

Zur ‚Ent-deckung‘ des HI Virus

Ein Lackmустest für den Kommunikativen Konstruktivismus

Sandra Balbierz und Joost van Loon

Beitrag zur Veranstaltung »Der Kommunikative Konstruktivismus und die Kommunikationsgesellschaft« der Sektion Wissenssoziologie

Wissenschaftsforschung als Gegenstand der Wissenssoziologie

Der Kommunikative Konstruktivismus (KoKo) ist eine theoretische Strömung, die auf der empirischen Umsetzung des Sozialkonstruktivismus nach Peter L. Berger und Thomas Luckmann (1966) aufbaut und sich in den letzten Jahren innerhalb der Wissenssoziologie profiliert hat (vgl. unter anderem Keller, Knoblauch, Reichertz 2013). Dabei folgt der Kommunikative Konstruktivismus der „theoretischen Neuinterpretation von Alfred Schütz“, nach der Intersubjektivität nicht in einem Bewusstsein gründet, wie es Edmund Husserl annahm, sondern eine Folge der Begegnung mit empirisch Anderen ist. Diese Begegnung mit dem Anderen ist dabei stets eine kommunikative, die den Körper als Teil einer triadischen Struktur bestehend aus (a) dem Anderen, (b) dem verkörperten Subjekt und (c) den verknüpften Objektivationen einbezieht. Der Kommunikative Konstruktivismus betont damit: (1) die Performativität kommunikativen Handelns statt einer reinen Informationsübertragung; (2) die Gattungen und Diskursivität statt die Betonung einer Semantik des Wissens; (3) das Zeigen statt der Betonung des reinen Sprechens; (4) die Intersubjektivität gegenüber der Konzentration auf ein Subjekt; und (5) die inkorporierte Person statt ein rein denkendes *cogito*.

Mit diesem Beitrag versuchen wir am Beispiel der „Entdeckung des HIV“ festzustellen, welche Vorteile eine kommunikativ-konstruktivistische Betrachtung im Vergleich zum Sozialkonstruktivismus haben könnte. Die Wahl des Falls „der Entdeckung des HIV“ ist absichtlich, weil sie eine vielseitige Wissenschaftspraxis betrifft und Bruno Latour (2005; 2016) mehrmals gezeigt hat, dass die sozialkonstruktivistische Soziologie in der Tradition der STS an ihrer Betrachtung von Wissenschaftspraktiken scheitert.¹ In seiner Kritik an den Sozialkonstruktivismus der STS verweist Latour vor allem auf die Reduzierung komplexer Zusammenhänge auf „soziale Erklärungen“ (Latour 2005). Wissenschaftliche

¹ Latour selbst hat sich aber (noch) nicht mit der deutschen, wissenssoziologischen Tradition beschäftigt. Umgekehrt ist das nicht der Fall gewesen. Viele Vertreter/-innen der hermeneutischen Wissenssoziologie haben die ANT von Latour (oft vereinheitlicht mit der „Praxissoziologie“) – vor allem wegen ihrer Ablehnung des besonderen Stellenwerts der menschlichen Subjektivität – als irreführend abgelehnt (Reichertz 2014; Schröder 2014).

Befunde würden lediglich als Ergebnisse sozialer Prozesse, wie zum Beispiel Interaktionen, Verhandlungen, diskursive Abstimmungen betrachtet. Ein Wahrheitsanspruch setzt sich aus dieser Perspektive erst dann durch, wenn als Folge dieser Abstimmungsprozesse eine bestimmte Interpretation mehr überzeugt als eine andere. Diese Feststellung ist an sich nicht besonders kontrovers; sie wurde schon längst von Wissenschaftsphilosophen wie Ludwik Fleck (1980) oder Thomas S. Kuhn (1976) vertreten.²

Die Frage, die Latour aber stellt, ist: Wie wird die Überzeugungskraft eines Wahrheitsanspruchs gestaltet? Warum also ist eine Aussage überzeugender als alle anderen? Da die Sozialkonstruktivisten der STS (vgl. unter anderem Bloor 1976) nur „soziale Erklärungen“ erlauben, ist man gezwungen, diese Überzeugungskraft auf die Aushandlungsprozesse zwischen Wissenschaftler/-innen – einem Fleck'schen Denkkollektiv – zurückzuführen. Dies impliziert jedoch eine Reduzierung, da lediglich die Interpretationsleistung der Wissenschaftler/-innen berücksichtigt wird, nicht jedoch die Widerstandsfähigkeit der Dinge, die durch ihre eigenen Wirkungen Interpretationen zu verunsichern vermögen. All das, worauf die Wahrheitsansprüche referieren, zum Beispiel bestimmte Forschungsergebnisse aus Experimenten, treten ausschließlich als Wortmeldungen auf. Ein Wahrheitsanspruch ist dann nichts mehr als Symbolik. Materialität wird eine passive Rolle zugewiesen. Dies war auch für die Naturwissenschaftler/-innen unakzeptabel und führte schließlich in den späten neunziger Jahren zur Sokal-Affäre (Sokal, Bricmont, 1998).

