

Transformationen des Gesundheitswesens seit den 1960er-Jahren

Die Beispiele der Aids- und der Drogenthematik

PETER-PAUL BÄNZIGER

Am 14. Februar 1995 wurde das Letten-Areal in Zürich polizeilich geräumt. Kurz davor hatten die schweizerischen Stimmberechtigten den vom Bundesrat vorgelegten «Zwangsmassnahmen im Ausländerrecht» mit einer Mehrheit von fast 73 Prozent zugestimmt. In der Abstimmungskampagne hatte die Drogenthematik, insbesondere das Beispiel Letten, eine zentrale Rolle gespielt. Obwohl die damit eingeführten Gesetzesparagrafen den ordnungspolitischen Weg klar bekräftigten, gilt die mit der Räumung des Letten-Areals fest etablierte «Vier-Säulen-Strategie» heute weithin als Paradebeispiel für neue Ansätze in der Drogenpolitik. So etwa jüngst in einem aufwändig produzierten multimedialen Rückblick des «Tages-Anzeigers», der mit folgenden Worten endet: «Zuerst kamen die Kulturschaffenden zurück, dann die Familien. Heute tummeln sich auf der Josefswiese sonntags Eltern mit Kleinkindern, weiter im Westen werden Büros und Wohnungen gebaut, die Kulturunternehmer drängen in die Nischen. [...] Nur noch die mit kunstvoll geschweissten Gittern versperrten Eingänge zu den Hinterhöfen erinnern daran, dass es hier einmal ganz anders zu und her ging.»¹ Ähnliches gilt für einen zweiten gesellschaftlichen Brennpunkt des ausgehenden 20. Jahrhunderts: Aids/HIV. Als in den frühen 1980er-Jahren die ersten Berichte über eine neue sexuell übertragbare Krankheit aufkamen, rechnete kaum jemand damit, dass, zumindest in der Schweiz, Neuinfektionen mit HIV schon ab den frühen 1990er-Jahren und die Fallzahl von Aids ab der Mitte des Jahrzehnts zurückgehen würden. Mehr noch als die vier Säulen der Drogenpolitik gilt die Etablierung einer breit angelegten Präventionsstrategie gegen Aids deshalb als Paradebeispiel für neue Ansätze in der Gesundheitspolitik.

Tatsächlich unterlag das Gesundheitswesen in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts weitreichenden Transformationen. Wie sie aus historiografi-

1 Binswanger, Michèle 2014. Ich danke Daniela Oertle und Christian Biedermann für die Möglichkeit, ihre universitären Abschlussarbeiten zu lesen, Eveline Müller, Cindy Patton, Daniel Zürcher, den Herausgeber/-innen dieses Bandes und den Mitgliedern der HERA-Forschungsgruppe «Disentangling European HIV/AIDS Policies: Activism, Citizenship and Health (EUROPACH)» für Kritik und Anregungen.

scher Perspektive zu bewerten sind, wurde bisher jedoch erst in Ansätzen diskutiert. Nicht zuletzt mangelt es an Arbeiten, die nicht auf einzelne Themenfelder fokussieren und so die Verschränkungen sowie die Gemeinsamkeiten und Divergenzen von Veränderungen in unterschiedlichen gesundheitspolitischen Feldern aufzeigen. Hier setzt das vorliegende Kapitel an. Mit der Drogen- und der Aids-thematik konzentriert es sich auf zwei zentrale Themen der Gesundheitspolitik im ausgehenden 20. Jahrhundert, deren Geschichten in vielerlei Hinsicht miteinander verbunden waren. Neben der bisherigen Forschung stütze ich mich dabei auf eine Analyse von Gesetzgebungsprozessen, Kampagnen und Medienberichterstattung sowie auf Recherchen in den Archiven des Bundesamts für Gesundheit, der Aidshilfe Schweiz und der Zürcher Aidshilfe. Im ersten Abschnitt beschreibe ich den sozial- und geschichtswissenschaftlichen Forschungsstand. Vor diesem Hintergrund gehe ich in den folgenden Abschnitten auf die thematischen Schwerpunkte ein, um dann abschliessend einen kurzen Ausblick zu wagen. Da die Forschungslage nicht in jeder Hinsicht befriedigend ist, kann ich vielfach nicht über erste Thesen hinausgehen. Das gilt insbesondere für die Drogenthematik.

Vom alten zum neuen Gesundheitswesen?

Allgemein ging die Etablierung des modernen Gesundheitswesens nicht einfach vom Staat aus. Die sich langsam konsolidierenden öffentlichen Institutionen kooperierten in verschiedenster Hinsicht und in enger Weise mit Wohltätigkeits- und Fürsorgevereinen, Vertreter/-innen kommerzieller Interessen, Wissensproduzent/-innen und sozialen Bewegungen wie der Arbeiter- und der Lebensreformbewegung. Dennoch lässt sich für die hier im Zentrum stehenden Jahrzehnte des ausgehenden 20. Jahrhunderts feststellen, dass nicht- und parastaatliche Akteur/-innen verstärkt Aufgaben der Gesundheitspolitik übernahmen. Neben älteren Institutionen wie den Patient/-innenorganisationen, die einen Bedeutungszuwachs und -wandel erlebten, sind dabei vor allem jene sogenannten Nichtregierungsorganisationen (NGO) zu erwähnen, die im Umfeld der neuen sozialen Bewegungen der 1960er- bis 1980er-Jahre entstanden. Zugleich kam es zu einer stärkeren Beteiligung der Privatwirtschaft, etwa im Bereich der Versicherungen oder der sich weiter ausdifferenzierenden Komplementärmedizin. Nicht zu unterschätzen ist schliesslich die Rolle trans- oder supranationaler Organisationen wie der Europäischen Union (EU) oder der Weltgesundheitsorganisation (WHO).²

2 Für die neuste Literatur zu Westeuropa vgl. unter anderem Wehling, Peter et al. 2015; Dinges, Martin/Jütte, Robert 2011; Fassin, Didier/Hauray, Boris 2010.

Diese institutionellen Transformationen stützten sich nicht zuletzt auf die Produktion und Verbreitung neuen Wissens. Seit den 1950er-Jahren trugen die Arbeits- beziehungsweise die Sozial- und Präventivmedizin dazu bei, dass spezifische Vorstellungen von Körper und Vorsorge Eingang in die unterschiedlichsten Felder des Alltags fanden – von der Arbeit über die Ernährungsgewohnheiten und die Sexualität bis zu den Konsum- und Freizeitaktivitäten. Hatte die Gesundheitspolitik der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts noch mehrheitlich auf kurative Ansätze und Vorbeugungsmassnahmen bezüglich spezifischer Krankheiten bei einzelnen Bevölkerungsgruppen gesetzt, wurde nun die Verantwortung für ein gesundes Verhalten zunehmend der Einzelperson zugeschrieben. Die ältere Rolle des allwissenden (männlichen) Arztes wurde ab- und das (Körper-)Wissen und die Entscheidungsfähigkeit der Betroffenen aufgewertet. Solche Ansätze waren zwar nicht gänzlich neu. Erst in den letzten Jahrzehnten kam es jedoch zu einer systematischen Anwendung, sowohl in thematischer Hinsicht wie bezüglich der anvisierten Personen: Zunehmend sollte sich jede und jeder Einzelne in allen Lebenslagen als «präventives Selbst» verhalten.³

Erleichtert wurde das Aufkommen dieser Ansätze durch neue, zunehmend EDV-gestützte Methoden der Produktion und statistischen Auswertung von Daten. In der Schweiz wurden entsprechende Erfahrungen unter anderem beim Aufbau der kantonalen Krebsregister gesammelt: Das erste wurde 1970 in Genf eingerichtet, gefolgt von der Waadt und Neuenburg (1974) sowie mit einigem Abstand von Zürich/Zug und St. Gallen/Appenzell (1980).⁴ Während auf der Mikroebene alltäglichen Präventions- und Gesundheitshandelns die Rolle der Patient/-innen aufgewertet wurde, nahm die Bedeutung von Expertenwissen für die Formulierung von übergeordneten Zielen und Strategien der Gesundheitspolitik also weiter zu. Nicht unterschätzt werden sollte der zunehmende Einfluss austeritätspolitischen Denkens und das Aufkommen neuer mikroökonomischer Ansätze in den Wirtschaftswissenschaften und darauf basierender Verwaltungspraktiken wie «New Public Management» oder «wirkungsorientierte Führung». Derer Geschichte hat sich die Historiografie jedoch bisher kaum angenommen. So blieb Peter Streckeisens These, dass das Gesundheitswesen in der Schweiz geradezu ein «laboratoire du néolibéralisme» gewesen sei, bisher weitgehend unkontextualisiert.⁵

Vergleichsweise mehr wissen wir dagegen über die Diskurse und Körperpraktiken im Umfeld der neuen sozialen Bewegungen seit den 1960er-Jah-

3 Zur Geschichte der Prävention vgl. Thießen, Malte 2013; Lengwiler, Martin/Madarász, Jeannette 2010; zur Sozial- und Präventivmedizin jüngst Ingold, Niklaus/Condrau, Flurin 2015.

