

4 Normative Prozesse der HIV-Prävention

Die Inszenierung des »Mythos Aids« und das immer wieder geforderte Durchgreifen des Staates in der Anfangszeit von HIV/Aids hätte durchaus eine repressive Politik der rigorosen Ausgrenzung HIV-infizierter Menschen zur Folge haben können. So wurde beispielsweise über Zwangstestung von »Risiko-
gruppen«, Schließung von Schwulensauen sowie Internierung, Tätowierung und Einreiseverbot HIV-Positiver diskutiert (vgl. Wießner, 2003). Diese Maßnahmen wurden in dieser Form nicht umgesetzt, wenngleich nicht vergessen werden darf, dass repressive gesundheitspolitische Maßnahmen gegenüber »Gefahrengruppen« historisch und auch aktuell immer wieder eine Rolle spielen.²⁶ Dennoch wurden in der Anfangszeit unter widrigen politischen Bedingungen die bis heute gültigen Standards der HIV/Aids-Politik wie Information, Aufklärung, nondirektive Beratung sowie freiwillige und anonyme HIV-Testung durch die damalige Gesundheitsministerin Rita Süßmuth sowie die »exceptionalist alliance«, ein Zusammenschluss aus Institutionen, Betroffenen- und Berufsgruppen, hart erkämpft. Zeitgleich

26 So kam es auf Grundlage des Gesetzes zur Verhütung und Bekämpfung von Geschlechtskrankheiten noch bis zur Ablösung durch das Infektionsschutzgesetz 2001 zur Einschränkung der Grundrechte auf körperliche Unversehrtheit und Freiheit bestimmter »Gefahrengruppen«. Dazu gehörten beispielsweise Zwangsuntersuchungen für Prostituierte und Menschen mit »häufig wechselnden Geschlechtspartnern«. Bis 2015 wurden auch in Sachsen (und nach wie vor in Bayern) HIV-Tests ohne vorherige Einwilligung bei Asylbewerber_innen durchgeführt. Auch bei Strafgefangenen stellt in einigen Bundesländern der HIV-Test eine Pflicht dar (vgl. Pfundt, 2010, S. 147ff.).

mit der Etablierung eines ganzheitlichen, positiven Gesundheitsverständnisses durch die Ottawa-Charta der Weltgesundheitsorganisation (1986) und der Entwicklung eines ganzheitlichen Verständnisses von sexueller Gesundheit wurde das Konzept der »strukturellen Prävention« geboren, welches bis heute die Arbeitsgrundlage der Deutschen AIDS-Hilfe bildet (vgl. Drewes et al., 2010; Rosenbrock, 2000).

Zentrale Prinzipien der strukturellen HIV-Prävention sind unter anderem die Betonung der Einheit von Verhaltens- und Verhältnisprävention. Während Verhaltensprävention die individuelle Verantwortung für gesundheitsbezogene Verhaltensweisen hervorhebt, geht es bei der Verhältnisprävention darum, gesellschaftliche Verhältnisse und Strukturen zu ändern, um dem Einzelnen überhaupt erst Verhaltensänderungen zu ermöglichen. So wurde erkannt, dass Stigmatisierung Gesundheitschancen und gesundheitsförderndes Verhalten stark beeinträchtigen kann. In diesem Sinne hat die strukturelle Prävention die Entstigmatisierung von sexuell übertragbaren Infektionen sowie die Antidiskriminierung und Entkriminalisierung sozialer Randgruppen zum Ziel (vgl. Drewes et al., 2010). Ebenso vollzieht sich in der HIV-Prävention ein Wandel von klassischen Maßnahmen der »Old Public Health« wie der Vermeidungsstrategie (z. B. Angstappelle mit dem Ziel der Vermeidung riskanten Verhaltens) sowie der individuellen Suchstrategie (Zwangs-Überprüfung bestimmter Bevölkerungsgruppen, Rückverfolgung von »Infektionsketten« etc.) hin zu einer »New Public Health« und einer gesellschaftlichen Lernstrategie, welche auf die Etablierung möglichst schneller und gesamtgesellschaftlicher Lernprozesse mit dem Ziel der Gesundheitsförderung und Verhaltensmodifikation setzt (vgl. Rosenbrock, 2000). Die Aufmerksamkeit richtet sich so nicht mehr allein auf »Risikogruppen«, sondern ebenso auf individuelles »Risikoverhalten« und setzt auf Aufklärung, Beratung und Prävention inklusive freiwilliger, niedrigschwelliger, anonymer HIV-Testung als »Mittel der freiwilligen Selbstkontrolle« (Pfundt, 2010, S. 149). In Bezug auf

