

Aus dem Bereich Humangenetik

Der Medizinischen Fakultät

Der Universität des Saarlandes, Homburg/Saar

**Stigmatisierung von Menschen mit chronischen Infektionserkrankungen am
Beispiel von Lepra und AIDS**

Dissertation zur Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin

der Medizinischen Fakultät der UNIVERSITÄT DES SAARLANDES

2016

Vorgelegt von: Maximilian Steffen

geb. am : 01.11.1985 in Kiel

Inhaltsverzeichnis

1.	Zusammenfassung:.....	3
2.	Einleitung	7
3.	Material und Methoden	10
3.1.	Stigmata	12
3.1.1.	Entwicklung des Stigma-Begriffs	12
3.1.2.	Funktionen von Stigmata	18
3.1.3.	Folgen der Stigmatisierung	19
3.2.	Stigmatisierung bei Lepra	22
3.2.1.	Lepra: Klinik und Übersicht.....	22
3.2.2.	Geschichte der Lepra in Deutschland	27
3.2.3.	Lepraschau	31
3.2.4.	Leprosorien in Deutschland	35
3.2.5.	Das Leben im Kinderhaus.....	39
3.2.6.	Rechtliche Folgen	45
3.2.7.	Soziale Folgen der Lepraerkrankung	47
3.3.	Stigmatisierung bei AIDS	50
3.3.1.	AIDS: Klinik und Übersicht.....	50
3.3.2.	Geschichte des Acquired Immune Deficiency Syndroms.....	53
3.3.3.	AIDS nach 1985 in Deutschland.....	59
3.3.4.	PLHIV Stigma-Index – „Positive Stimmen“	66
3.3.5.	AIDS und die christliche Moralvorstellung	72
3.4.	Lepra – HIV:	76
4.	Diskussion.....	80
5.	Quellen- und Literaturverzeichnis.....	88
6.	Dank.....	98
7.	Lebenslauf:.....	99

1. Zusammenfassung:

In dieser Arbeit vergleiche ich die Stigmatisierung von AIDS-Erkrankten mit der Reaktion der Gesellschaft auf die Leprakranken im Mittelalter. Obwohl Lepra seit der frühen Neuzeit in Deutschland nahezu ausgestorben ist, gilt sie auch heute noch als Inbegriff einer mit einem Stigma behafteten Krankheit. Es stellt sich daher die Frage, ob ein Vergleich der gesellschaftlichen Reaktion auf diese beiden Krankheiten Gemeinsamkeiten aufzeigen. Dient die Stigmatisierung der Kranken als Mittel, um die Gesellschaft vor einer Bedrohung durch Infektionskrankheiten zu schützen? Wie sieht diese Stigmatisierung aus und welche Folgen hat die Stigmatisierung für die Kranken und die Gesellschaft?

Bei der Untersuchung von Stigmatisierung von Leprakranken stütze ich mich vorwiegend auf die Analyse von Primär- und Sekundärliteratur, bei AIDS zusätzlich noch auf Umfrageergebnisse über Stigmatisierungserfahrungen von HIV-Positiven der Initiative ‚positive stimmen‘.

In den Stigmatisierungstheorien der Forschung wird Stigmatisierung als gesellschaftlicher Prozess gesehen, in dem den Betroffenen zuerst ein negativ definiertes Attribut zugeschrieben wird, das diese von den gesellschaftlichen Normen als abweichend kennzeichnen und herabstufen. Diese Etikettierung oder ‚Labeling‘, führt zur Stereotypisierung, Ausgrenzung, Status-Verlust und schließlich zur Diskriminierung einer gesellschaftlichen Gruppe.

Sowohl bei Lepra im Mittelalter als auch AIDS zeigt sich, dass die Gesellschaft auf die Erkrankten mit Stigmatisierung und Ausgrenzung reagiert. Diese Ausgrenzung ist umso stärker, solange Ursachen, Übertragungswege und Therapiemöglichkeiten nicht geklärt sind und dadurch auch keine sachliche Risikoeinschätzung über die Ansteckungsgefahr möglich ist.

Ein weiterer gemeinsamer Aspekt ist die Schuldzuweisung. Beide Krankheiten gelten als selbstverschuldet, da die Erkrankten von den geltenden gesellschaftlichen Normen abgewichen sind. Im religiös geprägten Mittelalter sah man die Ursache der Erkrankung in einer schweren sündhaften Verfehlung, die Behandlung richtete sich daher in erster Linie auf die Läuterung der Seele. Bei den HIV-

Infizierten besteht das abweichende Verhalten in der Verletzung der moralischen Normen. AIDS wird als selbstverschuldete Lust- oder Schwulenseuche stigmatisiert, ausgenommen werden Infektionen aufgrund von Bluttransfusionen oder perinataler Übertragung. Diese Stigmatisierung und Ausgrenzung ist umso leichter in der Gesellschaft durchsetzbar, da die Hauptbetroffenen ohnehin schon gesellschaftlichen Randgruppen zuzuordnen sind.

Parallel zu den zunehmenden Erkenntnissen über die HIV-Infektion und ihre Therapierbarkeit ist ein Umdenken der Gesellschaft in der Bewertung der Homosexualität zu beobachten, das zumindest für die Homosexuellen in Deutschland zu einem Rückgang der Stigmatisierung führt.

Hier zeigen sich aber auch die Schwierigkeiten dieser Arbeit. AIDS und die damit verbundene Stigmatisierung betrifft vorwiegend gesellschaftliche Randgruppen, wie Homosexuelle, Sexarbeiter/innen und i.v.-Drogengebraucher/innen, die auch ohne HIV-Infektion schon stark stigmatisiert sind. Eine eindeutige Abgrenzung zwischen Stigmatisierung der sehr heterogenen Randgruppen und Stigmatisierung aufgrund einer HIV-Infektion ist daher nicht immer möglich.

Stigmatisierung und Ausgrenzung bei neu auftretenden Infektionskrankheiten kann anfangs als ein Mittel des Selbstschutzes der Gesellschaft angesehen werden. Abgesehen von dem Leid für den Betroffenen hat die Stigmatisierung aber auch für die Gesellschaft negative Folgen, unter anderem in der Seuchenprävention. Aus Angst vor Stigmatisierung vermeiden auch heute noch viele HIV-Positive notwendige medizinische Behandlungen, da sie auch im medizinischen Bereich negative Erfahrungen gemacht haben.

Stigmatisation of People with Chronic Infectious Diseases by Using Leprosy and AIDS as Examples

Abstract:

In this work I compare the stigmatisation of people living with AIDS and the reaction of the society towards lepers during the medieval ages. Although leprosy has been almost extinct since the early modern age, it is the paragon of stigma riddled disease. This raises the question whether a comparison of society's response to both diseases shows similarities. Does the stigmatisation serve the diseased as a way to defend the society from the threat of infections? In what way are people stigmatized and what are the consequences for the affected people and the society?

During the examination of stigmatism of the leprosy I mainly base my findings on the analysis of primary and secondary sources and concerning AIDS I additionally analysed data from poll results about experiences with HIV positive people of an initiative called "positive stimmen".

In the scientific theories of stigmatisation it is seen as a process of society, where affected individuals at first are given a negative attribute which marks them as different from social standards and degrades them. This labelling leads to stereotypes, exclusion, loss of status and finally to a discrimination of a social group.

Regarding leprosy in medieval ages as well as AIDS there is a social response towards the sick with stigmatisation and exclusion. This effect gets stronger as long as the cause, the transmission path and therapeutical options are not known and the risk stratification is biased.

Another aspect is the assignment of guilt. Both illnesses are seen as self-imposed, since the infected differed from prevailing social standards. In the religious middle ages the cause of the Infection was a major sin, the treatment was predominantly the catharsis of one's soul.

Concerning people living with AIDS the differing behaviour lies in the infringement of moral standards. AIDS is often stigmatized as a "lust-" or "gay-plague"

and thus those affected are to blame themselves except if caused by infections through blood transfusions or perinatal. This stigmatisation process is easily applied by the society, since the people it is applied towards are often already members of a minority.

But with rising insights about the HIV infection and the growing possibilities of treatment there is a change of mind in today's society so at least in Germany it seems that there is a decrease of stigmatisation of homosexuals.

On the downside, this shows the difficulties to complete the task answering all the questions above, since AIDS and the related stigmatisation concerns mainly social minorities, like homosexuals, sex workers and individuals with intravenous drug abuse that are already heavily stigmatised even when not affected by AIDS. Therefore a sharp differentiation of stigmatisation between healthy and people living with AIDS is not always possible.

Stigmatisation and exclusion can be viewed as a coping or defence mechanism of our society with new infectious diseases, at least in the early stages. Despite the pain and suffering of those affected stigmatisation has negative effects on the society itself, especially concerning the prevention of spreading the plaque. People that fear stigmatisation avoid medical consultation even today because of negative experiences they have suffered before.

2. Einleitung

Seit jeher muss sich die Menschheit mit Epidemien aufgrund von Infektionserkrankungen auseinandersetzen. Bei diesen Infektionserkrankungen handelt es sich sowohl um akut verlaufende, fulminante Erkrankungen als auch um chronische Verlaufsformen. Allen gemeinsam ist eine gesellschaftliche Relevanz, oder wie J. H. Wolf (1986:2) feststellt:

„Krankheit ist in ihrer jeweils auf den einzelnen Fall bezogenen Inzidenz nicht beschränkt auf einen Vorgang innerhalb der Grenzen der betroffenen Personen, sondern umgreift immer eine Koinzidenz von individuell gestörter Beschaffenheit und Befindlichkeit einerseits und mitmenschlich gesellschaftlicher Reaktionen andererseits“.

Aufgrund der medialen Präsenz sind heute auftretende Epidemien immer im gesellschaftlichen Bewusstsein, unabhängig davon, ob eine reale Gefährdung des Individuums vorliegt. Aktuell steht Ebola im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit der Medien, auch wenn zurzeit in Deutschland keine reale Bedrohung vorliegt.¹ Neben der Berichterstattung über die Ausbreitung der Krankheit in mehreren westafrikanischen Staaten berichtet die Presse auch immer wieder von Stigmatisierung der Angehörigen und der Helfer in Ebola-Gebieten. Selbst gesunde Kleinkinder von an Ebola Verstorbenen werden aus Angst vor Ansteckung von Nachbarn und Verwandten verstoßen und dem Hungertod überlassen (Westfalenpost vom 22.09.2014). Ebola gehört zu den akut und bisher meist letal verlaufenden Infektionskrankheiten. Doch wie sieht die Reaktion der Gesellschaft bei chronisch verlaufenden Krankheiten aus? Bei diesen müssen die Patienten sich nicht nur über viele Jahre mit der Krankheit selbst, sondern auch mit der Reaktion ihrer unmittelbaren Umgebung und der gesamten Gesellschaft auseinandersetzen.

Wie diese Reaktion der Gesellschaft auf eine chronische Infektionserkrankung aussehen kann, ist im christlichen Abendland bereits im Alten Testament in Bezug auf Lepra beschrieben worden und befindet sich seither im kollektiven Bewusstsein. Kaum eine andere Krankheit hatte damals derartig tiefgreifende Veränderungen im Leben eines Menschen zur Folge. Obwohl Lepra bei weitem nicht so

¹ Vgl. Der Spiegel Ausgabe Nr. 39 vom 22.09.2014: Ebola. Die entfesselte Seuche

ansteckend und tödlich wie zum Beispiel die Pest² war, wurde die Krankheit so stark stigmatisiert, dass sie noch heute exemplarisch für eine abschreckende Krankheit zitiert wird. Aber Lepra ist nicht nur eine körperlich stark entstellende Erkrankung, sondern wurde seit der Bibel im christlichen Abendland mit dem Stigma des ‚Unreinen‘ und der Sündhaftigkeit belegt. Die Diagnose führte unweigerlich zu einem gesellschaftlichen Ausschluss.

Wenngleich Lepra heute in Deutschland kaum mehr vorkommt, wurden Anfang der 1980er Jahre in den Medien schnell Parallelen zu einer bisher in dieser Form nicht bekannten Infektionserkrankung gezogen, der man ein paar Jahre später den Namen AIDS – Acquired Immuno Deficiency Syndrome – gab. 1981 traten in New York zum ersten Mal mehrere Fälle einer seltenen Krebserkrankung bei ansonsten gesunden jungen Männern auf, die eigentlich früher vor allem stark immungeschwächte Patienten betraf. Man ging relativ schnell davon aus, dass es sich um eine Erkrankung handeln könnte, die zuerst vorwiegend Randgruppen der Gesellschaft betraf, vor allem Homosexuelle, i.v.- Drogengebraucher/innen, Sexarbeiter/innen und Einwanderer/innen aus Entwicklungsländern, aber auch Menschen, die auf Bluttransfusionen angewiesen waren.

Auch die an AIDS erkrankten Menschen wurden schnell mit dem Stigma der Sündhaftigkeit belegt und AIDS in den Medien als ‚Lustseuche‘ oder ‚Schwulenseuche‘ bezeichnet. Und wie im Mittelalter bei der Lepra gab es auch in Deutschland im 20. Jahrhundert bald Forderungen einzelner Politiker, an AIDS erkrankte Patienten zu isolieren und bestimmte gesellschaftliche Gruppen zu internieren.

Diese Arbeit beschäftigt sich deshalb mit der Frage, wie es zu Stigmatisierungs- und Diskriminierungsprozessen in der Gesellschaft kommt und ob sie sich auf Patienten mit Lepra- und AIDS-Erkrankungen übertragen lassen. Wie sah die Stigmatisierung der Leprösen im Mittelalter aus und inwieweit werden im 20. und 21. Jahrhundert AIDS-Patienten stigmatisiert und in welchem Umfang lassen sich Vergleiche ziehen? Gibt es ein gesellschaftliches Reaktionsmuster auf neu auftretende Infektionskrankheiten, das zeitübergreifend ist? Zudem geht die Arbeit der Frage nach, ob Stigmatisierung als gesellschaftliche Anpassungsreaktion angese-

² Von lat. Seuche

hen werden kann auf zunächst unbekannte und unheilbare Infektionserkrankungen.

3. Material und Methoden

Bei der vorliegenden Arbeit handelt es sich um eine Analyse von Primär- und Sekundärliteratur sowie Angaben von Bildquellen und Zeitzeugenberichten.

Zur Recherche der Quellen über HIV und AIDS erfolgte ein Besuch der AIDS-Hilfe Münster e.V., sowie die Bezugnahme auf den Online Katalog der Zentralbibliothek der Medizin in Münster, ferner das Online Archiv des Center of Disease Control, SPIEGEL Online Archiv, STERN Online Archiv, ZEIT Online Archiv, New York Times Online Archiv, San Francisco Chronicle und Quellen des HIV Buchs. Zudem wurde auf Online-Materialen von AVERT.org (früher: AIDS Education and Research Trust), der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) sowie auf Materialien der Deutschen AIDS-Hilfe zurückgegriffen.

Ferner habe ich die Ergebnisse der Umfrage über Stigmatisierung von AIDS-Betroffenen, die die Organisation Deutsche AIDS-Hilfe zusammen mit UNAIDS und Global Network of People living with HIV (GNP+) unter dem Forschungsprojekt „Positive Stimmen“ in Deutschland und weltweit unter PLHIV Stigma Index online zur Verfügung gestellt haben, für meine Arbeit verwendet. Diese Umfrage erfolgte aufgrund einer weltweiten Initiative in New York; die herangezogenen Ergebnisse beziehen sich aber auf die Umfrage in Deutschland. Es handelt sich bei dieser Umfrage um Stigmatisierungserfahrungen von HIV-positiven in Deutschland lebenden Menschen. Auch die Interviewer waren HIV-positiv.

Zum Thema Stigmatisierung habe ich mich sowohl auf Buch- und Aufsatzveröffentlichungen als auch Online-Veröffentlichungen im Internet bezogen. Dabei wurden auch Zeitzeugen mit einbezogen.

Im Gegensatz zu den Umfrageergebnissen über Stigmatisierung von HIV-Positiven aus der Sicht der Betroffenen ist diese Perspektive aufgrund fehlender Quellenlage zum Thema Lepra im Mittelalter nicht möglich. Hier handelt es sich um eine Analyse der Sekundärliteratur und einzelner Quellen, wie die Hausordnung des Leprosenhauses ‚Kinderhaus‘ (Deutsches Aussätzigen-Hilfswerk Akti-

ongemeinschaft Münster 1989:31) und einzelner Bilder und die Rückschlüsse, die man aus den überlieferten Zahlen und Fakten schließen kann.

Auch zum Thema Lepra habe ich durch einen Besuch des einzigen Lepra-Museums in Deutschland, dem Kinderhaus in Münster, zusätzliche Informationen erhalten. Anbei habe ich Bildquellen sowie die Kinderhausregeln mit aufgeführt.

3.1. Stigmata

3.1.1. Entwicklung des Stigma-Begriffs

Das Wort Stigma leitet sich aus dem griechischen Wort *στίγμα* ab, bedeutet wörtlich ‚Stich‘, aber auch ‚Zeichen‘ und ‚Brandmal‘ (Duden online).

„Die Griechen, die offenbar viel für Anschauungshilfen übrig hatten, schufen den Begriff Stigma als Verweis auf körperliche Zeichen, die dazu bestimmt waren, etwas Ungewöhnliches oder Schlechtes über den moralischen Zustand des Zeichenträgers zu offenbaren. Die Zeichen wurden in den Körper geschnitten oder gebrannt und taten öffentlich kund, dass der Träger ein Sklave, ein Verbrecher oder ein Verräter war – eine gebrandmarkte, rituell für unrein erklärte Person, die gemieden werden sollte, vor allem auf öffentlichen Plätzen.“ (Goffman 1975:9)

Durch das Christentum erhielt der Begriff Stigma eine zusätzliche positive Bedeutung, zumeist im metaphorischen Sinne: zum einen wurden die Wundmale Christi als Stigmata bezeichnet, zum anderen aber auch Wundmale an lebenden Personen, die in ihrer Form an die Wundmale Christi erinnern, als ein Zeichen der Gnade Gottes.

Auch in der modernen Medizin wird der Begriff Stigma verwendet, zum Beispiel für die Leberhautzeichen, die eine Leberschädigung äußerlich kenntlich machen. Der Begriff Stigma ist ebenfalls ein Fachbegriff aus der Botanik (Narbe), der Biologie (Augenfleck) und der Zoologie (Atemöffnung bei Insekten, Spinnen, Tausendfüßlern) (Duden online).

Heutzutage wird der Begriff des Stigmas fast ausschließlich nur noch in seinem wörtlichen Sinn verwendet und wird „eher auf die Unehre [des Betroffenen] selbst als auf deren körperliche Erscheinungsweise angewandt.“ (Goffman 1975:9)

Aus soziologischer Sicht befasste sich der Amerikaner Erving Goffman als erster mit dem Begriff „Stigma“ und dem Prozess der „Stigmatisierung“. In seinem Werk „Stigma. Notes on the Management of Spoiled Identity“ (Goffman 1975)

legte er den Grundstein für die moderne Stigmaforschung. Inzwischen hat der Begriff ‚Stigma‘ im Wörterbuch der Soziologie Eingang gefunden und wird definiert als „ein physisches, psychisches oder soziales Merkmal, durch das eine Person sich von den übrigen Mitgliedern einer Gesellschaft oder Gruppe, der sie angehört, negativ unterscheidet und das sie von vollständiger sozialer Anerkennung ausschließt“ (Schäfers 1995:354).

Der Begriff Stigmatisierung wird seit Goffman für Definitions- und Ausgliederungsprozesse aus der Gesellschaft verwendet. Im Gegensatz zur früheren Devianzforschung, in der man Devianz als Andersartigkeit auffasste und es im Vergleich zum „Normalen“ zu erklären versuchte, geht man heute davon aus, dass Devianz „das Resultat sozialer Festlegungsprozesse ist, in denen Verhaltensweisen oder Eigenschaften als ‚deviant‘ definiert werden“ (im Folgenden Hohmeier 1975:2). Da aber die Gesellschaft festlegt, welche Eigenschaften oder Verhaltensweisen als deviant anzusehen sind, ist diese Definition von abweichendem Verhalten vom historischen Kontext und den jeweiligen gesellschaftlichen Normen abhängig. Und ein Devianter ist „eine Person, der ein bestimmtes Etikett erfolgreich zugeschrieben worden ist“ (2). Hohmeier stellt fest, dass „nicht die unterstellte Andersartigkeit bestimmter Personen oder Gruppen, sondern der Definitionsprozess, der diese Andersartigkeit festlegt, sowie dessen Folgen, die häufig in der Ausgliederung der Definierten bestehen“, soziologische Relevanz besitzen (2).

Die Grundlagen für die Erforschung der Mechanismen und der Folgen dieses sozialen Definitionsprozesses hat Goffman in seiner Arbeit über Stigmatisierung gelegt.

In den sozialen Interaktionen dienen Kategorisierungen von Personen als Orientierungshilfe. Sie ermöglichen es einer Person, sein bisher unbekanntes Gegenüber aufgrund gemachter Erfahrungen auf den ersten Blick einzuschätzen, seine Kategorie, seine Eigenschaften, seine soziale Identität zu antizipieren. Diese Antizipationen sind unbewusst und verbinden gleichzeitig normative Erwartungen an das Gegenüber. Goffman nennt diese „Charakterisierung im Effekt“ eine „virtuale soziale Identität“. Als „aktuelle soziale Identität“ bezeichnet Goffman die Kategorie und die Attribute, deren Besitz dem Individuum tatsächlich bewiesen werden konnte. Stellt sich nun heraus, dass das Gegenüber eine Eigenschaft be-

sitzt, die nicht zu der angenommenen Personenkategorie passt, führt dieses Attribut zu einer neuen, meist schlechteren Kategorisierung. Dieses Attribut mit diskreditierender Wirkung nennt Goffman Stigma. Es ‚konstituiert eine besondere Diskrepanz zwischen virtueller und aktueller sozialer Identität‘ (Goffman 1975:11).

„Der Terminus Stigma wird also in bezug auf eine Eigenschaft gebraucht werden, die zutiefst diskreditierend ist, aber es sollte gesehen werden, daß es einer Begriffssprache von Relationen, nicht von Eigenschaften bedarf. Ein und dieselbe Eigenschaft vermag den einen Typus zu stigmatisieren, während sie die Normalität eines anderen bestätigt, ist daher als ein Ding an sich weder kreditierend noch diskreditierend.“ (Goffman 1975:11)

Als Beispiel führt Goffman einen Jungen aus der Mittelschicht an, der eine Bücherei besucht. Ein Verhalten, das von der gesellschaftlichen Umgebung des Jungen als normal angesehen wird. Als nächstes beschreibt aber ein Berufsverbrecher, dass er immer heimlich in eine Bücherei gegangen ist aus Angst, von seinen Bekannten dabei gesehen zu werden. Eine Eigenschaft oder ein Verhalten wird erst dann zum Stigma, wenn sie vom sozialen Umfeld bzw. der Gesellschaft als normabweichend aufgefasst und negativ bewertet wird.

Für Stigmata ist es charakteristisch, dass nicht nur ein Merkmal negativ definiert wird, sondern dass dem Stigmatisierten weitere negative Eigenschaften zugeschrieben werden, die mit dem tatsächlich gegebenen Merkmal objektiv nichts mehr zu tun haben (Hohmeier 1975:2). Stigmatisierungen sind „Generalisierungen, die sich auf die Gesamtperson in allen ihren sozialen Bezügen erstrecken. Das Stigma wird zu einem ‚master status‘, der wie keine andere Tatsache die Stellung einer Person in der Gesellschaft sowie den Umgang anderer Menschen mit ihr bestimmt.“ (Schur (1971:52), zitiert nach Hohmeier 1975: 3)

Hohmeier führt für die Stigmatisierung und Generalisierung zwei Beispieluntersuchungen an. Nach Lautmann (Lautmann et al. 1972 zitiert nach Hohmeier 1975: 3) zeigt eine Untersuchung in der Bundesrepublik, dass ein Blinder nicht nur als eine Person mit einer Sehbehinderung wahrgenommen wird, sondern darüber hinaus auch als ‚traurig‘, ‚ernst‘, ‚hilflos‘, ‚kontaktgehemmt und zu nichts zu gebrauchen‘. Als positives Stigma wird dem Blinden aber auch eine besondere ‚Intuitionsgabe‘ und ein ‚verbessertes Gehör‘ (3) zugeschrieben. Ein Homosexueller ist nicht nur eine Person, die ihre Sexualität in einer Weise lebt, die von der Bevölke-

rungsmehrheit abweicht, sondern ihr werden daneben die Eigenschaften ‚weich‘, ‚triebhaft‘, ‚schwach‘, ‚unsympathisch‘ und ‚ekelhaft‘ zugeschrieben (Schmidt/Sigusch 1967 zitiert nach Hohmeier, 1975:3). Als positives Stigma ist in dieser Untersuchung die dem Homosexuellen nachgesagte ‚künstlerische Sensibilität‘ aufgeführt.

Goffman unterteilt Stigmata in drei Typen:

1. verschiedene physische Deformationen,
2. „individuelle Charakterfehler, wahrgenommen als Willensschwäche, beherrschende oder unnatürliche Leidenschaften, tückische und starre Meinungen und Unehrenhaftigkeit, welche alle hergeleitet werden aus einem bekannten Katalog, zum Beispiel von Geistesverwirrung, Gefängnishaft, Sucht, Alkoholismus, Homosexualität, Arbeitslosigkeit, Selbstmordversuchen und radikalem politischen Verhalten.“ (Goffman 1975:15)
3. Phylogenetische Stigmata, bedingt durch Rasse, Nation und Religion (Goffman 1975:15).

Allen drei Gruppen gemeinsam ist, dass ein Individuum ein Merkmal besitzt, das in unerwünschter Weise anders ist, als der „Normale“, d.h. der Konformtreue antizipiert hat (Berjot/Gillet 2011:3ff). Goffmans Kategorisierung wird in mehreren aktuelleren Abhandlungen zu diesem Thema dahingehend kritisiert, als dass seine Kategorisierung eher auf ähnlichen Stigmata beruht und nicht auf gemeinsamen Charakteristiken verschiedener Stigmata. Dadurch könne man weder voraussagen, wie Menschen auf stigmatisierte Personen in ihrem Umfeld reagieren, noch wie stigmatisierte Individuen auf Diskriminierung und das Dasein als Ausgestoßener reagieren. In der noch heute anerkannten Kategorisierung nach Crocker et al. (1998: 504ff) unterscheidet man ‚sichtbare‘ von ‚nicht sichtbaren‘ und ‚kontrollierbare‘ von ‚nicht kontrollierbaren‘ Stigmata. Die Übergänge können dabei fließend sein. So genügt häufig schon der Verdacht, um die Stigmatisierung einer Person zu bewirken. Auslöser können der Besuch von bestimmten Orten sein, so zum Beispiel, wenn ein Mann Lokale aufsucht, die als Homosexuellentreffpunkt

bekannt sind³, aber auch der Kontakt mit Kontrollinstanzen, wie ein Aufenthalt in einer psychiatrischen Klinik.

Auch der Aspekt der Kontrollierbarkeit lässt sich nicht immer abgrenzen. Nach Berjot et Gillet bezieht sich die Kontrollierbarkeit darauf, dass die Ursache beziehungsweise der Auslöser des Stigmas kontrollierbar ist. Das heißt, dass (1) die stigmatisierte Person verantwortlich für das Erlangen des Stigmas ist und/oder (2) dass die stigmatisierte Person etwas unternehmen könnte, um das Stigma loszuwerden (Berjot et Gillet 2011:7-10). Berjot et Gillet beziehen sich auf Arbeiten von Hegarty and Golden, 2008 und Weiner et al., 1988; Crocker et al., 1998, in denen Beispiele genannt werden, wie Leute mit einem kontrollierbaren Stigma mehr abgelehnt und ausgeschlossen werden als diejenigen mit einem unkontrollierbaren Stigma.

Im Jahre 1988 kam es zu einem Eklat, als Prinzessin Diana in einer Rede zum Thema AIDS und Aufklärung auf der „World AIDS Convention“ besonders diejenigen „unschuldigen“ Opfer bemitleidete, welche sich unwissentlich durch eine Bluttransfusion oder schon im Mutterleib infiziert hatten und somit implizierte, dass es auch Leute gab, die ihre Erkrankung selbst verschuldet hatten. Dadurch wurde die „All People with AIDS are Innocent“ Kampagne ins Leben gerufen.⁴ Hohmeier stellt zusammenfassend drei Dimensionen für Stigmata fest:

„sie bestehen einmal aus kognitiven Aussagen über Eigenschaften der bezeichneten Person oder Gruppe; sie enthalten zum anderen Bewertungen dieser Eigenschaften; sie geben weiter meist explizit oder implizit an, welches Verhalten dieser Person gegenüber geboten ist. Wie in vielen Fremdstereotypen finden wir auch in Stigmata klischee- und formelhafte Wendungen sowie Symbole von großer Einprägsamkeit und mit hoher Suggestivwirkung“ (Hohmeier 1975:3).

