinzelt auftretenden Hautkrebses, der zudem untypisch für die Betroffenenengruppe von jungen Männern ist und ebenfalls mit einem geschwächten Immunsystem in Verbindung gebracht wird. Schließlich wurde zwischen den PCP- und den KS-Fällen in New York, Los Angeles und San Francisco in einem weiteren Artikel im MMWR vom 4. Juli 1981 eine Verbindung gezogen. Das gemeinsame Bindeglied schien mit der Homosexualität der erkrankten Männer und deren damit einhergehendem spezifischen Lebensstil gefunden worden zu sein, dem die Schwächung und letztendliche Zerstörung

des Immunsystems zugeschrieben wurde. Ende 1981 überschritten die erkrankten Personen in den USA die Anzahl von 200, und die Kliniken einiger städtischer Ballungsräume Europas meldeten ebenfalls das vereinzelte Auftreten der eigenartigen Erkrankungen.²⁴

Obwohl unter diesen beobachteten Fällen bereits einige intravenöse (iv.) DrogenbenutzerInnen waren, verbreiteten die Medien bald die Nachricht eines „Schwulenkrebse“ oder der „Schwulenpest“, die, darauf konnte etwa DER SPIEGEL im Juni 1982 in seinem ersten Bericht hinweisen, „Amerikas Homosexuelle“²⁵ heimsuchte. Auch die unter MedizinerInnen gebräuchliche Bezeichnung GRID (Gay Related Immunodeficiency) war Ausdruck dafür, als auslösendes Moment dieser Erkrankungen vorrangig die homosexuelle Lebensweise jungen Männer anzusehen. Konsequenterweise erfasste dieser „Schreck von drüben“ viele Schwule in den europäischen Metropolen, von denen einige wohl schon die gesellschaftspolitische Brisanz dieser „Homosexualisierung des Krankheitsyndroms“²⁶ erkannten. Armand Hausmann erinnert sich an erste Diskussionen innerhalb der *gay community*:

„’82 habe ich zum ersten Mal in Berlin davon gehört, da habe ich gearbeitet in einer Klinik, und war in der Schwulenszene damals und da habe ich zum ersten Mal überhaupt von diesem komischen... Virus hat man ja nicht gewusst, was es ist, sondern von dieser komischen Schwulenkrankheit gehört und es war damals schon die Reaktion eben eine solche, dass man gesagt hat, na, das ist sicher eine Erfindung von irgend jemanden, also um wieder Sündenböcke auszuschlachten, also das war schon die Haltung damals.“

Die epidemiologischen Daten über rasant steigende Infektionsraten in den USA und in Europa ließen bald niemanden mehr an der Existenz eines neuen Krankheitsbildes zweifeln. Ende 1982 hatte das CDC 750 Fälle registriert, Ende 1984 bereits über 8000. In Europa standen den zunächst seltenen Fällen des Jahres 1982 rund 800 Infizierte Ende 1984 gegenüber. 75% aller Diagnosen betrafen homosexuelle Männer (Stand Jänner 1983).²⁷ Durch das zunehmende Bekanntwerden von Fällen innerhalb der Personengruppe intravenöser DrogenbenutzerInnen, Hämophiler sowie von Personen, die keine gleichgeschlechtlichen Sexualkontakte pflegten, mussten bisher gebräuchliche Krankheitsbezeichnungen, die einen Bezug zu Facetten schwulen Lebensstils herstellten (etwa der häufige Gebrauch der sexuell stimulierenden Substanz *Poppers*, Promiskuität), aufgegeben werden.²⁸ Sie wurden durch das englische Akronym A.I.D.S. (Acquired Immune Deficiency Syndrom) ersetzt, wobei die abgekürzten Großbuchstaben in der Anfangszeit noch mit Punkten gekennzeichnet wurden. Innerhalb weniger Jahre nach den ersten beobachteten Fällen konnten aufgrund epidemiologischer Studien Sexualkontakte, intravenöser Drogengebrauch, Bluttransfusionen sowie berufsbedingte Verletzungen als hauptsächlichste Übertragungswege des zu diesem Zeitpunkt

noch unbekanntem Erregers identifiziert werden. Ende 1983 isolierte ein französisches Ärzteteam am Pariser Pasteur-Institut unter der Leitung von Luc Montagnier nahezu zeitgleich mit Robert Gallos Forschungsgruppe in Atlanta ein Retrovirus als Erreger von AIDS.²⁹ Der durch interne Streitigkeiten um das Privileg der Entdeckung eines Zeitlang gültige Name LAV/HTLV-II wurde 1986 von einer internationalen Kommission zugunsten von HIV aufgegeben, das als Human Immunodeficiency Virus seitdem als verantwortlich für AIDS-definierende Krankheiten gilt. Anfänglich beschränkte sich die therapeutische Intervention auf die Behandlung der opportunistischen Erkrankungen. Seit 1996 verlängern virushemmende Kombinationstherapien die symptomlose Zeit bis zum Ausbruch von AIDS erheblich, gegen das HI-Virus selbst ist allerdings weder ein Heilmittel noch eine Impfung verfügbar.³⁰

Nicht zuletzt durch diese Kombinationstherapie, hauptsächlich aber durch innovative Schritte in der Präventions- und Gesundheitspolitik wurde AIDS nicht zu der in den 1980er Jahren prognostizierten „sozialen Katastrophe“ – zumindest nicht in den hochindustrialisierten Ländern. Weltweit hingegen lebten im Jahre 2002 rund 42 Millionen Menschen mit dem HI-Virus, 3,1 Millionen starben an AIDS. 5 Millionen infizierten sich in diesem Jahr neu mit HIV, was der Summe von 13.700 Neuinfizierten pro Tag entspricht.³¹ Doch diese globalen Zahlenreihen verschleiern den Blick darauf, dass die Ausbreitung des HI-Virus in den verschiedenen Regionen und in den unterschiedlichen Bevölkerungsgruppen auf sehr unterschiedliche Art und Weise stattfindet, eng verknüpft mit sozialen Kategorien wie Status, Geschlecht und Alter. Mark Schoofs zeigt etwa an der Biographie des südafrikanischen Bergarbeiters Patrick exemplarisch, wie eng die Verbreitung des HI-Virus in der ansässigen Bevölkerung von Faktoren der Arbeitsmigration, von Ausbeutungsstrukturen der dortigen Bergbauindustrie, aber auch von regionalen kulturellen Traditionen abhängig ist³², und wie sehr das afrikanische „AIDS“ von den Ausformungen dieser Krankheit in Europa abweicht.

Mehr als 90% aller HIV-infizierten Menschen leben in Entwicklungsländern, und im Afrika südlich der Sahara ist HIV/AIDS mittlerweile die häufigste Todesursache.³³ Die weltweit höchsten HIV-Zuwachsraten verzeichnen allerdings die (Nachfolge-)Staaten des ehemaligen „Ostblocks“. Diese wiederum resultieren aus der rasanten Zunahme der Infektionen hauptsächlich unter iv. DrogenbenutzerInnen, während in den westeuropäischen Staaten die Infektion über homosexuellen Geschlechtsverkehr der Hauptübertragungsweg geblieben ist: in Österreich geschah 2006 bei 35% aller Neuinfektionen die Ansteckung über ungeschützte Sexualekontakte unter homosexuellen Männern, gefolgt von iv. DrogenbenutzerInnen (24,6%) und heterosexuellem Geschlechtsverkehr (18,6%), bei leicht steigendem Anteil innerhalb der Gruppe der Frauen.³⁴ In den afrikanischen Staaten südlich der Sahara wird das Virus hingegen

