universität wien

DIPLOMARBEIT

Titel der Diplomarbeit

HPV – eine widersprüchliche Karriere.

Zur Situation der HPV-Impfung in Österreich

Verfasserin

Monika Gritsch

angestrebter akademischer Grad

Magistra der Philosophie (Mag. phil.)

Wien, 2012

Studienkennzahl lt. Studienblatt:	A 307
Studienrichtung lt. Studienblatt:	Kultur- und Sozialanthropologie
Betreuer:	Univ.-Prof. Mag. Dr. Bernhard Hadolt, MSc

Meinem Vater, (†)
der mir mit seinem wissenschaftlichen Geist, seinem scharfen Verstand und seiner unstillbaren Neugier die Richtung gewiesen hat.

DANKSAGUNG

Zu viele Menschen sind mir während der Zeit meiner Diplomarbeit, vor allem aber in den letzten Wochen beigestanden, als dass ich alle nennen könnte. Ich bedanke mich bei jeder und jedem einzelnen – ohne Euch wäre ich heute nicht, wo ich bin.

Das universitäre Umfeld ist ein wenig überschaubarer, darum liste ich hier die Namen derer auf, die mich hochkompetent, vor allem aber freundschaftlich und immer geduldig durch die wissenschaftlichen, administrativen und auch privaten Tiefen und Untiefen meines Projekts geleitet haben. Die Reihenfolge ist alphabetisch und soll keinerlei Präferenzen andeuten:

Franz Graf, Bernhard Hadolt, Johannes Kramer, Rosemarie Müller, Herta Nöbauer, Luisa Piart, Heidi Pichler, Kerstin Pölz, Gerti Seiser und Sabine Strasser – vielen Dank Euch allen!

Ganz besonderer Dank gilt dabei aber meinem Diplomarbeitsbetreuer Bernhard Hadolt und Sabine Strasser, die es mir ermöglicht haben, gegen Ende meines Studiums einige festgefahrene persönliche Weichenstellungen zu korrigieren und meinen Weg in die Wissenschaft anzutreten. Ich bin nicht sicher, ob Ihr wirklich erfassen könnt, wie viel Ihr für mich getan habt.

Zuletzt aber nicht weniger herzlich bedanke ich mich bei all den Personen, die mir im Verlauf meines Forschungsprojekts als Gesprächspartner_innen zur Verfügung standen. Sie alle haben mir unerlässliche Einblicke in faszinierende Felder geboten, ihr Wissen, vor allem aber ihre ohnehin knapp bemessene Zeit mit mir geteilt und diese Arbeit dadurch erst ermöglicht. Vielen Dank!

INHALTSVERZEICHNIS

PROLOG 1

I. EINLEITUNG 5

II. HUMANE PAPILLOMAVIREN: EINE EINFÜHRUNG 7

1. Virale Realitäten und Diskurse 7

2. HPV und seine Folgen – Pathogenese und Epidemiologie 10

3. Die Geschichte einer Karriere 15

4. Die Implementierung der HPV-Impfung 17

III. KONTEXTUALISIERUNG DES FORSCHUNGSPROJEKTS 21

1. HPV – ein österreichischer Sonderweg? 22

2. Zentrale Forschungsfragen 23

3. Gewählte Methoden und forschungspratisches Vorgehen 24

4. Positionierung im Forschungskontext 25

IV. DER FORSCHUNGSPROZESS 27

1. Methodisches Instrumentarium 27

1.1. Vorerhebungen und Recherchen 27

1.2. Die rekonstruierende Untersuchung 29

1.2.1. Interviewführung 30

1.2.2. Die Auswahl der Expertinnen und Experten 33

1.3. Analyseverfahren 37

1.4. Reflexionsprozesse 39

2. Theoretische Verortung 40

2.1. Anthropologische Ansätze 43

2.1.1. Die Anfänge der Pharmazeutischen Anthropologie 43

2.1.2. Von der *Pharmaceutical Anthropology* zur *Anthropology of Pharmaceuticals* 46

2.1.3. Global Pharmaceuticals 49

2.2. Studying sideways: medizinsoziologische Perspektiven auf die *pharmaceuticalization of societies* 53

2.2.1. M*edicalization* versus *pharmaceuticalization* 54

2.2.2. Die Pharmaceuticalization der Gesellschaft 58

V. EMPIRISCHER TEIL 63

1. Narrative (Re)-konstruktionen 65

1.1. Zulassung und Markteintritt 65

1.2. Die „Impfung gegen Gebärmutterhalskrebs“ 68

1.3. Erste Erfolge und Kontroversen 74

1.4. Die Mediale Krise der HPV-Impfung 77

1.5. Die Hintergründe politischer Entscheidungen 83

1.6. Preispolitik und Verhandlungsmacht 87

2. HPV als *global player* 93

VI. CONCLUISO: HPV IN ÖSTERREICH 100

QUELLENVERZEICHNIS 109

1. Bibliographie 109

2. Interviews 118

3. Audiodokumente 119

4. Abbildungsverzeichnis 119

ANHANG 121

1. Abstract 121

2. Lebenslauf 123

PROLOG

MG Ist bei dir ein positiver Krebsabstrich gemacht worden?

AS[1] *Das war immer niedrig. Ich glaub, mir ist auch einmal gesagt worden, dass es Eins nicht gibt, aber dass sie mir immer Bescheid sagen, wenn's, wenn's problematisch ist, und ich glaub, das ist ab Drei, ja. Also ich glaub, ich beweg mich bei Zwei, oder ich bleib bei halt bei Zwei.*

MG Seit du 17 bist?

AS *Ja.*

AS *Ich hab 45 und 66 gehabt, und jetzt hab ich nur mehr 45. (...) Ich hab nie nachgeschaut, was die sind.*

MG Hat dir irgendjemand erklärt, was es mit diesen Nummern auf sich hat, oder wogegen die Impfung ist?

AS *NEIN! … Nein, aber sicher auch, weil ich da halt einfach nicht nachgefragt hab. Für mich war irgendwie immer das Wichtigste die Übertragbarkeit, und sogar da waren die Informationen schwankend.*

AS *[Dann] bin ich zu einer andern Frauenärztin gegangen, und die wiederum, die war überhaupt ganz arg, die hat, die hat auch, die hat so irgendwie gemeint, dass (…) also sie war halt einfach total monogam und hat gesagt, das ist etwas, das man sich einfängt, und dann verbreitet, und deswegen EINEN Partner, EINE Partnerin fürs Leben und fertig. Also die ist mir dann SO schräg eingefahren.*

MG Und haben auch andere Ärzte oder Ärztinnen so argumentiert, oder war das die einzige?

AS *(....) Die (....) die war eigentlich die ärgste. Zu der bin ich dann nie wieder gegangen. … Also, das war die XX*[2]*, ja? Also das ist ja schon eher etwas Besseres, wo du dir denkst, dass die irgendwie einen freieren Zugang haben. Und und sie, nein, das, das*

[1] Angelika Stein (AS) im Gespräch mit der Verfasserin (MG). Der Name wurde geändert, die Zitate aber nur sehr behutsam bereinigt – zulasten von Lesbarkeit und grammatikalischer Korrektheit, wie mir bewusst ist, aber zugunsten des authentischen Eindrucks eines Gesprächs über ein bedrohliches und lebensbestimmendes Thema. Nachdenkliches Schweigen wird mit (…) ausgedrückt, wobei jeder Punkt für eine Sekunde steht.

[2] Eine bekannte Wiener Praxisgemeinschaft mit Schwerpunkt (Schul-)medizinische und spirituelle Frauenheilkunde.

war SO ARG, also da bin ich dann echt, dann hab ich gesagt, ich geh da nie wieder hin, das gibt's ja nicht. Also weil ich da einfach, ich glaub, ich hab sie wirklich GENAU DESWEGEN angesucht, und DESWEGEN gefragt, und ich hab wirklich so das Gefühl gehabt, sie REDT mit mir, wie, also ich hab zu ihr dann auch gesagt: ‚Also SO, wie SIE jetzt mit mir reden, kommt mir vor, ich hab AIDS', ja? (...)

MG Das hat sie unwidersprochen gelassen?

AS *Das hat sie unwidersprochen gelassen und gesagt, das sind einfach die Krankheiten, und und mit jeder Person, mit der man eine Sexualität entwickelt, ist das wie, das sind so wie wie wie Kanäle oder so, und deswegen verbreitet sich das natürlich, und dann hat man irgendwelche Sachen halt, ja? (…) Ja. (....) Ja. (..) Schräg.*

MG Lebst du immer noch mit dem Gefühl, dass du so ansteckend bist, als hättest du AIDS?

AS *Immer wieder mal. (..) Ja. (....) Ja.*

AS *Ja, ja, das war damals wirklich vollkommen so, als hätt ich AIDS, und das ist die Krankheit, an der ich sterbe, und ich bin höchst ansteckend, und wenn ich das nicht bekämpf, dann breitet sich's aus.*

MG Also hattest du das Gefühl, auch für die Gesundheit deiner Umgebung zuständig zu sein?

AS *Ja, weil ich halt einen verantwortungsvollen Umgang damit gesucht hab. Ja. (....) Ja. Das ist dann aber im Endeffekt eher in Richtung Verzicht gegangen. Also ich mein, es haben eigentlich selten Partnerinnen (…) jetzt so, so arg drauf reagiert, aber trotzdem. Es war immer so (...) die Überwindung, wie sag ich's, und wie red ich drüber, und im Endeffekt, wie bring ich diese Vielfalt an schwammigen Informationen irgendwie an und so. Das war immer schwierig.*

MG Heißt das, immer bevor du eine sexuelle Beziehung eingehst, sagst du deinen potenziellen Partnerinnen Bescheid?

AS *Mhm.*

MG Hast du den Eindruck, wenn du sagst, ‚Ich hab HPV', dass die wissen, was das ist?

AS *Nein, ich muss es ihnen dann erklären. Also auch wenn sie schon einmal was davon gehört haben, dann ist das trotzdem so, ‚Naja, okay, weiß ich aber jetzt trotzdem nicht genau, was das ist'. Ich hab das immer so erklärt, wie ich's irgendwann einmal erklärt bekommen hab, dass das halt der Virus ist, der Gebärmutterhalskrebs auslöst. Dass es da verschiedene gibt, das hab ich überhaupt nicht verstanden gehabt. Also für mich war das EIN Virus, und die Nummern (...) hab ich nicht verstanden, ja? Hab mir gedacht, da gibt's halt noch irgendeine genauere Detaillierung, aber DAS ist der Virus, der Gebär-*

mutterhalskrebs auslöst. Für mich war es DER Virus, der löst einfach Geschwüre aus, und die gibt‘s in Form von den Genitalwarzen und die gibt‘s halt in Form von dem Krebs.

MG Hast du zum Beispiel im Internet Informationen gesucht?

AS *Ja, aber da bin ich dann GANZ verrückt geworden. Also da hab ich, (lacht) das war, na, weil NATÜRLICH, ab dem Moment wo Bilder auftauchen, das ist dann überhaupt. Und dann (...) ist halt eben eine schlaflose Nacht und so, und dann, dann, dann sag ich mir immer wieder, he geh bitte, das ist ja wirklich nicht (...) ja, das ist wirklich nicht das, was ich hab und fertig. (...) Ja.*

AS *Und manchmal, wenn ich so das Gefühl hab, dass andere so einen supertollen, freien Umgang [mit ihrer Sexualität] haben, und überhaupt, diese polyamourösen Ansprüche und so weiter (….) da ist irgendwie schon (...) also ich weiß nicht (...) da ist schon immer wieder so irgendetwas wie ‚POAH, ich möcht mitspielen!‘ Aber eigentlich kann ich das einfach nicht machen, weil, weil das GEHT ja nicht!*

MG Hast DU den HPV-Test angefordert?

AS *Wir* [A. und eine ehemalige ebenfalls betroffene Schulkollegin] *haben einfach nur im Internet geschaut, und das hat halt bei 16 und 18 angefangen, und dann haben wir irgendwann einmal aufgehört, und gesagt ‚Geh bitte, also wenn wir das nicht genauer wissen, dann müssen wir ins Labor gehen. Wenn wir‘s nicht genauer wissen, [welche Nummer wir haben] dann hat das jetzt keinen Sinn, sich da jetzt den Horror aufzuziehen‘, ja? Ja. (....) Genau.*

AS *Also ich hab ich hab irgendwann einmal sicher einfach dicht gemacht, weil, weil [die Information] einfach so ambivalent war. Also von TOTAL das Drama bis zu totaler Verharmlosung hab ich halt einfach irgendwie sämtliche Informationen bekommen, und da macht man auch dicht irgendwann.*

MG Warum nennst du die Pharmaindustrie ein Feindbild?

AS *Ich denk mir, Gesundheit ist halt so ein Thema, das (….) das ja wichtig ist und ernst genommen wird, oder? Und eigentlich ist das ja ein Ausnutzen von Vertrauen, ja? … Also du bist natürlich bestrebt, gesund zu sein und gesund zu leben, und es ist schon eine Auslieferung im Endeffekt, nicht? (...) Ja, weil die dir ja schon irgendwie einfach einreden können, was sie wollen.*

MG Wir müssten ihnen eigentlich vertrauen können?

AS *Naja, die Pharmaindustrie beliefert ja die Ärzte mit Informationen, nicht? Und ja, also (...) den Ärzten und Ärztinnen muss man SCHON vertrauen.*

Angelika Stein, 25, weiß seit acht Jahren, dass sie Trägerin und damit auch Überträgerin von HPV ist. Im Jahr 2010 wurde sie positiv auf HPV 45 und 66 getestet, beim Folgetest Anfang 2012 war nur HPV 45 nachzuweisen. Ausdrücke und Zusammenhänge, die an dieser Stelle unverständlich erscheinen mögen, werden sich im Lauf der weiteren Lektüre (er)klären.

I. EINLEITUNG

Humane Papillomaviren (HPV) sind in vielerlei Hinsicht außergewöhnliche Entitäten. Zum Beispiel machen sie es nötig, einer sozial- und kulturanthropologischen Abschlussarbeit ein kurzes, die komplexen Zusammenhänge sehr vereinfachendes Kapitel über ihre virologischen Grundlagen und pathogenen Wirkungsweisen, aber auch über ihr diskursives, ebenfalls hoch ansteckendes Potenzial voranzustellen. Nur so kann sichergestellt werden, dass die sozialwissenschaftlichen Implikationen der Debatten rund um HPV, beziehungsweise um die HPV-Impfung, sowie die aus deren Untersuchung gewonnenen Erkenntnisse auch wirklich zugänglich sind.

Diese Zusammenhänge außerhalb medizinisch-pharmazeutischer und virologischer Expertisen und Dispute sollen in meiner Arbeit untersucht und ein Stück weit geklärt werden. Mein Hauptaugenmerk liegt dabei auf dem Sonderweg, den Österreich seit 2007 im Zusammenhang mit der HPV-Impfung beschritten und bis heute nicht verlassen hat.

Die Gespräche, die ich zur Rekonstruktion der Geschehnisse mit politischen Entscheidungsträger_innen, Ärzt_innen, Vertreter_innen der pharmazeutischen Industrie, Sozialwissenschaftler_innen und Betroffenen geführt habe, lassen dabei eine Reihe von Themen und Diskursen erkennen, die weit über die Frage hinausgehen, ob eine bestimmte Impfung implementiert, finanziert, angewendet oder abgelehnt werden soll. Vielmehr wird auf soziale, politische und auch kulturelle Entwicklungen und Veränderungen hingewiesen, die weitreichender sozialwissenschaftlicher und anthropologischer Analysen bedürfen.

Im Vordergrund stehen dabei die Veränderungen der Geographie der Macht zwischen den Feldern Medizin und pharmazeutische Industrie, erkennbare Prozesse der so genannten *pharmaceuticalization* der Gesellschaft, und nicht zuletzt Fragen nach Autorität, Ethik, Verlässlichkeit und Vertrauen nicht nur im Hinblick auf diese beiden mächtigsten Domänen des Gesundheitswesens, sondern ebenso sehr in Bezug auf die wissenschaftliche Generierung von Wissen und dessen

nachfolgende Transformation in Informationen, wie sie letzten Endes der Öffentlichkeit zur Verfügung gestellt werden.

Die Auswirkungen all dessen auf von HPV betroffene Menschen wie etwa Angelika Stein, oder auf Eltern, die vor der Entscheidung stehen, ihre Kinder bereits im Grundschulalter weniger gegen eine Krankheit als vielmehr gegen ein sexuell übertragbares *Risiko* impfen zu lassen, sind dabei keinesfalls zu unterschätzen.

II. HUMANE PAPILLOMAVIREN: EINE EINFÜHRUNG

1. Virale Realitäten und Diskurse

Viren sind Partikel, die aus nur zwei Komponenten bestehen: einer Proteinhülle, mit der sie an einer pflanzlichen, tierischen, menschlichen oder auch bakteriellen Wirtszelle andocken, und dem genetischen Material, das sie im Anschluss durch die Zellmembran einschleusen. Innerhalb der Zelle integriert sich das virale Genom in das seines Wirtes und wird nun so lange kopiert und vervielfältigt, bis die Zelle stirbt. Die durch ihren Tod freigesetzten neuen Viren docken wiederum an gesunden Zellen an, und der Kreislauf beginnt von neuem (Cypionka 2010: 61).

Obwohl sich diese „ultravisiblen" Krankheitserreger (Eckart 2001: 337) auf Grund ihrer geringen Größe der lichtmikroskopischen Darstellung entzogen, erahnten Bakteriologen ihre Existenz bereits um die Wende des 18. zum 19. Jahrhundert – verhielten sie sich doch in einigen wichtigen Punkten anders, als die übrigen damals bekannten Keime und Erreger. Es sollte jedoch bis zur Entwicklung der Elektronenmikroskopie in den 1930er Jahren dauern, bis wissenschaftliche Erkenntnisse und Belege möglich wurden (ebd. 337).[3] In den 1950ern schließlich prägten Viren „das Projekt der Genetik und damit … eine Disziplin, die sich zur Königsdisziplin der Biowissenschaften entwickeln … sollte" (Mayer/Weingart 2004: 15).

Wesentlich schleppender als die „molekularbiologisch[e] und populärkulturell[e] Karriere des Begriffs [‚Virus']" (ebd. 14) verlief die Suche nach medizinischen Mitteln gegen die sich auf unterschiedlichen Wegen übertragenden viralen Infektionen. Während nämlich die antibakterielle Wirkung mancher Schimmelpilze bereits erstmals 1893 beobachtet und beschrieben wurde (Bentley 2001: 237), begann die Erforschung von Viruserkrankungen erst in den 1950er Jahren, als man begonnen hatte, die infektiösen Partikel zu verstehen. Die Entwicklung antiviraler Impfstoffe ging relativ zügig vonstatten: Schon 1956 wurde die Schluckimpfung gegen Kinderlähmung zu Testzwecken an sowjetische Kinder ausgegeben

[3] Eine Ausnahme stellt hier der vergleichsweise große Erreger der Pocken dar, der als einziger im Lichtmikroskop sichtbar ist und somit bereits 1906 nachzuweisen war (Eckert 2000: 337).

(Eckart 2001: 338). Über die Suche nach therapeutischen, nicht präventiven Maßnahmen jedoch schreibt Eckart noch im Jahr 2001:

> Wenig erfolgversprechend verliefen bis heute Forschungen zur Entwicklung sog. ***Virostatika***. Zwar gelang es, Medikamente zu entwickeln, die erfolgreich in der Vermehrungsphase von Herpesviren angewendet werden konnten, bei vielen anderen lebensbedrohlichen Viruserkrankungen befinden sich die Virostatika allerdings noch im Erprobungsstadium. (Eckart 2001: 339, Hervorhebung im Original)

In den seither vergangenen elf Jahren wurden auf diesem Gebiet wohl große Fortschritte erzielt. Vor allem in der Behandlung von HIV-Infektionen bewähren sich Virostatika mittlerweile durchaus, aber von Heilung oder einem Impfstoff gegen das HI-Virus ist immer noch keine Rede. Aber nicht nur lebensgefährliche Erkrankungen wie AIDS sind nach wie vor nicht heilbar: Gegen den harmlosen Rhino-Virus beispielsweise, den Auslöser des Schnupfens, ist ebenfalls noch kein wirksames Mittel gefunden. Daher ist es sehr verständlich, dass die von Anfang an durchaus umstrittene Geschichte des Impfwesens, als eine der größten Errungenschaften des westlichen Medizinsystems im Kampf gegen Viren gilt (Eckart 2001: 246; Kunze 2010a: 40-48).

Ob Viren Lebewesen sind, diese Frage ist nicht ganz einfach zu beantworten. Einige der für die gängige Klassifizierung „Leben“ notwendigen Kriterien bleiben jedenfalls unerfüllt, wie etwa ein eigener Stoffwechsel oder die Fähigkeit zur selbständigen Vermehrung außerhalb der Wirtszelle. Trotzdem – oder vielleicht gerade wegen ihres Daseins „an der Grenze des Lebendigen“ (Cypionka 2010: 61) werden sie zumeist mit Attributen ausgestattet, die sie nicht nur als lebende, sondern schlimmer noch, als geradezu menschlich agierende, planvolle und heimtückische Wesen erscheinen lassen.

Martin Dinges (2004) vertritt hier die Ansicht, dass gerade die langwierige Entdeckungsgeschichte der Viren einen bedeutenden Beitrag zu diesem fundamentalen Irrtum geleistet hat: Da man erst in den 1930ern wirkliche Gewissheit darüber haben konnte, dass es sich bei den Ursachen für eine ganze Reihe von beobachteten, ätiologisch aber noch ungeklärten Krankheiten um biologische Entitäten handelte, nicht etwa um die gottgegebene Strafe für religiöses oder soziales Fehlverhalten, erfuhren diese Probleme erst dann eine

> eindeutige Zuordnung … in die Kompetenz der Mediziner. … *Vor* dieser teilweisen Verwissenschaftlichung des Diskurses war man stärker auf Metaphern angewiesen,

> die sich bezeichnender Weise um 1900 vorwiegend aus dem Arsenal militärischer Bilder bedienten. (Dinges 2004: 89, Hervorhebung der Verfasserin)

Kriegsmetaphorik braucht selbstverständlich Feinde. Je unbesiegbarer ein Gegner erscheint, umso größere Fähigkeiten, trickreichere Strategien und bösartigere Absichten *müssen* ihm zugesprochen werden, um das Versagen der eigenen Abwehr so gut wie möglich zu kaschieren. Diese Zusammenhänge scheinen mir eine plausible Erklärung dafür zu sein, dass Viren von Anfang an als hochkomplex und mit Intelligenz ausgestattet betrachtet wurden, als die „geadelte Kriegerkaste“ im Gegensatz zum einfachen Volk der soldatischen Bakterien. Brigitte Weingart (2004) schreibt dazu:

> In den gängigen Szenarien eines >Kriegs im Körper<, der sich auf dem Schauplatz des Immunsystems abspielt, wird … das Virus als besonders anspruchsvoller Gegenspieler aufgebaut, verweist doch sein Vorgehen auf so etwas wie >Köpfchen<. … Von schlichteren Mikroben unterscheidet das Virus seine Intelligenz. (Weingart 2004: 103)

Diese Wahrnehmung widerspricht gänzlich den biologischen Gegebenheiten. Zwar sind weder Viren noch Bakterien oder andere Mikroben als niedrig oder gar als primitiv zu bezeichnen – viel zu komplex und spezialisiert sind ihre Funktionsweisen und Wirkmechanismen. Aber während sich bei den Mikro*organismen* sämtliche Lebensfunktionen von der Nahrungsaufnahme bis hin zur Vermehrung mittels hochkomplizierter Teilungsmechanismen innerhalb nur einer Zelle abspielen, sind Viren wesentlich einfacher aufgebaut und gelten daher gar nicht als echte Zellen, sondern als aus organischen Substanzen bestehende Partikel (Cypionka 2010: 62).

Gerade wegen dieser Einfachheit der Struktur in Verbindung mit ihrer zum Teil verheerenden Wirkung, wegen der Fähigkeit zur Autoreplikation, und nicht zuletzt auf Grund der nur mangelnden Kenntnis von Gegenmaßnahmen boten sich Viren in der jüngeren Vergangenheit auch als ausdrucksstarke Metapher für andere zerstörerische Entitäten an – ein Konnex, der dem Prinzip des Viralen zu einer Vervielfältigung seiner diskursiven Macht verhelfen sollte.

> Auch wenn selbstreplikative Algorithmen und Programme erst seit den 1980er Jahren als Computerviren bezeichnet werden … lag die Analogie zwischen dem sich selbstreproduzierenden >Informationspaket< Virus und einem Computerprogramm schon vorher auf der Hand. Über den Sinn und die Implikationen dieser Analogie lässt sich nun streiten … zurücknehmen lässt sie sich sicher nicht mehr. (Mayer/Weingart 2004: 16 f.)

Diese Zusammenhänge und selbstverständlich auch die ganz unmittelbaren Gefahren, die von vergleichsweise „jungen“ Krankheiten ausgehen, wie etwa dem Ebola-Fieber, SARS und nicht zuletzt der Anfang der 1980er Jahre erstmals aufgetretenen Immunschwächekrankheit AIDS, der mittlerweile viele Millionen Menschen zum Opfer gefallen sind, tragen gegenwärtig zu einer stetig wachsenden Angst vor Viren, „diesen Fremdkörper[n] par excellence“ bei (ebd. 11) – all das und zusätzlich einige Maßnahmen unterschiedlicher Akteur_innen, die diese Angst immer weiter schüren. Dazu jedoch komme ich in einem späteren Abschnitt meiner Arbeit. Zunächst stelle ich die Gruppe der Humanen Papillomaviren vor, um sie im Hinblick auf ihr pathogenes Potenzial und ihre epidemiologischen Wirkungsmöglichkeiten zu verorten.

2. HPV und seine Folgen – Pathogenese und Epidemiologie

Humane Papillomaviren sind eine Gruppe von DNA-Viren,[4] die auf menschliche Haut- und Schleimhautzellen spezialisiert sind und hauptsächlich zu harmlosen Wucherungen in Form von Warzen führen. Die meisten (auch fachlichen) Quellen variieren ein wenig, was die Größe der Gruppe betrifft, die bei weitem häufigste Angabe lautet jedoch: Derzeit sind über 100 unterschiedliche HPV-Genotypen bekannt, von denen etwa 30 anogenitales Gewebe sowie den Mund- und Rachenraum bei Frauen *und* Männern befallen (AWMF 015/027 2010: 4 f.) Ausschließlich diese 30 Typen sind die Protagonisten meiner Diplomarbeit.

Die Voraussetzung für ihre Übertragung zwischen Individuen ist Haut- beziehungsweise Schleimhautkontakt, weshalb es in erster Linie während sexueller Begegnungen, allerdings nicht zwingend durch Geschlechtsverkehr, zur Ansteckung kommt (WHO 2009: 119). Man geht davon aus, dass sich ein extrem hoher Anteil aller sexuell aktiven Menschen weltweit mindestens einmal im Leben mit einem HP-Virus infiziert – üblicher Weise sogar bereits im Zuge der *ersten* sexuellen Erfahrungen. Humane Papillomaviren sind daher nicht nur unsichtbare, sie sind allgegenwärtige „Feinde“: Etwa 80% der Weltbevölkerung tragen HPV in

[4] Die Einteilung der Viren erfolgt nach mehreren Kriterien: (1) nach der Art des Wirtes, auf den sie spezialisiert sind, (2) nach ihrer Form, (3) danach, ob sie eine Membranhülle besitzen und (4) danach, welche Art von Nukleinsäure ihre Erbinformationen enthält: DNA oder RNA (Desoxyribonukleinsäure oder Ribonukleinsäure) (Cypionka 2010: 62 f.).

der einen oder anderen Form in sich und sind selbstverständlich auch Überträger_innen dieser hoch ansteckenden Partikel (Goltz et.al. 2001: 2; Krebsinformationsdienst 2009). Was bedeuten diese erschreckenden Zahlen nun aber genauer?

Die 30 HP-Viren, um die es hier geht, differenzieren sich weiter in zwei annähernd gleich große Untergruppen: Die so genannten *low-risk ty*pen können zur Ausbildung von zwar sehr unangenehmen aber harmlosen Kondylomen (Feig- oder Anogenitalwarzen) und geringfügigen Zellveränderungen (Dysplasien) führen. 90% all dieser Erkrankungsfälle sind auf nur zwei Virenstämme innerhalb dieser Gruppe zurückzuführen: HPV 6 und 11 (WHO 2009: 120).

Die *high-risk* HPV-Typen hingegen sind selbstredend problematischer. Diese Viren sind kanzerogen und mit der Entwicklung von Gebärmutterhalskrebs (Zervixkarzinom) und all seinen Vorstufen, aber auch mit Krebsarten von Vulva, Penis, Anus und Mundhöhle assoziiert, wobei auch hier vor allem zwei Stämme innerhalb dieser Untergruppe die Hauptrolle spielen:

> [A]t least 13 [high-risk strains] may cause cervical cancer or are associated with other anogenital and oropharyngeal cancers. HPV types 16 and 18 cause about 70% of all cases of invasive cervical cancer worldwide, with type 16 having the greatest oncogenic potential. (WHO 2009: 120)

Wie aus der Formulierung dieses Statements der WHO zu schließen ist, ist das Zervixkarzinom das bei weitem größte der von HP-Viren ausgelösten Probleme, gilt diese Krebsart doch sowohl in der Medizin als auch in der pharmazeutischen Industrie als die zweithäufigste Krebserkrankung bei Frauen nach dem Brustkrebs (Kunze 2010b: 656). Diese Relation ist allerdings ein wenig irreführend: Sie stimmt nur dann, wenn tatsächlich *alle* Frauen in die Statistik einbezogen werden. Weltweit erkranken etwa 500.000 Frauen im Jahr an Gebärmutterhalskrebs, etwa 275.000 sterben daran. Allerdings entfallen bis zu 88% aller Todesfälle, das sind 242.000 Frauen jährlich, auf so genannte Entwicklungsländer (Piso 2010: 75; Goltz et.al. 2001: 1).

Der Grund für dieses extreme Ungleichgewicht liegt nicht etwa bei den HP-Viren selbst – sie sind hier wie dort gleichermaßen häufig und ansteckend – sondern im unterschiedlichen Zugang zu effektiven Maßnahmen der Früherkennung und

Behandlung von Krebsvorstufen und zu therapeutischen Interventionen gegen bereits bestehende Karzinome:

Auf Grund der besonderen Wirkungsweisen der Viren im Inneren der Zellen des Gebärmutterhalses liegt nämlich grundsätzlich sehr viel Zeit zwischen der Ansteckung mit HPV und der Ausbildung von Vorstufen. Bis sich diese zunächst gutartigen Neoplasien (Tumore) schließlich zu malignen Karzinomen weiterentwickeln, können weitere fünf bis zehn Jahre vergehen. Das Deutsche Krebsforschungszentrum spricht gar von einer „oft erst nach Jahrzehnten erfolgende[n] ‚Transformation' … infizierter Zellen … in Krebszellen" (Eberhard-Metzger/Seltmann 2009: 9), ein tatsächlich sehr langer Zeitraum, um etwa im Zuge des regelmäßigen gynäkologischen Abstrichs die Gefahr zu erkennen und zu bannen. In wohlhabenden Ländern sind die dafür nötigen Vorsorgeeinrichtungen durchwegs vorhanden. Und selbst wenn Frauen in solchen Regionen mit der schrecklichen Diagnose Krebs konfrontiert werden, so sind zudem die sowohl chirurgischen als auch chemotherapeutischen Behandlungsmöglichkeiten erprobt und effektiv und bieten daher größere Heilungschancen als bei vielen anderen Krebsarten (Kolip/Schach 2010: 26). Für die armen und ärmsten Länder der Welt gilt dies jedoch selbstredend nicht. Da aber gerade die Reihung des Zervixkarzinoms an zweiter Stelle der Krebserkrankungen bei *allen* Frauen auch in hochtechnisierten Gesundheitssystemen sehr betont wird, um die Gefährlichkeit der HP-Viren und damit die Notwendigkeit zu unterstreichen, prophylaktische Maßnahmen zu treffen, prägt diese undifferenzierte Darstellung der statistischen Zusammenhänge die kritischen Debatten um HPV in hohem Maß.

Die jährliche Neuerkrankungs- und Todesrate am Zervixkarzinom ist in Mitteleuropa am niedrigsten, und für Österreich gilt: „Das Risiko für eine Frau, bis zu ihrem 75. Lebensjahr an Gebärmutterhalskrebs zu erkranken, liegt seit 1996 unter 1%" (Statistik Austria 2011). Hier und in vergleichbaren anderen Ländern der wohlhabenden industrialisierten Welt befindet sich der Gebärmutterhalskrebs also nicht an zweiter, sondern an 12. Stelle der Häufigkeitsverteilung aller Krebserkrankungen bei Frauen:

> seltener als Brustkrebs, Darmkrebs, Lungenkrebs, Krebs des blutbildenden Systems, anderer Krebsarten im Bereich der Gebärmutter, Krebs der Eierstöcke, der Bauchspeicheldrüse, des Magens, der Schilddrüse, der Haut sowie der Niere. (Piso 2010: 77)

Auch alle anderen von *high-risk* HP-Viren verursachten Krebsarten gehören ausnahmslos zu den sehr selten auftretenden malignen Erkrankungen. So ist etwa in einer bis 01.06.2013 gültigen Leitlinie der deutschen AWMF[5] (2008) zu lesen, zwei Frauen von 100.000 erkranken in Deutschland pro Jahr an einem Vulvakarzinom, 0,4 an einem Vaginalkarzinom und 0,3 bis 1,2 an einem Anuskarzinom. Auch Männer sind von Krebsarten betroffen, die auf eine Infektion mit Hochrisikoviren zurückzuführen sind: Beim Analkarzinom liegt die Inzidenz bei 0,2 bis 2,0 Männern von 100.000 jährlich, und der Peniskrebs wird gar als eine Seltenheit bezeichnet: „Das Peniskarzinom mit seinen Vorstufen (PIN) ist eine Rarität und hat nur einen Anteil von 0,5% der Karzinome beim Mann“ (AWMF 082/002 2008). Hinzu kommt, dass all diese Erkrankungen mit zum Teil wesentlich geringerer Wahrscheinlichkeit als Folge einer HPV-Infektion auftreten, als der Gebärmutterhalskrebs: Während 95% aller Zervixkarzinome HPV-positiv sind und davon wiederum 70% positiv auf HPV 16 und 18, können die anderen hier aufgezählten Krebsarten in größerem Ausmaß auch von Faktoren ausgelöst werden, die nichts mit HPV-Infektionen zu tun haben (ebd.).

Wie kommt es nun wiederum zu diesen Zahlen, wenn anogenitale Humane Papillomaviren doch ubiquitär, hoch ansteckend und humanpathogen sind?

Diese Frage beantwortet einer, der es wohl am besten wissen muss: der deutsche Arzt und Virologe Harald zur Hausen, der im Jahr 2008 für seine jahrelange Arbeit an HPV mit dem Nobelpreis für Medizin ausgezeichnet wurde. Er war es, der letztlich den Nachweis erbrachte, dass eine Infektion mit einigen wenigen dieser Viren eine fast zwingende Voraussetzung für die Ausbildung eines Zervixkarzinoms ist. In einer Pressekonferenz anlässlich seiner Ehrung weist zur Hausen auf einen interessanten Umstand hin:

> *[D]iese Viren … sind offenkundig humanpathogen seit den frühen Zeiten der Menschheit. … Sie finden heute bei höheren Primaten, von denen wir uns aber in unserer Evolution … vor Millionen von Jahren abgespalten haben, verwandte Viren, die zum Beispiel dem Typ 16 relativ nahe stehen, und die … belegen, dass ihre Mutationsrate im Gegensatz zu AIDS- oder Hepatitis-C-Viren sehr gering ist. Die [genetische] Konstanz ist relativ hoch, weil sie hochgradig an ihren Wirt adaptiert sind.* (Pressekonferenz 09.10.2008 Berlin)

[5] Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften

Solche Anpassungsmechanismen haben natürlich nur dann den von der Evolution „gewünschten" Effekt, wenn sie systemisch wirken. Das heißt, es gilt auch umgekehrt: Je besser der Wirtsorganismus – sei es nun ein Tier, eine Pflanze oder ein Mensch – an den Kontakt mit viralen Entitäten adaptiert ist, umso besser *müssen* zwangsläufig seine Abwehrmechanismen funktionieren, um als Wirt überleben zu können. Also nicht nur der Virus[6], auch der Mensch hat sich in den Jahrmillionen des Zusammenlebens bestens angepasst. Zwar geht man, wie bereits ausgeführt, von einer globalen Durchseuchungsrate von mindestens 80% aus, jedoch beseitigt unser Immunsystem das Virus in der überwiegenden Anzahl der Fälle rasch und unbemerkt – auch die beiden gefährlichsten *high-risk* Typen 16 und 18:

> Etwa 70% der Frauen mit inzidenter HPV-Infektion eliminieren das Virus innerhalb eines Jahres, wahrscheinlich in Folge einer effektiven Immunantwort, verbunden mit einer Regression der assoziierten Neoplasie. (AWMF 082/002 2008)

Doch selbst hochgradige Neoplasien führen nicht zwingend zu einem invasiven Zervixkarzinom, sondern bilden sich in 60 bis 70% aller Fälle mit Hilfe des Immunsystems zurück, wie mir ein Vertreter der Pharmaindustrie in einem Interview erklärte:[7]

> *Da gibt es eine klare Triage, sozusagen ein Vorgehensmuster. Es gibt CIN I, II, III, CIN IIID, und an sich ist klar definiert, ab CIN III ist das die Indikation zur Konisation* [kegelförmige Entfernung von Gebärmutterhalsgewebe]*, weil sich daraus eben in relativ vielen Fällen Krebs entwickelt. Sie haben aber noch immer eine 30, 40% Rate, [wo auch diese Zellveränderungen] möglicherweise wieder verschwinden. Sie wissen nur nicht, bei wem.* (BP-SPMSD)

[6] Die immer wieder vertretene Meinung, es hätte sich eine sprachliche Trennung zwischen *„der Virus"* für infektiöse Computerprogramme und *„das Virus"* für die biochemischen Entitäten entwickelt, um die es in meiner Arbeit geht, teile ich nicht. Unter Umständen lässt sich mein österreichisches Idiom als Grund dafür betrachten, das sei jedoch dahingestellt. Ich verwende beide Formen – beide gleichermaßen als Bezeichnung für autoreplikative infektiöse Partikel aus dem Bereich der Medizin, der Epidemiologie und der pharmazeutischen Industrie und lasse mich hierbei vom Fluss der Sprache leiten.