4 Bundesamt für Statistik 2016; vgl. Cattacin, Sandro 2012, S. 19 f.

5 Streckeisen, Peter 2013.

ren, denen ebenfalls eine wichtige Rolle für die Etablierung neuer gesundheitspolitischer Arrangements zukommt. Zu erwähnen sind besonders die Frauen-, die Homosexuellen- und die Umweltbewegungen sowie die Autonomen und Hausbesetzer/-innen der 1980er-Jahre. In diesen Kreisen wurden Lebensweisen erprobt, die in jene Formen der Selbstorganisation und -führung einfließen, auf die sich neue Ansätze der Gesundheitspolitik stützten. Wichtig waren in diesem Zusammenhang auch neue therapeutische Arrangements und Beratungsangebote, die auf den verhaltenstherapeutischen und systemischen Ansätzen der 1960er- und 1970er-Jahre beruhten. Sie stellen den Hintergrund für die Selbsthilfebewegung der 1980er-Jahre dar. Entsprechende Gruppen entstanden nun zunehmend auch in nicht im engeren Sinne medizinischen Bereichen.⁶

Der Einfluss dieser Prozesse auf das heutige Gesundheitswesen ist nicht zu übersehen. In der Medizinsoziologie werden sie gemeinhin als Verschiebung von «Old» zu «New Public Health» beschrieben.⁷ Wenig untersucht wurde jedoch die Frage, wie genau ihr Aufkommen jenseits solcher sozialwissenschaftlicher Grosserzählungen zu bewerten ist. Nach wie vor gibt es erst wenige geschichtswissenschaftliche Studien, die die Zeit nach den 1970er-Jahren überhaupt in den Blick nehmen; die zeithistorische Auseinandersetzung mit den 1980er- und 1990er-Jahren hat gerade erst begonnen. Allgemein betonte die Geschichtsschreibung bisher die Unterschiede zwischen der Mitte und dem letzten Drittel des 20. Jahrhunderts. Diese Darstellungen, so informativ sie im Detail auch sein mögen, unterschätzen die Komplexität und Heterogenität historischer Wandlungsprozesse und tendieren zu einer Homogenisierung der Zeiträume vor und nach einer Umbruchzeit. Wie eine Perspektive aussehen könnte, die sich dieser Problematik stellt, skizziere ich im Folgenden an den Beispielen der Aids- und der Drogenthematik.

Nicht nur eine Ausnahmesituation: Aids/HIV seit den 1980er-Jahren

Unter dem Leitbegriff *AIDS exceptionalism* wird Aids/HIV in der sozialwissenschaftlichen Literatur vielfach die Funktion eines «Katalysators» für die Implementierung der im vorangehenden Abschnitt beschriebenen gesundheitspolitischen Dispositive zugeschrieben. Sein unerwartetes Aufkommen, die fehlende Therapierbarkeit, die Verbindung mit den «symbolisch aufgeladene[n]» Themenfeldern Sexualität und Drogenkonsum, epidemiologische Ungewissheiten,

6 Vgl. Ruckstuhl, Brigitte 2011, S. 59. Zur Geschichte von Therapie und Beratung vgl. Tändler, Maik/Jensen, Uffa 2012; Maasen, Sabine et al. 2011; Bänziger, Peter-Paul et al. 2010; für die Selbsthilfebewegung StremLOW, Jürgen et al. 2004.

7 Grundlegend ist Petersen, Alan/Lupton, Deborah 2000.

Zweifel an der Wirksamkeit von älteren Präventionsansätzen, erste Erfahrungen mit neuen Instrumenten und nicht zuletzt eine «exceptionalist alliance» aus sozialen Bewegungen, linken und «liberalen» Parteien sowie «weite[n] Teile[n] des professionellen Pflege- und psychosozialen Betreuungspersonals» hätten, so heisst es etwa in einem viel zitierten Überblicksartikel aus den späten 1990er-Jahren, «zu exzeptionellen Innovationen in Prävention, Krankenversorgung, Gesundheitspolitik und Bürgerrechtsfragen geführt».⁸ Auch in der historiografischen Forschung erscheint die Etablierung von «New Public Health»-Ansätzen oftmals als Geschichte der Normalisierung eines durch Aids hervorgerufenen Ausnahmezustandes. In deren Verlauf hätten sich «liberale», auf individuelles Risikoverhalten abzielende Präventionsstrategien sukzessive gegen eine ältere «Seuchenpolitik» durchgesetzt. In pauschaler und teilweise diskriminierender Weise habe letztere auf nicht näher spezifizierte Risikogruppen abgezielt, wobei immer wieder Forderungen nach Zwangsmassnahmen, Ein- oder Ausschluss erhoben wurden.⁹ Vielfach wird diese Perspektive mit bewegungsgeschichtlichen Fragestellungen verknüpft: Im Zentrum steht der erfolgreiche Kampf der Schwulenbewegung und weiterer «fortschrittlicher» Kräfte gegen eine «repressive» Politik, die von «konservativen» Gruppierungen und Parteien vertreten wurde.¹⁰

In gewisser Hinsicht lässt sich die Geschichte von Aids in der Schweiz tatsächlich als Normalisierungsprozess im Sinne des *AIDS exceptionalism* darstellen. Das gilt nicht nur für die Entwicklung der Infektionszahlen und die nationalen «STOP AIDS»-Kampagnen, für deren Konzeption neue Ansätze der Prävention zentral waren.¹¹ Wie Christian Biedermann am Beispiel der Geschichte der Aids-Hilfe Bern (AHBe) in den Jahren 1985–2000 gezeigt hat, lassen sich entsprechende Prozesse auch auf institutioneller Ebene erkennen. Während eine auf die Ermöglichung «eigenverantwortlichen» Handelns ausgerichtete Präventionsarbeit, eines der Kernanliegen von «New Public Health»-Ansätzen, das inhaltliche Leitprinzip blieb, veränderten sich die Organisation und die Selbstverhältnisse der beteiligten Personen deutlich: Der «Pioniergeist» der Frühzeit verschwand. Zunehmend wurde aus der ursprünglichen «Selbsthilfegruppe» eine «professionelle Hilfsorganisation mit Festangestellten», deren Mitarbeiter/-innen unter anderem die Aufgabe hatten, «die Rahmenbedingungen und Strukturen» für Selbsthilfegruppen bereitzustellen. Solche Prozesse waren nicht immer selbst gewählt, da vielfach die Interessen

8 Rosenbrock, Rolf et al. 1999, Abstract, S. 5 f. Für die Schweiz vgl. Voegtli, Michael/Filleule, Olivier 2012; Neuenschwander, Peter/Kübler, Daniel 2007.

9 So insbesondere in den Arbeiten von Henning Tümmers (unter anderem 2013, 2012).

10 Vgl. dagegen die differenzierte Darstellung von Beljan, Magdalena 2014.

11 Vgl. Bänziger, Peter-Paul 2015, 2014.

der wichtigsten Geldgeber bedient werden mussten, insbesondere der Entscheidungsträger/-innen im Kanton Bern. Mit dem Aufkommen der im vorangehenden Abschnitt erwähnten neuen Verwaltungspraktiken musste die AHBe zunehmend als professionelle Dienstleisterin auftreten, die spezifische «Produkte» verkaufte. Besonders deutlich wurde dies nach der Unterzeichnung eines neuen Leistungsvertrags im Dezember 1999.¹²

Meine Recherchen in den Archiven der Aidshilfe Schweiz (AHS) haben ein ähnliches Bild ergeben: Aus Aktivist/-innen, die im Umfeld der neuen sozialen Bewegungen sozialisiert worden waren, wurden in der zweiten Hälfte der 1980er-Jahre Expert/-innen, die in einer professionell agierenden NGO tätig waren. In personeller, inhaltlicher und finanzieller Hinsicht eng mit staatlichen Institutionen verknüpft, ist die AHS zugleich ein Beispiel für die institutionelle Heterogenität des Gesundheitswesens der vergangenen Jahrzehnte. Gerade deshalb konnte sie teilweise einen beträchtlichen Einfluss auf die Arbeit des Bundesamts für Gesundheit (BAG) und anderer Institutionen ausüben. Ein Beispiel dafür ist die Überarbeitung der sogenannten Meldeverordnung aus dem Jahr 1974. Hier scheint sich die AHS in der Vernehmlassung erfolgreich dafür eingesetzt haben, dass HIV in der neuen Verordnung vom September 1987 explizit von der für übertragbare Krankheiten geltenden gesetzlichen Meldepflicht ausgeschlossen wurde.¹³

Die Geschichte von Aids in der Schweiz ist jedoch komplexer, als es die Erzählungen einer sukzessiven Professionalisierung der Aidsarbeit und einer erfolgreichen Durchsetzung des Präventionsdenkens vermuten lassen. Zwar hatten, erstens, die aus dieser Perspektive als repressiv kritisierten Ansätze in der Schweiz einen schweren Stand – im Gegensatz etwa zu den USA, aber auch zur Bundesrepublik Deutschland, wo Forderungen nach Zwang und Ausschluss vergleichsweise hohe Wellen warfen.¹⁴ Dennoch flossen zu Beginn auch Inhalte in die «STOP AIDS»-Kampagnen ein, die «New Public Health»-Ansätzen klar widersprachen. Bekanntestes Beispiel sind Plakate aus dem Jahr 1987, auf denen anstelle des Kondoms ein Ehering abgebildet ist. Aus Sicht der AHS und anderer engagierter Kreise brach man so mit der Grundüberzeugung der Präventionsstrategie, wonach das konkrete Verhalten beim sexuellen Kontakt oder beim Drogenkonsum im Zentrum stehen sollte und nicht «moralische» Hinweise auf die Vorzüge bestimmter Beziehungsmodelle und Lebensweisen. Die Verantwortung dafür wurde dem im Dezember 1986 zum Innenminister gewählten Tessiner CVP-Politiker Flavio Cotti zugeschrieben.¹⁵