³ 1983 wurde der deutsche Vier-Sterne-General und stellvertretende NATO-Oberbefehlshaber Günter Kießling vorzeitig in den Ruhestand versetzt, weil man ihm wegen seiner angeblichen Homosexualität Erpressbarkeit im Amt vorwarf. Kießling stritt die Homosexualität ab, die einzigen Beweise waren angebliche Besuche in Kölner Lokalen, die der Homosexuellenszene zugeordnet wurden. Die Vorwürfe konnten nie bewiesen werden und Kießling wurde wieder eingestellt, um 1984 ehrenhaft entlassen zu werden.

⁴ "the real tragedy concerns the innocent victims, people who have been infected unknowingly, perhaps as a result of a blood transfusion ... but possibly, worst of all, those babies who are infected in the womb and are born with the virus." Nachzulesen in : Berridge V. (1996) 'AIDS in the UK, the making of policy, 1981-1994' Oxford University Press, p.163

In der neueren Stigmaforschung liegt der Schwerpunkt der Arbeiten auf der Untersuchung der Stigmatisierung psychisch Kranker.⁵ Gerade psychisch Kranke haben darunter zu leiden, dass ihnen nach Feststellung von Verhaltensauffälligkeiten, zum Beispiel von depressiven Symptomen, ein Etikett oder ‚Label‘ aufgedrückt wird und sie dann mit all den negativen Stereotypen in Verbindung gebracht werden, die über diese Krankheit in der Gesellschaft herrschen (Angermeyer 2004:246). Mit diesem Label ‚psychisch krank‘ und dem Stereotyp ‚psychisch Kranke sind unberechenbar und gefährlich‘ wird der Betroffene in eine bestimmte Kategorie eingeordnet, von der die Gesellschaft sich abgrenzt. Der mit dem Label ‚psychisch krank‘ Stigmatisierte wird von der Gesellschaft ausgegrenzt, diskriminiert (Link/Phelan 2001:367). Diese Diskriminierung wird noch dadurch unterstützt, dass auch das medizinische Fachpersonal psychisch Kranke oft stigmatisiert (Corrigan 2002:36 und Knuf 2004:10). Corrigan stellt fest, dass die Tendenz, psychisch Kranke als gefährlich anzusehen, zunimmt (36), während andere Untersuchungen zeigen, dass die Einstufung der Gefährlichkeit einer psychischen Erkrankung kulturabhängig ist (Angermeyer 2004:247).

Auch Link und Phelan betonen die Abhängigkeit von der Kultur bei den Stigmatisierungsprozessen (Link, Phelan 2001:367). Im Rahmen ihrer Labeling-Theorie stellen sie fest, dass am Anfang einer Stigmatisierung immer die Feststellung steht, dass eine Gruppe von Menschen innerhalb einer Gesellschaft anders ist. Anschließend wird ihre differierende, unerwünschte Eigenschaft gekennzeichnet, mit einem ‚Label‘ versehen. In einem zweiten Schritt werden die Angehörigen dieser Gruppe mit negativen Stereotypen belegt, die in der Vorstellung der Gesellschaft dominieren, also zeit- und kulturabhängig sind, und kategorisiert. In einem dritten Schritt wird eine gedanklichen Trennung von dieser Gruppe vollzogen, Link und Phelan bezeichnen es als ‚seperating „us“ from „them“‘ (Link, Phelan 2013:530). In einem vierten Schritt kommt es zu einem Statusverlust der Betroffenen und Diskriminierung, beides abhängig von der Macht der stigmatisierenden Gesellschaft und der stigmatisierten Gruppe.

⁵ Link und Phelan weisen auf die Zunahme der Forschungsarbeiten über Stigmatisierung und Diskriminierung psychisch Kranker in den letzten 2 Jahrzehnten hin (Link/Phelan 2013:525)

3.1.2. Funktionen von Stigmata

Kategorisierungen dienen den Menschen als Erleichterung in der sozialen Interaktion und Stigmata haben dabei eine Orientierungsfunktion (Goffman 1975:10), sie legen eine Normabweichung fest und bestätigen die eigene Normalität. Zudem belohnen sie die eigene Normkonformität, denn ohne Angst vor Stigmatisierung hätte es keinen Vorteil, normkonform zu sein (Hohmeier 1975:4).

Auf gesamtgesellschaftlicher Ebene können Stigmata systemstabilisierend sein. Dabei sind durchgesetzte Stigmatisierungen eine Frage von Macht zwischen Majoritäten und Minoritäten. Stigmatisierungen können dabei von gesellschaftlichen Missständen ablenken (5).⁶

Auch bei der Durchsetzung von Stigmatisierungen gegenüber einzelnen Personen spielt der Machtfaktor eine gravierende Rolle (Link,Phelan 2013: 530). Bei sozial höherstehenden Menschen wird ein nichtregelkonformes Verhalten oft nicht stigmatisiert; so wird zum Beispiel Homosexualität bei Künstlern und Politikern anders bewertet als Homosexualität im eigenen sozialen Umfeld. Gerade in der Stigmatisierung von sexuellem Verhalten zeigt sich die zeitliche Abhängigkeit von Stigmatisierungen in einer Gesellschaft, auch bedingt durch eine Verschiebung des gesellschaftlichen Machtgefüges.⁷ So konnte zum Beispiel das Bekanntwerden einer Homosexualität oder eines unehelichen Kindes noch bis in die 1980er Jahren die berufliche Karriere einer Person des öffentlichen Lebens beenden.

⁶ Vgl. die Judenpogrome im Mittelalter zur Zeit der Pest oder im ‚Dritten Reich‘

⁷ Als der amerikanische Schauspieler Rock Hudson sich öffentlich zu seiner Homosexualität und seiner AIDS – Erkrankung bekannte und andere namhafte Schauspieler und einflussreiche Personen ihn öffentlich unterstützten, kam es zu einer ersten Verschiebung im Machtgefüge.

3.1.3. Folgen der Stigmatisierung

Die Folgen von Stigmatisierung umfassen drei Ebenen: zum einen in der Interaktion des Individuums in der Gesellschaft, in der Interaktion mit Nicht-Stigmatisierten und in der Veränderung des Stigmatisierten in seiner Identität. In allen drei Bereichen geht es für den Stigmatisierten um die Anerkennung als Person und als gesellschaftlicher Partner (Hohmeier 1975:5).

Stigmatisierungen können zum Verlust von bisher ausgeübten Rollen führen oder sie von vornherein unmöglich machen. Dies führt dazu, dass zum Beispiel beruflicher Erfolg davon abhängig wird, ob ein Stigma erfolgreich verborgen werden kann. Und zwar unabhängig davon, inwieweit das stigmatisierende Merkmal sachlich gesehen einen Einfluss auf den ausgeübten Beruf hat. So wird ein Manager das Stigma einer psychischen Erkrankung verbergen aus Angst, als nicht belastbar angesehen zu werden. Bei Bekanntwerden eines bisher verborgenen Stigmas kann es nicht nur zum Verlust des Arbeitsplatzes kommen, sondern als Folge davon zu einem schlechteren Sozialstatus, Kontaktverlust bis hin zur vollständigen Ausgliederung aus der Gesellschaft und im Extremfall zur physischen Vernichtung.

Das Bekanntwerden eines Stigmas hat auch Folgen in der Interaktion mit Nicht-Stigmatisierten. Aufgrund der oben beschriebenen Generalisierung wird jetzt das gesamte Verhalten auf das Stigma bezogen und vor diesem Hintergrund (um)interpretiert. Es geht so weit, dass die gesamte Biographie eines Stigmatisierten an dieses Stigma angepasst wird, ohne dass dabei die Fakten verfälscht werden müssen, da „ein Großteil menschlichen Verhaltens für jeweils unterschiedliche Deutungen offen ist“ (Lofland 1969 zitiert nach Hohmeier 1975:6). Für den Stigmatisierten hat es zur Folge, dass jede seine Reaktionen im Sinne des Stigmas interpretiert wird (Knuf 2004:10). Der Stigmatisierte unterliegt in der Interaktion mit Nicht-Stigmatisierten einer permanenten Anstrengung in der Informationssteuerung, Goffman nennt es „Stigma management“, um Peinlichkeiten zu vermeiden und als vollwertiger Interaktionspartner anerkannt zu werden (Goffman 1975:57ff). Der Stigmatisierte befindet sich dabei immer wieder in einem ‚sozialpsychologischen Neuland‘, muss sich ständig auf sein Gegenüber, das auf sein

Stigma fixiert ist, neu einstellen, wie Barker am Beispiel von Körperbehinderten zeigt (Barker 1948, zitiert nach Goffman 1975:23). Die Folge ist oft, dass der Nicht-Stigmatisierte den Umgang mit zum Beispiel Körperbehinderten meidet aus Angst, sich falsch zu verhalten. Und der Stigmatisierte sieht sich oft nur über sein Stigma definiert und hat dann Schwierigkeiten, seine persönliche Identität aufrecht zu erhalten oder zu entwickeln (Hohmeier 1975:6). Am Ende besteht die Gefahr einer veränderten Persönlichkeit, das heißt, dass auch der Stigmatisierte sich selbst nur noch über sein Stigma definiert. Im Rahmen einer ‚self-fulfilling prophecy‘ (Schur 1971:40ff) nimmt der Stigmatisierte die ihm ständig zugeschriebenen und erwarteten Eigenschaften an. Lemert spricht von einer „sekundären Devianz“. „Häufig beginnt damit eine ‚Karriere‘, in der sich bestimmte Verhaltensmuster des Stigmatisierten und Reaktionen seiner Umwelt gegenseitig bedingen“ (Hohmeier 1975:7).

Aber die Betroffenen müssen sich nicht nur mit der Fremdstigmatisierung durch die Gesellschaft auseinandersetzen, sondern auch mit der Selbststigmatisierung. Der Stigmatisierte ist mit den gesellschaftlichen Normen aufgewachsen und sozialisiert worden, hat die Überzeugungen und Werte der Gesellschaft verinnerlicht. Dementsprechend übernimmt er die negative Beurteilung einer Eigenschaft, die er bei sich selbst feststellt, einschließlich aller Stereotypen und stigmatisiert sich selbst (Knuf 2004:2). Auf diese Selbststigmatisierung reagieren die Betroffenen oft mit Scham und versuchen, die stigmatisierten Eigenschaften zu verbergen oder sie ziehen sich in die gesellschaftliche Isolation zurück. Dabei ist festzustellen, dass Betroffene eine ebenso große Stigmatisierungstendenz gegenüber anderen Betroffenen haben wie Nichtstigmatisierte (Knuf 2004:6). Eine andere Folge der Selbststigmatisierung ist eine große Verunsicherung in der Interaktion mit anderen Menschen aus Furcht vor Ablehnung (Angermeyer 2004:247; Earnshaw, Kalichman 2013/32). Da sie zum Beispiel als HIV-Positiver ihr Stigma erst spät, meist im Erwachsenenalter, erworben haben, wissen sie aufgrund ihrer eigenen Sozialisation, auf welche Ablehnung ihr Stigma stößt.

Aber nicht alle Menschen reagieren auf die Stigmatisierung durch die Gesellschaft im selben Maße. Menschen mit ausgeprägtem Selbstbewusstsein reagieren oft auf Stigmatisierung indifferent oder indigniert und Betroffene, die sich mit der stig-

matisierten Gruppe identifizieren und die mit dem Stigma verbundenen Stereotypen nicht akzeptieren, reagieren auf die Stigmatisierungstendenzen oft unberührt oder verärgert (Corrigan, Watson 2002:47).

Die Sozialisation als Stigmatisierter wird dann oft von Organisationen, die mit der Betreuung und Verwaltung verschiedener Gruppen von Stigmatisierten befasst sind, verfestigt. Es ist dabei nicht von Bedeutung, ob diese Organisationen die Aufgaben der Kontrolle oder Bestrafung haben, wie Polizei, Strafjustiz oder Strafvollzug, oder eigentlich Helfen oder Behandeln sollen, wie verschiedene Behörden der Sozialarbeit, Gesundheitsamt oder Hilfsorganisationen. Um ihre ‚Zielgruppe‘ besser verwalten zu können, werden Kriterien festgelegt, wie die Eigenschaften der Betroffenen aussehen, welche Ursache sie haben und wie sie behandelt werden. Scott stellt fest, dass diese Definitionen oft mehr den Bedürfnissen der Organisation und ihres Personals nach Verwaltung und Kontrolle ihrer Zielgruppe als denen der Klienten entsprechen, die auch in der Regel kaum einen Einfluss auf sie haben (Scott 1967 zitiert nach Hohmeier 1975:8). Psychisch Kranke beklagen zum Beispiel, dass sie in psychiatrischen Kliniken „auf Psychopathologie reduziert werden und jede ihrer Verhaltensweisen sehr kritisch darauf untersucht werden, ob es sich um Anzeichen einer psychischen Erkrankung handeln könnte“ (Knuf 2004:10).

3.2. Stigmatisierung bei Lepra

3.2.1. Lepra: Klinik und Übersicht

Lepra gehört zu den ältesten bekannten Infektionskrankheiten, die auch heute noch in Asien und Südamerika weit verbreitet ist (Butenop 2013:23). In Deutschland gilt die Lepra seit der frühen Neuzeit als nahezu ausgestorben, ist aber weiterhin im gesellschaftlichen Bewusstsein präsent als eine furchtbar entstellende und letztendlich tödliche Krankheit, verbunden mit gesellschaftlichem Ausschluss und dem Makel der Sündhaftigkeit. Durch die religiös-moralische Bewertung und Stigmatisierung des Erkrankten als „Unrein“ bekam die Lepra von Anfang an im Christentum eine einzigartige Sonderstellung innerhalb der Infektionskrankungen.

Die Krankheit Lepra, deren Diagnose und der Umgang mit den Erkrankten wurde bereits in der Bibel ausführlich beschrieben. Diese in der Bibel aufgeführten Handlungsanweisungen gegenüber Lepraerkrankten hatten mangels neuerer medizinischer Erkenntnisse auch im Mittelalter noch Gültigkeit, und als einzig wirksamer Schutz vor Ansteckung galt die Isolation der Erkrankten.

Die starke Verbreitung der Lepra und die chronische Verlaufsform machten aber im Mittelalter Mechanismen der Verwaltung der Erkrankten notwendig. Es wurden medizinische Zentren gebildet, in denen die Diagnose nach festgelegten Untersuchungsschemata gestellt wurde, der Lepraschau. Mit der beurkundeten Diagnose begann der Ausschluss aus der Gesellschaft, entweder als umherwandernder ‚Feldsieche‘ oder mit dem Einzug in ein Leprosorium, einer Institution, die als eine Kombination aus Krankenhaus und Kloster aufzufassen ist. Da der Körper nicht heilbar war, kümmerte man sich zwar um die Pflege, legte den Schwerpunkt aber auf die Läuterung der Seele. Weil als Ursache der Erkrankung eine schwere sündhaftige Verfehlung oder eine Prüfung Gottes angenommen wurde⁸, versprach ein jetzt gottgefälliges Leben eine Belohnung nach dem Tod.

⁸ Vgl. Buch Hiob

Wie dieses gottgefällige Leben aussah, zeigt das Leben im Leprosorium ‚Kinderhaus‘ in Münster.

Mit dem Aufkommen der Leprosorien wurden die Rechte der Leprakranken zum Teil gestärkt, die Stigmatisierung aber blieb unverändert.

Lepra wird durch das *Mycobacterium leprae* verursacht und gilt als eine der ältesten bekannten Infektionskrankheiten, die auch immer noch in Teilen der Entwicklungsländer zu den häufig vorkommenden Seuchen zählt (Toellner 1992:2). Heute ist sie vorwiegend in Asien, Afrika, Latein- und Südamerika verbreitet und tritt nur in geringem Maße in den USA und in Europa auf. Weltweit wird die Zahl der Erkrankten auf 12 bis 15 Millionen geschätzt, in Deutschland registriert das Bundesgesundheitsamt heute nur noch ca. 10 Patienten durchschnittlich pro Jahr (Schwanitz 1992:122). Kennzeichnend für die Krankheit ist eine für eine bakterielle Infektionskrankheit extrem lange Inkubationszeit, eine hoch chronische Verlaufsform und die hohe Anpassungsfähigkeit des Erregers an den Menschen (Toellner 1992:2).

Wie bei anderen Infektionskrankheiten bilden Unter- und Fehlernährung bei mangelhaften hygienischen Verhältnissen einen geeigneten Nährboden für eine Infektion.

Lepra wird von Mensch zu Mensch durch Tröpfcheninfektion übertragen, ist aber auch haematogen möglich (Schwanitz 1992:122ff). Besonders ansteckend ist die lepromatöse Form der Lepra. Die Inkubationszeit beträgt 3-5 Jahre, kann aber in Ausnahmefällen wenige Monate bis über 20 Jahre dauern. Nicht bei allen Menschen, die sich mit Lepra infiziert haben, kommt es zum Ausbruch der Krankheit. Und bei einem hohen Prozentsatz der Erkrankten kommt es zur Ausheilung auch ohne medizinische Behandlung (Graf 1989:33).

Das *Mycobacterium leprae* wurde 1873 von dem Norweger Gerhard Armauer Hansen erstmalig in Bergen, Norwegen, entdeckt. Effektiv medikamentös behandelt werden konnte die Krankheit aber erst 1941, als amerikanische Ärzte erstmalig Sulfone zur Therapie einsetzten (Just 1992:128).

Häufiger als die bakterienreiche lepromatöse ist die tuberculoide Form der Lepra, die weniger ansteckend ist. Zwischen diesen beiden gibt es verschiedene Mischformen, die in unterschiedlicher Weise Symptome der tuberkuloiden und der lepromatösen Lepra zeigen (Schwanitz 1992:124). Als Basis für verschiedene Einteilungssysteme gilt auch heute noch das auf dem Madrider Kongress von 1953 beschlossene Vierklassensystem:

Typ L lepromatöser Polartyp

Typ T tuberkuloider Polartyp

Gruppe I indeterminierte Gruppe

Gruppe B Borderline- oder interpolare Gruppe.

Dabei sind die polaren Formen beziehungsweise Typen in ihrem „klinischen und biologischen Verhalten stabil, während sich die Gruppen in beiden Richtungen verändern können.“ (Schaller 1986:17).

Lepra manifestiert sich an der Haut und am Nervensystem. Je nach Stadium der Krankheit zeigen sich folgende Symptome: Pigmentstörungen, Haarausfall, Sensibilitätsverlust und Deformationen der Extremitäten, zum Teil Erblindung. Die Sensibilitätsstörungen können dabei auch zu einem vollkommenen Verlust jeglicher Empfindsamkeit gegenüber Hitze, Kälte oder Schmerz führen. Diese Empfindungslosigkeit gerade an den Gliedmaßen hatte im Zusammenhang mit den meist katastrophalen hygienischen Verhältnissen im Mittelalter oft zur Folge, dass selbst kleinere Verletzungen an Händen und Füßen nach Infektionen zum Verlust der Gliedmaßen führte.

Die unbehandelte Lepra führt nicht nur zu einer starken Entstellung der Erkrankten, sondern unterscheidet sich auch sonst von anderen Infektionskrankheiten: die jahrelange Inkubationszeit und der geringe Kontagionsindex „erschweren Erkenntnisse über den Übertragungsweg, die Eintrittspforte des Erregers, die Vermehrung des Erregers im Organismus“(Just 1992:129). Der Erreger ist in hoher Konzentration im Nasenschleim nachweisbar und nur im Neunbindengürteltier (*Dasyus novemcinctus*) anzüchtbar.

Im Mittelalter und bis weit in die Neuzeit hinein glaubte man, dass neben der Ansteckung fehlerhafte Säftemischungen die Ursache für die Lepraerkrankung war. Die Humoralpathologie führte die Krankheit auf ein Übermaß an schwarzer Galle zurück, also einer Störung im Stoffwechselhaushalt. Man ging davon aus, dass übermäßig gewürztes Essen, verdorbene Speisen und schlechte Luft zu einer Störung in der Temperierung der Säfte und zu vermehrter Bildung von schwarzer oder auch gelber Galle führen würde (Habrich 1992:57; Keil 1986:86). Die Haut galt im Mittelalter im Wesentlichen als Hülle des menschlichen Körpers und Hautveränderungen hielt man für Ausschwitzungen der kranken Bestandteile aus dem Körperinneren, deren genaues Aussehen für den Arzt bei der Diagnostik deshalb auch uninteressant war. Ehring (1992:76) sieht darin auch die Begründung für ein Fehlen von detaillierten Zeichnungen in medizinischen Büchern des Mittelalters, obwohl die technische Fertigkeit durchaus vorhanden war, wie die Bilder von Jan van Eyck um 1400 und dem Meister von Flemalle zeigen, die den menschlichen Körper in fotografischer Genauigkeit malten (vgl. auch Kuder 1986:223). So sind die hautverändernden Folgen einer Lepraerkrankung in der Kunst des Mittelalters viel detailgetreuer als in den medizinischen Abhandlungen dargestellt.

Die äußerlich sichtbaren Folgen der Lepra führten im Laufe der Jahrhunderte auch zu unterschiedlichen Bezeichnungen der Krankheit. So wurde die Lepra, eine Bezeichnung, die erst seit dem Mittelalter gebräuchlich ist, in der römischen Kaiserzeit *Elephantiasis* genannt und bezieht sich auf die Veränderungen der Haut, die als ledern, dick und schwärzlich geschildert wird (Belker/Menn 1992:8). Die Bezeichnung *Leontiasis* beschreibt die Veränderungen im Gesicht des Leprösen:

„Die Augenbrauen treten dick und haarlos hervor und hängen welk über den Augen, die Backen blähen sich auf und die Stirn schwillt stark an, der Kranke sieht aus wie ein zorniger Löwe oder wie ein Satyr, [...] weshalb auch der Name Satyriasis vorkommt“ (Toellner 1992:4).

Die deutsche Bezeichnung Aussatz und Aussätzigkeit wird durch Luthers Bibelübersetzung eingeführt und bezieht sich nicht auf die Symptome, sondern auf die sozialen Folgen der Krankheit. Ein anderes Synonym war Miselsucht oder mittelhochdeutsch miselsuht, abgeleitet von dem lateinischen misellus (elend, unglücklich).

Heute versucht man eine Umbenennung der Lepra in die neutrale Bezeichnung Hansen-Krankheit nach dem Entdecker des Leprabakteriums durchzusetzen, da ‚Lepra‘ immer noch mit einem starken Stigma behaftet ist.

3.2.2. Geschichte der Lepra in Deutschland



Abbildung 1:
Hiob als Leprakranker

Zur Bildüberschrift:

Gott gab/Gott nahm Haus/ Hof/ Kind/ Gut
Und setzte mich unter die Herrschaft des Teufels.
Mein Weib /und Familie peinigten mich/
Noch erleide ich alles geduldig.

Lateinischer Text: Sage Gott ab, und stirb! (Hiob 2:9 Die Bibel, Luther Übersetzung revidierte Fassung 1912) (Toellner 1992:3)

Lepra ist in Europa eine der ältesten bekannten chronisch verlaufenden Infektionskrankheiten. Schon im Alten Testament wird im 3. Buch Mose ausführlich beschrieben, wie Lepra diagnostiziert werden kann, und die Regeln für den Umgang mit den Erkrankten, die bis ins Mittelalter Gültigkeit haben, festgelegt:

„Und der Herr redete mit Mose und Aaron und sprach: Wenn bei einem Menschen an seiner Haut eine Erhöhung oder ein Ausschlag oder ein weißer Flecken entsteht und zu einer aussätzigen Stelle an der Haut wird, soll man ihn zu Priester Aaron führen oder zu einem unter seinen Söhnen, den Priestern. Und wenn der Priester die Stelle an der Haut sieht, dass die Haare dort weiß geworden sind und die Stelle tiefer ist als die übrige Haut, so ist es eine aussätzige Stelle. Wenn der Priester das an ihm sieht, soll er ihn unrein sprechen.“ (3. Mose 14)

In den nächsten Versen stehen genaue Handlungsanweisungen, wie die Priester die Krankheit feststellen können und wie sie die Leprösen behandeln sollen. Es wird erklärt, wie mit Zweifelsfällen umgegangen werden soll: Isolation, wiederholte Körperbeschau, etc.. Die Lepra und der Umgang mit der Krankheit und den Erkrankten werden in der Bibel sehr ausführlich bis einschließlich 3. Buch Mose, 14 behandelt. Schon an dieser Stelle wird die Stigmatisierung der Erkrankten deutlich, wenn die Kennzeichnung der ‚Unreinen‘ gefordert wird:

„Wer nun aussätzig ist, soll zerrissene Kleider tragen und das Haar lose und den Bart verhüllt und soll rufen: Unrein, Unrein! Und so lange die Stelle an ihm ist, soll er unrein sein, allein wohnen, und seine Wohnung soll außerhalb des Lagers sein“ (3. Mose 13,45 ff).

Die nächsten Verse beziehen sich auf die Feststellung von unreiner, aussätziger Kleidung und vom Aussatz befallener Häuser, ihrer Reinigung bzw. die Anweisung, alles zu verbrennen, wenn eine Reinigung erfolglos bleibt.⁹

Diese Bibelstellen¹⁰ bestimmten über Jahrhunderte das Schicksal der an Lepra Erkrankten und die Reaktion der Gesellschaft auf die Leprösen. Der Lepröse litt nicht nur an einer Krankheit, diese Krankheit war zugleich ein Zeichen einer religiösen Verfehlung, er wurde ‚unrein‘ (Belker 1989a:42). Auch wenn man heute sicher ist, dass die beschriebenen Symptome sich nicht nur auf Lepra beziehen, sondern eher auf andere Hautkrankheiten mit sichtbaren Stigmata wie z.B. die

⁹ Bei dem ‚Aussatz‘ von Kleidung und Häusern ist sicherlich Schimmelbefall gemeint.

¹⁰ Andere Stellen in der Bibel, die sich mit Aussatz befassen: Der Dulder Hiob: Buch Hiob 1,7b Hiob 42,10. Der arme Lazarus Lukas 16,19-31 Parabel vom reichen Prasser und armen Lazarus, Neue Testament: Jesus heilt Aussätzigen als 1. Wundertat (Markus 1,41) „Was ihr getan habt einem von diesen meinen geringsten Brüdern, das habt ihr mir getan“.

Psoriasis hindeuten, machte die genaue medizinische Diagnostik für die Betroffenen keinen Unterschied: zeigte man oben beschriebene Symptome, bedeutete es für den Betroffenen den Ausschluss aus der Familie und Gesellschaft, das 'Ausgesetztsein'.

Heutzutage geht man davon aus, dass Lepra aus Asien über den arabischen-nordafrikanischen Raum in der Antike nach Griechenland kam. So finden sich frühe Belege für Lepra in alten ägyptischen Schriftstücken aus der 2. Hälfte des 1. Jahrtausend vor Chr., „in denen Begriffe und Verhaltensregeln für Krankheiten aufgeführt sind, die mit Aussatz gleichzusetzen sind.“¹¹ Im 3. Jahrhundert vor Chr. beschreiben griechische Ärzte unter dem Begriff „Elephantiasis“ - heute nur noch bezogen auf das hochgradig entstellende Lymphödem - die knotenbildende lepromatöse Form der Krankheit. Von Griechenland gelangte der Aussatz später in das römische Reich und mit den römischen Soldaten von Kleinasien nach ganz Europa (Belker/Menn 1992:9).

Die genauen Voraussetzungen für das Ausbrechen und die Verbreitung sowie Verschwinden dieser Krankheit sind bis heute nicht eindeutig geklärt. Zwischen dem 1. und 5. Jahrhundert breitete sich die Lepra in Mittel- und Nordeuropa aus. Auch wenn keine genauen Zahlen belegt sind, kann man davon ausgehen, dass die Lepra ab dem 6. Jahrhundert weit verbreitet und zu einem allgemeinen Problem geworden war, da sich seit der Synode von Orléans im Jahre 511 jedes Konzil mit der Lepra beschäftigt hat und die Kirche nach Wegen suchte, die Regeln für den Umgang mit Leprösen festsetzten. Auch die weltliche Rechtsprechung legte in ihren Gesetzen fest, wie der Ausschluss der Leprösen aus der Gesellschaft auszu- sehen hatte, so im langobardischen Edictus Rothari 643n. Chr. und 789n. Chr. im fränkischen Reichsgesetz Karls des Großen.