[7] Wie eingangs erwähnt, ist der Themenkomplex HPV auf mehreren Ebenen außergewöhnlich und wirft nicht zuletzt die ansonsten übliche dramaturgische Komposition einer Diplomarbeit ein wenig durcheinander. Ich beziehe mich hier auf eines meiner geführten Interviews, die ich jedoch erst im Zuge des Kapitels IV.1. *Methodisches Instrumentarium* (Seite 33 ff.)genauer vorstellen werde.

3. Die Geschichte einer Karriere

In einer 2009 erschienenen Broschüre zitiert das Deutsche Krebsforschungszentrum (dkfz.) seinen Leiter Otmar D. Wiestler folgendermaßen:

> Kaum ein Forscher in der Biomedizin habe das erreicht, was Harald zur Hausen als Lebenswerk vorzuweisen habe, bewertet Wiestler [den Nobelpreis] seines Vorgängers [als Chef des dkfz.]. Die ganze Entwicklung mitzugestalten – von einer kühnen Hypothese über die jahrelange beharrliche Beweisführung bis hin zu einem Produkt im Apothekenregal, dem Impfstoff gegen Gebärmutterhalskrebs – das sei schon etwas ‚ganz, ganz Besonderes'. (Eberhard-Metzger/Seltmann 2009: 2)

Ich werde im nun folgenden Abschnitt diese Entwicklungen in aller gegebenen Kürze nachzeichnen. Dabei bleibe ich jedoch nicht bei der „Impfung gegen Gebärmutterhalskrebs" stehen, wie die beiden auf dem Markt befindlichen Seren werbewirksam aber unkorrekt genannt werden, sondern schildere auch die Kontroversen, die diesen Geschehnissen von allem Anfang an gefolgt sind und zum Teil sehr emotional ausgefochten wurden.

In den 1960er und 1970er Jahren war der Gedanke, Viren könnten Krebs und all seine Vorstufen auslösen, fast undenkbar. Trotzdem jedoch begann Harald zur Hausen bereits damals, nach Belegen für diesen Verdacht zu suchen (Eberhard-Metzger/Seltmann 2009: 6). Einen Durchbruch erzielte sein Team Anfang der 1980er Jahre mit der Entdeckung der beiden ausschlaggebenden viralen Proteine E6 und E7, die letztlich den Vermehrungszyklus befallener Zellen vervielfältigen und sie dadurch zu unkontrolliertem Wuchern bringen können – sofern sie nicht rechtzeitig vom Immunsystem beseitigt werden (ebd. 8). Aber obwohl durch diese Erkenntnis bereits damals der Gedanke an eine Impfung gegen HPV in greifbare Nähe gerückt war, konnte zunächst kein Unternehmen der Pharmaindustrie davon überzeugt werden, deren Entwicklung zu finanzieren. „Eine deutsche Pharmafirma, die [zur Hausen] dennoch für sein Vorhaben gewinnen konnte, sprang nach einer Marktanalyse wieder ab: Die Impstoffentwicklung, so das Ergebnis der Erhebung, würde sich nicht rechnen" (ebd. 9).

In den USA und Großbritannien hingegen konnte das Interesse nach einiger Zeit geweckt werden – gleich mehrere Firmen begannen mit der Erarbeitung eines Impfserums gegen die häufigsten und problematischsten HP-Viren, aber

erst die patentrechtliche Einigung der Firma MedImmune, amerikanischer Universitäten, der Firmen MSD [Merck Sharp & Dohme][8] und GSK [GlaxoSmithKline] haben den Weg für die Impfstoffbereitung ermöglicht. (BP-SPMSD)

Die Zulassung des Impfstoffs Gardasil (Merck & Co. resp. Sanofi MSD) in den USA durch die *U.S. Food and Drug Administration* (FDA) und in Australien erfolgte schließlich im Juni 2006 und noch im selben Jahr in der EU – hier durch die zentrale Arzneimittelbehörde *European Medicines Agency* (EMA). Dieses Serum ist ein quadrivalenter Schutz vor der Ansteckung mit den *high-risk* HP-Viren 16 und 18, sowie gegen die beiden *low-risk* Typen 6 und 11.

Cervarix, das Produkt des britischen Konzerns GlaxoSmithKline, wurde 2007 ebenfalls zuerst in Australien und wenig später in den Ländern der Europäischen Union zugelassen. In den USA wurde der Antrag jedoch erst mit zweijähriger Verspätung positiv beschieden. Dieser bivalente Impfstoff verhindert eine Infektion mit HPV 16 und 18 (Baylor 2006; GSK Press Release 2007).

Die Implementierung der beiden Seren in weiten Teilen der Welt ging äußerst zügig vonstatten – ein Umstand, der nicht nur den beteiligten Pharmakonzernen fast unvorstellbare Gewinne einbrachte (Sabisch 2009: 109), sondern überdies dem dkfz. und seinem ehemaligen Chef Harald zur Hausen bereits 2008 zum Nobelpreis für Medizin verhalf, fast 40 Jahre nach Beginn seiner Forschungen am Humanen Papillomavirus. Allerdings regte sich bereits im Zuge dieses Ereignisses zum Teil massiver Widerstand. So geriet etwa nicht nur Harald zur Hausen sehr rasch inhaltlich in Bedrängnis (Pressekonferenz 09.10.2008 Berlin), zusätzlich wurden die Pharmaunternehmen, die Deutsche Ständige Impfkommission (STIKO) und sogar das gesamte Komitee der Nobelpreisvergabe des Lobbyings und der Korruption verdächtigt (Sabisch 2009: 109).

Die zunehmend emotionalen, nun vor allem in der so genannten Öffentlichkeit aber durchaus auch in Fachkreisen geführten Debatten entzündeten sich in weiterer Folge nicht nur an Fragen nach der Wirksamkeit der Vakzine, ihren widersprüchlich dargestellten oder gar verschleierten Nebenwirkungen beziehungs-

[8] Die Abkürzung MSD steht für Merck & Co. nach seiner Fusion mit Sharp & Dohme im Jahr 1953. MSD Austria ist eine Tochterfirma des amerikanischen Großkonzerns, dessen Geschichte auf der Homepage der österreichischen Zweigstelle nachzulesen ist (siehe Quellenverzeichnis). Sanofi Pasteur MSD wiederum, dessen Vertreter mir ein Interview gewährt hat, ist *„das Joint Venture, das gemeinsame Unternehmen der Firmen MSD und Sanofi … die ihre Impfstoffe in Europa durch unseren Konzern vermarkten“* (BP-SPMSD).

weise nach der Validität der jeweils durchgeführten Studien. Die damit assoziierten Thematiken waren (und sind) außerdem die Medikalisierung (gesunder) junger Mädchen, die Kontrolle und Moralisierung von Sexualität, die nahezu allein bei den Frauen zu liegen scheinende Verantwortung für die immer wieder so genannte „Volksgesundheit“, Fragen nach Compliance und Widerstand, nach medizinischer Ethik, wissenschaftlicher Redlichkeit und nicht zuletzt nach wirtschaftlichen Interessen beziehungsweise diesbezüglich undurchsichtigen Machenschaften. „Die kulturelle Kontamination des Virus, seine Vergeschlechtlichung, Sexualiserung, Politisierung und nicht zuletzt seine Profitabilisierung erfolgte … im öffentlichen Diskurs“ (Sabisch 2009: 109).

Trotz allem aber scheint sich die Durchimpfung junger Mädchen in vielen Ländern weltweit durchzusetzen – wohl nicht zuletzt auf Grund der zahlreichen offiziellen Empfehlungen gewichtiger Institutionen zugunsten der HPV-Impfung: etwa das European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC), die Ständige Impfkommission des Paul Ehrlich Instituts (STIKO) und die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) in Deutschland, und auch der Impfausschuss im Obersten Sanitätsrat des österreichischen Gesundheitsministeriums.

4. Die Implementierung der HPV-Impfung

Österreich war das erste europäische Land, das die HPV-Impfung bereits im Jahr 2006 offiziell eingeführt und empfohlen hat (ECDC 2012: 8). Allerdings blieb ihre Aufnahme in das nationale, aus öffentlicher Hand finanzierte Impfprogramm aus Gründen, die noch darzulegen sind, aus. Im damaligen Impfplan wird die Empfehlung des Impfausschusses im Obersten Sanitätsrat vom 21.11.2006 folgendermaßen formuliert:

> Impfstoffe gegen onkogene Papillomviren sollten für Mädchen und Frauen – möglichst vor Eintritt in das sexuell aktive Alter – zur Anwendung kommen. Die Impfung von Knaben bzw. männlichen Jugendlichen ist prinzipiell sinnvoll, besonders wenn ein Impfstoff verwendet wird, der auch vor Kondylom-verursachenden Viren schützt. Zur Unterbrechung der Infektionskette ist die Impfung von Personen beiderlei Geschlechts wichtig. (Impfplan 2007 Österreich)

Demgemäß war Österreich nicht nur was die grundsätzliche Befürwortung der Vakzination anbelangt, sondern auch hinsichtlich der Inkludierung von Buben und

Männern in die nationale Empfehlung höchst innovativ. Denn obwohl die beteiligten naturwissenschaftlichen Fächer von Anfang an darauf hinwiesen, dass beide Geschlechter geimpft werden sollten, um die Übertragungskette zu unterbrechen (Wright 2006 et.al: 126), vertraten lange Zeit außer Österreich nur Australien und die USA diese Ansicht. Auf Grund neuerer medizinischer und vor allem epidemiologischer Erkenntnisse schließen sich mittlerweile zwar auch andere Länder der Meinung an, die Zielgruppe der Impflinge um männliche Kinder und Jugendliche zu erweitern (Giuliano et.al. 2011: 409; Kunze 2010a: 58-60), jedoch wird deren Ausschluss aus den Impfprogrammen und Empfehlungen zum Teil immer noch mit volkswirtschaftlichen Argumenten begründet: Die Vakzination *aller* Jugendlichen würde zwar wesentlich früher zur so genannten Herdenimmunität führen, rechne sich aber ökonomisch nicht (Kunze ebd. 59).

Australien gilt als beispielhaft bezüglich der bevölkerungsweiten Bereitstellung des Impfstoffs Gardasil. Trotz eines seit 1991 bestehenden intensiven gynäkologischen Screening-Programms, das alle Frauen zwischen 18 und 69 Jahren zu einem zweijährlich durchgeführten zytologischen Abstrich anhält, wurde die HPV-Impfung schon 2007 eingeführt und staatlich finanziert (Brotherton 2011: 2085). Bereits nach einem Jahr waren zwischen 80 und 90% aller Mädchen und jungen Frauen bis 26 Jahre geimpft (Hörandl 2010:3).

Doch auch in anderen Ländern der wohlhabenden industrialisierten Welt wurden die Impfseren ab dem Zeitpunkt ihrer Zulassung grundsätzlich rasch und mit zum Teil aggressiver Bewerbung auf den Markt gebracht. Bereits für das Jahr 2010 nennt etwa UNIVERSIMED Österreich beeindruckende Zahlen: In England und Schottland waren damals bereits über 90% der 12- bis 13Jährigen geimpft, in Kanada bis zu 80%, in Deutschland zwischen 20 und 50%, in Belgien 55%, und

> [i]n Italien haben rund 80% aller 11- bis 12-Jährigen den Impfzyklus begonnen, hier werden die Mädchen … aktiv mittels Brief zur Impfung gerufen …. In der Schweiz hat man sich für die nächsten 5 Jahre eine Durchimpfungsrate von 80% der 11- bis 14-Jährigen zum Ziel gesetzt, bis dato wurden bereits 65–70% erreicht. (Hörandl 2010:2)

Einen weiteren wichtigen und lukrativen Absatzmarkt für beide Impfstoffe, hauptsächlich aber für Cervarix stellt Japan dar. Hier wurde die Impfung auf Grund komplizierter nationaler Verfahren erst 2009 zugelassen, 2010 wurde sie regional uneinheitlich öffentlich finanziert, und im Jahr 2011 war die Durchimpfungsrate

von Mädchen und jungen Frauen je nach Präfektur bereits auf bis zu 70% angewachsen (KA-GSK JAPAN 14.10.2011).

In den Ländern der so genannten Dritten und Vierten Welt, in Regionen also, in denen das Zervixkarzinom ein bedeutend größeres Problem darstellt als im reichen Westen und Norden, fing die Implementierung der HPV-Impfung beider Hersteller erst mit einiger Verspätung an. Für die Erschließung dieser Märkte gibt es seit 2001 regulierende Bestimmungen: Das Prequalification of Medicines Programme (PQP) der UN ist laut Erklärung der WHO, die dieses Programm verwaltet, die einzige Einrichtung, die medizinische Qualitätssicherung auf globalem Niveau bereitstellt – nicht nur, aber vor allem im Hinblick auf die armen und ärmsten Länder der Welt (WHO 2010). In einer Presseaussendung vom 09.07.2009 schreibt GSK: „The WHO decision [to award prequalification] is necessary for UN agencies and the GAVI Alliance to purchase the vaccine in partnership with developing countries and will help speed access to Cervarix globally" (GSK 2009). Im gleichen Text wird darauf hingewiesen, dass der Konzern bereits 2007 ein entsprechendes Ansuchen gestellt hätte, also zwei Jahre vor der Zuerkennung der Prequalification und nur eine Woche nach der Zulassung des Impfstoffes in Europa (ebd.).

Diese Erklärung legt den Schluss nahe, dass der Grund für den verzögerten Markteintritt GSK's in den so genannten Entwicklungsländern in der Langwierigkeit dieser Prüfverfahren gelegen hätte. Ein wenig im Widerspruch dazu stehen allerdings die Angaben der WHO über die Dauer solcher Überprüfungen: Üblicher Weise nehmen sie nur etwa drei Monate in Anspruch – sofern das vom Hersteller zur Verfügung gestellte Datenmaterial vollständig ist und allen Erfordernissen und Sicherheitsstandards entspricht. „If data are insufficient, however, the process can take considerably longer since the manufacturer must submit the necessary data for reassessment" (WHO 2010).

Angesichts solcher etwas irreführender Darstellungen, vor allem aber wegen der beobachtbaren *grundsätzlich* prioritären Versorgung der wohlhabenden Welt mit pharmazeutischen Erzeugnissen, werfen kritische Stimmen der Pharmaindustrie insgesamt vor, nicht der mangelnde Zugang, sondern mangelndes ökonomisches Interesse an unergiebigen Märkten gäbe den Ausschlag für diese so ungleiche

Verteilung. Kleinman und Petryna (2007) etwa warnen im Zusammenhang mit solchen marktwirtschaftlichen Strategien vor einem drohenden Werteverlust:

> [F]ine-grained studies of the global movements of pharmaceuticals … reveal an emerging 'values gap'. It's symptoms include the growing division between populations that have access to life-saving drugs and the ability to pay for them, and populations that have neither and must rely on some other form of distribution. (Kleinman/Petryna 2007: 8)

Im nächsten Abschnitt stelle ich nun die Rahmenbedingungen meines Forschungsprojekts vor, jedoch ist es mir an dieser Stelle wichtig, zuvor einen grundlegenden Umstand zu betonen:

Meine Arbeit hat keinesfalls die Intention, solche Vorwürfe, oder auch Verdächtigungen, wie sie etwa von Katja Sabisch geschildert werden, entweder positiv oder negativ zu bewerten. Auch kann das Ergebnis meiner Studie nicht lauten: Die HPV-Impfung ist gut oder schlecht. Dass die Seren sicher sind, dass sich ihre Nebenwirkungen innerhalb „ganz normaler", auch bei anderen Impfstoffen und Medikamenten akzeptierter Grenzen befinden, dass sie tatsächlich Schutz vor vielen HPV-Infektionen und deren Auswirkungen bieten – diese und ähnliche naturwissenschaftliche Aspekte scheinen mittlerweile geklärt zu sein, wenngleich etliche Fragen nach wie vor der Beantwortung bedürfen. Dabei geht es um durchaus gewichtige Unsicherheitsfaktoren, wie sie etwa in einer ECDC Guidance unter dem Titel „Knowledge gaps and research questions" auch noch 2012 am Ende jeden Kapitels aufgelistet werden (ECDC 2012).[9]

Meine Untersuchung kann solche Fragen selbstredend nicht beantworten. Mir geht es vielmehr darum, den gesamten „Komplex HPV" – Virus, Medizin, pharmazeutische Industrie, öffentlicher Diskurs und betroffene Individuen – aus mehreren Blickwinkeln zu beleuchten, um einerseits den Sonderweg zu verstehen, den Österreich im Hinblick auf die Impfung eingeschlagen hat, und um andererseits aus den gewonnenen Erkenntnissen Rückschlüsse auf sozialwissenschaftlichen Implikationen zu ziehen, die ihrerseits wiederum einer medizinanthropologischen Nutzung zugeführt werden sollen.

[9] Etwa: "How long does the immunity conferred by the vaccines last? Will booster doses be necessary? If waning immunity is a possibility and women will be exposed and susceptible to HPV at an older age because of the vaccination, what consequence will this have on the epidemiology and morbidity of HPV-related conditions? … What is the long-term impact of vaccines on screening programmes? … What is the risk that vaccination of men will cause their female partners to develop HPV-related conditions?" – um nur einige davon zu nennen (ECDC 2012).

III. KONTEXTUALISIERUNG DES FORSCHUNGSPROJEKTS

HPV, eine selbst unter Viren winzige biochemische Einheit, ist nicht nur thematisch hochkomplex, sondern überdies nahezu unüberschaubar umfangreich, was offene Fragestellungen, mögliche Blickwinkel, methodische Herangehensweisen und theoretische Verortungen anbelangt. Der Grund dafür liegt wohl im Wirken des Virus an den Schnittstellen unterschiedlichster sozialer Felder und natur- beziehungsweise sozialwissenschaftlicher Disziplinen. Katja Sabisch (2009) spricht in diesem Zusammenhang von einem

> Konglomerat … aus medizin-, geschlechter-, und wissenschaftssoziologischen Aspekten … [A]ngesichts dieser Verquickung von (bio-)politischen und wirtschaftlichen Interessen, angesichts dieser Verflechtungen von kulturellen und kriminellen Synergien[10] scheinen wir es nicht länger nur mit einem Virus zu tun zu haben. (Sabisch 2009: 109)

Die Identifizierung und die exakte Eingrenzung des Untersuchungsfeldes, durch die seine „Bestellung" (nicht nur im Rahmen einer Diplomarbeit) erst möglich wird, stellt daher eine beträchtliche Herausforderung dar.

In diesem Kapitel zeichne ich nun nach, welche Überlegungen und Vorannahmen mich zu Beginn meines Projekts zu bestimmten Entscheidungen und Abgrenzungen veranlassten, die ihrerseits wiederum das Forschungsdesign und damit natürlich auch die Ergebnisse meiner Studie maßgeblich beeinflusst haben. Während aber im vorangegangenen Teil der Arbeit die biologischen, epidemiologischen, medizinisch-pharmazeutischen und auch ökonomischen Facetten des Virus im Vordergrund standen, konzentriere ich mich nun auf sein bereits angesprochenes diskursives Potenzial und die daraus erwachsenden sozialwissenschaftlichen Fragestellungen, denn: „HPV stellt sich keinesfalls nur als ein *materiell*-laborwissenschaftliches ‚Bio-Gewirr' … dar, sondern auch als ein *kulturell*-vergeschlechtlichtes ‚Diskurs-Gewirr'" (Sabisch 2009: 109, Hervorhebungen im Original).

[10] Sabisch nimmt mit dieser Formulierung Bezug auf die weiter oben bereits angesprochenen Korruptionsvorwürfe gegen Akteur_innen und Institutionen im Zusammenhang mit der Implementierung der HPV-Impfung und der Nobelpreisverleihung an Harald zur Hausen.

1. HPV – ein österreichischer Sonderweg?

Wie bereits ausgeführt, sollten zwischen zur Hausens ersten Verdachtsmomenten in den 1970er Jahren, der Humane Papillomavirus könne Gebärmutterhalskrebs auslösen, über den molekularbiologischen Nachweis dieses mittlerweile als gesichert geltenden medizinischen Faktums bis hin zur Entwicklung und Zulassung der beiden Impfstoffe weit mehr als 30 Jahre vergehen. Dann aber begann das infektiöse Partikel seine rasante und steile Karriere – vorrangig in Europa, den USA und in Australien. Von allem Anfang an war diese Karriere zwar von Widersprüchlichkeiten und Ungereimtheiten geprägt, wohl nirgends jedoch erfuhr der Virus, beziehungsweise die gegen ihn entwickelten medizinisch-pharmazeutischen Innovationen, einen so beispiellosen Einbruch der Erfolgsgeschichte, wie in Österreich.

Bereits in den Jahren 2007 und 2008, gewissermaßen am Höhepunkt der Debatten um HPV, wurden hier politische Entscheidungen getroffen und mediale Aktionen gesetzt, die innerhalb sehr kurzer Zeit zumindest den öffentlichen Interdiskurs nahezu zum Erliegen brachten. Nach einer kurzen Periode der positiven Resonanz in der Bevölkerung auf die „Impfung gegen Krebs“, verschwand das Thema aus den Zeitungen, den Fernsehprogrammen und in der Folge offenbar aus dem öffentlichen Interesse. Mit einer Durchimpfungsrate von weniger als fünf Prozent in der empfohlenen Altersgruppe der 9 bis 15-jährigen Mädchen (und Buben) bildet Österreich somit trotz seiner zunächst eingenommenen Vorreiterrolle das weit abgeschlagene Schlusslicht der Statistiken (Hörandl 2010:2). Je nach eingenommener Perspektive auf diesen sich in Zahlen ausdrückenden österreichischen Umgang mit HPV und seinen Folgen stellen sich somit zwei gänzlich entgegengesetzte Fragen: Wer oder was hat hier versagt? auf der einen Seite – aber: Wer oder was ist hier höchst erfolgreich und zielführend? auf der anderen.

Aus der Sicht des medizinischen Mainstreams, der Pharmafirmen, der Impfstoffe und Impfbefürworter_innen unterschiedlichster Ausprägung befindet sich Österreich zweifellos am Ende dieses konstruierten Rankings. Aus der Sicht derjenigen hingegen, die der HPV-Impfung kritisch bis ablehnend gegenüberstehen, kann davon jedoch keine Rede sein.

2. Zentrale Forschungsfragen

Aus diesen Überlegungen lässt sich nun mein grundlegendes forschungsleitendes Interesse ableiten und in folgende Fragestellung übersetzen:

Wodurch wurde die im Gegensatz zu anderen Industrienationen hier so geringe Akzeptanz der HPV-Impfungen ausgelöst – sowohl bei politischen Entscheidungsträger_innen als auch in der so genannten öffentlichen Meinung? Der statistische Ausdruck "weniger als 5%" dient mir hierbei als Indikator für die vorhandene Ablehnung, gleichgültig, ob nun rationale Gründe oder irrationale Ängste beziehungsweise Unwissenheit dahinter stecken, wie sie so oft Menschen nachgesagt werden, die dem Impfen ganz allgemein kritisch gegenüberstehen.

Meine Vorannahme lautete: Wenn Österreich als einziges unter vergleichbaren Ländern – ebenso wohlhabend und mit einem hochtechnisierten, potenten Medizinsystem ausgestattet, in den Impfstatistiken derart zurückliegt, muss es dafür auch Gründe geben, die über die mangelnde Anerkennung medizinischer Expertisen und die fehlende Akzeptanz pharmazeutischer Lösungsansätze hinausgehen: Gründe, die daher vor allem in den entsprechend geführten Diskursen zutage treten und über sie rekonstruiert werden können.

Nun sind Diskurse aber wesentlich mehr als die Summe der auf unterschiedlichen gesellschaftlichen Ebenen geführten Diskussionen zu einer bestimmten Thematik. In foucault'scher Definition sind sie selbst vielmehr Träger von Macht, weil sie Wissen produzieren, strukturieren und verbreiten. Dieses Wissen wiederum ist die Grundlage für individuelles und kollektives Handeln, es formiert Bewusstsein, Wirklichkeit und Wahrheit. Diskurse sind folgerichtig machtvolle Instanzen der gesellschaftlichen Regulation, „nicht weniger materiell als >echte< Realität [sondern] vollgültige Materialitäten ersten Grades unter den andern. Sie enthalten Vorgaben für die Subjektbildung und [die] Gestaltung von Gesellschaften" (Jäger 2010: 13).

Auch individuelles und kollektives Schweigen, Vergessen, Verdrängen, oder auch ganz bewusst *nicht* gesetzte Handlungen werden von solcherart transportiertem Wissen vielleicht nicht generiert, so doch beeinflusst und geleitet. Das konkrete Tun der Menschen wiederum wirkt seinerseits ebenso „wirk-lich" im Sinne von wirksam und damit machtvoll auf die geführten Diskurse, Wissensformen, Technologien, Politiken und Verhaltensweisen zurück.

Das plötzliche Versiegen der Diskurse um HPV in Printmedien, Werbemaßnahmen, im Rundfunk und in der Öffentlichkeit reflektiert am augenscheinlichsten den abrupten „Karriereknick“ der HPV-Impfung in Österreich. Das Interesse ebbte nicht etwa langsam ab – es war innerhalb kürzester Zeit im Lauf des Frühjahres 2008 generell verschwunden. Aus diesem Umstand wiederum, dem fast kollektiven Vergessen eines kurz zuvor noch so brisanten Themas, generieren sich nun meine Forschungsfragen:

Erstens: Wodurch wurde dieser auf den ersten Blick medial gesteuerte Abbruch der Diskurse um HPV in Österreich ausgelöst? Welche Personen und Institutionen standen hinter den Veränderungen, welche konkreten Entscheidungen wurden gefällt, welche Weisungen ausgegeben, und entlang welcher Machtachsen konnte, oder musste deren Verwirklichung durchgesetzt werden?

Zweitens: Welche Schlussfolgerungen lassen sich aus den geführten Diskursen und gesetzten Aktionen oder Unterlassungen im Hinblick auf die beteiligten Felder ziehen, welche Kommunikationsstrategien prägen ihr Zusammenspiel, und welche herrschenden beziehungsweise sich verändernden Machtverhältnisse werden dadurch widergespiegelt?

3. Gewählte Methoden und forschungspratisches Vorgehen

Auf der Grundlage dieser anfänglichen Überlegungen und formulierten Forschungsfragen ergeben sich nun folgende methodische Schritte:

1. Vorerhebungen: zu HPV, den Pharmakonzernen und zur Chronologie der politischen Entscheidungen und medialen Geschehnisse in Österreich mittels Internetrecherchen, der Analyse von Zeitungsartikeln und Werbeschaltungen.
2. Recherchen: Fokussierung auf die wechselseitigen Wirkungsweisen der beteiligten Spezial- und Interdiskurse sowie auf die Überschneidungen der kommunizierenden Netzwerke und Interessenslagen.
3. Interviews mit Expert_innen:
    a. Auswahl der Gesprächspartner_innen entlang dieser Überschneidungen

b. Fragestellungen (über die Abklärung der historischen Ereignisse hinausgehend) entlang der Kategorien Wissen – Gender – Verantwortungen – Compliance/Widerstand – Bewertung der eigenen Entscheidungen in der Rückschau – denkbare andere Handlungsoptionen – Einschätzung der jeweiligen Gegendiskurse – Einschätzung der Auswirkungen auf die Gegenwart

4. Datenanalyse: nach sowohl rekonstruierenden als auch interpretativen Gesichtspunkten
5. Reflexionsprozesse

4. Positionierung im Forschungskontext

Vor allem in der naturwissenschaftlichen Fachliteratur wird der Komplex aus HPV, Erkrankung und Prophylaxe seit langem ausführlich behandelt. Sozialwissenschaftlich und vor allem anthropologisch scheint das Thema jedoch angesichts der heftigen Debatten erstaunlich wenig erschlossen zu sein, insbesondere im deutschsprachigen Raum. So schreiben etwa Petra Kolip und Corinna Schach:

> Welche Auswirkungen eine … Kommunikationsstrategie hat, die Mädchen und Jungen vor dem ersten Sexualkontakt vor Augen führt, dass durch Geschlechtsverkehr Krebs entstehen kann, ist bislang nicht untersucht und wird auch in der aktuellen Diskussion kaum thematisiert. (Kolip/Schach 2010: 33)

Zur Situation der HPV-Impfung in Österreich wurden im November 2008 und im Juli 2009 zwei Diplomarbeiten am Institut für Publizistik an der Universität Wien approbiert. Beide beleuchten das Thema aus einem kommunikationswissenschaftlichen Blickwinkel und fokussieren dabei auf die Werbeaktivitäten des Deutschen (DGK) und des Österreichischen Grünen Kreuzes (ÖGK) sowie der Österreichischen Krebshilfe.

Adametz (2008) kommt zu interessanten Ergebnissen hinsichtlich der Rezeption eines kurzen TV-Spots des DGK, der auf Initiative des ÖGK zwischen September und Oktober 2007 im Österreichischen Rundfunk ausgestrahlt wurde. Insgesamt 11 Proband_innen in vier nach Alter und Gender differenzierten Gruppen bekamen den Spot zu sehen und wurden im Anschluss nach zuvor festgelegten Krite-

rien um ihre Bewertungen gebeten (Adametz 2008: 76-78). Das wichtigste Ergebnis dieser Studie, das sich auch in meiner Untersuchung als sehr bedeutsam herausgestellt hat, fasst die Autorin wie folgt zusammen:

> Es zeigte sich, dass Inhalt und Aussage des TV-Spots missgedeutet wurden … So betrachteten die Probanden, trotz entsprechender Aussage der Protagonistin, die Impfung, gegen die Infektion die den Krebs verursachen kann‘ als Impfung gegen die Krankheit Krebs selbst. Auch die Annahme, man wäre zu 100% vor einer Krebserkrankung geschützt wurde getätigt und entspricht keinesfalls den Tatsachen. (ebd. 212)

Sabine Sommers Arbeit (2009) untersucht den Zusammenhang zwischen negativer Berichterstattung und Öffentlichkeitsarbeit rund um die Informationskampagne der Österreichischen Krebshilfe „Sagen Sie es weiter: HPV kann Gebärmutterhalskrebs auslösen“. Die Autorin bietet hier vor allem eine sehr kompakte chronologische Darstellung der Ereignisse zwischen dem Start der Aktion im Oktober 2006, der auftretenden Krise der Kampagne im Oktober 2007, als der Todesfall eines jungen Mädchens in zeitlicher Korrelation mit einer verabreichten Dosis Gardasil bekannt wurde, und ihrem Ende im Frühjahr 2008 (Sommer 2009: 66-70).

Katja Sabischs Fokus liegt auf der Medikalisierung und Pathogenisierung des Mädchenkörpers durch die Kampagnen rund um HPV (Sabisch 2009: 107). Auch sie beschäftigt sich in ihrer diskursanalytischen Aufarbeitung des Themas unter anderem mit dem österreichischen Todesfall und unterzieht die mediale Berichterstattung einem Vergleich mit den Meldungen der Printmedien in Deutschland, wo im Sommer 2007 ebenfalls ein junges Mädchen nach der Impfung gestorben war.

Andrea Stöckl schließlich (2010) bietet eine anthropologische Perspektive auf HPV in Europa. Sie vergleicht die politischen, sozialen und auch historischen Gegebenheiten in Österreich, Deutschland, Großbritannien und Italien und konzentriert sich dabei hauptsächlich auf drei Fragestellungen: (1) auf soziale und politische Implementations- und Finanzierungsstrategien (2) auf die Erschaffung bestimmter „Öffentlichkeiten“ durch die Verbreitung von Wissen und (3) auf Gender, Sexualität und Moral in ihrer jeweiligen nationalen Ausprägung (Stöckl 2010: 256-258).

IV. DER FORSCHUNGSPROZESS

> In jedem sozialwissenschaftlichen Forschungsprozess müssen wir verstehen, warum die Untersuchten so handeln, wie sie handeln. Wir müssen ihre Interpretationen der Situation verstehen, und wir müssen den Sinn verstehen, den sie ihren Handlungen geben. (Gläser/Laudel 2010: 32)

Nicht nur in einem so komplexen Themenfeld wie HPV ist umfassendes Verständnis nur dann zu erreichen, wenn unterschiedliche Methoden miteinander kombiniert, also trianguliert werden. Dieses *mixing of methods,* wie es in der englischsprachigen Fachliteratur genannt wird, ermöglicht die Kompensation von Schwachstellen der einen mit den Vorteilen der anderen Herangehensweise (ebd. 105). „Today, mixed methods is becoming the norm rather something interesting to talk about. Not a moment too soon, either" (Bernard 2006: 298). Die Problematik zu Beginn eines Forschungsvorhabens besteht jedoch Auswahl der geeigneten Werkzeuge, denn, so Bernard weiter: „there is no formula, *how* to mix methods" (ebd. Hervorhebung durch die Verfasserin).

1. Methodisches Instrumentarium

1.1. Vorerhebungen und Recherchen

Aus der Sicht des erfahrenen Insiders stellt der italienische Philosoph Giorgio Agamben folgende Beobachtung an den Beginn seines Werkes *Signatura rerum*:

> Wer mit der Forschungspraxis der Humanwissenschaften vertraut ist, weiß, daß das Nachdenken über die Methode in ihnen nicht, wie man gerne meint, am Anfang steht, sondern *nach* der Praxis kommt, und zwar in Gestalt jener vorletzten Gedanken, die mit Freunden geteilt und … diskutiert werden und keine andere Existenzberechtigung haben, als daß sie sich aus langer Auseinandersetzung mit den Gegenständen der Forschung ergeben. (Agamben 2009: 7, Hervorhebung im Original)

Für die Sozialwissenschaften gilt wohl Ähnliches, wenngleich ich für mein eigenes Projekt einräume, dass „das Nachdenken über die Methode" zwar nicht an vorletzter, aber gewiss auch nicht an erster Stelle stand. Zu Beginn meiner Recherchen im Sommer letzten Jahres, war mein eigener Wissensstand zu HPV wohl ebenso rudimentär, wie das in Österreich grundsätzlich der Fall zu sein scheint. Zu diesem Zeitpunkt konnte ich demgemäß noch nicht abschätzen, wel-

che Fülle an je gleichermaßen interessanten, sozialwissenschaftlich relevanten und durchaus auch im Rahmen einer Diplomarbeit machbaren Untersuchungsmöglichkeiten sich mir im Lauf der Zeit eröffnen würde – ein Umstand, der das Forschen einerseits ebenso lust- wie anspruchsvoll gemacht hat, der andererseits aber auch einige Schwierigkeiten bereithielt. Diese frühe Phase stand ganz im Zeichen des „Zirkels von Gegenstand und Methode“, wie es Fritz G. Wallner ausdrückt – zwar in anderen Worten, aber das gleiche meinend wie Agamben (Wallner 1992: 41).

Ich hatte zwar von „diesem Virus, der Gebärmutterhalskrebs auslöst“ gehört und erinnerte mich an Broschüren, auf deren Titelblättern besorgte Mütter mit ihren Töchtern abgebildet waren, aber bereits der Slogan der Österreichischen Krebshilfe „Sagen Sie es weiter“ war mir entfallen gewesen. Der intensive persönliche Wissenserwerb stand daher an allererster Stelle, um überhaupt zu einer sinnvollen Festlegung des Erhebungsfeldes zu kommen. Meine eigene Ausgangslage war somit die einer Userin auf der Suche nach Informationen über HPV, Gebärmutterhalskrebs und Impfung. Diese in vielen Forschungsvorhaben zwar unübliche, aber in der Methodenliteratur bekannte anfängliche Perspektive einer Laiin erwies sich zunächst als sehr zeitintensiv, im weiteren Verlauf jedoch, insbesondere für die Beobachtung der eigenen Wissensgenerierung und Reflexionsarbeit, als überaus hilfreich (vgl. Hirschberger/Amann 1997).

Die ersten Schritte waren naheliegend: Mittels Internetrecherchen, der Lektüre von Fachartikeln, der Analyse von Zeitungs- und Rundfunkmeldungen sowie einiger Werbemaßnahmen unterschiedlicher Institutionen musste ich mir zu Beginn ein erstes Bild über das Virus, seine Entdeckungs- und Erfolgsgeschichte, die HPV-Impfung und natürlich auch über die beteiligten Pharmaunternehmen verschaffen.

Es sollte eine Weile dauern, bis mir der Mangel an Informationen zur Situation in Österreich bewusst wurde, dann aber richtete sich mein Fokus selbstverständlich sehr schnell auf die stetig wiederkehrende, die österreichische Sonderrolle widerspiegelnde Formulierung „weniger als 5%“. Ein Teil der Erkenntnisse, die ich aus diesen Vorstudien gewinnen konnte, ist in die beiden Kapitel II und III eingeflossen. Die Formulierung zentraler Forschungsfragen und die Festlegung des Forschungsdesigns waren jedoch erst ab diesem Zeitpunkt möglich.

Auf Grund der höchst mangelhaften sozialwissenschaftlichen Datenlage zur Situation der HPV-Impfung in Österreich war es von allem Anfang an nötig, explorativ im Sinne einer Pilotstudie vorzugehen. Ich verstehe meine Arbeit demgemäß einerseits als Grundlagenforschung über die österreichischen Gegebenheiten, die zu den genannten Geschehnissen beziehungsweise Unterlassungen geführt haben. Das erhobene Datenmaterial und die daraus gewonnenen Erkenntnisse sollen einem länderübergreifenden Vergleich zugänglich gemacht werden. Zum anderen betrachte ich meine Untersuchung aber auch als Auftakt zu einer Reihe eigener weiterführender Forschungen, die solchen Grundlagenwissens bedürfen, jedoch im zeitlich und inhaltlich sehr eng gesteckten Rahmen einer Diplomarbeit nicht umgesetzt oder nur angedacht und angedeutet werden können. Der Ausdruck „Pilotstudie“ hat also auch auf dieser persönlichen Ebene seine Berechtigung.