Wir wollen dies zum Anlass nehmen, die Kritik der ANT, die hier nicht erklärt oder verteidigt werden soll, in Bezug auf den Reduktionismus der STS-Tradition des Sozialkonstruktivismus zu erwähnen, um Wissenschaftsforschung als Teil der Wissenssoziologie behalten zu können. Als Gegenstand unseres Lackmustests haben wir drei Vignetten aus der Geschichte der Entdeckung des HIV herausgearbeitet, die jeweils Kontroversen beinhalten:

- Vignette 1: Ungewissheit und Abduktion: Die Feststellung der Möglichkeit einer neuen Krankheit
- Vignette 2: Die Konsequenzen eines Fehlkonstrukts: Die frühere epidemiologische Arbeit zur Benennung des GRID-Syndroms
- Vignette 3: Die labor-virologische Isolierung des HIV

Erste Kontroverse: Ungewissheit und Abduktion

„Ende der 1970er Jahre hatte der Mediziner fünf junge homosexuelle Kalifornier in Behandlung, die offensichtlich schwer krank waren und eine Reihe von Symptomen aufwies, die er in dieser Form nicht kannte – weshalb er vermutete, dass es sich um [sic] eine neue Krankheit handelt und das irgendein neuer Erreger das Immunsystem der Betroffenen angriff und auslöschte. Nach der Veröffentlichung seiner Beobachtungen und Vermutungen, berichteten andere Mediziner von ähnlichen Fällen und im August 1982 hatte die Krankheit dann auch einen Namen: Acquired Immune Deficiency Syndrome, kurz AIDS. Einmal auf die Spur gesetzt ‘fanden’ ein Jahr später Luc Montagnier und Francoise Barré-Sinoussi den ersten HI-Virus.“ (Reichertz 2013: 20)

² Der polnische Wissenschaftsphilosoph Ludwik Fleck (1980) hat am Beispiel von Syphilis ebenfalls auf die „sozialen Faktoren“ der Entdeckung dieses Krankheitsbildes hingewiesen. Auf Fleck geht der Begriff der Denkkollektive zurück.

Obwohl die Geschichte der Konstruktion von AIDS hier von Jo Reichertz lediglich skizziert ist, funktioniert sie sehr gut, um in das Konzept der Abduktion einzuführen. „Die Abduktion ist gefordert, wenn man mit dem Wissen, das man hat, nicht weiter kommt, weil man für etwas Problematisches keine entsprechende Erklärung oder Regel findet. Deshalb muss man etwas Neues erfinden, welches das Unverständliche verständlich macht.“ (Reichertz 2013: 18)

Abduktion spielt auch eine wichtige Rolle in der Entdeckungsgeschichte von HIV/AIDS. Abduktion ist zunächst als eine Möglichkeit zu verstehen, mit Ungewissheit umzugehen. Mittels einer Analogie ist es beispielsweise möglich, ein Phänomen, das nicht eindeutig zugeordnet werden kann, trotzdem mit schon bestimmten „Wissensbeständen“ zu verknüpfen. Das „Neue“, das also erfunden werden muss, muss trotzdem von schon bestehendem „Wissen“ abduziert werden.

Was aber wurde in unserem Beispiel abduziert? Eine der auffälligsten Symptome, die später mit AIDS verbunden wurden, sind dunkle braun-violette Flecken auf der Haut. Diese Symptome waren in der medizinischen Wissenschaft schon längst bekannt, da sie 1872 vom österreichischen Dermatologe Moritz Kaposi „entdeckt“ und seitdem offiziell als „Kaposi Sarcoma“ (KS) identifiziert worden sind. Diese Abduktion führte aber weiter, weil trotz ihrer relativen Seltenheit, diese Art Hautkrebs damals mit Herpes als Ko-Infektion verbunden wurde. Erst 1994 wurde KS mit einem Herpes-Virus (KSHV) verbunden und als eine virale Krebserkrankung klassifiziert (Chang et al. 1994).

Dass mehrere Männer in einem gleichen Ort mit gleichen Symptomen zu kämpfen hatten, war schon ziemlich schnell bekannt (Shilts 1988). Aus der Wiederholung der Symptome ergaben sich für medizinische Wissenschaftler eindeutige Hinweise auf eine gemeinsame Ursache: entweder eine gleiche toxikologische/ökologische Quelle oder eine bakterielle oder virale Infektion. Auch das ist Teil der Abduktion.

Laut Gabriel Tarde (1899) entsteht jede wissenschaftliche Erklärung aus einer Begegnung mit Wiederholung. Diese Wiederholung wurde von Gilles Deleuze (1994) als eine Singularität konzipiert und von Latour schließlich als Akteur-Netzwerk. Das heißt, das Auffällige bei der wiederholten Diagnose von KS in San Francisco und später New York war, dass diese Krankheit eigentlich als seltsam gilt und jetzt auf einmal häufiger auftaucht. Zweitens war auffällig, dass sich dieses Symptom unter Männern in bestimmten Orten ergab, weil das auf eine gemeinsame Ursache deutete. Damit wurden diese Symptome ein Ding von Belang für die Epidemiologie.

Wissenschaftler/-innen wie Epidemiolog/-innen (und Virolog/-innen), die sich mit Abduktion beschäftigen, arbeiten mit Dingen von Belang, nicht mit vollendeten Tatsachen (vgl. Latour 2005; 2007). Abduktion ist aber auf keinen Fall beliebig oder zufällig; als wissenschaftliche Praxis soll sie immer nachvollziehbar gemacht werden. Abduktion ist auch kein „Sprung des Glaubens“, sondern ein genaues Schritt-vor-Schritt nachfolgen, wobei vor allem die Materialität eine zentrale Rolle spielt. Abduktion erlaubt kein „Black-Boxing“, sondern sucht nach den Spuren der Wiederholung und versucht daraus eine Übersetzung von einer Ungewissheit in eine Gewissheit zu begründen.