die Vermeidung von HIV und anderen sexuell übertragbaren Infektionen hat sich eine hohe Wirksamkeit der strukturellen HIV-Prävention sowie der Maßnahmen einer New Public Health gezeigt. So weist Deutschland unter den Industrieländern eine der niedrigsten HIV-Prävalenzen auf (vgl. Drewes et al., 2010). Es deutet sich hier bereits an, dass normative Prozesse der HIV-Prävention nicht zu vermeiden sind, um in der Bevölkerung gesundheitsförderndes Verhalten zu erreichen. So muss sie nicht nur gesellschaftliche Verhältnisse verändern, sondern auch Möglichkeiten, Wissen und Verhaltensregeln anbieten, mit denen sich Menschen schützen können. Die gesundheitspolitischen Ziele der Verhinderung von Neuinfektionen und der Destigmatisierung bleiben vor diesem Hintergrund immer ein Spagat, den die strukturelle HIV-Prävention bewältigen muss. Umso wichtiger ist es, die eigenen Normative zu analysieren, um (ungewollten) stigmatisierenden Prozessen entgegenzuwirken. In den folgenden Punkten wird daher anhand von ausgewählten Themen auf normative Prozesse der HIV-Prävention mit dem Blick auf potenzielle Schuld- und Verantwortungszuschreibungen eingegangen.

Eigenverantwortung als Leitmotiv im aktuellen Gesundheitsdiskurs

Die HIV-Prävention ist eingebettet in einen aktuellen Gesundheitsdiskurs, welcher die Verantwortung für gesundheitsförderndes Verhalten betont. So stellt Schmidt (2008, 2010) fest, dass die öffentliche Diskussion zur Verantwortung im Sozial- und Gesundheitswesen durch den unklar definierten Begriff der »Eigenverantwortung« dominiert wird. Sie konstatiert, dass der moderne Verantwortungsstaat des 21. Jahrhunderts die Eigenverantwortung als Leitkategorie aufgerufen habe, nach deren Maßgabe immer mehr Zuständigkeiten von der Gesellschaft auf ihre eigenverantwortlichen Bürger_innen übertragen würden.

»Eigenverantwortung für die Gesundheit zielt also auf eine selbstständige Lebensführung, eine verantwortungsbewusste, gesunde Lebensweise und einen möglichst optimalen Gesundheitszustand, auf verantwortungsbewusstes Handeln gegenüber dem Gesundheitswesen und der Sozialversicherung sowie auf Verantwortungsübernahme für Kosten und für Krankheit« (Schmidt, 2010, S. 59).

Der Fokus im aktuellen Gesundheitsdiskurs liege nach Schmidt (2010) vermehrt auf Gesundheitsförderung im Sinne der Verhaltensprävention, was jedoch die Tatsache vollkommen ausblende, dass es vor allem strukturelle Faktoren wie soziale Ungleichheit sind, die Gesundheitschancen beeinträchtigen. Eigenverantwortliche Menschen hätten zudem nicht die freie Wahl, sich entweder für den langfristigen Erhalt ihrer persönlichen Gesundheit zu entscheiden oder selbstbestimmt einer risikofreudigen Lebensweise nachzugehen (z. B. lustvollem kondomlosem Sex mit Unbekannten). Vor diesem Hintergrund seien nach Schmidt (ebd., S. 60) verantwortungsbewusste Menschen »nur solche, die sich freiwillig dafür entscheiden, dem gesundheitsförderlichen Verhalten fortwährend den Vorzug zu geben«. Mithilfe zahlloser Programme sollen Menschen zu mehr Verantwortung für ihre Gesundheit angeregt werden. Folglich werde die Gesundheitsförderung durch Gesundheitsforderungen ergänzt, und Mitwirkungspflichten seien mittlerweile deutlich ausgeprägter als die Mitwirkungsrechte. So schließe Verantwortungsbewusstheit im Gesundheitsbereich nicht nur gesundheitsbewusstes, sondern auch kostenbewusstes Verhalten ein, womit Eigenverantwortung auch (finanzielle) Eigenleistungen und die Verantwortung gegenüber der Solidargemeinschaft beinhalte. Überdies ordnet Schmidt den Begriff der Eigenverantwortung vor dem Hintergrund der neoliberalen Selbstoptimierungstendenzen ein. In einer Welt, die immer mehr danach sortiere, ob bestimmte Dinge und Handlungen gesundheitsförderlich oder ungesund sind, sei Gesundheit mittlerweile zum Markenzeichen der leistungsorientierten Elite geworden und eigne sich ideal zur Distinktion. Demnach werde in der post-

modernen Gesellschaft Freiheit immer mehr mit persönlicher Erfüllung gleichgesetzt, und so wird auch der Körper und die Sexualität als Instrument der Selbstoptimierung gedacht.