überwiegend (ca. 87%) durch heterosexuellen Geschlechtsverkehr übertragen.³⁵

Was bezüglich der epidemiologischen Ausbreitung von HIV/AIDS in den hoch industrialisierten Staaten seit Verfügbarkeit wirksamer Kombinationstherapien zur Bekämpfung des HI-Virus als „Normalisierung“ und „Entdramatisierung“ bezeichnet wird, lässt sich in der übrigen Welt angesichts der explodierenden Morbiditäts- und Mortalitätsraten nicht bestätigen. Insofern ist Weinreich/Penz zuzustimmen, wenn sie meinen: „Die Welt sieht sich einer Vielzahl von HIV-Epidemien gegenüber.“³⁶

2. Bedingungen für die Formierung einer „außergewöhnlichen Allianz“

Laut Rosenbrock u.a. waren es hauptsächlich zwei Erwägungen, die die AkteurInnen aus unterschiedlichsten Bereichen der Medizin, der Bürgerrechtsbewegung sowie der Betroffenengruppen zu einer „ungewöhnlichen Allianz“ im Kampf gegen HIV/AIDS bewogen³⁷: Erstens forderte die Unsicherheit, in welchem Ausmaß die gesamte sexuell aktive Bevölkerung einem Ansteckungsrisiko ausgesetzt sein würde, zum Handeln auf. Zweitens drohte mit der Definition vermeintlicher „Risikogruppen“ als potenzielle ÜberträgerInnen des anfangs noch unbekanntes Krankheitserregers eine massive Einschränkung von Bürgerrechten.

Diese Bedrohungsszenarien konnten ihre repressiven Dynamiken allerdings überhaupt erst dadurch entfalten, dass die Medizin gegenüber dem HI-Virus anfänglich machtlos war und sich letztlich auf die Behandlung der Symptome, die durch opportunistische Erkrankungen infolge einer AIDS-Erkrankung ausgelöst wurden, beschränken musste. Mit der Verfügbarkeit des HIV-Antikörpertests ab 1984 konnte die Medizin zwar eine wirksame medizinische Technik einsetzen, um den Serostatus einer Person festzustellen. Letzten Endes vermochte eine positive Antikörpertestung in der „unsichtbaren“ symptomlosen Zeit an sich allerdings wenig zur Heilung beizutragen, und mitunter wurden die Testmöglichkeiten sogar als „biomedizinische Repräsentationen der ‚unsichtbaren‘ Krankheit“³⁸ gesehen, die die Metaphorisierung von HIV-TrägerInnen als „tickende Zeitbomben“³⁹ gar erst ermöglichten. Angesichts der sehr eingeschränkten medizinischen Interventionsmöglichkeiten kam Rosenbrock 1987 schließlich zu dem Schluss, dass „AIDS-Prävention nicht in Form klassischer Gesundheitsleistungen, etwa durch Angebote des Medizinsystems, zu erbringen [ist]. Die ‚Leistung‘ ist eine Botschaft über notwendige Verhaltensänderungen.“⁴⁰

Diese Parteinahme zugunsten massiver Aufklärungs- und Präventionskampagnen anstelle traditioneller Seuchenkonzepte muss vor der zu dieser Zeit hitzig geführten Debatte zwischen der deutschen Gesundheitsministerin Rita Süßmuth und dem bayerischen CSU-Staatssekretär Peter Gauweiler um den so genannten „Bayerischen Maß-

nahmenkatalog“ interpretiert werden, die durch eine aggressive Berichterstattung des Wochenmagazins DER SPIEGEL eine zusätzliche Polarisierung für und wider diese „Seuchengesetzgebung“ erfuhr.⁴¹ In der Tat ließ sich das Thema AIDS durch den Umstand, dass HIV/AIDS zuerst in marginalisierten Teilen der Gesellschaft – Homosexuelle, intravenöse DrogenbenutzerInnen, Prostituierte – auftrat bzw. mit diesen Gruppen assoziiert wurde, hervorragend von gesellschaftlichen Kräften instrumentalisieren, die in ihren Programmen traditionell differente Lebensentwürfe als Projektionsfläche für gesellschaftliche Krisenphänomene zu vereinnahmen versuchen, indem sie bestimmte Gesellschaftsgruppen als „krank“ oder „pervers“ konzipieren. Die Wirkungsmächtigkeit dieser Zuschreibungen während der Anfangsphase der Betreuung von HIV-Infizierten bezeugt auch Elisabeth Hasenauer:

„[...] es ist mit dem Bereich Drogen verbunden, es ist mit dem Bereich Schwulenszene verbunden, also das waren schon so tabuisierte Themen, wo eigene Berührungsängste einfach auch da waren, und das hat also schon geheißen: viel Selbstreflexion ist erforderlich [...]“

Brigitte Weingart arbeitet in ihrer Untersuchung heraus, dass die Differenzkategorie zwischen „gesund“ und „krank“ ebenso wie jene zwischen „dem Eigenen“ und „dem Anderen“ zu den Ordnungsprinzipien jenes Kollektivkörpers gehören, der seit dem 19. Jahrhundert durch den Nationalstaat repräsentiert wird.⁴² Der intensiv geführte Diskurs über „Risikogruppen“ führe unter Verwendung der Metapher vom „gesunden Volkskörper“ dazu, die Hauptbetroffenengruppen mit gefährlichen VirusträgerInnen gleichzusetzen, anstatt diese korrekterweise als Personen anzusprechen, die sich in spezifischen Kontexten einem risikoreichen Gesundheitsverhalten aussetzen. Die Neigung, symbolische Ordnungen immer in Dichotomien zu denken, hätte im Falle des AIDS-Diskurses diese „komplexreduzierende Strukturierung von ‚Wirklichkeit‘“⁴³ in „gesund-krank“ sowie die Zuschreibung von Krankheitsrisiken auf „Andere“ erst ermöglicht. Dadurch begünstigte sie auch eine Instrumentalisierung der AIDS-Thematik für tendenzielle „Botschaften“, worauf auch Reinhard Wibmer verweist:

„Also wo immer sozusagen unter dem Deckmantel von Sachargumenten und Sachzwängen Herrschaftsstrukturen durchgesetzt werden, ja, das war damals bei AIDS genauso, und das sind immer bestimmte Interessen, die da verfolgt werden, aber keine allgemeinen Interessen.“

Zusätzlich bot, dagegen schreiben Rosenbrock und Bleibtreu-Ehrenburg mit ihren Analysen ja an, die Verknüpfung einer schweren, tödlich verlaufenden Infektionskrankheit mit den diskursiven Feldern „Sex“, „Perversion“, „unsichtbarer Feind“ und „Tod“⁴⁴ ausreichend Projektionsfläche für mannigfache Ängste und Vorurteile. Zumal sich durch die Verschränkung eines grundsätzlich medizinischen Problems mit morali-

schen Kategorien (Promiskuität, Lasterhaftigkeit) kulturelle Archetypen aktivieren lassen konnten, die in Gestalt etwa biblischer Mythen (Sodom und Gomorrha) Eingang ins kollektive Gedächtnis gefunden haben.⁴⁵ Ähnliche Assoziationsketten löste auch die wiederholte Bezugnahme auf die Pest aus, durch die HIV/AIDS in die Tradition verheerender Seuchen der Menschheitsgeschichte gestellt wurde.⁴⁶ Um so erstaunlicher ist es, dass der österreichische Bundespräsident Heinz Fischer ausgerechnet in der Festschrift zum 20-jährigen Bestehen der AIDS-Hilfen erneut auf dieses Narrativ Bezug nahm.⁴⁷

Diese Alltagsdiskurse, die anfänglich wenig gesichertes Wissen um Übertragungswege, Ansteckungsrisiken sowie zukünftige epidemiologische Verläufe vermitteln konnten, bereiteten unweigerlich den Raum vor, in dem über Zwangstestung, Isolierung und Überwachung von HIV-Positiven, an AIDS Erkrankten und Angehörigen sogenannter „Risikogruppen“ verhandelt werden konnte. Armand Hausmann fasst die Befürchtungen der politischen Schwulenbewegung in Tirol Mitte der 1980er Jahre wie folgt zusammen:

„Unsicherheit, ja. Wie entwickelt es sich, wie werden die Sanktionen sein, wie reagiert ein... ein...eine Population, die in Tirol als eher konservativ verschrien war, wie reagiert insgesamt die Österreichische Republik, wie reagiert da der Gesetzgeber. Also es war alles unklar, und deswegen haben wir das damals in die Hand genommen, und ja doch, mit einigem Erfolg.“

Diese Passage aus dem Interview mit Armand Hausmann belegt zugleich aber auch die große Mobilisierungsbereitschaft, die HIV/AIDS zumindest unter dem politisch engagierten Teil der HOSI-Mitglieder auszulösen vermochte. Denn im Zuge der ersten Welle der „AIDS-Hysterie“ war es in vereinzelt Fällen zu gezielten Zwangstestungen auf HIV bei iv. DrogenbenutzerInnen gekommen, unter anderem in Tirol und Vorarlberg. Ob diese zu Beginn der 1980er Jahre dokumentierten Repressalien in Österreich tatsächlich überwiegend auf iv. DrogenbenutzerInnen beschränkt blieben, wie Kurt Krickler in einem Rückblick 1989 feststellt⁴⁸, wird vermutlich nur in aufwändigen Interviews mit einzelnen AIDS-AktivistInnen sowie nach Durchsicht der Archive der jeweiligen Landesstellen nachprüfbar sein. Richtig ist, dass FixerInnen eine ungleich weniger schlagkräftige Interessensvertretung bilden konnten als Homosexuelle und als in der Öffentlichkeit relativ homogen erscheinende Gruppe zudem angreifbarer waren. Darauf weisen die zumindest in Tirol immer wieder aufflammenden Diskussionen um die Entfernung der Spritzenautomaten zum *Safe Use* von „öffentlichen“ Plätzen hin.⁴⁹ Letztendlich setzte sich ungeachtet der stets präsenten Sündenbockrhetorik im Kampf gegen HIV/AIDS doch der liberale Kurs als allgemeine Strategie durch, der einer Ausbreitung von HIV/AIDS durch Aufrufe zu selbstverantwortlichem Handeln und durch massive Aufklärungsarbeit über Risikosituationen entgegenzusteuern versuchte.

Über die geforderte Einbindung mit Betroffenengruppen in diese AIDS-Arbeit meinte ein Interviewpartner im Rückblick:

„Nicht zuletzt aufgrund der Wachheit und der Initiativen der AIDS-Hilfen, und damit mein‘ ich jetzt nicht nur Österreich, sondern auch vergleichbare Länder, die noch sehr damals aus der Geschichte haben schöpfen können, dass es aus Betroffeneninitiativen entstanden ist das ganze Ding, war es möglich, diese Zwangsmaßnahmen zu verhindern in Zusammenhang mit aufgeklärten Teilen der Politik und der Zivilgesellschaft, also diese Szenarien sind Gott sei Dank nicht eingetreten.“ (F. Aull)

3. Frühe Konzeptualisierungen möglicher Präventionsmaßnahmen und Hilfeinrichtungen

Die Erwägung repressiver Seuchenkonzepte wie Aussonderung, Kennzeichnung und Kasernierung von Teilen der Gesellschaft muss gerade deshalb verwundern, da die Geschichte der Gesundheitsaufklärung und der Gesundheitsprävention bei sexuell übertragbaren Krankheiten gezeigt hatte, dass sowohl das Ausfindigmachen von Virus-trägerInnen innerhalb einer als „gesund“ erklärten Bevölkerung als auch zwangsweise durchgeführte Präventionsmaßnahmen nur in staatlich kontrollierten Bereichen (etwa in Gefängnissen oder beim Militär) effektiv bzw. logistisch überhaupt durchführbar waren.⁵⁰ Zudem waren solche Strategien nach Jahrzehnten der Bürgerrechtsbewegung und nach den Erfahrungen des Nationalsozialismus weder politisch noch ethisch zu vertreten, noch war dies mittlerweile der einzig gangbare Weg. Denn im Zuge des Aufkommens breiter Gesundheitsbewegungen seit den 1970er Jahren standen bei Ausbruch der AIDS-Krise erstmals alternative Konzepte und Einrichtungen zum professionellen staatlichen Medizinsystem zur Verfügung, auf deren Erfahrungen bei der Ausarbeitung von AIDS-Strategien zurückgegriffen werden konnte.

Solche medizinkritischen Bewegungen, die von den Analysen Illichs⁵¹ und Foucaults⁵² zur herrschenden Dominanz der Biomedizin beeinflusst waren, entstanden vielfach als Reaktion auf einen Medizinbetrieb, dessen Profil sich durch die Zunahme von chronischen Erkrankungen und den rasant technischen Fortschritten in der Medizin stark gewandelt hatte.⁵³ Angesichts der Allmachtsinszenierungen der Apparatemedizin musste dies zwangsläufig zum Vertrauensschwund Betroffener in die Leistungen der Medizintechnik und zur Verstärkung des Gefühls bei chronisch Kranken führen, auf psychosozialer Ebene bei der Krankheitsbewältigung im Stich gelassen zu werden.⁵⁴ Viele aufgedeckte Mängel im Gesundheitsversorgungssystem trafen sich mit der Frauengesundheitsbewegung, die vor dem Hintergrund Jahrhunderte langer Medikalisierung des Frauenkörpers die von der Medizin reklamierte Deutungsmacht kritisierte, was als „krank“ und was als „normal“ zu gelten habe.⁵⁵



Aufkleber aus der Frühphase der Österreichischen AIDS-Hilfe, um 1987 (Archiv AIDS-Hilfe Tirol).

zu jenen damals existierenden Pflegeinstitutionen für Behinderte entstanden⁵⁷, deren Ausrichtung Kickbusch mit den Worten „Expertokratie“ und „Versorgungsdiktatur“⁵⁸ beschrieben hat. Viele Personen, die in Tirol am Aufbau des AIDS-Hilfe Netzwerkes beteiligt waren, kamen aus solchen medizin- und gesellschaftskritischen Sozialeinrichtungen und waren im Umgang mit Verwaltungsstrukturen erprobt. Der erste Obmann der Landesstelle Tirol der Österreichischen AIDS-Hilfe erzählt von den Auseinandersetzungen mit den zuständigen Behörden in Tirol über den Aufbau alternativer Betreuungseinrichtungen abseits des „Wegsperrens“:

„...und wir haben dann das DOWAS gegründet, ein Verein, der sich nur mit solchen Leuten beschäftigt hat, ja, als Durchgangsort für Arbeits- und Wohnungssuchende. Und das war damals ein Kampf, wir haben gekämpft von Besetzung des Sozialamts bis Anketten vor dem Landhaus, dass wir das finanziert haben, und das waren immer sozusagen viele Initiativen, das Frauen-DOWAS, dann auch das MOHI, dann viele Einrichtungen, das KIT damals, also das Drogentherapiezentrum, die sind alle sozusagen von unten her entstanden gegen die politischen...gegen das politische System damals.“ (R. Wibmer)