Im folgenden Abschnitt geht es nun um die konkrete empirische Praxis: die rekonstruierende Untersuchung sozialer Prozesse und ihr zentrales Instrument, das Expert_inneninterview (Gläser/Laudel 2010: 14).

1.2. Die rekonstruierende Untersuchung

Jochen Gläser und Grit Laudel (2010), deren Lehrbuch ich mir hier zunutze mache, unterscheiden zwei grundlegende Formen qualitativer Forschung:

Die rekonstruierende Untersuchung hat zum Ziel, mit Hilfe des Wissens von Expert_innen Zugang zu sozialen Prozessen zu bekommen, die vornehmlich in der Vergangenheit stattgefunden haben, deren Auswirkungen aber auch in der Gegenwart spürbar beziehungsweise beobachtbar sind (Gläser/Laudel 2010: 13 f.). Es geht hier also darum nachzuvollziehen, auf welche Weise, durch welche Akteur_innen und aus welchen Gründen bestimmte Geschehnisse eingetreten sind, um den gesamten Prozess zu verstehen und ihn letztlich nachzeichnen zu können.

Die zweite Vorgehensweise richtet ihre Aufmerksamkeit zwar auch auf Prozesse und Entwicklungen, beleuchtet jedoch „Deutungen, Sichtweisen und Einstellungen von Menschen“ (ebd. 13) – ein interpretierender Zugang, der auf den ersten

Blick bedeutend „anthropologischer“ anmutet. Wird diese Forschungsstrategie gewählt, so bietet sich als geeignetes Erhebungsinstrument das biografische Interview an (ebd. 14), bei dem es selbstverständlich nicht vorrangig um die Frage geht, „Was ist passiert?“ – sondern vielmehr darum, „Wie wurde es erlebt und gedeutet?“

Um zu verlässlichen Antworten auf meine Forschungsfragen zu kommen, erschien es mir ein zielführender und praktikabler Weg zu sein, rekonstruierend zu arbeiten und mich dabei methodisch an Gläser und Laudel zu orientieren. Allerdings erschöpft(e) sich mein Interesse damit nicht:

Natürlich haben mir meine Gesprächspartner_innen in ihrer Rolle als Expert_innen und Entscheidungsträger_innen (zum Teil auf höchster Ebene) das Tor zur jüngeren Vergangenheit geöffnet, aber jede und jeder von ihnen ist zusätzlich viel mehr als nur Träger_in von Faktenwissen und Erinnerungen. Sie sind Menschen, deren Handlungsoptionen zwar mit ihren sozialen Feldern, Räumen und Netzwerken korrespondieren, die jedoch zusätzlich die Vergangenheit auf der Basis ihrer Wissenshintergründe und habituellen Verortungen auf ihre ganz spezifische Weise erlebt haben und in der Rückschau interpretieren – wiederum mit direkten Auswirkungen auf gegenwärtige Geschehnisse und Handlungen.

Ungeachtet der Überschrift dieses Kapitels überschneiden sich in meinem Projekt daher rekonstruierender und interpretierender Ansatz – ein Umstand, der laut Gläser und Laudel aber nicht nur zulässig, sondern oft unumgänglich ist.

> Gerade solche Verkopplungen verdeutlichen … wie nützlich es ist, sich zunächst die unterschiedlichen Funktionen bewusst zu machen, die Interviews im Untersuchungsprozess haben. Außerdem werden die beiden Funktionen nur sehr selten gleichberechtigt nebeneinander stehen. In der Regel dominiert eine der beiden Funktionen, und das Interview wird an ihr orientiert. (ebd. 14)

1.2.1. Interviewführung

„Semistructured interviewing works very well in projects where [we] are dealing with high-level bureaucrats and elite members of a community–people who are accustomed to efficient use of their time” (Bernard 2006: 212). In diesem kurzen Statement sind bereits einige Elemente vorweggenommen, die ein Gespräch zu

einem bestimmten Thema in den Status eines Expert_inneninterviews erheben. Allerdings ist dieser Aussage ein gewichtiger Einwand entgegenzuhalten:

Semistrukturierte, leitfadengestützte Interviews sind gewiss das adäquate Instrument der Gesprächsführung mit den hier beschriebenen Personen, aber nicht nur „high-level bureaucrats and elite members of a community“ sind Expert_innen. Um diese Behauptung zu begründen, möchte ich auf eine meiner Forschungspartner_innen schon jetzt vorausgreifend eingehen, während ich alle anderen erst im hier anschließenden Abschnitt vorstelle:

Angelika Stein, 25 Jahre alt, hat mir Anfang Juni 2012 ein langes, für sie wohl sehr schwieriges aber gleichermaßen offenes Interview gewährt. Sie ist weder Ärztin noch Politikerin, ebenso wenig arbeitet sie in der Pharmaindustrie oder für Institutionen, die für Expertisen und Entscheidungen in Bezug auf HPV zuständig sind. Trotzdem ist Trägerin eines „Spezialwissen über die zu erforschenden sozialen Sachverhalte“ die für das Verständnis meines Untersuchungsfeldes unumgänglich sind (Gläser/Laudel 2010: 12, orig. kursiv): Sie weiß, wie sich der Alltag mit dem Virus gestaltet, sobald er im eigenen Körper nachgewiesen, also gewissermaßen vom Gebärmutterhals ins Bewusstsein transferiert wurde. Ich betrachte daher auch sie als eine Expertin unter den anderen und habe das Interview – wenngleich behutsamer und persönlicher, so doch nach den gleichen methodischen Kriterien geführt.

Sich in Interviews mit Fachleuten auf Leitfäden zu stützen hat mehrere höchst praxisorientierte Vorteile. Vor allem lässt sich die veranschlagte Gesprächszeit wesentlich effizienter nutzen, wenn bereits im Vorfeld festgelegt ist, welche Informationen unbedingt eingeholt werden müssen und worauf keinesfalls vergessen werden darf. Jedes einzelne Interview sollte daher die nötige Vorbereitungszeit bekommen – nicht nur jedoch, um die Richtung des Gesprächsverlaufs vorgeben, kontrollieren und gegebenenfalls korrigieren zu können. Wenn, wie in meinem Projekt, tatsächlich „elite members of a community“ kontaktiert werden, so ist es unerlässlich, genügend eigenes Wissen über das Thema, über die interviewte Person, über Zusammenhänge und wichtige Nebenschauplätze mitzubringen, um auch selber als Expert_in für das eigene Projekt wahrgenommen und anerkannt zu werden (Gläser/Laudel 2010: 150 f.). Nur innerhalb dieser

Ausgewogenheit der Rollenverteilung wird ein ergiebiges, informatives und selbstverständlich auf beiden Seiten respektvolles Gespräch zustande kommen.

Wenn sich nun eine Untersuchung tatsächlich „nur“ auf rekonstruierende Gesichtspunkte konzentriert, so empfiehlt es sich, mit einer Reihe von gleichbleibend formulierten Fragen an die Interviewpartner_innen heranzutreten, um zwar unterschiedliche, aber vergleichbare Antworten zu bekommen. Gläser und Laudel erklären diesen Hinweis mit

> Gewöhnungsprozessen … während der Untersuchung … Man neigt dann dazu, Fragen unbewusst so umzuformulieren, dass sie nur noch Bestätigungen für das einholen, was man schon zu wissen glaubt. … Das strikte Abarbeiten des Interviewleitfadens vom ersten bis zum letzten Interview schützt vor solchen vorzeitigen Schließungen. (ebd. 143)

Da mein Erkenntnisinteresse jedoch über die Rekonstruktion der Vergangenheit hinausgeht und auch die interpretative Dimension einschließt, war jeder einzelne Leitfaden nicht nur anzupassen, sondern gänzlich neu zu überlegen, zu überprüfen und zu verschriften. Gleichbleibend für alle Personen waren demgemäß fast ausschließlich die Fragen nach den Geschehnissen, die in Österreich zu dem beschriebenen Karriereknick der HPV-Impfung geführt haben:

Was ist in den Jahren 2007 und 2008 passiert? / Warum? / Wer waren die Entscheidungsträger_innen? / Wo verlaufen die entsprechenden Machtachsen? / Was hätte bestenfalls anders passieren müssen? / Wie wäre (jeweils individuell) die gegenwärtige Idealsituation im Hinblick auf die Impfung? / Welche Auswirkungen lassen sich für die Gegenwart erkennen beziehungsweise für die Zukunft erwarten?

Alle weiteren Fragen, vornehmlich die nach persönlichen Einstellungen und Betroffenheiten sowie nach der Einschätzung der jeweiligen Gegendiskurse, wurden auf die Gesprächssituation und die besondere Rolle abgestimmt, die mein Gegenüber nicht nur innerhalb des Themas, sondern auch innerhalb der agierenden und entscheidenden Personen und Netzwerke einnahm, beziehungsweise nach wie vor bekleidet.

Die Antworten auf meine Fragen, die Erklärungen, Stellungnahmen und Sichtweisen meiner Gesprächspartner_innen, die im Verlauf dieser Diplomarbeit zitiert werden, habe ich grammatikalisch bereinigt setze sie und im Schriftbild kursiv.

1.2.2. Die Auswahl der Expertinnen und Experten

Da sich meine Diplomarbeit im weitesten Sinn mit der Konstruktion bestimmter Wirklichkeiten und der Macht des darin wirksamen und daraus entstehenden Wissens beschäftigt, war es zu Beginn des Projekts erforderlich, meinerseits einen Teil der mich umgebenden Realität als stabile und gesicherte Basis festzulegen. Als solche, und damit als Ausgangspunkt meiner empirischen Erhebungen betrachte ich die extrem niedrige Durchimpfungsrate junger Mädchen und Frauen in Österreich.

In unzähligen informellen Gesprächen abseits der Felder Medizin, pharmazeutische Industrie und Politik konnte ich im gesamten Verlauf der Untersuchung ein nur sehr geringes Wissen und Interesse über beziehungsweise an dem Virus, seinen Auswirkungen und den möglichen prophylaktischen Maßnahmen beobachten. Ob diese Gespräche mit Frauen oder Männern, im universitären Umfeld oder in bildungsfernen Bereichen stattfanden, spielt dabei keine Rolle: HPV ist durchwegs nicht, oder nur in Ansätzen bekannt.

Einerseits sehe ich darin eine Bestätigung der Verlässlichkeit der Zahlen und Daten, auf die ich mich stütze, andererseits aber lenkt dieser Umstand die konkrete empirische Praxis in eine ganz bestimmte Richtung:

Der in der anthropologischen Forschung wohl am häufigsten angelegte Fokus richtet sich üblicher Weise auf die so genannten *lay actors* innerhalb eines Untersuchungsfeldes – auf ihr alltägliches Leben, ihre Praktiken, Glaubensvorstellungen und sozialen Beziehungen. Ann Rudinow Saetnan (2000) weist dabei auf eine erkenntnisgenerierende Besonderheit dieser Perspektive hin: „[I]t is … in the general public's acceptance of meanings and practices – be that acceptance grudging or enthusiastic – that the success (or failure) of elite actors' scripts can be read" (Saetnan 2000: 15).

Nun legt der geringe Wissensstand in der österreichischen Gesellschaft zum Thema HPV die Vermutung nahe, dass in hier nicht so sehr Akzeptanz oder Ablehnung einer medizintechnologischen Innovation hinter den Entscheidungen für oder gegen die Impfung stehen, sondern vielmehr die kaum vorhandene Informiertheit über den Virus und seine möglichen Folgen. Im Feld der User_innen ausreichende Informationen zur Beantwortung meiner Forschungsfragen einzu-

holen, erschien mir daher wenig erfolgversprechend zu sein. Da die Frage nach der Generierung von Wissen aber natürlich immer auch die Frage nach der Entstehung von Unwissenheit impliziert, liegt der Focus meiner Arbeit folgerichtig in erster Linie auf den diskursiv Mächtigen, auf „einzelne[n] Personen oder Institutionen, [die] … stärker Einfluss auf die Gestaltung von Diskurssträngen nehmen, als dies üblicherweise der Fall ist“ (Jäger 2010: 44), auf denen, solcherart produziertes Wissen verwalten, verändern, zurückhalten oder gar verschleiern.

Ich habe mich in meinem Projekt daher nahezu gänzlich darauf konzentriert, meine Interviewpartner_innen aus den Bereichen Forschung, Medizin, Politik und wissenschaftlicher Kritik zu rekrutieren, die die Netzwerke und Knoten darstellen, innerhalb und entlang derer Interessen verhandelt und Entscheidungen getroffen werden (Saetnan 2000: 13). Die Fortführung meiner Gespräche mit „Lai_innen“ zur Überprüfung der Generierung meines eigenen Wissens wurde jedoch während des gesamten Forschungsprozesses beibehalten, die daraus gewonnenen Erkenntnisse fließen in die Arbeit ein: Denn „Viren mutieren“ (Mayer/Weingart 2004: 12) – und mit ihnen mutiert das über sie produzierte, transportierte und reproduzierte Wissen auf seinem Weg aus den Laboratorien hin zu den *lay users*.

An dieser Stelle ist jedoch ein weiteres Mal auf eine Besonderheit des HP-Virus hinzuweisen: Vom neunjährigen Impfling über politische Machtträger_innen bis hin zu den Forscher_innen in Virologie, Medizin oder Pharmakologie – jeder dieser gesellschaftlichen Bereiche, jedes der hier agierenden Individuen kann auf Grund der globalen Verbreitung des Virus und seiner extrem hohen Infektiosität in der einen oder anderen Form unmittelbar von HPV betroffen sein. Während sich also Angelika Stein nach der oben ausgeführten Expert_innenlogik ohne Unterschied in die Reihe der anderen Forschungspartner_innen einfügt, oszillieren diese ihrerseits zwischen ihren Rollen als *elite actors* auf der einen Seite und *lay users* auf der anderen – ein vor allem in der Interpretation der Interviews zwar herausfordernder aber hochinteressanter Umstand.

Bevor ich nun mit der Vorstellung meiner Gesprächspartner_innen beginne, sei zuvor ein anthropologisch einigermaßen ungewöhnlicher Sachverhalt meines Projekts erwähnt: Üblicher Weise ist es in unserer Disziplin geradezu unerläss-

lich, unseren Forschungspartner_innen uneingeschränkte Anonymität zuzusichern – eine grundsätzliche Notwendigkeit, die ich jedoch wegen des Status der befragten Personen in den meisten Fällen nicht berücksichtigen konnte:

Wenn sich nämlich jemand die Mühe macht, selber zu recherchieren, wird in kürzester Zeit herauszufinden sein, mit wem ich gesprochen habe. Außerdem wurde mir während der Zeit der Interviewführung zwischen Dezember 2011 und Juni 2012 relativ rasch bewusst, dass sich die befragten Personen über mein Projekt austauschten und jeweils bereits im Vorfeld wussten, mit wem ich Kontakt aufgenommen hatte. Um aber zumindest außerhalb dieser „Szene" ein Mindestmaß an Diskretion zu wahren, nenne ich trotzdem keine Namen, sondern liste die Interviews lediglich mit Abkürzungen, Zugehörigkeit und Gesprächsdauer chronologisch im Quellenverzeichnis auf.

Nach der Festlegung des Personenkreises erfolgte deren Auswahl fließend und ergab sich zum Teil aus Informationen, die ich in den bereits geführten Gesprächen erhalten hatte. Die erste sehr naheliegende Kontaktaufnahme erfolgte bei Sanofi Pasteur MSD. In diesem hochinteressanten Gespräch mit BP im Gebäude der österreichischen Niederlassung des Konzerns erhielt ich nicht nur wichtige Informationen zur Entwicklung und Zulassung von Impfstoffen, zu HPV und zur HPV-Impfung, sondern wurde auch auf eine ganze Reihe von Zusammenhängen und Akteur_innen hingewiesen, die von entscheidender Bedeutung für mein Forschungsprojekt waren.

Die nächsten Interviews führte ich mit zwei Sozialmedizinerinnen an der Wiener (UK) beziehungsweise Grazer (ER) Universität. Diese Gespräche waren unter anderem insofern bereichernd, als ich erkennen konnte, wie unterschiedlich sich die Argumentationslinien innerhalb derselben Disziplin gestalten können. Während UK eine unermüdliche Fürsprecherin der HPV-Impfung ist, steht ER der Vakzination zwar ebenfalls nicht ablehnend gegenüber, jedoch kritisiert sie in aller Schärfe den Zeitpunkt ihrer Einführung, gewisse Marketingstrategien, den Umgang mit Gesundheitsinformationen und vor allem das zum Teil sehr fragwürdige Menschenbild in der Medizin.

Ähnliches gilt für meine nächste Gesprächspartnerin (SG), Medizinsoziologin und Geschäftsführerin des Grazer Frauengesundheitszentrums, die vergleichbare

Punkte beanstandet wie ER und darüber hinaus höchst kritisch zur Pharmaindustrie an sich, dem Medizinsystem und den damit im Zusammenhang stehenden gesellschaftlichen Belangen Stellung bezieht. Auch sie ist aber keine grundsätzliche Gegnerin der HPV-Impfung als Präventivmaßnahme.

Als nächstes hatte ich die Gelegenheit, ein sehr langes und zum Teil sehr persönliches Interview mit der ehemaligen Gesundheitsministerin Andrea Kdolsky zu führen. (Ihren Namen hier zu verschweigen erschiene mir zu eigenartig.) Sie war von Jänner 2007 bis Dezember 2008, also zum neuralgischen Zeitpunkt im Amt und somit die höchste politische Entscheidungsträgerin im Hinblick auf die Implementierung der Impfung in Österreich. Ihren Entschluss, die Vakzination *nicht* in das staatlich finanzierte Impfprogramm aufzunehmen, konnte sie mir im Zuge unseres Gesprächs sehr nachvollziehbar erklären. Diese Entscheidung wurde übrigens von ihrem Nachfolger Alois Stöger bis heute nicht revidiert.

RS, Vorstandsmitglied der Wiener Ärztekammer sowie Kinder- und Jugendarzt, gewährte mir eine Mittagspause in seiner Ordination. Von ihm erhielt ich sehr wertvolle Einblicke in seine Tätigkeit als Impfreferent, in sein Selbstverständnis als Berater für Eltern, die vor einer Impfentscheidung stehen, in die Funktionsweisen des kindlichen Immunsystems, in politische Zusammenhänge und vieles mehr, das mir zum Teil ganz neue und interessante Gesichtspunkte eröffnete.

Das nächste Gespräch fand in der Steiermark statt, wohin mich der Kinderarzt und ehemalige Vorsitzende des Impfausschusses im Obersten Sanitätsrat (IM) eingeladen hatte. In der gemütlichen Atmosphäre seines Wohnzimmers sprachen wir neben vielem anderen über die Geschichte und den Stellenwert des Impfens an sich, über impfkritische Bewegungen in Österreich, über Details zur HPV-Impfung und natürlich auch über die Arbeit des Impfausschusses, der dem Gesundheitsminister als beratendes Gremium zur Seite steht und nicht zuletzt für den jährlich neu konzipierten österreichischen Impfplan zuständig ist.

Das Ludwig-Boltzmann-Institut für Health Technology Assessment Wien führte 2007 im Auftrag des Gesundheitsministeriums unter Andrea Kdolsky eine ökonomische Evaluierung der HPV-Impfung in Österreich durch (Zechmeister 2007). Eine der Autor_innen dieser Studie (IZ) gewährte mir in unserem Gespräch im

April 2012 Zugang zum Verständnis der Abläufe solcher Evaluierungsmaßnahmen, wertvolle Einsichten in die generellen Aufgaben des Health Technology Assessments, in Qualitätsstandards und vor allem in die Möglichkeiten des Umgangs mit der Verlässlichkeit von Informationen und Daten.

Das zuletzt geführte Gespräch war ein Gruppeninterview mit einem Vertreter und einer Vertreterin von GlaxoSmithKline Wien (HF und AK-T). Hier teilte ich mir die Interviewführung mit meinem Diplomarbeitsbetreuer Bernhard Hadolt, der unter anderem zur Situation der HPV-Impfung in Japan forscht. Dieses Gespräch drehte sich deshalb wesentlich mehr um die internationalen Belange im Hinblick auf die pharmazeutische Industrie als die anderen Interviews. Ein zweiter, ebenso wichtiger Gesprächsstrang rankte sich um gegenwärtige Maßnahmen und wiederaufgenommenen Tätigkeiten zur Nutzbarmachung der Impfung in Österreich.

Informationen zum Interview mit Angelika Stein, dem chronologisch jüngsten Ereignis, sind dem vorangegangenen Abschnitt zu entnehmen.

Es ist mir bewusst, dass diese Darstellungen die Interviews nur sehr verkürzt umreißen. Jedes einzelne Gespräch war wesentliche reicher an Informationen, Einblicken und wertvollen Anregungen, als es zu diesem Zeitpunkt meiner Arbeit geschildert werden kann. Allgemein aber gilt: Jede und jeder meiner Forschungspartner_innen zeigte sich überaus interessiert und bereitwillig, mir ihr/sein Wissen und vor allem ihre/seine Zeit zur Verfügung zu stellen. Allen sei an dieser Stelle mein herzlicher Dank ausgesprochen!

1.3. Analyseverfahren

Der Output qualitativer Verfahren der Datenerhebung besteht in erster Linie aus Texten, deren Analyse und nachfolgende Interpretation uns in die Lage versetzt, wissenschaftliche Erklärungsmodelle hinsichtlich beobachteter sozialer Prozesse und Sachverhalte zu formulieren. Eines der Hauptprobleme dabei besteht in dem Umstand, dass wir unter Anwendung solcher Methoden „ein prinzipiell unscharfes Datenmaterial auswerten [müssen], das auch schwer interpretierbare, irrelevante und widersprüchliche Informationen enthalten kann“ (Gläser/Laudel 2010: 43).

Ich habe mich dazu entschieden, meine Texte zu kodieren. Ausschlaggebend dabei ist die Definition des Begriffs ‚Code', wie sie von Bernard vorgeschlagen wird: als „indexing device", ein Instrument der Indexierung der zu analysierenden Daten (Bernard 2006: 405). In diesem Sinne verstanden sind Codes nichts anderes als aussagekräftige Markierungen, die unterschiedlichen Textpassagen zugeordnet werden. Die Texte – Interviewtranskripte, Feldnotizen, aber auch beispielsweise Zeitungsartikel oder das eigene Forschungstagebuch, werden auf diese Weise mit einem Raster aus Platzhaltern versehen. Dadurch wird es möglich, einzelne Absätze, Zeilen, oder sogar Wörter selbst in einem sehr großen Datenkonvolut aufzufinden, sie miteinander in Beziehung zu setzen, sie zu vergleichen, oder sie im Hinblick auf wiederkehrende Bezüge mit anderen gesetzten Codes zu analysieren (Gläser/Laudel 2010: 45 f.).

Das Verfahren des Kodierens wird unter anderem in der Grounded Theory (GT) angewendet, einer Methodenlehre, die von Anselm Strauss und Barney Glaser begründet wurde (Titscher 1998: 93). Wenngleich ich selbst nicht nach den Anweisungen dieses komplexen Instruments der Textanalyse und Theorieentwicklung vorgegangen bin, so habe ich mich in der Aufbereitung und Untersuchung meiner Daten doch an dessen Vorgaben orientiert. [11]

Im Unterschied zur paraphrasierenden Kodierung, wie Bernard sie vorschlägt, sind Codes in der Grounded Theory analytische Werkzeuge. Sie ordnen das Datenmaterial nicht nur, sondern analysieren und theoretisieren es bereits. Der Version der GT zufolge, die Strauss gemeinsam mit Juliet Corbin entwickelt hat, besteht die durchzuführende Arbeit aus drei idealtypisch aufeinanderfolgenden Kodier-Phasen, die jedoch zumeist nicht exakt voneinander zu trennen sind (Strauss/Corbin 1996: 95).

Die Autor_innen sprechen hier vom (1) offenen Kodieren, einem „Prozess des Aufbrechens, Untersuchens, Vergleichens, Konzeptualisierens und Kategorisierens von Daten" (ebd. 43); (2) dem axialen Kodieren als Verbindung und Kontextualisierung der zuvor identifizierten Kategorien zur Rekonstruktion der „Ergebnisse oder Resultate von Handlung und Interaktion" (ebd. 75); und (3) dem selektiven Kodieren zur Integration der aus den Texten abgeleiteten Erkenntnisse zu

[11] Die exakten Anleitungen zur Durchführung dieses Verfahrens sind bei Strauss nachzulesen (Strauss/Corbin 1996: 43-118).

einer „beschreibende[n] Erzählung oder Darstellung über das zentrale Phänomen der Untersuchung“ (ebd. 94).

Dieses sehr zeitaufwendige Verfahren, das vor noch nicht allzu langer Zeit mit Leuchtstiften und unzähligen Ausdrucken in Papierform erledigt werden musste, kann mittlerweile wesentlich effizienter und wohl auch genauer mit Programmen zur computergestützten Analyse qualitativer Daten durchgeführt werden: etwa mit dem von mir verwendeten ATLAS.ti.[12] Vor allem die Hierarchisierungen der Codes, die sich während der Bearbeitung der Texte ergeben, ihre Zusammenfassung in Codefamilien und nicht zuletzt ihre grafische Darstellung werden durch solche Programme mit relativ wenig logistischem Aufwand möglich.

Meinen Ergebnissen ein wenig vorausgreifend möchte ich hier die drei hierarchisch korrelierten Kategorien nennen, die sich während der Analyse der Interviews als die entscheidenden herauskristallisiert haben: *„Who knows?“* daraus folgend *„Who cares?“* und schließlich, wiederum untergeordnet *„Who cures?“* – jede mit einer ganzen Reihe von sich jeweils weiter auffächernden Konzepten. Die englischen Bezeichnungen sind dabei den unterschiedlichen semantischen Ebenen des Wortes *„care“* geschuldet, das wesentlich mehr ausdrückt, als die deutschen Begriffe „Pflege“ und „Fürsorge“, und überdies das beabsichtige Wortspiel aus „Wer kümmert sich?“ und „Wen kümmert’s?“ transportiert.

1.4. Reflexionsprozesse

Selbstverständlich nicht nur, aber gerade in der Anthropologie gehört das Wissen um die Notwendigkeit, sich selbst und die eigene Rolle innerhalb des Forschungsprozesses nahezu unausgesetzt zu reflektieren, seit geraumer Zeit zu den Minimalanforderungen an wissenschaftliches Arbeiten.

Ich selbst hatte in meinem Projekt die große, aber durchaus Schwierigkeiten bereitende Chance, die schrittweise Generierung meines eigenen Wissens und meiner eigenen Meinung über einen höchst kontrovers diskutierten Gegenstand zu beobachten. Ich habe bereits darauf hingewiesen, dass meine anfängliche

[12] Ein sehr hilfreiches Lehrwerk zu dieser Thematik stellt etwa Udo Kuckartz‘ Buch „Einführung in die computergestützte Analyse qualitativer Daten“ dar (Kuckartz 2010).

Position der einer Laiin glich, die sich auf die Suche nach bestimmten Informationen macht. In dieser Phase wirkte sich mein Wissens- und Erkenntnishorizont zunächst sehr stark aus – etwa auf die Auswahl der aufgesuchten Internetseiten. Erst nach der Korrektur dieses durchaus einschränkenden Verhaltens wurden mir Informationen zugänglich, die zu einem wesentlich umfassenderen und gewissermaßen objektiveren Bild zu HPV beitrugen.

Eine sehr frühe Erkenntnis, die ich aus meiner Art der Interviewführung ziehen konnte, manifestierte sich gedanklich in Form folgender Imagination: Eine Reihe ausgewiesener Expert_innen betrachtet gemeinsam einen vor ihnen liegenden Gegenstand. Jede und jeder von ihnen sieht jedoch etwas gänzlich anderes und argumentiert entsprechend.

Mich selbst ständig zu überprüfen, auf welche Weise sich mein eigenes Bild von HPV mit jedem Interview ein wenig modifizierte – ein Umstand, der wiederum sehr stark von meinen Gesprächspartner_innen beeinflusst wurde – war unerlässlich, um mich selbst immer wieder in die Position der unvoreingenommenen analytischen Distanz zu bringen. Eine der wichtigsten Anleitungen hierfür formuliert Andrea Bührmann (2008). Wenngleich sie sich dabei auf das hochkomplexe Verfahren der Dispositivanalyse bezieht, betrachte ich diese Worte aber auch für mein Projekt als richtungsweisend: „[E]s gilt in einer sozialwissenschaftlichen [Analyse] nicht herauszufinden, ob jemand >wirklich< die >Wahrheit< gesagt haben könnte … Vielmehr zielt dieser Forschungsstil darauf, den Raum des Sagbaren auszuloten“ (Bührmann 2008: 92).

2. Theoretische Verortung

Nicht nur die Auswahl der adäquaten Methoden bedarf genauer Überlegungen – auch die Entscheidung für einen geeigneten theoretischen Rahmen, der das Forschungsprojekt als Referenzsystem anleitet, muss gut durchdacht sein. Vielleicht ist ein sogar noch größeres Vorwissen über den Untersuchungsbereich nötig, um aus der Vielzahl an Möglichkeiten, die zur theoretischen Verortung der empirisch gewonnenen Erkenntnisse zur Verfügung stehen, sinnvoll wählen zu können. Das forschungsleitende Interesse generiert dabei den einzunehmenden Blickwinkel, und daraus wiederum leiten sich Wege ab, die relevanten Ansätze zu identi-

fizieren, in denen das eigene Projekt schließlich wissenschaftlich verankert werden kann. Der Weg, für den ich mich letzten Endes entschieden habe, ist naheliegend, wenngleich keineswegs bequem und erschlossen, wie eigentlich anzunehmen wäre.

Ich habe bereits ausgeführt, aus welchen Gründen der Ausdruck „weniger als 5% Durchimpfungsrate in Österreich“ den Ausgangspunkt meiner Arbeit darstellt. Die geringe Menge an verimpften Dosen Cervarix und Gardasil ist zwar offensichtlich nicht dazu in der Lage, die Zahl der Erkrankungen an Gebärmutterhalskrebs zu erhöhen – die Krebsinzidenz ist zwischen 1983 und 2009 kontinuierlich von 954 Fällen auf 394 gesunken (Statistik Austria 2011b). Sie führt jedoch dazu, dass die Debatten rund um die HPV-Impfung vom öffentlichen und medialen Bereich fast ausschließlich in den des medizinisch/pharmazeutischen und politischen Fachdiskurses verschoben wurden. Dadurch wiederum geraten in der Analyse der österreichischen Gegebenheiten vor allem die zwischen diesen Feldern wirksamen Machtverhältnisse in den Blick.

Nun liegt hier natürlich eine Schlussfolgerung sehr nahe: In einem Land, in dem die Implementierung der HPV-Impfung nahezu gescheitert zu sein scheint, *kann* die Durchsetzungsmacht nicht bei der pharmazeutischen Industrie liegen, sondern in den Händen derjenigen, die der Einführung der Vakzine aus welchen Gründen auch immer ablehnend gegenüberstehen. Meine Untersuchung zeigt jedoch, dass eine solche Einschätzung der Gegebenheiten zu kurz greift.

Welche Beobachtungen und Erkenntnisse mich zu dieser Behauptung veranlassen, wird sich im empirischen Teil meiner Arbeit klären. Hier sei vorerst nur der Hinweis gegeben: Wenn man es im Verlauf eines Forschungsprozesses mit einem so gewichtigen Feld wie der Pharmaindustrie zu tun hat, so genügt es keinesfalls, sich lediglich für ihre nationalen Agenden zu interessieren – vor allem dann nicht, wenn es sich bei der untersuchten Region um einen so kleinen Absatzmarkt für pharmazeutische Produkte handelt, wie den österreichischen. Vielmehr ist der Blick über die Grenzen hinauszurichten, um der globalen Reichweite, der monetären Schlagkraft, vor allem aber den sich wandelnden Intentionen der teils riesigen Konzerne gerecht zu werden.

Ihre Ziele umfassen seit geraumer Zeit wesentlich mehr als „nur“ die Entwicklung von Medikamenten und den Kampf gegen Krankheiten. Ihre Unternehmensphilosophien und Slogans richten sich immer mehr auf *global health* und *global wellness*, wie es sich etwa in den Designs der jeweiligen Internetauftritte deutlich zeigt. Auf seiner offiziellen Webpage gibt uns zum Beispiel Merck & Co. folgendes Versprechen:

> BE WELL. A PROMISE MADE TO THE WORLD. AND KEPT EVERY DAY. It doesn't happen in the boardroom. In an office. In a clinic. Not even in the lab. No, the promise of Be well is kept in the heart. In the special passion, the people of Merck, working in more than a hundred countries, bring to our mission. (Merck 2011, Hervorhebungen im Original)

Gewandelt haben sich aber nicht nur solche Visionen – mit ihnen verändern sich selbstverständlich auch die Bereiche, in denen die Pharmaindustrie immer mehr an Einfluss gewinnt. Nicht mehr nur Medizin, Epidemiologie, Prävention oder klinische Pharmazie stehen im Fokus ihres Interesses: Der Aktionsradius weitet sich zunehmend auch auf Felder außerhalb dieser Domänen aus, in denen persönliche Lebenskonzepte, individuelle Selbstwahrnehmungen und soziale Beziehungen verhandelt werden.[13]

Nicht zuletzt aus diesen Gründen ist die Pharmaindustrie schon vor einiger Zeit in den Blick der Sozialwissenschaften geraten und läuft, wie es scheint, dem Feld der Medizin, dem viele Jahre lang das hauptsächliche Interesse der Medical Anthropology und auch der Medizinsoziologie gegolten hat, Schritt für Schritt den Rang ab.

Im nun folgenden Abschnitt (IV.2.1.) zeichne ich zunächst die Entwicklung der *Anthropology of Pharmaceuticals* von den 1980er Jahren bis in die Gegenwart nach und konzentriere mich hierfür hauptsächlich auf die Konzeptionen Sjaak van der Geests, der zumindest im europäischen Raum als der Begründer dieser Fachrichtung gilt. Im Anschluss daran stelle ich zwei weitere anthropologische Ansätze zur Erforschung soziokultureller Implikationen pharmazeutischer Produkte (auch) im Hinblick auf ihre globale Verbreitung dar: den *pharmaceutical nexus* von Petryna und Kleinman und Kalman Applbaums *global drug-marketing platform* (Petryna et.al. 2006: 1-32; 85-110).

[13] Als Beispiel dafür sei etwa der immer größer werdende Markt für pharmaindustriell hergestellte Schönheitsprodukte benannt.

Im zweiten Unterkapitel (IV.2.2.) verfolge ich den Weg vom Konzept der *medicalization of lives* zum derzeit vor allem in der Medizinsoziologie wachsenden Interesse an den Vorgängen der *pharmaceuticalization of societies*. Dabei ist mir ein sehr junger Artikel zweier amerikanischer Autorinnen in mehrfacher Hinsicht richtungsweisend: Susan E. Bell und Anne E. Figert (2012) stellen darin die Frage, ob die *medicalization studies* der letzten beiden Dekaden noch genügt, um den globalisierten Einfluss der pharmazeutischen Industrie und ihrer Produkte auf Gesellschaften und auf unser tägliches Leben ausreichend erfassen zu können (Bell/Figert 2012: 777 f.). In diesem Abschnitt gehe ich daher auf einige Arbeiten unserer Nachbarsdisziplin ein, die erst in jüngster Zeit veröffentlicht wurden, bin mir aber bewusst, dass die Theoretisierungsprozesse der Pharmaceuticalization[14] auch dort noch nicht sehr weit gediehen sind – ein Umstand, auf den ebenfalls Bell und Figert hinweisen: „[N]ow is not the time for a grand theoretical synthesis because scholars are still grappling with what pharmaceuticalization is an how to understand it“ (ebd. 780).

Warum ich in einer anthropologischen Arbeit Anleihen in der medizinsoziologischen Literatur mache, begründet sich auf die nicht nur meiner Überzeugung nach vorhandene Notwendigkeit, über die eigenen geographischen und disziplinären Grenzen zu schauen – nicht nur im Hinblick auf die Industrie als der global agierenden Protagonistin dieser Untersuchungen, sondern auch in Bezug auf wissenschaftliche Herangehensweisen und die Verwertung von anderswo generierten Erkenntnissen.

2.1. Anthropologische Ansätze

2.1.1. Die Anfänge der Pharmazeutischen Anthropologie

Etwa Mitte der 1980er Jahre begannen einige wenige Medizinanthropolog_innen die Wichtigkeit zu erkennen, Medikamente nicht länger nur als Gegenstand der Pharmazeutik zu betrachten, als Mittel zum Zweck der Gesundung oder Prävention, sondern als „cultural objects with distinct social, emotional, commercial and

[14] Im Gegensatz zur *medicalization*, die sich mit „Medikalisierung“ gut übersetzen lässt, macht das Wort *pharmaceuticalization* etwas größere Schwierigkeiten. Ich belasse den Begriff daher in seiner ursprünglichen Form, setze ihn außerhalb englischer Originalzitate jedoch in die im Deutschen übliche Großschreibung.

political values in addition to their medical qualities“ (Van der Geest/Chamberlain 2011: 231). Angestoßen wurde dieses Interesse aber offenbar nicht durch inneranthropologische Einsichten, sondern durch Texte, die bereits einige Jahre zuvor erschienen waren und aus zum Teil erheblich entfernten Disziplinen stammten: etwa Ökonomie, Pharmakologie, Medizin oder Journalismus. „Remarkably, medical anthropologists have been virtually absent from this highly topical discussion” (Van der Geest 1984a: 59).

All diesen frühen, zum Teil noch in den 1970er Jahren verfassten Artikeln gemeinsam ist ihr Fokus auf die Geschäfte der pharmazeutischen Industrie mit der so genannten Dritten Welt. Höchst zweifelhafte Geschäfte, wie es übereinstimmend dargestellt wird (ebd. 59).