Auch im aktuellen Gesundheitsdiskurs zeigen sich also stark normative Prozesse, welche Schuldzuweisungen beinhalten. Beim Einzelnen kann sich dies in Schuldgefühlen äußern, wenn diesen Gesundheitsforderungen nicht nachgekommen wird. Hier verzeichne sich nach Pfundt (2010, S. 149) ein Wandel von Repressions- und Disziplinarpraktiken hin zu Sicherheitsdispositiven als Instrumente der Biopolitik. »Der Schutz der Bevölkerung wird nicht länger über eine äußere Instanz, sondern über selbst- und fremdverantwortliche Subjekte umgesetzt« (ebd.). Damit werde sie zu einem gleichsam normativen wie auch moralischen Verfahren, indem sie gesundes und präventives Verhalten als Norm und alternative Verhaltensweisen als Abweichung definiere (ebd.).

Verschiebung von Gefahrendiskursen auf Risikodiskurse

Deutlich wurde bereits, dass sich mit der gesellschaftlichen Lernstrategie und dem Ziel der Verhaltensmodifikation der Fokus von der Schuld auf die Eigenverantwortung der Subjekte verschoben hat. Damit treten auch die Gefahren in den Hintergrund und individuelle Risiken in den Vordergrund. Die Unterscheidung zwischen Gefahren- und Risikodiskursen geht zurück auf Luhmann (1990, nach Kneer & Nassehi, 2000, S. 167ff.), welcher postmoderne Gesellschaften zu Risikogesellschaften erklärt. Während Gefahren eher der Umwelt zugerechnet werden und durch eigenes Verhalten unkontrollierbar erscheinen, werden Risiken immer auf falsche Entscheidungen zurückgeführt, für die wir uns schuldig fühlen. Während in der Anfangszeit HIV/Aids als Bedrohung von außen gesehen wurde, dominiert nun auch dahin gehend ein Risikodiskurs. Die Umkodierung von Gefahr auf Risiko veranschaulichen nach Weingart (2002, S. 119) Kampa-

nen, in denen zwar einerseits von einer allgegenwärtigen Gefahr ausgegangen wird (»Wir sind alle betroffen«), andererseits aber konkrete Vorsichtsmaßnahmen, die jeder Einzelne treffen kann, vorgeschlagen werden (»kein Sex ohne Kondom«). Werden diese Maßnahmen vernachlässigt, geht man ein persönliches Risiko ein. Diese Umstellung auf Risikoverhalten bietet nach Weingart (ebd.) die Grundlage für den Schuld-Topos im aktuellen Aids-Diskurs, welcher insbesondere durch die Erzeugung von Schuldgefühlen funktioniert. So werde bei kaum einem anderen Risiko der Zusammenhang zwischen Entscheidung und Konsequenz so deutlich wie beim Risiko, sich durch »falsche« Sexualpraktiken mit dem HI-Virus zu infizieren. Eine Studie von Epstude und Jonas (2015) untersuchte Reue und kontrafaktisches Denken von HIV-positiven Männern. Es zeigte sich, dass die Teilnehmer ihr Verhalten, das zur HIV-Infektion führte, umso eher bereuten, je stärker das Maß an Verantwortungsübernahme für die Infektion war. Bereuen und kontrafaktisches Denken zeigten zudem sowohl funktionale als auch dysfunktionale Konsequenzen. Zum einen haben sie negativen Einfluss auf das Wohlbefinden, zum anderen erhöhen sie – durch gute Absichten in Bezug auf zukünftiges Verhalten – jedoch auch die Wahrscheinlichkeit für präventives Verhalten in der Zukunft.

Hinsichtlich der subjektiven Bewertung von Risiken von HIV-negativen Personen wird in einigen Studien (vgl. Hahn et al., 1996; Renner & Schwarzer, 2003) deutlich, dass die Wahrnehmung und Bewertung von Risiken meist nicht aufgrund objektiver Faktoren erfolgt (z. B. in Bezug auf die Nutzung von Kondomen bei Sex mit Menschen, deren HIV-Status unbekannt ist), sondern von anderen, vielschichtigen Faktoren abhängig ist wie der Identifikation oder Abgrenzung von Hoch- oder Niedrigrisikostereotypen. So zeigt sich, dass die Konstruktion von »Risikogruppen« bei deren Angehörigen zu einer erhöhten Wahrnehmung von Risiken (unabhängig vom Risikoverhalten) und damit folglich vermehrt zu Schuldgefühlen führt, da diese eine mögliche Infektion generell eher sich selbst und ihren

