

3 Schuld als stigmatisierende Zuschreibung im HIV/Aids-Diskurs

Während im vorangegangenen Kapitel Schuld und Schuldgefühle aus verschiedenen wissenschaftlichen Blickrichtungen betrachtet wurden, wird in diesem Kapitel der HIV/Aids-Diskurs hinsichtlich Schuld- und Verantwortungszuschreibungen untersucht.

Wie bereits deutlich wurde, sind gesellschaftliche Schuldzuschreibungen eng mit Stigmatisierungsprozessen verbunden. Bei HIV/Aids zeigt sich in besonderem Maße das komplexe Zusammenspiel zwischen Stigmatisierung, Vorurteilen, sozialer Benachteiligung und Diskriminierung und es lässt sich festhalten, dass Stigmatisierung die größte Barriere für die Prävention sowie die Lebensqualität von Menschen mit HIV/Aids darstellt (vgl. Deacon, 2006). In wissenschaftlichen Analysen wird jedoch häufig auf eine theoretische Einordnung des Stigma-Begriffs sowie auf eine einheitliche Definition verzichtet und auf Goffmans Stigma-Definition¹⁵ als kleinsten gemeinsamen Nenner Bezug genommen (vgl. Drewes, 2013, S. 7). Ausgehend von Goffmans Analyse kann Stigmatisierung aus verschiedenen theoretischen Perspektiven betrachtet werden, beispielsweise aus Sicht der Sozial- und Kognitionspsychologie, der Soziologie, der Anthropologie oder der Politikwissenschaft und weist Überschneidungen zu Konzepten und Begriffen wie Stereotype, Vorurteile und soziale Diskriminierung auf. So unterliegt der Stigma-Begriff einigen konzeptionellen Unklarheiten, die zum einen auf die Multidisziplinarität der Stigma-Forschung und zum anderen auf die Komplexität dieses Phänomens zurückgehen (vgl. Link & Phel-

15 Siehe dazu die Ausführungen zu Schuld, Soziale Ordnung und Macht in diesem Buch.

an, 2001, S. 365; Drewes, 2013, S. 7). Nach Deacon (2006) hat das Fehlen eines allgemeingültigen Konzeptrahmens von Stigmatisierung – insbesondere in Bezug auf HIV/Aids – die Folge, dass komplexe und nichtzusammenhängende Prozesse miteinander vermengt werden, sodass beim Verwenden des Begriffs die Gefahr besteht, wichtige Zusammenhänge zu verschleiern.

Wenngleich an dieser Stelle keine umfassende theoretische Einordnung von HIV-bezogener Stigmatisierung vorgenommen werden kann, soll zunächst auf Aspekte genauer eingegangen werden, die meinem Verständnis von HIV-bezogener Stigmatisierung als sozialen Konstruktionsprozess und Ausdruck gesellschaftlicher Machtverhältnisse zugrunde liegen.

Die Analyse sozialer Machtverhältnisse wird sowohl in soziologischen als auch in sozialpsychologischen Theorien als Voraussetzung für eine ganzheitlichere Betrachtung der Stigmatisierung gesehen (vgl. Link & Phelan, 2001; Parker & Aggleton, 2003; Deacon, 2006). Stigmatisierung stellt demnach kein isoliertes Phänomen dar und ist auch nicht Ausdruck individueller Einstellungen, sondern trägt dazu bei, soziale Differenzen und Hierarchien herzustellen und aufrechtzuerhalten. Stigmatisierung ist etwas, das sozial konstruiert wird, um Gesellschaften zu ordnen und soziale Kontrolle auszuüben. Insofern plädieren Parker und Aggleton (2003) dafür, nicht von Stigma, sondern besser von Stigmatisierung zu sprechen, um auf die sozialen und strukturellen Faktoren in ihrem gesellschaftlichen Konstruktionsprozess hinzuweisen. Joffe (1999) definiert Stigmatisierung als sozialen Prozess, der auf sozialen und politischen Repräsentation beruht, die in sozialen Machtverhältnissen verwurzelt sind. Soziale Repräsentationen in Bezug auf HIV/Aids stellen die sozial vermittelten und geteilten Annahmen und Meinungen über die Infektion dar. Diese beinhalten unter anderem Alltagsvorstellungen, medizinische Diskurse sowie kulturelle und religiöse Überzeugungen und bringen neben Vorstellungen über Ansteckungswege, Präventions- und Behandlungsmöglichkeiten auch eine Definition von Betroffenengruppen und eine Unterscheidung zwischen »uns«

und »denen« mit sich (vgl. Stürmer & Salewski, 2009). Deacon (2006) legt in ihrem Modell der »gesundheitsbezogenen Stigmatisierung als sozialen Prozess« anknüpfend an Joffe (1999) dar, dass HIV/Aids im gesellschaftlichen Diskurs als vermeidbar und kontrollierbar konstruiert und Verhalten, das die Krankheit verursacht, als »unmoralisch« identifiziert wird. Diese Verhaltensweisen werden auf Träger_innen bezogen, die sich in einer anderen Gruppe befinden und die als »anders« konstruiert werden. In der Folge werden bestimmte Personen für ihre eigene Infektion verantwortlich gemacht, was zu einem Statusverlust und zu potenziellen Benachteiligungen führen kann. Stigmatisierung ermöglicht es also den Menschen, sich und ihre selbst definierten Gruppen vom Infektionsrisiko zu distanzieren, indem sie die Krankheit auf Merkmale zurückführen, die normalerweise mit »Anderen« verbunden sind. So wurden beispielsweise verschiedene Gruppen als besonders gefährdet – und in gewisser Weise dafür verantwortlich – eingestuft, sich mit HIV zu infizieren, darunter Gruppen von Menschen, die auch schon vor Beginn der HIV-Pandemie stigmatisierte Gruppen waren, wie »Promiskuitive«, schwule Männer, gewerbliche Sexarbeiter_innen oder Migrant_innen.