12 Biedermann, Christian 2015, Zitate S. 35, 53, 75.

13 Bänziger, Peter-Paul 2010, S. 47. Allgemein zu dieser Thematik Bänziger, Peter-Paul 2015.

14 Zu Deutschland vgl. Beljan, Magdalena 2014.

15 Vgl. Bänziger, Peter-Paul 2014, S. 195 f.; Voegtli, Michael et al. 2009, S. 133–141.

Auch wenn solche Inhalte in späteren Plakatserien nicht mehr zu finden sind, verschwanden jene Stimmen nicht einfach, die sich für Zwangsmassnahmen einsetzten oder Aids mit normativen Appellen begegnen wollten. Besonders deutlich wurde dies 1991, als 52 Bundesparlamentarier/-innen eine Interpellation der Genfer FDP-Nationalrätin Geneviève Aubry gegen die von der AHS mitfinanzierte Broschüre «Safer Sex für Ledermänner» unterzeichneten. Diese «brochure luxueuse démontrant des pratiques sado-masochistes et obscènes» enthalte «un langage extrêmement ordurier et des photographies de perversion sexuelle qui vont jusqu'à la sodomie. [...] Ce n'est pas une brochure destinée à l'information sur le sida, mais à une incitation à la perversion sexuelle. Elle incite à la débauche, est vicieuse et perverse et moralement inadmissible.»¹⁶ Die Interpellation führte nicht nur zur Vernichtung der Broschüre – eine neue Auflage wurde von privater Seite finanziert –, sondern scheint auch die Position der AHS gegenüber dem BAG nachhaltig geschwächt zu haben. Die Situation entschärfte sich erst, als Cotti 1993 durch die Genfer Sozialdemokratin Ruth Dreifuss ersetzt wurde.¹⁷

Zweitens machen jüngere Studien deutlich, dass die Geschichte der Aidspolitik nicht einfach als Kampf zwischen liberal und konservativ oder alt und neu erzählt werden kann. Dabei handelt es sich um Begriffe aus den zeitgenössischen Debatten, die nicht unkritisch übernommen werden sollten. Auch wenn die neuen Ansätze einen erklärtermassen «antirepressiven» Ansatz verfolgten, darf beispielsweise nicht übersehen werden, dass auch sie von Marginalisierungstendenzen begleitet waren, unter anderem gegenüber jenen Personen, die dem Präventionsdenken nicht folgen wollten oder konnten. Wer als «eigenverantwortlich» betrachtet wird, muss mit Sanktionen für «unverantwortliches» Handeln gegenüber sich selbst und gegenüber der Gesellschaft rechnen. Wie Magdalena Beljan für die Bundesrepublik Deutschland argumentiert, trug etwa die Aufforderung, «offen» über die eigene Vergangenheit zu sprechen, zur Etablierung einer neuen, kommunikationsorientierten Beziehungsnorm bei, der man sich nur schwer entziehen konnte. Die von den Aidshilfen kontrovers diskutierte Forderung, sich testen zu lassen, erlangte vor diesem Hintergrund eine zunehmende Verbindlichkeit.¹⁸ Ein Blick auf die «STOP AIDS»-Kampagne macht darüber hinaus deutlich, dass auf deren Plakaten keineswegs die sexuell aktive Bevölkerung in ihrer ganzen Vielfalt abgebildet wurde, wie es «New Public Health»-Ansätze fordern. Vielmehr wurde eine sehr spezifische Norm

16 Schweizerischer Nationalrat: Interpellation Geneviève Aubry Nr. 91.3310, «Brochure obscène et sado-masochiste financée par la Confédération», 25. September 1991, zitiert nach Voegtli, Michael et al. 2009, S. 248.

17 Voegtli, Michael et al. 2009, S. 248–250.

18 Beljan, Magdalena 2015, S. 336–340.

etabliert: der Körper von sportlichen, attraktiven und selbstbewussten, meist weissen, jungen und nicht selten berufstätigen Menschen. Andere Körper hingegen – kranke wie gesunde – verschwanden.¹⁹

Wie Biedermann deutlich macht, blieben drittens die Beratung der direkt Betroffenen und der Kampf gegen Diskriminierungen auch dann noch ein wichtiges Aufgabenfeld der AHB, als dieser Aspekt in den nationalen Präventionskampagnen kaum mehr eine Rolle spielte. Ähnliches lässt sich für die Zürcher Aidshilfe (ZAH) zeigen, wo die Transformation einer schwerpunktmässig mit Sterbebegleitung beschäftigten Institution in die heutige «Fachstelle für sexuelle Gesundheit» in den 1990er-Jahren zu erheblichen Verwerfungen führte. Auch verlief die Zusammenarbeit zwischen den beteiligten Organisationen keineswegs so reibungslos, wie es die Rede von der *exceptionalist alliance* nahelegt. Besonders in Zürich war die Aufgabenverteilung zwischen der AHS, der ZAH und den Homosexuellen Arbeitsgruppen nicht immer so klar und konfliktfrei, wie es das 1987 verabschiedete Leitbild der AHS formulierte.²⁰ Zu Auseinandersetzungen führte aber auch die Tatsache, dass die AHS zumindest teilweise aus der Schwulenbewegung und deren Organisationen hervorgegangen war. Auch wenn die entsprechenden Probleme vergleichsweise rasch angegangen wurden, hatten andere Betroffenengruppen zunächst Mühe, ihren Anliegen innerhalb der AHS genügend Gehör zu verschaffen.²¹

Viertens war schon in den 1970er-Jahren breit über eine Rückkehr sexuell übertragbarer Krankheiten diskutiert worden. Unter dem Titel «Eine neuartige Geschlechtskrankheit» hiess es beispielsweise in der «Neuen Zürcher Zeitung» vom 4./5. September 1976, dass die US-amerikanischen Gesundheitsbehörden kürzlich «vor einem neuartigen Gonorrhöe-Erreger, gegen den sich Penicillin als wirkungslos erwiesen hat», gewarnt hätten.²² Die Aidsthematik traf also keineswegs auf so gänzlich unvorbereitete Gesundheitssysteme, wie es die Rede von der Ausnahmesituation und der Neuartigkeit der Antworten auf diese impliziert. Auch Ansätze einer sozial- und präventivmedizinisch orientierten Gesundheitsförderung waren bereits in den späten 1970er-Jahren alles andere als marginal. Deutlich wurde die Verschiebung von einer rein kurativ ausgerichteten Gesundheitspolitik zur Betonung der allgemeinen Lebensbedingungen etwa 1978, als die Förderung dezentraler und gemeinschaftsorientierter Ansätze und die Zusammenarbeit mit einer Vielzahl von Akteur/-innen innerwie ausserhalb des Gesundheitswesens im Zentrum der WHO-Konferenz in

19 Dazu ausführlich Bänziger, Peter-Paul 2014.

20 AHS: Leitbild, o. D. (1987), StAZH, W II 15 2001/041.5, S. 1, 8.

21 Vgl. Bänziger, Peter-Paul 2010, S. 43 f.

22 «Eine neuartige Geschlechtskrankheit», NZZ, Nr. 207, 4./5. September 1976, S. 7; vgl. Bänziger, Peter-Paul 2014, S. 179 f.

Alma Ata stand.²³ Da sich die 1948 gegründete WHO bisher hauptsächlich den Infektionskrankheiten gewidmet hatte, war diese Neuausrichtung für diesen Themenbereich besonders bedeutsam.

Ähnliches lässt sich in der Schweiz beobachten, wo Bertino Somaini im November 1981 Leiter der Sektion «übertragbare Krankheiten» des Bundesamts für Gesundheitswesen (später Bundesamt für Gesundheit, BAG) wurde. Der 1946 geborene Arzt ging nach dem Studium in Zürich an die Mahidol University in Bangkok, wo er 1975 ein Diplom in Tropenmedizin erwarb. Vier Jahre später absolvierte er im kalifornischen Berkeley einen Masterstudiengang in Public Health, dessen Schwerpunkt Infektionskrankheiten waren. Zudem kam er in Kontakt mit Personen aus den Homosexuellenbewegungen, die sich im Bereich der Gesundheitsförderung engagierten.²⁴ Es habe in der Schweiz in den 1970er- und 1980er-Jahren «eine kritische Masse» von im Gesundheitswesen tätigen Personen gegeben, «die anfangen, neue Weichen zu stellen», sagte er rückblickend in einem Interview.²⁵ Wie genau diese Netzwerke funktionierten, muss noch untersucht werden. Zweifellos aber konnte sich die schweizerische *exceptionalist alliance* auf einige Vorarbeiten stützen, ohne die die Durchsetzung des Präventionsdenkens wohl keineswegs so leicht gefallen wäre.

Fünftens schliesslich wäre es falsch, vom Erfolg dieses Denkens auf nationaler Ebene auf dessen rasche und umfassende Durchsetzung in allen Bereichen des Gesundheitswesens zu schliessen. Die grundlegende Heterogenität gesundheitspolitischer Regime belegt etwa ein Bundesgerichtsurteil aus dem Jahr 1990, das bereits das Vorliegen eines positiven HIV-Tests als Krankheit definierte. Für die Betroffenen führte dies zu teilweise schwerwiegenden Problemen, beispielsweise beim Wechsel der Krankenversicherung oder bei der Stellensuche. Darüber hinaus erwähnt Biedermann die Weigerung des Kantons Bern, im Strafvollzug jene Grundsätze walten zu lassen, die bezüglich anderer Zielgruppen schon längst Usus waren. Noch in der ersten Hälfte der 1990er-Jahre entschieden sich die Behörden dagegen, den Gefängnisinsassen saubere Spritzen abzugeben. Sie würden «notfalls Recht vor Gesundheit» stellen, so zitierte die – wenig neutrale – AHBe eine entsprechende Aussage im Jahresbericht 1994.²⁶ Im September des folgenden Jahres wies die AHS darauf hin, dass dies nicht nur in Berner Haftanstalten ein Problem sei. In seinem Bericht dazu gab das «St. Galler Tagblatt» ein Gespräch mit einer AHS-Mitarbeiterin mit folgenden Worten wieder: «Durch die Verweigerung der Spritzenabgabe

23 Vgl. Ruckstuhl, Brigitte 2011, S. 87–91.

24 Somaini, Bertino 2002, S. 109.

25 Ruckstuhl, Brigitte 2011, S. 181.

26 Biedermann, Christian 2015, S. 56–60, Zitat S. 59.

würden Drogenkranke doppelt bestraft: «Sie bezahlen nicht nur mit dem Freiheitsentzug, sondern im schlimmsten Fall mit dem Leben.»²⁷