In der Bewältigung der Anfangsschwierigkeiten bei der Gründung der österreichischen AIDS-Hilfe und deren Landesstellen in einzelnen Bundesländern konnten viele Beteiligte also auf ihre früheren Erfahrungen im Umgang mit den zuständigen SachbearbeiterInnen in Ämtern und Behörden und mit der Ignoranz weiter Gesellschaftskreise gegenüber Randgruppen und Minderheiten aufbauen. Gleichzeitig brachten die enge Vernetzung unter den regionalen SozialarbeiterInnen und die akute Betroffenheit

hauptsächlich innerhalb der *gay community* eine große Bereitschaft zur aktiven Teilnahme am Kampf gegen AIDS, wie sie etwa exemplarisch bei der Münchner AIDS-Hilfe nachzuverfolgen ist.⁵⁹ Diese startete 1984 als Initiative engagierter schwuler Männer aus der Lederszene, der Regionalgruppe Homosexualität und Kirche sowie dem Verein für sexuelle Gleichberechtigung, wandelte sich dann in Folge der Institutionalisierung der Deutschen AIDS-Hilfen von einer Selbsthilfegruppe zu einem Verein mit (halb-)professionellem Status. Im Rückblick sieht auch Armand Hausmann die Österreichische AIDS-Hilfe als „eine aus der Szene heraus entstandene Organisation, die hauptsächlich aus – damals – Risikogruppen bestanden hat.“

Das Bewusstsein und die Erfahrungen der Gesundheitspolitik, dass die eingeübten Strategien der Public Health hinsichtlich übertragbarer Krankheiten in Anbetracht der spezifischen Besonderheiten dieser neuartigen Infektionskrankheit im Hinblick auf Verbreitungswege und Hauptbetroffenengruppen wenig Ziel führend sein mussten, führten zum Verlassen routinemäßiger Gesundheitspolitik und zu ungewöhnlichen Schulterschlüssen. In diesem solidarischen Bündnis zwischen Betroffenen, Gesundheitsbehörden und Subventionsgebern sieht auch Elisabeth Hasenauer im Rückblick einen großen Erfolg:

„...also ohne Zusammenarbeit kann man gar nichts bewegen, und die Zusammenarbeit, die war eigentlich gewährleistet, und hat sich im Laufe der Zeit immer besser entwickelt, sowohl mit der Landesregierung als auch mit den Gesundheitsbehörden etc., mit den Jugendämtern – Es hat halt viel Aufklärungsarbeit, viele Vernetzungstreffen, viele Gespräche gebraucht, und dann ist dieses Werk sozusagen ins Laufen gekommen.“

Es lag nahe, beim Aufbau dieses Netzwerkes bereits existierende Interessensvertretungen und Selbsthilfegruppen der von HIV/AIDS besonders betroffenen Personengruppen in die Planung der zu wählenden gesundheitspolitischen Strategien einzubeziehen.

Für die Gruppe schwuler Männer boten sich dabei die seit den späten 1970er und frühen 1980er Jahren in Österreich gegründeten „Homosexuellen Initiativen“ an, zumal diese schon zum Selbstschutz mit den ihnen zur Verfügung stehenden Mitteln und teilweise vor ersten Maßnahmen aus dem Gesundheitsministerium auf die neue Bedrohung zu reagieren versucht hatten. Die HOSI Wien brachte etwa nach Bekanntwerden der ersten AIDS-Fälle in Österreich im März 1983 eine erste zielgruppenspezifische Informationsbroschüre heraus, in der alle damals verfügbaren Fakten und Erkenntnisse zu HIV/AIDS enthalten waren.⁶⁰ Dieses in Zusammenarbeit mit zwei Wiener Ärzten zusammengestellte Aufklärungsblatt war die erste Informationsbroschüre über HIV/AIDS in Europa. Die HOSI Tirol ihrerseits bot ab Jänner 1985, gerade einmal ein Jahr nachdem sie sich als Verein konstituiert hatte, regelmäßige

Informationsabende zum Thema AIDS für ihre Mitglieder an.⁶¹

Die intime Kenntnis der Lebenszusammenhänge von Homosexuellen, das Fachwissen über die speziellen sozialen wie auch gesundheitlichen Probleme sowie die im Zuge des Kampfes um Bürgerrechte erworbene Konfliktfähigkeit, eigene Interessen gegenüber öffentlichen Institutionen durchzusetzen, diese Eigenschaften, die nach Rosenbrock⁶² Voraussetzungen von Selbsthilfeorganisationen sein müssen, führten dazu, dass sich Homosexuelle neben MedizinerInnen und BeamtenInnen eine beachtliche Kompetenz im Umgang mit dieser Infektionskrankheit aneignen konnten. Der erste Leiter der Tiroler Landesstelle, Reinhard Wibmer, erinnert sich an die Situation unmittelbar vor der Gründung der ÖAH:

„Und das war klar, dass sich Homosexuelle am besten auskennen, die am besten Zugang haben und somit man sich derer bedient, kann man jetzt vielleicht ein bisschen negativ pointiert sagen. Ja, man war gezwungen zu kooperieren und dadurch sind Kontakte entstanden, also man hat gemerkt, dass das keine Ungeheuer sind, sondern normale Leute, und da ist viel entstanden und viele Erfahrungen gemacht worden, die ganz positiv waren, denke ich.“

Für den Raum Wien sollte sich diese Kompetenz bei den ersten Testläufen des um 1984 entwickelten HIV-Antikörpertests besonders bewähren. Bei der Erprobung dieses Tests benötigte das durchführende Unternehmen eine Gruppe, bei der von einem gewissen „Durchseuchungsgrad“ ausgegangen werden konnte.⁶³ Innerhalb der heterosexuellen Bevölkerung war die Chance, infizierte Personen anzutreffen, nicht groß. Die HOSI-Wien erklärte sich bereit, homosexuelle Männer zu einer Teilnahme an der Studie zu bewegen, drängte jedoch im Sinne der Wahrung der Interessen von Homosexuellen etwa auf Anonymität sowie ausführliche Beratung vor und nach dem Test. Diese Anfang 1984 durchgeführte „Horak-Studie“ war eine der ersten größeren Untersuchungen auf HIV-Antikörper unter einer damals als „Risikogruppe“ eingeschätzten Bevölkerungsgruppe⁶⁴ und stärkte die Position der nichtstaatlichen und nichtmedizinischen AkteurInnen im Kampf gegen AIDS maßgeblich. Auch bei der Konzeption des Österreichischen AIDS-Gesetzes aus dem Jahre 1986⁶⁵ gelang es Vertretern der homosexuellen Betroffenengruppe, auf die Gestaltung des Gesetzestextes dahingehend einzuwirken, dass diskriminierende Normen gar nicht erst festgeschrieben werden konnten bzw. dass die Verantwortung des Staates zur Versorgung von an HIV/AIDS Erkrankten garantiert wurde. Fritz Aull zur Rolle der AIDS-AktivistInnen aus dem Umfeld der HOSIs:

„Das haben aber auch die ersten Hilfsinitiativen hineinreklamiert in dieses Gesetz, dass auch alles unternommen wird, dass Betroffene allmögliche Unterstützung erhalten und eben nicht in ihren Freiheiten, Rechten und wenn man so will, auch Bürgerrechten eingeschränkt sind.“