Die Tatsache, dass Hauptbetroffenengruppen selbst bereits stigmatisierten Bevölkerungsgruppen angehören, also Stigmatisierung nicht nur aufgrund von HIV, sondern auch aufgrund anderer Merkmale erfahren, wird in der Literatur als »layered stigma«, im Sinne eines geschichteten oder überlagerten Stigmas beschrieben. Damit wird HIV-bezogene Stigmatisierung in einen intersektionalen Bezug gesetzt, da Stigmatisierung und Diskriminierung häufig die Bruchlinien der bestehenden Marginalisierung widerspiegeln (vgl. Link & Phelan, 2001).

Nach Deacon (ebd.) ist es in Abgrenzung zu Link und Phelan (2001) wichtig, Stigmatisierung nicht als etwas zu definieren, das zwingend zu Diskriminierung führen muss, da gesundheitsbezogene Stigmatisierung nicht nur durch Diskriminierung zu Benachteiligungen führt. HIV-bezogene Stigmatisierung kann

auch Menschen und Gruppen betreffen, die nicht HIV-positiv sind, und sie kann gesamtgesellschaftliche Auswirkungen haben, beispielsweise in Bezug auf die HIV-Prävention. So kann HIV-bezogene Stigmatisierung einerseits Personen betreffen, denen aufgrund ihrer Gruppenzugehörigkeit ein höheres Risiko zugeschrieben wird und andererseits zu einem mangelnden Risikobewusstsein von Menschen führen, die sie sich von diesen vermeintlich »gefährdeten« Gruppen abgrenzen. Zudem kann Stigmatisierung auch zu einer Internalisierung sowie zur Antizipation von Diskriminierung führen und Folgen für die Identität und psychische Gesundheit haben, auch ohne dass konkrete Diskriminierungserfahrungen gemacht wurden. Andererseits sind auch alternative, positive Umgangsweisen mit Stigmatisierung möglich, wie Widerstand und Aktivismus.

In den folgenden Ausführungen werden stigmatisierende Prozesse hinsichtlich der Zuschreibung von Schuld und Verantwortung im HIV/Aids-Diskurs genauer untersucht. Dabei wird zunächst der historische Wandel vom Aids-Diskurs der Anfangsjahre¹⁶ bis zum aktuellen HIV-Diskurs nachgezeichnet und auf Schuld als (internalisierte) Stigmatisierung eingegangen.

Schuld als sinnstiftende Erklärung im Aids-Diskurs der Anfangsjahre

Um den Aids-Diskurs hinsichtlich der Bedeutungsebene der Schuld zu untersuchen, ist es sinnvoll, besonders die ersten Jah-

16 Als Anfangsjahre wird in der vorliegenden Arbeit der Zeitraum zwischen dem Aufkommen der Krankheit im Jahr 1981 bis zum Beginn der sogenannten »Normalisierung« durch die Einführung der Antiretroviralen Kombinationstherapie ab dem Jahr 1996 bezeichnet (vgl. Rosenbrock et al., 1999). Während in Bezug auf die Anfangsjahre vor allem von einem Aids-Diskurs gesprochen wird, lässt sich ab 1996 ein Wandel hin zu einem HIV-Diskurs verzeichnen (vgl. Langer, 2009, S. 15ff.).

re der »Aids-Ära« zu beleuchten, da in dieser Zeit um Aids ein Mythos geschaffen wurde, der die Krankheit mit verschiedenen stigmatisierenden Bedeutungen und Metaphern besetzt hat, die bis heute wirksam sind. Insbesondere Susan Sontag (2003) untersucht in ihrem Werk »Krankheit als Metapher – Aids und seine Metaphern« den sprachlichen Umgang, die Bilder und Metaphern der Krankheit. Dass Krankheiten mit Metaphern versehen sind, ist offenbar eine historische Konstante, wie Sontag feststellt. Mit dem Aufkommen von Aids als zunächst unerklärbare und tödliche Erkrankung bot sich nach Sontag (ebd., S. 93f.) eine neue, großartige Gelegenheit zur Metaphorisierung.

Brigitte Weingart (2002) knüpft unter anderem an der Arbeit von Sontag an und untersucht Wörter, Bilder und Fantasien, die sich im Aids-Diskurs als besonders »ansteckend« erwiesen haben. Sie stellt fest, dass Aids gerade in den ersten Jahren nicht nur eine tödliche Ansteckungskrankheit, sondern eine »Bedeutungsepidemie« geworden ist, welche die Krankheit mit den verschiedensten Sinnzuweisungen befrachtet hat und zum Kollektivsymbol¹⁷ avanciert ist (vgl. Weingart, 2002, S. 19ff.). So wurde in den ersten Jahren des Aufkommens der Krankheit Aids in unzähligen Presseartikeln thematisiert und 1987 sogar als Wort des Jahres »gekürt«. »Auf jeden Toten kamen hundert Schlagzeilen«, so Sigusch (2015, S. 420). Insbesondere das Magazin *Der Spiegel* prägte die öffentliche Inszenierung von Aids und verstärkte nach Wießner (2003) mit seiner undifferenzierten Berichterstattung Vorurteile und Schuldzuweisungen. Aussagen

17 Weingart bezieht sich dabei auf Jürgen Links Analyse zu Kollektivsymbolen. Darunter sind Topoi zu verstehen, welche Sinnbilder, Metaphern, Symbole und Mythen umfassen, die zu kulturellen Stereotypen werden. Links Modell schließt an die Foucault'sche Diskursanalyse an, setzt jedoch den Fokus auf die topischen Verwendungsweisen als Ausdruck der Wahrheitsproduktion. Über seine Eigenschaft als Topos entscheidet jedoch nicht allein die negative oder positive Bedeutung, die damit einhergeht, sondern auch sein Zirkulieren in unterschiedlichen Diskursen (vgl. Link, 1988, nach Weingart, 2002, S. 26f.).

des *Spiegel* sollen in diesen Ausführungen exemplarisch angeführt werden, da dieser nach Wießner (2003) als Spitzenreiter in der medialen Berichterstattung bezeichnet werden kann.