Die Antwort auf die Frage, warum die Medical Anthropology erst mit einiger Verzögerung dazu bereit war, dieses neue Thema aufzugreifen, beantwortet Van der Geest (1984a; 1984b), bis heute einer der wichtigsten Vertreter der Anthropology of Pharmaceuticals, bereits damals in zwei nur sehr kurzen aber programmatischen Aufsätzen:

Einerseits hätte die Beschäftigung mit der Pharmaindustrie und mit Medikationen, die dem westlichen Medizinsystem entsprungen waren, viel zu wenig exotisch angemutet, um Anthropolog_innen dafür gewinnen zu können. Zusätzlich wäre zwar schon damals der Ruf nach Interdisziplinarität laut gewesen – eine theoretische Forderung, deren praktischer Umsetzung jedoch nicht nachgekommen wurde (1984a: 60 f.). Diese beiden Erklärungsansätze scheinen aus heutiger Sicht eine fast paradoxe Situation zu schildern. Sie werden aber verständlich, wenn man etwas weiter in die Geschichte der Medizinanthropologie zurückgeht.

Für den Umgang mit Substanzen und Gegenständen im Zusammenhang mit Heilritualen und magischen Handlungen interessierten sich Anthropologen bereits ab dem späten 19. Jahrhundert.[15] Allerdings war ihr Blick lange Zeit ausschließlich auf exotische, „primitive“ Gesellschaften gerichtet, wie kleine soziale Einheiten in weit entfernten Ländern damals genannt wurden. „The question to

[15] Den Anstoß zu diesem Interesse gab der Sozialanthropologe Sir James George Frazer mit seinem zweibändigen Werk „Adonis, Attis, Osiris. Studies in the History of Oriental Religion“, das 1890 veröffentlicht wurde. Die zwölf Bände seines Hauptwerkes „Der goldene Zweig“ erschienen zwischen den Jahren 1907 und 1915 unter dem Originaltitel „The Golden Bough. A Study in Magic and Religion“ (Frazer 2004 [Orig. 1922]).

be asked concerned how substances carried meaning within a cultural world and how people used them for their particular purposes“ (Whyte et.al. 2002: 10).

Dieser auf traditionelle Praktiken und religiöse oder spirituelle Grundlagen des Heilens gerichtete Fokus erfuhr erst in den frühen 1970er Jahren eine Erweiterung, als es in Großbritannien, Deutschland und den USA gelungen war, die Medizinanthropologie als universitäre Disziplin zu etablieren. Nun begann man, die Medizin als kulturelles System zu begreifen – genauer: als viele unterschiedliche Systeme mit jeweils spezifischen ontologischen Fundamenten und den daraus resultierenden epistemologischen Erklärungsmodellen (vgl. Comaroff 1982). Zunehmend gerieten daher auch die großen, verschrifteten, verwissenschaftlichten Heilsysteme der Welt in den Brennpunkt des Interesses (vgl. Worsley 1982), bis man sich in den 1980er Jahren schließlich der Biomedizin als einer „Ethnomedizin“ unter vielen anderen zuwandte. Ein sehr später Zeitpunkt angesichts des Umstandes, dass westliche Konzeptionen von Krankheit und Heilung bereits mit der europäischen Expansion, der Einrichtung von Kolonialverwaltungen und Missionsstationen nahezu global verbreitet wurden (Joralemon 2010: 73).

Die geänderte Perspektive auf die „der Medizin“ innewohnende Diversität und Heterogenität führte schließlich zu einer fortschreitenden Abkehr von Exotismen innerhalb der Medical Anthropology:

> In the 1980s, fieldworkers were beginning to de-exoticize the study of medicines in non-Western settings … Research on the meaning and use of aspirin and penicillin was becoming just as legitimate as studies of fetishes and purifying herbal enemas. (Whyte et.al. 2002: 10)

Obwohl sich diese Forschungen also durchaus mit den Bedeutungen und Symboliken westlicher Medikamente beschäftigten, blieben Pharmazeutik und Pharmaindustrie selbst jedoch (noch) außerhalb des Blickfeldes.

Dieser Umstand begann sich aber relativ bald zu ändern – wohl nicht zuletzt auf Grund des zweiten, ebenfalls im Jahr 1984 erschienen Artikels, in dem Van der Geest eine Reihe von Gründen anführt, warum gerade anthropologische Untersuchungsmethoden geeignet und vor allem nötig seien, um auch heikle Themen im Zusammenhang mit der pharmazeutischen Industrie zu behandeln:

> The holistic view of anthropology, its emphasis on micro-study, its participant-observation approach, and the versatility of its research methods constitute an im-

> portant reinforcement of pharmaceutical research. I have tried to demonstrate this with respect to three problems that have remained vague and unresolved in the present nonanthropological publications on pharmaceuticals in developing countries. These problems are corruption, the desirability of regulation of drug policy, and the possibility of consumer mobilization. (Van der Geest 1984b: 89)

Hier liegt wohl einer der Gründe dafür, warum sich aus diesen frühen Ansätzen der „Pharmaceutical Anthropology", wie sie anfänglich genannt wurde, keine eigenständige Disziplin neben der Medical Anthropology entwickelte.[16] Bis heute fällt dieser Bereich in die Domäne der Medizinanthropologie, bis heute sind es die Medical Anthropologists, die sich mit der Pharmaindustrie beschäftigen. Das erscheint mir jedoch ebenso sehr auf wissenschaftsinterne Ab- und Eingrenzungen zurückzuführen zu sein, wie auch auf die dichte Verwobenheit zwischen Medizin und Pharmazeutik – sowohl im alltäglichen Leben als auch im analytischen Blick des/der Forscher_in.

2.1.2. Von der *Pharmaceutical Anthropology* zur *Anthropology of Pharmaceuticals*

Im Verlauf der 1990er Jahre wurde das neue Forschungsfeld schließlich von mehreren Anthropolog_innen aufgegriffen, doch richteten sie ihren Fokus nach wie vor nicht so sehr auf die Strategien der Pharmaindustrie vornehmlich in der so genannten Dritten Welt, wie es von Sjaak van der Geest ursprünglich vorgeschlagen worden war. Sie konzentrierten sich vielmehr hauptsächlich auf die Rolle und den Einfluss ihrer *Erzeugnisse* auf Individuen, auf medizinische Settings und auf die dadurch beeinflussten Konzeptionen von Gesundheit und Krankheit. Ganz den Anforderungen der Medical Anthropology entsprechend blieb also die Medizin im Mittelpunkt der Betrachtungen.

Auch in dieser Phase der nun als „Anthropology of Pharmaceuticals" bezeichneten Unterdisziplin war Van der Geest federführend. Gleichsam als Umkehrung der üblicher Weise als gegeben vorausgesetzten Konkretheit und Gegenständlichkeit (*„concreteness"* und „*thinginess*") von Medikamenten (Van der Geest 1996: 154) entwickelte er gemeinsam mit Susan Reynolds Whyte und Anita Har-

[16] Eines der frühen Werke Van der Geests, *The context of medicines in developing countries*, trägt etwa den Untertitel: Studies in *pharmaceutical anthropology* (Van der Geest 1988).

don ein biografisches Modell zur Erforschung ihrer unterschiedlichen Daseinsformen.

Insgesamt identifizieren die Autor_innen fünf exakt voneinander abgrenzbare Phasen: (1) *production and marketing*, (2) p*rescription*, (3) *distribution*, (4) *use of medicines* und (5) *efficacy* (ebd. 157-169).

Den tatsächlichen Sinn ihres Lebens erfahren Arzneien demzufolge erst im Zuge der letzten beiden Zyklen: Durch unsachgemäßen Gebrauch und die daraus resultierenden unerwünschten Wirkungen wird nämlich ihr gesamtes Dasein bedeutungslos, und „[f]inally, pharmaceuticals have, as it were, a life after death. The fulfilment of their life purpose lies in their effect on the well-being of the person who took them. The pharmaceutical's efficacy is its ultimate and decisive life stage" (ebd. 156).

Wie diese Ausführungen zeigen gestalten sich die Lebensabschnitte der Medizinen höchst unterschiedlich – nicht nur was die beteiligten Akteur_innen anbelangt, die in jeder Phase von entscheidender Bedeutung sind, sondern auch auf dem Niveau von Ideen, Ideologien und Wertvorstellungen. Die Autor_innen sprechen hier von einem „'regime of values', … expressed in distinctive sets of ideas about medicines" (ebd. 156).

Die Konzeptionierung pharmazeutischer Produkte als soziokulturelle Akteure mit all ihren unterschiedlichen Implikationen ermöglicht es, sie nicht mehr nur als bloße Gebrauchsgegenstände zu sehen, sondern als mit Handlungsmacht ausgestattete *actants*, [17] die mit allen anderen sowohl menschlichen als auch nichtmenschlichen Entitäten in symmetrische Beziehungen und unterschiedlichste Wechselwirkungen treten (Akrich 1992: 206).

> As powerful technical devices and cultural symbols … medicines acquire a status and force in society. As medical technology, pharmaceuticals are not only products of human culture, but producers of it. As vehicles of ideology, facilitators of self-care, and

[17] Der Begriff *„actant"* ist eine Anleihe aus der *Actor Network Theory* (ANT), die in den *Science and Technology Studies*, und hier wiederum von Michel Callon, Bruno Latour und John Law entwickelt wurde. Die Anthropolog_innen um Sjaak van der Geest kommen zwar aus einer anderen Wissenschaftstradition und verwenden den Begriff daher nicht selbst. Er erscheint mir an dieser Stelle aber sehr geeignet, um die beschriebene Konzeptionierung zu verdeutlichen. Eine sehr gute Einführung in die *Science and Technology Studies* aus einem sozialanthropologischen Blickwinkel ist 2012 im transcript Verlag erschienen (Beck et.al. 2012).

> perceived sources of efficacy, they direct people's thoughts and actions and influence their social life. (Van der Geest et.al. 1996: 156 f.)

Die diversen Erscheinungsformen solcher Relationen zwischen Medizinen und Menschen sind Gegenstand weiterer Forschungen desselben wissenschaftlichen Teams. Dabei konzentrieren sich die drei Forscher_innen vor allem auf die wandelhaften Bedeutungen von Medikamenten einerseits, und ihr Potenzial zu radikalen Identitätswechseln andererseits – Veränderungen, die davon abhängen, wer mit ihnen in Beziehung tritt. Es geht hier also vor allem um ihre entweder erhofften oder gefürchteten, ihre verheißenen oder bestrittenen sozialen, kulturellen, ökonomischen und psychologischen Wirkungen: wiederum in Korrespondenz mit dem Lebenszyklusmodell pharmazeutischer Produkte jedoch fernab von rein biochemisch ablaufenden Prozessen im menschlichen Körper (Whyte et.al. 2002).

An anderer Stelle (2011) weist Van der Geest jedoch auf einen wichtigen Umstand hin: Das analytische Instrument dieses biografischen Modells sei von der Anthropologie zwar aufgegriffen worden, jedoch hätten die allermeisten ihrer Vetreter_innen die erste Lebensphase pharmazeutischer Erzeugnisse von allem Anfang an vernachlässigt. Produktion und Marketing seien nur spärlich und unvollständig erschlossen (Van der Geest 2011: 234).

An diesem Punkt setzten zum Teil die Überlegungen der Medizinsoziologie an, vielleicht sogar in einem noch früheren Stadium: nicht erst bei Geburtsvorbereitungen und Geburt, um in dieser anschaulichen Metapher zu bleiben, sondern bereits bei der „Familienplanung". Bevor ich mich aber diesen Ansätzen widme, möchte ich auf zwei weitere anthropologische Zugänge zum Leben, zum Einfluss und vor allem zu den sozialen und ökonomischen (Aus)-wirkungen von Medikamenten vor dem Hintergrund der pharmazeutischen Industrie eingehen.

2.1.3. Global Pharmaceuticals

Die Überschrift dieses Kapitels ist der Titel eines 2006 erschienenen Buches von Adriana Petryna, Andrew Lakoff und Arthur Kleinman und zeigt zugleich den Richtungswechsel an, der sich während der letzten 20 Jahre in der Anthropology of Pharmaceuticals vollzogen hat.[18]

Mit den allgemeinen gesellschaftlichen und vor allem ökonomischen Veränderungen, die seit Ende der 1980er Jahre unter dem Label „Globalisierung" stattgefunden haben, sind in der medizinanthropologischen Forschung verstärkt Fragen nach den natürlich ebenso globalen Auswirkungen dieser Entwicklungen in den Fokus geraten. Dabei erweiterte sich das Blickfeld in Korrespondenz mit den Interessensverlagerungen der gesamten Disziplin um die „eigenen" Gesellschaften des Westens und des Nordens, und damit wiederum auf die tatsächlich globalen Strategien und Unternehmungen der pharmazeutischen Industrie.

Ihr attestieren Petryna und Kleinman, bereits seit den Zeiten vor dem Ersten Weltkrieg, auf internationale Geschäfte ausgerichtet gewesen zu sein. [After the war] the industry used sophisticated marketing methods to transform from a commodity chemical business … to one heavily concentrated in several large firms and dependent on large investments in research and marketing" (Petryna/Kleinman 2006: 2).

Die Pharmaindustrie bewegte sich also seit ihren Anfängen in die Richtung ihrer oligopolistischen Stellung, die sie heute mehr denn je innehat, und auf die sich ihre Macht und Unkontrollierbarkeit bis heute großteils stützt (Van der Geest 1984b).

Trotzdem aber steht auch bei Petryna und Kleinman nicht so sehr sie selbst im Brennpunkt der Forschung, sondern ihre Produkte, die mittlerweile natürlich nicht weniger global in Erscheinung treten. In ihrem einführenden Kapitel zu dem genannten Buch erklären sie diese Blickrichtung mit dem von ihnen so bezeichneten *pharmaceutical nexus*, der sich vor allem aus den Zusammenhängen zwischen den Sphären Politik, Wirtschaft und Ethik konfiguriert, und dessen soziale

[18] Petryna/Lakoff/Kleinman 2006, Global pharmaceuticals: ethics, markets, practices.

und auch biologische Folgen keineswegs abgeschätzt werden können (Petryna/Kleinman 2006: 20):

> The idea of a nexus is meant to capture a broad set of political and social transitions that fall under and to some extent happen through the [constantly evolving] globalization of pharmaceuticals. We propose three ways of understanding the nexus: as an empirical object, as a problem, and as a method of inquiry. (ebd. 21)

Auf der ersten der drei vorgeschlagenen Betrachtungsebenen steht die Pharmaindustrie in einer Reihe mit zwar ebenso gewichtigen aber unterschiedlich mächtigen staatlichen, politischen und medizinischen Regulativen, mit sozialen Gruppen, Kollektiven und Individuen. Der zweite Zugang konzentriert sich auf die problembeladenen Zusammenhänge zwischen unterschiedlichen Interessenslagen vor allem im Zusammenhang mit ökonomischen Implikationen, und der dritte schließlich, der ethnographischste unter ihnen, untersucht, „how professional practice, ethical conduct, and personal agency are shaped; and how sickness is mititgated against and a chance of healing is actually produced“ (ebd. 22).

Diese Ausführungen machen einerseits den dringenden Bedarf an Interdisziplinarität deutlich: innerhalb der anthropologischen Fachrichtungen, aber auch mit nicht nur sozial-, sondern auch naturwissenschaftlichen Herangehensweisen (ebd. 22). Andererseits begründen sie aber auch die vorhandene Fokussierung auf Medikamente: Sie sind es, denen die eigentlich transformierende Kraft zugesprochen wird. Die pharmazeutische Industrie spielt zwar auf allen Ebenen eine wichtige Rolle, jedoch wird sie als nur eine Akteurin neben anderen betrachtet (ebd. 21).

Kalman Applbaum (2006) ist einer der Anthropologen, die sich für eine frühe Lebensphase pharmazeutischer Erzeugnisse interessieren: für die Einführung bereits produzierter, also gewissermaßen schon zum Leben erweckter Medikamente in die Gesellschaft. Am Beispiel der Implementierung bestimmter Psychopharmaka (SSRIs) [19] in Japan untersucht er vor allem die gemeinsamen Strategien der beteiligten Pharmakonzerne zur dafür nötigen Aufbereitung vielversprechender Absatzmärkte.

[19] SSRIs steht für *selective serotonin re-uptake inhibitors*, eine spezifische Gruppe von Antidepressiva.

Gleich zu Beginn betont er einen Umstand, der auch mir von größter Wichtigkeit zu sein scheint: Er definiert den so oft beschworenen globalen Entwicklungsglauben als einen fortschrittshörigen Begriff, der die weltweite stetige Verbesserung medizintechnologischer Innovationen, medizinischer Versorgung und gesundheitspolitischer Maßnahmen suggeriert (Applbaum 2006: 85).

Mit der Entlarvung dieser sehr einseitig interpretierten Evolutionsrichtung rehabilitiert er gewissermaßen die Personen, die mit hehren Motiven, aus Idealismus und tatsächlich im Interesse einer so wünschenswerten Entwicklung in der pharmazeutischen Industrie und in der Medizin tätig sind: Sie und die meisten ihrer Konsument_innen, Patient_innen oder Klient_innen teilen seiner Meinung nach diese optimistische aber irreführende Sicht einfach nur, ohne sich jedoch die zugrundeliegenden Mechanismen und die beobachtbaren, zum Teil alles andere als gesunden Auswirkungen der tatsächlich vorhandenen Gegebenheiten bewusst zu machen (ebd. 85).

Im Gegensatz dazu unternimmt Applbaum eine scharfe Trennung zwischen globaler Evolution und globaler Expansion (ebd. 106) und schlägt einen wesentlich kritischeren, aber wohl auch pessimistischeren Blickwinkel vor: „A theory of agent-driven enlargement of global markets … ignores the hypothesis of improvement in medical technology, focusing instead on the agencies … behind standardization in patterns of testing, adoption, and use" (ebd. 86).

Der Blick richtet sich hier demgemäß ganz auf die global agierende pharmazeutische Industrie, ihre Handlungsoptionen, ihre strategischen Fähigkeiten und nicht zuletzt auf ihre Durchsetzungsmacht zur Erreichung der überwiegend von ökonomischen Interessen geleiteten Ziele.

Die wichtigsten Erkenntnisse aus seinen Forschungen (nicht nur) in Japan subsummiert Applbaum unter dem Begriff der *global drug-marketing platform* (ebd. 87). Deren erste und entscheidende Funktion besteht in der Bearbeitung spezifischer lokaler Settings, die bereits *vor* der tatsächlichen Einführung eines pharmazeutischen Produkts in einen neuen Absatzmarkt vor sich gehen muss, um erfolgreich zu sein (ebd. 88). Hierunter fallen aber nicht nur politische, medizinische oder andere regulative Maßnahmen, sondern zu einem großen Teil auch die unmittelbare Einwirkung auf zukünftige Kund_innen unterschiedlichster Aus-

prägung, denn letztlich sind sie es, die die Verkaufszahlen, Umsätze und Gewinne steuern. Nur wenn sie wirklich davon überzeugt werden können, ein neues Medikament auf jeden Fall zu brauchen, können Markteintritte zu monetären Erfolgen werden.

Um nun eine neue Region zu erschließen, so Applbaum weiter, arbeiten die Konzerne der pharmazeutischen Industrie aber nicht nur als Konkurrenten: „[S]ometimes these firms actually work in concert to establish the groundwork – the trade structures – for future sales which will eventually proceed on a more purely competitive basis" (ebd. 92). Zu einem solchen Schulterschluss gehört etwa eine übereinstimmende Preispolitik statt einander zu unterbieten, gemeinsam gesteuerte Informationskampagnen, aber auch die aktive Erziehung derjenigen, die das neue Produkt entweder kaufen, an sich selbst anwenden oder verabreichen sollen: Konsument_innen, Eltern, die Ärzt_innenschaft, politische Entscheidungsträger_innen und sogar das pharmazeutische Personal selbst (ebd. 88).

Eines der wichtigsten Instrumente dieser Erziehungsarbeit stellt laut Applbaum eine Rhetorik der Moral dar, mit der zu allererst an die vernunftgeleitete Akzeptanz (westlicher) wissenschaftlicher und medizinischer Standards appelliert wird, und damit auch an Bildung, Intelligenz, an Integrität und letzten Endes an persönliche Verantwortungen (ebd. 86).

Dass diese Strategien funktionieren, zeigt sich an der immer weiter wachsenden Macht und am fast unvorstellbar großen ökonomischen Kapital, mit dem die pharmazeutische Industrie weltweit agiert und an Einfluss gewinnt. Mit dieser enormen Wirkungsmacht auf unterschiedlichste Gesellschaften, Individuen und Regionen rückt nun das Feld der *pharmaceuticalization of societies* (Abraham 2010) in den Blick, das jedoch, wie bereits angedeutet, in der anthropologischen Forschung nur spärlich bearbeitet ist. Spricht man hier von Pharmaceuticalization, so ist damit zumeist der Transfer bestimmter physischer oder psychischer Probleme (*sufferings*) von der Domäne der ärztlich-therapeutischen Behandlung in den Bereich der reinen Medikation, der Verabreichung synthetisch hergestellter Arzneien gemeint.

Das Hauptinteresse der Medizinanthropologie richtet sich also weniger auf die Veränderungen von Gesellschaften durch den Einfluss der pharmazeutischen Industrie, sondern vielmehr auf die Transformationen des ärztlichen Handelns, die natürlich ihrerseits veränderlich auf die jeweilige Gesellschaft zurückwirken. Die daraus resultierende beobachtbare Neuinterpretation von Medikamenten als entscheidendes und jedenfalls anzustrebendes Element medizinischer Interventionen, als Allheil- oder gar als „Zaubermittel", entspricht durchaus der ursprünglichen Bedeutung des griechischen Wortes *phármakon*.[20]

Der anthropologische Zugang zu diesen Phänomenen lässt sich daher in folgende Worte fassen: Medikalisierte Gesellschaften erfahren seit einiger Zeit die stetig zunehmende Pharmaceuticalization der Medizin an sich: „in form of a ‚pharmaceuticalization' of … suffering" (Whyte et.al. 2010: 58), „of disorders" (Petryna/Kleinman 2006: 9) und letzten Endes als ein „misunderstanding as therapy" (Whyte et.al. 2010: 117) – sowohl aus der Sicht ärztlicher Spezialist_innen als auch aus der Perspektive ihrer realen oder potenziellen Klient_innen.

2.2. Studying sideways: medizinsoziologische Perspektiven auf die *pharmaceuticalization of societies*

Wie bereits dargestellt, musste die Medical Anthropology zu Beginn der 1980er Jahre feststellen, dass zwar andere wissenschaftliche Fächer begonnen hatten, die Geschäfte der pharmazeutischen Konzerne zu erforschen, dass ihre eigenen Vertreter_innen daran jedoch kein Interesse zeigten (Van der Geest 1984a). Die Soziologie war eine dieser bereits damals aktiven Disziplinen.

Ihr erster Artikel zu diesem Thema stammt aus dem Jahr 1984 und behandelt mit äußerster Schärfe „the industry's practices of negligence, fraud and bribery within drug safety testing. … In general terms, the power and influence of the pharmaceutical industry had been evident to sociologists since at least the time of [this] writing" (Abraham 2007: 729).

[20] Neben der heute bekannten Bedeutung des Wortes *phármakon* (im Plural *phármaka*) steht der Begriff im Griechischen auch für Zaubermittel, Gift oder Droge.

Ab den frühen 1990er Jahren fächerten sich die Zugänge in unterschiedlichste Themen und soziologische Forschungsstränge auf (ebd. 729 f.), die Blickrichtung war jedoch von Anbeginn festgelegt und wurde offenbar bis in die Gegenwart beibehalten: die Perspektive auf Gesellschaften des Westens und des Nordens, wie sie der soziologischen Forschung inhärent ist (Bell/Figert 2012: 777). Während sich also die Anthropologie erst von ihren so lange prägenden exotistischen Herangehensweisen befreien und die Aufmerksamkeit vermehrt auf „das Eigene" richten musste, um der Pharmaindustrie und ihren Produkten gerecht zu werden (Van der Geest 1984a: 60), wird an die Medizinsoziologie auch gegenwärtig die Forderung herangetragen, ihrerseits den Blickwinkel zu erweitern, globale Entwicklungen mit einzuberechnen und sich hierfür durchaus die Erkenntnisse der Medical Anthropology zunutze zu machen:

> [I]n sociology the dominant theoretical frame is more useful for understanding modern phenomena in western societies and less useful for understanding … processes in other parts of the world and their intersections. … [T]he work of anthropologists opens up new avenues for understanding the dynamics of pharmaceuticalization. (Bell/Figert 2012: 776)

Gleiches gilt natürlich auch umgekehrt: Gerade weil der Zugang der Soziologie frei von einer Überbetonung „des Fremden" ist, können die dort gewonnen Erkenntnisse gewinnbringend in das anthropologische Wissen um diese vielschichtigen Dynamiken und Prozesse integriert werden – vor allem dann, wenn wir neben den *pharmaceuticals* auch die Industrie selbst in den Blick nehmen.

2.2.1. M*edicalization* versus *pharmaceuticalization*

Die Definitionen des Begriffs „Pharmaceuticalization", wie sie gegenwärtig von der der Soziologie vorgenommen werden, unterscheiden sich natürlich von den im letzten Kapitel geschilderten anthropologischen Ansätzen, jedoch keineswegs radikal. Allerdings scheinen ihre durchaus kontrovers geführten Diskussionen zur Theoretisierung dieses Phänomens ungleich intensiver zu sein. Dabei entzünden sich die Debatten hauptsächlich um das Thema, ob die analytischen Instrumente der *medicalization theory*, die als eine der wichtigsten Säulen der Medizinsoziologie gilt (Bell/Figert: 2012: 776), ausreichende Erklärungen bieten kann, bezie-

hungsweise welche anderen Ansätze heranzuziehen wären (vgl. Busfield 2009; Abraham 2010; Williams et.al. 2011a, 2011b; Bell/Figert 2012).[21]

John Abraham (2010) identifiziert fünf zwar ineinandergreifende aber miteinander konkurrierende Faktoren, die üblicher Weise als die Hauptgründe für die Prozesse der Pharmaceuticalization verstanden werden, und unterzieht sie einem Vergleich. Neben der Medikalisierung von Gesellschaften sind das: "biomedicalism … industry drug promotion and marketing; consumerism; and the ideology or policy of the regulatory state" (Abraham 2010: 606).

Als „biomedikalistische These" – ein im Deutschen ungebräuchlicher aber verständlicher Ausdruck – definiert er eine zwar optimistische aber seiner Ansicht nach unrealistische Argumentationslinie. Hier werden die Fortschritte biomedizinischer Erkenntnisse und die rasante Weiterentwicklung der zugehörigen industriell gefertigten medizintechnologischen Innovationen als Motor für die zunehmende Pharmaceuticalization betrachtet. Überdies hätten sich die diagnostischen Fähigkeiten der (westlichen) Medizin bedeutend verbessert – ein Umstand, durch den eine Reihe von zuvor unerkannten oder nicht behandelbaren Störungen nun medikamentös geheilt oder zumindest gelindert werden könnten (ebd. 607 f.).

Abraham bezeichnet diese Sichtweise als unglaubwürdig und führt mehrere Gegenargumente an: Unter anderem würde dieser Ansatz nicht die *pharmaceuticalization*, sondern vielmehr die *medicalization of society* erklären – allenfalls die fortschreitende Pharmaceuticalization der Medizin, an der wiederum die pharmazeutische Industrie ein genuines Interesse habe. Gleichzeitig blieben die industriellen Aktivitäten im Hinblick auf die Vermarktung und Verbreitung ihrer Erzeugnisse auch außerhalb der medizinischen Domäne gänzlich unberücksichtigt (ebd. 608 f.).[22]

[21] Die Definition des Terminus „Medikalisierung" weicht nur geringfügig von der anthropologischen Sicht ab. Allerdings richtet sich das Interesse bislang auch hier fast ausschließlich auf westliche Gegebenheiten und konzentriert sich zudem wesentlich mehr auf gesellschaftliche (*medicalization of societies*) denn auf individuelle Veränderungen (*medicalization of lives*), die durch das Eindringen medizinischer Zuständigkeiten in immer zahlreichere Lebensbereiche hervorgerufen werden.

[22] Vor allem in den USA ist dieser außermedizinische Bereich der Pharmaceuticalization von größter Bedeutung. Während nämlich in der gesamten westlichen Welt die so genannte „Laienwerbung" für Medikamente verboten ist, darf die pharmazeutische Industrie in Amerika (und Neuseeland) ihre Produkte direkt bewerben, wie jede andere Branche auch (Abraham 2010: 606).

Das Erklärungsmodell „*consumerism*“ beinhaltet einen Komplex aus Diskursen über die Verwischung der Grenzen zwischen Laien- und Expertenwissen, über mündige Patient_innen und informierte Entscheidungen die sich um die Transformationen der Beziehungen zwischen Ärzt_innen und ihren Patient_innen in Begriffe von Beratung, Dienstleistung und Konsum ranken (vgl. Lupton 1997). Auch diesem Ansatz attestiert Abraham Widersprüchlichkeiten und Brüche:

Die Selbstwahrnehmung von Patient_innen in weiten Teilen der Gesellschaft als Kund_innen beziehungsweise Klient_innen der Medizin hätte zwar das Wissen um therapeutische Möglichkeiten in weiten Teilen der Bevölkerung erhöht, jedoch führe das nicht zwangsläufig zu einer vermehrten Inanspruchnahme pharmazeutischer Produkte: „In western societies, at least two distinct types of consumerism need to be identified: injury-oriented *adversity* to, and access-oriented *collaboration* with, the pharmaceutical-industrial complex“ (ebd. 610, Hervorhebungen im Original).

Nur die zweite Form dieses geänderten Verhaltens der Medizin gegenüber kann also die Pharmaceuticalization steigern. Der erste Typ hingegen ist auf Grund von nicht weniger informierter Skepsis und Kritik an medizinisch-pharmazeutischen Expertisen, Behauptungen und Angeboten ganz im Gegenteil dazu in der Lage, Prozesse der *de-pharmaceuticalization* in Gang zu bringen (ebd. 709).

Zusätzlich warnt Abraham davor, den ideologischen Hintergrund der Diskussionen um *self-care* und *self-medication* zu übersehen: Nicht zuletzt führe dieser Weg (auch) in die Richtung einer entmachteten oder zumindest ihrer zugestandenen Kompetenzen beraubten Ärzt_innenschaft – wiederum eine Entwicklung, die letzten Endes der Pharmaindustrie zugutekäme:

> [T]he ‘expert patient’ discourse needs to be put in the context of the interests of those planning to provide the ‘information’ intended to construct ‘patient expertise’, namely a profit-seeking industry with a record of promoting its products with misleading information to doctors. (ebd. 612 f.)

In der Analyse des Medikalisierungsansatzes schließlich kommt Abraham zu einem ähnlichen Ergebnis: Auch sie könne eine Reihe von empirisch beobachtbaren Phänomenen im Zusammenhang mit der Pharmaceuticalization nicht adä-

---

Dieser Unterschied mit seinen weit reichenden gesellschaftlichen Auswirkungen ist der Grund, warum ich in meiner Diplomarbeit amerikanische Konzeptionen weitgehend vernachlässige.

quat, zumindest nicht ausreichend erklären (ebd. 605). Diese Vorgänge unter den Begriff der Medikalisierung zu subsummieren, ist für ihn daher ebenfalls kein gangbarer Weg, wenngleich er die *medicalization theory* als den überzeugendsten Erklärungsansatz unter den anderen bezeichnet (ebd. 616).

Eines der Phänomene, die Abraham anführt, ist dabei am offensichtlichsten von dieser analytischen Einschränkung betroffen: der immer größer werdende Markt für pharmazeutische Produkte *außerhalb* der Medizin. Viagra im Internet, Vitaminpräparate im Supermarkt, aber auch Schlaftabletten, Schmerzmittel und unzählige andere Substanzen in der Apotheke – all das dient nicht nur der Befriedigung gesteigerter Bedürfnisse nach Medikationen, sondern führt in bestimmten Bereichen dazu, dass medizinische Expertisen und ärztliche Entscheidungen nahezu vollständig umgangen werden können (ebd. 605). Hier besteht also ein ähnliches Problem wie bei dem zuletzt genannten Ansatz: eine der Industrie zuarbeitende Schwächung der Ärzt_innenschaft.

Zur Überbrückung der diagnostizierten analytischen Schwachstellen dieses Erklärungsmodells und zur Erfassung der mittlerweile unauflöslich scheinenden Verwobenheit zwischen den Feldern Medizin und Industrie schlägt Abraham nun vor, von einem *„medicalization-pharmaceuticalization complex“* auszugehen – ein ähnlicher Bereich, wie er auch von der Anthropologie bearbeitet wird. Der Fokus sollte sich dabei jedoch nicht auf nur eine der beiden Domänen richten, sondern auf die „mutually reinforcing two-way causality“ zwischen ihnen (ebd. 608). Diese erweiterte Perspektive würde beide Institutionen gleichermaßen in den Blick nehmen und sich daher zur Analyse ihrer vorhandenen Wechselwirkungen und deren Einflüsse auf die Gesellschaft eignen.

Die grundsätzliche Schwäche des Medikalisierungsansatzes bleibt jedoch bestehen: Durch die Beschränkung auf Vorgänge, die in beiden Bereichen gleichermaßen zu beobachten sind, bleiben die Prozesse der Pharmaceuticalization, wie sie außerhalb der Medizin vor sich gehen, unerforscht.

2.2.2. Die Pharmaceuticalization der Gesellschaft

An dieser Stelle setzen die Autoren eines umfassenden Konzeptionierungsversuchs an: Simon J. Williams, Paul Martin und Jonathan Gabe (2011) positionieren ihren Zugang zur Pharmaceuticalization „beyond the use of pharmaceuticals by doctors and patients … [I]t includes the use of pharmaceuticals for other purposes that lie outside the realm of medical authority“ (2011b: 729). Dabei geht ihr Verständnis des Phänomens jedoch weit über den Gebrauch von Medikamenten hinaus. Sie betonen vielmehr die Notwendigkeit, Analysen sowohl auf Mikro- als auch auf Makroniveau vorzunehmen, also die Bedeutungen pharmazeutischer Erzeugnisse, die mit ihnen im Zusammenhang stehenden medizinischen und alltäglichen Praktiken, sowie die Prozesse ihrer Entwicklung, Regulation und Distribution gleichermaßen zu erforschen (2011a: 711).

Dafür definieren sie sechs Schlüsseldimensionen, die für das Verständnis gegenwärtiger und zukünftiger Entwicklungen entscheidend sind, und die mir als besonders kompatibel mit anthropologischen Herangehensweisen erscheinen: (1) *selling sickness*, (2) *changing forms of governance*, (3) *mediation*, (4) *patients, consumers and the life world*, (5) *from treatment to enhancement* und (6) *pharmaceutical futures in the making* (ebd. 712-721).

Auf der ersten Ebene, dem *selling sickness* oder *disease mongering*, wie es auch genannt wird, befassen sich Williams und seine Kollegen intensiv mit den Bestrebungen der pharmazeutischen Industrie, fruchtbaren Boden für ihre Erzeugnisse zu bereiten. Sie kommen dabei zu ähnlichen Erkenntnissen wie auch Kalman Applbaum (vgl. Seite 51 f.), setzten jedoch noch früher an als er: Bei der Implementierung des bevölkerungsweiten Bewusstseins über Krankheiten, gegen die ein zum Teil erst später auf den Markt gebrachtes Mittel zu helfen verspricht (ebd. 713).

Nun funktioniert Marketing wohl auch in anderen Branchen zumeist in dieser zeitlichen Abfolge: *Zuerst* werden Bedürfnisse geschaffen, um sie *dann* zu befriedigen. Aus einem betriebswirtschaftlichen Blickwinkel betrachtet sind solche Strategien daher sehr verständlich. Da es im Zusammenhang mit der Pharmaindustrie jedoch in erster Linie um Menschen geht, deren Ängste und Sorgen solcherart manipuliert und geschürt werden sollen, verwundert auch die oft und zum Teil

sehr heftig vorgebrachte Kritik daran keineswegs. Allerdings schließe ich mich an dieser Stelle einer Warnung an, die auch von den Williams, Martin und Gabe vorgebracht wird:

Gerade die Untersuchung solcher zweifellos vorhandener Maßnahmen verleitet dazu, „DIE Pharmaindustrie“ gänzlich undifferenziert und nahezu ausschließlich unter dem Label der skrupellosen Geschäftemacherei zu betrachten. Eine solche Sicht ignoriert jedoch nicht nur die zweifellos auch segensreichen Beiträge dieser Domäne zum Funktionieren von Gesellschaften, sie verstellt zudem den analytischen Blick auf ihr transformierendes Potenzial.

> Both medicalisation and pharmaceuticalisation … are ideally value-neutral descriptive terms with potentially positive and negative faces that remain open to empirical investigation on a case-by-case basis. While disease mongering thus captures an important range of issues pertinent to the broader concept of pharmaceuticalisation, its analytic value is clearly restricted. (ebd. 713)

Anthropologisch gesehen ist die Erschaffung von Krankheiten wohl aus demselben Grund interessant: Dass Kranksein und Leiden nicht bloße Folgen biologischer Störungen sind, sondern historisch gewachsene und soziokulturell geprägte Phänomene, ist mittlerweile als Gemeinplatz zu betrachten. Dass jedoch vor vergleichsweise junger Zeit ein *global player* die Bühne betreten hat, der genügend Macht besitzt, um in die hier zugrundeliegenden Geschichte(n), Verortungen und Konzeptionen einzugreifen und damit nicht zuletzt Bedürfnisse, Ängste und Hoffnungen gleichzuschalten und zu globalisieren, eröffnet, wie ich meine, faszinierende Forschungsfelder.

Die zweite von Williams et.al. vorgeschlagene Betrachtungsweise, *changing forms of governance,* stellt ebenfalls Prozesse der Makroebene in den Vordergrund. Dabei geht es um die Relationen und Machtverhältnisse zwischen der pharmazeutischen Industrie und ihren unterschiedlichen Regulierungs- und Kontrollinstanzen, wie etwa die nicht weniger global agierende World Health Organization (WHO), die U.S. Food and Drug Administration (FDA) oder die European Medicines Agency (EMA). Durch dieses Zusammenspiel geraten jedoch nicht nur die beteiligten Institutionen und Konzerne in wechselseitige Abhängigkeiten. Reguliert, kontrolliert und beschleunigt wird dadurch vor allem die weltweite Implementierung westlicher biomedizinischer und pharmazeutischer Standards –

vielerorts jedoch zumeist auf einem nur ideellen oder ideologischen Level (ebd. 714 f.).