4. Die Gründung der Landesstelle Tirol der Österreichischen Aids-Hilfe

Nach Durchführung der „Horak-Studie“ lagen zwar statistische Zahlen über die Verbreitung von HIV-Antikörpern in einer der Hauptbetroffenengruppen vor, im Hinblick auf die „Nebenwirkungen“ für einen Teil des „Datenmaterials“ mussten jedoch neue Herausforderungen bewältigt werden.⁶⁶ Ein ungelöstes Problem war die psychosoziale Betreuung der HIV-positiv Getesteten, die durch die Diagnose der Seropositivität plötzlich zu „PatientInnen“ mit einer metaphorisch aufgeladenen Erkrankung erklärt wurden, die noch dazu – davon musste nach den bis dato verfügbaren epidemiologischen Daten ausgegangen werden – meistens letal endete. Zudem waren diese Personen durch das Testergebnis gezwungen, ohne merkliche körperliche Symptome am eigenen Körper wahrzunehmen, „sich innerhalb der gesund/krank-Unterscheidung zu positionieren“⁶⁷, wie Weingart dieses Zwischenstadium bis zum Ausbruch von AIDS beschreibt.⁶⁸ Gleichzeitig musste man durch die Verfügbarkeit eines Tests zum Nachweis des HI-Virus davon ausgehen, dass in kürzester Zeit eine große Zahl Infizierter neu „entdeckt“ werden würde, die durch Mitteilung ihres positiven Serostatus ebenfalls massive psychische Unterstützung benötigen würden.⁶⁹ Nicht zuletzt hatten die Betroffenengruppen selbst ein massives Interesse daran, die in der Studie gewährleistete Anonymität der Testsituation auch weiterhin zu verteidigen. Angesichts des massenmedialen Umgangs mit HIV/AIDS und den daraus erwachsenen Diskriminierungen sowohl von tatsächlich Infizierten als auch von als potentiell „gefährdet“ eingestuft eine legitime Forderung, zumal in Kliniken anonyme Testmöglichkeiten vielfach verweigert wurden.⁷⁰

Die österreichische Schwulen- und Lesbenbewegung war nun organisatorisch und strukturell nicht in der Lage, eine kontinuierliche Versorgung mit Informationen zu HIV/AIDS für die Zielgruppe der schwulen Männer sowie professionelle Präventionsarbeit zu gewährleisten. Denn beim Auftauchen der ersten AIDS-Fälle in Österreich existierten nur in einzelnen Bundesländern Homosexuelleninitiativen⁷¹, deren Vereinsbildungen strafrechtlich sogar verboten waren. Denn streng genommen stellte der geltende §221, der erst 1996 abgeschafft wurde, die Gründung von Zusammenschlüssen gleichgeschlechtlich Liebender unter Strafe.⁷² Diese rechtlichen Benachteiligungen homosexueller Menschen in Österreich verhinderten den Aufbau von in anderen Ländern schon seit Jahren vorhandenen und untereinander vernetzten Organisationen und die Etablierung schlagkräftiger Medien, über die zielgruppenspezifische Präventionsbotschaften rasch transportiert hätten werden können.⁷³

Somit war trotz des hohen Mobilisierungsgrades einzelner schwuler und lesbischer AktivistInnen in bestehenden Selbsthilfegruppen der jeweiligen Bundesländer klar, dass dieser Pool an engagierten MitarbeiterInnen zu klein war, und dass eine

effiziente und koordinierte Präventions-, Aufklärungs- und Betreuungsarbeit nur von einer professionellen Beratungseinrichtung geleistet werden konnte. Es zeichnete sich schon ab, dass die Medizin in absehbarer Zukunft die Lage weder mit einem adäquaten Heilmittel noch mit einer Impfung zu entschärfen vermochte. Für Fritz Aull bedeutet dieser unvermutete Verlust ärztlicher „Deutungsmacht“ zu Beginn der AIDS-Krise daher,

„dass es überhaupt die Selbsthilfeorganisationen zunächst in ihrer Macht hatten, da es ein medizinisches Machtvakuum gab, insofern war wahrscheinlich auch der Staat, wenn man das mal allgemein so sagen will, froh, dass sich jemand des Themas annimmt. Indem dann sehr bald sichtbar wurde Anfang/Mitte der '80er Jahre, dass es ein weltweites Phänomen ist, welches im Wachsen begriffen ist, war dann auch klar, es gibt Handlungsbedarf, also insofern wurde dann auch klar, dass die reine Selbsthilfe strukturell unterfüttert werden muss, um dem HIV- und AIDS Thema adäquat begegnen zu können.“

In dieser besonderen Situation machten sich die durch die Info-Broschüre und die „Horak-Studie“ entstandenen Kontakte der Wiener HOSI-AktivistInnen mit den damit befassten ÄrztInnen und KlinikmitarbeiterInnen und die positiven Erfahrungen einer gemeinsamen Zusammenarbeit bezahlt. Als Ergebnis dieses intensiven Austauschprozesses konnten der Obmann der HOSI-Wien, Rainer Brandstätter, und die am Institut für Dermatologie der Klinik Lainz beschäftigte Ärztin Judith Hutterer dem Gesundheitsministerium ein gemeinsames Konzept zum Aufbau und zur Finanzierung einer Beratungs- und Betreuungseinrichtung vorlegen. Damit war der Grundstein für eine spezifische Anlaufstelle für von HIV/AIDS-Betroffene gelegt, und den Plänen folgte dann letztendlich im August 1985 die Gründung des Vereines „Österreichische Aids-Hilfe“. Der Wiener Einrichtung folgten bis zum Jahre 1988 sechs weitere Landesstellen, darunter die Landesstelle Tirol mit offiziellem Gründungsdatum 31. Oktober 1986.⁷⁴

Tatsächlich war die regionale HOSI-Vertretung in Tirol schon vor der eigentlichen Einrichtung der Landesstelle hinsichtlich des gesellschaftlichen Umgangs mit HIV/AIDS zu Interventionen aufgefordert, da es zu einigen diskriminierenden Zwischenfällen in der Behandlung von HIV-Positiven gekommen war. So wandte sich ein HIV-Infizierter aus einem Tiroler Seitental an die HOSI, weil er erleben musste, „dass die Information [über seine Erkrankung, A.U.] über die Krankenkasse über eine Nachbarin ins Dorf gelangt ist“. Wie Armand Hausmann im Interview weiter ausführt, öffneten die damals noch völlig unklare gesundheitspolitische Linie der Behörden und das lückenhafte Wissen über die Infektionskrankheit Diskriminierung, Verletzung von Bürgerrechten und Missachtung ärztlicher Schweigepflicht Tür und Tor. Durch diesen Fall alarmiert und um weiteren Diskriminierungstendenzen entgegenzuwirken, began-

nen die beiden HOSI-Tirol-Aktivisten Armand Hausmann und Michael Halhuber sowohl Kontakte zu den zuständigen Behörden bei Stadt und Land als auch zu sozialen Einrichtungen herzustellen. Durch Gespräche mit der HOSI-Wien war man über den Stand der geplanten AIDS-Hilfe informiert und konnte entsprechende Schritte für die zu erwartende Tiroler Zweigstelle einleiten. Michael Halhuber beispielsweise, der berufsbedingt über vielfältige Kontakte zu sozialen Institutionen und darin tätigen Personen in Innsbruck verfügte, konnte den damaligen DOWAS-Mitarbeiter Reinhard Wibmer dafür gewinnen, im Auftrag der Österreichischen AIDS-Hilfe geeignete Räumlichkeiten für diese Landesstelle zu suchen. Wibmer wurde dann auch der erste Leiter dieser Tiroler AIDS-Hilfe-Vertretung. Neben der individuellen Beratungstätigkeit war die Aufklärung über Übertragungswege und über das Übertragungsrisiko ein Schwerpunkt der AIDS-Hilfearbeit, etwa mit Aufklärungsveranstaltungen im Gefängnis in Innsbruck oder in der HOSI selbst. Um den zu befürchtenden Diskriminierungen am Arbeitsplatz von HIV-Infizierten oder von Angehörigen sogenannter Risikogruppen vorzubeugen, wurde in Zusammenarbeit mit der Tiroler Industriellenvereinigung ein Informationsabend für Personalchefs großer Betriebe organisiert, an dem das Bewusstsein für die Unhaltbarkeit von Ausgrenzungen geschärft werden sollte.⁷⁵