eigenen »falschen« Entscheidungen zurechnen, als dies bei Personen der Fall ist, die sich von »Risikogruppen« abgrenzen und HIV eher als eine Gefahr wahrnehmen, die von diesen Gruppen ausgeht, sowie möglicherweise verstärkt zu Schuldzuweisungen neigen. Der generell geringe Zusammenhang zwischen Risikowahrnehmung und -verhalten kann damit begründet werden, dass neben Verhaltensweisen, die objektiv das Risiko verringern (Kondomnutzung), auch Faktoren, die in ihrer Schutzwirkung überschätzt werden, als risikomindernd wahrgenommen werden, wie beispielsweise Vertrauen in den/die Sexualpartner_in, eine geringe Anzahl von Sexualpartner_innen oder Monogamie (vgl. Renner & Schwarzer, 2003).

Darüber hinaus gewinnt der Begriff »Risikomanagement« im HIV-Diskurs an Bedeutung. So stellt bereits Luhmann fest, dass es unmöglich sei, die Zukunft vorwegzunehmen und dass Risiken daher unvermeidbar seien (vgl. Kneer & Nassehi, 2000, S. 167ff.). Eine einfache Kurzformel bringt dies auf den Punkt: »Sicher ist nur, daß es keine absolute Sicherheit gibt« (ebd., S. 170, Hervorh. i. O.). In diesem Sinne kann auch die Sexualität niemals gänzlich »sicher« sein – es sei denn, sie findet nicht statt. In den Anfängen der HIV-Prävention hat sich die Deutsche Aidshilfe daher für die Propagierung von Safer Sex (nicht von Safe Sex) entschieden. Die Befolgung von Safer-Sex-Regeln kann eine HIV-Übertragung unwahrscheinlich machen und ist insofern »sicherer« als ungeschützter Sex, kann jedoch keinen völlig sicheren Schutz vor einer Infektion bieten. Insofern bestehe immer ein Restrisiko (vgl. DAH, 2009). Die Befähigung zu einem individuellen und selbstverantwortlichen Risikomanagement verfolgt dabei einen lebensweltorientierten Ansatz und meint, das HIV-Risiko auf ein Minimum zu reduzieren und dabei die einhergehenden Einschränkungen der Sexualität auf ein individuell akzeptables Maß zu bringen (vgl. Dannecker, 2006, S. 66). Sexualität ist nach Etgeton (2010, S. 50) daher immer eine Abwägung der »Frage der Genussfähigkeit, des Verhältnisses zwischen kurzfristigem Wohlbefinden und dauerhaftem Wohler-

gehen« (Hervorh. i. O.). Dieses Spannungsfeld findet sich auch in der HIV-Prävention und stellt diese vor enorme Herausforderungen. So könne Prävention nach Etgeton (ebd.) keineswegs stoische Abstinenz gegenüber den »Verlockungen« des Lebens sein, sondern ein »aufgeklärter Hedonismus«, dessen Medium die »sinnliche Vernunft« mit dem Ziel des »nachhaltigen, besonnenen Genusses« sei. So müssen Realitäts- und Lustprinzip in einen einigermaßen »erträglichen« Einklang gebracht werden, was Kompromisse erfordert. Hier deutet sich schon an, dass dieses Spannungsfeld zu Schuldgefühlen führen kann.

»Condom Sense« – Die Normierung des Kondoms

»Das Kondom ist verknüpft mit einer Idee von Sauberkeit, die sich nicht mehr auf seine medizinische Schutzwirkung beschränkt. Wer Kondome benutzt, ist auch in einem moralischen Sinne der Reine und Gute. Wer sie nicht benutzt, steht im Verdacht, sich amoralisch zu verhalten, wird als »böse« und bis in die Rechtsprechung hinein sogar als kriminell angesehen. Der Kondomgebrauch ist zu einem moralischen Ausweis geworden, der für Verantwortung, Rücksichtnahme und Empathie für das Gegenüber steht. Dem Kondom ist somit eine gewisse Heiligsprechung widerfahren. Das schließt – wie oft bei normativen Prozessen – ein, dass es für das allein selig machende Präventionsmittel gehalten wird« (Nagel, 2016).