Was zeigt uns der KoKo bezüglich der ersten Kontroverse? Erstens wird klar, dass auch in Wissenschaftspraktiken Wissen nicht bloß „vorhanden“ ist und einfach den Sinn eines Phänomens ent-deckt oder bestimmt, sondern performativ – und zwar im Sinne einer Abduktion – mitgestaltet wird (Ko-Konstruktion), und zwar unter Anknüpfen an bisher erworbene Wissensbestände, die durch Aktivierung wiederholt werden und auf diese Weise ihren Beitrag zur Mustererkennung leisten. Zweitens kann gezeigt werden, dass die Materialität dessen, was gezeigt wird, nämlich die Symptome, für eine erfolgreiche Abduktion eine bestimmende Rolle gespielt hat. Drittens kann man sagen, dass die Übersetzung der Ungewissheit des medizinischen Phänomens in ein bestimmtes „Ding von Belang“ eine epidemiologische Fragenstellung ermöglichte und der KoKo diese Übersetzung als eine Vielfalt von

„kommunikativen Handlungen“ verstehen würde. Wenn bei dem KoKo die Performativität, die Materialität und das kommunikative Handeln in Bezug auf Dinge von Belang (kein Merkmal des bisherigen KoKos) *unique selling points* gegenüber dem Sozialkonstruktivismus sind, dann lässt sich daraus schlussfolgern, dass er den ersten Lackmustest gut überstanden hat.

Die zweite Kontroverse: Die Konsequenzen eines Fehlkonstrukts

Natürlich war die Verknüpfung mit KS an sich völlig unzureichend, um die Singularität einer möglichen Epidemie (die später als HIV/AIDS bezeichnet würde) zu erklären. Die Vermutung einer Ko-Infektion zwischen KS und Herpes existierte schon. Da Herpes auch als eine Sexually transmitted disease gilt, ist es nicht unwahrscheinlich, dass die ersten Epidemiolog/-innen, die sich mit dieser Singularität beschäftigten, auch nach den sexuellen Aktivitäten der Männer gefragt haben, wobei das Ergebnis ans Licht kam, dass diese Männer Sex mit anderen Männern gehabt hatten.³

Reichertz (2013) beschreibt, dass es eine Vielfalt von Symptomen gab und das ist auch eine Singularität! Natürlich würde ein Arzt oder eine Ärztin, wenn sie mit Patient/-innen mit einer Vielfalt von Symptomen konfrontiert wird, deduktiv ableiten können, dass es hier eine Immunitätsstörung betrifft. Aber in diesem konkreten Fall gab es schon ein Symptom, das das eigenständig hätte tun können, nämlich eine seltsame Lungenentzündung PCP (*Pneumocystis carinii*). In der medizinischen Fachliteratur war damals schon bekannt, dass PCP mit einer erheblichen Schwächung der Immunität zu tun hat und es meistens keine gesunden, jungen Erwachsenen infizieren würde.

Mit diesen genannten Singularitäten würde diese Problematik in erster Instanz eine der Epidemiologie, die durch die gelungene Abduktion einiges schon zur Verfügung gestellt bekommen hatten: (a) der KS/Herpes Nexus und seine Assoziation mit sexueller Transmission, (b) die örtliche Konzentration und ihre Assoziation mit einer gemeinsamen Ursache im Sinne einer toxikologischen/ökologischen Quelle oder Pathogen; (c) eine Vielfalt von Symptomen unter Männern, die Sex mit Männern gehabt haben; und (d) eine seltsame Lungenentzündung und ihre Assoziation mit geschwächter Immunität.

Epidemiolog/-innen sind die Sozialwissenschaftler/-innen der Medizinforschung und beschäftigen sich mit Datenerhebung mittels Fragenbogen und Interviews, also auch statistischen Analysen, sekundärer Quellenanalyse, Archivanalyse, Fallanalyse und sogar Ethnographie und teilnehmender Beobachtung. Sie versuchen Muster in Verbreitungen von Krankheiten zu entdecken, um daraus die meist wahrscheinliche Ursache abzuleiten. Epidemiologie ist denn auch ein zentraler Teil der öffentlichen Gesundheitspolitik des Nationalstaats.

In Bezug auf die Problematik der Männer mit KS und PCP waren sich die Epidemiolog/-innen schon schnell ziemlich sicher, dass es sich hierbei um eine Sexually transmitted disease unter „Homosexuellen“ handelte, die das Immunsystem zerstörte (Shilts 1988; Watney 1997). Die berühmte Rekonstruktion des „Patient Zero“, die damals vor allem von Randy Shilts (1988) stark gemacht wurde, aber neulich diskreditiert worden ist, war deswegen auch kein Zufall. Nach Umfragen und Datenerhebung unter „homosexuel-

³ Wir haben Probleme mit dem Label „Homosexuell“ im Zitat von Reichertz. Es ist sehr unwahrscheinlich, dass sich diese Männer beim Besuch ihrer Ärzt/-innen sofort als „Homosexuell“ bekannt hatten. Homosexualität verstehen wir in diesem Fall als ein bestimmtes epidemiologisches Konstrukt und keine feste Gegebenheit, auch weil es Männer hätten sein können, die sich als heterosexuell identifizierten und nur inzidentell Sex mit Männern gehabt hatten. Das ist für die zweite Kontroverse unfassbar wichtig.

len“ Männern und der genealogischen Kartierung der Partnerschaften von Patient Zero, wurde das „Ding von Belang“ als „Gay-Related Immuno-Deficiency“ oder GRID-Syndrom bezeichnet. Dass man genau mit dieser Forschungsart das gefunden hat, was von Anfang an schon gedacht wurde und diese aus methodologischer Sicht einfach eine schlechte wissenschaftliche Praxis darstellt (man hat nur unter „homosexuellen“ Männern Daten erhoben), war damals von geringem Interesse (Watney, 1997). Die Medien hielten sich deswegen auch nicht zurück und berichteten über a „Gay Plague“, wobei viele im konservativ-christlichen Spektrum der US-amerikanischen Politik sich öffentlich äußerten, dass diese Krankheit eine Strafe Gottes für die Immoralität und Perversität der Homosexualität sein muss (Treichler 1999).