Unter kirchlicher Aufsicht entstanden auch die ersten Leprosorien im mitteleuropäischen Raum, das älteste ist in Frankreich 460 n.Chr. in St. Oyen belegt (Uhrmacher 2000:5). Ein Leprosorium war eine Art Sonderform eines Hospitals nur

¹¹ Belker führt an, dass auch in der altindischen Gedichtsammlung „Atharvaveda“ Belege für das Vorkommen von Lepra hindeuten (Belker 1989a:42).

für Leprakranke, das klosterähnliche Strukturen aufwies. Ab 636 n. Chr. gibt es Belege für Leprosorien in Metz, Maastricht und Verdun. Die ersten Belege für Leprosorien auf dem Gebiet der heutigen Bundesrepublik finden sich im 12. Jahrhundert, so in Winkel am Rhein 1106, Passau 1160, Kehlheim 1168 Köln-Melaten 1180, Halberstadt 1195, Aachen 1230 (Uhrmacher 2000:5). Bis zum Ende des 13. Jahrhunderts, in diesem Jahrhundert geht man von der größten Verbreitung der Lepra aus, gab es dann flächendeckend in der Nähe aller Städte und größerer Ortschaften Leprosorien (Keil 1986:86).

Deuten die Anzahl der Leprosorien auch auf eine weite Verbreitung der Krankheit hin, so ist man sich aufgrund der schlechten Quellenlage über die Höhe der Krankheitszahlen uneinig. In der Literatur sprachen die Historiker lange Zeit von einer Volksseuche, die in der Verbreitungszahl gleich nach der Pest kam. Heute modifiziert man aber die Verbreitungszahl stark. Da die Leprosorien in den Belegungszahlen stark differierten und nicht alle Leprakranken in Leprosorien untergebracht waren, fehlen genauere Zahlen. Im 14. Und 15. Jahrhundert scheint die Lepra im deutschen Sprachraum stark zurückgegangen zu sein. Ob die Pest (1347-1352) gerade die immungeschwächten Lepräsen getötet hatte oder die Isolation die Verbreitung der Krankheit verhinderte, kann nicht genau bestimmt werden. Nach einem Wiederaufflackern der Seuche Anfang des 16. Jahrhunderts mit einem Gipfelpunkt zwischen 1530 und 1560 ist der Aussatz um 1580 in Europa mit einigen Ausnahmen, so in Skandinavien, nahezu erloschen (Keil 1986:86).

3.2.3. Lepraschau

Blut/harn/ knoll/drüsen/glyder fül/
Des atems gftanck/vñ zeychen vil

Für wahr red ich/die zeygen an/
Dz dißer sey ein miltzig man.

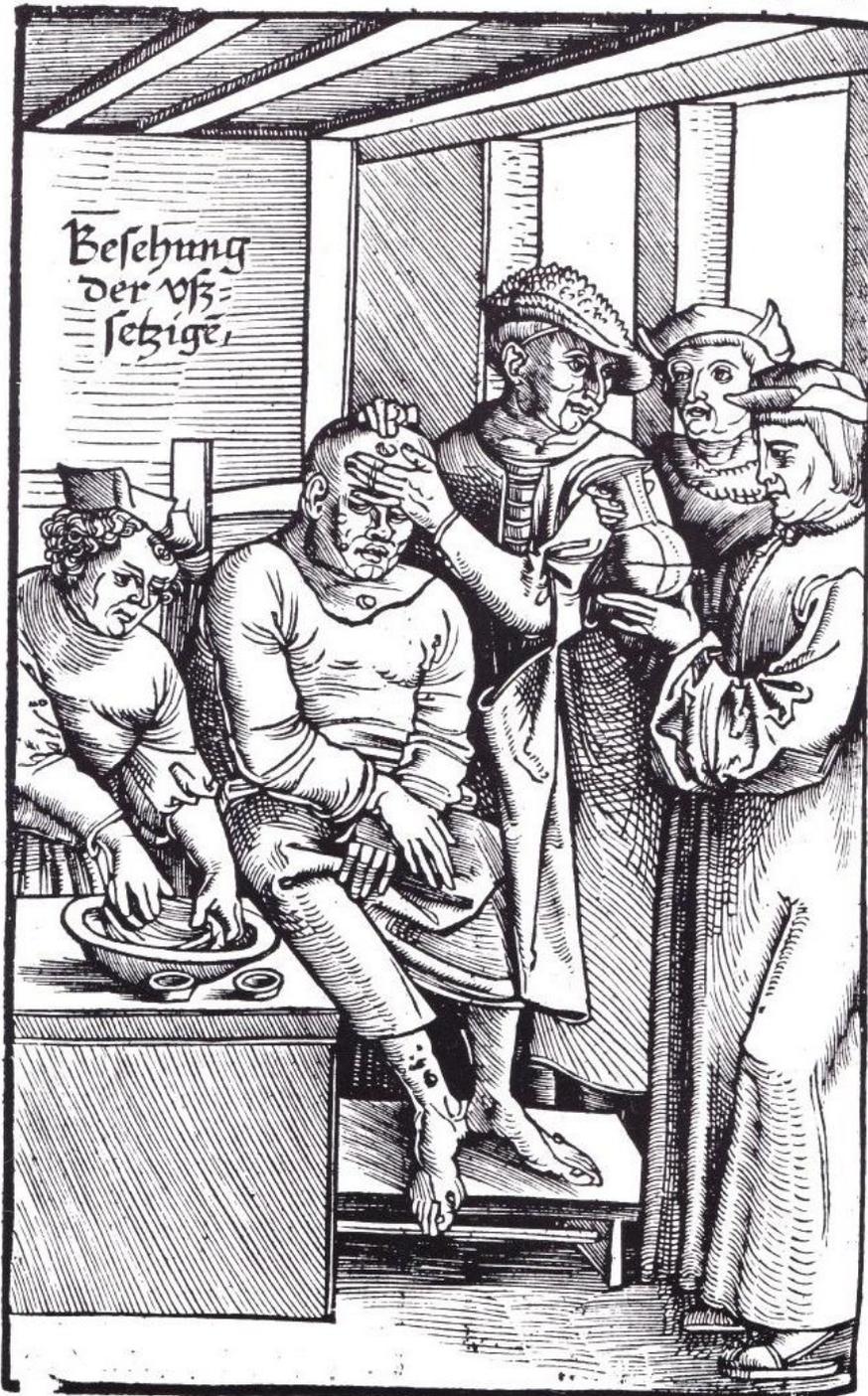


Abbildung 15: Besehung der vßsetzige
Holzschnitt, Johann Wechtelin zugeschrieben, zwischen 1502 und 1526 in Straßburg nachgewiesen

Zur Bildüberschrift:
Blut/Harn/Klumpen/Beulen/ Gliederfäule,
Des Atems Gestank/und Zeichen viel/
Fürwahr sag ich/die zeigen an,
Dass dieser sei ein aussätziger Mann. (Toellner 1992:77)

Die Zunahme der Bevölkerung und die wachsende Anzahl der auf engem Raum in den Städten zusammenlebenden Menschen führten dazu, dass sich bei Kirche und Städten im Umgang mit den Leprakranken feste Organisationsformen herausbildeten.

Da es im Mittelalter weiterhin keine wirksame Therapie gegen Lepra gab und die Übertragungswege unbekannt waren, galt immer noch die im Buch Leviticus vorgegebene Vorgehensweise der Isolation der Erkrankten als Schutz der Gesunden vor Ansteckung.

Bestand bei einem Menschen der Verdacht auf Lepra, wurde er einem Priester vorgeführt, der dann entschied, ob ein Erkrankter leprös war oder nicht. Später wurde diese Aufgabe auch Rittern der Heeresversammlung übertragen. Mit der Zunahme der Krankheitsfälle und mit der Zusammenfassung der Leprösen in Leprosenhäusern übernahmen die Leprosenmeister, das waren die erfahrensten Leprakranken in den Leprosorien, die Feststellung der Diagnose. Ab dem 13. Jahrhundert wurden Wundärzte und Stadtphysiker mit der Aufgabe betraut und erst im Spätmittelalter bildeten sich Lepraschauzentren aus Ärzten und Scherern oder in den medizinischen Fakultäten der Universitäten heraus (Belker/Menn 1992:10).

Angezeigt wurden die Erkrankten meist von der eigenen Familie oder den Nachbarn bei der Stadtbehörde, dem Bürgermeister und dem Rat der Stadt (Reicke 1932:270). Eine Anzeigepflicht bestand unter Androhung der Exkommunizierung für die zuständigen Pfarrer (Keil 1986:88). Aber auch Ärzte, Bader und Scherer waren eidlich dazu verpflichtet (Reicke 1932:269).

Der Lepraverdächtige musste sich dann innerhalb einer bestimmten Frist zur Lepraschau, dem ‚examen leprosum‘, einfinden. Wie schon in der Bibel beschrieben, wurde bei einer eindeutigen Diagnose das Urteil ‚mundus‘ oder ‚immundus et leprosus‘ gesprochen. Konnte man bei der Lepraschau nicht zu einem eindeutigen Urteil kommen, wurde der Lepraverdächtige wieder vorgeladen. Sowohl die Untersuchung auf eindeutige und nicht eindeutige Leprazeichen, als auch der Rhythmus der Wiedervorstellung folgte über Jahrhunderte einem festgelegten Schema.

Der im Jahre 1250 gestorbene englische Arzt Gilbert fasste in der frühesten aus dem Mittelalter überlieferten Liste von Leprasymptomen 27 Punkte zusammen. Die erste klar und übersichtlich gegliederte Anleitung zur praktischen Lepradiagnostik stammte vom Franzosen Guy Chauliac (1300-1368) (Keil 1986:87).

Entsprechend der damaligen Auffassung der Humeralpathologie untersuchten die Ärzte die Kranken auf folgende Symptome:

- Die Nadelprobe zur Sensibilitätsprüfung als wichtigstes Verfahren der Früherkennung.
- Die Nasenprobe, in der die Nasengänge auf Geschwulstbildung und Kontraktionen untersucht wurde.
- Die Singprobe, um Kehlkopfveränderungen festzustellen.
- Die Daumenballenprobe zur Feststellung eines bestehenden Muskelschwunds.
- Die Seihprobe, eine Blutprobe, bei der durch Seihen nach erdigen Rückständen im Blut des Kranken gesucht wurde (Keil 1986:87).

Das Urteil der Lepraschaukommission wurde in einem Lepraschaubrief festgehalten und wenn es ‚immundus et leprosus‘ lautete, änderte sich das Leben des Erkrankten von diesem Moment an radikal. Da die Diagnose für den Betroffenen so einschneidende Konsequenzen hatte, ging man bei der Untersuchung sehr gewissenhaft vor. War der als leprös Befundene mit dem Urteil nicht einverstanden, dann hatte er die Möglichkeit einer zweiten Untersuchung in einem Zentrum in der Nähe. Bekannte Lepraschauptentren waren unter anderem das Leprosorium in Köln-Melaten und später auch die Medizinische Fakultät der Universität in Köln (Uhrmacher 2000: 15). Lepra-Untersuchungsprotokolle für den Zeitraum 1491-1664 belegen, dass von 179 Fällen nur 10 als leprös eingestuft worden waren (15). Kranke aus dem Raum Dortmund oder Münster, die mit ihrem Befund nicht einverstanden waren, wurden auch nach Köln zur Zweituntersuchung geschickt. Das Urteil dieser Lepraschaukommission war dann endgültig. Die Städte selbst hatten großes Interesse daran, dass es zu keinen Fehldiagnosen kam, da jeder mit einem Lepraschaubrief ausgestattete Bürger einer Stadt automatisch dann ein Anrecht

erworben hatte, in dem Leprosorium seiner Stadt bis zu seinem Lebensende versorgt zu werden.

Nach dem Urteil ‚*immundus et leprosus*‘ musste der Erkrankte zur äußeren Kennzeichnung festgelegte Leprosenkleidung tragen. Diese Kleidung konnte zeitlich und regional differieren, blieb in ihren Hauptbestandteilen aber gleich, da sie immer zwei verschiedene Funktionen erfüllen musste: Das Verhüllen, um der Umgebung den Anblick der durch die Krankheit verursachten Entstellungen zu ersparen und der Schutz der Gesunden vor Ansteckung durch direkten Kontakt. Zur Leprakleidung gehörten ein langer grauer oder schwarzer Mantel, lange Hosen, ein breitkrepmpiger Hut, ähnlich einem Pilgerhut, Handschuhe und Schuhe. Ferner eine Leprosenklapper oder ein anderes akustisches Warnsignal, mit der die Leprösen die Gesunden warnen sollten, sich ihnen zu nähern. Auch der Zeigestock diente dazu, auf Gegenstände, die der Erkrankte haben wollte, hinzuweisen, ohne diesen durch direkten Körperkontakt zu berühren.

Diese Tracht der Leprösen änderte sich vom Hohen Mittelalter bis zum endgültigen Erlöschen der Krankheit im 18. Jahrhundert kaum, wodurch der Aussätzige schon von weitem an der Kleidung erkannt und gemieden werden konnte (Uhrmacher 2000:13).

3.2.4. Leprosorien in Deutschland

Mit dem Urteil ‚Immundus et leprosus‘ im Lepraschaubrief änderte sich das Leben des Erkrankten radikal. Von der Familie und Gesellschaft verstoßen, wurde sein gesellschaftlicher Tod, zeitlich und regional unterschiedlich, durch bestimmte Rituale, z. B. Toten- oder Aussegnungsfeiern, öffentlich bekräftigt.

Wie in der Bibel schon festgelegt, musste jeder Erkrankte, bei dem Aussatz festgestellt wurde, die Familie und den Stammesverband verlassen. Fortan lebte er als sogenannter vagierender ‚Feldsieche‘ in Hütten oder Zelten vor den Toren der Stadt oder einer Ortschaft, gekennzeichnet durch seine Leprakleidung. Er durfte sich den Gesunden auf Distanz nähern, um Almosen zu erbetteln. Regelmäßige Unterstützung oder medizinische Versorgung gab es für ihn nicht. Nach dem Tod wurden seine Habseligkeiten und Hütten verbrannt. Die Situation für die wandernden Feldsiechen verschlechterte sich noch mit dem Aufkommen der festen Leprosorien. Die Städte hatten ihre Bürger, die erkrankten, in den eigenen Siechenhäusern untergebracht. Wandernde und bettelnde Leprakranke wurden nach spätestens einer Nacht der Stadt verwiesen, da sie auch in Konkurrenz zu den almosensammelnden eigenen Leprösen standen. Da seit dem 13. Jahrhundert nahezu jede Ortschaft ein Siechenhaus hatte, waren die Feldsiechen Lepröse, die in den Leprosorien keine Aufnahme fanden, entweder wegen Überfüllung oder weil sie die Pfründe nicht aufbringen konnten. Oder aber sie wollten sich den strengen Leprosorienordnungen nicht unterordnen bzw. waren aus den Siechenhäusern vertrieben worden, weil sie gegen die strengen Hausordnungen in irgendeiner Form verstoßen hatten.

Im Mittelalter änderte sich die Situation für die Leprakranken. Die Bevölkerungszunahme und das enge Zusammenleben in den wachsenden Städten führten zu einer Ausbreitung der Lepraerkrankungen. Es reichte nicht mehr, die vielen Erkrankten, die aus allen Gesellschaftsschichten kamen, aus der Stadt zu weisen. Man benötigte eine neue Organisationsform zur Isolierung und Unterbringung der Leprösen. Die Zunahme der Städtegründungen und das Wachsen der Städte hatten zu einem vermehrten Reichtum der Bürger geführt und in Verbindung mit dem christlichen Gedanken der Fürsorge kam es zu einem Wandel in der Einstellung

zu den Aussätzigen. Unter der Obhut der Kirche und der Städte kam es seit dem 12. Jahrhundert vermehrt zu Gründungen von Leprosorien, das waren Häuser, in denen Leprakranke untergebracht und versorgt wurden.

Die Grundlagen für die Etablierung des Leprosenwesens wurden auf dem 3. Laterankonzil 1179 gelegt, als den Leprosorien Kirchen, Friedhöfe und eigene Seelsorger gewährt wurden (Uhrmacher 2000:19). Zwischen dem 13. Und 15. Jahrhundert gibt es Belege für ein flächendeckendes Vorkommen der Leprosenhäuser im deutschsprachigen Raum.¹² Die Bezeichnungen für die Leprosorien waren sehr unterschiedlich: Siechenhaus, Sondersiechenhaus, Gutleuthaus, Melatenhaus und Kinderhaus.¹³ Die Leprosorien selbst hatten oft Namen nach den Schutzheiligen, wie St. Lazarus oder St. Jürgen.

Die Leprosorien waren in ihrer Form sehr unterschiedlich, nicht nur in Bezug auf ihre Größe. Reicke bezeichnet sie als Sonderform eines Spitals, die erst unter kirchlicher und später in der Regel unter städtischer Verwaltung standen. Gleichzeitig wiesen sie in ihrer Organisation klosterähnliche Strukturen auf und unterschieden sich auch insofern von den Spitälern, als dass die Intention nicht die Heilung - Lepra galt als unheilbar - sondern die Isolation und Versorgung der Insassen war (Reicke 1932:310).

Allen gemeinsam waren den Leprosorien gewisse Standortfaktoren: Sie lagen außerhalb von Städten oder Siedlungen, meist 1 bis 5 Kilometer entfernt, also noch in Gehweite, um die Versorgung und das Almosensammeln zu ermöglichen. Vorzugsweise lagen sie an belebten Verkehrswegen, Kreuzungen oder Schiffswegen, um auch Spenden von durchreisenden Kaufleuten zu erhalten. Am Rhein ist belegt, dass Almosensammler auch in ‚Siechennachen‘ zu den vorbeifahrenden Schiffen ruderten (Uhrmacher 2000:21). Die Nähe eines Flusses oder Baches war sowohl für die Versorgung als auch für die Behandlung Leprakranker notwendig, da Waschungen und Bäder zur Behandlung und Linderung der Symptome eingesetzt wurden. Das Leprosorium musste von der Stadt aus gesehen flussabwärts

¹² Belker weist 1000 Leprosenhäuser allein für das Gebiet der ehemaligen Bundesrepublik für diese Zeit nach (Belker/Menn 1992:9)

¹³ Noch heute kann man an manchen Straßen- oder Stadtteilnamen erkennen, dass dort einst Leprosorien waren, wie in Köln-Melaten oder Münster-Kinderhaus.

und im Windschatten liegen, so dass keine Ansteckungsgefahr durch das Wasser bzw. durch die nach der Miasmalehre verunreinigte Luft vorlag.

Die Bauart der Siechenhäuser entsprach ihrem Zweck und konnte je nach Größe und Reichtum der Stadt und der Pfarrgemeinde von einer einfachen Hütte bis zu einer großen Anlage mehrerer fester Häuser reichen. Eine voll ausgebildete Anlage bestand aus einem Wohngebäude mit einzelnen Zellen für die getrennt lebenden Insassen, einem Wirtschaftsgebäude mit Wohnungen für Pflege- und Hilfskräfte, landwirtschaftlichen Gebäuden mit Ställen, Scheunen und Schuppen, einem Brunnen (Quelle oder Zisterne), einer Kapelle oder Kirche und einem eigenen Friedhof. Jeder Lepröse hatte eine eigene Wohnstatt, Männer und Frauen lebten getrennt. In großen Städten gab es auch Leprosorien nur für Männer bzw. nur für Frauen (Leistikow 1986:108). Der ganze Bereich wurde von einer Mauer eingeschlossen und konnte bei genügend Eigenbesitz eine selbstständige Wirtschaftseinheit darstellen, war aber natürlich weiterhin von Almosen und Spenden abhängig.

Hatten die Siechenhäuser keine eigene Kirche oder Kapelle, so wurde den Leprösen der Kirchgang dadurch ermöglicht, dass oft an die nächstgelegene Kirche ein Hagioskop angebaut wurde. Hagioskope waren kleine Häuschen, die durch einen Kirchenwanddurchbruch mit dieser verbunden war und so den Leprösen die Teilnahme am Gottesdienst ermöglichten, ohne dass sie die Kirche selbst betreten mussten, was ihnen verboten war. Die Häuschen schützten die Leprösen so vor Witterungseinflüssen und die Kirchgänger wurden nicht von ihrem Anblick belästigt oder mussten eine Ansteckung befürchten (Uhrmacher 2000:22).

Die meisten Leprosorien finden sich außerhalb der zu Wohlstand gekommenen Städte an den großen Handelswegen. Für Nordrhein-Westfalen finden sich die ersten Leprosorien in Köln (1180), Aachen (1230) und Soest (1250). Ferner gab es Einrichtungen am Hellweg mit den Städten Dortmund, Unna und Werl Soest Geseke und Paderborn, im Weserbergland mit Herford, Bielefeld, Lemgo, Detmold, Höxter und Warburg. Von Münster (1332) aus liefen Handelsstraßen sternförmig in alle Himmelsrichtungen aus und es gab Leprosorien vor allem in Richtung Holland und Paderborn (Belker/Menn 1992:11). Die Größe des Leprosoriums stand damit im direkten Verhältnis zur Größe der Stadt. Uhrmacher be-

zeichnet sie deshalb als ‚städtische Einrichtung‘ (Uhrmacher 2000:26). Dies hat mehrere Gründe. Zum einen waren unter den Siechen auch reiche Bürger, die eine entsprechend große Pfründe einbringen konnten. Zum anderen war die Anzahl der erkrankten Einwohner, die versorgt werden mussten, in einer größeren Stadt dementsprechend höher. Gute Belege für Siechenhäuser finden sich im Westdeutschen Raum daher für Köln und Aachen. Manche großen Städte hatten sogar mehrere Siechenhäuser. Allerdings lässt sich heute nicht feststellen, wie viele Lepröse in den einzelnen Leprosorien gelebt haben, da man aus den Quellen selten auf genaue Zahlen schließen kann (Belker/Menn:10).

Da bis zum 20. Jahrhundert keine medizinischen Heilmethoden bekannt waren, die Lepra aber im 17. Jahrhundert in Europa bis auf wenige Ausnahmen ausstarb, geht man davon aus, dass die nahezu vollständige Isolierung der Leprakranken zur Ausrottung dieser Krankheit führte. Mit dem Rückgang der Erkrankungszahlen verfielen die Leprosorien oder wurden anderen Zwecken zugeführt. So wurde das wohlhabende Leprosorium in Münster zu einem Arbeits- und Armenhaus.

3.2.5. Das Leben im Kinderhaus

Das Leprosorium ‚Kinderhaus‘ in Münster soll als Beispiel für das Leben der Leprakranken in all den anderen Siechenhäusern dienen. ‚Kinderhaus‘ war im Spätmittelalter eine voll ausgebildete Anlage, auch wenn es in den großen, reichen Städten wie in Aachen oder Köln größere Einrichtungen gab. Aber das Leben in den Leprosorien, bestimmt durch die kirchlichen Hausordnungen, war für die Aussätzigen überall ähnlich, selbst wenn das Leprosorium in kleinen Ortschaften nur aus einer Hütte bestand.

Der Name *Kinderhaus* geht zurück auf die niederdeutsche Bezeichnung „tor Kynderhus“ (zu der Kinder Haus, das Haus der Kinder). ‚Kinder‘ oder ‚de seken Kinder‘ (die siechen Kinder) waren im Mittelalter gebräuchliche Bezeichnungen für Aussätzige.

Nach Feststellung der Erkrankung hatte der Lepröse die Wahl, um Aufnahme in ein Leprosorium zu ersuchen oder sein Leben als wandernder Feldsieche zu verbringen. Doch gab es im Leprosorium Kinderhaus Aufnahmebedingungen¹⁴. Zum einen musste der Aussätzige mindestens 4 Jahre Bürger der Stadt Münster sein, zum anderen brauchte der Lepröse für die Aufnahme eine durch das Kölner Leprosenhaus Melaten in der Lepraschau bestätigte Diagnose mit Lepraschaubrief. Damit wollte man sicherstellen, dass die Stadt nicht mit Kosten für Nicht-Bürger belastet wurde. Zudem gab es durchaus Fälle, dass Leute eine Lepraerkrankung vortäuschten, um materiell gut versorgt zu sein.

In einigen westdeutschen und französischen Gebieten wurde für den Aussätzigen ein Totenrequiem gelesen als äußeres Zeichen für sein künftiges Leben als ‚Lebender Toter‘, anschließend wurde er feierlich mit der Leprakleidung eingekleidet. Dies ist für Kinderhaus nicht belegt. Nichtsdestotrotz bedeutete der Eintritt in das Kinderhaus für den Aussätzigen in Münster ebenfalls den ‚sozialen Tod‘. So musste er sich von seiner Familie, seinem Beruf und seiner gesamten gesellschaftlichen Stellung trennen und sich der strengen Hausordnung unterwerfen¹⁵. Diese

¹⁴ Vgl. die Hausordnung für das Leprosorium Münster: Kinderhausische Rolle, Münster 1661, August 22, Quelle abgedruckt bei Belker 1990b:223

¹⁵ Vgl. Punkt 3 der Hausordnung, in dem Gehorsam ausdrücklich gefordert wird.

Hausordnung regelte die Isolierung des Leprösen, das tägliche Leben miteinander im Siechenhaus und das geistlich-religiöse Leben des Aussätzigen. Verstöße gegen die Hausordnung konnten die Ausweisung und das materiell unsichere Leben als Feldsieche zur Folge haben.