Wießner (2003) spricht von einem medial geschaffenen Mythos um die Infektion. Bei bedrohlichen Krankheiten wie Aids sei es die Aufgabe mythischer Geschichten, »die aus den Fugen geratene Welt wieder zurechtzurücken, letzte und endgültige Sicherheiten zu vermitteln, Orientierung zu verleihen und dadurch ›Sinn‹ zu stiften« (ebd., S. 22). So war es vor allem die Vorstellung von Schuld und Strafe, die in Bezug auf HIV/Aids insbesondere in der Anfangszeit als sinnstiftend herangezogen wurde. Dieses Phänomen ist jedoch nicht neu. So stellt Sontag (2003, S. 110) fest: »Krankheit als Strafe für begangene Schuld zu begreifen, ist der älteste Versuch, die Ursache von Krankheit zu erklären.« Während Krebs (mit Ausnahme von Lungenkrebs) bei Betroffenen eher das Gefühl der Scham und der Ungerechtigkeit hervorruft und sich die Betroffenen fragen »›Warum gerade ich?‹«, empfinden HIV-Infizierte vor allem die Zumutung einer Schuld, da die meisten wissen, dass die Infektion vermeidbar gewesen wäre. Zudem werde die sexuelle Übertragung moralisch härter beurteilt als andere Arten der Übertragung und könne daher nur zu leicht als Strafe für deren Betätigung verstanden werden (ebd., S. 95ff.). So stellt der Topos »Aids als Strafe« (Gottes oder einer »natürlichen Selbstregulierung«) auch ein zentrales Motiv der medialen Berichterstattung der Anfangszeit dar (vgl. Weingart, 2002, S. 24). Wie Wießner (2003) analysiert, finden sich im ersten Artikel des *Spiegel* zur neuen Infektion im Mai 1982 bereits im ersten Abschnitt zwei zentrale Motive, die in den folgenden Jahren immer wieder auftauchen: »Todesurteil« und »Strafe« für einen genussüchtigen Lebensstil, bei dem neben Homosexualität auch Drogen eine Rolle spielen. So wird die neue Krankheit vom *Spiegel* als »Lustseuche des 20. Jahrhunderts« bezeichnet, und insbesondere Homosexuelle werden für »schuldig« erklärt: »Für die Homosexuellen hat der Herr immer eine Peitsche bereit« (vgl. *Der Spiegel*, 22/1982). Nach Weingart

(2002, S. 56) lebt hier die biblische Mythologie von Sodom und Gomorrha wieder auf, welche praktizierte Homosexualität als Dekadenz und Sünde darstellt und die phobische Konstruktion von Homosexualität und ihren todbringenden Sexualpraktiken wie Analverkehr und Promiskuität beflügelt. Mit der Schuldigsprechung der Homosexuellen an der neuen »Seuche« oder »Pest« wurde die Infektion zunächst mit dem Kurzwort »GRID« belegt, was für »Gay-related Immune Deficiency Syndrome« stand. Der Volksmund, so *Der Spiegel*, habe für Aids bereits einen neuen Ausdruck gefunden, »Gay Plague, die Schwulenpest« (vgl. *Der Spiegel*, 28/1983). Die »Pest« stellt nach Sontag (2003) eine zentrale Metapher im Aids-Diskurs dar und macht den Charakter einer Massenerkrankung deutlich, welche historisch vor allem als kollektive Strafe betrachtet wurde. So galt bereits im Zuge der Erkenntnis der sexuellen Übertragung von Syphilis diese lange Zeit (bis zur Heilbarkeit) nicht nur als Verschulden des Einzelnen, sondern als Strafe Gottes an einem »sittenlosen Kollektiv«. Es verwundert also nicht, dass auch Aids metaphorisch als moralisches Urteil über die Gesellschaft verstanden wurde.

Ein weiteres Merkmal des Pestszenarios ist nach Sontag (ebd., S. 112ff.), dass die Krankheit von irgendwoher »eingeschleppt« wurde. So galt bereits die Syphilis Anfang des 15. Jahrhunderts für die Engländer als »French pox« und für die Franzosen als »morbus germanicus«. Hier reiht sich auch Aids mit seinen verschiedenen Ursprungsmythen ein. Zentral ist dabei das Narrativ, dass die Infektion vom »schwarzen Kontinent« ausgegangen sein soll und vom »Patient Zero«, einem promiskuitiven, homosexuellen Jetsetter eingeflogen und verbreitet worden wäre. In diesen Mythen wird für Wießner (2003, S. 34) deutlich, dass die Bedrohung durch Aids immer »von außen, aus der chaotischen Gegenwelt« komme. Vor diesem Hintergrund stellt auch Weingart (2002, S. 41ff.) fest, dass die Konnotation von Fremdartigkeit für die Konstruktion von Aids als die Krankheit der »anderen« von zentraler Bedeutung ist, sowohl in Bezug auf die mutmaßlichen Krankheitserreger als auch auf den Ursprungsort oder die

sogenannten »Risikogruppen«. Weingart kritisiert den Begriff »Risikogruppe« dahin gehend, dass er zum einen unklar lässt, ob die Angehörigen dieser Gruppen dem Risiko stärker ausgesetzt sind, oder die Ansteckungsgefahr von ihnen ausgeht und sie daher eigentlich »Gefahrengruppe« sind. Gleichzeitig wurde die Angst, dass der Virus aus den »Ghettos« der »Rand- und Risikogruppen« ausbrechen könnte, medial bewusst geschürt. Hierin liegt nach Sontag die ungeheure Potenz und Wirksamkeit der Pestmetapher: »Sie erlaubt, eine Krankheit als etwas zu betrachten, das sich anfällige ›Andere‹ zuziehen, und gleichzeitig als (potenzielle) Krankheit eines jeden« (Sontag, 2003, S. 125). In diesem Sinne ist die Diskussion über Aids nach Weingart (2002, S. 40ff.) auch zum Auslöser der Verständigung von Grenzen geworden, dem Infragestellen gegebener und der Durchsetzung neuer Grenzen. Infektionskrankheiten erinnern nach Weingart (ebd.) besonders eindringlich an die Durchlässigkeit von Grenzen, nicht nur des individuellen, sondern auch des kollektiven Körpers. Dabei geht es um Körpergrenzen, soziale Grenzen sowie Grenzen zwischen dem Eigenen und dem »Anderen«.