GRID hatte aber keinen dauerhaften Status in der epidemiologischen Wissenschaft, weil die Befunde, dass es auch Fälle von Frauen (und sogar einem Baby) mit ähnlichen Symptomen gab, nicht widerlegt wurden. Dass es schon Männer gab, die behaupteten, niemals Sex mit anderen Männern gehabt zu haben, obwohl sie auch von GRID betroffen waren, wäre noch „wegerklärbar“ als Lüge (diese Männer schämten sich für ihre Homosexualität). Deswegen war der Befund, dass GRID auch Frauen (und Babys) betreffen konnte, die wichtigste Singularität. Weil die ersten Frauen mit der GRID-Diagnose meistens in der Prostitution arbeiteten, wurden Prostituierte als nächste Risikogruppe bezeichnet. Nachdem auch Heroinsüchtige als Risikogruppe mit GRID assoziiert würden, war die Terminologie der GRID nicht länger haltbar und wurde in September 1982 mit dem neutraleren Label „Acquired Immuno-Deficiency Syndrom“ (AIDS) ersetzt.

Dieses „Acquired“ ist unfassbar wichtig, weil damit auf ein bestimmtes Ding von Belang gedeutet wird. Im Mittelpunkt der Epidemiologie des AIDS steht jetzt „Verhalten“ (Sex mit Männern, Prostitution, intravenöser Drogengebrauch) und keine Identität (Homosexualität), womit noch immer eine Schuldzuweisung impliziert werden könnte (man hat das Syndrom erworben). Wie Latour (zum Beispiel 2005; 2007) schon so oft gesagt hat als Antwort auf die Kritik, dass die ANT apolitisch sei, Dinge von Belang sind immer politisch engagiert.

Für den Lackmustest ist die Frage: Kann der KoKo erklären, warum AIDS sich durchgesetzt hat, während GRID gescheitert ist? Für das Sich-Durchsetzen eines kommunikativen Konstrukts hatte Reichertz (2011) vorher schon ein Konzept entwickelt: Kommunikationsmacht. Also: GRID hat sich nicht durchgesetzt, weil es über zu wenig Kommunikationsmacht verfügte. Angesicht der Geschwindigkeit, mit der konservative Medien und Politiker/-innen in den USA die Epidemiologie des GRID-Syndroms während der Anfangsphase als „Wahrheit“ beanspruchten, wurde in Bezug auf den Begriff der Kommunikationsmacht auf das umgekehrte gedeutet: GRID hat eine überlegene Kommunikationsmacht, die sogar so stark ist, dass auch noch Jahre nach der innerhalb der Epidemiologie selbst ziemlich unumstrittenen, wissenschaftlichen Vereinbarung (durch kommunikatives Handeln), den Begriff AIDS zu benutzen, AIDS weiterhin immer noch meistens als eine „homosexuelle“ Krankheit (zum Beispiel als de facto GRID) gedeutet wird.

Soll der KoKo weiterhin den Begriff der Kommunikationsmacht benutzen wollen, um zu erklären warum bestimmte Konstrukte erfolgreicher sind als andere, dann ist es unvermeidbar, dass (in diesem Fall) aufgeteilt wird zwischen „wissenschaftliche“ Kommunikationsmacht – wobei GRID als Fehlkonstrukt abgelehnt wurde – und „populäre“ Kommunikationsmacht – wobei AIDS noch immer als ein de facto GRID verstanden wurde (Watney 1997). Diese Aufteilung, die sich zum Beispiel mit einem bourdieuschen feldtheoretischen Ansatz begründen ließ, ist aber an sich schwierig mit einem KoKo Ansatz vereinbar, weil sie auf einmal einen Kontext außerhalb kommunikativer Handlungen einführen muss. Kommunikationsmacht ist dann einfach „Macht“.

In Bezug auf das Phänomen des GRID als Fehlkonstrukt können wir schon sehen, dass sich der KoKo nicht mehr dem Relativismus des willkürlichen „Willens zur Macht“ entziehen kann. Warum hatten die Epidemiolog/-innen, anders als vielleicht die religiösen Fundamentalist/-innen, keine Probleme damit, sich von der Idee des GRID zu verabschieden? Wenn Kommunikationsmacht rein politisch wäre, dann hätten sie dabei doch vieles zu verlieren? Warum wurden auch die religiösen Fundamentalist/-innen dazu bewogen, den Begriff des GRID nicht mehr zu benutzen, obwohl sie noch immer die Botschaft verkündigten, AIDS sei eine Gay Plague? Warum war GRID als Manifestation eines Wahrheitsanspruchs unhaltbar?