Diese Beispiele zeigen, dass sich eine Geschichte des Gesundheitswesens nicht auf Institutionen und Debatten der Gesundheitspolitik im engeren Sinne beschränken darf. Auch andere Politikbereiche sind von grösster Relevanz, ebenso die Frage nach den unterschiedlichen Ebenen von Staatlichkeit. Lokale und nationale Institutionen verfolgen teilweise unterschiedliche Schwerpunkte, in anderen thematischen Kontexten möglicherweise gar in stärkerem Masse: Während das im späten 19. Jahrhundert gegründete Eidgenössische Gesundheitsamt und spätere BAG im Vergleich mit Gesundheitsinstitutionen auf Kantons- und Gemeindeebene traditionell eher schwach war, hatten die Produktion von Wissen über und die Koordination von Massnahmen gegen übertragbare Krankheiten von Anfang an zum zentralen Aufgabenbereich gehört.²⁸ Hier konnte also eine weitreichende Expertise beansprucht werden, die es dem BAG erlaubte, zusammen mit Organisationen aus dem Umfeld der Homosexuellenbewegungen die Initiative zu ergreifen. Doch gab es auch im Zusammenhang mit Aids lokale Pfadabhängigkeiten und Politiken. So gelang es beispielsweise nicht, eine kantonale Finanzierung für die Aide fribourgeoise contre le sida (AFCS) zu erhalten. Von offizieller Seite wurde erklärt, dass der Bedarf für eine solche Organisation nicht gegeben sei. Ob dabei die Auffassungen der katholischen Kirche eine Rolle spielten und/oder die Tatsache, dass die AFCS sich nicht einer Einrichtung im Bereich der Drogenhilfe anschliessen wollte, müsste genauer untersucht werden.²⁹

Das gilt auch für die Frage, inwiefern gerade die Aidsthematik zu einem längerfristigen Bedeutungsgewinn des BAG und weiterer Institutionen auf Bundesebene beitrug und etwa dazu führte, dass «bestehende Gesetzgebungskompetenzen verstärkt ausgeschöpft» werden konnten, wie heute auf der Website des BAG zu lesen ist.³⁰ Neben Aids sind solche Neuarrangements von Staatlichkeit auch vor dem Hintergrund einer allgemeinen Stärkung der nationalstaatlichen Ebene zu sehen, die in der Schweiz in den Jahrzehnten um 1900 einsetzte und sich während des ganzen 20. Jahrhunderts verfolgen lässt. Zugleich verschoben sich die Kräfteverhältnisse innerhalb der einzelnen Ebenen ständig. Während es etwa mit dem Aufstieg einer neuen Drogenpolitik in den frühen 1990er-Jahren zu einer «Machtverschiebung von der Legislative

27 «Trotz Aids keine sauberen Spritzen. Lückenhafte HIV-Prävention in den schweizerischen Haftanstalten», St. Galler Tagblatt, 27. September 1985.

28 Bundesamt für Sozialversicherungen 2013, Unterkapitel «Bundesamt für Gesundheit (BAG)».

29 Voegtli, Michael et al. 2009, S. 219 f., vgl. auch S. 348–350.

30 Bundesamt für Gesundheit 2009.

zur Exekutive und der Verwaltung» kam, wie Daniela Oertle argumentiert,³¹ zeigen die im folgenden Abschnitt beschriebenen Auseinandersetzungen um die Präventionspolitik deutlich, dass solche Prozesse nicht unumkehrbar sind.

Ordnungspolitik als erste Säule: Die Drogenthematik seit den 1960er-Jahren

Wie für die Geschichte des Gesundheitswesens im Allgemeinen müssen auch bezüglich der Drogenthematik Prozesse berücksichtigt werden, die in die erste Hälfte des 20. Jahrhunderts zurückreichen. Dies gilt neben der Genealogie präventiver, kurativer und prohibitiver Ansätze auch für die Folgen bestimmter Weichenstellungen wie der unterschiedlichen Behandlung von Tabak und Alkohol einerseits, Opiaten und Cannabis andererseits.³² Zu einem gesellschaftlichen Brennpunkt hingegen wurde die Drogenthematik nicht vor den 1960er-Jahren; erst seit dieser Zeit existiert überhaupt der Begriff der «Drogenpolitik». Vor allem im Umfeld der neuen sozialen Bewegungen erlangte der Konsum (halluzinogener) Substanzen wie Hanfderivaten und LSD eine zunehmende Bedeutung als Selbsttechnik, während Alkohol eher eine Abwertung erfuhr. Nur wenig später stieg der Konsum von Opiaten an. Gespiegelt wurde dieser Prozess in zeitgenössischen psychopharmakologischen Debatten und vor allem in der Gesetzgebung: Auch hier rückte das konsumierende Subjekt zunehmend in den Fokus. So stellte die 1961 verabschiedete «Single Convention» der UNO nun auch den Konsum unter Strafe, während davor lediglich Produktion und Handel geregelt worden waren.³³

In der Schweiz wussten die Befürworter/-innen einer prohibitiven Ausrichtung diese internationalen Tendenzen und die verstärkte (mediale) Aufmerksamkeit für die Thematik – in den frühen 1970er-Jahren gab es die ersten Berichte über «Drogentote» – zu ihren Zwecken zu nutzen. Mit der 1975 in Kraft getretenen Revision des Betäubungsmittelgesetzes aus dem Jahr 1951 sollte zwar, wie der Bundesrat in seiner Botschaft schrieb, «eine Milderung bei der Bestrafung des blossen Konsumenten» erreicht werden; dies im Vergleich zur bisherigen Praxis, die hauptsächlich auf einem entsprechenden Bundesgerichtsentscheid aus dem Jahr 1969 beruhte. Solchen Absichtserklärungen stand

31 Oertle, Daniela 2010, S. 115.

32 Dazu allgemein Withington, Phil 2014; Bergschmidt, Viktoria 2014; Berridge, Virginia 2013; Groenemeyer, Axel 2012, S. 437–445; Room, Robin 2008; Tanner, Jakob 2000, S. 252–254.

33 Vgl. Tornay, Magaly 2016; Weinbauer, Klaus 2010, 2006; Tanner, Jakob 2009, 2006, 2000, S. 254–256.

jedoch der für die Politik der folgenden eineinhalb Jahrzehnte bedeutendere Umstand gegenüber, dass die Strafbarkeit des Konsums nun erstmals auf Gesetzesebene festgehalten und Hanfderivate als «Einstiegsdroge» tendenziell den «harten» Drogen gleichgestellt wurden. Indem die Förderung von «Massnahmen [...] sozialmedizinischer und fürsorgerischer Art» in den Gesetzestext aufgenommen wurde, erhielt zugleich das konsumierende Subjekt eine grössere Aufmerksamkeit. In diesem Kontext bekamen nun erste therapeutische Einrichtungen staatliche Fördermittel. Deren Behandlungsmethoden standen allerdings in der Tradition der Alkoholtherapien seit der Jahrhundertwende und orientierten sich weitgehend am Ziel einer vollständigen Abstinenz.³⁴ Damit war jene Leitdifferenz von polizeilich-straftrechtlich verfolgtem (Gross-)Handel einerseits, therapeutisch-repressiv (und später durch die Vier-Säulen-Politik) reguliertem Konsum andererseits etabliert, die nicht nur die Drogenpolitik der letzten fünfzig Jahre strukturierte, sondern auch die Forschung.

Ähnlich wie bezüglich der Aidsthematik und nicht zuletzt im Zusammenhang damit gehörte die (sub)urbane Schweiz, insbesondere der Grossraum Zürich, in den 1980er- und frühen 1990er-Jahren zu den am sichtbarsten von der Drogenthematik betroffenen Regionen in Europa. Nicht zuletzt vor diesem Hintergrund werden die Reaktionen auf diesen zweiten sozialpolitischen Brennpunkt dieser Zeit in der Forschungsliteratur wie in den Medien oftmals als Paradebeispiel für die Implementierung neuer Herangehensweisen im Gesundheitswesen beschrieben. Allgemein wird die These vertreten, dass die älteren, ordnungspolitischen und abstinenzorientierten Ansätze angesichts der als Notstand wahrgenommenen Situation im Umfeld der «offenen Drogenzeenen» und mit dem Aufkommen der Aidsthematik zunehmend unter Druck gekommen seien. Ab den späten 1980er-Jahren habe sich stattdessen das umfassende, normalisierende Dispositiv der Vier-Säulen-Politik (Prävention, Therapie, Schadensminderung und Überlebenshilfe, Repression und Marktregulierung) durchsetzen können. Zu dessen Kernelementen gehörten die Abkehr von der Abstinenzorientierung in der Therapie und die «Akzeptanz» einer in vielen Fällen «lebenslangen» Sucht. Die Grundzüge der Vier-Säulen-Politik waren 1989 in einem Bericht der Subkommission Drogenfragen der Eidgenössischen Kommission für Drogenfragen (EKDF) formuliert und 1991 vom Bundesrat übernommen worden.³⁵

34 Schweizerischer Bundesrat: Botschaft des Bundesrates an die Bundesversammlung betreffend die Änderung des Bundesgesetzes über die Betäubungsmittel vom 9. Mai 1973, BBL 1973, S. 1348, 1351, 1356. Zu einer frühen therapeutischen Institution vgl. etwa Baer, Roland 2000.