„*Kinderhausische Rolle, Warnach die Armen sich verhalten muessen.*

1. *Erstlich soll keiner, er sey Mans oder Frawes persohn, in daß Leprosorium ahngenommen werden, er sey dan zuvoren vier Jahr Burger oder Burgersche zu Munster gewesen, unnd zu Cölln fur melatisch erkandt unnd außgeweiset worden.*
2. *Item, welche solcher gestalt ahngenommen werden, sollen zu Anfangh, neben noetturfftigen Kleidungen, zu ihren Leibe gehorig, darin unnd mit sich bringen: ein Bette, Hovet-Püell, zwey Schulter Kueßn, vier Pahr Lachen, Decken Kueßentoge. Zwey Stoele mit Kueßen, eine quarte Kanne, unnd drey Pegelkroeiß, zwo zinnen Schußell, alles guett zinn, einen kupffernen Keßell, von einem Emmer Wates, II Molden, ein Kiven eine Quarte unnd einen mengelen ehren Pott, eine Taffell, eine Kiste, ein Schueßel Korff, unnd Schueßell, dem Amtman einen Goltgulden, jederen Armen 2 ß [= Schillinge], jederen des Haußgesindes 2 \, dem Knechte, so sie außholet, 18 d [= Pfennige] unnd eine halbe Kanne guetes Koetes.*
3. *Item sollen anfengklich zu Gott unnd sein heilig Evangelium leiblich schweren, dem verordnetn Haußhern unnd Amtman zur Zeit allen schuldigen gehorsamb zu leisten, ihren Gebott und Verbott gehorsamblich nach zu leben.*
4. *Item alles, so sie solcher gestalt darein bringen, veröberer, ersparerenwinen oder werben wurden, getrewlich zu sahmen zu haltn, davon nichts zu verwendn, vermachn oder II vergieben, heimlich oder öffentlich, sonder solches alles zu deß Hauses unnd nachkommender Erben Besten fleißig bey Aidtspflicht beysahmen zu verwahren.*
5. *Item sollen täglich, wan kiin Gottesdienst in der kirchen geschicht, gleichwoll des morgens von acht bieß neun, unnd des abendts von 4 bieß funff Uhren darin sein und pleiben, unnd fur alle ahnliggende christliche Sachen Gott getrewlich bitten, deß heiligen unnd Festages aber, wan Gottesdienst geschicht, zeitlich vor Anfangh in der Kirchen sein, unnd biß zum Ende darin zu verharren, auch deßwinters vor zehen Uhren des morgens nicht in die Kuchn komen, viell weniger fewer böten.*
6. *Item keiner soll den anderen ahn seiner Nachtraw, noch mit Worten oder Wercken verunrawen, sonder soll zu sommer Zeit des abendts zu neun, deß winters aber zu acht Uhren sich täglich zu schlaffen leggen, jeder in seiner verordnetn Kammeren, auch sich ahn keinen andern Orth finden laßn.*
7. *Item keiner soll mit den anderen, unnd unter sich, viell weniger mit den Gesunden fleischliche Gemeinschaft halten, bey Poen der Privation.*
8. *Item keiner soll seines Leibs Behueff (salva venia) thuen ahn ienign Pforten, Zaunen, Graben oder Mauren, viell weniger daselbst ihre Pötte II auß stürzten, sondernn allein jeder, sowoll Manß oder Frawens Persohn, ahn ihren aigen dar zu verordneten heimlichen Gemächeren.*
9. *Item sie sollen noch in der kirchen, Kuchen unnd Hauße, mit ihren Henden nichts anruren, daß gesunden Leuthen zustehet. viell weniger Waßer putzen, Saltz oder Wacken nehmenn, sondernn solches von einen Koch oder einen Gesunden sich laßen reichen.*

10. *Item keiner soll den anderen noch mit Worth oder Wercken außholen, fluchen, lästern oder schmähen, sondern lieblich, einig, frunndt- unnd bruderlich unter einander leben, unnd die milten Allmusen, so II auß den Wunden Christi gefloßen, mit Danckbarkeit gegen Gott unnd den Wolthäteren, frundtlich unter einander theiln, nutzen unnd gebrauchen, auch einer dem anderen, sonderlich die Starcken und Gesundn den Kranckn dienen, behulfflich sein, pflegn unnd wahren.*
11. *Item, da iemandt mit Kranckheit ubereilet, soll sich ohne allen verzugh mit Gott vereinign, wan er sich in daß Sichenhauß begibt, auß diesen Ursachn, die weill die Kranckheit oft einen in Eill daß Leben benimpt.*
12. *Item sollen alle vier Hochzeiten, sich zur II Communion unnd Taffelen deß Hern bereiten, ohne ienigh Einredde unnd Außflucht, bey Phoen, ein halb Jahr ihre Pröven zu mißen.*
13. *Item keiner solle den anderen, viell weniger dem Gesunden, seines Leibs gebrech offnen oder sehen laßen, noch auch sein Gebrenck verweißlich auftruckn, zu schweige, daß sich iemant untermeße oder unterstehe, andere so vielleicht mit solcher Kranckheit beruchiget unnd beziegen, zu probiren oder iudicieren, bey Poen der Suspension, sondern solches sollen, wans ihnen in sampt oft jederen alleine ahngemuetet, ahn die ordentliche unnd gebuhrliche Probmeisters von sich weisen. II*
14. *Item sie sollen keine Gaste, noch Verwandten oder Frunnde ohne Consent der Hern Provisoren oder Amtsmans zu sich laden, darumb Gelach unnd Gesellschaft zu pflegen unnd ob ihnen schoen ein Frunndt oder Gast unversehens uberqueme, den selbign abweisen unnd paßiren laßen; da sie aber solchen Frunndt unnd Gast wieder dieß Gebott bey sich halten unnd tractiren wurdn, ohne Erlaubnuß, sollen sie dadurch wegn deß ungehorsams ein halbes Jahr ihrer Pröven cariren unnd mißen.*
15. *Item ihrer keiner soll ethwas zerhackt oder ungebuhrliches unnd zerschnittn in Kleideren II ahn seinem Leibe tragen, sondern in ihrer Kleidungh fein, zuchtig, erbahrlich unnd sittigh, wie ihnen alß den Gottes Armen oblight unnd gebuhret, sich verhalten; unnd wan sie in die Statt zu gehen erlaubt, alßdan ahn ihren Kleideren ein Abzeichen, alß Klepffen, Staeff unnd Siechen Mantell tragen.*
16. *Item keiner soll in die Statt gehen, ohne kendtliche ehehaffter Noeth unnd Erlaubnuß der Provisorn unnd Amtsmans, viell weniger wan er geurlaubet, in die Statt zu gehen, darinnen benachten, in offnen Kroegn ob sonstn mit Gesundn zu zechen oder verkehren, sundern mit Schamelheit II den Gesunden entweichen, wie ihnen von Gott gebotten, wan sie damit zu sprechen oder noethwendig zu schaffen haben, bey hohester Poen zu Erkuntnuß der Haußhernn.*
17. *Item keiner soll sich ahn den Boem zur Lueß oder andere Tabernen unnd offene Kroege begeben, unnd mit gesundn Leuthn Gelach halten.*
18. *Item allerley Leichtfertigkeit, mit Dantzn, iauchen, springen, gigelen, singn oft pfeiffen, sollen sie sich gantzlich enthalten.*
19. *Die frembdn Leprosen, wan die ahnkomen, sollen unser jedes mahls zwo Nachte und nicht II weiters nach alten Gebrauch geherberget werden, auch damit bieß uff den anderen Termin zu 14 Thagn oder Monathsfrist paßieren, unnd gleichwoll dem Eltisten deß Hauses wegen des Bettmachens von iederen Nacht iederen einen Pfenningh gebn.*
20. *Unnd da die drunckene Frembde ahnkomen, auch zu Uberflueß ienigh weiter Getrunckt mit sich bringen, unnd mit ihnen ferner Gelach halten wollten, soll solches denen verbotten sein, sondern die selbige zur Stundt zum Nachtleger hingewiesen werdn, solln auch die Frembde solchen Befelch ohne ienig Einredde zur Stundt unweigerliche Folge II theun unnd keiner*

der Haußgenoßn also mit denen ienig weiter abendts Gelach halten oder pflegen.

21. *Da sich begeben, daß einer uber den anderen oder daß Hausgesindt zu klagen hette, soll solche klage erstlich ahn den Amtman unnd Haußhern geschehn, die die Sache verhoeren, belegen unnd dem Schuldign seine gepuerende Straff wiederfahren laßn solln; da aber jemandt zuvorne, anderer Orther alß vorgemelt, klagn wurde, soll darumb seiner gepuerender Straff gewertig sein.*
22. *Alles waß ihnen vor unnd nach, von II gueten Leuthen vor der Pforten gegeben wirdt, sollen sie getrewlich bey ihrer sehln heill in den Stock werffn, unnd sich nacher gleich under sie alle zu theiln, unnd soll keiner den selbig geheill oder zum theill bey sich behalten, noch unterschlagen, alles bey ihnen gethanen Aide unnd Straff der Privation.*
23. *Item sollen alle gebottnen Faßellthage halten, auch die Sonn- und Feirthage heiligen.*
24. *Sie sollen auch hiemit ernstlichen ermahnet unnd gewarnet sein, sampt und sonders, daß keiner von ihnn den Uberlauff ihrer Portion gehell oder zum Theill, ienigen gesunden Menschen, heimlich oder offenbahr, II binne oder auserhalb der Statt Munster verkauffe oder uberlaße, alles bey höchster Straeff.“ (Belker 1990:276-8)*

Im Münsteraner Kinderhaus lebten durchschnittlich fünf bis sieben Leprakranke in Einzelhaushalten mit eigener Feuerstelle. Bei der Aufnahme mussten die Kranken ein Dienstgeld zahlen, Möbel, Wäsche, Töpfe und Pfannen und die spezielle Leprakleidung mitbringen. Diese Leprakleidung bestand aus einem langen zerrissenen Mantel, Handschuhen, Klapper und Zeigestock. Im Kinderhaus durften sie auch eigenes Kapitalvermögen besitzen. Ihr Nachlass fiel aber automatisch an das Leprosenhaus (Dethlefs 1992:23).

Wollten die Leprakranken das Leprosorium verlassen, mussten sie die Erlaubnis des Provisors, des Verwalters des Siechenhauses, einholen. Abends mussten sie zurück sein und wollten sie Besuch empfangen, war ebenfalls eine Erlaubnis nötig.

Erinnerte schon die Einkleidung mit der speziellen Leprakleidung an die Aufnahme eines Mönches in ein Kloster, so ähnelten die Haus- und Küchenordnungen, die das tägliche Leben regelten, ebenfalls einer klösterlichen Bruderschaft. Auch die Forderung, ein ernsthaftes Leben zu führen, das das Tanzen, Lachen, Singen oder Pfeifen verbot, kann nicht dem Isolationsgedanken aus Angst vor Ansteckung entspringen (Kinderhausrolle Punkt 18. Belker 1990b:225). Lebten auch

Frauen und Männer in Münster zusammen in einem Gebäude, so war jeglicher sexueller Kontakt strengstens verboten.

Ferner waren der tägliche Kirchengang morgens von 8-9 Uhr und nachmittags von 16 bis 17 Uhr mit den Gebeten für die Gesunden Pflicht. Die Bevölkerung spendete Almosen und erwartete dafür Bittgebete von den Leprösen. Da man das Leben mit der Lepra als vorgezogenes Fegefeuer auf Erden auffasste, wurde den Leprösen eine größere Nähe zu Gott zugesprochen. Auch hierin zeigte sich wieder die Ambivalenz der Gesunden gegenüber den Kranken: auf der einen Seite war man der Auffassung, dass die Leprakranken ihre Krankheit selbst durch ihr sündiges Leben verschuldet hatten, auf der anderen Seite wurde dem Ausgestoßenen größere Gottesnähe zugestanden.

Wenn auch die Mahlzeiten getrennt eingenommen wurden, so zeigen die Küchenordnungen, dass der Essensplan durchaus dem eines Klosters entsprach. Jeder Insasse musste sich sein Essen einzeln in der Küche abholen. An hohen kirchlichen Feiertagen wurde gemeinsam gegessen. Der Speiseplan entsprach den kirchlichen Fasten- und Abstinenzvorschriften (Krug-Richter 1992:29), also Freitag und Samstag fleischlos; Sonntag, Montag, Dienstag und Donnerstag gab es Fleisch. Dazu wurde ein selbstgebrautes dünnes Hopfenbier ausgeteilt, in Norddeutschland das Hauptgetränk, da das Wasser nicht sauber und Wein im Norden zu teuer war. Zu den kirchlichen hohen Feiertagen gab es Vollbier und Wein, dazu ein Festmahl, das sich durch höherwertige Speisenqualität und Vielfalt auszeichnete (Krug-Richter 1992:38). Zusammenfassend kann man feststellen, dass die Ernährung im Leprosorium sehr viel besser als in den meisten Hospitälern war und ungefähr der Ernährung der städtischen Mittelschichten entsprach.¹⁶

Laut Küchenordnung aus dem Ende des 14. Jahrhunderts gab es auch damals schon Knechte und Mägde, die die Versorgung der Kranken sicherstellten. Im 16. Jahrhundert sind zwei Knechte und zwei Mägde in Münster belegt. Ihre Aufgaben lagen in der Arbeit in den zu Kinderhaus gehörenden Gärten und auf den Äckern. Unterstützt wurden sie bei allen Arbeiten von den Leprösen, sofern diese die Arbeiten gesundheitlich noch durchführen konnten. Ob sich auch Lepröse aus

¹⁶ Krug –Richter macht deutlich, dass die jährlichen Aufwendungen für Speisen pro Person in der Größenordnung des Jahreslohnes eines einfachen Handwerkers lagen. (Krug-Richter 1992:39)

den oberen Gesellschaftsschichten an diesen Arbeiten beteiligten, darf bezweifelt werden.

3.2.6. Rechtliche Folgen

Im Edictus Rotharis, erlassen 643 vom langobardischen König Rothar, wird zum ersten Mal auf die Rechtstellung der Leprösen im germanischen Raum eingegangen. Darin wird festgelegt, dass der Lepröse aus der Gemeinschaft vertrieben und als „tamquam mortuus“ angesehen werden soll. Wie im normalen Todesfall soll sein Vermögen und alle seine Rechte (z. B. Lehensrechte) an die Erben übergehen. Die Erben sollen aus dem Erlös seiner Hinterlassenschaft dem Erkrankten Unterhalt leisten (Niedermeier 1982:76). Der Sachsenspiegel im 13. Jahrhundert modifizierte die vollständige Aufhebung der Rechtsfähigkeit in Norddeutschland und erlaubte dem Siechen seinen Besitz zu behalten, aber er durfte nach Feststellung der Krankheit nicht mehr erben oder Lehen empfangen, nicht Bürge oder Vormund sein, keine Rechtsgeschäfte vornehmen oder vor Gericht auftreten (Reicke 1932:239).

Eine rechtliche Besserstellung der Leprösen setzte mit dem Aufkommen der Leprosorien ein. Diese hatten großes Interesse daran, dass der Leprose über sein Vermögen verfügen konnte, da er sich nur dann im Leprosorium mit einem Pfrundpreis einkaufen konnte. Gleichzeitig konnten sie nur dann das Siechenhaus mit ihrem Erbe unterstützen, wenn sie im Todesfall über ihr Vermögen verfügen konnten (Reicke 1932:241). Der Grad der beschränkten Rechtsfähigkeit der Leprosen ist im Mittelalter aber regional und zeitlich sehr unterschiedlich. Reicke stellt fest:“ Von den strengen Formen der ältesten Zeit, die den Leprosen in einen der Rechtlosigkeit nahen Zustand versetzte, stieg seine rechtliche Behandlung im Rahmen des Spitalrechtes zu einer nur noch in Einzelzügen geminderten Handlungsfähigkeit auf.“ (Reicke 1932:251)

Auch im Eherecht änderte die Kirche im Laufe der Jahrhunderte ihre Haltung. War es im 8. Jahrhundert noch möglich, im Falle einer Lepraerkrankung eines Partners die Ehe mit Zustimmung des kranken Partners aufzuheben und eine neue Ehe einzugehen, betonte die Kirche seit Papst Alexander im 9. Jahrhundert die Unauflösbarkeit der Leprosenehe (Reicke 1932:253). Ein Verlöbnis konnte aufgelöst werden, Lepra war aber kein Ehehindernis. Der gesunde Partner war verpflichtet, dem Kranken zu folgen und den ehelichen Pflichten nachzukommen.

Dem standen aber in der Praxis die Siechenhausordnungen entgegen, die besagten, dass die Insassen nach Geschlechtern getrennt leben mussten und sexuelle Enthaltsamkeit Bedingung war. Doch auch dort gab es Ausnahmen, so in der Freiburger Siechenordnung (Reicke 1932:257).

Die Kirche zeigte nicht nur im Eherecht ein sehr ambivalentes Verhalten gegenüber den Leprosen. Zum einen forderte sie die strenge Isolation der Leprösen, auf der anderen Seite zwang sie den gesunden Partner zum ehelichen Beischlaf mit dem kranken Partner und wertete die Gefahr der Ansteckung geringer als das Eherecht. Diese Einstellung setzte sich auch in der Behandlung der Priester und Pfarrer fort. Ein Lepröser konnte nicht Priester werden, aber wurde ein Priester leprös, so wurde er nicht seines Amtes enthoben. Er konnte die Gottesdienste weiter abhalten, nur die Sakramente durfte er nicht mehr erteilen, da er als ‚Unreiner‘ diese nicht berühren durfte. Auch hier zeigt sich eine ambivalente Haltung der Kirche, da die Kirche die Fürsorge für ihre Mitglieder über die Gefahr der Ansteckung stellt.

3.2.7. Soziale Folgen der Lepraerkrankung

Im Mittelalter ist die Krankheit Lepra schon jahrhundertlang im Bewusstsein der Menschen verankert. Ein naheliegender Grund für die Stigmatisierung und den gesellschaftlichen Ausschluss der Erkrankten ist sicherlich Angst vor Ansteckung. Lepra unterschied sich von anderen Seuchen und Infektionskrankheiten, die die mittelalterliche Bevölkerung heimsuchten. Doch vergleicht man die Lepra z.B. mit der Pest, so stellt man fest, dass die Pest für das Leben der Menschen im MA viel gefährlicher war. So hat die große Pestepidemie, die von 1347 bis 1353 in Europa wütete, ungefähr ein Drittel der Bevölkerung getötet. Für beide Seuchen kannte man weder die Ursache der Erkrankung noch den Übertragungsweg. Auch die Pest war gefürchtet und wer konnte, flüchtete auf das Land in der Hoffnung, der Ansteckung und damit dem sicheren Tod zu entgehen. Aber im Unterschied zur Lepra tötete die Pest innerhalb kürzester Zeit. Lepra war längst nicht so ansteckend wie die Pest, aber war man einmal davon betroffen, stand einem noch ein langes Leben mit dieser Krankheit bevor. Und da die Inkubationszeit für die Lepra unter Umständen bis zu 30 Jahre dauern konnte, war es für den Einzelnen auch kaum nachvollziehbar, wo er sich angesteckt hatte noch wie er sich hätte schützen können. Lepra war auch nicht auf bestimmte Gesellschaftsschichten begrenzt. So musste die Diagnose ‚leprosus et immundus‘ dem Betroffenen wie ein Gottesurteil vorgekommen sein.

‚Unrein‘ spricht ja auch weniger den medizinischen als den religiösen Aspekt der Krankheit an. Bis ins Frühmittelalter stellten Priester die Diagnose ‚Lepra‘ und die Krankheit wurde als Strafe Gottes für persönliche Verfehlungen angesehen. Hildegard von Bingen sah Lepra als direkte Folge der drei Hauptsünden Völlerei (gula), Jähzorn (ira) und Unzucht (luxuria) (vgl. Belker 1990b:205), und auch noch fast drei Jahrhunderte später sieht Hans von Gerstdorff den Aussatz als Hauterkrankung durch gestörte Stoffwechselprozesse aufgrund von menschlichem Fehlverhalten und charakterisiert die Aussätzigen als zornig, geizig, mitleidlos, habgierig und zur Unkeuschheit bereit (Belker 1990b:206). Insofern entspricht die klosterähnliche Struktur der Leprosorien mit dem religiösen Schwerpunkt des

gottgefälligen Lebens der mittelalterlichen Auffassung der Krankheitsätiologie, obgleich die Leprösen dort auch medizinisch versorgt wurden.

Aber obwohl die mittelalterliche Gesellschaft den Leprakranken auf der einen Seite isolierte und als Sünder stigmatisierte, sprach sie ihm gleichzeitig eine größere Nähe zu Gott zu. Wie ihr Schutzheiliger Lazarus büßten die Leprakranken schon zu Lebzeiten für ihre Sünden und konnten damit rechnen, nach ihrem Tod das Fegefeuer, das sie auf Erden schon erlitten haben, zu umgehen und direkt in den Himmel zu kommen. Das prädestinierte sie wiederum dafür, als Fürbitter der Menschen aufzutreten, wie in der Parabel vom armen Lazarus und dem reichen Prasser.¹⁷ Die große Angst vor dem Jüngsten Gericht im Mittelalter führte zu einem blühenden Ablasshandel und großzügiger Spendenbereitschaft, die auch der Versorgung der Leprakranken zugutekam.

Neben der religiösen Erhöhung der Leprakranken kam es gleichzeitig aber auch zur Verteufelung und Entmenschlichung der Erkrankten. Die stark entstellenden Deformationen einer fortgeschrittenen Lepraerkrankung führten auf sprachlicher Ebene zu Vergleichen mit dem Tierreich. Die Bezeichnung ‚Elephantiasis‘ für Lepra des griechischen Arztes Aretaios, der Erkrankte sei „entsetzlich und scheußlich anzusehen, denn der Mensch hat die Gestalt eines Thieres bekommen“ und der Name ‚Leonitas‘, der Bezug nimmt auf die Veränderungen im Gesicht eines Leprösen, betonen das Fremde und das Wilde und für den Menschen gefährliche Tier (zitiert nach Schelberg 2015:6). Der römische Arzt Galen stellte im 2. Jahrhundert fest, dass Leprakranke einem ‚Satyr‘ gleichen würden, einem bockartigen Mischwesen zwischen Mensch und Tier, ein Vergleich, der noch im 14. Jahrhundert in der ‚Chirurgia magna‘ des Guy de Chauliac aufgenommen worden war (7).

Die im Gesicht stark entstellenden Symptome einer fortgeschrittenen Lepraerkrankung müssen für die mittelalterliche Umwelt zu einer großen Verunsicherung geführt haben. In einer Zeit, in der äußerliche Insignien die gesellschaftlichen Einnordung des Gegenübers ermöglichten, z.B. durch die strenge Kleiderordnung,

¹⁷ Lukas 16, 19-31

lassen eine fehlende Mimik in Verbindung mit der heiseren Stimme dem Gegenüber kaum die Möglichkeit der Einschätzung, ob Freund oder Feind vor ihm steht.

In der höfischen Literatur des hohen Mittelalters steht die ‚miselsuht‘ als Gegenpol zur ‚fröude‘ der höfischen Welt. Im Tristanstoff des Franzosen Bérουλ im 12. Jahrhundert und später des deutschen Eilhart von Oberge (Ende des 12. Jahrhunderts/Anfang des 13. Jahrhunderts) wird die Lepraerkrankung als Sinnbild sittlicher Verworfenheit dargestellt. Isolde wird wegen Ehebruchs von ihrem Mann Marke zum Tode verurteilt. Vor der Hinrichtung erscheint eine Schar Lepröser und ihr Anführer bittet Marke, Isolde leben zu lassen und sie den Leprösen zu übergeben, da dieses Leben dann schlimmer als der Tod sei (Johanek 1992:42). Auch im ‚Engelhard‘ des Konrad von Würzburg (vermutlich 1273/74) bedeutet Lepra Verlust der körperlichen Schönheit, gleichzusetzen mit dem Verlust von ‚ere‘ und ‚guot‘ (Ott 1986:280). Und in dem ‚Armen Heinrich‘ (ca. 1190) von Hartmann von Aue ist die ‚miselsuht‘ eine verdiente Strafe Gottes für persönliches Fehlverhalten. Erst als Heinrich diese Strafe annimmt und die Selbstopferung einer Jungfrau ausschlägt, wird er für sein nun gottgefälliges Leben belohnt und als Gottesgeschenk von der Lepra geheilt (Johanek 1992:42).

Aber auch wenn Lepra in der mittelalterlichen Literatur oft vorkommt, ist sie immer „nur literarisches Motiv, an dem anderes exemplifiziert werden soll, Chiffre für den Verlust der gesellschaftlichen Identität oder die Entfernung von Gott...“ (Ott 1986:281).

So wird gerade in der Literatur besonders deutlich, dass die Lepra zum masterstatus des Erkrankten geworden ist. Die entstellende Krankheit wird zum Zeichen für eine persönliche Verfehlung, oft im religiösen Sinn, und steht im Gegensatz zur in höfischer Literatur beschriebener Schönheit als Zeichen für ein gottgefälliges Leben und eines guten, mildtätigen Charakters. Da Lepra den kontrollierbaren Stigmata zugerechnet wurde, ist die Krankheit umso verwerflicher. Der Franziskaner Bertold von Regensburg (1210-1272) verurteilt die Leprösen in seiner Predigt gegen die Unkeuschheit: „So wird der eine blind, der andere lahm; du magst nun aussätzig werden wegen des Unmaßes der stinkenden Sünde“ (zitiert nach Belker 1990b:217).

3.3. Stigmatisierung bei AIDS

3.3.1. AIDS: Klinik und Übersicht

AIDS (Acquired Immune Deficiency Syndrome) bezeichnet einen spezifischen Symptomenkomplex von Krankheiten, also ein Syndrom, welches ausgelöst wird durch das HI-Virus (Human Immunodeficiency Virus). Es kommt im langjährigen Verlauf der Krankheit zu unterschiedlichen opportunistischen Infektionen und Tumorerkrankungen, die lange Zeit trotz hochaktiver antiretroviraler Therapie lebenslimitierend waren, und auch heute noch zum Teil schwere Komplikationen mit Todesfolge nach sich ziehen können (Marx JL 1982).

Der Verlauf der Krankheit ist in vier Phasen gegliedert: Nach Erstinfektion tritt ein akutes retrovirales Syndrom auf, welches meist nicht länger als vier Wochen andauert. Die Symptome sind unspezifisch und werden vom Patienten oft mit einer gewöhnlichen Grippe verwechselt. „Leitsymptome sind Lymphknotenschwellung, Fieber, ein makulopapulöses Exanthem und Myalgien“ (HIV Buch 2010:7).

Nach einer meist mehrjährigen Latenzphase, in der die Patienten klinisch unauffällig sind, folgt der Aids Related Complex (ARC). Es treten Krankheiten ähnlich des akut retroviralen Syndroms auf, welche nichtmehr selbstlimitierend sind. Hinzu kommen AIDS-assoziierte Krankheitsbilder, die bereits auf eine Störung der zellulären Immunabwehr im Zuge einer HIV-Infektion hinweisen, diese aber per se nicht definieren.

Einige Jahre später erkranken die Patienten an lebensbedrohlichen AIDS-definierenden Erkrankungen, die unbehandelt immer tödlich verlaufen. Zeitgleich sinkt die T-Helfer Lymphozytenzahl (CD4 Zellzahl) langsam auf ein sehr niedriges Niveau, während die Viruslast im menschlichen Organismus wächst und eine zweite Plateau-Phase erreicht, die den ersten „Peak“ der Akutphase noch übertrifft.

Das amerikanische Center of Disease Control (CDC) in Atlanta hat im Jahr 1993 diejenigen Erkrankungen, die bedingt durch eine HIV Infektion auftreten, in drei

Kategorien unterteilt, welche zusammen mit der CD4-Zellzahl für die Stadieneinteilung benutzt wird.¹⁸ Anzumerken ist, dass jeweils der schlechteste Zustand des Patienten zum Staging benutzt wird, eine Aussage über den aktuellen Stand des Patienten ist mit Hilfe dieser Klassifikation nicht möglich. In Europa wird der Begriff „AIDS“ nur dann verwendet, wenn auch eine AIDS-definierende Erkrankung aufgetreten ist, während man in den USA schon bei einem Abfall der CD4 Zahl von unter 200/µl von „Full Blown AIDS“ spricht (HIV Buch 2010:10f).

3.3.1.1. Epidemiologie

Das AIDS-Virus entstand aller Wahrscheinlichkeit nach aus dem Affenvirus SIV in Westafrika, wo es vermutlich 1932 von Schimpansen auf Menschen übertragen worden war (HIV Buch 2010:11 und Korber et al. 2000).

Die erste bekannte mit dem HI-Virus kontaminierte Blutprobe lässt sich allerdings erst auf 1959, dreißig Jahre später, zurückdatieren. Die Probe stammte von einem Mann aus Kinshasa im Kongo.

Wahrscheinlich haben erst sozio-ökonomische Veränderungen wie Abholzung, Sklavenhandel, Prostitution, Verstädterung und Gebrauch unsteriler Injektionskanülen zum plötzlichen, pandemieartigen Ausbruch der Krankheit geführt, die erst viele Jahrzehnte in Westafrika endemisch war (Korber et al. 2000).

So kam es, dass im Jahr 1966 HIV von Zentralafrika nach Haiti gebracht wurde. Die ersten Fälle aus den USA werden drei Jahre später datiert. „Nach der Erstbeschreibung 1981 gibt es inzwischen kein Land mehr, das nicht betroffen ist“ (HIV Buch 2010:11).

Zuerst waren Menschen betroffen, die zu sogenannten „Hochrisikogruppen“ gehörten. Darunter fielen „i.v. Drogengebraucher/-innen, Menschen in der Prostitution und Männer, die Sex mit Männern haben“ (11). In den meisten Industrieländern ist der sogenannte MSM (Männer, die Sex mit Männern haben) der häufigste Übertragungsmodus, in den ehemaligen Sowjetländern aber der mehrmalige Ge-

¹⁸ Siehe dazu die CDC-Stadien Einteilung der HIV-Infektion (Herold 2010:854).

brauch und Austausch von intravenösen Spritzen. In den afrikanischen Ländern südlich der Sahara infizieren sich die meisten Menschen durch heterosexuellen Geschlechtsverkehr. Nicht nur die Übertragungswege unterscheiden sich, sondern vor allem auch die Auswirkungen der Epidemie: Ist in Westeuropa hinsichtlich der objektiven Auswirkungen auf den Gesundheitsstatus der Gesamtpopulation AIDS eher ein marginales Problem, ist es in den Subsahara – Ländern mit jedem 5. Todesfall die häufigste Todesursache überhaupt und senkt die Lebenserwartung in einigen afrikanischen Staaten um über 20 Jahre. (HIVBUCH)

Laut UNAIDS lebten Ende 2008 weltweit 33,2 Millionen Menschen mit HIV/AIDS, das ist eine weltweite HIV-Prävalenz unter Erwachsenen von 0,8%, davon 22,4 Millionen allein in Subsahara-Afrika. Es gab 2,5 Millionen Neuinfektionen und 2,1 Millionen Todesfälle durch AIDS.¹⁹

¹⁹ Die AIDS-Epidemie nach Daten von UNAIDS, 2009

3.3.2. Geschichte des Acquired Immune Deficiency Syndroms

1981 wurde eine Krankheit als neue klinische Entität beschrieben, die mit ungewöhnlich großer Häufung der heute als Indikator-Erkrankung bekannten Kaposi-Sarkome und Pneumocystis-Pneumonien (PCP) einherging (CDC 1982: 305). Zu diesem Zeitpunkt gab es noch keinen einheitlichen Namen für diese Erkrankung. Sie wurde zumeist als GRID (Gay Related Immune Deficiency) oder AID (Acquired Immunodeficiency Disease) bezeichnet, auch andere Namen waren ge­läufig.