Mit dem Schuld-Topos geht ebenso die Konstruktion von Opfern und Tätern bzw. schuldigen und unschuldigen Opfern einher. So stellen Stürmer und Salewski (2009) fest: »Werden die Betroffenen als Opfer der Erkrankung gesehen, erfahren sie üblicherweise Mitgefühl und Solidarität; wird ihnen eigene Verantwortung zugeschrieben, ist es hingegen wahrscheinlicher, dass sie zur Zielscheibe moralischer Entrüstung werden und ihnen notwendige Unterstützung verwehrt wird.« Als »unschuldige Opfer« werden in der medialen Darstellung nach Wießner (2003) vor allem Heterosexuelle, Bluter und Kinder konstruiert. Als »schuldige Opfer« oder sogar als »Täter« werden hingegen die promiskuitiven Schwulen, gefolgt von Strichern, weiblichen Prostituierten und Drogenkonsumenten_innen dargestellt. So betitelt *Der Spiegel* Prostituierte beispielsweise als »Mörderbienen« (*Der Spiegel*, 48/1986) und prophezeit, dass bald »die Welt der braven Bürger« durch die »Wanderdirnen« gefährdet

werde (*Der Spiegel*, 45/1984). »Freier« finden hingegen kaum Erwähnung oder werden als »Opfer« betrachtet, während die anschaffenden Frauen als »Gefahrenquelle« und »Täterinnen« gesehen werden. Darüber hinaus prägt *Der Spiegel* nach Wießner (2003) das Bild des »schwulen Täters«, indem er mehr als einmal die sogenannten »Aids-Desperados« zum Thema macht, womit schwule Männer gemeint sind, die bewusst andere Menschen anstecken (z. B. *Der Spiegel*, 34/1987).

Hahn et al. (1996) begründen die Bedeutsamkeit von HIV/Aids nicht alleine vor dem Hintergrund der medialen Berichterstattung und der kausalen Beeinflussung der Rezipient_innen, sondern auch in Bezug auf Wechselwirkungen zwischen Medien und den subjektiven Alltagstheorien der Bevölkerung. In ihrer Studie zu »Krankheitsvorstellungen in Deutschland«¹⁸ (vgl. ebd.) gingen sie der Frage nach, inwiefern sich die Schuldzuweisungen in den Alltagstheorien der Subjekte wiederfinden. Auch hier zeigt sich, dass die Infektion vom größten Teil der Bevölkerung zur damaligen Zeit mit deutlichen Schuldzuweisungen an bestimmte Gruppen verbunden war (z. B. »Aids ist die Geißel der Menschheit und Strafe für ein unmoralisches, zügelloses Leben«, »Aids-Infizierte haben meist einen fragwürdigen Lebenswandel«, »Schuld an Aids sind die Hauptrisikogruppen«). So wurde deutlich, dass sich von den Befragten insgesamt nur 19 Prozent im Osten und 14,7 Prozent im Westen von derartigen Schuldzuweisungen distanzierten. Darüber hinaus gingen diese Schuldzuweisungen mit massiver sozialer Ausgrenzung einher. So lehnte nur ein Viertel der Befragten in beiden Landesteilen Ausgrenzung, Kontaktmeidung und repressive politische Maßnahmen ab. Hahn et al. (1996) erklären sich die Schuldzuweisungen ebenso damit, dass unerklärbare Krankheiten in besonderem

18 In der Studie von Hahn et al. (1996) handelt es sich um eine repräsentative Querschnittsbefragung von 2.198 Teilnehmenden im Westen und 2.132 im Osten von Deutschland, welche im Zeitraum von 1990 bis 1992 durchgeführt wurde.

Maße sowohl individuelle als auch kollektive Ängste auslösen und Schuldzuschreibungen dabei eine Möglichkeit der Komplexitätsreduktion darstellen.

»Schuldunterstellungen beinhalten [...] immer Kausalitätsannahmen über die Ätiologie einer Krankheit und erleichtern mit Hilfe dieses Erklärungsmusters deren sinnhafte Bewältigung. Krankheit wird als Folge von und Strafe für Verfehlung sinnvoll und verstehbar, sie verliert so zumindest zum Teil ihren unheimlichen und sinnlosen Charakter« (ebd., S. 49).

Die sexuelle Übertragbarkeit der Infektion bot sich dabei besonders für Schuldzuschreibungen an. So wurde HIV/Aids in den subjektiven Alltagstheorien nicht mit Leiden, sondern mit »gerechter Strafe« für ein »ausschweifendes« Leben verbunden, wobei die Opfer der Krankheit als Täter_innen und die »Normalbürger_innen« zu potenziellen Opfern wurden, die Schutz durch repressive Maßnahmen verlangten (vgl. Hahn et al., 1996).

Schuldzuweisungen in aktuellen HIV-Debatten

Bleibtreu-Ehrenberg (1989, S. 68) nahm an, dass die gesellschaftlichen Schuldzuweisungen »an faktisch unbeteiligte Blitzableiter« zurückgehen würden, wenn die Krankheit erklärt und behandelt werden kann. Und tatsächlich hat eine HIV-Infektion heute ihren Schrecken als unerklärbare, todbringende Erkrankung verloren, da durch die Antiretrovirale Kombinationstherapie (ART) in der Regel eine spätere Aids-Erkrankung verhindert werden kann und durch die Behandlung die HIV-Viruslast soweit gesenkt werden kann, dass eine Infektiosität in der Regel nicht mehr gegeben ist. Somit ist eine HIV-Infektion zwar noch nicht heilbar, aber dennoch kein unmittelbares »Todesurteil« mehr, was sich in der Einordnung als chronische Infektion widerspiegelt. In diesem Zusammenhang prophezeit Martin Dannecker

in seinem 2005 gehaltenen Vortrag »Abschied von Aids«, dass wir uns in westlichen Industrienationen »individuell und kollektiv von Aids verabschieden können« (Dannecker, 2006). So habe Aids zum einen durch immer bessere Therapiemöglichkeiten und maßgeblich auch durch Erfolge der Präventionsarbeit eine Entmystifizierung sowie eine Normalisierung erfahren, welche sich auch anhand der veränderten Schreibweise von A. I. D. S. über AIDS zu dem kleinen Wörtchen Aids ablesen lässt (vgl. Weingart, 2002, S. 7f.).