Der normative Charakter der HIV-Prävention wurde bereits deutlich. Das Kondom ist dabei wahrscheinlich der Gegenstand, an dem die aidsbedingten Veränderungen und Umdeutungen des Sexualverhaltens am deutlichsten zutage treten. So konstatiert Weingart (2002, S. 119ff.), dass das Kondom zum Kollektivsymbol avanciert sei. Dazu hätten beispielsweise verniedlichte Präventionskampagnen beigetragen mit Slogans wie »Condom Sense is Common Sense«. Weingart (2002), Nagel (2016) und Hoyer (2015) stellen fest, dass eine etablierte Normalität, näm-

lich die des Sexes ohne Kondom, durch eine andere Normalität ersetzt wurde. Nicht mehr »purer« Sex stehe nun oben auf der gesellschaftlich akzeptierten Wertskala. Guter Sex sei nunmehr verantwortungsvoller Safer Sex mit all seinen »Verkehrsregeln« (Hoyer, 2015). Sexualität erhalte zudem durch Safer-Sex-Kampagnen eine extreme Diskursivierung, durch die sich Detailwissen beispielsweise über verschiedenste Körpersekrete und Sexualpraktiken vermehrt, welches bisher nur als geheimes Wissen zirkulierte. So sei Safer Sex Teil einer sich ausweitenden »Geständniskultur« (Weingart, 2002, S. 130) geworden. Nach Weingart (ebd.) führe der Appell zum sicheren Sex zu einer Unterwerfung des sexuellen Körpers unter eine Macht- und Wissenstechnologie, wobei die Regulierung von sexuellem Verhalten (im Foucault'schen Sinne) nicht direkt oder repressiv verlaufe. Vielmehr werde sie über die Kategorie der Verantwortung, der Stimulierung existenzieller Ängste und das Bedürfnis nach höchstmöglicher Sicherheit als Selbstregulierung in das Subjekt hinein verlegt, wobei an die Stelle eines Gesetzgebungsaktes die Suggestion der individuellen Verantwortung für sich selbst und andere tritt. Hoyer (2015) spricht in diesem Zusammenhang von einem »infektiologischen Hygieneregime« der HIV-Prävention, welches eine regulative Normierung von Erleben und Verhalten bewirke. So seien uns auch im Umfeld der Sexualität kulturell erwünschte Hygienemaßnahmen bereits zur festen Gewohnheit geworden, sodass wir sie kaum noch als solche erkennen. Zudem sei keine einzelne Maßnahme hinreichend und biete alleine ausreichend Sicherheit. Auch das Kondom sei nur ein Element aus einem ganzen Bündel von Hygienemaßnahmen, und es müsse umso mehr Aufwand betrieben werden, um noch einen kleinen Fortschritt hinsichtlich der idealerweise angestrebten Asepsis zu erreichen. Vor diesem Hintergrund verwundern beispielsweise die immer vielfältigeren Latexbarrieren (z. B. Lecktücher) nicht, die auf den Markt gebracht werden.

Mit der Diagnose einer Normierung und Diskursivierung des Safer Sex soll nicht infrage gestellt werden, dass diese Maß-

nahmen notwendig sein können, um sich in potenziellen Transmissionssituationen zu schützen. Doch stellt Weingart (2002, S. 132) fest, dass die Umstellung auf eine »andere Normalität« so einfach nicht zu sein scheint, wenn die Unkompliziertheit des Safer Sex ständig betont werden müsse. Durch die Bagatellisierung und Ästhetisierung des Kondoms gehe nach Dannecker (2006) die Tatsache der Einschränkung unter, die in den Köpfen häufig mit Safer Sex verbunden ist, und werde kaum noch thematisiert. Hinsichtlich der immer wieder beklagten »Erosion der HIV-Prävention«²⁷ (Dannecker, 2002) betonen Nagel und Bürger (2002, S. 20ff.), dass es bei den meisten Menschen nicht am guten Willen scheitert, sich zu schützen. So sei genügend Sachaufklärung da, doch es gelinge dennoch in einigen Situationen nicht, danach zu handeln. Denn nach reiner Vernunft könne in vielen Situationen, gerade beim Sex, nicht gehandelt werden. Hoyer (2015) stellt heraus, dass Safer-Sex-Praktiken neben ihren infektiologischen Schutzfunktionen eine Reihe psychosozialer und symbolischer Funktionen erfüllen. So handle es sich bei HIV-Präventionsmaßnahmen um eine »Nähe-Distanz-Regulation« (ebd.). In diesem Zusammenhang könne die Notwendigkeit grenzsichernder Maßnahmen mit dem Konzept des sexuellen Aktes als gewollter Grenzüberschreitung kollidieren (vgl. Weingart, 2002, S. 169ff.). Vor diesem Hintergrund könne nach Weingart (ebd.) das Kondom die Vorstellung der Verschmelzung durch »puren« Sex zerstören, die als ein positiver Integritätsverlust in der Hingabe zum anderen erlebt werde.