Die Behandlung von an AIDS Erkrankten und HIV-Infizierten sowie der intensive Pflegeaufwand bei manifest Erkrankten und Sterbenden ließen auch für das Gesundheitsversorgungswesen in Tirol „AIDS als Herausforderung“⁷⁶ erscheinen, die zu unkonventionellen Wegen bei der therapeutischen Betreuung in den Krankenhäusern und bei damit beauftragten Pflegediensten zwang. Ansonsten bei hochinfektiösen Erkrankungen übliche Isolationsstrategien in den Krankenstationen konnten abgewehrt und eine an den PatientInnen orientierte Therapie in Angriff genommen werden. Doris Schaeffer legt in ihrer Analyse aus dem Jahre 2002 dar, wie durch AIDS Innovationen in der Krankenversorgung umgesetzt werden konnten, die zu einer „auf die Besonderheiten der Krankheit zugeschnittenen Versorgungslandschaft“⁷⁷ führten. Zu diesen flexibel gehandhabten und innovativen Aushandlungsergebnissen zählt sie etwa die Aufwertung der ambulanten Betreuung, die sich an der Lebensqualität und an den Bedürfnissen der Betroffenen und weniger an jenen des Klinikpersonals orientierten, oder die unkomplizierte Zusammenarbeit mit freiwilligen HelferInnen von Selbsthilfeorganisationen wie den AIDS-Hilfen. Das überwiegend junge Alter der Betroffenen, die aus ihrer autonomen Lebensgestaltung weggerissen und mit plötzlicher Pflegebedürftigkeit und dem eigenen Tod konfrontiert wurden, ließ Strukturen und gewohnte Abläufe des Krankenhausalltags nicht sinnvoll erscheinen.

In Innsbruck konnte mit dem MOHI auf eine Einrichtung zurückgegriffen wer-

den, die im Gegensatz zu Pflegeheimen Erfahrung mit den Bedürfnissen von Menschen hatte, die durch eine Behinderung oder Einschränkung zwar selbstbestimmt leben konnten, bei der Bewältigung von diversen Alltagsproblemen jedoch auf Unterstützung angewiesen waren. Elisabeth Hasenauer, die damalige Leiterin des MOHI, erinnert sich an die Diskussion zur Betreuung HIV/AIDS-Erkrankter:

„Und dieser Mobile Hilfsdienst ist dann recht gut ins Laufen gekommen mit unserem Konzept, das auf Selbstbestimmung ausgerichtet war, und wir sind dann eigentlich per Zufall – da hat es eine Einladung gegeben wenn ich mich richtig erinnere von Doktor Robert Zangerle von der Fünferstation⁷⁸ – der eben damals gesehen hat, es betrifft da jetzt junge Menschen, die von AIDS betroffen sind, die eigentlich eine Pflege brauchen und niemand fühlt sich zuständig. Das war eigentlich so der Auslöser. Ich war in meiner Funktion als Leiterin des Mobilien Hilfsdienstes auch dabei und habe mir das angehört, habe mich aber eigentlich nicht so betroffen gefühlt. [...] Es war klar, also in den Heimen da, ich mein in den Pflegeheimen, werden die Leute nicht aufgenommen, es gibt einfach eigentlich nichts. Und aus dem ist dann diese Idee entstanden, es handelt sich hier um junge, behinderte Menschen oder pflegebedürftige Menschen und unsere Zuständigkeit müsste eigentlich gegeben sein.“

Dieses um die Mitte der 1980er Jahre ins Leben gerufene „HIV/AIDS Netz Innsbruck“ aus MitarbeiterInnen des MOHI, der Hauskrankenpflege, den Johannitern, der AIDS-Hilfe und der HIV Ambulanz an der Medizinischen Universität Innsbruck besteht bis heute.

5. Die Neustrukturierung der Österreichischen Aids-Hilfe 1991

Das Auftreten von AIDS führte in den meisten (west-)europäischen Staaten vor dem Hintergrund fehlender wirksamer medizinischer Therapien, des anfangs nur rudimentären Wissens über AIDS und des aufgeheizten Klimas, in dem Einschränkungen von Bürgerrechten und institutionalisierte Diskriminierung plötzlich eine Option darstellten, zur Bereitschaft der Gesundheitsministerien, entgegen sonstiger bei Infektionskrankheiten angewandter Public Health-Strategien Innovationen etwa im Bereich Prävention⁷⁹, Krankenversorgung oder Einbindung nichtprofessioneller medizinischer „ExpertInnen“ umzusetzen⁸⁰. Ein Ergebnis dieses *exceptionalism* war die Gründung von AIDS-Hilfen. Die Österreichische Aids-Hilfe geriet 1990 in Turbulenzen und wurde 1991 vom damaligen Minister für Gesundheit, Sport und Konsumentenschutz aufgelöst und neu strukturiert.⁸¹ An ihre Stelle traten nun eigenständige Landesvereine, die vom Ministerium direkt subventioniert wurden, was in Tirol die Gründung des Vereines Aids-Hilfe Tirol bedeutete. Im Verlauf ihrer ersten fünf Jahre hatte sich



Zielgruppenspezifische Präventionskampagne der Österreichischen Aids-Hilfen, um 2003 (Archiv Aids-Hilfe Tirol).

die Österreichische Aids-Hilfe von einer Betroffenen- und Selbsthilfeinitiative zu einer professionellen Einrichtung gewandelt, in der die Tätigkeitsfelder von entsprechenden „ProfessionalistInnen“ wahrgenommen wurden.

Aus der Perspektive der kulturwissenschaftlichen Gesundheitsforschung und der Medizingeschichte bietet eine Beschäftigung mit Aids daher allerhand Anknüpfungspunkte. Ein Untersuchungsfeld hätten etwa jene narrative Traditionen sein können, die den diversen Ursprungsmythen von Aids vom entwichenen Virus aus US-amerikanischen Geheimlabors bis hin zur Strafe Gottes als kollektiver Pool unterschiedlichster Erzählstoffe dienen. Lohnend für eine kulturwissenschaftliche Analyse wäre auch der Zugang über popularisierte Laienvorstellungen von Übertragungswegen des HI-Virus gewesen oder von möglichen alternativen Therapieangeboten, die zusätzlich zur biomedizinischen Kombinationstherapie von HIV-Positiven und

an Aids Erkrankten in Anspruch genommen bzw. nachgefragt werden. Ich habe für meinen Beitrag die Perspektive der Gesundheitsselbsthilfeforschung gewählt, um jene Handlungsräume sichtbar zu machen, in denen sich Betroffene in engem Austausch mit ExpertInnen bei der Initiierung von Selbsthilfegruppen und -organisationen bewegen konnten. Die Frage, welches kulturspezifische Verständnis von Krankheit und deren Bewältigung letztlich bestimmte Personengruppen dahingehend geleitet hat, um von Staat und Medizin adäquate Strategien gegen die Bedrohung durch das HI-Virus – quasi als „Medikalisierung von unten“⁸² – einzufordern, stand dabei im Vordergrund meines Beitrages. In diesem Sinne stellt dieser einen ersten Versuch dar, jene Zeitumstände und „medikale Kultur“, die letztlich zur Einrichtung der Landesstelle Tirol der Österreichischen Aids-Hilfe geführt haben, ansatzweise nachzuzeichnen.

Frankfurt a.M. 2005.

¹⁷ Etwa in den Darstellungen von *Claudia Kuderna*: AIDS-Hilfe-Arbeit in Wien 1985-2001. In: Wolfgang Förster, Tobias G Natter u. Ines Rieder (Hgg.): Der andere Blick. Lesbischwules Leben in Österreich. Eine Kulturgeschichte. Wien 2001, 255-260, und *Ulrike Repnik*: Die Geschichte der Lesben- und Schwulenbewegung in Österreich. Wien 2006 (=Feministische Theorie, 48), 152-156. Für die Schweiz vgl. STOP AIDS. Die STOP AIDS-Story 1987-1992. Hgg. von der Aids-Hilfe Schweiz und dem Bundesamt für Gesundheitswesen. Bern 1993. Das AIDS-Forum der Deutschen AIDS-Hilfe widmete diesem Aspekt sogar ein eigenes Themenheft: AIDS Selbst Hilfe. Hgg. von der Deutschen AIDS-Hilfe e.V. Berlin 2002 (= AIDS-Forum DAH, 44).