Die Antwort ist erstaunlich einfach: Frauen (und Babys) waren auch von ähnlichen Symptomen betroffen. Mit der Ablehnung des Konzepts GRID, waren die Epidemiolog/-innen auch nicht länger gezwungen, Männer, die immer noch darauf bestanden, keinen Sex mit anderen Männern gehabt zu haben, als Lügner abzubilden. Auf einmal war es auch notwendig, die Hypothesen bezüglich Transmission kritisch zu überprüfen, damit auch zum Beispiel die Rolle der Spritzen als möglichen Infektionsvektor einzubeziehen, was sich für die spätere Erklärung der weiten Verbreitung von AIDS in Afrika als essenziell erweisen würde.

Die epidemiologische Forschung, die zu der Benennung des Syndroms als GRID geführt hätte, war einfach wissenschaftlich mangelhaft, weil sie in ihrer wissenschaftlichen Praxis methodische Fehler gemacht hatte. Der größte Fehler war dabei, dass sie nicht ergebnisoffen, sondern nur darauf orientiert war, eine Hypothese (das Syndrom ist eine sexuelle Krankheit unter homosexuellen Männern) zu bestätigen. Sie hat keine Frage gestellt (zum Beispiel bei welchen Personen ergibt sich dieses Syndrom?); sie war nicht riskant; sie hat nicht versucht, verletzbar zu sein. Sie war, was Isabelle Stengers (2008) als eine schlechte Wissenschaftspraxis bezeichnen würde. Die Bezeichnung des Syndroms als GRID hatte die weitere Erforschung des Phänomens erheblich behindert. Deswegen war sie ein Fehlkonstrukt.

In seiner bisherigen theoretischen Verfassung würde sich der KoKo schwertun, die rasche Ablehnung des GRID-Konzepts innerhalb der Epidemiologie zu erklären, weil diese Theorie die Wissenschaftspraxis nicht genau genug betrachten kann. Der KoKo ist auf Grund der eigenen Theorie nicht gut in der Lage gute von schlechter Wissenschaftspraxis zu unterscheiden, weil sie die Objektbezogenheit der Wissenschaft bisher nicht ernst genug genommen hat.

Die dritte Kontroverse: Das verbindliche Sich-Zeigen eines Virus

Diese Kritik muss aber nicht unbedingt fatal sein. Sogar Berger und Luckmann (1966) hatten darauf bestanden, dass „die Dinge“ wichtig sind und darauf ihre ganze Theorie der Objektivierung (Knoblauch 2013) gegründet. Dass eine Frau (oder ein Baby) von den gleichen Symptomen wie Männer, die Sex mit Männern gehabt hatten, betroffen sein konnte, wodurch die Konzeption des GRIDs als „Fehler“ bezeichnet wurde, hatte dazu geführt, dass man die epidemiologische Forschung neu aufstellen musste. Die erste Objektivierung war gescheitert: man brauchte eine neue Orientierung. Dabei war die Sexualübertragung noch immer im Mittelpunkt; nicht alles, was die Epidemiologie bisher geleistet hat, war obsolet.

Die Objektivierung bezüglich AIDS war eine Kernangelegenheit der Virologie. Virolog/-innen, die sich mit bisher noch nicht identifizierten Viren beschäftigen, haben die Aufgabe eine virale Entität zu isolieren, die bei jedem kranken Subjekt mit einem bestimmten Symptom anwesend ist. Anders als Epidemiolog/-innen, ist es für Virolog/-innen weniger wichtig, die ganze Vielfalt von Symptomen eines

Syndroms zu betrachten; man könnte sich theoretisch auf nur ein Symptom, zum Beispiel KS, konzentrieren und den dafür verantwortlich zu stellenden Pathogen aus den vielen Blutproben immer wieder sichtbar zu machen.

Bezüglich AIDS waren in den frühen achtziger Jahren bestimmt viele Virolog/-innen auf der Suche nach viralen Spuren, die – zum Beispiel – eine verringerte Immunität erklären könnten. Welches Forschungsprojekt dabei die wichtigste Rolle hat, lässt sich immer nur im Nachhinein genealogisch nachvollziehen. Die offizielle Version heutzutage ist, dass die Entdeckung des HI-Virus dem Pasteur Institut und im Besonderen Luc Montagnier und Françoise Sinoussi zugeschrieben werden soll, obwohl die ursprüngliche Patentierung und Benennung des Virus als HIV in erster Instanz zu Gunsten des amerikanischen Virologen Robert Gallo kam (Ryan 1996).⁴

Montagnier, Sinoussi und Gallo waren in den frühen achtziger Jahren mit Forschung im Bereich der viralen Leukämie beschäftigt.⁵ Der ursprüngliche Schwerpunkt dieser Forschung war damals in Japan, wo 1976 schon entdeckt wurde, dass sich eine bestimmte und seltsame Art der Leukämie mittels menschlicher T-Zellen verbreitete. Drei Jahre später hatte das Forschungsteam rund Robert Gallo ein Retrovirus erfolgreich aus einer menschlichen T-Zelle isolieren können, das demnach das Human T-Cell Leukemia Virus (HTLV) genannt wurde. Ab dann war es wissenschaftlich nachgewiesen, dass es eine Verbindung zwischen einem Virus, Leukämie und dem menschlichen Immunsystem gab.⁶ Das bedeutet: eine virale Infektion der menschlichen T-Zelle konnte verbindlich gezeigt werden.