Die dritte Dimension (*mediation*) befindet sich schließlich am Übergang zu den Prozessen der Mikroebene und untersucht die Rolle unterschiedlicher Medien im Hinblick auf die Vorgänge der Medikalisierung und der Pharmaceuticalization. Vor allem das Internet spielt hier als machtvolles und schwer einschätzbares Instrument eine zentrale Rolle: Gerade durch die Möglichkeit, online nahezu jedes pharmazeutische Produkt erwerben zu können, vollzieht sich der auch von Abraham angesprochene Machtverlust medizinischer Expert_innen hier am offensichtlichsten (vgl. Seite 56 f.). Gleichzeitig stellt das Internet aber auch die größte Plattform für kritische Stimmen jeglicher Art dar – ob sich diese nun gegen die Medizin, die Pharmaindustrie, gegen Regierungen oder gesellschaftliche Entwicklungen richten. Trotz dieses widerständischen Potenzials jedoch warnt Williams hauptsächlich davor, "[to] underestimate the extent to which this supposedly democratic new digital medium simply reproduces existing power relations and opportunities for the medicalisation and pharmaceuticalisation of everyday life" (Williams et.al. 2010a: 716).

Patients, consumers and the life world, der vierte Zugang zum Verständnis der Pharmaceuticalization, behandelt unter anderem die Phänomene des *consumerism*, die ebenfalls auch von Abraham ausgeführt werden. Während letzterer jedoch vor allem auf die Ambivalenz dieser Prozesse hinweist, die der pharmazeutischen Industrie zu gleichermaßen gesteigerter wie auch zu geschwächter Einflussnahme verhelfen können (vgl. Seite 56 f.), nehmen Williams und seine Kollegen hier eine etwas abweichende Position ein:

> While patient or consumer challenges are still possible, and while industry capture of consumer group agendas remains a topic of ongoing debate, the power and influence of the pharmaceutical industry is clearly extensive and should not be underestimated. (Williams et.al. 2010a: 718)

Auf der fünften Ebene (*from treatment to enhancement)* geht es schließlich um die Veränderungen des täglichen Gebrauchs pharmazeutischer Produkte, wie sie gerade vom *consumerism* hervorgebracht werden: Es sind nicht mehr nur Patient_innen, die aufgrund einer ärztlichen Anweisung oder Empfehlung Arzneien einnehmen. Vielmehr handelt es sich um Kund_innen, die sich für den Konsum

einer Ware zur Linderung ihrer Beschwerden beziehungsweise zur Steigerung ihres Wohlbefindens entscheiden. Hier erweisen sich daher nicht nur die Grenzen zwischen *medicalization* und *pharmaceuticalization* oder diejenigen zwischen den Rollen der Expert_innen und Lai_innen als fließend. Was dadurch vor allem in Bewegung gerät, ist die Unterscheidung zwischen pathologisch und normal, und in weiterer Folge zwischen der Erfüllung sozialer Normen auf der einen Seite und der Sanktionierung unerwünschten Verhaltens durch die Gesellschaft auf der anderen (ebd. 718 f.).

Der zuletzt genannte analytische Zugang, *the making of pharmaceutical futures* (ebd. 719), erweitert die Untersuchungen auf die Einschätzung künftiger Entwicklungen – wiederum auf dem Niveau von Makro- und Mikrostrukturen:

> [I]t is important to look at the way that pharmaceutical products are used *outside* the medical domain and explore the broader way in which pharmaceutical *futures* are shaping how we think about innovation, policy and the very meaning of health and illness, therapy and enhancement. (2011b: 730, Hervorhebungen im Original)

Auf beiden Ebenen ist die *sociolology of expectations* als theoretischer Hintergrund zur Beleuchtung eines wichtigen Umstandes von entscheidender Bedeutung: Ihr zufolge wird jede in der Gegenwart getroffene Entscheidung grundsätzlich von den jeweils unterschiedlichen Erwartungen, Hoffnungen und Ängsten der beteiligten Akteur_innen im Hinblick auf eine individuelle oder kollektive Zukunft generiert (ebd 720). Ob es sich dabei um politische Weichenstellungen, wissenschaftliche Theoriebildungen, oder um alltägliches persönliches Abwägen mehrerer Möglichkeiten handelt, spielt dabei keine Rolle – der zugrunde liegende Mechanismus ist auf jeder dieser Ebenen derselbe. Die Ergebnisse solcherart getroffener Entscheidungen sind jedoch selbstverständlich untrennbar damit verwoben, *wer* sie trifft.

Diese Überlegungen wiederum bringen mich nun zurück zu dem spezifischen Setting meines eigenen Forschungsprojekts und der besonderen Rolle und Funktion von Impfungen. Sie entstammen der pharmazeutischen Industrie und sind deutlicher als viele andere ihrer Produkte dem Feld der Medizin zuzuordnen: Ihre Verabreichung, die Behandlung ihrer Nebenwirkungen und nicht zuletzt die Krankheiten, vor denen sie schützen fallen fast ausschließlich in die Zuständigkeit und Verantwortung ärztlichen Handelns. Und doch befinden sich Impfungen

zugleich in einem Graubereich *außerhalb* der medizinischen Domäne: Sie werden verabreicht, solange wir gesund sind. Sie bewahren uns davor, in der *Zukunft* am medizinischen System teilhaben und ärztliche Hilfe in welcher Form auch immer in Anspruch nehmen zu müssen (Stöckl 2010: 255). Erwartungen, Hoffnungen, Ängste und Sorgen sind demgemäß auf allen Ebenen die Grundlage der Entscheidung für oder gegen eine Impfung.

V. EMPIRISCHER TEIL

Der nun folgende Teil meiner Diplomarbeit dient der Darstellung der Erkenntnisse, die ich im Verlauf des Forschungsprozesses aus Recherchen, Interviews und Reflexionen gewinnen konnte. Dabei ist jedoch gleich zu Beginn auf einen wichtigen Umstand hinzuweisen:

All diejenigen der befragten Expert_innen, die sich in der Vergangenheit aktiv für eine bevölkerungsweite Einführung der HPV-Impfung eingesetzt hatten, zeigten sich von meinen Fragen durchwegs inspiriert und motiviert, ihre Tätigkeiten, die in der Zwischenzeit ebenso rückläufig gewesen waren wie das Thema selbst, in dieser Hinsicht wieder aufzunehmen. Hinzu kommt, dass auch die beiden Pharmaunternehmen gegenwärtig gemeinsam an neuen Verhandlungsstrategien mit den zuständigen Sektoren der Gesundheitspolitik arbeiten, wie sich im zuletzt geführten Interview mit Glaxo-Smith-Kline herausstellte.

Dass diese Aktivitäten bereits Früchte tragen, lässt nicht zuletzt ein erst wenige Tage zurückliegendes Ereignis vermuten: Am 05.10.2012, kurz nach Abschluss meiner empirischen Erhebungen forderte die ÖVP-Frauensprecherin Dorothea Schittenhelm den Koalitionspartner SPÖ dazu auf, die HPV-Impfung öffentlich zu finanzieren – ein politisches Ansinnen, von dem seit der ursprünglich ablehnenden Entscheidung Andrea Kdolskys keine Rede mehr gewesen war. Erstmals äußerte sich auch der SPÖ-Gesundheitsminister Alois Stöger dazu und zeigte sich durchaus gewillt, der Forderung dann nachzukommen, wenn das dafür nötige Budget zur Verfügung gestellt würde (Daser 2012: ORF Mittagsjournal).

Es besteht daher der Grund anzunehmen, dass Österreich seine Sonderrolle im Hinblick auf die HPV-Impfung in nicht allzu weiter Zukunft zumindest ein Stück weit aufgeben könnte, wodurch wiederum ein Folgeprojekt zu einem späteren Zeitpunkt gänzlich andere Forschungsvoraussetzungen vorfinden würde.

Die Ergebnisse der rekonstruierenden Untersuchung zwischen Sommer 2011 und Herbst 2012 betrachte ich daher gewissermaßen als „Momentaufnahme“, deren Aktualität mit Abschluss der Erhebungen vorläufig endet. Die Gesprächsinhalte jedoch, die über die chronologischen Ereignisse der letzten fünf Jahre

hinausgehen, machen Entwicklungen deutlich, die nicht nur in Österreich, sondern ganz allgemein in hochtechnisierten Gesundheitssystemen zu beobachten sind.

Die Struktur dieses empirischen Teils der Studie ergibt sich aus dem Fluss der Erhebungen: Ich stelle zunächst den Weg dar, den Österreich aus dem Blickwinkel der Interviewpartner_innen und den von ihnen repräsentieren Handlungsfeldern seit dem Bekanntwerden der beiden Impfungen beschritten hat. Dabei sollen weder Wahrheiten herausgefunden noch Unstimmigkeiten entlarvt werden, wie ich ein weiteres Mal betonen möchte, sondern „Wirklichkeiten" aufgezeigt und die daraus resultierenden Positionierungen innerhalb der Diskurse um HPV in Österreich rekonstruiert werden.

Dabei tritt zweierlei zutage: Zum einen bestätigt sich die nur unscharf zu ziehende Grenze zwischen einem rekonstruierenden und einem interpretativen Zugang. Der dramaturgische Aufbau des Kapitels trägt diesem Umstand daher Rechnung und gliedert sich in eine Abfolge von erhobenen Daten und deren nachfolgender Interpretation.

Zum zweiten zeigt sich sehr rasch die enorme Vielzahl an mit HPV assoziierten Thematiken und Diskurssträngen, die ich auf Grund des begrenzten Rahmens einer Diplomarbeit zum Teil nur andeuten kann. Aspekte jedoch, die sich nicht nur als die wichtigsten Verbindungselemente zwischen den einzelnen Gesprächen, sondern auch als neuralgische Schnittstellen zwischen den beteiligten Personen, Institutionen und Feldern erwiesen haben, werden im Folgenden ausführlich dargestellt.

Zur Verortung meiner Interpretationen in den globalen Geschäften und Strategien der beteiligten Pharmakonzerne greife ich auf die theoretischen Modelle zurück, die ich im vorangegangenen Teil der Diplomarbeit behandelt habe. Diese Kontextualisierung meines Forschungsfeldes über die nationalen Grenzen hinaus wird dabei nicht nur durch die Qualität des erhobenen Datenmaterials nötig: Es bedarf dieses erweiterten Blickwinkels, um nicht Gefahr zu laufen, lokal zu beobachtende Korrelationen mit übergeordneten Kausalitäten zu verwechseln.

1. Narrative (Re)-konstruktionen

1.1. Zulassung und Markteintritt

Der Impfstoff Gardasil des europäischen Herstellers Sanofi Pasteur MSD (SPMSD) wurde im Oktober 2006 in Österreich zugelassen und noch im selben Jahr in die Impfempfehlung des dafür zuständigen Gremiums im Österreichischen Sanitätsrat aufgenommen.[23] Bereits diese frühe Phase wurde jedoch von Misstrauen und Verunsicherungen geprägt – allerdings nicht nur in Gruppierungen, die etwas pauschal unter dem Begriff „Impfgegner_innen" subsummiert werden. Unter ihnen befanden sich vielmehr auch Vertreter_innen der Medizin, Sozialwissenschaftler_innen und zu einem erheblichen Teil auch feministische Organisationen, die alle das Prinzip des Impfens grundsätzlich anerkennen und gutheißen.

Die anfängliche Kritik äußerte sich vor allem in Form von Zweifeln an der Verlässlichkeit der klinischen Testreihen und an der überaus raschen Zulassung des Serums in Australien, den USA und in Europa. Meine Fragen hinsichtlich dieser Kontroversen wurden unterschiedlich aber durchwegs in Korrespondenz mit der jeweils positiven oder kritischen Grundhaltung zur HPV-Impfung beantwortet, wie es die folgenden Stellungnahmen zum Ausdruck bringen sollen.

Der Vertreter der herstellenden Pharmafirma schilderte mir zum Beispiel folgendes Szenario:

> *Es war eine der schnellsten Impfstoffzulassungen. Man hat die Wirksamkeitsstudien der Phase III vorzeitig abgebrochen, weil der beobachtete Effekt, die Wirksamkeit, höher war, als man erwartet hat. Daher sind die notwendigen Fallzahlen für die statistische Wahrscheinlichkeit früher erreicht worden, und deshalb hat das unabhängige Komitee festgestellt, es ist nicht länger ethisch, den Placebo-Patientinnen den Wirkstoff vorzuenthalten. … In dem Moment, wo der Beweis eindeutig gelungen ist, ist es unethisch, die Studie weiter fortzuführen.* (BP-SPMSD)

Auch die Wiener Sozialmedizinerin UK äußerte sich ähnlich euphorisch zu diesen Vorbedingungen der Markteinführung:

> *[Wir haben] gesehen, dass die Impfstoffe so tolle Erfolge erzielen, dass sogar den Frauen in den Placebo-Gruppen geraten wurde, sie sollen in die Impfgruppe wechseln. Also das passiert ja NICHT sehr oft. Und diese TOLLEN Erfolgsraten, ja, die ha-*

[23] Da GSK's Cervarix erst im September 2007 in der EU zugelassen wurde, beziehen sich die Schilderungen bis zu diesem Zeitpunkt fast ausschließlich auf Gardasil. Meine Interpretationen und Schlussfolgerungen jedoch schließen zumeist beide Vakzine mit ein.

ben uns einfach sehr beeindruckt, und darum haben wir begonnen, uns mehr damit zu beschäftigen. Und dann kam der Impfstoff ja auf den Markt. Das war anfangs auch in Österreich sehr willkommen und eine große Sache. (UK-MEDUNI WIEN)

Diese beiden Aussagen bieten bereits einen wichtigen Hinweis auf ein Thema, das sowohl im öffentlich-medialen als auch im Fachdiskurs der Expert_innen wiederkehrt: die Einschätzung der Aktivitäten rund um die HPV-Impfung als ethisch einwandfrei, oder aber als unethisch und zweifelhaft. Dabei lässt sich jedoch keine auf den ersten Blick naheliegend scheinende Grenze zwischen Fachleuten aus der Medizin und „den anderen" ziehen.

ER zum Beispiel, die neben ihrer wissenschaftlichen Tätigkeit an der Universität Graz den Beruf der Ärztin aktiv ausübt, bezeichnet die beiden Vakzine aus heutiger Sicht als sicher und bestätigt damit auch die sehr pragmatische Aussage des GSK-Vertreters zur nach wie vor geführten Diskussion um die Sicherheit der HPV-Impfung:

Cervarix ist jetzt über 30 Millionen Mal verimpft worden. Ich glaube, wenn wir da Probleme hätten, wären sie uns aufgefallen. (HF/AK-T-GSK)

ER wendet jedoch ein, dass die Datenlage zum Zeitpunkt der Einführung der Impfung in die Gesellschaft sehr wohl mangelhaft gewesen sei. Sie kritisiert vor allem die nicht exekutierten Meldeverpflichtungen für Ärzt_innen über beobachtete Nebenwirkungen und Problemfälle, die trotz aller Sicherheit bei jeder Impfung auftreten können, sowie den Mangel an unabhängigen Kontrollinstanzen sowohl zu Beginn des Markteintritts als auch in der Gegenwart:

Vor allem aus sozialmedizinischer Sicht halte ich das für unbedingt notwendig, weil es ethisch sonst nicht vertretbar ist. Ich meine, es sind gesunde Menschen, Frauen, Männer, die geimpft werden sollen. Ich MUSS ihnen zusichern, dass sie keinen Schaden haben werden. Vor allem wenn ich BEVÖLKERUNGWEIT impfe, dann muss ich GANZ genau wissen, dass es keine Probleme gibt. Wenn ich es NICHT genau weiß, dann muss ich den Leuten zusichern: ‚Es KANN etwas passieren, wir wissen es nicht. Sie sind sozusagen ein Versuchskaninchen, aber WENN etwas passiert, dann schlagen wir Alarm und werden entsprechende Maßnahmen setzen'. Also vom ethischen Standpunkt her denke ich, dass das unbedingt notwendig wäre. Denn es gilt ja, nicht zu schaden, besonders im Bereich Prävention. (ER-MEDUNI GRAZ)

Dabei ist jedoch auch sie keinesfalls gegen das Impfen an sich eingestellt, wie sie mir auf meine Frage nach der Stellung dieser ärztlichen Präventivmaßnahme innerhalb des medizinischen Mainstreams antwortete:

Generell sind Impfungen state of the art. Es ist schulmedizinisch anerkannt, dass Impfungen eine der Errungenschaften, der GROSSEN Errungenschaften der Schulmedizin sind, und wir durch sie sehr viele Krankheiten verhüten können. Detailliert muss man sich die Impfungen einzeln anschauen … [und abwägen], was ist das Krankheitsgeschehen, wie gefährlich ist das Ganze, was ist mein Ziel? (ER-MEDUNI GRAZ)

Auf einen besonderen Zusammenhang zwischen Impfung, Ethik und ärztlicher Haltung weist der ehemalige Vorsitzende des Impfausschusses im Obersten Sanitätsrat hin: Er führt ins Treffen, dass klinische Prüfverfahren, in denen einige tausend Proband_innen über Jahre hinweg auf erhoffte beziehungsweise unerwünschte physische Wirkungen eines verabreichten Impfstoffs getestet werden, erst seit vergleichsweise kurzer Zeit verpflichtend sind und strengen gesetzlichen Regelungen unterliegen. Impfschäden bis hin zum Tod wurden demnach bis in die 1980er Jahre in Kauf genommen. Die Anzahl der verhinderten Krankheiten und Sterbefälle war jedoch so enorm groß, dass eine Entscheidung gegen eine der *„segensreichen Impfungen"* ihrerseits wiederum unethisch gewesen wäre.

Langzeitergebnisse hat man bei keiner Impfung von Anfang an, sondern man hat wissenschaftliche Evidenz und biologische Plausibilität. … Sie wissen, die Polioschluckimpfung [oral verabreichter Lebendimpfstoff] *löst bei circa jedem fünfhunderttausendsten Impfling Kinderlähmung aus. Das passierte in Österreich theoretisch alle fünf Jahre einmal: eine Lähmung verursacht durch den Impfstoff. Als jedes Jahr hundert Kinder daran starben, hatte das überhaupt keine Bedeutung. Aber seit kein Kind mehr daran stirbt – ab 1982 gab es ja keinen Fall mehr in Österreich – ist diese Nebenwirkung untragbar. Daher hat zum Beispiel der österreichische Impfausschuss ähnlich wie in anderen Ländern gesagt, die Kinderlähmung-SCHLUCKimpfung darf nicht mehr angewendet werden, wir wechseln zum Totimpfstoff* [verabreicht mittels Injektion]. *… Also die Nutzen-Risiko-Abwägung ändert sich im Lauf der Zeit. 1960 waren wir GLÜCKLICH, dass es diese Impfung gegeben hat. 1990 wollten wir sie nicht mehr, weil es etwas Besseres gegeben hat.* (IM-IMPFAUSSCHUSS)

Zwei gänzlich unterschiedliche Zugänge – zutiefst ärztlich und gleichermaßen plausibel und verständlich. Die Differenz erklärt sich laut UK aus dem besonderen Ansatz der Sozialmedizin, die im Gegensatz zum rein klinischen Blickwinkel versuche, *„das Ganze zu sehen"*, also gesamtgesellschaftliche epidemiologische Auswirkungen in Betracht zu ziehen, statt den Fokus auf die Behandlung einzelner Fälle zu richten (UK-MEDUNI WIEN).

Dass sich aber auch beide Sozialmedizinerinnen sehr verschieden zur Einführung der HPV-Impfung positionieren, zeigt auf, wie differenziert allein der innermedizinische Diskurs zu diesem Thema zu betrachten ist. Die fast übereinstim-

mend vorgebrachte Meinung der Befürworter_innen der Vakzine, bei ihren Kritiker_innen oder Gegner_innen handle es sich um *„emotionale Impfgegner“* (etwa BP-SPSMD; RS-ÄRZTEKAMMER), erweist sich jedenfalls als eine aus naturwissenschaftlicher Sicht zwar nachvollziehbare aber unzureichende Erklärung für die kontrovers geführten Auseinandersetzungen.

1.2. Die „Impfung gegen Gebärmutterhalskrebs“

In Österreich wie auch in den allermeisten anderen Ländern ist es der Pharmaindustrie verboten, Direktwerbung bei Endverbraucher_innen zu machen (vgl. Seite 55, Fußnote). Die Vertreter_innen beider Konzerne äußern sich übereinstimmend zu dieser gesetzlichen Regelung durch das Österreichische Arzneimittelgesetz (BP-SPMSD; HF/AK-T-GSK WIEN). Laut GSK ist die Grenze zwischen Werbung und Information ganz klar geregelt, jedoch scheint sie hinsichtlich ihrer Wirkung auf Lai_innen zum Teil sehr fließend zu sein:

> *[Die Grenze] ist insofern klar gezogen, als sie nicht missverständlich sein darf. Es muss einem Laien klar verständlich und eindeutig sein, und ich darf NICHTS darin verbergen, das etwas verspricht, was das Produkt oder seine Anwendung nicht halten können. Sie können informieren über: Was ist die Erkrankung? Wie kommt sie zustande? Wann kommt sie zustande? Was kann eine Impfung prinzipiell verhindern?* (HF/AK-T-GSK)

Informationen an User_innen, die alle gesetzlichen Auflagen erfüllen und nicht als Werbemaßnahme gelten, bekämen das Label „Awareness-Kampagnen“, so der Vertreter von GSK weiter. Solche Aktionen dürften von der pharmazeutischen Industrie sehr wohl finanziell unterstützt werden – wiederum allerdings mit Einschränkungen und bestimmten einzuhaltenden Vorgaben:

> *Awareness-Kampagnen sind so anzulegen, dass sie nicht als Werbung gesehen werden. … BEVOR man aber das Produkt und die Zulassung hat, macht man das nicht, weil natürlich schon die Gefahr besteht, dass man auf die Zukunft hinweist. Und dann taucht doch versehentlich irgendwann etwas im Internet auf, … und das ist dann Werbung. Daher sagt GSK, das ist generell verboten. Erst wenn wir eine Zulassung haben, können wir so etwas unterstützen, können wir uns beteiligen. … Wir machen da keine Ausnahmen.* (HF/AK-T-GSK)

Gerade die von der Pharmaindustrie gestützten Maßnahmen zur Steigerung der Awareness bezüglich HPV und seinen Folgen scheinen jedoch in der Rückschau der kritisch eingestellten Expert_innen fast ebenso sehr zu ihrer tendenziell nega-

tiven oder ablehnenden Haltung beigetragen zu haben, wie das zunächst mangelhafte Datenmaterial über verheißene Wirkungen oder nicht ausreichend protokollierte Nebenwirkungen. Abgelehnt werden dabei hauptsächlich zwei Aspekte:

Zum einen wird die übereinstimmende Bezeichnung der beiden Seren als „Impfung gegen Gebärmutterhalskrebs“ scharf kritisiert. Andrea Kdolsky etwa äußerte sich in sehr klaren Worten zu dieser hoch wirksamen diskursiven Verbindung zwischen den angstbesetzten Elementen Viren, Ansteckung, Krebs und sexuelle Übertragbarkeit:

> *Das Problem mit der Diskussion über HPV war damals, dass es bei mir als Impfung gegen Gebärmutterhalskrebs aufgeschlagen ist. … Selbst wenn ich NICHT Medizinerin wäre und … mich NICHT damit auskennen würde, das ist einfach lächerlich! … Meine erste Aussage damals war: … Es KANN nicht sein, dass die Werbung in Richtung Gebärmutterhalskrebs geht. Denn das STIMMT nicht! Ich kann sagen, es ist eine Impfung gegen den HP-Virus, und ich kann dann erklären, was der HP-Virus alles macht. Aber es ist KEINE Impfung gegen Gebärmutterhalskrebs. Damit wird die gesamte öffentliche Diskussion verfälscht. Es ist nämlich völlig nachvollziehbar, dass eine Mutter eines zwölfjährigen Mädchens sagt ‚WUNDERBAR, es gibt eine Impfung gegen Gebärmutterhalskrebs. Na, wenn ich meine Tochter NICHT impfen lasse, dann bin ich eine SCHLECHTE Mutter‘.* (AK-BMG)

Dieses Statement beinhaltet auch die zweite Kritik an den sehr oft als Werbung bezeichneten Awareness-Kampagnen: die nahezu ausschließliche Adressierung der Infektionen an Frauen.

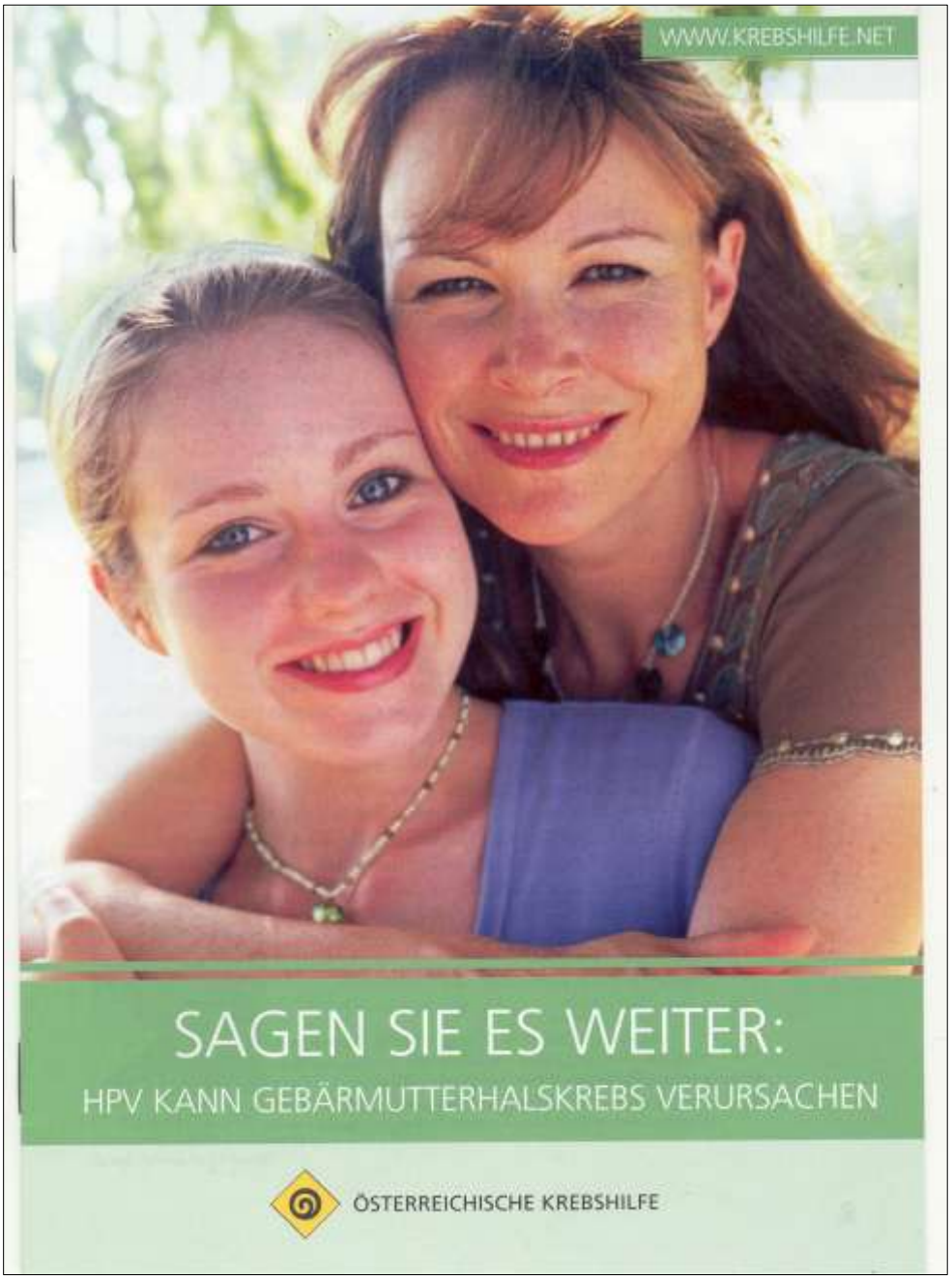


Abb. 1: Broschüre zur Awareness-Kampagne der Österreichischen Krebshilfe 2006



Abb. 2: Broschüre zur Awareness-Kampagne der Österreichischen Krebshilfe 2009

Die wichtigste und wohl auch aufwendigste Kampagne in Österreich, „Sagen Sie es weiter: HPV kann Gebärmutterhalskrebs verursachen“ wurde von der Österreichischen Krebshilfe (ÖKH) produziert und zwischen November 2006 und März 2007 insgesamt sechs Wochen lang im Österreichischen Rundfunk und von Privatsendern ausgestrahlt (Sommer 2009: 61). Die mit Unterstützung von Sanofi Pasteur MSD (Druckfinanzierung) hergestellte Begleitbroschüre ist hingegen bis heute erhältlich. Sie wurde mit einer Gesamtauflage von 800.000 Stück vornehmlich an gynäkologische Praxen und Kliniken, aber auch direkt an Frauen verteilt beziehungsweise versendet (ebd. 62).

Während das Titelbild der ersten Auflage eine Mutter mit ihrer Tochter zeigt, die fröhlich in die Kamera lächeln (Abb. 1), vermittelt eine Folgeausgabe aus dem Jahr 2009 eine ganz andere Atmosphäre: Ernst und besorgt richten die beiden Frauen ihren Blick in die Ferne – in eine ungewisse Zukunft (Abb. 2).

Zwar distanziert sich die ÖKH explizit von „Angst auslösende Appelle[n] und Formulierungen“ und weist auf die korrekte Verwendung des Ausdrucks „Impfung gegen HPV“ in der Broschüre hin (Sommer 2009: 60). Dass der Virus jedoch „Frauensache“ ist, die gänzlich in den Händen der Mütter liegt, war mit dieser Aufklärungsbroschüre eindrucksvoll manifestiert und wurde in weiterer Folge kaum je hinterfragt.

Die Kritik an der auch aus anderen Diskursen wohlbekannten Überantwortung der immer wieder so genannten „Volksgesundheit“ an Frauen liegt hier auf der Hand und wird auch von den meisten meiner Gesprächspartner_innen als berechtigt verstanden. Auf meine Frage, ob auch Buben geimpft werden sollten, antwortete etwa der Vertreter der Ärztekammer:

> *Das macht sicher Sinn, weil man damit die Infektionskette durchbricht, und auch im Sinne eines vernünftigen Umgangs mit der Sexualität. … Man sollte nicht sagen, okay, das überlassen wir den Frauen, und die Männer putzen sich ab, wie es in Sachen Empfängnisverhütung und so weiter gemacht wird. Also auch vom Erzieherischen her finde ich das gar nicht schlecht. Ich würde es vor allem nicht nur mit den Genitalwarzen begründen [die auch Männer bekommen können], sondern mit diesem sozialmedizinischen Aspekt.* (RS-ÄRZTEKAMMER)

Innerhalb dieses thematischen Stranges, den ich als Gender-Komplex bezeichnen möchte, lässt sich jedoch ein weiterer, noch wirkungsvollerer Effekt auf Frauen ablesen, den diese Fokussierung auf ihre mütterlichen Pflichtgefühle mit

sich bringt. Wenig überraschend äußern sich auch gerade die feministisch orientierten Frauen unter meinen Gesprächspartner_innen sehr kritisch dazu. Die Grazer Sozialmedizinerin etwa fasst das Problem in folgende Worte:

> *Da ist dieses Schuldthema. … Die Mutter MUSS ihre Tochter [zum Impfen] schicken, denn wenn sie das NICHT tut, dann tötet sie sozusagen ihre Tochter .Das ist der Hintergrund, und ich denke, DAS ist im Grunde wirklich schlimm. Ich meine, verständlich wiederum. … Wenn man [der Pharmaindustrie] die Möglichkeit bietet, ist es ganz klar, dass sie das so macht. … JEDER würde das machen, das ist ja keine Frage. Es müsste daher eine Instanz geben, die sagt: ‚Hoppla, NEIN! Das lassen wir nicht ZU'. So wie wir auch keine Direktwerbung für Medikamente zulassen, außer für einige, die nicht rezeptpflichtig sind'. Bei der Impfung muss man das GENAUSO machen. (ER-MEDUNI GRAZ)*

Auf den ersten Blick erscheint es ein wenig paradox zu sein, dass solche Zusammenhänge in einer tendenziell geschlechteregalitären Gesellschaft wie der österreichischen so wenig diskutiert wurden. Andrea Kdolsky erklärt diesen Umstand mit gesellschaftspolitischen Entwicklungen, die solchen Marketingstrategien erst zum Erfolg verhelfen:

> *Wir haben einen unglaublichen Wandel in der Familie. Wir haben dieses WAHNSINNIG schlechte Gewissen … von Müttern, die berufstätig sind, die Karriere machen, und die immer glauben, dass sie ihren Kindern etwas vorenthalten. Daher sind die GANZ ganz sensibel zu treffen, wenn man ihnen sagt: ‚Wenn du das nicht tust, bringst du dein Kind um'.* (AK-BMG)

Die vorrangige Zielgruppe der Impfung sind Mädchen und junge Frauen, wenngleich die Seren mittlerweile auch für junge Männer bis 26 Jahren weltweit zugelassen sind (BS-SPMSD) und die Altersbeschränkungen für Frauen am 05.12.2011 aufgehoben wurden (HF/AK-T-GSK).

Die Zielgruppe der Awareness-Kampagnen hingegen sind die Mütter, deren Angst vor dem Zusammenhang zwischen Virus und Krebs im eigenen Körper sich mit der Angst um die Gesundheit und das Leben ihrer Töchter vermengt. Diese solcherart hergestellte Verbindung wiederum erzeugt letzten Endes einen Teil der „Wirklichkeit" dieser Frauen: das „Wissen" um die eigene soziale Rolle als Trägerin von alleiniger Verantwortung, jeglicher Entscheidungslast und nicht zuletzt von potenzieller Schuld – ein Konnex, der sich nicht nur in Österreich sondern nahezu weltweit als ungebrochen wirksam erweist.

1.3. Erste Erfolge und Kontroversen

Im ersten Jahr der Einführung Gardasils verzeichnete der Impfstoff durchaus große Erfolge. Österreich war nicht nur das Land mit der ersten offiziellen Impfempfehlung, sondern auch der Gesundheitsmarkt, der dem Hersteller die größten Umsätze verschaffte:

> *Wir haben Presseaussendungen an die Medien gemacht, wo wir den Stand der Erkenntnis dargestellt haben, und die Medien haben das ja mit BEGEISTERUNG aufgenommen! Wir waren selber überrascht am Anfang, denn wenn man selbst so ein Produkt einführt, weiß man ja zuerst nicht, wie es in seiner Bedeutung einzuordnen ist. … Ja, und auf Grund der medialen Aktivitäten war die Akzeptanz in Österreich SENSATIONELL gut. Wir haben pro Kopf mehr Impfstoff verkauft, also mit ABSTAND mehr Impfstoff verkauft als in allen anderen Ländern.* (BP-SPMSD)

Ob sich die anfangs so hohen Verkaufszahlen auf den *„erdrückenden scientific background der HPV-Impfung“* zurückführen lassen (UK-MEDUNI WIEN), auf die massive, zumeist als Werbung wahrgenommene *„Sensibilisierung der Mediengesellschaft durch Informationskampagnen“* (AK-BMG), oder auf die Wirksamkeit der soeben geschilderten Marketingstrategien möchte ich hier unbeantwortet lassen. Trotz all dieser aus Sicht der Pharmaindustrie positiven Entwicklungen verstummten die kritischen Stimmen jedoch keineswegs. Dass diese Kritik wiederum hauptsächlich aus feministisch orientierten Frauenorganisationen kam, erscheint mir im Hinblick auf die dem Virus zugeordneten weiblichen Zielgruppen wenig verwunderlich. Für die Befürworter_innen der Impfung jedoch erwies sich gerade dieser Umstand als kaum nachvollziehbar.

Ihre zum Teil recht emotional vorgebrachten Stellungnahmen lassen dabei auf ein tiefes Unverständnis dafür schließen, dass sich gerade Frauen – diejenigen, die am allermeisten von der prophylaktischen Wirkung der Vakzine profitieren würden, der ärztlichen Intervention verweigern. So etwa die Wissenschaftlerin aus Wien:

> *Für mich ist das so: Da gibt es eine Impfung, die ERWIESENERMASSEN sicher ist. Also da MUSS ich mich einfach drauf verlassen. Ich kann die Studien lesen, mir die Studiendesigns anschauen und so weiter. Also die Impfung ist ERWIESENERMASSEN wirksam und sicher, das ist das Allerwichtigste. Und dann hab ich dieses WUNDERBARE Instrument, und das MUSS ich anwenden. Worauf soll ich warten? Ich würde das nicht AUSHALTEN. Warum soll ich das den Mädchen, Frauen, Männern vorenthalten? Das ist, wie soll ich sagen, das ist fast schon unterlassene HILFELEISTUNG … Also diesen [kritisch-feministischen] Zugang kann ich ABSOLUT nicht nachvollziehen und ich will mich eigentlich auch gar nicht weiter damit befassen. Aber*

ja, die meinen das halt. Inwieweit das dazu beiträgt, die Situation in Österreich zu verbessern, ist fraglich für mich, aber gut, wir haben Meinungsfreiheit, und jeder soll sagen, was er möchte. Aber DAS ist ein Zugang, der mir verwehrt bleibt, also DAS kann ich nicht nachvollziehen. (UK-MEDUNI WIEN)

IM antwortete auf meine Frage, ob er selber angesichts der massiven Kritik die Sicherheit und den Nutzen der HPV-Impfung selbst ganz am Anfang niemals in Zweifel gezogen hätte:

Also ICH habe sicher nicht gezweifelt. Das Paradoxe war, dass FRAUENorganisationen sich gegen die Impfung ausgesprochen haben, ungeachtet der WELTWEITEN positiven Effekte und Rückmeldungen. DAS ist ignoriert worden. (IM-IMPFAUSSCHUSS)

Der Vertreter von Sanofi Pasteur MSD wiederum drückt sein Unverständnis für die von Frauen vorgebrachte Kritik an der HPV-Impfung in Form folgender Frage aus:

Die Frage, die man Frau Kdolsky stellen müsste, lautet eigentlich: ‚SIE als FRAU, damals als Gesundheitsministerin, als ÄRZTIN: WARUM blockieren SIE eine SOLCHE Maßnahme oder Möglichkeit? Den europäischen Erfolg sehen Sie, Australien impft, Amerika impft, Europa impft. WARUM wollten Sie das nicht?' (BP-SPMSD)

Diese drei Aussagen machen einige Elemente deutlich, die SG vom Grazer Frauengesundheitszentrum als „*Grund für die Existenz der Frauengesundheitsbewegung"* bezeichnet. Diese internationale feministische Bewegung begann sich in den 1970er Jahren zu formieren und rief auf zum kritischen Wiederstand gegen männlich-hegemoniale Ansprüche in der westlichen Medizin und zu

> radikale[n] Veränderungen der Gesundheitsversorgung. … Die sozialen Bewegungen der 1970er Jahre …begleiteten den Aufbruch der Frauengesundheitsbewegung zu neuen Ufern und unterstützten die politische Durchsetzungsmacht ihrer Forderungen. (Kuhlmann/Kolip 2005: 31 f.)