¹⁸ *Rolf Rosenbrock* u.a.: Die Normalisierung von AIDS in Westeuropa. Der Politikzyklus am Beispiel einer Infektionskrankheit. In: Rolf Rosenbrock u. Doris Schaeffer (Hgg.): Die Normalisierung von AIDS. Politik – Prävention – Krankenversicherung, Berlin 2002, 11-68, hier 11.

¹⁹ Ebd., 11-68.

²⁰ Ebd., 13.

²¹ PROFIL Nr. 13/1983, 64 f.

²² Vgl. *Pulver* (wie Anm. 3), 288-291.

²³ Die folgenden Ausführungen basieren auf den Darstellungen von *Mirko D. Grmek*: History of AIDS. Emergence and Origin of a Modern Pandemic. Princeton 1990; *Helmut Hartl*: Geschichte der HIV-Therapie – wichtige Stationen. In: AIDS im Wandel der Zeiten. Teil 1. Hg. von der Deutschen AIDS-Hilfe e.V. Berlin 2003 (= AIDS-Forum DAH, 47), 73-79; *Pulver* (wie Anm. 3), 290-293.

²⁴ *Grmek* (wie Anm. 23), 41.

²⁵ „Schreck von drüben“. DER SPIEGEL Nr. 22/1982, 187-189.

²⁶ *Pulver* (wie Anm. 3), 310.

²⁷ *Grmek* (wie Anm. 23), 41.

²⁸ Zu dieser Entwicklung vgl. *Treichel* (wie Anm. 7), 46-52.

²⁹ LAV = Lymphademopathie-assoziiertes Virus; HTLV = Human T-Cell Leukemie Virus.

³⁰ Zur Entwicklung der Medikation vgl. *Max Kranewitter*: Von der Unbehandelbarkeit zur Behandelbarkeit. Die Therapie von HIV-Erkrankungen im Verlauf von zwei Jahrzehnten. In: Gemeinsamen Zielen verpflichtet. 20 Jahre AIDS-Hilfen in Österreich. Hg. von den AIDS-Hilfen Österreichs. Salzburg 2005, 64-77, sowie *Hartl* (wie Anm. 23), 73-79.

³¹ Zahlen aus *Sonja Weinreich* u. *Christoph Benn*: Aids – eine Krankheit verändert die Welt. Daten – Fakten – Hintergründe. Frankfurt a.M. 2004, 16.

³² *Mark Schoofs*: Gold und HIV in Südafrika. Die sozialen Bedingungen einer Epidemie. In: Ruth Mayer u. Brigitte Weingart (Hgg.): Virus! Mutationen einer Metapher. Bielefeld 2004 (= Cultural Studies, 5), 269-284.

³³ Diese Angaben und die nachfolgenden: *Weinreich* u. *Benn* (wie Anm. 31), 16; 18 f.; 28.

³⁴ Zahlen der Wiener AIDS-Hilfe. Entnommen aus: PRIDE. Das lesbisch/schwule Österreichmagazin Nr. 92/2006, 63.

³⁵ *Weinreich* u. *Benn* (wie Anm. 31), Graphik 1, 14.

³⁶ Ebd., 16.

³⁷ Vgl. *Rosenbrock* u.a. (wie Anm. 18), 11-13.

³⁸ *Weingart* (wie Anm. 6), 38f.

³⁹ DER SPIEGEL titelte in Ausgabe Nr 45/1984: „AIDS. Die Bombe ist gelegt“. Zu dieser Metaphorisierung von AIDS als Kriegsschauplatz vgl. *Peter Wießner*: AIDS als moderner Mythos. In: AIDS im Wandel der Zeiten. Teil 1. Hgg. von der Deutschen AIDS-Hilfe e.V. Berlin 2003 (= AIDS-

Forum DAH 47), 19-71, hier 42-44, sowie *Pulver* (wie Anm. 3), 353, Fußnote 42.

⁴⁰ *Rolf Rosenbrock*: AIDS kann schneller besiegt werden. Gesundheitspolitik am Beispiel einer Infektionskrankheit. Hamburg ³1987. 54.

⁴¹ Vgl. beispielsweise die SPIEGEL-Themenhefte: „Schutz vor der Seuche: Meldepflicht für AIDS?“ Nr. 7/1987; „Bayerns Scharfmacher Gauweiler. Einer gegen AIDS“ Nr. 22/1987.

⁴² *Weingart* (wie Anm. 6), 103-138.

⁴³ Ebd., 43.

⁴⁴ *Rosenbrock* (wie Anm. 40), 146.

⁴⁵ Zu dieser Vorstellung vgl. die Untersuchungen von *Pulver* (wie Anm. 3), 65-267, und *Weingart* (wie Anm. 6), 28-31.

⁴⁶ Vgl. dazu *Bleibtreu-Ehrenberg* (wie Anm. 2), 89-98. Die Autorin zählt auch das Wort „Blut“ zu einem solchen archetypischen „Code-Wort“. Ebd., 103.

⁴⁷ Das genaue Zitat lautet: „Pest oder Cholera forderten bekanntlich unzählige Opfer, ehe es der Medizin gelang, geeignete Gegenmittel zu finden, mit deren Hilfe sie die tödliche Bedrohung abzuwehren vermochte“. *Heinz Fischer*: Grußworte. In: Gemeinsamen Zielen verpflichtet (wie Anm. 30), 3.

⁴⁸ *Kurt Krickler*: Homosexualität und AIDS(-Politik). In: Michael Handl, u.a. (Hgg.), Homosexualität in Österreich: aus Anlaß des 10jährigen Bestehens der Homosexuellen Initiative (HOSI) Wien. Wien 1989, 80-90, hier 88.

⁴⁹ So etwa um den Jahreswechsel 1997/98 (Standort Rathaus Hof) oder 2004/05 (Standort Dreieinigigen). Vgl. dazu die in der regionalen Presse erschienenen Artikel. Nachzulesen im Archiv der AIDS Hilfe Tirol. „Pressespiegel für 1997 und 1998“, sowie im Jahresbericht 2004. Hg. von der AIDS Hilfe Tirol, 39.

⁵⁰ Vgl. dazu *Robert Jütte*: „Wer keine Nachricht erhält, darf sich als gesund betrachten“. Zur Geschichte der zwangsweisen Prävention. In: Susanne Roeßiger u. Heidrun Merk (Hgg.): Hauptsache gesund! Gesundheitsaufklärung zwischen Disziplinierung und Emanzipation. Katalog zur Ausstellung des Deutschen-Hygiene-Museums Dresden und der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung Köln. Deutsches Museum Hygiene Museum, 2.7.1998-3.1.1999. Marburg 1998, 22-33.

⁵¹ *Ivan Illich*: Die Nemesis der Medizin. Die Kritik der Medikalisation des Lebens. München 41995.

⁵² So etwa sein Werk über den Medikalierungsprozess. *Michel Foucault*: Die Geburt der Klinik. Eine Archäologie des ärztlichen Blicks. Frankfurt a.M. 1996.

⁵³ Vgl. dazu die einzelnen Beiträge in *Ilona Kickbusch* u. *Alf Trojan* (Hgg.): Gemeinsam sind wir stärker. Selbsthilfegruppen und Gesundheit. Selbstdarstellungen, Analysen, Forschungsergebnisse. Frankfurt a.M. 1981.

⁵⁴ Vgl. etwa die Untersuchung zu Selbsthilfegruppen von *Alf Trojan* (Hg.): Wissen ist Macht. Eigenständig durch Selbsthilfe in Gruppen. Frankfurt a.M. 1986.