Im Folgenden wird anhand der aktuellen HIV-Debatten dargestellt, inwiefern trotz dieser Normalisierungsprozesse von einem »Abschied« in Bezug auf die alten Bedeutungen von HIV/Aids nur teilweise gesprochen werden kann und warum auch Schuldzuschreibungen nach wie vor eine Rolle spielen. Dannecker (2006) merkt diesbezüglich an, dass die alte Konnotation des Aids-Begriffs immer dann mitschwinge, wenn es darum gehe, auf eine Krise der HIV-Prävention hinzuweisen. So werde bei Meldungen vom Anstieg der HIV-Zahlen immer wieder die Rhetorik des Todes bedient und den Menschen (insbesondere Homosexuellen), die »bewusst« mit dem Risiko spielen würden, die Schuld zugewiesen. Vor einiger Zeit wurde insbesondere medial das »Barebacking« oder »Pozzing«¹⁹ unter Homosexuellen in einer Weise dargestellt, die den alten Debatten um »Aids-Desperados« ähnelten, wobei diskriminierende Erklärungen beispielsweise über den »Selbsthass« der Homosexuellen herangezogen wurden, um diese als »Täter« zu konstruieren (z. B. Lenz, 2004). Auch die aktuelleren Diskussionen um »Schutz durch Therapie« verdeutlichen den Moralismus der Debatte. Die Tatsache, dass eine wirksame HIV-Therapie bei Einhaltung

19 Barebacking (auch Pozzing oder Bugchasing) wird in der Regel im Zusammenhang mit bewusstem Eingehen sexueller Risiken des ungeschützten/kondomlosen Analverkehrs unabhängig vom HIV-Status der Sexualpartner_innen verwendet. Pozzing verweist auf das bewusste und gewollte Infiziertwerden oder Infizieren mit HIV (vgl. HomoWiki, 2007).

bestimmter Kriterien beim Sex genauso effektiv vor einer HIV-Übertragung schützen kann wie Kondome, ist seit dem 2008 publizierten Statement der Schweizer Eidgenössischen Kommission für Aidsfragen (EKAF) wissenschaftlich bestätigt. Trotz dieser revolutionären Erkenntnis wurde die 2015 auf Facebook gestartete Kampagne »Wir machen's ohne – Safer Sex durch Therapie«, in der sich in Therapie befindliche HIV-Positive zum Sex ohne Kondom bekennen, selbst aus Reihen der Schwulen-Community stark kritisiert und als »verantwortungslos« bewertet (vgl. DAH, 2015; Nagel, 2016). Auch die HIV-Aktivistin Michèle Meyer berichtet, dass sie für die Verbreitung des Swiss-Statements aus Reihen der Community angefeindet wurde und kritisiert, dass der Aspekt der Nichtübertragbarkeit auch gesamtgesellschaftlich wenig Beachtung findet (vgl. Meyer, 2018). Hintergrund sei nach Meyer (ebd.) die allgemeine Angst, dass ein »Zeitalter der neuen Sorglosigkeit« anbreche. Stellvertretend werde nun die Angst vor STIs vorgeschoben. »Kaum wurde über die Nichtinfektiosität geredet, wurden sexuell übertragbare Krankheiten zum Thema: »Wenn ihr Positiven jetzt ohne Kondome Sex haben wollt, dann seid ihr auch für die STIs verantwortlich.« Anstatt der lang ersehnten Schuldentlastung, werde so eine »Ersatzschuld« mitgeliefert. Nach Nagel (2016) ist auch die Deutsche Aidshilfe von Fördermittelgebern unter Druck geraten, Schutz durch Therapie nicht aktiv zu bewerben und allenfalls in einer festen Partner_innenschaft als Präventionsstrategie zu kommunizieren. Zum einen bot dies Nährboden für Schuldzuweisungen gegenüber Menschen, die auch außerhalb von Partner_innenschaften auf die schützende Wirkung der Therapie vertrauten und zum anderen konnte dieses Wissen – trotz starkem destigmatisierenden Potenzial – nicht in die Gesamtgesellschaft getragen werden. Vor diesem Hintergrund verwundert es nicht, dass 2017 – fast zehn Jahre nach dem EKAF-Statement – die Schutzwirkung der Therapie nur zehn Prozent der Deutschen bekannt war, wie es eine repräsentative Bevölkerungsumfrage anlässlich des Welt-AIDS-Tages 2017 der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

(BZgA) feststellt (vgl. Rüden & Kostrzewski, 2017). Im November 2018 schloss sich daraufhin die Deutsche Aidshilfe (DAH) der internationalen Kampagne U=U (Undetectable = Untransmittable) an und startete ihre Präventionskampagne »#Wissen verdoppeln«, durch welche die Botschaft »N=N« (»Nicht messbar« = »Nicht übertragbar«) gesamtgesellschaftlich verbreitet wird (vgl. DAH, o.J.).

Auch die PrEP (Prä-Expositions-Prophylaxe) stand bis zur Übernahme als Kassenleistung Ende 2019 im Zentrum der medialen Aufmerksamkeit. So wurde in Bezug auf die Frage, ob die Krankenkassen die Kosten für eine Vorsorge bei gefährdeten Personen(gruppen) übernehmen sollten, diskutiert, ob die Solidargemeinschaft »die sexuellen Vorlieben« mittragen sollte (vgl. Behrens, 2018), und es wurde an die »Eigenverantwortung« für eine gesundheitsbewusste Lebensführung appelliert (vgl. *Deutsches Ärzteblatt*, 2017). Auch hier schwingt der Vorwurf der schuldhaften Ansteckung mit. So würde durch Sweers (2014) dadurch das Bild der »schmutzigen Schwulen«, die am Wochenende auf Sexpartys gingen, Drogen nahmen und »verantwortungslosen« Sex hätten, geschürt. Die »guten Schwulen« wären dagegen heute diejenigen, die der heterosexuellen Norm entsprechen und präventionsgerecht »verantwortungsvoll« und monogam leben würden.