35 Für die Schweiz allgemein vgl. Eidgenössische Kommission für Drogenfragen (EKDF) 2012; Uchtenhagen, Ambros A. 2012; Grob, Peter J. 2009; Kübler, Daniel/Widmer, Thomas 2007; Wälti, Sonja et al. 2004a/b; Kübler, Daniel 2000. Allgemein dazu Médecins du

Obwohl die Statistiken heute klar zeigen, «dass das Drogenproblem noch keineswegs gelöst ist»,³⁶ dominieren also auch bezüglich der Drogenthematik Liberalisierungs- und Normalisierungserzählungen. Eine umfassende historiografische Aufarbeitung steht noch aus. Insbesondere fehlen bewegungs- und subjektgeschichtliche Ansätze, die auch die «Junkies» oder «Fixer/-innen» der 1980er- und 1990er-Jahre in den Blick nehmen und so ein genaueres Bild der Auswirkungen der sich verändernden Drogenpolitik auf die Betroffenen ermöglichen würden. Die Gasse sei nicht nur «Absturz», sondern auch «Sand im Getriebe der totalen Verwaltung des Lebendigen», hiess es damals in einer Publikation des Vereins Schweizerischer Drogenfachleute. Auch Fixer/-innen selbst stilisierten sich als Rebellen, die in einer alles nivellierenden Arbeits- und Konsumgesellschaft nach den «tieferen Schichten des Bewusstseins» suchten.³⁷ Die viel geschmähten «offenen Drogenszenen» nahmen sie durchaus auch als «Raum des Schutzes» wahr.³⁸

Trotz der unbefriedigenden Forschungslage lässt sich feststellen, dass sich Dispositive der Drogenpolitik keineswegs so einfach in lineare Erzählungen einfügen lassen. Erstens sollte man angesichts der statischen Metapher der Säule nicht übersehen, dass es sich dabei um alles andere als unveränderliche Ansätze handelte. Das gilt nicht zuletzt für die Prävention. Hier lassen sich deutliche inhaltliche Verschiebungen erkennen, etwa von einer Ausrichtung auf «illegale Betäubungsmittel» zur Problematisierung «gefährlicher Substanzen» im Allgemeinen. Ein zweiter Aspekt, der sich nicht in die Normalisierungserzählung einfügen lässt, ist die weitreichende Umgestaltung der Städte in den 1980er- und 1990er-Jahren. Die Wahrnehmung der Innenstädte, seit der Industrialisierung privilegierte Objekte gesundheitspolitischer Dispositive, wandelte sich im 20. Jahrhundert mehrfach. Nach einer Tendenz der funktionalen Differenzierung und Suburbanisierung seit der Zwischenkriegszeit und der Deindustrialisierung in den 1970er- und 1980er-Jahren mehrten sich auch in der Schweiz die Versuche, die Innenstädte als Konsum-, Arbeits- und Wohnorte «aufzuwerten». Die «Probleme» der von «Armen, Alten und Ausländern» bewohnten sogenannten A-Stadt gerieten nun zunehmend in den Fokus medialer Berichterstattung wie auch sozial- und gesundheitspolitischer Programme.³⁹ Wie Oertle argumentiert, erhielten diese Aufwertungspolitiken in Städten

Monde 2013; Groenemeyer, Axel 2012; Wright, Michael T./Rosenbrock, Rolf 2012; Le Naour, Gwenola 2010.

36 Grob, Peter J. 2009, S. 105 f.

37 Verein Schweizer Drogenfachleute 1992, Vorwort; Wiedemann, Erich 1991, S. 240; vgl. Friedrichs, Jan-Henrik 2015.

38 Vgl. Lutz, Kevin 2013, S. 61–68.

39 Vgl. dazu nach wie vor Hitz, Hansruedi et al. 1995.

wie Zürich zusätzlichen Schub durch die mediale und behördliche Wahrnehmung der offenen Drogenszenen als «Katastrophen- und Seuchegefahrengebiet».⁴⁰ Das Ziel, neue Szenen zu verhindern, habe die Stadtverwaltung mit einer Kombination unterschiedlicher Ansätze verfolgt: Erstens wurden bauliche «Aufwertungsmassnahmen» im Langstrassenquartier dazu eingesetzt, für Drogenkonsumierende und Händler/-innen den Aufenthalt im öffentlichen Raum «unattraktiv» zu machen. Dazu kamen zweitens Einschränkungen der Bewegungsfreiheit einzelner Personen wie Freiheitsentzüge und die sogenannten Rayonverbote. Die damit angestrebte räumliche «Dezentralisierung» der Drogenpolitik wurde drittens dadurch unterstützt, dass Personen ohne Wohnsitz in der Stadt Zürich in ihre Herkunftsorte abgeschoben wurden. Andere Gemeinden und Regionen seien so gezwungen worden, eigene Institutionen der Drogenhilfe aufzubauen. Indem die Behörden den Drogenkonsum auf diese Weise als «importiertes Problem» darstellen konnten, habe, viertens, die Thematik selbst «diskursiv dezentralisiert» werden können. Ein paralleler Prozess könne mit der Konstruktion des «ausländischen Drogendealers» auf der Seite des Handels beobachtet werden.⁴¹ Die mit dieser Zuschreibung von Täterschaft begründete und in den eingangs erwähnten Zwangsmassnahmen umgesetzte weitere gesetzliche Ungleichbehandlung von Personen ohne schweizerischen Pass stellte die Kehrseite der staatsbürgerlichen Reintegration der «Süchtigen» dar, auf die die Vier-Säulen-Politik abzielte.

Damit, so argumentiert Oertle weiter, seien die Behörden «massgeblich daran beteiligt» gewesen, «dass die schweizerische Asyldebatte und Asylpolitik mit der Drogenfrage überlagert wurde». Auch viele Massnahmen und Institutionen, die im Zusammenhang mit den offenen Drogenszenen eingeführt worden seien, spielten heute vor allem eine Rolle für das Migrationsregime. Über die Drogenthematik hinaus weise die Zürcher Politik jedoch auch hinsichtlich der Aufwertungs politik: Zunehmend sei das Konzept der «Stadtverträglichkeit» auf alle in der Stadt wohnenden Personen angewandt worden, wie etwa die im Jahr 2000 lancierte Kampagne «Erlaubt ist, was nicht stört» zeige. Die durchaus positiv zu bewertende Verschiebung hin zu einer akzeptanzorientierten Drogenpolitik sei damit, so Oertles Fazit, letztlich jenen räumlichen Interventionen untergeordnet geblieben, deren hauptsächliches Ziel darin bestanden habe, «die Sucht und den Deal aus der Stadt zu verbannen. Diese Interventionen orientierten sich stark an einer repressiven und ordnungspolitischen Logik.»⁴² Dafür steht nicht zuletzt die 2000 eingeführte «aufsuchende Sozialarbeit» der

40 Rede von CVP-Stadtrat Wolfgang Nigg, 25. August 1993, zitiert nach Oertle, Daniela 2010, S. 73.

41 Oertle, Daniela 2010, S. 112–121, Zitate S. 114, 117 f.

42 Oertle, Daniela 2010, S. 113–121, Zitate S. 118 f.

sip züri, deren heutige Selbstbeschreibung als «ordnungsdienstliche» Einheit⁴³ ihre Funktion im öffentlichen Raum gut wiedergibt.

Damit ist ein dritter Punkt angesprochen, bezüglich dessen die Normalisierungserzählung zu differenzieren ist: Die eigentlich tragende Säule der Vier-Säulen-Politik war seit den 1990er-Jahren die Repression und Marktregulierung, und es ist wenig wahrscheinlich, dass sich dies in nächster Zeit ändern wird. Es wäre deshalb verfehlt, sie lediglich als Relikt einer repressiven Grundhaltung aus den Zeiten von Old Public Health zu beschreiben. Wie im Zusammenhang mit der Aidsthematik führt es aber auch nicht weiter, von je unterschiedlichen Kombinationen repressiver und liberaler Ansätze zu sprechen – nicht zuletzt weil ständig neu verhandelt wird, was unter diesen Begriffen zu verstehen sei.⁴⁴ Vor diesem Hintergrund kann von einem unaufhaltsamen Aufstieg präventiver Ansätze in der Drogenpolitik der vergangenen Jahrzehnte nicht die Rede sein, wie die folgenden Beispiele zeigen.

Im Herbst 1973, als nicht nur in der Schweiz über eine Verschärfung der strafrechtlichen Verfolgung des Drogenkonsums diskutiert wurde, erhielt der 1941 geborene François van der Linde, der ab 1980 mehr als dreissig Jahre lang die schweizerische Drogenpolitik mitprägen sollte, ein Stipendium des Nationalfonds, um an der School of Public Health in Berkeley einen Masterstudiengang in Public Health zu absolvieren. Zurück in der Schweiz, leitete van der Linde den Aufbau des eingangs erwähnten kantonalen Krebsregisters in Zürich, bevor er in den frühen 1980er-Jahren zum Präventivmediziner des Kantons St. Gallen ernannt wurde. Dank dieser Funktion wurde van der Linde wenig später Mitglied der EKDF. Der damalige St. Galler Gesundheitsdirektor, so sagte er später, sei ein überzeugter Anhänger präventiver Ansätze in der Gesundheitspolitik gewesen, der sich auch um die entsprechenden Mittel bemüht habe.⁴⁵ Schon in den 1960er-Jahren habe es im Kanton einen «Innovations-schub» gegeben, der unter anderem zur Etablierung seiner Stelle geführt habe. Eine wichtige Rolle habe dabei die Präventivmedizin gespielt, innerhalb deren der Optimismus der Nachkriegszeit in den 1970er-Jahren einem Bewusstsein für die Grenzen der kurativen Medizin gewichen sei.⁴⁶

Trotzdem ist van der Lindes Biografie – die Parallelen zu Somaini sind nicht zu übersehen – nicht einfach ein Beispiel für den linearen Aufstieg von «New Public Health»-Ansätzen in der schweizerischen Drogenpolitik. Anlässlich seines Rücktritts als Präsident der EKDF im Jahr 2011 ging er in einem Interview auf den Tiefpunkt seiner Karriere ein: Zwanzig Jahre nach seinem