Montagnier und Sinoussi waren damals schon Spezialisten in Retroviren und vor allem fokussiert auf die Frage, wie man diese erfolgreich kultivieren könnte, auch weil diese Fähigkeit gleichzeitig bedeutete, dass man erklären könnte, wie sich bestimmte Viren verbreiten können. Probleme mit Blut-Spende und der Entwicklung von Anti-Hepatitis Plasma führten zu einem intensivierten Interesse an AIDS, weil viele Rezipient/-innen dieses Plasmas später AIDS bekamen. Wegen seiner Kenntnisse von Retroviren und wie man diese entdecken konnte, wurde Montagnier beauftragt, mit Hilfe seiner Technik der Identifizierung eines Enzyms, das nur bei Retroviren gefunden wird, Bluttransfusionsbestände auf die Anwesenheit von Retroviren zu prüfen. Bei der ersten erfolgreichen Kultivierung eines möglichen Retrovirus im Januar 1983 wurde festgestellt, dass – umgekehrt als bei HTLV – das mögliche Virus die infizierten T-Zellen kaputt anstatt „unsterblich“ (wie bei Leukämie) macht. Sobald es genügend Masse gab, konnte auch mit der Visualisierung angefangen werden. Daraus ergab sich, dass das Retrovirus, das jetzt kultiviert wurde, kein HTLV sein konnte. Montagnier und Barré-Sinoussi nannten es LAV (lymphadenopathy-associated virus); es war Robert Gallo, der das gleiche Virus als Human Immunodeficiency Virus oder HIV bezeichnete.

Die Vorarbeit, die nötig war, um ein HIV zu kultivieren und zu isolieren, könnte man natürlich nach KoKo als „kommunikative Handlungen“ verstehen. Frank Ryan's (1998) sehr detaillierte Beschreibung der involvierten Akteur/-innen deutet auch darauf hin: An der Entdeckung des HIV waren sehr viele beteiligt. Aber das Interessanteste seiner Geschichte ist eben nicht, wer mit wem geredet hat, sondern das, worüber man redete: Leukämie, T-Zellen, Retroviren, HTLV, Bluttransfusionsbestände, Blutproben, Lymphome, AIDS, Präparate, Elektronmikroskopie, LAV und letztendlich HIV, die kommunikativen Handlungen zwischen den Virolog/-innen betrafen eine Vielfalt von Gegenständen, die alle mobilisiert wurden, sich zu beteiligen. Der KoKo, der die Kommunikation zwischen den Wissenschaftler/-innen

⁴ Das spätere Rechtsverfahren gegen Robert Gallo wäre dann eigentlich eine vierte Kontroverse.

⁵ Diese historische Rekonstruktion haben wir auf Grund von Ryan (1996) zusammengefasst.

⁶ Dass HTLV auch die Immunität verringerte, war für Gallo der Grund, warum er später glaubte, dass HTLV die Ursache von AIDS sein sollte.

schon berücksichtigt, aber die Objektbezogenheit dieser Kommunikation vernachlässigt, kann über die Konstruktion des HIV nichts Sinnvolles sagen.

Zweitens, diese Objektbezogenheit ist nicht, wie man sich das vielleicht vorstellen könnte, wie eine *Tabula Rasa*: die Wissenschaftler/-innen konnten nicht beliebig verhandeln, wie sie mit dieser Objektbezogenheit umgehen sollten. Montagnier hatte große Schwierigkeiten, das LAV zu kultivieren, weil es die T-Zellen ständig vernichtete. LAV war kein HTLV und wurde deswegen von Gallo im Nachhinein als HIV bezeichnet.⁷

Durch seine hermeneutischen Wurzeln ist es vielleicht verständlich, warum der KoKo darauf besteht, dass Objektbezogenheit vor allem eine Angelegenheit der Interpretation ist. Aber damit würde man sich mit einer Analyse der Konstruktion des AIDS/HIV keinen Gefallen tun. Die katastrophalen Fehler, die während der ersten zehn Jahre nach der Feststellung der Beziehung zwischen HIV und AIDS gemacht worden sind, sind dafür zu signifikant. Einerseits war das noch immer die Konsequenz der epidemiologischen Fehlkonstruktion des GRID-Syndroms; andererseits aber auch, weil AIDS/HIV nach der wissenschaftlichen Stabilisierung noch immer Schwierigkeiten hatte, sich als Ding von Belang zu etablieren. Das letzte war nicht nur eine Konsequenz der mangelhaften Kommunikationsmacht der Virologie; das HIV konnte schon verbindlich herausgefordert werden. Es gab hier keine wissenschaftliche Unbestimmtheit, sondern es fehlten Übersetzungen (Treichler 1999).

Weil der KoKo auf kommunikatives Handeln fokussiert und dabei nicht kritisch hinterfragt, was eigentlich mit Handeln gemeint wird, tut man sich mit dieser Perspektive schwer zu verstehen, warum es bezüglich des sich-verbindlich-Zeigens des HIV keine Kontroverse gab, aber die Übersetzung Richtung öffentlicher Gesundheit jahrelang mangelhaft geblieben ist. Dass LAV/HIV dazu gezwungen wurde, sich verbindlich zu zeigen, deutet auf die erhebliche Kommunikationsmacht des erweiterten virologischen Akteur-Netzwerks des Pasteur-Instituts. Diesem Netzwerk gelang es, das Virus zum Sprechen (Handeln) zu zwingen; wodurch es nicht länger als Potenzialität, sondern als Aktualität in Erscheinung treten muss. Das Virus wurde damit zum Handeln gebracht. KoKo sollte sich deswegen auch mit der Frage – wie wird ein Subjekt zum Handeln gebracht? – beschäftigen. Handeln ist nicht der Ursprung, sondern die Konsequenz.