⁵⁵ Vgl. zu der Entwicklung in Österreich die einzelnen Beiträge in: *Sylvia Groth* u. *Éva Rásky* (Hgg.): Frauengesundheiten. Innsbruck u. Wien 1999.

⁵⁶ Ich verwende hier die Definitionen von Selbsthilfegruppen, die Dieter Grunow gegeben hat. *Dieter Grunow*: Selbsthilfe. In: Klaus Hurrelmann, Ulrich Laaser u. Oliver Razum (Hgg.): Handbuch Gesundheitswissenschaften. Weinheim/München 2006, 1053-1076.

⁵⁷ Zu Gründung und Programm des MOHI vgl. *Volker Schönwiese*: Leben ohne ins Heim zu müssen. Der mobile Hilfsdienst in Innsbruck. In: Rudolf Forster, Ulrike Froschauer u. Jürgen M. Pelikan (Hgg.): Gesunde Projekte. Initiativen und Modelle im österreichischen System der Gesundheitssicherung und Krankheitsbewältigung. Wien 1989, 395-409.

- ⁵⁸ *Ilona Kickbusch*: Von der Zerbrechlichkeit der Sonne. Einige Gedanken zu Selbsthilfegruppen. In: Kickbusch u. Trojan (Hgg.) (wie Anm. 53), 11-24, hier 14.
- ⁵⁹ *Guido Vael*: HIV-Prävention in Eigenregie: Schwules Kommunikations- und Kulturzentrum München (Sub e.V.). In: AIDS Selbst Hilfe (wie Anm. 17), 85-92.
- ⁶⁰ Genaueres dazu bei *Krickler* (wie Anm. 48), 80.
- ⁶¹ Archiv der HOSI-Tirol: „HOSI-Calendarium. 1985. Eintrag 31. Januar: Vortrag: AIDS/Armand“.
- ⁶² Vgl. *Rosenbrock* (wie Anm. 40), 73f.
- ⁶³ Zu diesem Test siehe: Zur Gründungsgeschichte der Österreichischen AIDS-Hilfe. In: ÖAH info aktuell, Juni 1987, 9-15, hier 9-11.
- ⁶⁴ Von den 318 in dieser Studie getesteten homosexuellen Männern waren 68 (21,4%) positiv. Ebd., 10.
- ⁶⁵ Abgedruckt etwa in der 1986 vom Land Tirol herausgebrachten Aufklärungsbroschüre zu AIDS, 11 f.
- ⁶⁶ Die nachfolgenden Angaben beziehen sich wenn nicht anders angegeben auf folgende Literatur: *Krickler* (wie Anm. 48); *Reinhardt Brandstätter* u. *Gabriele Vogt*: Prävention und Betroffenenbetreuung. Das Modell der Österreichischen AIDS-Hilfe. In: Forster u.a. (wie Anm. 57), 385-394; ÖAH info aktuell, 2. 5 Jahre Österreichische AIDS-Hilfe 1985-1990. Juni 1990; *Kuderna* (wie Anm. 17), 255-260; Gemeinsamen Zielen verpflichtet (wie Anm. 30), hier v.a. 8-31.
- ⁶⁷ *Weingart* (wie Anm. 6), 37.
- ⁶⁸ Siehe dazu auch den Beitrag von Christine Holmberg in diesem Band.
- ⁶⁹ Über die „unerwünschten Nebenwirkungen“ des HIV-Antikörpertests, die vor dem Wissen um HIV/AIDS Ende der 1980er Jahre auftreten konnten, vgl. *Bleibtreu-Ehrenberg* (wie Anm. 2), 117-134. Differenziert zum HIV-Test äußert sich auch *Rolf Rosenbrock*: Der HIV-Test ist die Antwort – aber auf welche Fragen? Vom Nutzen einer Diagnose für Prävention und Therapie. In: Rolf Rosenbrock, Hagen Kühn u. Barbara Maria Köhler (Hgg.): Präventionspolitik. Gesellschaftliche Strategien der Gesundheitssicherung. Berlin 1994, 358-382.
- ⁷⁰ Vgl. *Armand Hausmann*: Landesstelle Tirol. In: ÖAH info aktuell, 2 (wie Anm. 66), 48-52, hier 48.
- ⁷¹ Zur Gründung der HOSI in Wien und den Bundesländern vgl. *Michael Handl*: Von Rosa Villen und Wirbeln und Homosexuellen Initiativen – Die österreichische Homosexuellenbewegung nach Stonewall. In: Michael Handl u.a. (Hgg.): Homosexualität in Österreich: aus Anlaß des 10jährigen Bestehens der Homosexuellen Initiative (HOSI) Wien. Wien 1989, 120-221.
- ⁷² Dass dieser Paragraph durchaus angewandt werden konnte, bewies die behördliche Untersagung des Ansuchens Salzburger Schwulen und Lesben um Gründung eines Vereines (HOSI-Salzburg) mit Hinweis auf den bestehenden Paragraphen im Jahre 1980. Ebd., 130. Die HOSI-Tirol erhielt hingegen am 1. Februar 1984 sehr wohl einen „Nichtunterlassungsbescheid“ der Sicherheitsdirektion Tirol. Zur Geschichte der HOSI-Tirol vgl. *Alois Unterkircher*: Innsbruck is burning! 20 Jahre HOSI-Tirol. In: PRIDE. Das lesbisch/schwule Österreichmagazin, Nr. 82 (2004), 44-47.
- ⁷³ Vgl. *Gudrun Hauer* u. *Elisabeth Perching*: Homosexualitäten in Österreich: Über die Zusammenhänge von politischer Identität und Praxis. Endbericht zur Pilotstudie im Auftrag des Bundesministeriums für Wissenschaft und Verkehr/Bundesministeriums für Unterricht und Wirtschaft. Wien 2000.
- ⁷⁴ *Hausmann* (wie Anm. 70), 48-52.
- ⁷⁵ Vgl. ebd., 48.
- ⁷⁶ *Doris Schaeffer*: Patientenorientierte Krankenversorgung: Aids als Herausforderung. In: Rolf

Rosenbrock u. Doris Schaeffer (Hgg.) (wie Anm. 18), 157-170, hier 157.

⁷⁷ Ebd., 159.

⁷⁸ Univ.-Prof. Dr. Robert Zangerle ist Leiter der AIDS-Ambulanz an der Uniklinik Innsbruck und Initiator des „HIV/AIDS Netz Innsbruck“.

⁷⁹ Über die Auswirkungen von HIV/AIDS auf das Sexualverhalten schwuler Männer und somit auch über die „Internalisierung“ der an diese Zielgruppe über zahlreiche Aufklärungskampagnen gerichteten „Botschaften“ liegen inzwischen einige sexualwissenschaftliche Studien vor. Einen gut lesbaren, ersten Überblick gibt *Martin Dannecker*: *Der homosexuelle Mann im Zeichen von AIDS*. Hamburg 1991.

⁸⁰ Zum Erfolg dieser innovativen AIDS-Präventionskampagnen am Beispiel Deutschland siehe *Wolfgang Müller*: „Gib AIDS keine Chance“. Die Aids-Präventions-Kampagne der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA). In: Roeßiger u. Merk (Hgg.) (wie Anm. 50), 93-102.

⁸¹ Siehe dazu die entsprechenden Unterlagen und Presseberichte im Archiv der AIDS-Hilfe Tirol.

⁸² Zur Begriffsgeschichte von „Medikalisierung“ vgl. Elisabeth *Dietrich-Daum* u. *Rodolfo Taiani*: Editorial/Editoriale. In: *Geschichte und Region/Storia e regione*, 14 (2005), Themenheft: Medikalisierung am Land/Medicalizzazione in area alpina, hg. von Elisabeth Dietrich-Daum u. Rodolfo Taiani, 5-18.