Ein weiterer Diskussionspunkt stellt die juristische Verurteilung HIV-Positiver und die damit einhergehende Kriminalisierung dar. In den letzten 25 Jahren gab es immer wieder strafrechtliche Verurteilungen HIV-infizierter Menschen, die trotz des Wissens um ihre Infektion mit anderen Menschen einvernehmlichen ungeschützten Sex hatten, ohne sie über die Infektion zu informieren,²⁰ auch wenn kein signifikantes Übertragungsrisiko bestand. Die Tatsache der Nicht-Infektiosität durch eine

20 Ein berühmtes Beispiel ist hier Nadja Benaissa von der Pop-Band »No Angels«. Sie wurde 2010 zu zwei Jahren auf Bewährung verurteilt, da sie durch ungeschützten Sex einen Sexualpartner angesteckt hatte (vgl. FAZ, 2010).

wirksame HIV-Therapie wird strafrechtlich jedoch immer mehr berücksichtigt, wenngleich es nach wie vor zu Anzeigen und Verurteilungen kommt (vgl. DAH, 2012). Vor diesem Hintergrund plädiert Nagel (2012) dafür, dass alle Beteiligten dieselbe Verantwortung tragen sollten. »Als mündiger Mensch ist man stets für seine Handlungen verantwortlich« (ebd.). Den HIV-positiven Menschen werde dabei jedoch allein die Schuld an einer Ansteckung gegeben. Vor diesem Hintergrund fordert die Deutsche Aidshilfe (DAH, 2012) eine Beendigung der Kriminalisierung von Menschen mit HIV. So dürfe eine HIV-Übertragung beim einvernehmlichen Sex kein Straftatbestand mehr sein.

Es zeigt sich, dass die aktuellen Debatten im Kern denen der Anfangszeit ähneln und nach wie vor Schuldzuweisungen enthalten. Nagel (2016) begründet dies damit, dass es zwar nicht mehr um die Angst vor einer tödlichen Krankheit und das Festmachen von Schuldigen geht, aber um die »diffuse und wenig reflektierte Sexualitätsangst«, welche sich auf die Angst vor HIV/Aids als stigmatisierte Krankheit verlagere, wobei nach Nagel (ebd.) »diese Infektion schon von Anfang an symbolisch für eine moralisch fragwürdige und problematische Sexualität stand«. In diesem Sinne kann die HIV-Debatte als Stellvertreterdiskussion für andere ungelöste Probleme, die nach wie vor mit Sexualität zusammenhängen, betrachtet werden, wobei HIV sich mit seinen (alten) Bedeutungsebenen auch heute noch als Projektionsfläche eignet. Dennoch wird eine Verschiebung der Termini deutlich. So wird mit Ausnahme der rechtlichen Debatten weniger direkt von Schuld und Strafe gesprochen, dafür jedoch umso mehr von Verantwortungslosigkeit und Fragen der Kostenübernahme. Insofern müssen diese Debatten als Ausdruck neoliberaler Tendenzen und einer »Privatisierung von Gesundheit« (Schmidt, 2008) verstanden werden, die den Fokus vermehrt auf die Verantwortung der Subjekte verschieben. Insofern wird die Schuld implizit auch dadurch vermittelt, dass durch das Eingehen eines HIV-Risikos auch die Gemeinschaft geschädigt werde (vgl. Langer, 2009, S. 231ff.).

Schuld als (internalisierte) Stigmatisierung

In den vorangegangenen Punkten stand die Manifestation des Stigmas »Schuld« auf der repräsentativen, gesellschaftlichen Ebene im Vordergrund. In diesem Abschnitt werden nun die Einstellungen der Bevölkerung gegenüber HIV-positiven Menschen sowie das Stigmatisierungs- und Diskriminierungserleben von Menschen mit HIV näher betrachtet.

Mit dem Verschwinden des sichtbaren Stigmas Aids aus der Öffentlichkeit lässt sich insgesamt ein toleranteres gesellschaftliches Klima gegenüber HIV-positiven Menschen verzeichnen. So stellt es auch die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzGA) in ihrer historischen Vergleichsstudie von 2014 fest²¹ (vgl. Rüden & Töppich, 2015). In ihrer Befragung zum Welt-AIDS-Tag 2017 wird deutlich, dass die Bevölkerung zwar über die wichtigsten Übertragungswege des Virus gut informiert ist, aber nach wie vor Verunsicherungen im Kontakt mit HIV-infizierten Menschen und Unwissen in Bezug auf detailliertere Übertragungswege bestehen. Je näher der Kontakt zu einer HIV-infizierten Person wird, desto wahrscheinlicher wird meidendes und ablehnendes Verhalten. So würden fast alle Befragten (94%) bedenkenlos mit HIV-positiven Menschen am selben Arbeitsplatz arbeiten, aber fast jede_r Zweite (47%) fände es besorgniserregend, von einem HIV-positiven Menschen angehustet zu werden. Nur 14 Prozent aller Befragten würden mit einem HIV-positiven Menschen sicher oder vielleicht Sex mit Kondom haben, 16 Prozent schließen dies für sich hingegen als wahrscheinlich und 59 Prozent als sicher aus (vgl. Rüden & Kostrzewski, 2017).

Zu gesellschaftlichen Schuldzuweisungen gegenüber Betroffenen finden sich keine aktuellen Studien, was darauf hindeutet, dass diese Fragestellung kaum noch relevant erscheint. In einer älteren Studie im Rahmen einer Dissertation von Köhl und

21 Bei der BzGA-Studie handelt es sich um eine Wiederholungsbefragung (seit 1987) mit 7.002 Befragten in Deutschland (vgl. von Rüden & Töppich, 2015).

Schürhoff (2001)²² mit dem Titel »AIDS im gesellschaftlichen Bewusstsein – Aspekte der Stigmatisierung von HIV-Infizierten und Risikogruppen« wurden Schuldzuweisungen der Bevölkerung gegenüber HIV-positiven Menschen abgefragt, wobei insgesamt 54 Prozent der Befragten direkte Schuldzuschreibungen ablehnten. Jede_r Zweite war jedoch der Meinung: »Um sich mit Aids zu infizieren, muss jemand ziemlich leichtsinnig sein.« Ebenso häufig wurde angegeben, dass »aidsinfizierte« Personen in ihrem sexuellen Verhalten für unvorsichtig gehalten werden. Deutlich wird hier eine Verschiebung von direkten Schuldzuweisungen, wie sie sich in der Anfangszeit der Infektion finden ließen (vgl. Hahn et al., 1996), hin zu einer Bewertung der Verantwortungslosigkeit, welche jedoch ebenso Schuldzuweisungen enthält.