Obwohl das HIV sehr stark virologisch-wissenschaftlich vernetzt war und anscheinend auch sehr gut damit klar kam sich mit großer Geschwindigkeit über die ganze Welt zu verbreiten, war es schwierig, diese Gewissheit und diesen Erfolg in politisches Handeln umzusetzen. Warum konnten die AIDS-Wissenschaftler/-innen weder die Weltbevölkerung noch die Politiker/-innen, noch die pharmazeutische Industrie davon überzeugen, die Potenzialität des HIV ernst zu nehmen? Viele verweisen dann immer auf die fehlende Kommunikationsmacht der medizinischen Wissenschaft (zum Beispiel im Bereich der Risiko-Kommunikation); aber schon in der Mitte der achtziger Jahre, gab es viele klare medial-vermittelte Bewusstmachungskampagnen bezüglich der Gefahren des AIDS/HIV (Van Loon 2002).

Hier gibt es wiederum klaren Bedarf, dass man nicht einfach das Konzept der Kommunikationsmacht als Ursache einbezieht, sondern die Vernetzungen anschaut, womit Relevanzen und dadurch Interessen verbindlich einbezogen wurden. Was bedeutet dann zum Beispiel „Interesse“? Der Modus Operandum des HIV ist, dass es sich versteckt, sich nicht zeigt und gar nicht verbindlich ist. Es wartet und dann auf einmal schlägt es zu. HIV ist auch sehr flexibel und mutiert relativ schnell und einfach. Alles spricht dagegen, dass HIV sich verbindlich zeigt. Trotzdem ist es Wissenschaftler/-innen gelun-

⁷ Die Geschichte der Benennung des HIV ist vielleicht ein klassisches Beispiel der Kommunikationsmacht im Sinne von KoKo. Der ganze Skandal dieser „Zueignung“ hatte dann später zum Gerichtsverfahren geführt.

gen, HIV herauszufordern, dass es zum Handeln – im Sinne von sich-verbindlich-zeigen – gebracht wurde. Damit hat sich gleichzeitig auch das Interesse des HIV geändert. Es konnte jetzt dazu gebracht werden, der Menschheit zu helfen zu verstehen, wie man die Verbreitung des HIV verringern konnte. Wie viele andere Retroviren, konnte HIV sich auch so mutieren, dass es Teil der menschlichen DNA wurde; auch das wäre ein mögliches Interesse des HIV im Sinne eines „Willens zur Macht“ (Überleben).

Würde das Konzept der Kommunikationsmacht des KoKo dieses Interesse verstehen können? Unwahrscheinlich, wenn die Theorie dogmatisch daran festhält, dass ein Kreislauf von kommunikativen Handlungen und Kommunikationsmacht das Alpha und Omega des Konstruierens ist. Vor allem, weil die hermeneutische Wissenssoziologie axiomatisch bestimmt hat (vgl. Pöferl, Schröer 2014), dass nur Menschen handeln können, können wir die Interessen des HIV und alle anderen nichtmenschlichen Beteiligten gar nicht als Teil des Konstruktionsprozesses betrachten. Sie werden objektiviert, sie werden verhandelt, sie werden eingesetzt, aber sie spielen keine Rolle von Bedeutung.

Fazit

Der KoKo kann im Vergleich mit einer groben Version des Sozialkonstruktivismus sicherlich schon einige Vorteile nachweisen bezüglich der Erfassung der wissenschaftlichen Ungewissheit einer damals unbekanntem Krankheit wie AIDS, zum Beispiel, weil Abduktion als eine Art des kommunikativen Handelns verstanden werden kann. Abduktion ist eine kommunikative Performativität des Wissens (als Prozess) und keineswegs eine Operation innerhalb eines geschlossenen Erfahrungsbereichs. Das heißt, die von Latour (2005) angedeutete Schwäche des Sozialkonstruktivismus bezüglich seines Verständnisses von Wissenschaftspraxis ist in Bezug auf den Aspekt der Grenzen der Gewissheit beim KoKo weniger zutreffend, weil sie sowohl der Performativität als auch der Materialität einen zentralen Stellenwert zuschreibt.

Anders liegt das bei der Problematik eines Fehlkonstrukts. Ob etwas ein Fehlkonstrukt ist oder nicht, ist – zumindest in der Wissenschaft – keine Frage der Interpretation, sondern ein Ergebnis der materiellen Performativität der wissenschaftlichen Forschung. Diese ergibt sich nicht aus einer oder anderen Perspektive, sondern nur aus der Wirkung eines Konstrukts. Das Scheitern eines Konstrukts ergibt sich aus seiner materiellen, performativen Erfassung. Da bisher der KoKo nur in Bezug auf das Konzept der Kommunikationsmacht erklären möchte, warum bestimmte Konstrukte aufrechterhalten werden und andere nicht, wird man entweder gezwungen, den Begriff der Kommunikationsmacht so zu erweitern, dass damit das gleiche gesagt wird wie „materielles-performatives Aufrechterhalten“ (eine Tautologie), oder ihn so zu verengen, dass sie nur den strategischen, politischen „Willen zur Macht“ der einzelnen beteiligten menschlichen Akteur/innen betrifft (ein Relativismus).