Dass sich so manche der damals kritisierten Probleme bis heute als ungelöst erweisen, bedürfte einer eigenen Untersuchung aus anderem Blickwinkel. In den hier zitierten Interviewpassagen finden sich einige Themen jedenfalls wieder: Compliance und Widerstand, die in Frage gestellte Grenze zwischen dem Wissen der Expert_innen und dem der Lai_innen, die damit im Zusammenhang stehende Forderung, autonome Entscheidungen treffen zu können, und nicht zuletzt das paternalistische Prinzip in der der Medizin, das keineswegs überholt zu sein scheint.

So erzählte etwa der Repräsentant von GlaxoSmithKline von der diesjährigen Jahrestagung der Österreichischen Gesellschaft für Gynäkologie:

> *Da ist der Professor zur Hausen aufgetreten, der ja den Zusammenhang zwischen HPV und dem Zervixkarzinom gefunden hat. Er ist selber Gynäkologe und hat gesagt: ‚Eigentlich liegt es jetzt BITTE an euch: MACHT was für eure Frauen, MACHT was für die jungen Mädchen in Österreich, REDET mit den Leuten'. Und so gehen auch wir heran. … Und um zur Hausen aus dem letzten Jahr noch einmal zu zitieren: ‚Ja wenn sie die Impfung nicht wollen, dann sollen sie eben die Erkrankung probieren'.* (HF/AK-T-GSK)

Den ärztlich-pharmazeutischen Wunsch, Frauen und Mädchen vor einer abwendbaren Krankheit zu bewahren gibt es ganz unbestritten. Dahinter jedoch liegt die Frage *Who knows?* Wer legt fest, welches Wissen „richtig" ist und somit Gültigkeit besitzt, und wer erhält in der Folge den legitimen Status einer Definitions- und Entscheidungsmacht sowohl über Individuen als auch über das gesellschaftliche Gemeinwohl.

Brigitte Jordan (1992) definiert die Prozesse, durch die „richtiges" Wissen zu gültigem, autoritativem Wissen wird, folgendermaßen:

> The constitution of authoritative knowledge is an ongoing social process that both builds and reflects power relationships within a community of practice ... It does this in such a way that all participants come to see the current social order as a natural order, that is, the way things (obviously) are. The devaluation of nonauthoritative knowledge systems is a general mechanism by which hierarchical knowledge structures are generated and displayed. (Jordan 1992: 56)

Die in meinem Untersuchungsfeld ganz eindeutig vorherrschende Wissensordnung ist die der westlichen, naturwissenschaftlichen Biomedizin. Ungeachtet ihrer individuellen Haltung der HPV-Impfung gegenüber erweisen sich alle Gesprächspartner_innen als mit den entsprechenden Konzepten von Faktizität, Evidenz und Ratio verbunden. Die *Art* des Wissens wird also keineswegs hinterfragt, *wer* aber die Träger_innen und Verwalter_innen dieses Wissens sind, welcher der agierenden Bereiche damit in den legitimen Besitz von Definitions- und Entscheidungsmacht gerät, ist jedoch umstritten.

1.4. Die Mediale Krise der HPV-Impfung

Im Hinblick auf die chronologische Abfolge der weiteren Entwicklungen rund um HPV in Österreich zeichnen meine Gesprächspartner_innen ein sehr einheitliches Bild mit übereinstimmend wiederkehrenden Motiven, das ich hier kurz zusammenfasse:

Die anfangs durchaus vorhandene Akzeptanz der „Impfung gegen Krebs" fand im Oktober 2007 ein jähes Ende, als ein gesundes junges Mädchen in Oberösterreich in zeitlicher Nähe zur Verabreichung einer Dosis Gardasil an einer Atemlähmung verstarb. Laut dem erst am 18.01.2008 vorliegenden Obduktionsbericht konnte ein kausaler Zusammenhang zur etwa drei Wochen zuvor erfolgten Impfung zwar nicht bestätigt, jedoch auch nicht mit letzter Sicherheit ausgeschlossen werden. Der Tod der jungen Frau wurde als plötzlicher ungeklärter Todesfall zu den Akten gelegt.

Die diskursive Verbindung zwischen Impfung und Lebensgefahr war somit höchst wirksam hergestellt, das Interesse der Medien entsprechend groß – nicht zuletzt durch einen zu Weihnachten 2007 online gestellten offenen Brief der Eltern, in dem der Vater des Mädchens noch vor Abschluss der Untersuchungen zu dem Schluss kam: Eine Gesamtbetrachtung des Falles würde die HPV-Impfung eindeutig als Auslöser für den Tod seiner Tochter identifizieren. Eine solche Überprüfung stehe jedoch aus, weil sich niemand dafür zu interessieren scheine.[24] Hinzu kam die vorsichtige Haltung der Österreichischen Krebshilfe, deren Präsident Paul Sevelda in einem Gespräch mit der Austria Presseagentur am 17.01.2008 angab: „Ich empfehle derzeit angesichts der aggressiven Stimmung, mit der Impfung abzuwarten. … Die Sache hängt derzeit an der Gerichtsmedizin. Ich persönlich glaube, … dass man in ein bis zwei Wochen die Impfung weiter empfehlen kann" (APA MED 17.01.2008).

Die Medien spielten in diesem Zusammenhang natürlich eine bedeutsame Rolle. Nicht nur in Österreich, auch in Deutschland wurde das Thema zu einem regelrechten *hype* hochgeschrieben, zumal auch aus den USA Fälle gemeldet wur-

[24] Dieses Schreiben ist auf der Homepage der *Initiative Information – Natur – Gesellschaft* zugänglich und kann unter dem Titel „Bericht der Eltern von Jasmin" abgerufen werden:
URL: http://www.initiative.cc/Artikel/2008_01_13%20hpv.htm [20.10.2012]

den, in denen gesunde Mädchen nach der Impfung gestorben waren oder zumindest massive Impfschäden erlitten hatten.

Zurückhaltende und verunsicherte Reaktionen waren wohl als Folge davon auch in der österreichischen Ärzteschaft spürbar, wie mir meine Gesprächspartner_innen ebenfalls übereinstimmend schilderten. Die Bewerbung der Impfung in den gynäkologischen Praxen ging daher deutlich zurück, und im Frühjahr 2008 schließlich begann das Interesse der Medien rasch und nachhaltig zu schwinden und versiegte innerhalb von nur wenigen Tagen. Die zahlreichen Stellungnahmen wichtiger kompetenter und vertrauenswürdiger Personen und Institutionen *zugunsten* der HPV-Impfung und zur Bestätigung des gerichtsmedizinischen Ergebnisses wurden von der Presse und somit auch in der Öffentlichkeit kaum mehr beachtet und konnten ihren Absturz daher nicht mehr verhindern.[25] Der österreichische Markt war eingebrochen und Sanofi Pasteur MSD zog sich aus dem Geschäft mit der HPV-Impfung zurück.

Die Analyse der Erzählungen über die Ereignisse zwischen Oktober 2007 und März, April 2008 lässt ein zugrundeliegendes Thema erkennen, das bereits im letzten Abschnitt zur Sprache gekommen ist: der Besitz gültigen Wissens. Die damit im Zusammenhang stehende Manipulierbarkeit von Menschen durch mangelhafte, ungesicherte oder falsche Informationen ist genuiner Bestandteil dieses Macht-Wissen-Komplexes. Die Argumentationen verlaufen entlang dreier Achsen: (1) die durch den medialen Diskurs gelenkte Gesellschaft versus evidenzbasierte Faktenlage in Medizin und Pharmazeutik, (2) Spaltungen innerhalb des medizinischen Feldes und (3) vertrauenswürdige Gesundheitsinformationen versus Verkaufs- und Marketingstrategien der pharmazeutischen Industrie.

Ad (1) Zum Tod der jungen Oberösterreicherin äußerten sich alle Expert_innen selbstredend sehr betroffen und bekundeten Verständnis und Mitgefühl für das Leid der Eltern. Ebenso übereinstimmend, ungeachtet ihrer Grundhaltung der Impfung gegenüber, teilen sie aber auch die Meinung der Gerichtsmedizin, es

[25] So revidierte etwa die Österreichische Krebshilfe ihren Aufruf abzuwarten noch im Jänner 2008 in einem gemeinsam mit der Niederösterreichischen Landeskliniken-Holding verfassten Schreiben (NÖ LKH 2008). Andere offizielle Stellungnahmen wurden nahezu zeitgleich etwa vom Bundesamt für Sicherheit im Gesundheitswesen (Müllner 2008) und dem Präsidium der Impfkommission der Österreichischen Gesellschaft für Kinder- und Jugendheilkunde abgegeben (Kaulfersch 2008).

hätte sich dabei um einen ungeklärten Todesfall gehandelt. So räumt selbst die Geschäftsführerin des Grazer Frauengesundheitszentrums, die mir als besonders HPV-kritisch beschrieben worden ist, ein:

> *Also ich fand falsch, dass man zu diesem Todesfall … so sicher war, dass es an der Impfung liegt. Das STIMMT ja gar nicht. Das hat den Gegnern genutzt und bestimmt viele Frauen bewogen, sich oder ihre Töchter nicht impfen zu lassen. Unmittelbar war ich sehr betroffen und dachte, puh, wenn das so ist. Und es gibt ja diese unerwünschten Risiken. … Also das war mein Punkt: Ich dachte, man kann nicht einfach wild in die Gegend impfen und dann hinterher behaupten, die Frau wäre in JEDEM Fall gestorben, oder die Frau wäre DARAN gestorben. BEIDES ist unseriös. … Im Einzelfall ist es furchtbar, und NATÜRLICH denken die Eltern, es liegt daran. Das würde ich auch denken, … aber das muss man wissenschaftlich verfolgen. … Es GIBT unerwartete Todesfälle. Es sind zwar nur ein paar, aber die gibt es. Aber im Einzelfall, wenn ich die Mutter wäre, dann hätt ich auch gedacht, es läge dran.* (SG-FRAUENGESUNDHEITSZENTRUM)

Die medizinische Sicht UKs deckt sich mit dieser Einschätzung. Sie nimmt hier jedoch auch die Medien in die Verantwortung:

> *Zu 99.999% war es NICHT die Impfung. Ich meine, sie lag drei Wochen zurück. Also ich kenne keinen pathophysiologischen Ablauf, der das erklären würde, und man hat ja auch nichts gefunden. … Aber ja, es war einfach eine unglaublich verfahrene Situation. Die Eltern auf der einen Seite, die NATÜRLICH in ihrem Unglück eine Ursache haben wollten … auf der anderen Seite … Redakteure, die so ein Thema halt aufgreifen. Redakteure sollten PERSÖNLICHE ÜBERZEUGUNGEN ausklammern, genauso wie Ärzte und Ärztinnen, nur wird das halt nicht gemacht. Und das hat dann zu einer RIESIGEN Verunsicherung geführt. Ganz klar, ich kann das nachvollziehen. Wenn ich mich nicht auskenne und das lese, und dann vielleicht noch ins INTERNET gehe, das ist ja das SCHLIMMSTE, was man machen kann, dann überlege ich es mir dreimal, ob ich meine Kinder impfen lasse.* (UK-MEDUNI WIEN)

Der Vergleich dieser Aussage mit den Ausführungen BPs zu Beginn des vorangegangenen Kapitels macht deutlich, welch zweischneidige und unberechenbare Rolle die Medien in diesem Zusammenhang einnehmen: Sie können ein neues pharmazeutisches Produkt als todbringendes Übel, aber auch als sensationelle Errungenschaft im Kampf gegen Krankheit und Leid darstellen. Sie werden einerseits von den lokal und überregional vorhandenen Diskursen beeinflusst und generiert, gestalten ihrerseits jedoch vor allem den öffentlichen Diskurs maßgeblich mit. Zudem sind Medien auf Grund ihrer Reichweite als Lieferanten von Information und Wissen nahezu unverzichtbar geworden.

Diese letztgenannte Funktion wird von den Expert_innen auch keineswegs beanstandet, im Gegenteil: Auf meine Frage, in welchem Ausmaß die mediale Be-

richterstattung zum Absturz der HPV-Impfung beigetragen hätte, bekam ich durchaus auch sehr beschwichtigende Antworten und allenfalls Hinweise auf Ausbildungsmängel im österreichischen Wissenschaftsjournalismus (ER-MEDUNIGRAZ; IZ-HTA). Was jedoch ganz allgemein scharf kritisiert wird, sind Auswahl und Qualität der verbreiteten Informationen:

> *Wann berichten die Medien? In unserem konkreten Fall berichten sie dann, ... wenn eine attraktive junge Dame oder zum Beispiel die Krebshilfe sich das zum Anliegen macht. Dann ist das interessant. Oder ein Negativbeispiel: Wenn irgendeine glaubhafte Nebenwirkung auftaucht … Aber wenn es irgendwo eine Impfaktion gibt, dann muss man schon sehr motiviert sein, um Journalisten davon zu überzeugen, dass sie das bringen.* (RS-ÄRZTEKAMMER)

Interessanter Weise gerät im Zusammenhang mit dem Thema Impfen eine mediale Vorgehensweise unter Beschuss, die üblicher Weise für qualitativ hochwertige Berichterstattung steht – die Ausgewogenheit der dargestellten Meinungen:

> *Das Problem ist, dort wo Impfskepsis auftaucht, hat sie minimale Evidenz, dass sie auch BEGRÜNDET ist. Das wird in allen Medien aber immer fifty-fifty dargestellt. Das war auch in allen österreichischen Medien der Fall. Es war immer eine Seite so und eine Seite so dargestellt. Nach der wissenschaftlichen evidence hätte es aber eine Seite so und eine ZEILE so sein müssen. Das ist also immer verzerrt.* (IM-IMPFAUSSCHUSS)

Und wiederum UK:

> *Wenn ich da jetzt an [die Medien] denke, die immer AUSGEWOGEN berichten wollen … immer pro und kontra – ein Impfgegner und ein Impfbefürworter. Es GIBT keine Impfbefürworter. Das ist einfach state of the art, Stand des Wissens, das ist EVIDENZBASIERTE MEDIZIN, das kann ich ALLES belegen, da BIN ich nicht dafür oder dagegen. Schon allein die Semantik spielt hier eine große Rolle. Und es ist aus meiner Sicht nicht in Ordnung, dass man diese Leute so zu Wort kommen lässt. Die bekommen den gleichen Stellenwert, wie der Wissenschaftler, der VIELE viele Studien, VIELE tolle Publikationen gemacht hat, der seine Aussagen eben WIRKLICH beweisen kann, und daneben haben Sie dann [jemanden], der halt IRGENDETWAS behauptet, und das wird dann angenommen. Diese Entwicklung, die das bei uns genommen hat, ist schon interessant: diese Gleichwertigkeit, diese UNKRITISCHE Akzeptanz von Leuten, die NICHTS belegen können.* (UK-MEDUNI WIEN)

Ad (2) Als besonders problematisch wird der Einfluss von Informationen dann wahrgenommen, wenn sie nicht nur die Meinungen der Öffentlichkeit in eine bestimmte Richtung lenken, sondern auch in den eigenen Reihen für Verunsicherungen sorgen. Dieser Umstand trifft sowohl auf die Kritiker_innen als auch auf die Befürworter_innen der HPV-Impfung zu. Auf beiden Seiten steht hier unter

anderem das Internet im Fokus der Kritik, dieses *„leider sehr effiziente Mittel, um unüberprüftes Hörensagen weiterzugeben“* (BP-SPMSD).

> *Alle Meldungen, die man vor dem Todesfall im Internet lesen konnte, sind Meldungen aus Amerika, wo im Sinne ungeprüfter Berichterstattung jeder etwas in die Datenbanken eintragen kann: vermutete, vermeintliche oder tatsächliche Todesfälle. In Europa ist dieser Zugang anders gewählt. In Europa sind die Pharmakovigilanz-Systeme darauf ausgerichtet, dass ÄRZTE dorthin rapportieren. Das heißt, NUR eine Meldung über eine Nebenwirkung von einem ARZT wird in Europa überhaupt aufgenommen. In Amerika reicht es, wenn das irgendjemand sagt. Dort können Sie auch eintragen: ‚Ich habe gehört, dass die Schwester meines Onkels nach einer Gardasil-Impfung gestorben ist‘.* (BP-SPMSD)

Trotz dieser europäischen Sicherheitsvorkehrungen jedoch, und gerade wegen dieser unüberprüfbaren Meldungen im Internet wären zuletzt auch Ärzt_innen unschlüssig gewesen, ob sie die Impfung weiter empfehlen oder gar anwenden sollen. Vielfach hätten sie daher ihren Patient_innen geraten, abzuwarten (UK-MEDUNI WIEN). Hinzu käme, dass gerade Gynäkolog_innen, die ja vornehmlich mit der Verabreichung der HPV-Impfungen betraut sind, keine Erfahrung mit Impfkrisen hätten. Die Verunsicherungen durch Fehlinformationen sei daher gerade bei ihnen besonders groß gewesen:

> *Für diese Krankheit sind normalerweise die Gynäkologen zuständig, weil sie ja in den ersten zehn Lebensjahren nicht auftritt. Aber die Gynäkologen haben zu Impfungen nur eine marginale Beziehung, außer, was die Rötelnimpfung betrifft. Sonst ist Impfen für sie kein Thema. Das kam jetzt AUCH noch hinzu: Die Krankheit ist nicht in dem Alter von Bedeutung, in dem geimpft wird, sondern zusätzlich in einer andern ÄRZTESPEZIALITÄT.* (IM-IMPFAUSSCHUSS)

Auf dieser zweiten Argumentationslinie werden aber nicht nur die Medien kritisiert. Es zeigt sich darüber hinaus, dass medizininterne Einschätzungen und Bewertungen ebenfalls nach Kriterien der Informiertheit, Kompetenz und Zuständigkeit vorgenommen werden.

> *Das Leben eines Klinikers ist ganz anders [als das in der Wissenschaft]. Das kann man überhaupt nicht vergleichen. … Viele Kliniker lesen sicher die entsprechende Literatur und bilden sich fort, aber wenn Sie da hineinwachsen und Jahre, jahrzehntelang in diesem klinischen Leben stecken, dann haben Sie automatisch einen anderen Zugang, der nicht unbedingt schlechter sein muss. Aber um diese Problematik HPV wirklich erfassen zu können, um beurteilen zu können, was bedeutet diese Diskussion um die Sicherheit der HPV Impfstoffe, oder generell die Sicherheit von Impfstoffen, wissen zum Beispiel viele Kliniker nicht ausreichend über die Problematik der Hintergrundmorbidität Bescheid, oder es ist ihnen nicht so bewusst. Und das ist dann sicher auch unsere Aufgabe, entsprechend Informationen zu liefern und sie zu erreichen.* (UK-MEDUNI WIEN)

Einigkeit herrscht überdies in einem weiteren Aspekt, den der Vertreter der Ärztekammer anspricht:

> *Wenn jemand der Irrmeinung ist, dass zum Beispiel eine Masernimpfung nicht notwendig ist, weil ich Masern durch entsprechende Hygiene verhindern kann, dann ist das traurig und ein Verbrechen. … Und es gibt SCHON immer wieder einzelne Proponenten, die solchen Wahnsinn sogar im Fernsehen behaupten. Und da sollten wir als Ärztekammer vielleicht ein bisschen aktiver sein. …Wenn sich jemand wirklich weigert, medizinisch evidenzbasiert zu handeln, dann muss man beinhart sagen: ‚Okay, dann musst du deine Praxis schließen. Wenn du dich kontinuierlich weigerst, dich nach den medizinischen Regeln zu benehmen, dann kannst du halt auch keine Patienten behandeln'.* (RS-ÄRZTEKAMMER)

Ad (3) Auf der dritten der oben genannten Achsen geht es nun um die Umkehrung dieser Perspektive: um die Verunsicherung nicht nur der Ärzt_innen, sondern vor allem ihrer (potenziellen) Klient_innen durch einseitige oder interessengeleitete und damit fragwürdige Informationen. Wichtiger jedoch als die Verlässlichkeit dieser Informationen scheint hier aber die Vertrauenswürdigkeit der Informierenden zu sein. Das vordergründige Problem dabei bringt wiederum Andrea Kdolsky auf den Punkt:

> *Ich muss Sie enttäuschen: In dem Moment, wo es um so WAHNSINNIG viel Geld geht, wird es NIE unabhängige Leute geben.* (AK-BMG)

Auf dem Prüfstein steht hier vor allem die pharmazeutische Industrie, der zumeist ambivalente Meinungen entgegengebracht werden. Zum einen wird sie als wichtigste Partnerin der Medizin betrachtet, ohne deren Forschungen und Entwicklungen ärztliches Arbeiten nicht mehr vorstellbar wäre:

> *Man muss natürlich eine ehrliche Partnerschaft haben. Das muss Handschlags-Qualität sein. Wenn man auch negative Dinge einbringt und sagt: ‚Okay, des gefällt mir nicht', und das nicht unter den Tisch gekehrt wird, DANN ist es eine gute Partnerschaft. Anders geht es nicht. Wir BRAUCHEN die Pharmaindustrie: Das wäre, als wenn wir sagen, wir brauchen die Autoindustrie nicht. Na, dann hätten wir halt keine Autos. Und dass die Autoindustrie in Sachen Umweltdenken auch nicht immer die beste ist, [ist bekannt].* (RS-ÄRZTEKAMMER)

Aus diesem Grund wird die pharmazeutische Industrie von den Expert_innen der anderen Handlungsfelder bei weitem nicht nur kritisiert. Sie zeigen durchaus auch Verständnis für ihre wirtschaftlichen Interessen. IM greift dabei auf besonders anschauliche Beispiele zurück:

> *Als ich in den USA war, hat es geheißen: ‚How good is your doctor? What car does he drive? He doesn't drive a Cadillac? He can't be a good doctor!' Aber bei uns ist Einkommen verdächtig geworden. Wenn es den Pharmafirmen gut geht, sind sie Ver-*

dächtige. Wenn sie in die Pleite gehen, interessiert das keinen. Ich sage immer, der Bäcker bäckt das Brot nicht, damit ICH nicht verhungere, sondern damit ER nicht verhungert. Und wenn die Pharmafirmen nicht auf Profit arbeiten, dann können sie auch nichts weiterentwickeln. (IM-IMPFAUSSCHUSS)

Auf der anderen Seite jedoch gilt sie wiederum fast ausnahmslos als ein Bereich, dessen Macht vor allem auf globalem Niveau immer bedrohlichere Ausmaße annimmt, und der darum mit den Mitteln der Politik kontrolliert und genau beobachtet werden muss. Es sei der Staat, der hier entsprechende Prüfinstanzen einrichten und damit sicherstellen müsste, dass unabhängige Informationen bereitgestellt, Entscheidungen transparent gemacht und Menschen tatsächlich aufgeklärt würden (ER-MEDUNI GRAZ).

Man kann ein Menschenbild vertreten, dass alle dumm sind, und nur die Medizin gescheit. Das ist die eine Möglichkeit. Die andere Möglichkeit ist es zu sagen, die Leute SIND nicht dumm, die haben bestimmte Vorstellungen, sie haben bestimmte Werte, die sie vertreten, und dementsprechend entscheiden sie. Und das kann durchaus anders sein, als ich das wünsche. Das muss ich auch offen lassen, aber ich kann sie INFORMIEREN, und sie werden sich DANN eine Meinung bilden können. Ich meine, ich kann nicht grundsätzlich davon ausgehen, dass die Leute sich nicht entscheiden können, sondern jemand anderer für sie die Entscheidung treffen muss, die dann auch noch richtig sein soll. (ER-MEDUNI GRAZ)

1.5. Die Hintergründe politischer Entscheidungen

Die Rahmenbedingungen, innerhalb derer die damals amtierende Gesundheitsministerin Andrea Kdolsky die Entscheidung zu treffen hatte, die HPV-Impfung in das staatlich finanzierte Impfprogramm aufzunehmen oder nicht, waren turbulent, wie aus den vorangegangenen Ausführungen deutlich geworden sein sollte:

Seit Ende 2006 war Gardasil auf dem österreichischen Gesundheitsmarkt erhältlich und wurde vom Impfausschuss im Obersten Sanitätsrat zur Anwendung empfohlen. Im September 2007 folgte Cervarix – nur wenige Wochen vor dem tragischen Tod des jungen Mädchens in Oberösterreich. Der Obduktionsbericht ließ auf sich warten, und die Medien hatten die Impfung längst als Todesursache festgeschrieben. In der Öffentlichkeit regte sich Angst und Misstrauen und unter den Ärzt_innen zum Teil große Verunsicherung gegen die zuvor so erfolgreiche medizintechnologische Innovation.

In dieser Situation beauftragte Kdolsky nun das Health Technology Assessment des Ludwig Boltzmann Institutes in Wien, eine Evaluierungsstudie durchzuführen, um zumindest die ökonomischen Zusammenhänge abklären zu lassen. Im Endbericht dieser Untersuchung, die bereits im Dezember 2007 vorlag, ist folgende Zielsetzung formuliert:

> Ziel der vorliegenden Studie ist es, mittels mathematischer Modellierung die medizinische Effektivität und die Kosteneffektivität verschiedener „HPV-Impfstrategien", die zusätzlich zum Zervixkarzinomscreening eingesetzt werden, im Vergleich zum Zervixkarzinomscreening ohne Impfung für einen Langzeithorizont im österreichischen Gesundheitssystemkontext zu prognostizieren. (Zechmeister 2007: 19)

Die Ergebnisse der Studie mündeten in drei vorgeschlagene Handlungsoptionen, von denen die „Durchimpfung unter derzeitigen Konditionen bei gleichzeitig hohem Unsicherheitsfaktor und hohen Kosten" zuletzt gereiht war (ebd. 99). Als unsicher galt dabei die damals fehlende Datenlage zur Dauer der Immunisierung, ausständige Informationen, ob und wann eine Auffrischungsimpfung mit weiteren Kosten nötig wäre, und der zeitlich ungeklärte Effekt der Impfung: die Frage, ob durch sie der Gebärmutterhalskrebs in fünfzehn bis zwanzig Jahren tatsächlich signifikant zurückgehen würde.

Kostengünstiger wäre es daher zum einen, statt in die Implementierung der Impfung in die „Optimierung der Vorsorgemaßnahmen" zu investieren, oder zum anderen, sie zumindest „unter verbessertem Preis-Leistungsverhältnis" einzuführen, also eine massive Senkung des Einkaufspreises zu erreichen, wodurch das finanzielle „Risiko zwischen ‚Einkäufer' und ‚Verkäufer' geteilt [werden könnte]" (ebd. 99).

Bereits die Beauftragung des Health Technology Assessments mit einer solchen Studie stieß vor allem in der Pharmaindustrie und bei den Verfechter_innen der Impfung verständlicher Weise auf Kritik: Es wären zu dem damaligen Zeitpunkt bereits genügend Ergebnisse aus anderen Ländern zugunsten ihrer staatlichen Finanzierung vorgelegen. Darüber hinaus wurde und wird dem Ergebnis der Untersuchung mit dem Argument ein Teil seiner Validität abgesprochen, es hätte auf Grund der schon vorher festgelegten Parameter nur negativ ausfallen *können*:

> *Diese Studie hatte die Vorgaben so, dass kein Kosten-Nutzen-Effekt herauskommen KONNTE, weil die Spätfolgen praktisch exkludiert waren. In fünfzehn Ländern ist so eine Studie gemacht worden, in vierzehn Ländern gab es einen positiven Kosten-*

Nutzen-Effekt, und in der einen österreichischen Studie einen negativen. Und das ist dann als Argument verwendet worden, dass man dem Gedanken gar nicht näher tritt, für diese Impfung etwas zu tun. Es hätte ja genügt, wenn das Ministerium gesagt hätte, das ist eine ganz wichtige Impfung, aber wir haben kein Geld. Sie haben aber den Spieß etwas umgedreht und gesagt: ‚Wir haben kein Geld, wahrscheinlich ist die Impfung ohnedies nicht wichtig, und der Kosten-Benefit ergibt sich ja erst nach Jahrzehnten'. (IM-IMPFAUSSCHUSS)

Die Leiterin der damaligen Untersuchung nimmt dazu jedoch folgendermaßen Stellung:

Es wurde uns oft vorgeworfen, wir hätten die Fragestellung genau vorgegeben gehabt, und die hätte schon das Ergebnis vorweggenommen. Also dem ist DEFINITIV nicht so. Es ging um eine ökonomische Evaluierung, und wenn man in dem Bereich arbeitet, weiß man, dass viele Entscheidungsträger nicht einmal genau WISSEN, was eine ökonomische Evaluation ist, was die kann, und was sie nicht kann, welche Aussage man damit überhaupt treffen kann. Das heißt, die genaue Fragestellung und mit welcher Methode wir arbeiten, das haben GANZ ausschließlich wir definiert. … Es kam zum Beispiel der Vorwurf, wir hätten nur das invasive Cervixkarzinom angeschaut, aber nicht die Vorstufen extra dargestellt, wo die Impfung doch extrem wirksam wäre. Und das sei sozusagen eine Verzerrung zu Ungunsten der Impfung. Aber dass wir das nicht extra ausgewiesen haben, liegt daran, dass es damals keine guten Daten gab in Österreich. Deswegen wäre es sehr unseriös gewesen, das so detailliert darzustellen. (IZ-HTA)

Heute, fünf Jahre später, sind die im HTA-Bericht genannten Unsicherheiten nach wie vor nicht restlos ausgeräumt:

Inzwischen … hat man eine sehr gute Sicherheitslage. Also nicht nur von ein paar Impfkohorten mit ein paar tausend Anwendungen, sondern millionenfach. Die noch offene Frage ist, wann eine eventuelle Auffrischungsimpfung notwendig ist, und das kann uns auch noch niemand wirklich schlüssig beantworten. (RS-ÄRZTEKAMMER)

Außerdem wird es auf Grund der sehr langen Zeitspanne zwischen Impfung und Erkrankung noch immer bis zu zwanzig Jahre dauern, bis erste Daten zur Erreichung der eigentlichen Zielsetzung der Impfung vorliegen, wie es auch von der Pharmaindustrie bestätigt wird:

*Die unterschiedlichen Todesfälle, sozusagen die TATSÄCHLICHE Reduktion der Mortalität sieht man in der Statistik ja erst in zehn, fünfzehn, zwanzig Jahren, da wird die heutige Politik schon längst Geschichte sein. (*BP-SPMSD)

Nicht nur von Seiten der Industrie, sondern auch aus ärztlicher Sicht wird hier aber zumeist das Argument eingebracht, der Erfolg der Impfung messe sich nicht nur an der Verhinderung des Zervixkarzinoms, sondern zeige sich auch im bereits jetzt sichtbaren Rückgang seiner Vorstufen. Diese rückläufige Tendenz kann

aber gerade in einem Gesundheitssystem wie dem österreichischen auch durch optimierte Vorsorge erreicht werden, so wiederum die gegnerische Position.

Allein aus diesen Gründen erscheint es aus heutiger Sicht nicht verwunderlich, dass sich die Ministerin dazu entschloss, die Impfung nicht zu finanzieren. Sie selbst führt aber eine ganze Reihe weiterer nachvollziehbarer Überlegungen an, die sie zu ihrer Entscheidung gebracht hätten – etwa die damals noch weniger als heute abschätzbaren gesundheitlichen Langzeitfolgen der Impfseren, oder auch die geringe epidemiologische Dimension der Problematik in Österreich, wo jährlich etwa 140 Frauen an einem Zervixkarzinom sterben (Statistik Austria 2011c):

> *Jede Einzelne hat ein [tragisches] Schicksal, aber DAS ist keine Zahl für einen Gesundheitsminister. … Es sterben auch jedes Jahr etliche tausend Menschen an der Grippe … Da kann auch der beste Gesundheitsminister nichts dagegen tun.* (AK-BMG)

Sie macht dabei immer wieder eine interessante Unterscheidung: Als klinisch und wissenschaftlich erfahrene Ärztin und als Ökonomin hätte sie in jeder Situation die Verantwortlichkeiten dieser Bereiche gegeneinander abwägen müssen. Als Politikerin jedoch wären die Erfordernisse der *public health*, also das Wohl aller Menschen in Österreich die Grundlage ihrer Entscheidungen gewesen.[26]

> *Die Aufgabe des Gesundheitsministers ist es nämlich, für die BEVÖLKERUNG da zu sein und für DEREN Vorsorge. Als Bundesminister einer Regierung bist du aber NATÜRLICH auch verantwortlich für das Budget und für die Steuergelder und hast damit meines Erachtens einen anderen Zugang. Ich habe das Geld nicht mit vollen Händen ausgegeben, sondern gesagt, ich kann nur ausgeben, was ich habe. … Bei unvorhergesehenen Dingen muss ich verhandeln, wenn es konkrete Gründe gibt, aber ansonsten kann ich mich nicht wie der Big Spender aufführen. Letztendlich habe ich das Steuergeld der Menschen in der Hand und habe dafür Sorge zu tragen, dass gut damit umgegangen wird.* (AK-BMG)

Diese Ausführungen spiegeln deutlich einen Umstand wider, der zwar fast als Gemeinplatz gelten könnte, der aber in einem so umstrittenen Bereich wie der HPV-Impfung eine zentrale Rolle spielt: Je nach eingenommener Perspektive ändern sich mit der jeweils übernommenen Verantwortung auch die Prämissen und Optionen für Handlungen und Entscheidungen. Neben der bereits hergeleite-

[26] Andrea Kdolsky ist Fachärztin für Anästhesie und Gesundheitsökonomin. Seit ihrem Rückzug aus der Politik leitet sie den Bereich Health Care in einer renommierten internationalen Wirtschaftskanzlei.

ten Debatte, welches der beteiligten Felder sich im Besitz gültigen Wissens befindet, stellt sich nun also die zweite, nicht minder wichtige Frage: *Who cares?* Welches Handlungsfeld, welche Institution oder welche Personengruppe setzt seine durch Wissen legitimierte Definitions- und Entscheidungsmacht nun am besten dafür ein, um für unser aller Gesundheit, Leben und Wohl zu sorgen?

Nicht nur aus politisch-ökonomischer Sicht, sondern vor allem auch aus diesem Blickwinkel des Gemeinwohls erachtet Andrea Kdolsky ihre damalige Haltung in der Rückschau als richtig: Sie hatte die ungünstigste der drei Handlungsoptionen, die Finanzierung der Impfung bei unveränderten Konditionen, ausgeschlagen. Stattdessen wurde intensiv an der Optimierung der Vorsorgemaßnahmen gearbeitet, die im HTA-Ranking an erster Stelle gereiht gewesen war:

> *Ab Jänner 2009 war eine GANZ massive Aufklärungskampagne für die gynäkologische Vorsorgeuntersuchung geplant. Wir haben sogar schon die Plakate fertig gehabt. Ich hab eine ganz junge, VÖLLIG andere Werbeagentur dafür geholt, anders als die üblichen. Die haben sich wahnsinnig gefreut, und hatten schon einen WIRKLICH guten Slogan. Allerdings bin ich am 2. Dezember [aus der Regierung] ausgeschieden.* (AK-BMG)

Die Verhandlungen mit der pharmazeutischen Industrie hingegen zur Erreichung eines ökonomisch tragbaren Preis-Leistungsverhältnisses als zweitbeste der drei vorgeschlagenen Lösungen blieben jedoch erfolglos.

1.6. Preispolitik und Verhandlungsmacht

Beide Grundimmunisierungen gegen die häufigsten und problematischsten HP-Viren 6, 11, 16 und 18 bestehen aus drei Einzeldosen, die in bestimmten, von den Herstellern festgelegten zeitlichen Intervallen verabreicht werden müssen. Zum Zeitpunkt ihrer Einführung in Österreich und noch lange Zeit danach war eine Dosis um € 208,00 in den Apotheken erhältlich. Insgesamt war also ein Betrag von € 624,00 pro Impfling zu bezahlen – eine Summe, die sich auch in diesem reichen Land viele Menschen nicht leisten können. Vor allem für sehr junge Frauen mit noch niedrigem Einkommen, oder auch für viele Eltern, deren Kinder sich im Impfalter befinden, waren die Seren daher kaum erschwinglich.

Nicht zuletzt auf Grund der Empfehlung des Impfausschusses trat das Gesundheitsministerium daher in Verhandlungen mit der pharmazeutischen Indust-

rie, um Finanzierungsmodelle zu erarbeiten. Offensichtlich jedoch verhärteten sich die Fronten rasch und sehr nachhaltig: Bereits Ende Jänner 2008, etwas mehr als eine Woche nach Vorliegen des Obduktionsberichts der Gerichtsmedizin, gab Andrea Kdolsky bekannt, dass die HPV-Impfung zwar sicher sei und sie ihre Anwendung daher auch weiterhin empfehle, dass sie aber trotzdem nicht in das staatlich finanzierte Impfprogramm aufgenommen würde. Wie bereits erwähnt, wurde an dieser Entscheidung auch von ihrem Nachfolger Stöger bis vor wenigen Tagen nicht gerüttelt.