27 Immer wieder wurde und wird von einer Erosion der HIV-Prävention und einer zunehmenden Sorglosigkeit gesprochen, welche vor allem auf steigende Neuinfektionszahlen und Risikoverhalten bei MSM bezogen wird (vgl. Dannecker, 2002; Bochow, 2010). Tatsächlich bestätigen sich diese Thesen mit Blick auf die epidemiologischen Daten und einer differenzierteren Interpretation nicht. So ist die Anzahl der geschätzten HIV-Neuinfektionen bei Männern, die Sex mit Männern haben (MSM), um etwa 27% zurückgegangen, von etwa 2.200 Neuinfektionen in den Jahren 2012 und 2013 auf 1.600 Neuinfektionen im Jahr 2018 (vgl. RKI, 2019).

Zudem komme gerade in der Liebe dem Vertrauen eine maßgebliche Funktion der Komplexitätsreduktion zu, denn Vertrauen vermittele Sicherheit. So wird häufig in homo- wie heterosexuellen Beziehungen eher auf das Kondom verzichtet. Dannecker (1994) spricht in diesem Zusammenhang vom »Risikofaktor Liebe«.

Nagel und Bürger (2002) betonen darüber hinaus die rauschhafte Seite der Sexualität. Die sexuelle Sehnsucht sei dabei oft der Wunsch nach dieser rauschhaft-orgiastischen Lust sowie nach Kontrollverlust und Grenzüberschreitung. Da Risikoverhalten generell eine stärkere Lustkomponente habe, werde in rauschhaft erlebten sexuellen Situationen auch eher auf das Kondom verzichtet. Aarburg (1996) beschreibt außerdem das freiwillige Eingehen eines HIV-Infektionsrisikos als unbewussten Versuch, aus einem Sicherheitsdispositiv auszubrechen. Eine übermäßige Kontrolle des eigenen Lebens bedrohe den Selbstwert des Individuums. Dieses Eingebundensein ängstige jedoch ebenso wie die Vorstellung, aus der schützenden (sozialen) Ordnung herauszufallen, wozu auch die Norm einer hygienisch kontrollierten Sexualität gehört.

Die Grenzsetzung durch Latexbarrieren werde jedoch nicht immer als Einschränkung empfunden, denn das Kondom bewahre die Integrität der Körper, wo es gewünscht ist. »Kondome schützen – den Anderen vor mir/mich vor dem Anderen« (Weingart, 2002, S. 136). Diese Trennung könne auch als entlastend erlebt werden, weil Schleimhäute, Körpersekrete und Körperhöhlen auf Distanz gehalten werden können. Gerade dank des Kondoms kann es möglich werden, sich unbeschwerter aufeinander einzulassen. So sei der Einsatz der Latexbarrieren gerade dort besonders präsent und selbstverständlich, wo besonders promiske Sexualpraktiken stattfinden, zum Beispiel in der Sexarbeit, der »Swinger-Szene« oder dem »Darkroom« (vgl. Weingart, 2002, S. 134ff.; Hoyer, 2015). Zum anderen könne der erlebte Kontrollverlust in sexuellen Situationen auch verunsichern und Angst machen. Durch das Kondom als Symbol für rationales

Handeln könne diese Angst bewältigt werden, wie Hoyer (2015, S. 108) feststellt: »Sie errichten Tabus. Sie stehen für eine Einübung von kontrolliert-kalkuliertem Handeln in einem Bereich, der aufgrund seiner brodelnden Triebhaftigkeit Angst machen kann.« Ungeschützte Sexualkontakte können vor diesem Hintergrund einen unter Umständen »rauschhaften Tabubruch« darstellen und mit Schuldgefühlen einhergehen.

Die soziale Praxis des HIV-Tests und die Verhandlung von Schuld und Verantwortung

Auf der Grundlage des Infektionsschutzgesetzes (§19) werden HIV-Antikörpertests in der Regel kostenfrei und anonym in Gesundheitsämtern angeboten. Auch AIDS-Hilfen und Checkpoints bieten in Deutschland sowohl Schnell- als auch Labortests an. Das Ziel des Testangebotes ist auf Grundlage von §1, 3 des Infektionsschutzgesetzes zum einen die Verhinderung von Neuinfektionen, da durch einen Test Infektionen möglichst früh erkannt und behandelt werden können. Zum anderen dient die HIV-Testberatung der Aufklärung und Information zu Risiken und Schutzverhalten. Grundsätzlich gilt, dass der HIV-Test nur freiwillig und nicht ohne vorherige Einwilligung erfolgen darf. Sowohl in AIDS-Hilfen als auch in Gesundheitsämtern ist zudem die Beratung vor und nach dem Test ein wichtiges Qualitätskriterium. Nach den Beratungsstandards der Deutschen AIDS-Hilfe (vgl. DAH, 2017) soll die Beratung sowohl Informationen zum Ablauf und zur Aussagekraft des Tests sowie zu HIV/Aids und anderen STI, deren Infektionsrisiken und Schutzmöglichkeiten geben. Überdies hat die Beratung zum Ziel, auf ein individuelles, verantwortliches Risikomanagement hinzuwirken.