Mit Blick auf die Betroffenen zeigt sich, dass die Stigmatisierung und Diskriminierung HIV-positiver Personen nach wie vor ein großes, wenn nicht sogar das größte Problem ist. In der Studie der Deutschen AIDS-Hilfe »positive stimmen«²³ aus dem Jahr 2011/2012 (vgl. DAH, 2014b) wurden im Rahmen des internationalen Stigma-Indexes HIV-positive Menschen zu ihren Stigmatisierungserfahrungen befragt. Diese berichteten unter anderem von der Verweigerung medizinischer Versorgungsleistungen (20%), Tratschen (55%), Beleidigungen (29%) bis hin zu körperlichen Belästigungen oder Bedrohungen (11%) und tät-

22 Bei der Studie von Köhl und Schürhoff (2001) zu »AIDS im gesellschaftlichen Bewusstsein – Aspekte der Stigmatisierung von HIV-Infizierten und Risikogruppen« handelt es sich um eine Befragung im Rahmen einer Dissertation von 2.025 Interviewpartner_innen im Westen von Deutschland.

23 In der partizipativen Studie der DAH »positive stimmen« aus den Jahren 2011/2012 wurden 1.148 HIV-positive Menschen in Peer-to-Peer-Interviews zu ihren Stigmatisierungs- und Diskriminierungserfahrungen befragt (vgl. DAH, 2014b). Unter dem Titel »positive stimmen 2.0« wird 2020/2021 in Deutschland eine Neuauflage des »People Living with HIV (PLHIV) Stigma Index« in Kooperation mit der Deutschen Aidshilfe und dem Institut für Demokratie und Zivilgesellschaft durchgeführt und durch einen Online-Fragebogen sowie Fokusgruppeninterviews ergänzt (vgl. DAH, 2019).

lichen Übergriffen (8%) aufgrund der HIV-Infektion oder der Zugehörigkeit zu einer »Risikogruppe«. 47 Prozent berichteten außerdem von sexueller Zurückweisung aufgrund der HIV-Infektion. Darüber hinaus bestehen Unsicherheiten beim offenen Umgang mit der Infektion. So haben beispielsweise 13,4 Prozent in einer Partner_innenschaft gelebt, bei der der/die Partner_in nichts von der HIV-Infektion wusste. Zudem offenbarten sich 21,4 Prozent niemals gegenüber Sexualpartner_innen außerhalb einer festen Beziehung. Es zeigt sich dabei ein signifikanter Zusammenhang zwischen der Geheimhaltung der HIV-Infektion und Diskriminierungserfahrung. In Bezug auf die Folgen internalisierter Stigmatisierung gaben 42 Prozent aller Befragten an, dass sie zu mindestens einem Zeitpunkt im Jahr vor der Befragung ein niedriges Selbstwertgefühl aufgrund ihrer HIV-Infektion hatten. 75 Prozent waren wegen der Infektion traurig und deprimiert, 32 Prozent machten sich Vorwürfe, 23 Prozent hatten Schuldgefühle und ebenso viele hatten Selbstmordgedanken. 8 Prozent stimmten der Aussage zu: »Ich hatte das Gefühl, ich sollte bestraft werden«. Lediglich 20 Prozent gaben an, dass sie in den letzten zwölf Monaten keine negativen Gefühle im Zusammenhang mit ihrer HIV-Infektion erlebt hatten. Langer (2010, S. 334) stellt vor diesem Hintergrund heraus, dass sich angesichts der Behandelbarkeit der Infektion der »Ort des Stigmas« verschoben habe, wobei internalisierte Stigmatisierung immer mehr an Bedeutung gewinne. Sie erscheine als Angst vor der Entdeckung des Positiveins durch andere und mache auf den Akt des »Sich-Offenbarens als Zeichen an- und wahrgenommener Stigmatisierung« aufmerksam (ebd.). Auch Dannecker (2019 [2016]) betont hinsichtlich der Unsichtbarkeit der HIV-Infektion, dass diese heute nur in Erscheinung gebracht werden könne, wenn Menschen sich als HIV-positiv offenbaren. Sowohl das Verbergen der Infektion als auch der Wunsch von HIV-positiven Menschen, sich insbesondere in anbahnenden Liebesbeziehungen zu offenbaren, entspringe einer Quelle, die nicht vorrangig aus medizinischen Gründen (wie einer Ansteckungsgefahr) resultiere. »Auf Seiten

der Infizierten geht es dabei zumeist nicht um die bloße Mitteilung über etwas, was >man hat<, sondern viel stärker um den Hinweis auf etwas, was >man ist<.« Nach Dannecker wird hier der Aspekt der durch HIV beschädigten Identität sichtbar.

In der Studie »Schwule Männer und HIV/AIDS 2013« (vgl. Drewes & Kruspe, 2013, S. 201) konnte nachgewiesen werden, dass eine Internalisierung des HIV-Stigmas stark von der Dauer der HIV-Infektion abhängt. Dannecker (2019 [2016]) stellt dahin gehend fest, dass die Generation, die ihr Testergebnis in Zeiten einer guten HIV-Therapie und »Schutz durch Therapie« erhalten hat, ein deutlich höheres Maß an negativen Selbstbildern und Schuldgefühlen aufweist als diejenigen, die vor mehr als zwanzig Jahren positiv getestet wurden – in einer Zeit, in der HIV noch tödlich verlief und mit offenen Schuldzuweisungen einherging. Vor diesem Hintergrund fragt Dannecker (ebd.) unter anderem, ob die Selbstbilder, die auf Schuldgefühle und Scham hindeuten, von dem Wissen um die guten Therapiemöglichkeiten nicht in dem Umfang außer Kraft gesetzt werden, als das allgemein angenommen wird; was mit dem Nachweis einer HIV-Infektion infrage gestellt wird, wenn es »weder das Leben als solches noch die Zukunft ist« und ob das, was der HIV-Test psychisch in Gang setzen kann, vor dem Hintergrund der frühzeitigen Behandlung zu leicht genommen wird. Es bestärkt sich hier die These, dass Schuldgefühle als Folge internalisierter Stigmatisierung insbesondere heute, in Zeiten der guten Therapie-, Schutz-, und Testmöglichkeiten eine Rolle bei Menschen spielen, die HIV-positiv sind oder befürchten, sich infiziert zu haben.