Wie diese Gespräche verlaufen sind, beziehungsweise woran sie tatsächlich scheiterten, lässt sich aus den geführten Interviews nicht rekonstruieren. Einerseits halten sich die Vertreter_innen beider Pharmakonzerne zu diesem Thema ein wenig bedeckt, und andererseits waren die allermeisten der anderen Expert_innen natürlich nicht in die Verhandlungen eingebunden. Einig sind sich jedoch alle, dass hauptsächlich der hohe Preis und die diesbezüglich unnachgiebige Haltung der Industrie die Verständigung zwischen den Lagern verhindert hätte. Interessanter Weise zeigen in dieser finanziellen Hinsicht auch fast alle Verständnis für Kdolskys Haltung.

Sie selbst beantwortete meine Fragen rund um dieses Thema zwar ebenfalls diskret und ohne konkrete Summen zu nennen, folgenden Hinweis erhielt ich jedoch:

> *Nur, damit Sie eine Dimension bekommen: Es wäre ein Betrag gewesen, der mein Budget für das GESAMTE Impfprogramm überstiegen hätte. Es wäre MEHR Geld gewesen, als ich ÜBERHAUPT für das laufende Impfprogramm gehabt hätte, mit ALLEN Impfungen, die da enthalten sind.* (AK-BMG)

IM, der damals dem beratenden Impfausschuss vorgesessen war, weist in diesem Zusammenhang auf Fehler hin, die auf beiden Seiten passiert seien: Die Industrie wäre gefordert gewesen, ihr Produkt zwar für sie rentabel, aber beträchtlich unterhalb der finanziellen Höchstgrenze anzubieten. Das Ministerium hingegen hätte nur eine ausreichende Abnahmezahl gewährleisteten müssen, um die Verhandlungsbasis wesentlich zu eigenen Gunsten zu verbessern. Der letztendlich erfolgte Entschluss sei aber eine reine *„Budgetentscheidung“* gewesen:

Warum sind heuer Impfungen neu eingeführt worden? Weil sich das Ministerium in den letzten zwei Jahren Geld erspart hat … Wenn man das Ersparte nimmt, hat man dann mehr anzubieten. Aber dass sich das Budget gigantisch ändern wird, das ist in Zeiten wie diesen nicht direkt vorhersehbar. Ich habe mir vor Jahren einmal ausgerechnet, dass das Ministerium ich glaube, 70 Millionen Euro für das Impfbudget haben müsste, um nur das WICHTIGSTE zu machen, und jetzt haben sie 20 Millionen. … Und ich fürchte, die HPV Impfung wird da weit hinten laufen, weil das ein beträchtlicher Brocken wäre. Und es kommen ja auch noch andere Impfungen dazu, die zumindest für das Kinderimpfprogramm möglicherweise größere Bedeutung haben. (IM-IMPFAUSSCHUSS)

Eine der Folgen dieser damaligen Entscheidung benennt RS, der neben seiner Tätigkeit in der Ärztekammer als niedergelassener Kinderarzt in Wien ordiniert. Die Korrelation, die er dabei herstellt, rehabilitiert meines Erachtens einen Teil seiner Fachkolleg_innen und auch viele Gynäkolog_innen von dem Vorwurf, sie würden aus mangelnder Kenntnis oder mangelndem Interesse ihren Patient_innen die HPV-Impfung längst nicht mehr anbieten:

Wenn die Impfung nicht so teuer wäre, dann gäbe es auch keine Motivationsprobleme. Es ist wirklich hart für uns, eine Impfung, von der wir zutiefst überzeugt sind, bei den Eltern guten Gewissens zu promoten, weil das halt einfach IRRE VIEL Geld ist. … Ich seh das bei mir. Ich hab zum Teil in meinem Einflussbereich auch nicht unbedingt ein Klientel, das finanziell sehr begütert ist. Da ist die Schmerzgrenze bei 100 Euro. Alles, was mehr ist, ist fast nicht möglich. Und wenn ich eh schon weiß, okay, das ist unmöglich, ja, dann wird natürlich auch die Frequenz reduziert werden, in der man das empfiehlt. Dann sagt man, gut, man widmet sich halt anderen wichtigen Dingen. Das muss man bitte schon berücksichtigen. Also ich würde es wirklich zum Großteil als eine Preisfrage sehen, warum es nicht mehr angeboten wird. (RS-ÄRZTEKAMMER)

Der Preis, den Privatpersonen in der Apotheke für eine Grundimmunisierung bezahlen, ist selbstredend nicht mit den Beträgen identisch, an denen die Verhandlungen zwischen Ministerium und Industrie scheiterten. Der Vertreter von SPMSD wies mich in dem Zusammenhang auf die offenbar extrem hohen Spannen hin, die hierzulande auf jede Einzeldosis aufgeschlagen würden:

Österreich ist das Land, das die größten Apothekenspannen hat. … 208 Euro war der damalige Preis INKLUSIVE des Aufschlages der Apotheker. Das heißt die Apotheke verdoppelt den Preis … Die Vertriebsschiene kommt [zum Beispiel] in Holland mit knapp 20 Euro aus, während sich bei uns fast 100 Euro ansammeln. … Teuer wird der Impfstoff in dem Moment, wo er unser Lager verlässt, nur über die Straße hinübergeht und in der Apotheke auf der anderen Straßenseite zum Verkauf angeboten wird. (BP-SPMSD)

Ungeachtet dieses zweifellos hochinteressanten Details, dem eigens nachgegangen werden müsste, war und ist die Impfung aber ganz offensichtlich auch ohne diese Zuschläge zu teuer. Obwohl beide Hersteller vor nicht allzu langer Zeit ihre Fabrikabgabepreise gesenkt haben, würde sie auch heute das Budget des derzeit amtierenden Gesundheitsministers sprengen, wie sich aus seinem eingangs zitierten Statement ablesen lässt. In den Apotheken schlagen sich die Preisreduktionen durchaus nieder, jedoch stellen beide Vakzine auch hier nach wie vor eine erhebliche Belastung für einkommensschwächere Personen dar: Heute, im Oktober 2012, kommt eine Immunisierung mit drei Dosen Gardasil ohne eventuell hinzukommende Verabreichungskosten auf € 571,95 statt ursprünglich € 624,00, der Preis für Cervarix liegt derzeit bei € 438,45

Die Frage nach den Beweggründen der pharmazeutischen Unternehmen, sich in diesen finanziellen Belangen seit Jahren so unnachgiebig oder zumindest nicht sehr flexibel zu zeigen, könnte natürlich die Vermutung nach sich ziehen, die beiden österreichischen Pharmafirmen handelten aus ähnlichen Motiven, wie sie ihren Mutterkonzernen attestiert werden: mangelndes Interesse an einem kleinen Markt und vor allem genügend finanzielle Macht, um auf das Geschäft mit Österreich verzichten zu können (vgl. Seite 19 f.). Um spekulative Überlegungen und Schlussfolgerungen dieser Art zu umgehen, halte ich mich daher ausschließlich und strikt an die Aussagen der Insider_innen, die die Aufmerksamkeit aber tatsächlich über die Grenzen des Landes hinauslenken und dadurch wichtige Hinweise zur Klärung dieser Frage bieten.

BP etwa leitet die soeben zitierten Ausführungen über die Preisgestaltung der österreichischen Apotheken mit folgenden Worten ein:

> *SPMSD Österreich verkauft den Impfstoff nahezu zum gleichen Preis wie unsere Niederlassungen in allen anderen Ländern in Europa. Der Durchschnittspreis liegt bei 110 Euro. In Deutschland kostet die Einzelpackung 115 Euro und woanders 105.* (BP-SPMSD)

Nun hat der Mutterkonzern Sanofi Pasteur MSD Europa seine Unternehmen buchstäblich über den ganzen Kontinent verteilt und ist geschäftlich überdies aufs engste mit dem amerikanischen Pharma-Riesen Merck & Co. und dem nicht minder gewichtigen französischen Konzern Sanofi Pasteur verknüpft (vgl. Seite 16, Fußnote). Die Vermutung liegt daher nahe, dass sich die Flexibilität der ein-

zelnen Zweigstellen in Preisverhandlungen mit ihren Regierungen tatsächlich in Grenzen hält – vor allem dann, wenn es sich dabei um einen so kleinen und wenig vielversprechenden Markt wie den österreichischen handelt.

Das britische Unternehmen GlaxoSmithKline wiederum agiert weltweit und unterhält Standorte nicht nur in Europa, sondern auch auf allen anderen Kontinenten. Für GSK Österreich gilt daher dieselbe Vermutung, die im Gespräch mit den beiden Vertreter_innen des Unternehmens auch bestätigt wurde: In einer besonders interessanten Passage dieses Interviews über die internationalen Preisregelungen für Cervarix wurde folgendes erklärt:

> *Zum Preis von Cervarix werden Sie weltweit große Unterschiede feststellen, weil er an das Bruttonationalprodukt und an die Möglichkeiten des Einzelnen angepasst ist. Wir verkaufen denselben Impfstoff wesentlich günstiger in Südostasien. … Das ist natürlich unfair für Österreich, aber das indonesische Bruttoinlandsprodukt ist auch ein bisserl anders als unseres. … Den Indonesienpreis werden wir für Österreich nicht bekommen, das brauchen wir gar nicht zu probieren. Da würde uns der Konzern klar ‚Nein' sagen.* (HF/AK-T-GSK)

Preisgestaltungen müssten vielmehr unter Einhaltung sehr klarer europaweiter Richtlinien, vor allem aber in Absprache mit dem Mutterkonzern vorgenommen werden. Dieser sei zwar „*gesprächsbereit und flexibel*", aber:

> *um zu Ihrer Frage zurückzukommen: Ja, der Konzern MÖCHTE wissen, was wir tun und warum.* (ebd.)

In diesem Gespräch erwies sich der Spielraum als besonders gering: Nicht nur auf Grund der geographischen Nähe zu Deutschland, sondern auch wegen seines vergleichbaren Bruttoinlandsproduktes orientiere sich die österreichische Niederlassung sehr stark am etwa zehnmal größeren deutschen Markt. Da jedoch hierzulande die Preise für manche Impfungen zum Teil deutlich niedriger seien als in Deutschland, führe bereits das mitunter zu *„Vorwürfen aus dem Konzern"* (ebd.).

Einer der anderen Experten_innen drückt die Sache ein wenig salopp aus, weshalb ich hier ausnahmsweise auf eine Quellenangabe verzichten möchte:

> *Auf der einen Seite können sich die Patienten [die Impfung] nicht leisten, und auf der anderen Seite hat der Hersteller den Konzerndruck. Die [lokalen Unternehmen] KÖNNEN nicht, wie sie wollen. Es ist [dem Konzern] doch VÖLLIG egal, ob hier in Österreich geimpft wird. DIE paar Leute, da gehen die mit dem Preis nicht runter. Wir denken immer, wir sind die Insel der Seligen, aber das ist ein Großkonzern, dem ist*

Österreich doch VÖLLIG wurscht.

Diese Darstellung klingt zwar durchaus ein wenig beunruhigend, jedoch verweist die hier vorgenommene Differenzierung nach konzernhierarchischen Gesichtspunkten zugleich auf einen möglichen Grund für die Diskrepanz zwischen der wohl allseits bekannten Wahrnehmung der pharmazeutischen Industrie als unmoralisch, gefährlich und frei von jedem Skrupel auf der einen Seite, und der (Selbst)-Einschätzung ihrer ungezählten lokalen Mitarbeiter_innen als seriös, idealistisch und unzweifelhaft auf der anderen.

Emily Martin, eine der wenigen Anthropolog_innen, die bislang mit Angestellten der Pharmaindustrie gearbeitet hat (Van der Geest 1996: 158), fasst diese Diskrepanz in folgende Worte:

> [E]mployees of the industry, who also work in marketing, sales, or advertising, … are able to give meaning to their work even in the face of the dramatic structural changes in the industry. Despite increasingly ruthless profit seeking on the part of their corporations, contemporary pharmaceutical employees can still achieve a kind of moral microclimate in which to carry out their work. (Martin 2006: 158)

Den Hinweisen meiner Gesprächspartner_innen folgend, aber auch in Korrespondenz mit einer der wichtigsten Erkenntnisse, die ich im Lauf meines Forschungsprojekts gewinnen konnte, gehe ich im nun folgenden letzten Teil dieses empirischen Kapitels den globalen Aktivitäten und Strategien der pharmazeutischen Industrie nach. Solange sich der eigene Fokus nämlich ausschließlich auf Österreich-interne Gegebenheiten richtet, sind Fehlschlüsse und aufgespürte Scheinkorrelationen nahezu unvermeidlich – gerade im Hinblick auf die Machtverhältnisse zwischen den entscheidenden Feldern. Ich halte darum einen solchen Exkurs für unerlässlich.

Wenn ich also im Zuge der folgenden Ausführungen von der pharmazeutischen Industrie spreche, so meine ich die global agierenden Mutterkonzerne Merck & Co., GlaxoSmithKline und Sanofi Pasteur MSD Europa, nicht jedoch ihre österreichischen Niederlassungen.

2. HPV als *global player*

Humane Papillomaviren und die mit ihnen assoziierten Krankheiten sind globale Phänomene, die der pharmazeutischen Industrie ebenso globale, riesige Absatzmärkte für ihre Impfstoffe eröffnen. Allein Merck's Gardasil erreichte im Jahr 2011 Verkaufszahlen im Wert von 1,2 Milliarden US-Dollar – diejenigen seines Joint Venture Sanofi Pasteur MSD *nicht* mit einberechnet (Merck 2012: 49).

Wie bereits ausgeführt war zu Beginn der Geschäfte mit HPV der Fokus ganz auf die finanzstarken Gesundheitsmärkte Europas, Nordamerikas und Australiens gerichtet – ungeachtet ihres weit geringeren Bedarfs an den Vakzinen. Mittlerweile jedoch haben die Konzerne ihre Seren auch in den ärmsten Regionen der Welt eingeführt. Das übereinstimmend geäußerte Ziel dabei lautet:

"[We] can save millions of women's lives throughout the world, but only if it reaches those who need it most" (GSK Press Release 2009). Merck fasst Philosophie und Werte des Unternehmens in ähnliche Worte: „Creating new therapies is only the first step in battling disease and promoting wellness on a global scale. Success can only be achieved when everyone who needs our medicines and vaccines can get them."[27]

Angesichts von ökonomischen Offenlegungen im Zusammenhang mit den inzwischen wachsenden Impfstoff-Märkten in der so genannten Dritten und Vierten Welt verlieren idealistische Konnotationen solcher Art jedoch relativ rasch an Gewicht: GlaxoSmithKline etwa bringt das Jahr 2010 auf folgende Formel: „Emerging Markets FY2010 Vaccines Sales £927mn (+38%) = 21% of Total GSK Vaccines Sales" (Andrews 2012: 9).

Die nationalen politischen Maßnahmen zur Implementierung der HPV-Impfung wiesen und weisen erhebliche Unterschiede auf, die auf eine Vielzahl von damit assoziierten sozialen und kulturellen Spezifika schließen lassen. Merck & Co., GlaxoSmithKline und Sanofi Pasteur MSD scheinen sich einerseits mit feinen Adjustierungen auf solche regionalen Besonderheiten einzustellen, jedoch beinhalten ihre Strategien zur Einführung der Vakzine auch einige konstante und wiederkehrende Elemente, die in der sozialwissenschaftlichen Fachliteratur seit

[27] Nachzulesen unter http://www.merck.com/about/our-values/home.html [20.10.2012]

vergleichsweise kurzer Zeit untersucht werden, wie ich in Kapitel IV.2. ausgeführt habe. Dabei verläuft die Achse hier jedoch keineswegs entlang der ansonsten so üblichen Markierung *„west and rest“*. Allein in den Ländern der EU gibt es eine Vielzahl von unterschiedlichsten Einführungs- und Anwendungsmodellen (ECCA 2009: 7-11).

Damit die globalen Strategien der pharmazeutischen Industrie jedoch überhaupt die Chance auf Erfolg haben *können*, bedarf es bereits längst vor einem geplanten Markteintritt, wahrscheinlich sogar noch vor der Entwicklung eines Produkts des bereiteten Bodens: Um nämlich Gardasil in Ruanda verkaufen zu können, oder Cervarix in Taiwan, um nur zwei Beispiele zu nennen, sind nicht nur funktionierende Distributionswege, drastische Preisreduktionen und geschultes, vornehmlich indigenes medizinisches Personal nötig. Es genügt hier wahrscheinlich auch nicht, „einfach nur“ Bedürfnisse zu wecken. Vielmehr müssen in beiden Ländern sowohl die zuständigen Entscheidungsträger_innen als auch die Zielgruppen der Impfung davon überzeugt sein, dass das biomedizinische Prinzip des Impfens an sich eine grundlegend sinnvolle Maßnahme zur Verhinderung von Krankheiten darstellt. Andernfalls käme wohl kein Geschäft zustande.

John Abrahams Meinung, die biomedikalistische These (vgl. Seite 55) sei als Erklärung für die weltweit zu beobachtenden Prozesse der wachsenden Einflussnahme pharmazeutischer Großkonzerne nicht ausreichend, teile ich durchaus. Die dieser These zugrundeliegenden Ideologien halte ich jedoch für die unabdingbare Voraussetzung solcher Entwicklungen. Dabei ist hier aber nicht nur die Industrie in die Verantwortung zu nehmen, sondern besonders auch die westliche Medizin und ihr wesentlich älterer Anspruch, universell auftretende physische Probleme ebenso universell mit den Mitteln evidenzbasierter Naturwissenschaft lösen zu können. Andreas Hüttemann (2008) spricht hier ganz allgemein von der „Deutungsmacht der Biowissenschaften“, die

> erst dann in den Blick [gerät], wenn man nicht allein jene berücksichtigt, die Deutungs*ansprüche* formulieren, sondern auch die Rezipienten. … Wesentlich ist die affirmative Rezeption biowissenschaftlicher Deutungsangebote. … Biowissenschaftliche Erklärungen werden so zu letzten Erklärungen, die nicht mehr hinterfragt werden. (Hüttemann 2008: 9, Hervorhebung im Original)

Nun fällt die Pharmazeutik genaugenommen nicht unter den Sammelbegriff der Biowissenschaften. Durch ihren naturwissenschaftlich formulierten Anspruch, für Gesundheit, Leben und Wohlsein nicht nur der Menschen, sondern auch ihrer Lebensräume zuständig zu sein, erhalten aber auch ihre Erklärungen und Lösungsansätze den Nimbus von Faktizität und Unhinterfragbarkeit. Dadurch wiederum erklärt sich meines Erachtens der Widerstreit zwischen den Domänen Medizin und pharmazeutische Industrie um die Vormachtstellung auf dem Gesundheitssektor:

Die Frage *Who cures?* spiegelt die Konkurrenz um die globalisierte Festschreibung der eigenen Erklärungen als letzte Erklärungen und der eigenen Lösungsvorschläge als den einzig vorstellbaren. Was hier also auf dem Spiel steht, ist das Gesundheitswesen an sich: die grundlegende Entscheidung zwischen medizinischen Expertisen und ärztlichen Interventionen auf der einen Seite, und pharmazeutischer Forschung und der Verabreichung ihrer auf dieser Wissensbasis hergestellten Produkte auf der anderen.

Im Hinblick auf die generelle Akzeptanz der HPV-Impfung zur Bekämpfung eines global agierenden Virus dürfte der Boden in weiten Teilen der Welt ideologisch längst bereitet gewesen sein – am meisten selbstredend in den Ländern des Westens und Nordens, wo die Deutungsmacht evidenzbasierter Wissenschaften bekanntermaßen einen ganz besonderen Stellenwert hat.

Um allerdings die Impfung gegen einen Virus zuallererst gerade in diesen Regionen populär zu machen, wo er zu epidemiologisch marginalen Problemen führt, waren Maßnahmen nötig, die von Williams und seinen Kollegen unter den Begriffen *„selling sickness“* oder *„disease mongering“* subsummiert werden (vgl. Seite 58),

> a process in which the social construction of illness is being replaced by the ‘corporate construction of disease’ … This involves: (i) turning ordinary ailments into medical problems; (ii) seeing mild symptoms as serious; (iii) treating personal problems as medical; (iv) seeing risks as diseases; and (v) framing prevalence estimates to maximise potential markets. (Williams et.al. 2011a: 713)

Vor allem die letzten beiden Punkte dieser Aufzählung treffen in besonderem Maß auf die HPV-Impfung zu, wobei ich hier keinesfalls falsch verstanden werden möchte:

Gebärmutterhalskrebs ist zweifellos *kein* Risiko, sondern eine schwerwiegende, leidvolle und in vielen Fällen todbringende Krankheit. Eine Infektion mit HPV ist das jedoch keineswegs. Genaugenommen stellt sie nicht einmal ein Risiko dar, sondern zunächst lediglich die Möglichkeit, im Lauf des weiteren Lebens in eine risikohafte Situation zu geraten. Dafür allerdings müssen einige Faktoren ineinandergreifen (vgl. Seite 14): die Ansteckung mit HPV 16 oder 18, eine ineffektive Immunantwort und eine daher über mehrere Jahre persistierende, aber symptomfreie Infektion des Gebärmutterhalses. Ist dieses Stadium erreicht, besteht die *Möglichkeit*, dass sich einzelne Zellen zu transformieren beginnen und sich Krebs*vor*stufen entwickeln. Da sich solche Neoplasien in bis zu 70% aller Fälle von allein wieder zurückbilden, besteht nun das *Risiko* für Frauen, zu den restlichen 30% zu gehören, deren Immunsystem für eine Beseitigung der Vorstufen nicht ausreicht. Tritt dieser Fall ein, so besteht nun tatsächlich – wiederum nach Ablauf von Jahren die *Gefahr*, an einem Zervixkarzinom zu erkranken, sofern die Zellveränderungen nicht längst zuvor erkannt und behandelt worden sind.

Keiner der pharmazeutischen Konzerne bleibt Informationen dieser Art schuldig. All diese Zusammenhänge werden nicht nur in ihren Publikationen, sondern auch auf ihren Webseiten sachlich und seriös dargestellt. Wer also weiß, wo und wie man sich am besten informiert, kann oder *muss* vielmehr die Risiken und Gefahren selber einschätzen und zu einer „vernünftigen“ Impfentscheidung kommen. Ein Blick auf Merck‘s Produkthomepage zu Gardasil beispielsweise zeigt jedoch, dass hier ein wirkliches Abwägen zwischen Gesundheitsrisiko und Präventivmaßnahme sehr erschwert, wenn nicht gar verhindert wird. Man findet dort unter der Rubrik „HPV and your child“ zunächst etwa folgende Erklärung:

„HPV is a widespread virus that, in the United States, will infect an estimated 75% to 80% of males and females in their lifetime. For most, HPV clears on its own.” Wenige Zeilen später jedoch wird die Frage „What’s the impact on my son or doughter?“ wie folgt beantwortet:

> HPV Types 16 and 18 can lead to certain cancers in women. And HPV Types 6 and 11 can cause genital warts. Each day in the United States, 30 women are diagnosed

> with cervical cancer (about 11,000 women per year) and it is estimated that each minute there is a new case of genital warts in men and women.[28]

Diese Angaben sind sicher korrekt und weder manipuliert noch erfunden, wie es der Industrie durchaus unterstellt wird. Doch ebenso rasch, wie sich die beängstigende Verbindung zwischen Impfung und Lebensgefahr im vornehmlich medialen und öffentlichen Diskurs festschreiben hat lassen, verschränken sich hier Virus, Krebs und Tod zu einer gleichermaßen wirksamen und nicht weniger angstbesetzten kompakten Informationseinheit. Der Auftrag an User_innen, eine *rationale* im Gegensatz zu einer *emotionalen* Entscheidung zu treffen, Fakten, Beweisen und Evidenzen zu vertrauen, statt angstschürenden Impfgegner_innen, kann dadurch nur schwer umgesetzt werden.

Besonders sichtbar wird die Wirksamkeit des Informationspakets HPV, wenn nicht nur die Impfung, sondern auch der HPV-DNA-Test in den Blick genommen wird, dessen gegenwärtige Bedeutsamkeit als eine Folge des seit wenigen Jahren virulenten Wissens um die konstruierte Macht des Virus betrachtet werden kann. Diese Maßnahme, die mittlerweile auf Grund ihrer größeren Genauigkeit zusätzlich zum gynäkologischen Abstrich, beziehungsweise sogar statt dieser Untersuchung gefordert wird (Bennet 2012), gibt nämlich nicht nur Auskunft darüber, *dass* eine Infektion vorliegt, sondern auch von welchem der HPV-Typen sie verursacht wird.

Der medizinische Vorteil liegt hier auf der Hand: Bei einer weltweiten Durchseuchung mit HPV von 80% liegt die Vermutung nahe, dass die Zahl der positiv getesteten Frauen enorm hoch wäre. Durch die Identifikation des viralen Genoms könnten daher ungleich mehr Risikofälle als bisher ausfindig gemacht, regelmäßig kontrolliert und im Falle von Zellveränderungen frühzeitig behandelt werden (Rijkaart et.al. 2012: 78). Die fachliche Kenntnis all dieser bestehenden Infektionen würde also die medizinisch-pharmazeutischen Interventionsmöglichkeiten beträchtlich erweitern.

Auf der anderen Seite jedoch würde die *corporate construction of disease* gerade damit eine fast unvorstellbare Dimension erhalten: Die vielfältigen, schwer belastenden und einschränkenden Auswirkungen des Wissens um den Virus im eige-

[28] URL: http://www.gardasil.com/gardasil-information/hpv-and-your-child/index.html [20.10.2012]

nen Körper sind in keiner Weise erforscht oder auch nur abschätzbar. Wie sich in den Schilderungen Angelika Steins zeigt, macht es im individuellen Empfinden keinen Unterschied, ob eine Infektion mit HPV 16, 18, oder mit einem der höchst seltenen anderen vorliegt. Das diskursiv ansteckende Potenzial dieser Viren sollte daher in keinem Fall unterschätzt werden, zumal ihre Folgen wohl auch ebenso verunsichernd für alle aktuellen oder potenziellen Sexualpartner_innen der positiv getesteten Frauen wären.

Eine anthropologische Studie, die den sozialen Implikationen solchen Wissens nachgeht, kommt dabei zu ähnlichen Erkenntnissen, wie auch ich sie aus meinem Gespräch mit Angelika ziehen konnte. Die Autor_innen identifizieren mehrere Repräsentations- und Bedeutungsebenen des Virus, die wiederum in engem Zusammenhang mit dem Prinzip des *disease mongering* und der Erschaffung von *farmaceutical futures* (Williams et.al. 2011a: 721) durch festgelegte Prävalenzen stehen, unter anderen (1) HPV als chronische Krankheit (2) die "Normalität" der Infektion und (3) Langzeit-Folgen im Hinblick auf Risiko und Wahrscheinlichkeit (Wiesner et. al. 2012: 82-86). Dabei wird auf einen wichtigen Umstand hingewiesen, der sich aus der epidemiologischen Besonderheit des Virus ergibt:

Je nach angelegter Perspektive ist HPV einerseits als „normale“ Erscheinung unter sexuell aktiven Menschen zu betrachten, und andererseits als „‘potentially malignant‘, since its persistence can cause cancer. Consequently … the HPV-DNA test has begun to widen the gap between what is considered normal and what is considered pathological” (ebd. 78). Dabei spielt es offenbar keine Rolle, ob die Betroffenen über die geringe Wahrscheinlichkeit aufgeklärt werden, die für eine tatsächliche Erkrankung auf Grund einer HPV-Infektion besteht: Sobald der Virus im Körper nachgewiesen ist, fühlen sie sich krank, ansteckend und vor allem im Hinblick auf ihre Zukunft verunsichert und beängstigt (ebd. 82). Mit anderen Worten: Das mit der Infektion nur potenziell eintretende Risiko transformiert sich in den Vorstellungswelten der zumeist gesunden Betroffenen in eine manifeste Erkrankung. Andrew Webster (2002), auf den sich die Studie mehrfach bezieht, spricht hier von „patients without symptoms, the ‚worried well‘“ (2002: 445) und führt weiter aus:

[H]igh-tech medicine generates forms of diagnosis that are more likely to depend on the language of *risk* and probabilities than the language of causality. … [G]enetic diagnostics creates new categories of presymptomatic ‘patients’ – those who *may* develop disease in the future – but for whom it can offer little now. (ebd. 447, Hervorhebungen im Original)

VI. CONCLUISO: HPV IN ÖSTERREICH

Nach dieser Darstellung der mit HPV-assoziierten globalen Aktivitäten der pharmazeutischen Mutterkonzerne kehre ich nun zu den Gegebenheiten in Österreich zurück und fasse im Folgenden die Ergebnisse meiner Forschung zusammen. Im Anschluss daran stelle ich die Schlussfolgerunen, die ich aus meinen Erhebungen und Analysen ziehen konnte, anhand der vorgestellten theoretischen Konzepte zur Diskussion, und gebe zuletzt einen kurzen Überblick über offen gebliebene Fragen, deren Beantwortung mir am vordringlichsten erscheint, um der Größe und Vielschichtigkeit des Themenkomplexes HPV gerecht zu werden.

Die ursprünglich forschungsleitende Frage zu Beginn meiner Diplomarbeit lautete: Warum sind in Österreich weniger als 5% aller Personen der Zielgruppe gegen HPV geimpft, während die Impfraten in vergleichbaren anderen Ländern der industrialisierten Welt zum Teil bei 80 oder gar 90% liegen? Die Ergebnisse meiner rekonstruierenden Untersuchung der Geschehnisse, die im Lauf der letzten fünf Jahre zu dieser Divergenz geführt haben, lassen sich nun in folgende Worte fassen:

Der Apothekenpreis von € 624,00 für eine aus drei Einzeldosen bestehende Immunisierung war für die überwiegende Mehrheit der Österreicher_innen unerschwinglich, zumal diese Kosten nicht von den Krankenkassen übernommen wurden. Hinzu kommt der Tod einer jungen Frau in Oberösterreich im Oktober 2007, den alle Expert_innen selbstredend für tragisch und erschütternd halten. Gleichzeitig betonen aber auch die Personen, die der Impfung höchst kritisch gegenüber stehen, dass sie dem Ergebnis der Gerichtsmedizin vertrauen, und ebenfalls eine zwar zeitliche Korrelation, aber *keinen* kausalen Zusammenhang zwischen der verabreichten Dosis Gardasil und der drei Wochen später auftretenden Atemlähmung des Mädchens erkennen können. Die mediale Aufbereitung dieses Falles betrachten sie jedoch genauso übereinstimmend als Grund für die diskursive Verbindung zwischen Impfung und Lebensgefahr.

Diese Umstände machten die HPV-Impfung auf dem zunächst vielversprechenden und umsatzstarken österreichischen Markt bereits sehr schnell zu einem „verbrannten Thema“ (BP-SPMSD):

Da sich die pharmazeutische Industrie in den Preisverhandlungen mit dem Gesundheitsministerium unnachgiebig zeigte, lehnte die Politik die Bereitstellung von Geldern für die Finanzierung der Impfung ab. Die Pharmaindustrie zog sich aus betriebswirtschaftlich verständlichen Gründen aus dem nunmehr unergiebigen Geschäft zurück, Awareness-Kampagnen wurden gestoppt, die Unterstützung von Werbemaßnahmen eingestellt und Presseaussendungen minimiert. Diese Aktionen wiederum führten dazu, dass gegenwärtig offenbar kaum jemand in Österreich über den Virus, die mit ihm assoziierten Krankheiten und die Impfung Bescheid weiß. Die im letzten Jahr von beiden Herstellern durchgeführten Preissenkungen erweisen sich scheinbar als nicht ausreichend, um das Interesse der potenziellen Käufer_innen und damit die Verkaufszahlen zu steigern.

Seit einiger Zeit bemüht sich die Pharmaindustrie, die Verhandlungen mit dem Gesundheitsministerium wieder in Gang zu bringen: GlaxoSmithKline und Sanofi Pasteur MSD arbeiten gemeinsam an der Entwicklung neuer Preismodelle. Die deutlich positiven Signale, die erst vor kurzem von ÖVP und SPÖ diesbezüglich gesendet wurden, lassen darauf schließen, dass zumindest ein Teilerfolg erzielt werden konnte – ein Erfolg, der offensichtlich auch den öffentlichen Diskurs wieder anzuregen vermag, wie es ein Blick in die aktuelle österreichische Medienlandschaft zeigt.[29] Zum Zeitpunkt der Fertigstellung meiner Diplomarbeit ist es daher zwar zulässig, eine baldige Veränderung der Situation der HPV-Impfung in Österreich zu vermuten. Wie sich die Gegebenheiten jedoch tatsächlich entwickeln werden, bleibt abzuwarten.

Medizin, Politik und pharmazeutische Industrie stellten sich im Verlauf der Erhebungen und Recherchen als die wichtigsten und machtvollsten *players* im Untersuchungsfeld heraus. Jeder dieser Bereiche wird in meiner Arbeit von mindesten zwei Expert_innen vertreten, die mir zu Interviews zur Verfügung standen. Weitere Akteur_innen an ebenfalls neuralgischen Stellen sind das Health Technology

[29] So titelt etwa *die*.Standard.at am 14.10.2012: *Geschäfte mit hohem Preis*. Dieser sehr kritische und angriffige Artikel zur HPV-Impfung, der trotz aller Recherchen die eine oder andere Unkorrektheit aufweist, ist unter URL: http://diestandard.at/1348285961209/Geschaefte-um-jeden-Preis [19.10.2012] abzurufen.

Assessment, Frauenorganisationen und selbstverständlich die Personen, die den Virus wissentlich in sich tragen. Diese Gruppierungen und Institutionen werden von jeweils einer Gesprächspartnerin vertreten.

Die Medien erwiesen sich im Verlauf der Forschung und auch in der Meinung der Expert_innen übereinstimmend als zwar wichtig für die Gestaltung öffentlicher Diskurse, aber nicht ausschlaggebend für den Verlauf der Ereignisse. Da der mediale Bereich überdies schon Untersuchungsgegenstand zweier anderer Diplomarbeiten an der Universität Wien gewesen ist, habe ich in meinem Projekt auf Interviews mit Medienvertreter_innen verzichtet.

Die von meinen Interviewpartner_innen angeboten Themen sind vielfältig und berühren sehr unterschiedliche gesellschaftliche, politische und kulturelle Bereiche. Die Interpretation der Gespräche führte darum sehr rasch zu einer Verzweigung und Auffächerung meiner Ausgangsfrage in eine ganze Reihe weiterer hochkomplexer thematischer Stränge.

Als entscheidend für das Verständnis der Aktionen und Interaktionen zwischen Medizin, Politik und Pharmaindustrie erweist sich dabei ein großer und vielschichtiger Komplex, der sich in den hierarchisch korrelierten Fragen *Who knows? Who cares?* und *Who cures?* ausdrücken lässt. Diese Fragen verweisen auf biomedizinische, naturwissenschaftliche Diskurse als Ausdruck der lokal dominierenden Wissensform, auf dynamische Machtverhältnisse innerhalb und zwischen den beteiligten Handlungsfeldern, und nicht zuletzt auf die Rolle der pharmazeutischen Industrie als umstrittene, aber immer bedeutsamer werdende Instanz für *global health*.

In erster Linie nehmen natürlich die drei mächtigsten Domänen des Forschungsfeldes für sich in Anspruch, im Besitz autoritativen Wissens zu sein (*Who knows?*). Sie leiten daraus die Legitimation ab, am besten für unser aller Wohl sorgen zu können, und daher für Fragen der (*public) health care* zuständig zu sein (*Who cares?*). Die Kritiker_innen hinterfragen die Angemessenheit dieser Besitzansprüche, nicht so sehr jedoch die Macht und Qualität des infrage stehenden Wissens. Hier schwingt hingegen zumeist unausgesprochen aber deutlich die Sorge mit: Je mächtiger ein *player* ist, umso größer wird die Gefahr, dass er sein tatsächlich vorhandenes Wissen nur noch in zu eigenen Gunsten manipu-

lierter Form herausgibt. Demgemäß besteht auch der Anspruch der kritischen Felder vor allem in der Bereitstellung „richtiger“ und damit wiederum gültiger Informationen für die Öffentlichkeit – gewissermaßen zum Schutz vor missbräuchlich eingesetzter Macht.

Während bis vor vergleichsweise kurzer Zeit vorrangig die Medizin im Fokus solcher Sichtweisen gestanden hat, so ist es nunmehr die Pharmaindustrie, der Unlauterkeit und Machtmissbrauch im Sinne der Manipulation ihres Wissens zugeschrieben wird. Dabei ist der Unterschied, der hier von meinen Gesprächspartner_innen zwischen den österreichischen Niederlassungen und ihren riesigen Mutterkonzernen gemacht wird, grundsätzlich marginal. Meine Untersuchung zeigt jedoch, dass sich die auf lokalem Niveau vorhandene Macht der Firmen durchaus in Grenzen hält und wahrscheinlich bei weitem überschätzt wird. Als Teile der übergeordneten Unternehmensinstanzen tragen sie jedoch wesentlich zu deren immer größer werdenden Möglichkeiten bei, die Geschicke von *global health* tatsächlich weltweit zu steuern und zu kontrollieren.

Die Frage *Who cures?* schließlich spiegelt die Machtverschiebungen und deren Rezeption zwischen Medizin und pharmazeutischer Industrie wider und verweist nicht zuletzt auf Prozesse der Pharmaceuticalization von Gesellschaften – allen voran die diskursive Konstruktion von Risiken und Gefahren, die Erzeugung von Ängsten im Sinne negativer Erwartungen und die dadurch immer größer werdende Abhängigkeit der Menschen von pharmazeutischen Produkten in einer solcherart „kolonisierten Zukunft“ (Williams et.al. 2011a: 720).