Ein Jahr später, 1982, diagnostizierte man zum ersten Mal auch bei Frauen, heterosexuellen Männern und bei Kindern diese neue Erkrankung, und so einigten sich die Teilnehmer einer Konferenz von einer Blutspendeorganisation in Washington auf den Namen AIDS (Time Magazine 30.03.2003). Im selben Jahr wurden in New York (GMHC), San Francisco (SFAF) und Los Angeles (APLA) die ersten wohltätigen AIDS- Hilfsorganisationen gegründet.²⁰

In Deutschland berichtete Der SPIEGEL am 31.05.1982 erstmalig in dem Artikel „Schreck von drüben“ von einer ungewöhnlichen Häufung des bis dahin noch relativ unbekanntes Kaposi Sarkoms bei Patienten, die größtenteils aus dem Homosexuellenmilieu kamen. Im SPIEGEL wurden eine Reihe von Vermutungen über Ätiologie und Pathogenese dieser Erkrankung aufgestellt:

„Daß diesem überlebenswichtigen System von manchen Homosexuellen nicht nur durch Hasch und Poppers zugesetzt wird, gilt als erwiesen. So benutzten vor allem Männer, die ihre Partner häufig wechseln, entzündungshemmende Cortison-Salben, um die anfälligen Schleimhautdefekte schneller zum Abheilen zu bringen. Der Wirkstoff, ein Hormon der Nebennierenrinde, setzt jedoch auch die Abwehrkraft herab. Sie nimmt wahrscheinlich auch deshalb ab, weil sogar einige Bestandteile der männlichen Samenflüssigkeit in dieser Richtung wirken“ (DER SPIEGEL 22/1982).

Bemerkenswert war, dass im ersten SPIEGEL-Artikel die unbekanntes „Kaposi-Epidemie“ sogleich mit einer Strafe für begangene Sünden in Verbindung gebracht wurde, als Professor Franz Fehrenbach, später Leiter des Berliner Robert Koch-Institutes, zitiert wurde: „Vielleicht ist das die Lustseuche des 20. Jahrhun-

²⁰ Zeitangaben auf den jeweiligen Websites der Organisationen

derts, nur nicht so harmlos.[...]Für die Homosexuellen hat der Herr immer eine Peitsche bereit." (Fehrenbach 1982)

1983 identifizierten die französischen Virologen Françoise Barré-Sinoussi und Luc Montagnier den AIDS- auslösenden Erreger LAV, der später unter dem Namen HIV bekannt wurde ²¹ (Barre-Sinoussi et al 1983: 868ff).

Nachdem das CDC, das amerikanische Pendant des Robert Koch-Instituts, in einer Mitteilung nicht nur die bekannten Risikogruppen Homosexuelle, i.v.-Drogengebraucher, an Hämophilie erkrankte Menschen und deren Partner, sondern auch Haitianer aufzählten, entstand nach einer Mitteilung des CDC in der amerikanischen Presse der Begriff des sogenannten Four-H-Clubs: „homosexual men, heroin abusers, Haitian immigrants, and hemophiliacs“ (Callen M. 1983). Die daraus resultierende Stigmatisierung führte zu Rassismus-Vorwürfen dem CDC gegenüber, Benachteiligung der haitianischen Bevölkerung und einbrechenden Touristenzahlen für Haiti (McKeown 1982).

Gleichzeitig erschien in den USA ein Bericht über AIDS bei Kindern und es wurde über mögliche Haushaltsübertragungswege spekuliert (Oleske J., et al. 1983:2345-9). In mehreren US-amerikanischen Städten wurde die Polizei mit speziellen Masken und Handschuhen ausgerüstet, um eine mögliche Ansteckung zu vermeiden, ebenso wurden Mietverträge AIDS-Kranker gekündigt (Enlow 1988:291 und New York Times 1983). Darauf reagierte das CDC mit einer Entwarnung für die amerikanische Bevölkerung, in der eine sogenannte gewöhnliche Haushaltsübertragung („casual household infection“) für unwahrscheinlich gehalten wurde. Stattdessen vermutete man, dass die Kinder sich bereits perinatal angesteckt haben könnten (CDC (eds) 1983a).

In The Lancet erschien in einem Brief eine „AIDS Map“ von San Francisco. In der aus Zensus - Daten von 1982 erstellten Karte sind die Bereiche von an AIDS erkrankten Menschen in San Francisco abgedruckt, die gemeinhin als „Gay Areas“ bekannt waren (Moss, et al. 1983).

²¹ Für die Entdeckung des HI-Virus wurden Françoise Barré-Sinoussi und Luc Montagnier 2008 der Nobelpreis für Medizin verliehen. (Vgl. Pressemitteilung der Nobelstiftung vom 6. Oktober 2008)

Im selben Jahr berichtete „DIE ZEIT“ von mehreren AIDS-Fällen in Deutschland (Die Zeit 1983) und „DER SPIEGEL“ veröffentlichte eine Titelgeschichte über AIDS. Durch die verstärkte mediale Aufmerksamkeit wurde die Krankheit zum ersten Mal der breiten Masse in Deutschland bekannt (DER SPIEGEL 1983). Im selben Jahr wurde die erste AIDS-Hilfe in Berlin gegründet. Überlegungen zu einem heterosexuellen Übertragungsweg gerieten immer mehr in den Vordergrund, nachdem die ersten AIDS-Fälle bei Frauen bekannt wurden, die in festen Partnerschaften lebten und auch sonst nicht zu den bisher bekannten Risikogruppen gehörten (CDC (eds) (1983b)).

Im März des Jahres 1984 veröffentlichte das CDC Studien über die Ursachen der HIV-Infektion von verschiedenen homosexuellen Männern in New York und Los Angeles. Laut des CDC ließ sich die infektiöse Übertragung bei einer Gruppe von Männern beweisen, die ein und denselben Sexualpartner hatten, welcher daraufhin als „Patient 0“ bezeichnet wurde (Auerbach, et al. 1985).

Am 22 April 1984 berichtete Dr. James Mason, Leiter des CDC: „I believe we have the cause of AIDS“ (Altman 1984). Die Aussage bezog sich allerdings allein auf das ein Jahr zuvor in Frankreich entdeckte LAV. Einen Tag später, am 23. April, erklärte die amerikanische Gesundheitsministerin Margaret Heckler, Dr. Robert Gallo habe das AIDS-auslösende Virus HTLV-III isoliert und es werde an einem kommerziellen Test geforscht, der HIV schnell und zu nahezu 100% genau detektieren könne. Außerdem hoffe sie, dass innerhalb der nächsten 2 Jahre ein Impfstoff gegen das HI-Virus existieren würde (Office of Technology Assessment 1985).

Obwohl es diesem Zeitpunkt schon klare Anzeichen dafür sprachen, dass HTLV-III und LAV das gleiche Virus waren (Culliton 1984 und Altman 1984), wurde Gallos Arbeit am 4. Mai publiziert (Marx 1984) und verschiedene private Firmen bewarben sich auf das Lizenzrecht für einen kommerziellen AIDS - Test. Dieser sollte vor allem eingesetzt werden, um Blutproben auf HTLV-III untersuchen zu können, da AIDS bereits zwei Jahre zuvor vom CDC als zweithäufigste Todesursache für Hämophilie- Patienten aufgeführt wurde (Cuilton 1984 und Marx 1983).

In der Zwischenzeit wurden in San Francisco immer mehr Homosexuellen-Saunen und Badeeinrichtungen sowie Homosexuellen-Clubs geschlossen (Hughes 1995:49).

Forscher, die Ende 1983 nach Zentralafrika gereist waren, berichteten von über 50 AIDS Fällen aus Ruanda und Zaire. Sowohl die Ergebnisse aus Ruanda als auch aus Zaire legten nahe, dass der heterosexuelle Geschlechtsverkehr eine relevante Rolle in der Übertragung des HI-Virus spielte (Piot 1984). Daraufhin gründete das zairische Gesundheitsministerium zusammen mit Amerikanern und Europäern das Projekt SIDA, nach dem französischen und spanischen Namen für AIDS zur Bekämpfung von AIDS in Zaire (Mann, et al. 1986). Bis zum 15 Oktober 1984 wurden der WHO 559 Fälle von AIDS in Europa gemeldet (CDC (eds) 1985b:147-150).

In Deutschland gab es immer wieder Bestrebungen, das Bundesseuchengesetz oder das Geschlechtskrankheitengesetz auf AIDS anzuwenden. Professor Dr. med. Manfred Steinbach, damaliger Leiter der Abteilung Gesundheitswesen des Bonner Ministeriums für Jugend, Familie und Gesundheit, in einem SPIEGEL-Interview über Maßnahmen gegen die Ausbreitung von AIDS:

„... ich stimme mit Ihnen voll überein, daß es keinen gesetzlichen Zwang zu einer Behandlung geben kann, die es gar nicht gibt. Insoweit ist das Geschlechtskrankheitengesetz noch nicht auf Aids anwendbar. [...] Die Anwendung dieser beiden Gesetze – also auch des Seuchengesetzes –, [...] scheitert bisher am Fehlen der frühen Krankheitsdiagnose und an der fehlenden Behandlungsmöglichkeit. [...] (M)an könnte stattdessen zumindest diesen ärztlichen Kontaktzwang einführen und den Patienten unter ärztliche Obhut stellen.“

Drei Jahre vor Veröffentlichung von Gauweilers Maßnahmenkatalog berichtete Steinbach über erste Überlegungen zu Zwangsuntersuchungen, eine Situation, die in den USA schon seit Einführung des AIDS-Tests gefürchtet wurde:

„Für die Stricher kommt in Betracht, was bei der bisherigen Prostitution auch üblich: Es können Krankheitsverdächtige vorgeladen und zur Untersuchung geführt werden. Man wird bei dieser Gruppe einen stärkeren Verdacht auf die Krankheit haben und die Jungs auch zum Aids-Test bringen müssen.“ (DER SPIEGEL 1984)

Ein anderes Problem wurde mit dem Aufkommen des AIDS-Tests auch noch angesprochen:

„Wenn der neue Standard-Test eine enorme Durchseuchung aller Risikogruppen erbrächte und die Durchseuchung würde in 90 oder 99 Prozent der Fälle immer Krankheit bedeuten, [...] dann wird auch eine Bevölkerung denjenigen Teil der Bevölkerung, der dann Todbringer ist, in irgendeiner Weise absondern wollen. Nur glaube ich, daß diese Situation – das wäre beinahe eine Lepra-Situation nicht gegeben ist.“

Steinbach fügt hinzu:

„Ich weiß, daß draußen die Hatz an vielen Stellen schon im Gange ist. Man kauft nichtmehr Brötchen beim homosexuellen Bäcker, weil man meint, es könnte dadurch Aids übertragen werden. [...] Wenn die Krankheit durch die Unvernunft der Träger und Überträger dieser Krankheit herüberspringt in die Gesellschaft und die Gesellschaft schlechthin bedroht, dann läßt sich die Gesellschaft diesen Träger nicht gefallen. Das ist doch klar. Dann gibt es eine Diskriminierung weit über das seuchenpolitische Thema hinaus, dann käme eine Pogromstimmung auf, die keiner will. Daher muss jetzt etwas getan werden. SPIEGEL: Und wenn es nichts nützt dann Schutzhaft und Isolierstation? STEINBACH: Das sind die Lepra-Überlegungen. Ich glaube, und habe Anzeichen dafür, daß die Aids-Krankheit nicht diese Dimension erreicht und dass solche Gedanken nicht zu Ende gedacht werden müssen.“ (DER SPIEGEL 1984)

1993 legte Steinbach nach einer Affäre um HIV-kontaminierte Blutkonserven sein Amt im Gesundheitsministerium nieder.

Nachdem man isoliertes genetisches Material aus dem Erbgut der möglichen AIDS erregenden Viren HTLV-III und LAV miteinander verglichen hat, wurde im März 1985 im Science Magazine ein Artikel veröffentlicht, der bestätigte, dass HTLV-III und LAV Varianten des selben Virus sind (Marx 1985). Im selben Monat verkündete Heckler die Lizenzvergabe der U.S. Food and Drug Administration (FDA) für einen AIDS Test, der Blutproben auf Antikörper gegen Bestandteile des HI-Virus prüft. Im Falle eines positiven Testergebnisses sollte dem Besitzer der Blutprobe das Spenden von Blut untersagt werden. Zu diesem Zeitpunkt war allerdings noch vollkommen unklar, wer diesen Test machen sollte, wann er gemacht werden sollte und wie verlässlich das Testergebnis war. Genauso wenig wusste man, welche Folgen ein positives Testergebnis für den Patienten haben sollte. Wegen dieser Ungewissheit wurde vielerorts, wie auch in New York, den Patienten sogar abgeraten, den Test überhaupt durchführen zu lassen (Eckholm E. 1985). In Deutschland wurde das Testen von Spenderblut zur Pflicht. Um eine

bessere soziale Akzeptanz hierzulande zu erreichen und die Bevölkerung über die bis dahin bekannten Fakten aufzuklären, wurden Informationsbroschüren durch die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) an 27 Millionen Haushalte verteilt.²²

Zuerst in den Niederlanden, danach aber auch in verschiedenen anderen europäischen Ländern und in den USA entstanden zunehmend Programme gegen den gemeinsamen Gebrauch von „Fixerbesteck“. Diese Projekte sollten zum einen Drogenabhängige zu einem anderen Verhalten erziehen, zum anderen aber auch saubere Nadeln und Spritzen zu Verfügung stellen, beziehungsweise Anleitungen zum Selberdesinfizieren geben (National Institute on Drug Abuse 1988).

Im April 1985 fand in Atlanta die erste Welt-AIDS-Konferenz statt, an der mehr als 2000 Wissenschaftler aus mehr als 30 Ländern teilnahmen. Thematisiert wurden unter anderem der HTLV-III / LAV Test, die weltweite AIDS- Situation und das Organisieren einer internationalen Vorgehensweise zur Bekämpfung der Krankheit. Gleichzeitig wurde aber auch darüber spekuliert, ob die Krankheit sich unter heterosexuellen Partnern genauso schnell ausbreiten würde wie unter den Homosexuellen. Die Angst vor einer Ansteckung wuchs in der Bevölkerung. Durch die Angst vor dem Unbekannten wurden immer häufiger Betroffene wie hochinfektiös behandelt (Altman 1985). Bis zum 30. April waren 75% der vor 1983 an AIDS erkrankten und dem CDC gemeldeten Patienten in den USA verstorben, zusätzlich wurden allein in den USA in den folgenden 12 Monaten 10000 AIDS-Erkrankungen gemeldet. Ebenso wurde die haitianische Abstammung nicht mehr zu den signifikanten Risikofaktoren gezählt (CDC (eds)1985a).

²² Dokumentation der Kampagne zur AIDS Prävention in Deutschland, Hrsg. durch BZgA

3.3.3. AIDS nach 1985 in Deutschland

Aufgrund des unerwarteten hohen Zuspruches der Welt- AIDS- Konferenz in Atlanta berief die WHO eine eigene internationale Konferenz ein, um den Standpunkt bezüglich AIDS noch einmal zu überdenken. Ab September 1985 war die Angst in den „westlichen Industrienationen“ vor einer HIV-Infektion weit verbreitet, in den USA und Großbritannien wurde von einer „epidemic of fear“ gesprochen. Die Angst vor einer Ansteckung führte in den USA zu einem Schulverweis eines 13-jährigen Bluters mit AIDS (Time Magazine 1990). Vergleiche mit Lepra und anderen biblischen Seuchen waren nicht selten: In den USA wurde von Mitgliedern mehrerer Gemeinden einer Episkopalkirche befürchtet, dass ein gemeinsames Trinken aus demselben Weinpokal während der Kommunion zu einer Übertragung führen könnte, woraufhin viele gar nicht erst an der Zeremonie teilnahmen. Daraufhin äußerte sich der episkopale Bischof von Kalifornien, er wolle nicht, dass Menschen mit AIDS wie Lepröse behandelt werden (Berger 1985). Während in Deutschland „DER SPIEGEL“ in einer Ausgabe vom September 1985 AIDS mit den Seuchen aus der Antike und der Pest aus dem Mittelalter gleichsetzte, wurde eine Verharmlosung der Krankheit durch Politiker, wie dem ehemaligen Minister für Jugend, Familie und Gesundheit Heiner Geißler („Aids stellt keine ‚allgemeine Gefährdung‘ dar“) und Ärzten der deutschen Gesellschaft für Virologie („Es bestehe ‚kein Grund für die Annahme einer Ausbreitung von Aids in der allgemeinen Bevölkerung in der Bundesrepublik Deutschland‘“) in derselben Ausgabe kritisiert (DER SPIEGEL 1985).

Im Frühjahr 1986 starteten in Großbritannien die ersten Kampagnen zur AIDS-Prävention anfänglich mit „Don't Aid AIDS“, später mit „Don't die of ignorance“.

Im Mai wurde der lang andauernde Streit um das AIDS auslösende Virus beigelegt, indem man sich weder auf den französischen Namen LAV (Lymphadenopathie-assoziiertes Virus) noch auf den us-amerikanischen Namen HTLV-3 (humanes T-Zell lymphotropisches Virus, Typ 3) einigte, sondern auf einen dritten: HIV. Damit waren allerdings die Streitigkeiten um die Frage nach der Entdeckung des Virus noch lange nicht beigelegt (Wallis 1986).

Im September wurde zum ersten Mal in den USA das Medikament Azidothymidin (AZT) bzw. Zidovudin zur Behandlung der AIDS-Erkrankung eingesetzt. AZT wurde bereits in den 60er Jahren ursprünglich als Chemotherapeutikum gegen Krebs entwickelt, aber aufgrund des ausbleibenden Erfolges als Krebsmedikament verworfen. In einer Studie zeigte es als erstes antiretrovirales Therapeutikum gegen AIDS jedoch einen so erheblichen Vorteil gegenüber dem Placebo, dass diese bereits nach sechs Monaten frühzeitig abgebrochen werden musste, da es unethisch gewesen wäre, der mit Placebo behandelten Patientengruppe das Medikament weiterhin vorzuenthalten (Fischl et al. 1987:185-91). Gleichzeitig sollte aber vor zu hohen Erwartungen und falschem Optimismus gewarnt werden, auch das frühzeitige Abbrechen der Studie sorgte bei Ärzten und Forschern für Kritik (Levine 1986). Erst Anfang 1987 stand AZT in Europa und den „großen AIDS-Zentren“ (DER SPIEGEL 1986) wie Berlin oder Frankfurt für ausgewählte Patientengruppen zur Verfügung (Public Health Service 1987).

Am 19. Mai 1987 ließ der bayerische CSU-Generalsekretär Peter Gauweiler den von der bayerischen Staatsregierung am 25. Februar 1987 beschlossenen sogenannten Maßnahmenkatalog in einem Brief an das bayerische Innenministerium bekanntwerden, nachdem mehrere seiner Anträge von der Bundesregierung abgewiesen worden waren, AIDS in den Katalog des Bundesseuchengesetzes aufzunehmen. Damit wäre mit AIDS-Kranken ähnlich umgegangen worden wie mit Cholera-, Typhus- oder Pockenerkrankten: Kranke, Ausscheider, oder diejenigen, die unter Verdacht stehen, zu einer dieser Gruppen zu gehören, sollten auch gegen ihren Willen untersucht, namentlich gemeldet, isoliert und auch behandelt werden. Gleiches galt für Ansteckungsverdächtige, zu denen alle intravenös Drogensüchtige und weibliche sowie männliche Prostituierte gehörten. Homosexuelle, obwohl die deutliche Mehrheit der an AIDS Erkrankten, zählten nicht dazu. War der angeordnete Bluttest bei einer ansteckungsverdächtigen Person negativ, sollte dieser vierteljährlich wiederholt werden. Nachgewiesenermaßen HIV-Positive wird die fahrlässige und mutwillige Infektion des Sexualpartners untersagt, daraus folgt, dass allein der ungeschützte Geschlechtsverkehr eine Straftat darstellt. Außerdem behandelte der Maßnahmenkatalog Ergänzungen zum Asylrecht: HIV-positive Ausländer oder solche aus den Ansteckungsverdachtsgruppen, selbst wenn diese

nachgewiesenermaßen nicht mit HIV infiziert waren, sollten nach Ermessen der Auslandsbehörde die Aufenthaltsgenehmigung untersagt, oder wenn bereits vorhanden, nachträglich entzogen werden (Frankfurter Allgemeine Zeitung 1987).²³ In den USA wurde ab Juni 1987 durch den „Helms Amendment“ nachweislich HIV-Positiven die Einreise untersagt. Jesse Helms war republikanischer US-Senator von 1973 bis 2003, der laut der New York Times bekannt war für seinen erbitterten Kampf gegen staatliche Finanzierung der Aidsforschung und Behandlung. Die New York Times zitierte ihn in einem Artikel, der anlässlich seines Todes am 4. Juli 2008 erschien: „Nothing positive happened to Sodom and Gomorrah, and nothing positive is likely to happen to America if our people succumb to the drumbeats of support for the homosexual lifestyle (Holmes 2000).“ Das Verbot blieb bis zum 5. Januar 2010 für die Einreise in die Vereinigten Staaten bestehen (James 1991).

Aufgrund der gravierenden Einschnitte in die Persönlichkeitsrechte und der geringen Therapiemöglichkeiten im Falle eines positiven Testergebnisses wurde der bayerische Maßnahmenkatalog von den anderen Bundesländern nicht akzeptiert und auch in Bayern wurde er, so zumindest laut eines Artikels der ZEIT, oftmals vom medizinischen Personal missachtet oder eine gesundheitsamtliche Meldung durch Versenden der Proben in andere Bundesländer umgangen. Letztendlich wurde der Maßnahmenkatalog von der Ländervertretung im Bundesrat mehrheitlich abgelehnt (DIE ZEIT 1987). Der ehemalige Vorstandsvorsitzende der deutschen AIDS-Hilfe e.V. Guido Vael, der auch seit über 30 Jahren ehrenamtlich in der Münchener AIDS-Hilfe tätig ist, sagte in einem Interview für das Magazin *einestages* über Peter Gauweiler (Vael G 2008):

„Wir haben natürlich das Gespräch mit ihm gesucht, weil er den berühmten Maßnahmenkatalog entwickelt hatte. In diesem Katalog ging es namentlich nur um Drogenabhängige und Prostituierte. Gauweiler hatte Angst, mit Praktiken der Nazis, mit der Erinnerung an Konzentrationslager in Verbindung gebracht zu werden. Aber er sagte uns wortwörtlich, dass es ein Ziel sei, die Schwulen-Infrastruktur zu zerschlagen. Er ließ die "Spinne" schließen, ein Transvestielokal, und eine Sauna. Dann wurde vorgeschrieben,

²³ Im SPIEGEL wird der bayrische CSU-Abgeordnete und spätere bayrische Ministerpräsident Horst Seehofer zum Thema AIDS zitiert: „Infizierte und Kranke, schlug der CSU-Bundestagsabgeordnete Horst Seehofer vor, müßten künftig "in speziellen Heimen" gesammelt werden. Er sprach von "konzentrieren", sein Parteifreund und neuer Bonner Staatssekretär Erich Riedl von "absondern".“ (Der Spiegel 16.03.1987)

dass es in Saunen keine Einzelkabinen geben durfte, die Türen mussten alle offen bleiben, die Lichtstärke der Beleuchtung wurde festgelegt. Ein Lokal, in dem Pornofilme liefen, musste immer um ein Uhr schließen, anstatt um drei Uhr wie die anderen.“ (Vael G 2008)

Obwohl Strategien zur Bekämpfung der AIDS- Erkrankung in Deutschland schon seit einigen Jahren ein zentrales Thema der Gesundheitspolitik waren, äußerte sich der damalige Bundeskanzler Helmut Kohl bis 1988 wenig zu diesem Thema, wahrscheinlich auch, da die Informationspolitik Rita Süßmuths (CDU) in Konflikt mit der Interventionspolitik Gauweilers (CSU) stand (Knigge J 2011).

Auch in den USA war AIDS ein Thema, das US-Präsident Reagan erst im April 1987 wieder ansprach, nachdem er und der französische Premier Jacques Chirac zu einer Einigung bei dem Streit der französischen und amerikanischen Wissenschaftler über die Entdeckung des HI-Virus gekommen waren. Auf einer Pressekonferenz plädierte Reagan für eine AIDS-Aufklärung an Schulen, „as long as they teach that one of the answers is abstinence – if you say it’s not how you do it, but that you don’t do it.“ (Hooper 1987) Auch Präsident Reagan hatte sich anfangs für einen verpflichtenden AIDS-Test ausgesprochen, nach heftiger Kritik ihn aber auf die Testung von speziellen Gruppen wie Gefängnisinsassen, Immigranten oder STD- Patienten beschränkt. Ferner sollte es Routinetests für jeden amerikanischen Staatsbürger geben, der heiraten wollte (Boffey 1987).

In Deutschland hatte die Staatsanwaltschaft Mainz im August 1987 klargestellt, dass ein AIDS-Test ohne vorherige Aufklärung mit anschließender Einwilligung des Patienten aufgrund der sozialen Folgen als Körperverletzung aufzufassen war, trotzdem wurde über Patienten berichtet, die unwissentlich getestet worden waren (DER SPIEGEL 1991).

In einer Rede in England machte Lady Diana, Princess of Wales, auf sich aufmerksam, als sie während der Einweihung einer Krankenhausstation für an AIDS erkrankte Menschen einem Patienten ohne Handschuhe die Hand schüttelte. Der Patient kommentierte dies treffend: "she shook my hand without her gloves on. That proves you can't get AIDS from normal social contact." (Bureau of Hygiene & Tropical Diseases 1987)

Trotzdem berichteten Menschen immer wieder von unterlassener Hilfe durch medizinisches Pflegepersonal, wie zum Beispiel der Autor Matthias Frings in einem Interview in der Dokumentation „Der AIDS-Krieg“.

„Da passiert es dann, habe ich selber mitbekommen, dass jemand krank ist und die Leute vom Notdienst sich weigern, diese Person ins Krankenhaus zu bringen, weil sie vermuten, dass diese Person AIDS hat.“ (Knigge 2011)

Seitdem bekannt wurde, dass es sich bei AIDS um eine Infektionskrankheit handelt, wurde nicht nur vor dem epidemiologischen Hintergrund nach einem Ursprung, dem ersten Überträger, gesucht, der die Krankheit nach Europa oder nach Nordamerika gebracht hatte. Es wurden immer wieder Personen aus unterschiedlichsten Herkunftsländern verdächtigt, unmittelbar für die ersten Übertragungen verantwortlich zu sein. Diese Nachforschungen sollen meist ganz unabhängig von jeglicher Evidenz gewesen sein oder es seien bewusst Studienergebnisse verzerrt worden. In der SPIEGEL-Ausgabe von 16. November 1987 erschien ein Artikel über den bereits oben erwähnten sogenannten „Patient Zero“. Der amerikanische Journalist und Autor Randy Shilts lieferte mit dem Buch „And the Band Played On: Politics, People, and the AIDS Epidemic (1980-1985)“ eine erste Dokumentation über den Beginn der AIDS-Epidemie in den USA. Wenngleich Shilts Werk bisweilen sehr subjektiv gehalten ist, wurde es in mehrere Sprachen übersetzt und oft von der Presse zitiert. In Deutschland erschien das Buch unter dem Titel: „...und das Leben geht weiter“ (1988), Textausschnitte und einzelne Kapitel wurden vom SPIEGEL in der Serie: „Was haben wir uns nur angetan? – AIDS – Eine Entstehungsgeschichte“ 1988 abgedruckt (DER SPIEGEL 9/88 ff.). Ausführlich beschäftigt sich Shilts mit dem kanadischen Flugbegleiter Gaëtan Dugas:

"Whether Gaëtan Dugas actually was the person who brought AIDS to North America remains a question of debate and is ultimately unanswerable ... there's no doubt that Gaetan played a key role in spreading the new virus from one end of the United States to the other." (Shilts 1987:439)

Obwohl Shilts in seinem Buch nicht sicher Gaëtan Dugas als den Patienten Zero benennt, stellte die Presse, unter anderem das TIME MAGAZINE, fälschlicherweise Shilts als denjenigen dar, der den Patient Zero zum ersten Mal identifizierte (Henry III/William 1987). In einem Interview mit dem Epidemiologen Andrew

Moss, einem der ersten, der die AIDS Fälle in San Francisco dokumentierte, antwortete dieser auf die Frage, warum Shilts sich wohl so intensiv mit Dugas befasst habe:

„Well, he [Dugas] was a very sexually active gay man, who undoubtedly spread it around a lot, but he was not Patient Zero. He was too late in the epidemic. [...] There's no Patient Zero. It's lots of people moving around from New York to San Francisco, and the rest of the world. If there was ever an original Patient Zero, it would have been back in the mid-seventies. But there isn't an original Patient Zero.“ (Hughes/Greenspan 1995:275-6)

Auch wenn Dugas sicherlich nicht der Patient Zero gewesen ist, wird es wohl auch keine andere einzelne Person geben, die als Patient Zero identifiziert werden kann. Zweifelsohne machte Shilts aber den Namen Dugas publik.

Im Januar 1988 fanden sich 148 Nationen, repräsentiert von 114 Ministern, in London zum Summit-of-Health-Ministers zusammen. Die dort beschlossene AIDS-Präventionserklärung sollte zum einen der besseren nationalen und internationalen Aufklärung der Gesellschaft dienen, zum anderen staatliche sowie nicht-staatliche Organisationen bei der AIDS-Bekämpfung unterstützen. Anders als bei vorherigen internationalen AIDS-Konferenzen wurde hier auch erstmals im speziellen die AIDS-Problematik in den Entwicklungsländern angesprochen. Überrascht über den großen Zuspruch des Gipfeltreffens bot die WHO ihre Unterstützung an und erklärte daraufhin den 01. Dezember zum Welt-AIDS-Tag (Mann/Kay 1991:221-9).