»Sie gibt den Menschen die Möglichkeit, im geschützten, von Akzeptanz und Verständnis getragenen Setting ihr individuelles Risikoverhalten zu reflektieren, und im Idealfall zu lernen, die sich

manchmal widersprechenden Wünsche nach sexueller Befriedigung und körperlicher Unversehrtheit besser in Einklang zu bringen« (ebd., S. 4).

Da für das Schutzverhalten nicht alleine das Wissen über Infektionsrisiken und Schutzmöglichkeiten ausschlaggebend ist, sondern auch psychosoziale Faktoren einen adäquaten Infektionsschutz erschweren oder verhindern können, ist es ein Anliegen der Beratung, Gespräche in dieser Richtung auf freiwilliger Basis anzubieten. Darüber hinaus sollen in der Beratung auch die möglichen Folgen und Ängste in Bezug auf ein positives Testergebnis besprochen werden. Die jeweiligen Beratungsinhalte können in Ausführlichkeit und Schwerpunktsetzung je nach Setting variieren und sollen auf die Bedürfnisse der Zielgruppe bzw. einzelner Nutzer_innen zugeschnitten sein. Darüber hinaus wird die Beratung im Sinne der Lebensstilakzeptanz von einer Haltung getragen, welche risikobehaftetes Verhalten nicht moralisch bewertet und die Schamgrenzen der Nutzer_innen oder auch eventuelle Sprachbarrieren berücksichtigt (vgl. ebd.).

Grundsätzlich kann sich jede Person auf HIV und STI testen lassen. Testanlässe, die sich häufig in der Beratung finden, sind der Wunsch nach »Sicherheit«, beispielsweise nach kondomlosem Sex mit unbekanntem oder wechselndem Sexualpartner_innen oder zum gegenseitigen Abklären von vorherigen Risiken beim Eingehen einer neuen Partner_innenschaft, mit dem gemeinsamen Wunsch nach kondomlosem Geschlechtsverkehr. Andere Gründe für einen Test sind beispielsweise (intravenöser) Drogengebrauch, Trennung, »Seitensprünge« oder Misstrauen gegenüber dem/der Partner_in, das Erleben sexualisierter Gewalt, die Nutzung oder das Anbieten sexueller Dienstleistungen oder das Beantragen eines Visums, das einen HIV-Test voraussetzt. Auch ohne relevante Risiken werden in Ausnahmefällen Tests durchgeführt, beispielsweise zur Beruhigung bei großen Ängsten oder Phobien. Darüber hinaus gibt es die Möglichkeit eines regelmäßigen (z. B. jährlichen) Screenings bei »Risikogruppen«. Insbe-

sondere in Bezug auf Männer, die regelmäßig Sex mit Männern haben, änderte die Deutsche Aidshilfe ihre Präventionsstrategie von der Botschaft »Hattest Du ein Risiko? Lass Dich testen!« hin zu einer neuen Präventionsbotschaft: »Lasst euch regelmäßig testen!« (vgl. ebd.)

»Unsere neue Präventionsbotschaft für schwule Männer ›Lasst euch regelmäßig testen!‹ ist offensichtlich gehört worden. Der Anteil der schwulen ›Routinetester‹ steigt kontinuierlich an. Manche Checkpoints denken schon über günstige ›Test-Abos‹ nach« (ebd., S. 4).

Deutlich wurde bereits, dass dem HIV-Test eine wichtige Rolle bei der Aufdeckung sowie Verhinderung von Infektionen zukommt und dieser damit ein wesentliches Instrument der HIV-Prävention darstellt. Diese zielt vor allem auf die Verhaltensmodulation der Gesamtbevölkerung, um gesundheitsbewusstes, selbst- und fremdverantwortliches Verhalten zu bewirken. Ein Instrument, das dieser Verantwortung gerecht werden soll, stellt dabei der HIV-Test dar. Insofern kann der HIV-Test als soziale Praxis²⁸ bezeichnet werden, welche verschiedene Funktionen erfüllt und auf normierende Prozesse verweist.