Darüber hinaus ist davon auszugehen, dass die (internalisierte) Stigmatisierung von intersektionalen Verschränkungen bestimmt wird und zu einer multiplen Stigmatisierung bzw. Stigma-Überlagerung bei marginalisierten Personengruppen führen kann. So wird in der Studie »positive stimmen« (vgl. DAH, 2004b) deutlich, dass insbesondere Sexarbeiter_innen, Drogenkonsument_innen sowie Migrant_innen in besonderem Maße von HIV-bezogener Stigmatisierung und Diskriminierung be-

troffen sind (beispielsweise in der medizinischen Versorgung) und eine erhöhte Vulnerabilität für internalisierte Stigmatisierung aufweisen. Hier zeigt sich ein enger Zusammenhang mit allgemeinen (Re-)Stigmatisierungstendenzen, welche diese Gruppen betreffen. Nach Langer (2010, S. 329) bestimmt heute verstärkt das Zusammenspiel von Merkmalen wie Geschlecht, sexuelle Präferenz, der Transmissionsweg der Infektion, Armut und Herkunft über die Möglichkeiten des Umgangs mit der Krankheit und damit über die (tatsächlichen) Lebenschancen von HIV-positiven Menschen. So unterscheidet sich nach Langer (ebd.) das Leben eines in der Großstadt lebenden HIV-positiven, schwulen deutschen Studenten aus der Mittelschicht kaum von dem Leben eines vergleichbaren HIV-Negativen. Demgegenüber werde eine HIV-Infektion das Leben einer illegal in Deutschland lebenden, heterosexuellen Frau maßgeblich bestimmen. Diese habe wahrscheinlich einen schlechteren Zugang zur HIV-Therapie und medizinischen Versorgung und könne weniger auf soziale Unterstützung zurückgreifen.

Stigmatisierung hat jedoch nicht nur Auswirkungen auf bereits HIV-positive Menschen, sie kann auch ein Risikofaktor für den Erwerb einer HIV-Infektion darstellen. Mit den Erkenntnissen zum Minority-Stress-Modells (Meyer, 2003) und dem Syndemie-Ansatz²⁴ (Stall et al., 2008) lässt sich zeigen, dass der infolge von Stigmatisierung und Diskriminierung ausgelöste Stress und

24 Nach Meyer (2003) beschreibt Minderheitenstress den vermehrten Stress, dem Angehörige von stigmatisierten sozialen Gruppen aufgrund ihrer gesellschaftlichen Minderheitenposition ausgesetzt sind. Er entsteht aufgrund gesellschaftlicher Stigmatisierung, der Erfahrung von Diskriminierung und Gewalt sowie verinnerlichter Stigmatisierung. Das Modell erklärt, wie es zu vermehrten psychischen Beeinträchtigungen beispielsweise bei Homosexuellen kommt. Der Syndemische Ansatz (Stall et al., 2008) erweitert das Minoritätenstressmodell und stellt das synergetische Zusammenspiel zwischen psychischen und physischen Krankheiten in den Mittelpunkt, das bei der Entstehung und Aufrechterhaltung von bestimmten Epidemien wesentlich ist.

die damit einhergehenden Folgen (z. B. eine beschädigte Identität aufgrund internalisierter Homonegativität) zu einer erhöhten Vulnerabilität in Bezug auf eine HIV-Infektion bei bestimmten Personengruppen führen können. Aufgrund der gesellschaftlichen Abwertung von Minderheiten und der damit einhergehenden Beeinträchtigung der Gesundheitschancen können diese Gruppen auch vor diesem Hintergrund als »Risikogruppen«²⁵ bezeichnet werden (vgl. Langer, 2009; Sander, 2016). So zeigen beispielsweise King et al. (2008, nach Langer, 2009, S. 165ff.) in ihrer Studie, dass schwule und bisexuelle Männer ein zweimal so großes Risiko für Selbstmordversuche und Selbstmordgedanken, ein eineinhalbmal so großes Risiko für Depression und Angststörungen sowie Substanzmissbrauch und -abhängigkeit haben als heterosexuelle Männer. Darüber hinaus konnten Koblin et al. (2006, nach Langer, 2009, S. 165ff.) ein erhöhtes HIV-bezogenes Risikoverhalten bei homosexuellen Männern nachweisen, die aufgrund ihrer sexuellen Präferenz/Identität Drohungen erhalten oder Gewalt durch ihre Familien erfahren haben. So stellt auch Langer (2009) in seiner Studie zu »Dynamiken des sexuellen Risikoverhaltens schwuler und bisexueller Männer« fest, dass das Eingehen HIV-relevanter Risiken maßgeblich von den gesellschaftlichen und als heteronormativ zu charakterisierenden Stigmatisierungs-, Diskriminierungs- und Gewaltstrukturen beeinflusst wird, welche Einfluss auf die Identität der Betroffenen haben. Ausgrenzung macht krank – diese Feststellung ist nach wie vor aktuell (vgl. ebd., S. 240; Sander, 2016).

-
- 25** Der Begriff »Risikogruppe« hält aus epidemiologischen sowie politischen Gründen weiterhin Eingang in den HIV/Aids-Diskurs. So werden diese Gruppen zum einen vor dem Hintergrund epidemiologischer Daten als besonders betroffen eingestuft. Zum anderen ist für diese ein Zugang sowohl zu Gesundheitsleistungen als auch die Möglichkeit des Infektionsschutzes aufgrund sozialer und ökonomischer Bedingungen schwieriger. In Deutschland betrifft dies in erster Linie schwule Männer, Drogengebrauchende, Migrant_innen aus Ländern mit hoher HIV-Prävalenz und Sexworker_innen (vgl. DAH, 2014a).