Dass die Wirkung von Fehlkonstruktionen trotzdem als Realität bezeichnet werden soll, wurde schon von den Sozialkonstruktivisten überzeugend gezeigt. Dass sie aber wissenschaftlich nicht aufrechterhalten worden sind, ist aber trotz geringen Impacts noch kein Beweis dafür, dass wissenschaftliche Konstrukte und politische Konstrukte die gleichen (kommunikativen) Fassungen hätten. Wie uns die Geschichte des AIDS/HIV zeigt, haben Fehlkonstruktionen ganz andere Konsequenzen als wissenschaftlich-aufrechterhaltene „Dinge von Belang“. Die katastrophalen Konsequenzen des GRID konnten zwar zuerst nicht von der Entdeckung des HIV eingedämmt werden, im Laufe der Zeit hat sich das wissenschaftliche Konstrukt des AIDS/HIV doch stark durchgesetzt und die politische Landschaft der öffentlichen Gesundheit erheblich beeinflusst.

Ohne eine Einbeziehung dieser „Dinge von Belang“ in Bezug auf eine Vielfalt von Interessen, durch die sich unterschiedliche Akteur/-innen an dem Prozess des Weiteraufrechterhaltens beteiligen, ist es schwierig zu verstehen, warum Montagnier und Barré-Sinoussi und nicht Gallo den Nobelpreis für Medizin bekommen haben, warum das Syndrom AIDS und nicht GRID genannt wird und warum sich die ersten Abduktionen überhaupt auf Viren, Sexualverhalten und Immunität konzentrierten.

Literatur

- Berger, P., Luckman, Th. 1966: *The Social Construction of Reality: A treatise in the sociology of knowledge*. Garden City, New York: Anchor Books.
- Bloor, D. 1976: *Knowledge and Social Imaginary*. London: Routledge.
- Chang, Y., Cesarman, E., Pessin, M. S., Lee, F., Culpepper, J., Knowles, D. M., Moore, P. S. 1994. Identification of herpesvirus-like DNA sequences in AIDS-associated Kaposi's sarcoma. *Science*, Vol. 266, 1865–1869.
- Deleuze, G. 1994: *Difference and Repetition*. London: Athlone.
- Fleck, L. 1980: *Entwicklung und Entstehung einer wissenschaftlichen Tatsache. Einführung in die Lehre vom Denkstil und vom Denkkollektiv*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Keller, R., Knoblauch, H., Reichertz, J. (Hg.) 2013: *Kommunikativer Konstruktivismus: Theoretische und empirische Arbeiten zu einem neuen wissenssoziologischen Ansatz*. Wiesbaden: Springer.
- Kuhn, Th. S. 1976: *Die Struktur wissenschaftlicher Revolutionen*, 2. Auflage. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Knoblauch, H. 2013: *Grundbegriffe und Aufgaben des kommunikativen Konstruktivismus*. In R. Keller et al. (Hg.), *Kommunikativer Konstruktivismus*. Wiesbaden: Springer Fachmedien.
- Latour, B. 2005: *Reassembling the Social. An introduction to actor network theory*. Oxford: Oxford University Press.
- Latour, B. 2007: *Elend der Kritik. Vom Krieg um Fakten zu Dingen von Belang*. Zürich: Diaphenes.
- Latour, B. 2016: *Cogitamus*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Poferl, A., Schröer, N. (Hg.) 2014: *Wer oder was handelt? Zum Subjektverständnis der hermeneutischen Wissenssoziologie*. Wiesbaden. Springer.
- Reichertz, J. 2011: *Kommunikationsmacht: Was ist Kommunikation und was vermag sie? Und weshalb vermag sie das?* Wiesbaden: Springer.
- Reichertz, J. 2013: *Die Abduktion in der qualitativen Sozialforschung. Über die Entdeckung des Neuen*. 2. Auflage. Wiesbaden: Springer.
- Reichertz, J. 2014: *Von Menschen und Dingen: wer handelt hier eigentlich?* In A. Pofersl, N. Schröer (Hg.), *Wer oder was handelt? Zum Subjektverständnis der hermeneutischen Wissenssoziologie*. Wiesbaden: Springer VS, 95–120.
- Ryan, F. 1996: *Virus X. Understanding the real threat of pandemic plagues*. London: Harper Collins.
- Schröer, N. 2014: *Warum sollte die hermeneutische Wissenssoziologie an der Rekonstruktion des subjektiven Sinns festhalten?* In A. Pofersl, N. Schröer (Hg.), *Wer oder was handelt? Zum Subjektverständnis der hermeneutischen Wissenssoziologie*. Wiesbaden: Springer VS, 51–66.
- Shilts, R. 1988: *And the band played on: Politics, people and the AIDS epidemic*. Harmondsworth: Penguin Books.
- Sokal, A., Bricmont, J. 1998: *Intellectual Imposters*. London: Profile Books.
- Stengers, I. 2008: *Spekulativer Konstruktivismus*. Berlin: Merve.
- Tarde, G. 1899: *Social Laws. An outline of sociology*. New York: The Macmillan Company.

- Treichler, P. A. 1999: How to have theory in an epidemic: cultural chronicles of AIDS. Durham: Duke University Press.
- Van Loon, J. 2002: Risk and Technological Culture: Towards a sociology of virulence. London: Routledge.
- Watney, S. 1997: The political significance of statistics in the AIDS crisis. *Epidemiology, Representation and Regaying*. In J. Oppenheimer, H. Reckitt (Hg.), *Acting on AIDS: Sex, drugs & politics*. London: Serpent's Tail, 76-98.