In Deutschland stellten sich mittlerweile auch Kranken- und Lebensversicherungen auf die Krankheit AIDS ein, Risikoprofile wurden erstellt, Kunden gezielt nach deren Lebensweisen und einer möglichen HIV-Infektion befragt und gegebenenfalls auf HIV getestet, eine Praxis, die bis heute Bestand hat (DER SPIEGEL 1988 und Finanztest 2004).

Im Juli desselben Jahres riet die American Medical Association, die Sexualpartner von an AIDS erkrankten Patienten auch gegen deren Willen über die Krankheit des Partners zu informieren und damit die ärztliche Schweigepflicht zu durchbrechen (Wilkerson 1988).

In Deutschland erschien einen Monat zuvor im SPIEGEL ein Artikel über ungeschützten Geschlechtsverkehr mit HIV-positiven Partnern als Straftatbestand der Körperverletzung. Dort wurden zwei Gruppen beschrieben, diejenigen, die sozial gefestigt sind und denen ein verantwortungsbewusstes Umgehen mit ihrer Krankheit zugeschrieben wird, und diejenigen, die keinen sozialen Rückhalt haben und zu den „Randständigen der Gesellschaft“ (DER SPIEGEL 1988) gehören.

Durch den knapp zwei Jahre zuvor in Kraft getretenen Helms-Amendment wurden bis 1989 bereits 15 Menschen die Einreise in die Vereinigten Staaten verweigert. Dadurch wurden sämtliche Bemühungen, ein internationales AIDS-Treffen in den USA zu veranstalten, erschwert. So wurde ein niederländischer AIDS Präventionshelfer, der selbst an AIDS erkrankt war, für mehrere Tage in Minnesota inhaftiert, als er auf dem Weg zum „11th National Lesbian and Gay Health Conference“ in San Francisco war, da man auf dem Flughafen in seinem Gepäck das Medikament AZT gefunden hatte (The New York Times Obituaries 1990).

3.3.4. PLHIV Stigma-Index – „Positive Stimmen“

Auch wenn die offene Stigmatisierung und Diskriminierung der 1980er und auch noch 1990er Jahre von AIDS-Erkrankten in Deutschland nachgelassen hat, so beklagen die AIDS-Organisationen, dass die Stigmatisierung heute auf subtilere Art immer noch vorhanden ist. Dank der Erfolge in der Forschung, des Wissens über die Übertragungswege und der Entwicklung neuer Medikamente ist AIDS heute therapierbar, und eine HIV-Infektion muss nicht mehr lebenslimitierend sein. Die Angst vor Ansteckung ist in der Gesellschaft zurückgegangen, AIDS kein Thema mehr für die Schlagzeilen in den Medien, auch wenn das Robert-Koch-Institut für 2013 wieder einen leichten Anstieg von HIV-Neuinfektionen feststellt (rki 2013). Dass HIV-Positive dennoch von Stigmatisierungen betroffen sind und in welchem Bereich, zeigt eine Studie.

Im Jahr 2008 starteten die AIDS-Organisationen Global Network of People living with HIV (GNP+), International Community of Women Living with HIV/AIDS (ICW), International Planned Parenthood Federation (IPPF) und Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS) die People Living with HIV Stigma Index Befragung, kurz PLHIV Stigma Index, in über 50 Ländern (positive-stimmen (b) : Das Projekt/Hintergrund).

Nach erfolgter Einweisung befragten mehr als 1300 selbst HIV-positive Interviewer ca. 50000 Menschen mit HIV nach einem weltweit standardisierten Fragebogen nach ihren persönlichen Stigmatisierungserfahrungen in den letzten 12 Monaten. Ziel dieser Untersuchung war es, Stigmatisierung auf der einen Seite öffentlich zu machen und auf der anderen Seite bei den Betroffenen ein Zusammengehörigkeitsgefühl und damit ihr Selbstbewusstsein zu stärken, um die Menschen im Kampf gegen Stigmatisierung besser mobilisieren zu können.

In Deutschland nennt sich dieses von der Deutschen AIDS-Hilfe koordinierte Forschungsprojekt „positive stimmen“. 40 HIV-Positive interviewten im Jahr 2011 1148 Menschen mit HIV, das sind ca. 1,6% der in Deutschland lebenden HIV-Positiven. Mit Hilfe eines standardisierten Fragebogens, der mit einigen für Deutschland spezifischen Fragen ergänzt wurde, wurden sie über ihre

Stigmaerfahrungen aus den zurückliegenden letzten 12 Monaten befragt (Vierneisel/Sweers 2012:52).

Sowohl die Zusammensetzung der Interviewer als auch die der Befragten sollten dabei die „Heterogenität der Gesamtpopulation aller HIV-Positiven in der Bundesrepublik Deutschland, zum Beispiel in Bezug auf Geschlecht, sexuelle Orientierung/Identität, Migrationshintergrund, Drogenhintergrund“ widerspiegeln (Herrmann/Vierneisel 2), erheben aber keinen Anspruch auf Repräsentativität. Viele der Befragten arbeiten oder engagieren sich dabei selbst in AIDS-Selbsthilfegruppen. 75% der Befragten sind Männer, 24% Frauen und 1% Trans- und Inter-Menschen (Vierneisel/Sweers 2012:53). Bei der selbst gewählten Gruppenzugehörigkeit (Mehrfachnennungen waren erlaubt) ordneten sich 67% entweder aktuell oder auch ehemals bei den schwul/lesbischen ein, wobei es sich vorwiegend um homosexuelle Männer (n=694) und nur 31 Frauen handelte.

	n Männer	% von Männern	n Frauen	% von Frauen	n Trans*	n Inter- sexuell	n insgesamt	% von n insgesamt
Männer, die mit Männer Sex haben	477	56	-	-	7	1	485	42
Schwule oder lesbische Menschen	561	66	31	11	4	1	597	52
Trans* Menschen	7	1	1	0,4	11 ¹⁰	-	19	2
Sexarbeitende	38	4	27	10	2	-	67	6
Intravenös Drogengebrauchende	64	8	73	26	2	-	139	12
Flüchtlinge oder Asylsuchende	28	3	12	4	1	-	41	4
Migrant_innen	103	12	47	17	3	-	153	13
Migrant_innen aus Ländern, in denen HIV verbreitet ist	25	3	25	9	1	-	51	4
Heterosexuelle Menschen	212	25	230	82	3	-	445	40
Menschen in Haft	30	4	19	7	3	-	52	5

Tabelle 1: Selbstgewählte Gruppenzugehörigkeit (positive-stimmen 2014a:14)

Da einige Interviewte bei der sexuellen Orientierung sowohl hetero- (38%) als auch homosexuell angaben, geht man davon aus, dass die Einordnung ‚heterosexuell‘ der Vergangenheit angehörte. Dadurch reduziert sich die Einordnung heterosexuell auf 33%. Die Mehrheit aus der Gruppe der Heterosexuellen sind weiblich (61%), 28% geben einen Migrations- und 25% einen Drogenhintergrund an. In der drittgrößten Gruppe der Migranten/-innen von 23% der Befragten waren häufiger Sexarbeiterinnen (11%) als in der Gesamtheit der Befragten (6%) und ein hoher Anteil an Männern mit Drogenhintergrund (33%). Insgesamt gaben 12% einen Drogenhintergrund an, davon 53% Frauen und davon wiederum 24% Sexarbeiterinnen. Von den Befragten mit Drogenhintergrund rechnen sich 28% der Männer und 19% der Frauen der schwul/lesbischen Kategorie zu (14).

	n	%
Seit bis zum einem Jahr	84	7
Seit ein bis 4 Jahren	214	19
Seit 5 bis 9 Jahren	262	23
Seit 10 bis 14 Jahren	206	18
Seit 15 bis 19 Jahren	147	13
Seit 20 bis 24 Jahren	118	10
Seit 25 Jahren und länger	108	10
Seit der Geburt	3	0,3
Gesamt	1142	100

Tabelle 2: Dauer der HIV Infektion (positive-stimmen 2014a:15)

Die größte Gruppe der Befragten sind zwischen 30 und 49 Jahre (58%), gefolgt von den über-50-jährigen (27%), (die meisten Frauen (62%) gehören zur mittleren Alterskategorie) und sind seit 5-14 Jahren HIV positiv.

Obwohl das Bildungsniveau der Gesamtgruppe relativ hoch ist, 52% der Männer und 44% der Frauen haben Abitur oder Hochschulabschluss, ist die Mehrheit der Befragten erwerbslos oder arbeitet in Teilzeit (Männer 59%, Frauen 81%). Und das Haushaltseinkommen der Befragten beträgt nur bei 35% der Männer und 26%

der Frauen über 2000 Euro monatlich, während 27% der Männer und 34% der Frauen weniger als 1000 Euro Haushaltseinkommen haben (Vierneisel/Sweers 2012:54ff).

Der Fragenkatalog nach Stigmatisierungserfahrungen umfasste vorwiegend folgende Themenbereiche: Soziales Umfeld, Gesundheitsbereich, Arbeitswelt, der Umgang mit Sexualität und die Verinnerlichung von Stigmatisierung.

Im Bereich des sozialen Umfeldes haben die Befragten vorwiegend in Bezug auf „Tratschen“ (31%) und „verbale Beleidigung“ (14%) negative Erfahrungen gemacht, die die Betroffenen direkt auf ihre HIV-Infektion zurückführen. Von körperlicher Bedrohung und tätlichen Angriffen berichten 5% bzw. 3%, und 7% wurden aus der Familie und 6% von Vereinsaktivitäten aufgrund ihrer HIV-Infektion ausgeschlossen.

Laut Fragebogen sind 19% der HIV-Positiven in den letzten 12 Monaten vor der Befragung eine medizinische bzw. zahnmedizinische Behandlung verweigert worden (Vierneisel/Sweers 2012:57ff). Wenn man diese Zahl aufschlüsselt, stellt man fest, dass fast die Hälfte davon Sexarbeiterinnen waren und als zweitgrößte Gruppe die i.v.-Drogengebraucher. Anhand dieser Zahlen wird auch deutlich, dass sich hier Stigmatisierungsgründe überlappen und eine eindeutige Zuordnung, warum es zur Stigmatisierung gekommen ist, vielleicht nicht immer möglich ist. Da aber fast alle (18%) als Reaktion auf die Zurückweisung in den folgenden Monaten eine medizinische Behandlung nicht in Anspruch genommen haben, obwohl es nötig gewesen wäre, sind die Auswirkungen besonders gravierend, da eine rechtzeitige Therapie unter Umständen dadurch verhindert wird (58).

Als Gründe für die Ablehnung HIV-Positiver werden von den Ärzten und Zahnärzten neben der Angst vor einer HIV-Übertragung auch Angst und Unsicherheit angegeben, eine qualitativ angemessene Therapie zu gewährleisten, oder aber dass HIV-positive Patienten den Ruf der Praxis schädigen könnten (Deutsche AIDS-Hilfe:2).

Auch ist auffällig, dass sich nur 37% der Befragten sicher sind, dass ihre medizinischen Daten vertraulich behandelt werden und 20% der Befragten geben an, „Unwissentlich, unter Druck, unter Zwang“ auf HIV getestet worden zu sein

(Vierneisel/Sweers 2012:58). Diese Tendenz ist aber rückläufig, da dies 25 % der Befragten angeben, die schon seit über 15 Jahren HIV-positiv sind, während bei den bis zu vier Jahren Positiven nur 16% diese Angaben machen.

Die Befragungen zur Stigmatisierung am Arbeitsplatz zeigen, dass die Mehrheit nicht offen mit ihrer HIV-Erkrankung umgehen (61%), dass aber diejenigen, die dies tun, eine unterstützende (45%) bzw. eine neutrale (29%) Reaktion des Arbeitgebers erfahren haben. Von denen, die im Jahr vor der Befragung ihre Arbeitsstelle aufgrund einer Kündigung verloren haben, führt die Mehrheit dies auf Diskriminierung und nicht auf einen HIV-bedingten schlechten Gesundheitszustand zurück (Deutsche AIDS-Hilfe:3).

In Bezug auf Sexualität geben fast die Hälfte der Befragten an, im letzten Jahr aufgrund ihrer HIV-Infektion von einem möglichen Sexpartner zurückgewiesen worden zu sein. Aber auch gut die Hälfte der HIV-Positiven bekennen, bei Sexpartner/-innen sich nicht offen und freiwillig als HIV-positiv geoutet zu haben (52%). Am häufigsten outen sich HIV-Positive den Partnern gegenüber (84%) und den Freunden/-innen (64%). Aber fast jeder zweiter verschweigt seinen HIV-Zustand gegenüber der Familie (44%) und nur 13% outen sich in der Nachbarschaft (Vierneisel/Sweers:60 ff).

Erfahrungen mit diskriminierenden Reaktionen sind umso häufiger, je weiter entfernt die Personen gefühlsmäßig den Befragten standen: von Freunden/-innen 12%, von Partnern 17% bzw. von der Familie 18%, während reine Sexpartner/-innen und Nachbar/-innen in 33% bzw. 36% diskriminierende Reaktionen zeigten (62).

Zu Fragen der Verinnerlichung bzw. Selbststigmatisierung von HIV-bezogener Stigmatisierung geben 75% der Befragten an, deshalb im letzten Jahr traurig oder deprimiert gewesen zu sein und sogar 23% hatten Selbstmordgedanken. Mehr als ein Drittel schämte sich für seine/ihre HIV-Infektion (31%) oder machte sich Vorwürfe (32%). Nur jeder fünfte gab keine negativen Gefühle in Bezug auf seine HIV-Infektion an (63).

Ein weiterer Fragepunkt in dem Interview ist der nach rechtlichen Einschränkungen. So geben 16% an, dass ihnen eine Versicherung verweigert wurde. Auch

wenn sie aufgrund von der HIV-Infektion verweigert wurde, ist nicht eindeutig, ob eine HIV-bezogene Stigmatisierung vorlag, oder ob die Versicherung generell verweigert wurde, weil eine chronische Erkrankung vorlag (63). Jeder zweite hat aber auch kein Vertrauen auf Erfolg und deshalb keine rechtlichen Schritte gegen eine erfahrene Ungerechtigkeit eingelegt.

Insgesamt gesehen zeigt die Befragung, dass in vielen Bereichen seitens der Gesellschaft eine Stigmatisierung und Diskriminierung vorliegt, auch wenn diese nicht immer auf den ersten Blick offensichtlich ist.

So antworten auch auf die Frage, was das Wichtigste sei, das Organisationen und Initiativen gegen HIV-bezogene Stigmatisierung tun sollten, 42% der Befragten: „Für Rechte von Menschen mit HIV eintreten.“ (Vierneisel/Sweers : 67).

„HIV-bezogene Stigmatisierung umfasst beides: Stigmatisierung aufgrund von HIV und von Phänomenen, die damit in Verbindung gebracht werden – sexuelle Orientierung, Migrationshintergrund, Drogengebrauch, Sexarbeit“(67). Dementsprechend kommt man in der Auswertung der Studie zum Schluss: „Um Strategien zum Abbau HIV-bezogener Stigmatisierung entwickeln zu können, muss das Themenfeld also in seiner ganzen Breite in den Blick genommen werden“(67).

3.3.5. AIDS und die christliche Moralvorstellung

Als Beispiel für den institutionellen Umgang mit AIDS-Erkrankten soll hier die Auseinandersetzung der katholischen und evangelischen Kirche mit der HIV- Erkrankung sein.

In Deutschland gibt es zahlreiche kirchliche Beratungsstellen, die sowohl HIV/AIDS- Patienten als auch deren Familienangehörige oder Partner beraten und unterstützen.²⁴ Weltweit werden etwa 50 Prozent der Einrichtungen, die sich dem Kampf gegen AIDS verschrieben haben, von den Kirchen getragen, ungefähr zu gleichen Teilen von der evangelischen und der katholischen Kirche.

Beide große Kirchen treten in ihren Stellungnahmen in den letzten Jahren für eine bessere Integration in die Gesellschaft und gegen eine Stigmatisierung von HIV/AIDS-Kranken ein. So stellt der damalige EKD-Vorsitzende Bischof Dr. Wolfgang Huber im Vorwort von einer vom EKD veranlassten Studie fest, dass die Kirche eine Gemeinschaft sei, „in der sich Gesunde und Kranke, von HIV/AIDS direkt und indirekt Betroffene ... als Glieder des Leibes Jesu Christi mit gleichem Wert und gleicher Würde akzeptieren und einander in Solidarität unterstützen...“ müssen, denn „die Würde des Menschen ist unteilbar“ (Huber 2007:5). Er kritisiert immer noch vorkommende Diskriminierung und Stigmatisierung von HIV/AIDS-Kranken auch in der evangelischen Kirche und beruft sich auf die Bibel:

„Wie Jesus sich vorbehaltlos denen zugewandt hat, die wegen ihrer Krankheit von der Gesellschaft ausgeschlossen wurden, den Aussätzigen und Leprakranken, so eindeutig müssen sich Christen und Kirchen heute den HIV/AIDS –Erkrankten zuwenden.“ (Huber 2007:6)

Grill/Hippler betonen in ihrer der katholischen Kirche gegenüber sehr kritischen Streitschrift, dass bereits in den 1980er Jahren das Bistum Trier deutlich gemacht hat, „dass jede Form der Diskriminierung und Stigmatisierung von HIV-positiven Menschen unchristlich sei“ (Grill/Hippler 2007:78). Ferner schreiben sie, dass

²⁴ Für die katholische Kirche z.B. der Caritasverband, der Sozialdienst katholischer Frauen, der Sozialdienst katholischer Männer, neben den einzelnen katholischen und evangelischen Pfarreien gibt es im Internet eine deutschlandweite Adressenliste von ev. Pfarrern, die sich speziell in der HIV/AIDS Beratung fortgebildet haben und sich als Ansprechpartner anbieten. (http://www.ekd.de/seelsorge/aids_seelsorge.html)

manche Kleriker die Seuche mit der Feststellung theologisch verarbeiten, „dass der Leib Christi von Aids befallen ist“. (Grill/Hippler 2007:78)

Gegen Stigmatisierung HIV/AIDS- Kranker in der Kirche, auch in arbeitsrechtlicher Hinsicht, und für Solidarität mit HIV-positiven Menschen in Deutschland ruft auch das Zentralkomitee der deutschen Katholiken 2011 auf. Beide Kirchen fordern auch mehr Gelder für die Entwicklungshilfe im Kampf gegen HIV/AIDS und sprechen z.B. im südlichen Afrika von einer Pandemie, verursacht unter anderem durch Armut. Sie fordern den freien Zugang zu antiviralen Mitteln, Förderung eines selbstbestimmten und wirtschaftlich unabhängigen Lebens von Frauen sowie bessere Bildungsmöglichkeiten von Kindern und Jugendlichen, da AIDS/HIV gerade in Entwicklungsländern ein gesamtgesellschaftliches Problem sei (ZdK 2011:9).

Die beiden großen christlichen Konfessionen unterscheiden sich aber in Bezug auf die Fragen der Prävention von HIV/AIDS. Während die evangelische Kirche eine einheitliche Position einnimmt und versucht, die aktuellen medizinischen Erkenntnisse in der Prävention und Therapie umzusetzen, kommt es in Fragen der Sexualethik in der Katholischen Kirche immer deutlicher und offener zu einem Konflikt zwischen den katholischen Gläubigen und der Kirchenführung. Dabei geht es im Zusammenhang mit AIDS um das Kondomverbot, um vorehelichen Sexualverkehr und die Einstellung zur Homosexualität. Auch die deutschen Bischöfe vertreten unterschiedliche Positionen. Eine im Herbst 2013 vom Vatikan beauftragte Umfrage unter den katholischen Gläubigen in Deutschland zeigt einen deutlichen Veränderungsbedarf in der kirchlichen Moral- und Sexualethik, die nach dem Trierer Bischof Stephan Ackermann heute von den Gläubigen als „Verbotsmoral“ und „lebensfern“ angesehen wird (Ackermann 2014). Ackermann sieht es als „nicht mehr zeitgemäß“ an, „jede Art von vorehelichem Sex als schwere Sünde zu bewerten“ und plädiert auch für einen anderen Umgang mit Homosexualität: „Das christliche Menschenbild geht von der Polarität der Geschlechter aus, aber wir dürfen nicht einfach sagen, Homosexualität sei widernatürlich“, betont aber: „Homosexualität dürfe aber nicht in Promiskuität und Triebbefriedigung ausgelebt werden“, aber bei einer eingetragenen Lebensgemeinschaft „können wir dieses Verantwortungsbewusstsein nicht ignorieren“ (Ackermann

2014). Der damalige Kardinal Ratzinger und spätere Papst Benedikt erklärte zum Thema AIDS noch 1985: „Man muss nicht von einer Strafe Gottes sprechen. Es ist die Natur, die sich wehrt“ (Apfel 2012). Und der Kölner Kardinal Meisner sprach sich zwar 2011 gegen eine Diskriminierung von Homosexuellen aus, betonte aber unter Berufung auf die Bibel homosexuelle Praktiken als widernatürlich und nicht gottgewollt, da sie nicht der Fortpflanzung dienen (Meisner 2011). Während in Deutschland die Frage der Stigmatisierung von HIV/AIDS-Patienten eng mit der Frage der Stigmatisierung von Homosexuellen in unserer Gesellschaft zusammenhängt, stößt die von der katholischen Kirchenführung vertretene Moralethik in den Entwicklungsländern zunehmend auf offene Kritik auch innerhalb des Klerus. Angesichts der immens hohen HIV/AIDS-Rate im südlichen Afrika verursachte die Position von Papst Benedikt weit verbreiteten Protest, weil dieser anlässlich seiner Afrikareise auf dem Flug nach Kamerun im Interview 2009 sagte: „Die Immunschwächekrankheit Aids ist nicht mit Kondomen zu überwinden, im Gegenteil, das verschlimmert nur das Problem.“ Außerdem sei vielmehr „eine spirituelle und menschliche Erneuerung der einzige Weg aus der auf dem Schwarzen Kontinent grassierenden Seuche“ (ZEITonline vom 18.03.2009). Damit nahm Papst Benedikt die gleiche Position wie sein Vorgänger Johannes Paul II. auf seiner Afrikareise 1993 ein, als dieser betonte, dass die „eheliche Treue das einzige Mittel sei, um die tragische Wunde Aids zu heilen“ (ZEITonline vom 18.03.2009) und entspricht ganz der Lehre der Enzyklika *Humanae Vitae* von Papst Paul VI. aus dem Jahre 1968.

Da aber gerade in Afrika viele Frauen durch ihre HIV/AIDS- infizierten Männer angesteckt werden und die katholische Moralethik eine künstliche Verhütung in der Ehe verbietet, auch wenn ein Partner bereits infiziert ist, widersetzen sich viele Katholiken, die in AIDS-Einrichtungen arbeiten, den Anordnungen aus Rom und verteilen Präservative. So warf der südafrikanische katholische Bischof Kevin Rustenburg auf dem Welt-AIDS-Tag 2003 dem Vatikan vor, „blind gegenüber der Lebenswirklichkeit von Millionen von Armen“ zu sein, da die Menschen in Afrika „leben, leiden und sterben wegen dieser Krankheit“ (zitiert nach Günsche 2010). Auch der belgische Kardinal Danneels, der für den Gebrauch von Präservativen eintritt, falls ein Ehepartner infiziert ist, macht deutlich: „Sonst kommt zu

einer Sünde, nämlich dem Verstoß gegen das sechste Gebot (Du sollst nicht ehebrechen) noch eine andere hinzu, ein Verstoß gegen das fünfte Gebot (Du sollst nicht töten)“ (zitiert nach Grill/Hippler 2007:80). Der katholische Pfarrer Stefan Hippler, der in Kapstadt die HIV/AIDS - Einrichtung HOPE aufgebaut hat, trat ebenso wie viele andere katholische Pfarrer öffentlich für die Verteilung von Kondomen als Prävention ein und greift in seiner Streitschrift *Gott-Aids-Afrika* die katholische Moralethik und Sexuallehre an, da sie in Afrika einem Todesurteil gleichkommen könne (Grill/Hippler 2007:192). Auch betont er den Konflikt, in dem Katholiken mangels klarer bzw. ungeeigneter Richtlinien aus Rom stecken. Auf der einen Seite würdigt er die Leistung der kirchlichen Einrichtungen in Bezug auf die Pflege von AIDS-Kranken und den Beistand für die Leidenden und Sterbenden. Er erkennt auch an, dass die katholische Kirche schon früh gegen jede Form der Diskriminierung und Stigmatisierung von HIV-positiven Menschen als unchristlich eingetreten sei.²⁵ Auf der anderen Seite gäbe es immer noch viele Priester und Bischöfe, die AIDS als ‚Strafe Gottes‘ und die Benutzung von Kondomen immer noch als Sünde bewerten (Grill/Hippler 2007:78). Der Zweck seiner Streitschrift war es, sich beim Papst Gehör zu verschaffen mit seiner Forderung, die katholische Moralethik der Lebenswirklichkeit anzupassen, damit gerade im Kampf gegen HIV/AIDS die katholische Kirche mit klaren ethischen Richtlinien auch in der Prävention erfolgreich arbeiten könne.²⁶

In dem 2010 erschienen Interviewbuch „Das Licht der Welt“ kam es zu einer von der Presse gefeierten „Historischen Wende“ in der Einstellung des Vatikans zur Sexualmoral, als Papst Benedikt die Verwendung von Kondomen in begründeten Einzelfällen zwar ‚nicht als wirkliche und moralische Lösung‘ bezeichnete, aber sie könnten ein ‚erster Schritt sein auf dem Weg hin zu einer anders gelebten, menschlicheren Sexualität‘ (Papst Benedikt XVI 2010, zitiert nach Günsche 2010). Neue Richtlinien in der Sexualethik verspricht man sich auch durch die Wahl von Papst Franziskus und sieht die von ihm oben erwähnte in Auftrag gegebene Studie als Auftakt an.

²⁵ Gott Aids-Afrika S. 78, als Beispiel führt Hippler das Bistum Trier an.

²⁶ Vgl. Günsche 2010: Nach Veröffentlichung der Streitschrift wurde Hipplers Vertrag als Pfarrer in Kapstadt vom Bistum Trier nicht verlängert.

3.4. Lepra – HIV:

Vergleicht man AIDS und Lepra zu einem Zeitpunkt, an dem die Ätiologie noch nicht bekannt war, lassen sich jeweils deutliche gesellschaftliche Abwehrreaktionen und Marginalisierungsmechanismen in Form von Stigmatisierung und Diskriminierung feststellen.

Als über die ersten AIDS-Infektionen in den Medien berichtet wurde und diese somit im Bewusstsein der Gesellschaft ankamen, wurde diese Krankheit sogleich mit biblischen Strafen, insbesondere in Form der Lepra, in Verbindung gebracht. Den Vergleich dieser beiden doch so unterschiedlich erscheinenden Erkrankungen zogen nicht nur Journalisten, sondern auch Vertreter der Kirche, der Politik sowie der Medizin. Dies ist umso erstaunlicher als die Lepra zu diesem Zeitpunkt in den westlichen Industrienationen praktisch nicht mehr vorkommt. Dennoch ist sie so tief im Bewusstsein der Menschen verankert, dass die neu aufgetretene HIV - Epidemie mit der im mittelalterlichen Deutschland vorkommenden Lepra assoziiert wurde.

Lepra war ebenso wie AIDS nicht heilbar. Und beide Krankheiten haben die Gemeinsamkeit, dass sowohl der Durchseuchungsgrad der Bevölkerung als auch die Sterblichkeitsrate längst nicht so hoch waren wie in der Öffentlichkeit wahrgenommen wurde. Jede Grippeepidemie verzeichnet jährlich mehr Tote als AIDS am Gipfelpunkt seiner Verbreitung in Deutschland. Und auch bei der Lepra zeigen neuere Untersuchungen, dass die Krankheitszahlen längst nicht so hoch waren, wie früher angenommen.

Zunächst führt eine unbehandelte Lepraerkrankung zu sichtbaren körperlichen Entstellungen. Auch AIDS führt ohne Therapie zu äußerlich sichtbaren Veränderungen, wie zum Beispiel Auszehrung in Form eines Wasting-Syndroms oder eines Kaposi-Sarkoms. In beiden Fällen lässt sich auch eine Therapie nicht vor anderen Mitgliedern der Gesellschaft verbergen. Mussten sich im Mittelalter die Leprösen nach außen hin deutlich kennzeichnen, sichtbar und akustisch, führten die starken antiretroviralen Medikamente bei einer HIV-Therapie zu deutlichen Begleiterscheinungen, die für einen in Bezug auf das Stigma AIDS Gebildeten,

sei es ein Mediziner oder jemand, der Erfahrung mit AIDS-Erkrankten hat, deutlich erkennbar waren. Goffman bezeichnet diese Leute als ‚Stigmawaise‘, zu denen im Mittelalter zum Beispiel unter anderem die Leprosenmeister gehörten (Goffman 1975:42).