43 Stadt Zürich 2016.

44 Für beide Perspektiven vgl. etwa Tanner, Jakob 2000, S. 240, 252, 262.

45 Vgl. Cattacin, Sandro 2012.

46 Ruckstuhl, Brigitte 2011, S. 174 f.

Antritt als Präventivmediziner habe das St. Galler Parlament entschieden, «das Budget für Gesundheitsförderung zu halbieren, mit der Begründung, solche Massnahmen gehörten in die Eigenverantwortung des Einzelnen, staatliche Massnahmen würden da nichts bringen».⁴⁷ Davon betroffen war unter anderem das von van der Linde mit aufgebaute Zentrum für Prävention. Die zunächst schwerpunktmässig in der Suchtprävention tätige Abteilung des Amtes für Gesundheitsvorsorge war 1990 gegründet worden, nicht zuletzt unter dem Eindruck der offenen Drogenszene, die es damals auch in der Stadt St. Gallen gab.⁴⁸

Wie ich bereits angemerkt habe, war Eigen- oder Selbstverantwortung ein Begriff, der für das Präventionsdenken zentral war. Mitte der 1980er-Jahre grenzte die AHS die dafür wesentliche sozialpädagogische Perspektive denn auch explizit von der «liberalen» Verwendung des Begriffs ab: Man teile die Überzeugung nicht, «dass alle Personen einer Gesellschaft die gleichen Startbedingungen» hätten. Die Fähigkeit der Selbstverantwortung könne nicht vorausgesetzt werden, sondern sei vielmehr als Ziel der Präventionsbemühungen zu betrachten.⁴⁹ Vor diesem Hintergrund macht die St. Galler Episode deutlich, wie sehr Begriffe wie Eigenverantwortung und Liberalität umkämpft blieben. Mit Boris Boller lassen sich solche Äusserungen im weiteren Kontext einer «antietatistischen Rhetorik» von rechts verorten, die in den 1990er-Jahren an die Stelle der linken Kritik an den «staatlichen Machtstrukturen» und der «ideologischen» Abstinenzpolitik getreten sei. Unter anderem war von einer «Sowjetisierung» der Drogenpolitik durch den Bundesrat die Rede, während zugleich versucht wurde, den Vertreter/-innen der Sozialwissenschaften, die sich mehrheitlich für die Vier-Säulen-Politik aussprachen, den Expertenstatus abzusprechen.⁵⁰ Gegen den damaligen Direktor des BAG, Thomas Zeltner, und die Arbeit des Lausanner Institut universitaire de médecine sociale et préventive schrieb etwa der Journalist und Buchautor Jean-Philippe Chenaux, der im Umfeld der 1997 abgelehnten Volksinitiative «Jugend ohne Drogen» aktiv war: «La «jolie victoire» attribuée par le Nouveau Quotidien à l'Office fédéral de la santé publique dans sa lutte contre la drogue relève du «village Potemkine» et le Dr Thomas Zeltner abuse le Conseil fédéral et ses concitoyens lorsqu'il se dit heureusement surpris par les chiffres de l'étude commandée par ses services à l'institut lausannois.»⁵¹

47 Cattacin, Sandro 2012, S. 21.

48 «Schmerzhafte Einschnitte», Tagblatt online, 5. Juni 2003; «Die Drogenhölle im Stadtzentrum», Tagblatt online, 8. November 2008; «Die Raucherlunge im Reagenzglas», Tagblatt online, 24. Dezember 2015. Zu Kürzungen im Bereich der Aidsarbeit im selben Zeitraum vgl. Biedermann, Christian 2015, S. 75, 82.

49 Zusammenfassung des Workshops «Sexualpraktiken» (7./8. Dezember 1985), StAZH, W II 15 2001/041.141, S. 2.

50 Boller, Boris 2007, S. 252–256.

51 Chenaux, Jean-Philippe 1997, S. 15.

Als prominente Gewährsfrau wurde in diesem Kontext immer wieder die Genfer Philosophin Jeanne Hersch angeführt. Unter dem Titel «La drogue prive l'homme de la capacité de prendre une décision, et donc de sa liberté» argumentierte sie im Vorwort zu Chenaux' Publikation: «L'élément décisif de la nature humaine est la liberté, la faculté de décider ce que l'on fait. Peut-être l'homme ne décide-t-il pas, mais il *pourrait* décider. Il est donc responsable de sa manière de décider.» Dies sei die Grundlage der Menschenrechte. Pervers hingegen sei das Argument, dass zu diesen auch die Entscheidung gehöre, ob man Drogen konsumieren wolle oder nicht. Die Droge sei nämlich die «néga-tion des droits de l'homme, car elle nie que celui-ci reçoive finalement l'auto-risation non de son médecin, mais de sa conscience». Da der Mensch nicht von sich aus frei sei, müsse er schon im Kindergartenalter dazu erzogen werden: «Et progressivement grandirait chez l'enfant la faculté de choisir, de ne plus pouvoir accepter autre chose, c'est-à-dire d'être un démocrate. Je crois qu'être démocrate n'est rien moins que cela.»⁵² Diese Rede vom freien Willen als Basis von Menschenrechten und Demokratie, der durch Drogen- und Methadonkonsum gefährdet sei, liess sich bestens mit dem beschriebenen Diskurs über die Eigenverantwortung kombinieren. Beide sind Hinweise dafür, dass Prävention und Schadenminderung Ende der 1990er-Jahre einen schwereren Stand hatten als zu Beginn des Jahrzehnts. Im Zuge des parallelen Aufstiegs nationalkonservativer und «neoliberaler» Kräfte (re)formierten sich austeritätspolitische Forderungen und ein neu-rechter Antietatismus zu einer nicht zu unterschätzenden Kraft in der Gesundheitspolitik.

Ausblick

Kaum hatten sich also die neuen Ansätze der Aids- und der Drogenpolitik zumindest innerhalb der massgeblichen Institutionen etabliert, kamen sie schon wieder unter Druck. Dass die Kritik am Präventionsdenken und an der Vier-Säulen-Politik durchaus Erfolg hatte, zeigen die vergeblichen Versuche, ein nationales Präventionsgesetz einzuführen: Nach einer vor allem am Widerstand der Kantone gescheiterten ersten Vorlage in den 1980er-Jahren unternahm der Bund im Jahr 2004 einen neuen Anlauf mit der Begründung, dass «Prävention, Gesundheitsförderung und Früherkennung derzeit – mit Ausnahme der Bekämpfung übertragbarer Krankheiten und der Massnahmen zur Verhütung von Suchtkrankheiten – konzeptionell, organisatorisch, politisch

52 Hersch, Jeanne 1997, S. 8 f. (Hervorhebung im Original).

und rechtlich nicht ausreichend verankert» seien.⁵³ Rasch bildete sich dagegen eine Phalanx aus bürgerlichen Medien, Parteien und Gewerbeorganisationen. Letztere befürchteten vor allem zusätzliche Auflagen; bekämpft wurde die Vorlage aber insbesondere durch lautstarkes Anprangern einer angeblichen «Präventionsmaschine», die zu sehr in die «Privatsphäre» der einzelnen Bürger/-innen eingreife.⁵⁴

Diese Rhetorik findet sich in einer Reihe weiterer präventionskritischer Äusserungen der letzten zwei Jahrzehnte, beispielsweise im Zusammenhang mit dem «Nationalen Programm Alkohol» und dem «Nationalen Programm Ernährung und Bewegung» für die Jahre 2008–2012. Diesbezüglich beklagte der Aargauer CVP-Nationalrat Markus Zemp in einer Interpellation vom 19. März 2008, «dass einzelne Präventionsmassnahmen massgeblich in Grundrechte sowie die Selbstbestimmung des Schweizer Bürgers eingreifen». Daneben verwies er auf die «ungeahnten Kostenfolgen für Staat und Bürger».⁵⁵

Dass solche Angriffe nicht ohne Einfluss blieben, zeigt sich an der Tatsache, dass «[d]er gesamte Präventionskredit des Bundesamtes für Gesundheit [...] seit 2003 unter anderem aufgrund der Entlastungsprogramme und der Aufgabenverzichtplanung um über 30 Prozent gekürzt» wurde, wie der Bundesrat in seiner Antwort auf die zitierte Interpellation Zemps schrieb.⁵⁶ Erleichtert wurden solche Budgetkürzungen allerdings auch durch die abnehmende Bedeutung der Aids- wie der Drogenthematik. Das BAG versuchte zwar, Gegensteuer zu geben: Mit dem Wechsel von «Stop Aids» zu «Love Life» wurden die Präventionskampagnen auf sexuell übertragbare Krankheiten im Allgemeinen ausgeweitet und die Betäubungsmittelstrategie wich, wie erwähnt, einer umfassenden Suchtstrategie. Dieselbe Aufmerksamkeit wie in den 1980er- und 1990er-Jahren erreichten diese Bemühungen jedoch nicht mehr.

Im Kontext einer – dank antiretroviraler Therapien – zunehmend chronischen, zumindest potenziell nicht mehr tödlich verlaufenden Krankheit tauchten zugleich neue Probleme auf, etwa bezüglich des versicherungsrechtlichen Status von Personen mit positivem HIV-Status oder aufgrund einer verbreiteten «Präventionsmüdigkeit» bei bestimmten Zielgruppen.⁵⁷ In jüngster Zeit haben die Diskussionen über neue Therapiemöglichkeiten und die Zukunft des Präventionsdenkens auch auf internationaler Ebene an Brisanz gewonnen: Unter dem Schlagwort «post-2015» haben verschiedene global tätige Organi-

53 Schweizerischer Bundesrat: Botschaft des Bundesrates an die Bundesversammlung betreffend die Änderung des Bundesgesetzes über die Betäubungsmittel vom 30. September 2009, BBl. 2009, S. 7072.