Am Beispiel Österreichs bestätigen sich die Ansätze der Medizinsoziologie zur Generierung einer Pharmaceuticalization-Theorie, die derzeit vor allem in dieser Disziplin diskutiert wird. Der hier von den Autor_innen angelegte Blickwinkel bietet sowohl wertvolle Einsichten in die beweglichen Machtachsen zwischen den beteiligten Feldern, als auch in die Wirkungsweisen dieser Mobilität als Katalysator für die beobachtbaren gesellschaftlichen Entwicklungen. Wie Abraham ausführt, vermag keines der bereits vorhandenen Erklärungsmodelle für sich den stattfindenden Umbrüchen habhaft zu werden (vgl. Seite 55 ff.), jedoch auch das sehr umfassende Bild, das Williams et.al. durch die Zusammenführung unter-

schiedlicher Zugänge zu zeichnen imstande sind (vgl. Seite 58 ff.), lässt ein Element vermissen, das in meiner Untersuchung deutlich zutage getreten ist:

Die Medizin-internen Verhandlungen um die Gültigkeit von Wissen deuten nicht so sehr auf einen Machtkampf als vielmehr auf einen durchaus auch vorhandenen diskursiven Schulterschluss zwischen dem medizinischen Bereich der *public health* und den Zielen und Interessen der pharmazeutischen Industrie hin. Aus dieser Perspektive betrachtet erweist sich „die Medizin" keineswegs als geschwächt und entmachtet – ganz im Gegenteil, wie Webster bereits 2002 im Zusammenhang mit dem Einsatz neuer Technologien im Gesundheitswesen ausgeführt hat:

> [The] powerful medical gaze occurs not only at the level of the individual but also at a public, collective level by the regulation of bodies by the state and its health agencies, through, for example, national screening programmes for cancer or other disorders. (Webster 2002: 445).

In der *public health* geht es per definitionem nicht vorrangig um die Gesundheit von Individuen, sondern um die Gesund*haltung* ganzer Bevölkerungen (vgl. Foucault 1992; Lupton 1995). Die pharmazeutische Industrie stellt die Mittel bereit, diesen Zustand zu erreichen. Vor allem im Zusammenhang mit der medizintechnologischen Präventivmaßnahme des Impfens gegen krankheitsverursachende Erreger verwischen sich daher die Argumentationslinien, die von Akteur_innen beider Domänen geäußert werden, wie es scheint, besonders leicht. Warum sich in Österreich die Durchimpfung der (weiblichen) Bevölkerung trotz dieser mächtigen Achse bislang nicht durchsetzen konnte, liegt wiederum weniger an nationalen Besonderheiten, als vielmehr an den globalen Strategien der jeweiligen Mutterkonzerne, die ich im vorangegangenen Kapitel dargestellt habe.

Die generellen Besonderheiten von Impfungen, die nicht nur zwischen den Sphären Medizin und Pharmaindustrie, sondern auch zwischen dem Bereich individueller ärztlicher Versorgung und der Perspektive der *public health* oszillieren (vgl. Seite 61 f.), können anhand des biografischen Modells erfasst werden, das von Sjaak van der Geest und seinen Kolleginnen entwickelt wurde (vgl. Seite 46 ff.). Dieser Betrachtungsweise zufolge beantwortet meine Studie die Frage nach dem Umstand, warum gerade in Österreich eine bestimmte Impfung gar nicht erst zum Leben erweckt werden konnte.

Während meines Projekts stellte sich jedoch sehr rasch heraus, dass es hier um mehr geht, als „nur“ um die Implementierung einer Vakzination, oder um die regionalen Färbungen der damit assoziierten Diskurse:

Die Vakzine gegen HPV bieten einen derzeit sehr wahrscheinlichen, statistisch vorhersagbaren, aber keinen bereits tatsächlich *beweisbaren* langfristigen Schutz gegen ein Virus, das 80% aller Menschen weltweit im *Normalfall* in sich tragen – sofern sie irgendwann in ihrem Leben sexuell aktiv waren oder sind. Durch diesen Umstand, der besonders effizient und sicher mit Hilfe eines genetischen Tests entweder zusätzlich oder anstelle der Impfung verifiziert werden kann, geraten bis dahin gesunde, aber nun positiv getestete Menschen in einen Zustand von Krankheit, Angst und der Wahrnehmung des eigenen Körpers als ansteckend, wie es von Wiesner et.al. eindrucksvoll belegt wird (vgl. Seite 98).

Wie es sich aber auf Konzeptionen von Krankheit, Leiden und Risiko, auf Sexualverhalten, soziale Beziehungen und Körperkonzepte auswirken wird, wenn sich die diskursive Infektiosität des Virus (Sabisch 2009) ebenso schnell und global verbreitet, wie die gegen ihn entwickelten medizinisch-pharmazeutischen Maßnahmen, bedarf umfassender sozialwissenschaftlicher Analysen. Eine Synthese aus medizinsoziologischen und medizinanthropologischen Perspektiven, Methoden und Theorien erscheint mir hierfür ebenso notwendig wie zielführend zu sein, um den vielgesichtigen Themenkomplex HPV wissenschaftlich fassen zu können.

Die global agierende pharmazeutische Industrie nimmt vor allem durch ihre janusköpfige Rolle bei all dem natürlich eine neuralgische Position ein:

Auf der einen Seite und ganz unbestritten ist sie für die Entwicklung und Herstellung von Produkten zuständig, die wir je nach Situation mehr oder weniger dringend brauchen: vom Blasentee bis zum lebensrettenden Chemotherapeutikum zur Behandlung einer Krebserkrankung. Die monetäre Schlagkraft hinter den Namen der riesigen Unternehmen und die damit verbundenen Umsetzungsmöglichkeiten von Aktivitäten, deren Ziel in der Erreichung von *global health* und *global wellness* liegt, lassen den Traum von ubiquitärer Gesundheit als durchaus umsetzbares Projekt erscheinen – sofern man dazu bereit (oder in der Lage) ist,

den Darstellungen, Versprechungen und Zukunftsvisionen Vertrauen zu schenken.

Die andere Seite des Kopfes jedoch zeigt ein ganz anderes Gesicht, von dem eine dunkle und massive Bedrohung ausgeht: ein machtvolles, kaum mehr kontrollierbares riesiges Netzwerk, das es versteht, globale Bedürfnisse für die Lösung von Problemen zu schaffen, die man zuvor nicht hatte, Ängste zu schüren, die man bisher nicht kannte, Krankheiten zu verkaufen, die eigentlich gar keine sind. Vor allem dieser Aspekt der Pharmaindustrie generiert eine Reihe von Fragen, die längst noch nicht erschöpfend beantwortet sind:

Wie gestalten sich etwa die realen Lebenswelten der Menschen, die innerhalb dieser globalen Netzwerke auf lokalem Niveau tätig sind? Wie gehen sie mit dem Misstrauen, den Vorwürfen und den Ängsten um, die ihnen entgegengebracht werden? Wie interpretieren sie selbst die globalen Geschäfte ihrer Konzerne? Welche Rolle spielt die Pharmaindustrie in den ärmsten Gegenden der Welt – mit welchen weitreichenden Konsequenzen? Wie wird sich die offenbar weltweit immer größer werdende und immer mehr *konstruierte* Angst vor Viren und anderen Krankheitserregern auswirken? Welche Folgen sind zu erwarten, wenn Krebs zukünftig als ansteckend wahrgenommen wir? Und vor allem: Welche Folgen werden all diese Entwicklungen für Menschen zeitigen, die tatsächlich im Verlauf ihres Lebens die Diagnose Krebs erhalten werden?

Es ist mir ein großes Anliegen, an dieser Stelle ein weiteres Mal zu betonen, dass sich *alle* Expertinnen und Experten der Pharmaindustrie, die mir im Zuge meiner Arbeit ihr Wissen und ihre Zeit zur Verfügung gestellt haben, als Menschen erwiesen, die von ihrer Mission Krankheiten zu besiegen und Leben zu retten, überzeugt sind. Ihr Anspruch, „die Frauen“ dieser Welt vor einem schrecklichen Schicksal zu bewahren, wird von gänzlich unzweifelhaften Motiven getragen.

Auf globaler Ebene jedoch erscheinen das Wissen der pharmazeutischen Industrie, ihr fast unvorstellbar großes finanzielles Kapital, die daraus resultierenden Möglichkeiten und vor allem die Bereitschaft, sich im Schulterschluss weltweit als übermächtige Instanz zu positionieren, einen ungewissen Ausgang zu

nehmen. Gerade die Konfrontation mit einem ebenso machtvollen Gegenspieler wie HPV, einem Phänomen, mit dem wir zwar seit Menschengedenken leben, von dessen Existenz wir jedoch erst vor wenigen Jahren erfahren haben, zeigt, wie fließend die Grenze zwischen *global health* und *global sickness* mitunter sein kann. Unser Wissen um die Gruppe der Humanen Papillomaviren ist natürlich irreversibel, seine weniger biologischen als viel mehr diskursiven Wirkungsweisen noch in keiner Weise abschätzbar.

QUELLENVERZEICHNIS

1. Bibliographie

Abraham, John
2007 Building on sociological understandings of the pharmaceutical industry or Reinventing the wheel? Response to Joan Busfield's `Pills, Power, People'. *Sociology* 41(4):727-736.

2010 Pharmaceuticalization of society in context: Theoretical, empirical and health dimensions. *Sociology* 44(4):603-622.

Adametz, Katharina
2008 Eine Auseinandersetzung zum Rezipientenverhalten bei Gesundheitswerbung in Theorie und Praxis. Eine qualitative Analyse anhand des TV-Spots des ÖGK zur Impfung gegen HPV-Infektionen. Magisterarbeit, Institut für Publizistik und Kommunikationswissenschaft. Fakultät für Sozialwissenschaften, Universität Wien.

Agamben, Giorgio
2009 Signatura rerum. Zur Methode. Frankfurt am Main: Suhrkamp.

Akrich, Madeleine
1992 The de-scription of technical objects. *In* Shaping technology/building society: Studies in sociotechnical change. Wiebe E. Bijker und John Law, (Hg.). S. 205-224. Cambridge, MA: Massachusetts Institute of Technology (MIT press).

Andrews, Martin
2012 GSK Vaccines in 2011. Brentford: GSK GlaxoSmithKline.
URL: http://www.gsk.com/investors/presentations/2011/2011-03-23-martin-andrews-citi.pdf [19.09.2012]

Applbaum, Kalman
2006 Educating for global mental health. The adoption of SSSRIs in Japan. *In* Global Pharmaceuticals. Ethics, markets practices. Adriana Petryna, Andrew. Lakoff und Arthur Kleinman, (Hg.). S. 85-110. Durham und London: Duke University Press.

Austria Presseagentur (APA MED)
2008 Impfexperte: Kein Risiko ersichtlich. Online-Ausgabe vom 17.01.2008. Wien: derStandard.at.
URL: http://derstandard.at/3186206 [15.10.2012]

AWMF Paul-Ehrlich-Gesellschaft, für Chemotherapie
2008 Impfprävention HPV-assoziierter Neoplasien. S. 1-30, Leitlinie 082/002: AWMF online. Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. PDF abrufbar unter:

URL: http://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/082-002.html [11.09.2012]

AWMF Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V.
2010 Prävention, Diagnostik und Therapie der HPV-Infektion und präinvasiver Läsionen des weiblichen Genitale. S. 1-58, Leitlinie 015/027: AWMF online. Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. PDF abrufbar unter:
URL: http://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/015-027.html [11.09.2012]

Baylor, Norman W.
2006 Approval Letter - Human Papillomavirus Quadrivalent (Types 6, 11, 16, 18) Vaccine, Recombinant. Rockville, MD: FDA U.S. Food and Drug Administration.
URL:
http://www.fda.gov/BiologicsBloodVaccines/Vaccines/ApprovedProducts/ucm111283.htm [19.09.2012]

Beck, Stefan, Jörg Niewöhner, und Estrid Sørensen
2012 Science and Technology Studies: Eine sozialanthropologische Einführung. Bielefeld: transcript-Verlag.

Bell, Susan E. und Anne E. Figert
2012 Medicalization and pharmaceuticalization at the intersections: Looking backward, sideways and forward. *Social Science & Medicine* 75(5):775-783.

Bennet, Neil
2012 UK pilot of HPV primary screening for cervical cancer. *The Lancet Oncology* 13(7):e288.

Bentley, Ronald
2001 Bartolomeo Gosio, 1863–1944: An appreciation. *Advances in Applied Microbiology* 48:229–250.

Bernard, Russell H
2006 Research methods in anthropology. Qualitative and quantitative approaches. 4. Auflage. London: Rowman & Littlefeld Publishers, Inc.

Brotherton, Julia M.L., Masha Friedman, Cathryn L. May, Genevieve Chappell
2011 Early effect of the HPV vaccination programme on cervical abnormalities in Victoria, Australia: an ecological study. *The Lancet* 377(9783):2085-2092.

Bührmann, Andrea D und Werner Schneider
2008 Vom Diskurs zum Dispositiv. Eine Einführung in die Dispositivanalyse. Bielefeld: transcript Verlag.

Busfield, Joan
2010 “A pill for every ill”: Explaining the expansion in medicine use. *Social Science & Medicine* 70(6): 934-941.

Comaroff, Jean
1982 Medicine: Symbol and Ideology. *In*: The Problem of Medical Knowledge: Examining the Social Construction of Medicine. P. Wright und A. Treacher (Hg.). S. 49-67. Edinburgh: Edinburgh University Press.

Cypionka, Heribert
2010 Grundlagen der Mikrobiologie. 4. Auflage. Berlin, Heidelberg: Springer.

Dinges, Martin
2004 Bedrohliche Fremdkörper in der Medizingeschichte. *In* VIRUS! Mutationen einer Metapher. Ruth Mayer und Brigitte Weingart, (Hg.). S. 79-95. Bielefeld: transcript Verlag.

Eberhard-Metzger, Claudia und Stefanie Seltmann
2009 Harald zur Hausen – Nobelpreis für Medizin 2008. Deutsches Krebsforschungszentrum in der Helmholtz-Gemeinschaft, (Hg.). Heidelberg: Deutsches Krebsforschungszentrum (dkfz.). PDF abrufbar unter: URL: http://www.dkfz.de/de/zurhausen/nobelpreis-uebersicht.html [17.09.2012]

ECCA European Cervical Cancer Association
2009 HPV vaccination across Europe. ECCA Reports. Brüssel: European Cervical Cancer Association. PDF abrufbar unter: URL: http://www.ecca.info/ecca-publications/reports.html [20.10.2012]

ECDC European Centre for Disease Prevention and Control
2012 Introduction of HPV vaccines in European Union countries – an update. Reihe: ECDC Guidance. Stockholm: ECDC. PDF abrufbar unter: URL: http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/Forms/ECDC_DispForm.aspx?ID=952 [19.09.2012]

Eckart, Wolfgang U.
2001 Geschichte der Medizin. 4. Auflage. Berlin: Springer.

Foucault, Michel
1993 Leben machen und sterben lassen: Die Geburt des Rassismus. *In* Bio-Macht. Duisburger Institut für Sprach- und Sozialforschung (Hg.). DISS-Texte, Band. 25. S. 27-52. 2. Auflage. Duisburg: DISS.

Frazer, James George
2004 Der goldene Zweig: Das Geheimnis von Glauben und Sitten der Völker. Reprint der zweibändigen Kurzfassung „The Golden Bough“. London 1922. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag.

Giuliano, Anna R., Joel M. Palefsky und Stephen Goldstone
2011 Efficacy of quadrivalent HPV vaccine against HPV infection and disease in males. *New England Journal of Medicine* 364(5):401-411.

GlaxoSmithKline (GSK)
2007 Cervarix, GSK's cervical cancer vaccine, approved In Europe. Brentford: GSK GlaxoSmithKline.
URL: http://www.gsk.com/media/press-releases/2007/cervarix-gsks-cervical-cancer-vaccine-approved-in-europe.html [18.10.2012]

2009 WHO grants prequalification to Cervarix®: GSK's vaccine to help combat cervical cancer in developing nations. Brentford: GSK GlaxoSmithKline.
URL:
http://www.gsk.com/media/press-releases/2009/who-grants-prequalification-to-cervarix-gsks-vaccine-to-help-combat-cervical-cancer-in-developing-nations.html [18.10.2012]

Gläser, Jochen und Grit Laudel
2010 Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse als Instrumente rekonstruierender Untersuchungen. 4. Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Goltz, Sarah, Aoife Kenny und Kristin Rosella
2011 Delivering Cervical Cancer Prevention in the Developing World. New York: Women Deliver. PDF abrufbar unter:
URL: http://www.womendeliver.org/knowledge-center/publications/delivering-cervical-cancer-prevention-in-the-developing-world/ [12.09.2012]

Hirschauer, Stefan und Klaus Amann (Hg.)
1997 Die Befremdung der eigenen Kultur: Zur ethnographischen Herausforderung soziologischer Empirie. Frankfurt am Main: Suhrkamp.

Hörandl, Friederike
2010 HPV-Infektionen: effektiver Schutz durch primäre Prävention. Wien: Universimed Publishing GmbH. PDF abrufbar unter:
URL: http://haematologie-onkologie.universimed.com/artikel/hpv-infektionen-effektiver-schutz-durch-prim%C3%A4re-pr%C3%A4vention [19.09.2012]

Hüttemann, Andreas
2008 Natürlich? Zur Deutungsmacht der Biowissenschaften. *In* Zur Deutungsmacht der Biowissenschaften. Andreas Hüttemann, (Hg.). S. 7-15. Paderborn: mentis Verlag.

Impfausschuss
2007 Impfplan Österreich 2007. Oberster Sanitätsrat im Bundesministerium für Gesundheit, (Hg.). S. 1-37. PDF abrufbar unter:
URL: http://www.bmgf.gv.at [19.09.2012]

Jäger, Siegfried, Jens Zimmermann und Diskurswerkstatt im DISS (Hg.).
2010 Lexikon Kritische Diskursanalyse. Eine Werkzeugkiste. Münster: UNRAST-Verlag.

Joralemon, Donald
2010 Exploring medical anthropology. 3. Auflage. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.

Jordan, Brigitte
1997 Authoritative knowledge and its construction. *In* Childbirth and authoritative knowledge: Cross-cultural perspectives. Robbie E. Davis-Floyd und Carolyn F. Sargent, (Hg.). S. 55-79. Berkeley: University of California Press.

Kaulfersch, Wilhelm, Klaus Schmitt, Reinhold Kerbl und Ingomar Mutz
2008 Stellungnahme des Präsidiums und des Vorsitzenden der Impfkommission der ÖGKJ in Bezug auf die HPV-Impfung. Wien: Österreichische Gesellschaft für Kinder- und Jugendheilkunde.
URL: http://www.docs4you.at/Content.Node/News/stellungnahme-des-praesidiums-und-des-vorsitzenden-der-impf.php [31.10.2012]

Kolip, Petra und Corinna Schach
2010 Impfung gegen Krebs? HPV-Impfung und die Gesundheit von Mädchen und jungen Frauen. *In* Frauenblicke auf das Gesundheitssystem: Frauengerechte Gesundheitsversorgung zwischen Marketing und Ignoranz. Petra Kolip und Julia Lademann, (Hg.). S. 23-38. Weinheim und München: Juventa Verlag.

Krebsinformationsdienst
2009 Humane Papillomviren als Krebsauslöser. Sind die Warzenviren wirklich so gefährlich? Heidelberg: Deutsches Krebsforschungszentrum (dkfz.).
URL: http://www.krebsinformationsdienst.de/vorbeugung/risiken/hpv.php [12.09.2012]

Kuckartz, Udo
2010 Einführung in die computergestützte Analyse qualitativer Daten. 3. Auflage Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Kuhlmann, Ellen und Petra Kolip
2005 Gender und Public Health: Grundlegende Orientierungen für Forschung, Praxis und Politik. Weinheim: Juventa-Verlag.

Kunze, Ursula und Gabriela Böhm
2010a Humane Papillomviren. Analyse der Daten und Fakten für Österreich. Reihe: Public Health Analysen des Instituts für Sozialmedizin an der Medizinischen Universität Wien.

2010b Public Health Analyse – Humane Papillomviren Daten und Fakten für Österreich. *Wiener Klinische Wochenschrift* 122(23):655-659.

Lupton, Deborah
1995 The imperative of health: Public Health and the regulated body. London: Sage.

1997 Consumerism, reflexivity and the medical encounter. *Social Science and Medicine* 45(3):373-381.

Martin, Emily
2006 Pharmaceutical virtue. *Culture, Medicine and Psychiatry* 30(2):157-174.

Mayer, Ruth und Brigitte Weingart
2004 Viren zirkulieren. Eine Einleitung. *In* VIRUS! Mutationen einer Metapher. Ruth Mayer und Brigitte Weingart, (Hg.). S. 7-41. Bielefeld: transcript Verlag.

Merck & Co.
2011 Be well. A promise made to the world. New York: Merck Sharp & Dohme Corp. PDF und Internetpräsentation abrufbar unter:
URL: http://www.merck.com/about/brochure/home.html [26.09.2012]

2012 Annual Report 2011 on Form 10-K. Washington, D. C.: United States Securities and Exchange Commission. PDF abrufbar unter:
URL:
http://www.merck.com/investors/financials/annual-reports/home.html
[19.10.2012]

MSD Austria
Über MSD – Geschichte. Eine lange Tradition wissenschaftlicher Exzellenz, innovativer Medizin und weltweiter Presenz (sic!).
URL: http://www.msd.at/content/corporate/about/history.html [19.09.2012]

Müllner, Marcus
2008 Mitteilung des Bundesamts für Sicherheit im Gesundheitswesen zu Gardasil. Wien: AGES PharmMed. PDF abrufbar unter:
URL: http://www.gesunde-kinder.at/impfwissen/erkrankungen/2_3_7.php
[31.10.2012]

Niederösterreichische Landeskliniken-Holding (NÖ LKH)
2008 Stellungnahme der NÖ Landeskliniken-Holding zur HPV-Impfung. Aktuelle Stellungnahme der Österreichischen Krebshilfe zu „HPV“.
PDF abrufbar unter
URL: http://www.holding.lknoe.at/aktuell/hpv-impfaktion.html [31.10.2012]

Petryna, Adriana, Andrew Lakoff und Arthur Kleinman (Hg.)
2006 Global pharmaceuticals. Ethics, markets, practices. Durham und London: Duke University Press Books.

Petryna, Adriana und Arthur Kleinman
2006 The Pharmaceutical Nexus. *In* Global Pharmaceuticals. Ethics, markets practices. Adriana Petryna, Andrew. Lakoff und Arthur Kleinman, (Hg.). S. 1-32. Durham und London: Duke University Press.

Piso, Brigitte
2010 Angst und Hoffnung – die Impfung gegen Krebs. *In* Zahlenspiele in der Medizin. Eine kritische Analyse. Claudia Wild und Brigitte Piso, (Hg.). S. 79-90. Wien: Orac.

Rijkaart, Dorien C., Johannes Berkhof und Lawrence Rozendaal
2012 Human papillomavirus testing for the detection of high-grade cervical intraepithelial neoplasia and cancer: final results of the POBASCAM randomised controlled trial. *The Lancet Oncology* 13(1):78–88.

Sabisch, Katja
2009 "Hoffnungslos durchseucht". Zur diskursiven Infektiosität des Humanen Papilloma Virus in den deutschen Medien, 2006-2009. *GENDER. Zeitschrift für Geschlecht, Kultur und Gesellschaft* 1(1):107-124.

Saetnan, Ann Rudinow
2000 Women's involvement with reproductive medicine: Introducing Shared Concepts. *In* Bodies of technology: Women's involvement with reproductive medicine. Ann Rudinow Saetnan, Nelly Oudshoorn, und Marta Kirejczyk, (Hg.). S. 1-30. Columbus, Ohio: Ohio State University Press.

Sommer, Sabine
2009 Wenn Negativberichterstattung die Öffentlichkeitsarbeit erschwert. Analyse der Informationskampagne "Sagen sie es weiter" der Österreichischen Krebshilfe zum Thema HPV-Impfung unter: besonderer Berücksichtigung der Krisenkommunikation. Diplomarbeit, Institut für Publizistik und Kommunikationswissenschaft. Fakultät für Sozialwissenschaften, Universität Wien.

Statistik Austria
2011a Krebserkrankungen: Gebärmutterhals. Wien: Bundesanstalt Statistik Österreich.
URL:
https://www.statistik.at/web_de/statistiken/gesundheit/krebserkrankungen/gebaermutterhals/index.html [12.09.2012]

2011b Gebärmutterhals (C53) - Krebsinzidenz (Neuerkrankungen pro Jahr), Österreich ab 1983. Erstellt am 23.09.2011. Wien: Bundesanstalt Statistik Österreich. PDF abrufbar unter:
URL
https://www.statistik.at/web_de/statistiken/gesundheit/krebserkrankungen/gebaermutterhals/index.html [25.09.2012]

2011c Gebärmutterhals (C53) - Krebsmortalität (Sterbefälle pro Jahr), Österreich ab 1983. Erstellt am 23.09.2011. Wien: Bundesanstalt Statistik Österreich. PDF abrufbar unter:
URL
https://www.statistik.at/web_de/statistiken/gesundheit/krebserkrankungen/gebaermutterhals/index.html [25.09.2012]

Stöckl, Andrea
2010 The HPV vaccination from the European Perspective. *In* Three shots at prevention: the HPV vaccine and the politics of medicine's simple solutions. Keith Wailoo, Julie Livingston, und Steven Epstein, (Hg.). S. 254-268. Baltimore, Md.: Johns Hopkins University Press

Strauss, Anselm, und Juliet Corbin
1996 Grounded Theory: Grundlagen qualitativer Sozialforschung. Weinheim: Beltz Psychologie Verlags Union.

Titscher, Stefan, Ruth Wodak, Michael Meyer und Eva Vetter
1998 Methoden der Textanalyse. Leitfaden und Überblick. Opladen: Westdeutscher Verlag.

Van der Geest, Sjaak
1984a Anthropology and pharmaceuticals in developing countries. *Medical Anthropology Quarterly* 15(3):59-62.

1984b Anthropology and pharmaceuticals in developing countries-II. *Medical Anthropology Quarterly* 15(4):87-90.

Van der Geest, Sjaak und Kerry Chamberlain
2011 Researching the life stages of medicines: Indroduction. Medische Antropologie Tijdschrift over gezondheit en cultuur 23(2):231-241.

Van der Geest, Sjaak und Susan Reynolds Whyte, (Hg.)
1988 The context of medicines in developing countries: Studies in pharmaceutical anthropology Dordrecht: Kluwer.

Van der Geest, Sjaak, Susan Reynolds Whyte und Anita Hardon
1996 The anthropology of pharmaceuticals: a biographical approach. *Annual Review of Anthropology* 25:153-178.

Wallner, Fritz G.
1992 Acht Vorlesungen über den konstruktiven Realismus. Wien: WUV-Universitätsverlag.

Webster, Andrew
2002 Innovative health technologies and the social: redefining health, medicine and the body. *Current Sociology* 50(3):443-457.

Weingart, Brigitte
2004 Viren visualisieren: Bildgebung und Popularisierung. *In* VIRUS! Mutationen einer Metapher. Ruth Mayer und Brigitte Weingart, (Hg.). S. 97-130. Bielefeld: transcript Verlag.

WHO
2009 Human papillomavirus vaccines. WHO position paper. *Weekly Epidemiological Record (WER)* 84(15):118-132. PDF abrufbar unter: URL: http://www.who.int/entity/wer/2009/wer8415/en/index.html [12.09.2012]

2010 Prequalification of medicines by WHO. Fact Sheet 278. Genf: World Health Organization.
URL: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs278/en/index.html [20.09.2012]

Whyte, Susan Reynolds, Sjaak van der Geest und Anita Hardon
2002 Social lives of medicines. Cambridge: Cambridge University Press.

Wiesner, Carolina, Jesús Acosta, Adriana Díaz del Castillo und Sandra Tovar
2012 Social representations of Human Papillomavirus in Bogotá, Colombia. *Medical Anthropology*: Cross-Cultural Studies in Health and Illness. Special Issue 31(1):77-92.

Williams, Simon J., Paul Martin und Jonathan Gabe
2011a The pharmaceuticalisation of society? A framework for analysis. *Sociology of Health & Illness* 33(5):710-725.

2011b Evolving sociological analyses of 'Pharmaceuticalisation': a reply to Abraham. *Sociology of Health & Illness* 33(5):729-730.

Worsley, Peter
1982 Non-Western medical systems. *Annual Review of Anthropology* 11: 315-348.

Wright, Thomas C., Pierre Van Damme und Heinz-Josef Schmitt
2006 HPV vaccine introduction in industrialized countries: HPV Vaccines and Screening in the Prevention of Cervical Cancer. *Vaccine* 24(3):122–S131.

Zechmeister, Ingrid et.al.
2007 Ökonomische Evaluation der Impfung gegen humane Papillomaviren (HPV) in Österreich. Wien: Ludwig Boltzmann Institut für HTA. PDF abrufbar unter:
URL: http://eprints.hta.lbg.ac.at/760/ [14.10.2012]

2. Interviews

Interviewführung Monika Gritsch:

BP-SPMDS: 20.12.2011 Sanofi Pasteur MSD (Dauer: 01:42:39)

UK-MEDUNI WIEN: 29.12.2011 Sozialmedizinerin Wien (Dauer: 01:32:39)

ER-MEDUNI GRAZ: 27.01.2012 Sozialmedizinerin Graz (Dauer: 01:04:38)

SG-FRAUENGESUNDHEITSZENTRUM: 01.02.2012 Medizinsoziologin, Geschäftsführerin des Grazer Frauengesundheitszentrums (Dauer: 00:58:50)

AK-BMG: 08.02.2012 ehemalige Gesundheitsministerin (Dauer: 03:24:40)

RS-ÄRZTEKAMMER: 27.02.2012 Vorstandsmitglied der Ärztekammer, Kinder- und Jugendarzt (Dauer: 00:56:46)

IM-IMPFAUSSCHUSS: 05.03.2012 ehemaliger Vorsitzender des Impfausschuss im Obersten Sanitätsrat, Kinder- und Jugendarzt (Dauer: 01:11:24)

IZ-HTA: 17.04.2012 Health Technology Assessment, Ludwig Boltzmann Institut (Dauer: 01:30:13)

AS: 02.06.2012 Betroffene (Dauer: 02:05:50)

Interviewführung Monika Gritsch und Bernhard Hadolt:

HF/AK-T-GSK WIEN: 16.05.2012 GlaxoSmithKline Österreich (Dauer: 02:23:37)

Interviewführung Bernhard Hadolt:

KA-GSK JAPAN: 14.10.2011 GlaxoSmithKline Japan (Dauer: 01:29:33)

3. Audiodokumente

Daser, Barbara

2012 Stöger zu HPV Impfung: Ja, wenn mehr Budget. ORF Mittagsjournal vom 05.10.2012. Audiodokument abrufbar unter:
URL: http://oe1.orf.at/artikel/319215 [11.10.2012]

zur Hausen, Harald

2008 Pressekonferenz vom 09.10.2008 Berlin. Audiodokument abrufbar unter: dem Titel „Pressegespräch mit Harald zur Hausen: Disput über die HPV-Impfung“ (MP3, 48,1 MB)
URL: http://www.dkfz.de/de/presse/audio/audio.html [11.10.2012]

4. Abbildungsverzeichnis

Ich habe mich bemüht, sämtliche Inhaber der Bildrechte ausfindig zu machen und ihre Zustimmung zur Verwendung der Bilder in dieser Arbeit einzuholen. Sollte dennoch eine Urheberrechtsverletzung bekannt werden, ersuche ich um Meldung bei mir.

Abb. 1: Österreichische Krebshilfe
2006 Sagen Sie es weiter: HPV kann Gebärmutterhalskrebs verursachen. Informationsbroschüre zur gleichnamigen Awareness-Kampagne.

Abb. 2: Österreichische Krebshilfe
2009 Sagen Sie es weiter: HPV kann Gebärmutterhalskrebs verursachen. Informationsbroschüre zur gleichnamigen Awareness-Kampagne.

ANHANG

1. Abstract

Deutsch:

Die vorliegende Diplomarbeit beschäftigt sich mit der Situation der HPV-Impfung in Österreich und soll die damit im Zusammenhang stehenden sozialwissenschaftlichen Implikationen außerhalb medizinisch-pharmazeutischer Expertisen und Dispute ein Stück weit klären. Das Hauptaugenmerk liegt dabei auf dem Sonderweg, den Österreich hier seit 2007 beschritten und bis heute nicht verlassen hat.

Zahlreiche Gespräche, die zur Rekonstruktion der Geschehnisse mit politischen Entscheidungsträger_innen, Ärzt_innen, Vertreter_innen der pharmazeutischen Industrie, Sozialwissenschaftler_innen und Betroffenen geführt wurden, lassen dabei eine Reihe von Themen und Diskursen erkennen, die weit über die Frage hinausgehen, ob eine bestimmte Impfung implementiert, finanziert, angewendet oder abgelehnt werden soll. Vielmehr wird auf soziale, politische und auch kulturelle Entwicklungen und Veränderungen hingewiesen, die weitreichender sozialwissenschaftlicher und anthropologischer Analysen bedürfen. Im Vordergrund stehen dabei die Veränderungen der Geographie der Macht zwischen den Feldern Medizin und pharmazeutische Industrie, erkennbare Prozesse der so genannten Pharmaceuticalization der Gesellschaft und nicht zuletzt Fragen nach Autorität, Ethik, Verlässlichkeit und Vertrauen nicht nur im Hinblick auf diese beiden mächtigsten Domänen im Gesundheitswesen, sondern ebenso sehr in Bezug auf die wissenschaftliche Generierung von Wissen und dessen nachfolgende Transformation in Informationen, wie sie letzten Endes der Öffentlichkeit zur Verfügung gestellt werden.

Die Auswirkungen all dessen auf von HPV betroffene Menschen, zum Beispiel auf Eltern, die vor der Entscheidung stehen, ihre Kinder bereits im Grundschulalter weniger gegen eine Krankheit als vielmehr gegen ein sexuell übertragbares *Risiko* impfen zu lassen, sind dabei keinesfalls zu unterschätzen.

English:

This thesis is concerned with the introduction and situation of HPV-vaccination in Austria and explores both the related medical, pharmaceutical, and political negotiations as well as the associated anthropological and sociological implications. The main focus lies on the very specific Austrian way of dealing with the vaccines since their introduction throughout the wealthy North and West.

Numerous interviews with politicians, doctors, representatives of the pharmaceutical industry, social scientists, and persons affected by HPV in one way or the other were made to reconstruct the events at stake in Austria as of 2007. These conversations revealed various topics and positions that go far beyond the question of whether to implement a certain vaccine, to provide for its public funding, to adopt or disapprove it. Instead, they indicated a set of discourses concerning social, political, and cultural developments and transformations within the field of public health that need to be studied and analysed through socio-scientific and particularly anthropological approaches.

The basic issues identified are mainly related to on-going changes in terms of the power structure between (bio)medicine and the pharmaceutical industry, to observable processes of pharmaceuticalization and not least to questions of authority, ethics, trust and reliability not only in connection with these two most powerful institutions of the public health sector, but also and more general with regard to generating scientific knowledge, and transforming it into information provided to the public .

The significant effects on individuals affected by HPV, e.g. on parents, who have to decide on having their young children vaccinated against a primarily sexually transmitted *risk* that may or may not cause illness in the course of time, should not be underestimated.

2. Lebenslauf

Name: Monika Gritsch
Geburtsdatum: 09.02.1966
E-mail: monika.gritsch@univie.ac.at

Schulische Laufbahn:

1980 bis 1984	Oberstufenrealgymnasium Schwaz
1984	Matura

Universitäre Laufbahn:

1984 bis 1989	Studien an der Universität Innsbruck: Biologie, Germanistik, Vergleichende Literaturwissenschaft
06/1987 bis 12/1988	Sprach- und Studienaufenthalt in Rom
1989 bis 1999	Studien an der Universität Wien: Biologie und Vergleichende Literaturwissenschaft
1999 bis 2012	Studium der Kultur- und Sozialanthropologie an der Universität Wien (Schwerpunkt: Medizinanthropologie, Migrationsforschung) Abschluss: November 2012
11/2007 bis 11/2008	Praktikum an der Österreichischen Akademie der Wissenschaften, Zentrum Asienwissenschaften und Sozialanthropologie Forschungsstelle Sozialanthropologie bei Andre Gingrich

Tätigkeiten:

- Katalogisierung, Sortierung und Aufstellung vorhandener und neu einlangender Fachjournale und akademischer Abschlussarbeiten
- Identifikation und Erfassung von Werken und Artikeln innerhalb dieses Literaturkorpus, die für die zentrale Fragestellung des Institutes „Konsens und Konflikt in Asien und im östlichen Mittelmeerraum“ von besonderer Relevanz sind

- thematische wissenschaftliche Recherchen
- Betreuung der Institutsbibliothek (Aufstellung und Ankauf)

10/2007 bis 04/2008 Sprachtraining, Lateinamerika Institut Wien: Spanisch und Nahua

Tätigkeiten im Bereich der Universität:

05/2010: Österreichische Akademie der Wissenschaften, Institut für Mittelalterforschung:
Redaktionelle Arbeiten für die Beantragung des Sonderforschungsbereichs VISCOM, *Visions of Community: Comparative Approaches to Ethnicity, Religion and Empire in Christianity, Islam and Buddhism*
Sprecher Walter Pohl, Stv. Andre Gingrich

seit 05/2011 Studienassistentin am Institut für Kultur- und Sozialanthropologie, Universität Wien, bei Bernhard Hadolt

22.-24.06.2012 Medical Anthropology at Home Conference VII (University of Amsterdam). Vortrag und Paper (gem. mit Bernhard Hadolt): *"New entities, new identities: Health policy making and the fabrication of target groups in the case of human papillomavirus vaccination in Japan and Austria"*

Berufliche Laufbahn:

1989 bis 1995 Buchhandlung M. Stöger GmbH, 1190 Wien
06/1990 Abschluss der Ausbildung zur Buchhändlerin
10/1992 Abschluss zur Ausbildnerin für den Buchhandel

1995 bis 2012 Management Book Service Buchvertriebs-GmbH, 1090 Wien

Tätigkeiten:

- Leiterin der Großkundenbetreuung
- Abteilungsleiterin (Bereich: Rechnungswesen und Kalkulation)
- permanente Ausbildungstätigkeit

Sprachen:

Deutsch (Muttersprache)
Englisch (in Wort und Schrift)
Italienisch (fließend)
Spanisch (Verständnis)
Griechisch (Grundkenntnisse)