Im Mittelalter erfolgte die Stigmatisierung durch völligen gesellschaftlichen Ausschluss. Die Isolierung der Kranken hielt man für notwendig, als man weder Übertragungswege noch Therapie oder anderen Schutz vor dieser letztendlich tödlichen Krankheit kannte. Aber zu der Angst vor der Ansteckung kam noch das Stigma der religiösen Verfehlung, des ‚Unreinen‘. Schon seit der Bibel lautet die Diagnose: leprös und unrein und nicht leprös und krank. Lepra wurde im Mittelalter als Bestrafung für begangene Todsünden oder als Prüfung Gottes angesehen, wie sie Hiob erleiden musste. Anders konnte man sich die Krankheit nicht erklären, da durch die oft sehr lange Inkubationszeit kein Zusammenhang mit dem Infektionsherd hergestellt werden konnte und den Betroffenen die Erkrankung wie ein Gottesurteil vorkommen musste.

Seit dem Bekanntwerden der Krankheit AIDS werden die Vergleiche mit der Lepra gerade in Bezug auf das Stigma der selbstverschuldeten religiösen oder moralischen Verfehlung gezogen. Eine Ausnahme bilden die Patienten, die sich über kontaminierte Blutprodukte angesteckt haben und die Kinder, die sich zum Teil schon perinatal infiziert haben. AIDS wird auch sprachlich abwertend als ‚Lustseuche‘ und ‚Schwulenseuche‘ stigmatisiert. Welche Bedeutung der Sprache bei der Stigmatisierung beigemessen wird, zeigt sich darin, dass man heute dazu übergegangen ist, als Bezeichnung für die Lepra den neutralen Namen ‚Hansen-Krankheit‘ einzuführen in der Hoffnung, so die Krankheit zu entstigmatisieren. Aber im Gegensatz zur sprachlichen Abwertung der AIDS-Erkrankung weisen die mittelalterlichen Bezeichnungen für die Leprösen (Siechen, die armen Kinder) noch auf das christliche Mitleid mit den Betroffenen hin.

Während Lepra Menschen aus allen Gesellschaftsschichten treffen konnte, rekrutieren sich die AIDS-Patienten größtenteils aus ohnehin schon gesellschaftlichen Randgruppen. Die ersten Jahre nach Auftreten der Krankheit in Deutschland war die Stigmatisierung der Erkrankten am stärksten. Einige Politiker forderten die Isolierung der Betroffenen wie bei den Leprösen im Mittelalter. Erst mit fort-

schreitenden Erkenntnissen in der Medizin über Übertragungswege und später auch Behandlungsmöglichkeiten, ist in den Medien eine Verschiebung des Schwerpunkts hin zu Aufklärung und weg von Diskriminierung und Stigmatisierung zu beobachten. Parallel dazu traten die AIDS-Verbände und bekennende AIDS-Erkrankte mehr in den Blickpunkt der Öffentlichkeit und machten mit Hilfe prominenter Unterstützer auf Probleme der Stigmatisierung aufmerksam. Auch wenn die Betroffenen größtenteils gesellschaftlichen Randgruppen zuzurechnen sind, ist die Zusammensetzung sehr heterogen. Die größte Gruppe der Betroffenen, die der homosexuellen Männer, bewirkte ein Umdenken in der Gesellschaft in den letzten 30 Jahren. Immer mehr Männer aus allen gesellschaftlichen Schichten bekannten sich zu ihrer Homosexualität und bewirkten so eine höhere gesellschaftliche Akzeptanz, die dann allen AIDS-Patienten in Bezug auf Stigmatisierung zu Gute kam.

Im Mittelalter war die Kirche im Konflikt mit der Bekämpfung der Krankheit Lepra auf der einen Seite und ihren Gesetzen in Bezug auf die Ehe auf der anderen Seite. Zwar war eine Lepreaerkrankung ein Eehinderungsgrund, aber erkrankte ein Ehepartner, so war es nur im 8. Jahrhundert zeitweise erlaubt, die Ehe aufzulösen. Ab dem 9. Jahrhundert wurde das Ehegelöbnis über die Gefahr der Ansteckung gestellt. Der gesunde Partner war also zum Vollzug gezwungen, allerdings besagten die Regeln in den meisten Leprosorien, dass jeglicher Geschlechtsverkehr verboten war. Auch die heutige Moraltheologie der katholischen Kirche bietet für HIV-Infizierte als Lösung nur die völlige Enthaltensamkeit an, um den Sexualpartner nicht anzustecken, da ein Schutz durch Kondome wegen des Verbots aller Verhütungsmittel abgelehnt wird. Diesen moralischen Zwiespalt schaffte die Kirche weder im Mittelalter noch heute aufzulösen.

Man kann im Stigmatisierungsprozess eine Systematik feststellen, die bei dem Umgang der Gesellschaft mit beiden Erkrankungen zu beobachten ist, aber auch auf andere moderne Infektionserkrankungen zutreffen. Zeitlich lässt sich dieser Prozess in zwei Phasen unterteilen. In der ersten Phase kommt es zu einem Marginalisierungsprozess mit Randgruppenbildung anhand der äußerlich sichtbaren Stigma-Merkmale. Alle potentiellen Überträger der Erkrankung werden kategorisiert und in einem fließenden Übergang auch marginalisiert.

Die Gesellschaft reagiert nach der Zuordnung der Betroffenen zu einer Randgruppe in einer zweiten Phase mit der Isolation der Erkrankten und mit Kontaktvermeidung zu Gesunden. In Folge dessen kommt es idealerweise zu einem Rückgang der Erkrankungen, unabhängig von kurativen Heilmethoden. Gleichzeitig wird versucht oben genannte Prozesse zu optimieren, indem man nach zusätzlichen Stigma-Merkmalen sucht, um so den Betroffenen einfacher zu einer Gruppe zuordnen zu können. Eine Einordnung in die falsche Gruppe anhand unzutreffender Merkmale wäre für die Gesellschaft fatal. Daraus entstand im Mittelalter zum einen die Lepraschau, die von den Leprosenmeistern oder auch Ärzten durchgeführt wurde, zum anderen die Kategorisierung durch die Bevölkerung über Vorurteile und Stereotype. Bei heutigen Infektionserkrankungen lässt sich dies zum einen wieder durch eine Vorverurteilung der Gesellschaft sowie durch eine medizinische Zuordnung zu Risikogruppen wiedererkennen, zum Beispiel über eine Risikostratifizierung.

Man kann davon ausgehen, dass die strenge Isolation der Leprakranken langfristig zu einem Aussterben der Krankheit hier in Deutschland geführt hat, da wirksame Antibiotika erst seit dem 20. Jahrhundert vorhanden sind.

Beim Auftreten der AIDS-Erkrankung des 20./21. Jhd. reagierte die Gesellschaft mit einer starken Stigmatisierung, Ausgrenzung und sozialen Isolation. Da die medizinischen Erkenntnisse die Übertragungswege bereits nach wenigen Jahren identifizieren konnten, wurden Risikogruppen ausgemacht, welche dann von der Gesellschaft stigmatisiert wurden. Nachdem man über Testverfahren von Blutprodukten das HIV-Ansteckungsrisiko der auf Bluttransfusionen angewiesenen Patienten mit HIV verringern konnte, verstärkte sich der Gedanke der selbst verschuldeten Infektion wie auch die Stigmatisierung.

4. Diskussion

Sowohl Lepra- als auch AIDS-Patienten waren bzw. sind in unterschiedlichem Ausmaß von Stigmatisierung betroffen. Die uns heute bekannten Fakten über das Leben der Leprösen im Mittelalter sowie die Daten und Umfrageergebnisse der AIDS-Patienten vom späten 20. Jahrhunderts bis heute veranschaulichen die theoretischen Überlegungen zur Stigmatisierung als gesellschaftlichen Prozess. Der amerikanische Soziologe Erving Goffman legte als erster ein umfassendes Konzept zur Stigmaforschung im Jahr 1963 vor, auf dem auch heute noch alle Stigmatheorien aufbauen.

Goffman versteht unter dem Begriff „Stigma“ Attribute, die Personen „zugegeschrieben werden, die diese als abweichend kennzeichnen und damit herabstufen“ (Goffman 1975:11). Hohmeier stellt fest, dass aufgrund dieses negativ definierten Merkmals (Attributs) der Person weitere negative Eigenschaften zugeschrieben werden, die objektiv keinen oder nur einen geringen Bezug zu dem real vorhandenen Merkmal haben. Durch diese Übertragung kommt es zu einer Stigmatisierung als Prozess der Generalisierung, der auf die Person in all ihren sozialen Bezügen wirkt und dadurch zum master status wird (1975:3). Auch Link und Phelan (2001 und 2013) fassen die Stigmatisierung als einen soziologischen Prozess auf, in dem es über die Stufen Etikettierung (Labeling), Stereotypisierung, Ausgrenzung, Status-Verlust zur Diskriminierung einer gesellschaftlichen Gruppe kommt.

Diese Arbeit hat gezeigt, dass die gesellschaftliche Ausgrenzung, die Leprakranke im Mittelalter erfahren mussten, exemplarisch für einen Stigmatisierungsprozess nach den oben genannten Definitionen gelten kann. Nach der Diagnosestellung wurde der Lepröse nur noch über das Stigma Lepra definiert. Seine bisherigen sozialen Bezüge musste er aufgeben, er wurde aus der Gesellschaft ausgestoßen, lebte von diesem Zeitpunkt an auch räumlich außerhalb der Gesellschaft in Leprosorien oder als Feldsieche. Alle seine Charaktereigenschaften und bisherigen Lebensleistungen wurden unter dem Stigma Lepra belanglos. Die Reaktion auf den Ausbruch der damals unbekanntem Infektionserkrankung AIDS zeigt, dass bei einigen Politikern auch heute noch eine ähnliche Stigmatisierung und Diskriminierung wie bei der Lepra vorstellbar ist. Im Gegensatz zum Mittelalter werden

heute allerdings HIV-Infizierte durch ihre verfassungsmäßigen Grundrechte vor extremer Diskriminierung geschützt.

Da der Ausbruch der Krankheit im Mittelalter als Bestrafung für eine begangene schwere religiöse Verfehlung angesehen wurde, kann man Lepra als Stigma der von Goffman aufgestellten Kategorie „individuelle Charakterfehler“ (Goffman 1975:12) zuordnen. Stigmatisierungen durch die Gesellschaft treten verstärkt auf, wenn angenommen wird, dass der Betroffene sein Stigma aufgrund von ‚individuellen Charakterfehlern‘ selbst verschuldet hat (Link, Phelan 2013:526). So wird bei der Stigmatisierung differenziert zwischen der einen HIV- Gruppe, die sich unwissentlich durch Blutübertragungen infiziert hat sowie Kindern, die sich perinatal angesteckt haben, und andererseits der Gruppe, die sich AIDS durch sexuellen Kontakt (‚Lustseuche‘) zugezogen hat oder durch den Gebrauch von infizierten Nadeln beim Drogenkonsum (Berridge 1996:163).

Die in der Arbeit aufgeführte Befragung der ‚Positiven Stimmen‘ belegt Goffmans Unterscheidung in „Diskreditierbare“ und „Diskreditierte“ der HIV-Positiven. Die Ergebnisse zeigen, dass das alltägliche Leben im Rahmen des von Goffman (1975:12) bezeichneten „Stigma-managements“ sich abspielt, also der Frage, ob sie sich als HIV-positiv zu erkennen geben sollen oder nicht. Sowohl am Arbeitsplatz als auch beim Arztbesuch haben HIV-Positive durch ihr ‚Outing‘ negative Erfahrungen gemacht. Mit der Entscheidung, ihre diskreditierbare Krankheit zu verbergen, ihr soziales Umfeld zu „täuschen“ (Goffmann 1975:57ff), werden HIV-Erkrankte täglich konfrontiert. Stigma-mangement wird zum wichtigen Bestandteil ihres Lebens. Und auch Grausgrubers Feststellung in Bezug auf die Stigmatisierung psychisch Kranker, dass aufgrund der Stigmatisierung der Gesellschaft die Gefahr besteht, „die Missbilligung gegen sich selbst zu richten“ (Grausgruber 2005:22), wird durch die Ergebnisse der Untersuchung der ‚Positiven Stimmen‘ unterstützt. Bei der Umfrage geben $\frac{3}{4}$ der AIDS-Patienten an, im letzten Jahr deprimiert gewesen zu sein und 23 % haben sich sogar mit Selbstmordgedanken getragen. Finzen schafft dafür den Begriff der „zweiten Krankheit“ (Finzen 2000). Knuf konstatiert, dass diese Selbststigmatisierung zwar vorwiegend bei den Menschen zu beobachten ist, die die Fremdstigmatisierung als zutreffend akzeptieren, weist aber darauf hin, dass die Stigmatisierten mit den

gleichen Werten sozialisiert worden sind wie die Stigmatisierenden und es deshalb für sie schwierig ist, diese Werte als Vorurteile und Stereotype zu identifizieren und sich davon zu distanzieren (Knuf 2004/5). Selbststigmatisierung und ihre Folgen nehmen in der neueren Forschung einen breiten Raum ein, vor allem im Rahmen der Erforschung der Stigmatisierung psychisch Kranker (Angermeyer 2004, Knuf 2004, Link, Phelan 2013).

Sowohl Goffman als auch Hohmeier sehen in der Stigmatisierung eine Orientierungshilfe bei sozialen Interaktionen, da sie Situationen im Voraus strukturieren und die Einstellung darauf erleichtern, Unsicherheit verringern und eine Entscheidungshilfe für den Nicht-Stigmatisierten darstellen (Hohmeier 1975:4). Stigmatisierte werden von den Stigmatisierenden oft als eine Bedrohung angesehen, deshalb greift dieser dann oft zu Identitätsstrategien wie Ablehnung, Interaktionsvermeidung und soziale Isolierung, da dem ‚Normalen‘ „das Instrumentarium fehlt, mit Anderssein kognitiv, emotional und instrumental fertig zu werden (5). Die Begegnung mit einem Leprakranken bedeutete für den Gesunden immer eine Konfrontation mit dem Tod und die Erinnerung an die eigene Sterblichkeit, verbunden mit der Angst vor dem Jüngsten Gericht. Die Internierung in Leprosorien außerhalb der Städte bzw. Ortschaften führte zur vollständigen sozialen Isolierung, der Unterhalt der Kranken in den Leprosorien durch Spenden wiederum führte zu der Gewissheit, dass das eigene gottgefällige Leben nach dem Tode belohnt werden würde.

Die Unsicherheit des Gesunden im Umgang mit AIDS-Patienten und die damit verbundenen Vermeidungsstrategien lassen sich aber nicht immer nur an einer HIV-Infektion festmachen. Auch bei Kontakt mit Krebskranken ist diese Vermeidungsstrategie festzustellen. Zusätzlich zeigt sich hier auch ein anderes Problem dieser Arbeit: da die an AIDS-erkrankten Patienten größtenteils auch vorher schon zu stigmatisierten Randgruppen wie Homosexuelle, i.v.-Drogengebraucher/-innen und Sexarbeiter/-innen gehörten, ist eine eindeutige Abgrenzung der Stigmatisierungsgründe nicht immer möglich.

Ferner zeigen die Ergebnisse dieser Arbeit, dass ein wesentlicher Aspekt der Stigmatisierung auf der Mikroebene, also der Interaktion zwischen Individuen, bei ansteckenden Infektionskrankheiten wie Lepra und AIDS die Angst vor An-

steckung ist. Der Aspekt der Angst wird zum Beispiel bei Hohmeier nur im Rahmen der Identitätssicherung behandelt, d.h., der sogenannte Normale stigmatisiert den Abweichenden, da er ihn als Bedrohung der eigenen Identität ansieht, da dieser ihm eigene Abweichungstendenzen bewusst macht. Die Stigmatisierung hat so eine Belohnungsfunktion für Normtreue (Hohmeier 1975:5) Nach Crocker et al (1998:508) hat das Bewusstsein der eigenen Normkonformität und die Stigmatisierung anderer auch die Funktion der Selbstwertsteigerung des Individuums oder in Bezug auf eine Gruppe die Erhöhung des Wertes der Eigengruppe (Piontek 2009:16).

Crocker et al fassen aus sozialpsychologischer Sicht Stigmatisierung als Terrormanagement auf. Menschen leben in einer kaum kontrollierbaren und bestimmbareren Umwelt, was eine lähmende Angst bewirken kann, und Stigmatisierung führt zur Übersichtlichkeit und Vorhersehbarkeit von Handlungen oder Ereignissen (Piontek 2009:15, vgl. auch Goffman).

Diese Stigmatisierungstheorien treffen auf die Lepra im Mittelalter nur bedingt zu. Die konsequente Isolation der Leprösen und die klaren Regeln im Umgang mit den Leprakranken, nämlich die Vermeidung jeglichen körperlichen Kontakts, scheinen eher praktische Erwägungen als Hintergrund zu haben, um eine Übertragung der Krankheit zu vermeiden.

Aber die von Crocker et al beschriebene Selbstbestätigung und Selbstwertsteigerung des Gesunden hat auf zweifacher Ebene stattgefunden: Zum einen stellt die Konfrontation mit dem Leprösen dem Gesunden die Folgen eines sündhaften Lebens vor Augen, bestätigt ihn im religiös konformen Leben und hält ihn in Angst vor den Folgen, sollte er doch abweichen. Durch das Almosengeben an Leprakranke befindet er sich im Einklang mit der im Christentum geforderten Mildtätigkeit, und dass diese Mildtätigkeit dann auch eigene begangene Verfehlungen im ewigen Leben ausgleichen kann, bestärkt ihn in diesem Verhalten.

Bei den neueren Arbeiten von Link und Phelan (2013) wird Stigmatisierung ebenfalls unter diesem Aspekt der gesellschaftlichen Systemstabilisierung gesehen. Nur wer Macht hat, kann Stigmata definieren und durchsetzen. Um die gewünschten kulturellen Werte durchzusetzen oder zu erhalten, haben Stigmatisierungen

nach Link und Phelan folgende gesellschaftspolitische Funktion: „keeping people down... keeping people in... keeping people away...“ (Link, Phelan 2013:532). Die ständige Präsenz der Leprösen im mittelalterlichen Leben und Bewusstsein - denn das waren die Leprakranken trotz ihrer Isolation zum Beispiel durch die wöchentlichen Sammlungen des Freitagsmannes, durch die regelmäßigen Spendenaufrufe in der Kirche, oder durch das Betteln um Almosen von den Feldsiechen - führte allen Gesunden vor Augen, was ihnen drohte, wenn sie die kirchlichen Regeln nicht einhielten.

Auch wenn es bis heute keine gesicherten Erkenntnisse gibt, warum genau die Lepra in Mitteleuropa nahezu ausgestorben ist, führte die Isolation der Leprakranken im Mittelalter zumindest zu einem Rückgang der Neuerkrankungen (Keil 1986:86 und Toellner 1992:2) und verhinderte eine weitere Schwächung der Gesellschaft.

Eine systemstabilisierende Funktion der Stigmatisierung von AIDS-Kranken hat sich nur bedingt gezeigt. Dank der medizinischen Forschung ist eine HIV-Infektion heute bei regelmäßiger Medikamenteneinnahme nicht mehr lebenslimitierend, die Betroffenen sind arbeitsfähig und die Krankenkassen verkraften die hohen Medikamentenkosten. Eine Bedrohung unseres Sozialsystems besteht nicht und eine Stigmatisierung oder Diskriminierung zur Sicherung unseres Gesellschaftssystems ist deshalb nicht notwendig. Auf der moralethischen Seite hat die Stigmatisierung von HIV/AIDS eine systemstabilisierende Funktion insofern gezeigt, da sich Gegner der seit den 1960iger Jahren propagierten ‚Freien Liebe‘ in ihrer Haltung bestärkt sahen und die ‚Lustseuche‘ AIDS als Strafe für die Abkehr von den christlich ethischen Werten aufgefasst wurde. Nur wenige Jahre später zeigte sich aber die zeitliche Abhängigkeit von Stigmatisierungen und ihre Durchsetzbarkeit in Abhängigkeit der Macht. Aufklärung über die Krankheit HIV/AIDS und über die Übertragungswege hat zu einem Umdenken in der Gesellschaft geführt. Gleichzeitig verringerte sich der Einfluss der Kirche und dies bewirkte, dass viele Äußerungen der Kirchenoberen, allen voran des Papstes auf seinen Afrikareisen, und ihr Festhalten an kirchlichen Dogmen, wie des Verbots von Kondomen, scharf kritisiert wurden und es zu einer Austrittswelle aus der katholischen Kirche kam.

Stigmata haben gesellschaftspolitisch die Funktion, Normen und Werte einzelner, machtdominanter Gruppen zu stärken und Ungleichbehandlung zu legitimieren (Kleinman, Hall-Clifford 2009). Dies führt zu einer Systemstabilisierung, da Stigmata auch den Zugang zu knappen Gütern wie Belohnungen, Status, Berufs- und Lebenschancen regulieren (Hohmeier 1975; Link, Phelan 2013). Bei AIDS hat die Stigmatisierung nur anfangs zur Stärkung der konservativen Kräfte geführt, die sich in der Lehre ihrer Sexualmoral bestätigt sah. Hier belegt der Wandel, dass Stigmatisierung einzelner Gruppen von der Macht der Stigmatisierenden und der Stigmatisierten abhängt. Nachdem sich immer mehr Prominente zu ihrer Homosexualität und auch zum Teil zu ihrer AIDS-Erkrankung bekannten und parallel dazu Medikamente gegen AIDS gefunden wurden, verschob sich das Machtgefüge zugunsten der Homosexuellen und AIDS-Kranken. Kritik an der rigorosen Haltung der katholischen Kirche nahm in der Öffentlichkeit zu.

Aber auch hier zeigen sich die Schwierigkeiten dieser Arbeit, da die Gruppe der HIV/AIDS-Erkrankten sehr heterogen und die Stigmatisierung der einzelnen Gruppen unterschiedlich ist. Ob i.v.-Drogengebraucher/-innen und Sexarbeiter/-innen im selben Maße von den Antistigmatisierungskampagnen profitierten wie die Gruppe der Homosexuellen, ist aufgrund ihrer fehlenden gesellschaftspolitischen Macht unwahrscheinlich, müsste aber an anderer Stelle untersucht werden. Oder kommt es nur zu einer Verlagerung der gesellschaftlichen Stigmatisierungstendenz auf eine andere Betroffenen-Gruppe, wie Knuf (2004) feststellt? Ferner lässt sich nicht immer eindeutig abgrenzen, inwieweit die festgestellte Stigmatisierung sich auf die AIDS-Erkrankung selbst bezieht oder auf die Stigmatisierung der Randgruppe, aus denen sich die meisten der HIV/AIDS-Patienten rekrutieren. Denn diese Randgruppen werden unabhängig von ihrer AIDS-Erkrankung in unterschiedlichem Maße stigmatisiert.

Der Schwerpunkt der Stigmaforschung liegt auf Studien, die sich auf die Stigmatisierung psychisch Kranker konzentrieren. Erst in den letzten Jahren beginnt man, die Umfrageergebnisse des PLHIV- Stigma- Index auszuwerten, so zum Beispiel Pranee Liamputtong unter dem Aspekt der Stigmatisierung in unterschiedlichen Kulturen (2013). Aber die Ergebnisse der Stigmaforschung psychisch Kranker überschneiden sich in wesentlichen Punkten mit der Stigmatisierung von

HIV/AIDS-Kranken. Aufgrund von Stigmatisierungserfahrungen von psychisch Kranken in medizinischen Einrichtungen, sei es durch Pfleger, Ärzte oder medizinischen Organisationen, meiden viele Erkrankte eine medizinische Behandlung, obwohl sie den positiven Nutzen einer medizinischen Betreuung anerkennen. Der Besuch einer medizinischen Einrichtung führt durch die Diagnose einer psychischen Erkrankung zur Stigmatisierung mit allen gesellschaftlichen Folgen, wie Status-Verlust etc.. Mit dieser Ambivalenz der medizinischen Versorgung befassen sich unter anderen Link und Phelan (2013). Diese Erfahrungen machen auch HIV/AIDS-Erkrankte, wie die Umfragen der ‚Positiven Stimmen‘ zum Beispiel in Deutschland zeigen. Dies ist ein generelles, kulturübergreifendes Problem, wie Naughton und Vanable (2013:108) feststellen. So schildern HIV-Kranke ihre negativen Erfahrungen in Praxen und Kliniken, dass zum Beispiel bei ihnen adäquate Therapien vermieden, verschoben oder ganz abgelehnt wurden. Und bei der Behandlung wurde ein physischer Kontakt umgangen oder ganz vermieden.

Ähnliche Erfahrungen zeigen die deutschen Umfrageergebnisse. Auch hier vermeiden Erkrankte notwendige medizinische Behandlungen aus Angst vor Stigmatisierung oder lassen sich erst gar nicht testen, um dem Stigma „HIV-positiv“ und den damit verbundenen Konsequenzen zu entgehen.

Abschließend kann man festhalten, dass mangelhafte Aufklärung zur vermehrten Stigmatisierung chronisch Kranker führt. Erst eine umfassende Aufklärung über Ätiologie, Übertragungswege und Pathogenese der Infektionskrankheit ermöglicht sowohl dem medizinischen Personal als auch der Bevölkerung eine vernunftgetragene und nicht durch Angst und Unsicherheit diktierte Risikoeinschätzung im Umgang mit Erkrankten. Die Erfahrungen, über die HIV-Infizierte auch heute noch in deutschen Kliniken und Praxen berichten, zeigen, dass in dieser Hinsicht noch großer Aufklärungsbedarf herrscht. Und es kann auch nicht im Interesse der Gesellschaft liegen, wenn Erkrankte aus Angst vor Stigmatisierung eine medizinische Behandlung vermeiden, da die Folgen gesundheitspolitisch gravierend sein können.

Möchte man einer Stigmatisierung entgegenwirken, muss eine vernünftige Aufklärung über die Erkrankung stattfinden. Zuvor ist eine ausreichende Forschung notwendig, ebenso die Bereitstellung der finanziellen Mittel. Ich möchte hier be-

haupten, dass das Ausmaß der finanziellen Zuwendungen sowie die Geschwindigkeit, in der der Prozess der Erforschung einer neuen Infektionskrankheit stattfindet, unmittelbar mit dem Grad der Bedrohung für die Gesellschaft der reichen Industrienationen zusammenhängt. Exemplarisch seien das Ebola-Virus sowie das Zika-Virus genannt, die beide erst intensiv erforscht werden, seitdem sie nicht mehr nur endemisch in Afrika sind, sondern eine Bedrohung für die westliche Welt darstellen. Und in den USA, obwohl es auch dort nur einige Ebola erkrankte gab, kam es zu ersten Berichten über Stigmatisierung. Eine liberianische Mutter berichtete, dass ihre Tochter von der Schule nach Hause geschickt wurde, weil sie geniesst hätte. Die Schulleiterin befürchtete Ebola und bat die Mutter, das Kind auch weiterhin von der Schule fernzuhalten, obwohl sie weder in Liberia war noch Kontakt mit Leuten hatte, die in jüngster Zeit dort waren. (Hütten 2014)

Je größer die Unwissenheit über eine Infektionserkrankung mit dem Schweregrad der Erkrankung, die Übertragungswege und der Wahrscheinlichkeit einer Ansteckung, desto höher der Grad der Stigmatisierung.