54 Vgl. die Hinweise von Mattig, Thomas 2013, S. 10–12.

55 Zemp, Markus 2008.

56 Ebd.

57 Biedermann, Christian 2015, S. 69–75.

sationen die baldige Erfüllung der Aids/HIV-bezogenen «sustainable development goals» der UNO verkündet. «The world has committed to end the AIDS epidemic by 2030», heisst es etwa im «World AIDS Day Report» 2015. Dazu seien aber «tough choices» nötig: «[R]eallocation of resources away from areas and services where there is little to be achieved, and front-loading investment in high-priority areas to achieve long-term gains.»⁵⁸

Der Report zögert nicht klarzustellen, was darunter genau zu verstehen sei: Grosse Investitionen zu Beginn sollen die Erfolgsaussichten erhöhen und die Nachfolgekosten senken. Auch wenn von einem «comprehensive approach» die Rede ist, in dem das öffentliche Gesundheitswesen eng mit zivilgesellschaftlichen Organisationen zusammenarbeiten und bewährte Programme wie die Propagierung des Kondoms weitergeführt werden sollen, ist die Stossrichtung deutlich zu sehen: Die zentralen Ansätze sind «testing and antiretroviral therapy, combined with recent and emerging evidence-informed programmes such as pre-exposure prophylaxis, [...] and treatment for all people living with HIV.» Eine zunehmende Zahl von Ländern habe sich zu diesem Zweck die «90-90-90»-Regel zum Ziel gesetzt: neunzig Prozent der HIV-positiven Personen sind über ihren Status informiert; neunzig Prozent von ihnen sind in Behandlung, und von diesen haben wiederum neunzig Prozent die Virenlast in ihrem Körper gesenkt.⁵⁹

Obwohl sie äusserst kostenintensiv und keineswegs allen zugänglich und in jedem Fall erfolgversprechend sind, sollen biomedizinische Ansätze also zukünftig die zentrale Rolle in der globalen Aidspolitik spielen. Vor diesem Hintergrund dürfte die Sorge nicht unberechtigt sein, dass Ressourcen von den Präventionsansätzen weg verlagert werden könnten.⁶⁰ Inwiefern sich darin eine erneute Umgestaltung des Gesundheitswesens, von «new public health» zu «biomedical health», abzeichnet, wird die Zukunft zeigen. Die hier skizzierten Geschichten der Aids- und der Drogenpolitik zeigen aber, dass gesundheitspolitische Arrangements komplex sind und sich ständig verändern. Vor diesem Hintergrund mutet es reichlich überheblich an, wenn die UNAIDS im zitierten Bericht schreibt, das ambitionierte, aber erfolgversprechende Vorhaben sei «an unparalleled opportunity to change the course of history for ever – something our generation must do for the generations to come».⁶¹ Dagegen ist die Arbeit von Historiker/-innen bescheiden. Aber immerhin machbar.

58 UNAIDS 2015, S. 5, 7.

59 Ebd., S. 8.

60 Vgl. unter anderem Michael, Mike/Rosengarten, Marsha 2013; Kippax, Susan/Stephenson, Niamh 2012.

61 UNAIDS 2015, S. 5.

Bibliografie

- BBl. Bundesblatt
 NZZ Neue Zürcher Zeitung
 StAZH Staatsarchiv des Kantons Zürich
- Baer, Roland: Drogenhilfe zwischen Rausch und Nüchternheit. Suchttheorie, Drogenpolitik und Rehabilitationsalltag am Beispiel des Aebi-Hus/Maison Blanche 1974–1999, Bern 2000.
- Bundesamt für Gesundheit: Das BAG. Rechtliche Grundlagen, 1. Mai 2009, www.bag.admin.ch/org/grundlagen/index.html?lang=de, Stand: 8. Juli 2016.
- Bänziger, Peter-Paul: Konstellationen und Koalitionen im Sprechen über Aids in den 1980er Jahren, in: Landwehr, Achim (Hg.): Diskursiver Wandel, Wiesbaden 2010, S. 31–51.
- Bänziger, Peter-Paul; Duttweiler, Stefanie; Sarasin, Philipp; Wellmann, Annika: Fragen Sie Dr. Sex! Ratgeberkommunikation und die mediale Konstruktion des Sexuellen, Frankfurt am Main 2010.
- Bänziger, Peter-Paul: Vom Seuchen- zum Präventionskörper? Aids und Körperpolitik in der BRD und der Schweiz in den 1980er Jahren, in: *Body Politics* 2 (3), 2014, S. 179–214.
- Bänziger, Peter-Paul: ExpertInnen statt AktivistInnen: Der Entpolitisierungsdiskurs in der Aids-Arbeit der achtziger Jahre, in: Eitler, Pascal; Elberfeld, Jens (Hg.): Zeitgeschichte des Selbst. Therapeutisierung – Politisierung – Emotionalisierung, Bielefeld 2015, S. 261–178.
- Beljan, Magdalena: Rosa Zeiten. Eine Geschichte der Subjektivierung männlicher Homosexualität in den 1970er und 1980er Jahren der BRD, Bielefeld 2014.
- Beljan, Magdalena: «Unlust bei der Lust?». Aids, HIV & Sexualität in der BRD, in: Bänziger, Peter-Paul; Beljan, Magdalena; Eder, Franz X.; Eitler, Pascal (Hg.): Sexuelle Revolution? Zur Geschichte der Sexualität im deutschsprachigen Raum seit den 1960er Jahren, Bielefeld 2015, S. 323–345.
- Bergschmidt, Viktoria: Konstruktionen «verworfenener» Subjekte. Eine ethnografisch-diskursanalytische Untersuchung am Beispiel von Drogenabhängigen ohne deutschen Pass, Giessen 2014.
- Berridge, Virginia: *Demons. Our Changing Attitudes to Alcohol, Tobacco, & Drugs*, Oxford 2013.
- Biedermann, Christian: Eine Organisationsgeschichte der Aids-Hilfe Bern (AHBe) von 1985 bis 2000. Im New-Public-Health-Strukturwandel vom «Exzeptionalismus» zur neuen Normalität, MA-Arbeit, Departement Geschichte der Universität Basel, Basel 2015.
- Binswanger, Michèle: The Needle Trauma, *Tages-Anzeiger online*, 2014, www.tagesanzeiger.ch/extern/storytelling/platzspitz, Stand: 5. Juli 2016.
- Boller, Boris: Drogen und Öffentlichkeit in der Schweiz. Eine sozialanthropologische Analyse der drogenpolitischen Kommunikation der 1990er Jahre, Zürich 2007.

- Bundesamt für Sozialversicherungen: Geschichte der Sozialen Sicherheit in der Schweiz, 2013, www.geschichtedersozialensicherheit.ch, Stand: 5. Juli 2016.
- Bundesamt für Statistik: Erhebungen, Quellen – Krebs epidemiologie. Daten und Methoden, 2016, www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/infothek/erhebungen__quellen/blank/blank/kbs/02.html, Stand: 5. Juli 2016.
- Cattacin, Sandro: Der leere Schreibtisch. Ein Interview mit François van der Linde, in: Eidgenössische Kommission für Drogenfragen (EKDF) (Hg.): Drogenpolitik als Gesellschaftspolitik. Ein Rückblick auf dreissig Jahre Schweizer Drogenpolitik 1981–2011, Zürich 2012, S. 12–30.
- Chenau, Jean-Philippe: *La Suisse stupéfiée*, Lausanne 1997.
- Dinges, Martin; Jütte, Robert: *The Transmission of Health Practices (c. 1500 to 2000)*, Stuttgart 2011.
- Eidgenössische Kommission für Drogenfragen (EKDF): Drogenpolitik als Gesellschaftspolitik. Ein Rückblick auf dreissig Jahre Schweizer Drogenpolitik 1981–2011, Zürich 2012.
- Fassin, Didier; Hauray, Boris: *Santé publique. L'état des savoirs*, Paris 2010.
- Friedrichs, Jan-Henrik: Revolt or Transgression? Squatted Houses and Meeting Places of the Heroin Scene in Zurich and Berlin as Spaces of Transgressive Youth, in: Andresen, Knud; Steen, Bart van der (Hg.): *A European Youth Revolt. European Perspectives on Youth Protest and Social Movements in the 1980s*, Houndmills, Basingstoke 2015, S. 81–94.
- Grob, Peter J.: Zürcher «Needle-Park». Ein Stück Drogengeschichte und -politik, 1968–2008. Mit Fotos von Gertrud Vogler, Zürich 2009.
- Groenemeyer, Axel: Drogen, Drogenkonsum und Drogenabhängigkeit, in: Günter, Albrecht; Groenemeyer, Axel (Hg.): *Handbuch soziale Probleme*, Bde. 1 und 2, Wiesbaden 2012, S. 433–493.
- Hersch, Jeanne: Préface. La drogue prive l'homme de la capacité de prendre une décision, et donc de sa liberté, in: Jean-Philippe, Chenau: *La Suisse stupéfiée*, Lausanne 1997, S. 7–9.
- Hitz, Hansruedi et al.: *Capitales Fatales. Urbanisierung und Politik in den Finanzmetropolen Frankfurt und Zürich*, Zürich 1995.
- Ingold, Niklaus; Condrau, Flurin: Gesundheit am Arbeitsplatz. Betriebliche Fitness in den 1960er- und 1970er-Jahren, in: Bernet, Brigitta; Tanner, Jakob (Hg.): *Ausser Betrieb. Metamorphosen der Arbeit in der Schweiz*, Zürich 2015, S. 276–292.
- Kippax, Susan; Stephenson, Niamh: Beyond the distinction between biomedical and social dimensions of HIV prevention through the lens of a social public health, in: *American Journal of Public Health* 102 (5), 2012, S. 789–799.
- Kübler, Daniel; Widmer, Thomas: Subnationale Unterstützung eines nationalen Drogenprogramms. Eine Panelanalyse mit Ereignisdaten in den Schweizer Kantonen, in: *Politische Vierteljahresschrift Sonderheft* 38, 2007, S. 200–220.
- Le Naour, Gwenola: *Drogues, sida et action publique. Une très discrète politique de réduction des risques*, Rennes 2010.

- Lengwiler, Martin; Madarász, Jeannette: Das präventive Selbst. Eine Kulturgeschichte moderner Gesundheitspolitik, Bielefeld 2010.
- Lutz, Kevin: Vom Platzspitz zum Letten in die Kontakt- und Anlaufstellen. Raumwahrnehmung, Raumeignung und Identitätskonstruktion von Drogenkonsumentinnen und -konsumenten in der Stadt Zürich, MA-Arbeit, Geographisches Institut der Universität Zürich, Zürich 2013.
- Maasen, Sabine et al.: Das beratene Selbst. Zur Genealogie der Therapeutisierung in den «langen» Siebzigern, Bielefeld 2011.
- Mattig, Thomas: Das gescheiterte Präventionsgesetz: ein Lehrstück (Arbeitspapier Gesundheitsförderung Schweiz, Nr. 9), Bern, Lausanne 2013.
- Médecins du Monde: Histoire et principes de la réduction des risques. Entre santé publique et changement social, Paris 2013.
- Michael, Mike; Rosengarten, Marsha: Innovation and Biomedicine. Ethics, Evidence and Expectation in HIV, London 2013.
- Neuenschwander, Peter; Kübler, Daniel: Die Normalisierung westeuropäischer HIV/Aids-Politiken. Die Entwicklungen in Deutschland, England, Frankreich, den Niederlanden und der Schweiz im Vergleich, Zürich 2007.
- Oertle, Daniela: Räumliche Interventionen der Zürcher Stadtbehörden gegen die offene Drogenszene von 1989 bis 1995. Auflösung der Drogenszene und Überlagerung der städtischen Drogenpolitik mit der Asyldebatte, Lizenziatsarbeit, Philosophische Fakultät, Forschungsstelle für Sozial- und Wirtschaftsgeschichte, Universität Zürich, Zürich 2010.
- Petersen, Alan; Lupton, Deborah: The New Public Health. Health and Self in the Age of Risk, London 2000.
- Room, Robin: «Justly anxious respecting the moral and material consequences»: The proliferation of international control regimes for psychoactive substances, in: The Social History of Alcohol and Drugs 22 (2), 2008, S. 114–129.
- Rosenbrock, Rolf et al.: Die Normalisierung von Aids in Westeuropa. Der Politik-Zyklus am Beispiel einer Infektionskrankheit, Berlin 1999.
- Ruckstuhl, Brigitte: Gesundheitsförderung. Entwicklungsgeschichte einer neuen Public-Health-Perspektive. Mit Zeitzeugeninterviews, Weinheim, München 2011.
- Somaini, Bertino: Die Erfindung einer Politik – ein persönlicher Bericht zur Entstehung der HIV/Aids-Politik der Schweiz, in: Bachmann, Carine; Bachmann, Ruth; Cattacin, Sandro (Hg.): Risikoverwaltung. Lernen aus der eidgenössischen Politik im Umgang mit Gesundheitsrisiken. HIV/Aids, Hepatitis C und BSE im Vergleich, Basel, Genf, München 2002, S. 102–124.
- Stadt Zürich: Sicherheit Intervention Prävention sip züri, 2016, www.stadt-zuerich.ch/sip, Stand: 5. Juli 2016.
- Streckeisen, Peter: La santé publique comme laboratoire du néolibéralisme, in: Chronique Internationale de l'IREs 141, 2013, S. 35–44.
- Stremlow, Jürgen et al.: «Es gibt Leute, die das Gleiche haben ...». Selbsthilfe und Selbsthilfeförderung in der deutschen Schweiz, Luzern 2004.

- Tändler, Maik; Jensen, Uffa: Das Selbst zwischen Anpassung und Befreiung. Psychowissen und Politik im 20. Jahrhundert, Göttingen 2012.
- Tanner, Jakob: Vom schwierigen Umgang mit Drogen in der Konsumgesellschaft. Die Rehabilitationszentren Aebi-Hus/Maison Blanche im Kontext der schweizerischen Gesellschaftsentwicklung, in: Baer, Roland (Hg.): Drogenhilfe zwischen Rausch und Nüchternheit. Suchttheorie, Drogenpolitik und Rehabilitationsalltag am Beispiel des Aebi-Hus/Maison Blanche 1974–1999, Bern 2000, S. 237–262.
- Tanner, Jakob: Amerikanische Drogen – europäische Halluzinationen, in: Tanner, Jakob; Linke, Angelika (Hg.): Attraktion und Abwehr. Die Amerikanisierung der Alltagskultur in Europa, Köln, Weimar 2006, S. 267–288.
- Tanner, Jakob: Kurze Geschichte und Kritik der Drogenprohibition im 20. Jahrhundert. *Zeitenblicke*, 23. Dezember 2009, www.zeitenblicke.de/2009/3/tanner/index_html, Stand: 5. Juli 2016.
- Thießen, Malte: Gesundheit erhalten, Gesellschaft gestalten. Konzepte und Praktiken der Vorsorge im 20. Jahrhundert: Eine Einführung, in: *Zeithistorische Forschungen / Studies in Contemporary History*, Online-Ausgabe 10 (3), 2013, www.zeithistorische-forschungen.de/16126041-Editorial-3-2013, Stand: 5. Juli 2016.
- Tornay, Magaly: Zugriffe auf das Ich. Psychoaktive Stoffe und Personenkonzepte in der Schweiz, 1945 bis 1980, Tübingen 2016.
- Tümmers, Henning: «Synthesekern» Aids: Forschungsperspektiven und Plädoyer für eine Zusammenführung von Zeit- und Medizingeschichte, in: Wahrmann, Carl Christian; Buchsteiner, Martin; Strahl, Antje (Hg.): Seuche und Mensch. Herausforderung in den Jahrhunderten. Ergebnisse der Internationalen Tagung vom 29.–31. Oktober 2010 in Rostock, Berlin 2012, S. 429–445.
- Tümmers, Henning: «Gib Aids keine Chance». Eine Präventionsbotschaft in zwei deutschen Staaten, in: *Zeithistorische Forschungen / Studies in Contemporary History*, Online-Ausgabe 10 (3), 2013, www.zeithistorische-forschungen.de/16126041-Tuermers-3-2013, Stand: 6. Juli 2016.
- Uchtenhagen, Ambros A.: Einfluss der Schweizer Suchtpolitik im Ausland, in: *SuchtMagazin* 38 (2), 2012, S. 17–20.
- UNAIDS: Focus on Location and Population. On the Fast-Track to End AIDS by 2030. World AIDS Day 2015 Report, Genf 2015.
- Verein Schweizerischer Drogenfachleute VSD (Hg.): Alles wird gut. Gassenarbeit in der Schweiz 1981–91, Bern 1992.
- Voegtli, Michael; Fillieule, Olivier; Horat, Simone; Blanchard, Philippe: *Changements dans l'épidémie de sida, dynamiques associatives et engagements. Etude à partir du cas de sept cantons suisses. Rapport final*, Lausanne 2009.
- Voegtli, Michael; Fillieule, Olivier: Constitution, diversification and normalization of a health problem: organizing the fight against AIDS in Switzerland (1984–2005), in: *Contemporary Politics* 18 (2), 2012, S. 200–212.

- Wälti Sonja; Kübler, Daniel; Papadopoulos, Yannis: Democratic accountability and local governance: theoretical and empirical findings in urban drug policy, in: *Governance* 17 (1), 2004a, S. 83–113.
- Wälti Sonja; Kübler, Daniel; Papadopoulos, Yannis: How Democratic Is «Governance»? Lessons from Swiss Drug Policy, in: *Governance* 17 (1), 2004b, S. 83–113.
- Wehling, Peter; Viehöver, Willy; Koenen, Sophia: *The Public Shaping of Medical Research. Patient Associations, Health Movements and Biomedicine*, London, New York 2015.
- Weinhauer, Klaus: The End of Certainties. Drug Consumption and Youth Delinquency in West Germany of the 1960/70s, in: Schildt, Axel; Siegfried, Detlef (Hg.): *Between Marx and Coca-Cola. Youth Cultures Changing European Societies, 1960–1980*, New York 2006, S. 376–397.
- Weinhauer, Klaus: Drogenkonsum, Drogenpolitik und Strafvollzug in der Bundesrepublik von den 1960er bis 1980er Jahren, in: Klewin, Silke; Reinke, Herbert; Sälter, Gerhard (Hg.): *Hinter Gittern. Zur Geschichte der Inhaftierung zwischen Bestrafung, Besserung und politischem Ausschluss vom 18. Jahrhundert bis zur Gegenwart*, Leipzig 2010, S. 281–294.
- Wiedemann, Erich: Das ist ja nur ein Furz im Hirn, in: *Der Spiegel* 45 (45), 1991, S. 240–249.
- Withington, Phil: Introduction: Cultures of Intoxication, in: *Past & Present* 222 (Suppl. 9), 2014, S. 9–33.
- Wright, Michael T.; Rosenbrock, Rolf: Aids – Zur Normalisierung einer Infektionskrankheit, in: Günter, Albrecht; Groenemeyer, Axel (Hg.): *Handbuch soziale Probleme*, Bde. 1 und 2, Wiesbaden 2012, S. 195–218.
- Zemp, Markus: Präventionsmaschinerie des Bundesamtes für Gesundheit, Interpellation, eingereicht im Nationalrat am 19. 3. 2008, www.parlament.ch/D/Suche/Seiten/geschaefte.aspx?gesch_id=20083153, Stand: 6. Juli 2016.