5. Quellen- und Literaturverzeichnis

Bildquellen:

Abbildung Seite 22: Hiob als Leprakranker im „Feldtbuch der Wundartzney“, Hans von Gerstdorff, Straßburg 1517 In: Toellner R (ed) (1992) *Lepra – Gestern und Heute*. Regensburg Münster

Abbildung Seite 26: Holzschnitt des Hans (Johann) Wechtelin, Feldtbuch der Wundartzney, Hans von Gerstdorff, Straßburg 1517 In: Toellner R (ed) (1992) *Lepra – Gestern und Heute*. Regensburg Münster

Literaturverzeichnis:

1. Ackermann S (2014) Interview in der „Allgemeinen Zeitung“. Zitiert nach ZEIT ONLINE, Bischof plädiert für Reform der katholischen Sexualmoral vom 6.02.2014 <http://www.zeit.de/gesellschaft/zeitgeschehen/2014-02/katholische-kirche-sexualmoral-ackermann> (letzter Zugriff 22.02.2015)
2. Altman LK (1984a) Federal official says he believes cause of AIDS has been found. *The New York Times* 22.04.1984. ANGERMEYER, Matthias C. Das Stigma psychischer Krankheit aus der Sicht der Patienten-Ein Überblick. *Psychiatrische Praxis*, 2003, 30. Jg., Nr. 07, S. 358-366. <http://www.nytimes.com/1984/04/22/us/federal-official-says-he-believes-cause-of-aids-has-been-found.html> (letzter Zugriff 22.02.2015)
3. Altman LK (1984b) New U.S. report names virus that may cause AIDS. *The New York Times* 24.04.1984
4. Altman LK (1985) The Doctor's world: AIDS data pour in as studies proliferate. *The New York Times* 23.04.1985
5. Apfel P (2015): AIDS-Die Geschichte einer unheimlichen Krankheit. In: Focus online vom 1.12.2012. http://www.focus.de/gesundheit/ratgeber/sexualitaet/news/tid-22519/welt-aids-tag-am-1-dezember-80-000-menschen-leben-mit-dem-hi-virus-in-deutschland_aid_632877.html (letzter Zugriff am 25.03.2015)
6. Angermeyer M C (2003) Das Stigma psychischer Krankheit aus der Sicht der Patienten-Ein Überblick. *Psychiatrische Praxis*, 30. Jg., Nr. 07, S. 358-366.
7. Angermeyer M C (2004) Stigmatisierung psychisch Kranker in der Gesellschaft in: *Psychiatrische Praxis* 2004;31 Supplement 2, Georg-Thieme Verlag, Stuttgart-New York 246-250
8. Auerbach DM, Darrow WW, Jaffe HW, Curran JW (1984) Cluster of cases of the acquired Immune Deficiency Syndrome-patients linked by sexual contact. *American Journal of Medicine*. 76:487-492

9. AVERT (2014) History of AIDS up to 1986. <http://www.avert.org/history-aids-1986.htm> (letzter Zugriff 22.02.2015)
10. Barker R (1948) The Social Psychology of Physical Disability. *Journal of Social Issues* IV:34
11. Barre-Sinoussi F, Chermann JC, Rey F, Nugeyre MT, Chamaret S, Gruest J, Dauguet C, Axler-Blin C, Brun-Vezinet F, Rouzioux C, Rozenbaum W, Montagnier L (1983) Isolation of a T-Lymphotropic retrovirus from a patient at risk for Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS). *Science*, 220 (4599):868-71
12. Battjes RJ, Pickens RW (1988) Needle Sharing Among Intravenous Drug Abusers: National and International Perspectives. National Institute on Drug Abuse (eds), In: Research Monograph Series, Rockwell.
13. Becker HS (1963) Outsiders. *Studies in the Sociology of Deviance*. Free Press, London
14. Belker J (1989) Zur Geschichte der Lepra. In: Deutsches Aussätzigen-Hilfswerk, Aktionsgemeinschaft Münster, Gesellschaft für Leprakunde (eds) Münster – Kinderhaus eine alte Leprastation. DAHW, Würzburg 42-3
15. Belker J (1990) Aussätzige, „Tückischer Feind“ und „Armer Lazarus“. In: Hergemöller BU (ed) Randgruppen der spätmittelalterlichen Gesellschaft. Warendorf 200-31
16. Belker J, Menn R (1992) Lepra in Westfalen. In: Toellner R (ed) Lepra – Gestern und Heute. Regensburg Münster 8-13
17. Benedikt XVI. (2010): Licht der Welt. Der Papst, die Kirche und die Zeichen der Zeit. Ein Gespräch mit Peter Seewald. Herder Freiburg Basel Wien
18. Berger J (1985) Communion-Cup fear addressed. *The New York Times* 13.09.1985
19. Berjot S, Gillet N (2011) Stress and Coping with Discrimination and Stigmatization. *Frontiers in Psychology* 2:33
20. Berridge V (1996) AIDS in the UK, the making of policy, 1981-1994. Oxford University Press, Oxford
21. Bibliographisches Institut GmbH (ed)(2013) Duden <http://www.duden.de/node/701182/revisions/1349381/view> (letzter Zugriff 15.09.2014)
22. Boffey P (1987) REAGAN URGES WIDE AIDS TESTING BUT DOES NOT CALL FOR COMPULSION. *The New York Times*, 01.06.1987
23. Bureau of Hygiene & Tropical Diseases (1987), 'AIDS Newsletter', Issue 6, April 10
24. Butenop J (2013) Lepra – von der Elimination zur Eradikation. In: Robert Koch-Institut (ed) *Epidemiologisches Bulletin* 2:23-24
25. BZgA (eds)(1985) Was Sie über AIDS wissen sollten. Broschüre der BZgA

- (https://www.gib-aids-keine-chance.de/wissen/aids_hiv/aids_-_ein_rueckblick.php?L=0%3Fbg%3DBeratung_468%3Fbg%3DWissen_728%3Fbg%3DKampagne_468%3Fbg%3DKampagne_728%3Fbg%3DMethod_468%3Fbg%3DMethod_728) (letzter Zugriff 22.02.2015)
26. Callen M (1983) Remarks to the New York Congressional Delegation. In: Huff B (ed) (2001). *Gay Men's Health Crisis, Inc.*, New York
 27. CDC (eds) (1982) A Cluster of Kaposi's Sarcoma and Pneumocystis carinii Pneumonia among Homosexual Male Residents of Los Angeles and range Counties, California. In: CDC (eds) *CDC Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR)* 31(23):305-307. <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/00001114.htm> (letzter Zugriff: 21.02.2015)
 28. CDC (eds) (1983a) Current Trends Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS) Update-United States. In: CDC (ed) *CDC Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR)* 32(24):309-311. <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/00000097.htm> (letzter Zugriff: 22.02.2015)
 29. CDC (eds) (1983b) Epidemiologic notes and reports immunodeficiency among female sexual partners of males with Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS) – New York. In: CDC (eds) *CDC Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR)* 31(52):697-698 <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/00001221.htm> (letzter Zugriff: 22.02.2015)
 30. CDC (eds)(1985a) Current Trends Update: Acquired Immunodeficiency Syndrome – United States. In: CDC (eds) *CDC Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR)* 34(18):245-248 <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/00000537.htm>
 31. CDC (eds)(1985b) International Notes Update: Acquired Immunodeficiency Syndrome --Europe. In: CDC (eds) *CDC Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR)* 34(11):147-150. <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/00000469.htm> (letzter Zugriff: 22.02.2015)
 32. Corrigan PW, Watson AC (2002) The Paradox of Self-Stigma and Mental Illness. *Clinical Psychology: Science and Practice*. V9 N1, Spring 35-53
 33. Crocker J, Major B, Steele C (1998) Social stigma. In: Gilbert DT, Fiske ST, Lindzey G (eds) *Handbook of Social Psychology*. McGraw-Hill, Boston, pp 504-553
 34. Culliton BJ (1984a) Crash development of AIDS test nears goal. *Science*, 225(4667):1128, 1130-1
 35. Culliton BJ (1984b) Five firms with the right stuff. *Science*, 225(4667):1129
 36. Department of Health and Social Security UK (eds)(1987) *AIDS DON'T DIE OF IGNORANCE*. Broschüre 1987

37. Der Spiegel (1982) Schreck von drüben. Der Spiegel 22/82
38. Der Spiegel (1983) AIDS: „Eine Epidemie, die erst beginnt“. Der Spiegel 23/83
39. Der Spiegel (1985) „Sterben, bevor der Morgen graut“. Der Spiegel 39/1985:76-98
40. Der Spiegel (1986) AIDS - Neue Hoffnung. Der Spiegel 40/86
41. Der Spiegel (1988a) AIDS-Wie ein Dolchstoß. Der Spiegel 26/88
42. Der Spiegel (1988b) Brennendes Haus. Der Spiegel 20/88
43. Der Spiegel (1987) Entartung ausdünnen. Der Spiegel 16.03.1987.12/1987 pdf
44. Der Spiegel (1991) Am liebsten jeden. Der Spiegel 28/91
45. Dethlefs G (1992) 650 Jahre Kinderhaus. In: Toellner R (ed) Lepra – Gestern und Heute. Regensburg Münster pp 14-28
46. Deutsche AIDS-Hilfe: 1148 positive stimmen fordern: Keine Diskriminierung von Menschen mit HIV! www.aidshilfe.de/sites/default/files/positive_stimmen_ergebnisse_Wolfsburg_0.pdf (letzter Zugriff 22.02.2015)
47. Deutsches Aussätzigen-Hilfswerk Aktionsgemeinschaft Münster (ed) (1989) Münster – Kinderhaus, eine alte Leprastation. DAHW – Hausdruckerei, Würzburg
48. DIE ZEIT (1983) Aids in Europa. DIE ZEIT 11/83
49. Earnshaw VA, Kalichman SC (2013) Stigma Experienced by People Living with HIV/AIDS. In: Liamputtong P (ed) Stigma, Discrimination and Living with HIV/AIDS. A Cross-Cultural Perspektive. Springer Dordrecht Heidelberg New York London 23-39
50. Eckholm E (1985) City, in shift, to make blood test for AIDS virus more widely available. The New York Times. 23.12.1985
51. Ehring F (1992) Zur Ikonographie der Lepra. In: Toellner R (ed) Lepra – Gestern und Heute. Regensburg Münster, 74-87
52. Elger K, Grill B, Grolle J, Hackenbroch V, Knaup H, Puhl J, Repinski G (2014) EBOLA DIE ENTFESSELTE SEUCHE. Gefahr für den Weltfrieden. Der Spiegel 39/14
53. Enlow R (1984) Special Session. In: Selikoff IJ, Teirstein AS, Hirschman SZ (eds) Acquired Immune Deficiency Syndrome. The New York Academy of Sciences 437:290-311
54. Fehrenbach F (1982) (Interview) Schreck von drüben. Der Spiegel (ed) 22/82
55. Finanztest (2004) Schwule Kunden unerwünscht. Finanztest 01/04
56. Finzen A (2000) Psychose und Stigma. Psychiatrie Verlag, Köln
57. Fischl MA, Richman DD, Grieco MH, Gottlieb MS, Volberding PA, Laskin OL, Leedom JM, Groopman JE, Mildvan D, Schooley RT, et al. (1987) The efficacy of azidothymidine (AZT) in the treatment of patients

- with AIDS and AIDS-related complex. A double-blind, placebo-controlled trial. *The New England Journal of Medicine*, 317(4):185-91
58. Focus de. 21.12.2010 : Vatikan warnt vor Missverständnissen. In : http://www.focus.de/politik/ausland/papst/papst-interview-vatikan-warnt-vor-missverstaendnissen_aid_583881.html (letzter Zugriff 25.03.2015)
 59. Frankfurter Allgemeine Zeitung (1987) Bayern beschließt Zwangsmaßnahmen zur Eindämmung von Aids. *Frankfurter Allgemeine Zeitung* 116/87
 60. Gauweiler P (1987) AIDS; Vollzug des Seuchenrechts, des Ausländerrechts, und des Polizeirechts – Bekanntmachung des Bayerischen Staatsministeriums des Innern vom 19.05.1987. In: *Ministerialamtsblatt der bayerischen inneren Verwaltung, MABI* 10/87
 61. Goffman E (1975) *Stigma. Über Techniken der Bewältigung beschädigter Identität.* Suhrkamp, Frankfurt am Main
 62. Graf P (1989) Die Krankheit Lepra. In: *Deutsches Aussätzigen – Hilfswerk, Aktionsgemeinschaft Münster, Gesellschaft für Leprakunde* (eds) Münster – Kinderhaus eine alte Leprastation. DAHW, Würzburg 32-7
 63. Grausgruber A (2005) Das soziale Phänomen der Stigmatisierung in Theorie und Empirie. 10-25
 64. Grill B, Hippler S (2007) *Gott AIDS Afrika. Eine Streitschrift.* Kiepenheuer&Witsch, Köln
 65. Günsche KL (2010): Krise der katholischen Kirche. In *Afrika regt sich Widerstand gegen Benedikt XVI. vom 8.04.2010* In:<http://www.spiegel.de/panorama/gesellschaft/krise-der-katholischen-kirche-in-afrika-regt-sich-widerstand-gegen-benedikt-xvi-a-687732-druck.html> Letzter Zugriff 25.03.2015
 66. Habrich C (1992) Die Arzneimitteltherapie des Aussatzes in der abendländischen Medizin. In: Toellner R (ed) *Lepra – Gestern und Heute.* Regensburg Münster 57-72
 67. Henry III WA (2001) The Appalling Saga of Patient Zero. *TIME* 24.06.2001
 68. Herold G (2010) *Innere Medizin 2010.* Herold Verlag, Köln
 69. Herrmann U, Vierneisel C „positive stimmen“ – der PLHIV Stigma-Index in Deutschland: die frauenspezifischen Ergebnisse. In : *Deutsche AIDS-Hilfe* (ed) *positive-stimmen. Leben mit HIV und Stigmatisierung.* www.positive-stimmen.de/sites/default/files/Frauenartikel_formatiert_3.pdf (letzter Zugriff 22.02.2015)
 70. Hoffmann C, Rockstroh J (2014) HIV 2014/15. Onlineversion <http://www.hivbuch.de>
 71. Hohmeier J (1975) Stigmatisierung als sozialer Definitionsprozess. In: Brusten M, Hohmeier J (eds). *Stigmatisierung 1, Zur Produktion gesellschaftlicher Randgruppen.* (<http://bidok.uibk.ac.at/library/hohmeier-stigmatisierung.html>)

72. Holmes SA (2008) Jesse Helms Dies at 86; Conservative Force in the Senate. *The New York Times*, 05.07.2008
73. Hooper C (1987) Critics unimpressed with Reagan's AIDS gambit. *United Press International* 6.4.1987
74. Huber W (2007) Vorwort In: Kirchenamt der Evangelischen Kirche in Deutschland (EKD) (ed) Für ein Leben in Würde. Die globale Bedrohung durch HIV/Aids und die Handlungsmöglichkeiten der Kirche. Eine Studie der Kammer der EKD für nachhaltige Entwicklung. EKD Texte, Hannover
75. Hughes SS, Greenspan JS, Greenspan D (1995) The AIDS epidemic in San Francisco: the medical response 1981-1984. In: *Regional Oral History Office, Bancroft Library* (eds) Volume 1, an oral history conducted in 1992-1993. University of California, Berkeley, 49
76. Hütten F (2014) „Ich bin kein Virus“ *Süddeutsche Zeitung*, 24.10.2014
77. James S (2010) With Ban on H.I.V. Immigrants Now History, Relief and Revision. *The New York Times*, 19.03.2010
78. Johaneck P (1992) Stadt und Lepra. In: Toellner R (ed) *Lepra – Gestern und Heute*. Regensburg Münster pp 42-47
79. Just I (1992) Moderne Arzneimitteltherapie der Lepra. In Toellner R (ed) *Lepra – Gestern und Heute*. Regensburg Münster 128-38
80. Kehr U (2003) A Name for the Plague. *TIME* 31.03.2003. Time Inc., New York
81. Keil G (1986) Der Aussatz im Mittelalter. In: Wolf JH (ed) *Aussatz – Lepra – Hansen – Krankheit. Ein Menschheitsproblem im Wandel. Teil 2 Aufsätze*. Kataloge des Deutschen Medizinhistorischen Museums. Bd. 1, Würzburg 85-102
82. Kleinman A, Hall-Clifford R (2009) Stigma: a social, cultural and moral process. In: *J Epidemiol Community Health* 2009. 63. 418-419
83. Knigge J (2011) Der Aidskrieg. *WDR* 2011
84. Korber B, Muldoon M, Theiler J, Gao F, Gupta R, Lapedes A, Hahn BH, Wolinsky S, Bhattacharya T (2000) Timing the Ancestor of the HIV-1 Pandemic Strains. *Science* 288:1789-1796
85. Knuf A (2004) Das Stigma auf der Innenseite der Stirn. In: www.beratung-und-fortbildung.de/Artikel-12-2004.pdf, letzter Zugriff 20.08.2015
86. Krug-Richter B (1992) „Item am dinstage up der hilligen drey Koninge dach den armen einen rinderen pothast...“ – Lebensstandard und Nahrungsgewohnheiten im Leprosorium Münster-Kinderhaus im 16. Und 17. Jahrhundert. In: Toellner R (ed) *Lepra- Gestern und Heute*. Regensburg Münster pp 29-39
87. Kuder U (1986) Der Aussätzige in der mittelalterlichen Kunst. In: Wolf JH (ed) *Aussatz-Lepra-Hansen-Krankheit. Ein Menschheitsproblem im Wandel. Teil 2 Aufsätze*. Kataloge des Deutschen Medizinhistorischen Museums. Bd.1, Würzburg, pp 223-271

88. Lautmann R, Schönhals-Abrahamson M, Schönhals M (1972) Zur Struktur von Stigmata. Das Bild der Blinden und Unehelichen. Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie. 24:83-100
89. Leistikow D (1986) Bauformen der Leproserie im Abendland. In: Wolf JH (ed) Aussatz-Lepra-Hansen-Krankheit. Ein Menschheitsproblem im Wandel. Teil 2 Aufsätze. Kataloge des Deutschen Medizinhistorischen Museums. Bd. 1, Würzburg pp 103-149
90. Levine J (1986) Medicine: A Ray of Hope in the Fight Against Aids. Time Magazine 29.09.1986
91. Link BG, Phelan JC (2001) Conceptualizing stigma. Annual Review of Sociology 27. 363-385
92. Link BG, Phelan JC (2013) Labeling and Stigma. In: Aneshensel CS et al. (eds) Handbook of the Sociology of Mental Health, Second Edition, Handbooks of Sociology and Social Research, Springer Dordrecht 2013
93. Lofland J (1969) Deviance and Identity. Prentice-Hall, Englewood Cliffs
94. Mann JM, Bila K, Colebunders RL, Kalemba K, Khonde N, Bosenge N, Nzilambi N, Malonga M, Jansegers L, Francis H, et al. (1986) Natural history of human immunodeficiency virus infection in Zaire. Lancet 2:707-709
95. Mann JM, Kay K (1991) Confronting the pandemic: the World Health Organization's Global Programme on AIDS, 1986-1989. In: AIDS 1991 a year review, Current science 221-229
96. Marx JL (1982) New disease baffles medical community. Science 217(4560):618-621
97. Marx JL (1983) Health officials seek ways to halt AIDS. Science, 219(4582):271-272
98. Marx JL (1984) Strong new candidate for AIDS agent. Science, 224(4648):475-477
99. Marx JL (1985) A virus by any other name? Science, 227:1449-14510
100. McKeown P (1982) 'Gay Plague' Baffling Medical Detectives. Philadelphia Daily News, 09.08.1982
101. Meisner J (2011) : Homosexualität kann wirklich Leid verursachen. In kath net. Katholische Nachrichten vom 6.07.2011 <http://www.kath.net/news/32220> (letzter Zugriff am 25.03.2015)
102. Meyer S (1987) Keine Kur nach Gauweilers Rezepten. DIE ZEIT 41/87
103. Moss AR, Bacchetti P, Gorman M, Dritz S, Conant M, Abrams D, Volberding P, Ziegler J (1983) AIDS in the „gay“ areas of San Francisco. Lancet 321:923-924
104. Naughton JD, Venable PA (2013) HIV Stigmatization among Healthcare Providers: Review of the Evidence and Implications for HIV Care. In: Liamputtong P (ed) Stigma, Discrimination and Living with HIV/AIDS. Springer Dordrecht Heidelberg New York, 97-114

105. Niedermeier H (1982) Soziale und rechtliche Behandlung der Leprosen. In: Habrich C , Wilmanns JC, Wolf JH (eds) Aussatz-Lepra-Hansen-Krankheit. Ein Menschheitsproblem im Wandel. Teil 1, Katalog. Kataloge des Deutschen Medizinhistorischen Museums, Heft 4, Ingolstadt
106. Office of Technology Assessment (1985) Review of the Public Health Service's Response to AIDS. U.S. Congress, Washington DC. OTA-TM-H-24 Februar 1985.
107. Oleske J, Minnefor A, Cooper Jr R, Thomas K, Cruz A, Ahdieh A, Guerrero I, Joshi V, Desposito F (1983) Immune Deficiency Syndrome in children. *Journal of American Medicine Association*, 249 (17):2345-2349
108. Ott NH (1986) Miselsuht – Die Lepra als Thema erzählender Literatur des Mittelalters. In: Wolf JH (ed) Aussatz-Lepra-Hansen-Krankheit. Ein Menschheitsproblem im Wandel. Teil 2 Aufsätze. Kataloge des Deutschen Medizinhistorischen Museums. Bd.1, Würzburg. 273-283
109. Parker R, Aggleton P (2003) HIV and AIDS-related stigma and discrimination: A conceptual framework applications for action. 13-24
110. Piontek T (2009) Stigmatisierung im Erleben von Jugendlichen mit Erfahrungen in der Psychiatrie. Eine empirische Untersuchung. Blumhardt Verlag Hannover
111. Piot P, Quinn TC, Taelman H, Feinsod FM, Minlangu KB, Wobin O, Mbendi N, Mazebo P, Ndangi K, Stevens W, et al. (1984) Acquired immunodeficiency syndrome in a heterosexual population in Zaire. *Lancet*, 2:65-69
112. positive-stimmen.de (2014a). ERGEBNISBERICHT DES PLHIV STIGMA INDEX IN DEUTSCHLAND. In: Deutsche AIDS-Hilfe e.V. (ed) positive stimmen. [www.aidshilfe.de/sites/default/files/positive stimmen Ergebnisbericht.pdf](http://www.aidshilfe.de/sites/default/files/positive%20stimmen%20Ergebnisbericht.pdf) 1-100 (letzter Zugriff 22.02.2015)
113. positive-stimmen.de (2014b) In: Deutsche AIDS-Hilfe (ed) Leben mit HIV und Stigmatisierung. www.positive-stimmen.de (letzter Zugriff 22.02.2015)
114. Public Health Service (PHS) (ed)(1987) Approval of AZT. Department of Health and Human Services (DHHS), 20.03.1987
115. Reicke S (1932) Das deutsche Spital und sein Recht im Mittelalter. 1.Teil: Das deutsche Spital. Geschichte und Gestalt. Nachdruck Amsterdam 1970
116. Robert –Koch- Institut(2013)Immer mehr Menschen leben in Deutschland mit einer HIV-Infektion – Pressemitteilung des Robert-Koch-Instituts.http://www.rki.de/DE/Content/Service/Presse/Pressemitteilungen/2013/10_2013.html. Letzter Zugriff 25.01.2015
117. Schäfers B (ed)(1995) Grundbegriffe der Soziologie. Springer, Wiesbaden
118. Schaller K F (1986) Die Klinik der Lepra, in: Wolf JH (ed) Aussatz-Lepra-Hansen-Krankheit: ein Menschheitsproblem im Wandel.Teil 2 Aufsätze.

Kataloge des Deutschen Medizinhistorischen Museums. Bd.1.Würzburg pp17-26

119. Schatz C (2008) "Leute, schützt euch!" 25 Jahre Deutsche AIDS-Hilfe. Carsten Schatz im Gespräch mit Jochen Spengler. Deutschlandfunk 13.11.2008
120. Schelberg A Die Hässlichkeit des Kranken. Zur psychosozialen Bedeutung mittelalterlicher Schönheitsvorstellungen am Beispiel der Leprakranken. In: Brandt R, Fröhlich J, Seidel KO (eds) *Perspicuitas*. Internet-Periodicum für mediävistische Sprach-, Literatur- und Kulturwissenschaft. Letzter Zugriff 22.02.2015 <http://www.perspicuitas.uni-essen.de>
121. Schmidt G, Sigusch V (1967) *Zur Frage des Vorurteils gegenüber sexuell devianten Gruppen*. Verlag Ferdinand Enke, Stuttgart
122. Schur EM (1971) *Labeling deviant behaviour. Its sociological implications*. Harper & Row, New York
123. Schwanitz HJ (1992) *Klinik der Lepra Heute*. In: Toellner R (ed) *Lepra – Gestern und Heute*. Regensburg Münster 122-7
124. Shilts R (1987) *And the band played on*. St. Martin's Press, New York
125. Steinbach M (1984) *Fünf Jahre in Quarantäne? (Interview)* *Der Spiegel* 52/1984
126. *The New York Times* (1983) *SAN FRANCISCO SEEKS TO COMBAT FEAR OF AIDS*. *The New York Times* 22.05.1983
127. *The New York Times* *Obituaries* (1990) Hans Paul Verhoef; Dutch AIDS Patient, 33. *The New York Times*, 04.08.1990
128. *Time Magazine* (1990) *Voices: The Miracle of Ryan White*. *Time Magazine* 23.04.1990. <http://content.time.com/time/magazine/article/0,9171,969879,00.html#ixzz1bpCS9iLo> (letzter Zugriff 22.02.2015)
129. Toellner R (1989) *Lepra – ein Überblick*. In: *Deutsches Aussätzigen-Hilfswerk, Aktionsgemeinschaft Münster, Gesellschaft für Leprakunde* (eds) *Münster- Kinderhaus eine alte Leprastation*. DAHW, Würzburg, 4-8
130. Toellner R (1992) *Zur Einführung: Lepra ist anders*. In: *Lepra ist anders*. In: Toellner R (ed) *Lepra – Gestern und Heute*. Regensburg Münster, 1-6
131. Uhrmacher M (2000) *Leprosorien in Mittelalter und früher Neuzeit*. In: Irsigler F (ed) *Geschichtlicher Atlas der Rheinlande*. VIII/5. Rheinland-Verlag Köln
132. UNAIDS, WHO (eds)(2009) *AIDS : epidemic update November 2009*. In: UNAIDS/09.36E/JC1700E
133. Vael G (2008) *Aids-Hysterie in den Achtzigern – „Kondome statt Progrome“* auf <http://einestages.spiegel.de/external/ShowAuthorAlbumBackground/a2557/10/10/F.html#featuredEntry>, zuletzt aufgerufen am 20.03.2015
134. Vierneisel,C, Sweers H (2012) *positive stimmen verschaffen sich gehör! Die Umsetzung des PIHIV Stigma Index in Deutschland* In: *Deutsche*

- AIDS-Hilfe (ed) positive stimmen.
[www.aidshilfe.de/sites/default/files/positive stimmen. Doku.pdf](http://www.aidshilfe.de/sites/default/files/positive_stimmen_Doku.pdf). Letzter Zugriff 22.02.2015
135. Wallis C (1986) Medicine: A Different Kind of AIDS Fight - Scientists engage in a heated transatlantic duel. Time Magazine 12.05.1986. <http://content.time.com/time/magazine/article/0,9171,961316,00.html> (letzter Zugriff 22.02.2015)
 136. Westfalenpost (2014) Die verstoßenen Ebola-Waisen. Westfalenpost 220/14
 137. WHO (2012) Global leprosy situation, 2012. Weekly Epid Rec 2012. 34 (87):317-328
 138. Wilkerson I (1988) A.M.A. urges breach of privacy to warn potential AIDS victims. The New York Times, 01.07.1988
 139. Wolf JH (1986) Einführung. In: Habrich C, Wolf JH (eds) Aussatz, Lepra, Hansenkrankheit: ein Menschheitsproblem im Wandel. Teil 2. Aufsätze. Deutsches Aussätzigen-Hilfswerk, Würzburg, Beihefte 1: pp 1-15
 140. ZdK (2011) Kirche bei den Menschen: Die Verantwortung von Christinnen und Christen angesichts HIV/Aids. Dokumentation und Erklärung des Zentralkomitees der deutschen Katholiken vom 13.05.2011 <http://www.zdk.de/veroeffentlichungen/erklaerungen/detail/Kirche-bei-den-Menschen-Die-Verantwortung-von-Christinnen-und-Christen-angesichts-HIV-Aids-195Y/> (letzter Zugriff 23.02.2015)
 141. Zeit online vom (2009) Papst in Afrika. Scharfer Widerspruch gegen Benedikts Kondom-Verdikt. <http://www.zeit.de/online/2009/12/papst-kondome> (letzter Zugriff 25.03.2015)
 142. Zeit online (2010) Kampf gegen Aids. Papst will Kondomverbot der katholischen Kirche lockern. In: <http://www.zeit.de/gesellschaft/zeitgeschehen/2010-11/papst-kondome-aids/komplettansicht?print=true> (letzter Zugriff 25.03.2015)

6. Dank

Herzlich bedanken möchte ich mich bei meinem Doktorvater Professor Dr. med. Wolfram Henn für seine Geduld und seine wertvollen Anregungen bei der Betreuung dieser Arbeit. Ich möchte zudem Helga Brömmelhaus für den Zugang zum Archiv des Lepramuseums Münster-Kinderhaus sowie für die hilfreiche Führung durch die Ausstellungsräume danken. Herzlichen Dank auch an Herrn Ulrich Besting von der AidsHilfe Münster e.V. für das interessante Gespräch über seine Erfahrungen mit dem Umgang von HIV-Positiven in Krankenhäusern und Arztpraxen. Nicht zuletzt möchte ich meinen Eltern für die liebevolle Unterstützung danken.