So vermitteln Präventionskampagnen mit Slogans wie »Lasst euch testen!«, dass selbst- und fremdverantwortliche Subjekte ihren Serostatus und den ihrer potenziellen Sexualpartner_innen kennen sollten. Insbesondere die neue Präventionsempfehlung der regelmäßigen Testung unabhängig von einem konkreten Ri-

28 Für Foucault sind diskursive Praktiken Handlungsvollzüge in der Diskursproduktion, aber auch geregelte Handlungsweisen außerhalb der Diskurse (vgl. Keller, 2008, S. 224ff.). In neueren Entwicklungen der Wissenssoziologie bezeichnen soziale Praktiken beobachtbare und typisierbare Handlungsweisen und sozial konventionalisierte und tradierte Muster, etwas zu tun, welche durch den kollektiven Wissensvorrat als Handlungsrepertoire zur Verfügung gestellt werden (vgl. ebd., S. 224ff.).

siko für Männer, die Sex mit Männern haben, vermittelt eine generelle Betroffenheit von »Risikogruppen« unabhängig vom Risikoverhalten und setzt damit eine neue Norm der selbstverständlichen Routinetestung für schwule Männer.

Der HIV-Test lässt sich zudem nach Pfund (2010, S. 157) als Sicherheitsmaßnahme kennzeichnen, die einen Schutz des Staates vor »gefährlichen« Individuen gewährleistet. Der Test erfüllt jedoch nicht nur eine Funktion für die öffentliche Gesundheit. Durch ein negatives Testergebnis wird man auch selbst als »sicher« klassifiziert und stellt damit keine »Gefahr« für andere Sexualpartner_innen dar. Zudem sorgt es auch bei den Getesteten für ein Gefühl der Beruhigung, da mit hoher Sicherheit ein eingegangenes Infektionsrisiko ausgeschlossen werden kann. Bei einem HIV-positiven Ergebnis kann darüber hinaus eine HIV-Therapie rechtzeitig begonnen werden, sodass der Test letztlich auch der eigenen Gesundheit dient.

Eirmbter et al. (1993, S. 38) bezeichnen den HIV-Test darüber hinaus als »Wahrheitsdispositiv« und »Geständnisgenerator«, der mittels wissenschaftlicher Verfahren die »Wahrheit« über den Serostatus und eine daran geknüpfte, bislang verborgene Identität zum Vorschein bringt. Durch die biomedizinische Repräsentation der »unsichtbaren Krankheit« und die Diagnose HIV-positiv wird den Betroffenen ein dauerhaftes Persönlichkeitsmerkmal zugeschrieben, das die Identität durchzieht und die Betroffenen als Angehörige einer »Risikogruppe« entlarvt, welche gesellschaftlich mit stigmatisierten Verhaltensweisen in Verbindung gebracht wird. Insofern bringe der Test eine »Andersartigkeit« zum Vorschein, die bislang vor sich selbst und anderen verborgen geblieben war.

»Der Test arbeitet wie ein Geständnisgenerator, der ein verborgenes und uneingestehbares Inneres entäußert, seine Institutionalisierung ermöglicht die Kontrolle durch die Kontrolle: Ein Dispositiv der Wahrheit, das die vergessene Vergangenheit in ein kollektiv gültiges Präsenz der sozialen Person verwandelt« (ebd.).

Darüber hinaus erhält der HIV-Test nach Pfundt (2010, S. 144f.) einen »Sonderstatus«, der zur Reproduktion der Besonderheit der HIV-Infektion beitrage. So wird auch heute noch die Notwendigkeit gesehen, den Test anonym sowie in Verbindung mit einer Beratung anzubieten. In Anbetracht der Zunahme von Heimtestangeboten wird dieser Sonderstatus von der Deutschen AIDS-Hilfe aktuell neu diskutiert.

»Eine HIV-Diagnose hat ihren Schrecken verloren. Ein gutes Leben mit HIV ist möglich. Mantra-artig beteten Aids-Hilfen diese Erkenntnisse vor. Bei der Mitteilung der Diagnose sollten wir diese Haltung auch umsetzen. Die Nutzer_innen von HIV-Tests sind erwachsene Menschen, die sehr wohl entscheiden können (und es auch tun), ob sie ihre HIV-Diagnose lieber alleine mit sich ausmachen oder beratende Hilfe in Anspruch nehmen« (DAH, 2017, S. 5).

Dennoch stellt das Vorhalten einer Beratung nach wie vor ein wichtiges Qualitätskriterium für den HIV-Test dar und ist in der Regel obligatorisch. So geht der HIV-Test in der Regel mit dem Offenlegen des Motivs für den Test und der eventuellen Ansteckungssituation einher. So wird auch in der HIV-Testberatung das Generieren von »Geständnissen« deutlich. Wenngleich die Beratung von einer akzeptierenden und wertschätzenden Haltung getragen wird, geht es dennoch darum, auf ein individuelles Risikomanagement hinzuwirken, sodass in der Beratung auch Verhalten zur Sprache kommt, welches gegen Präventionsnormen verstößt. Insofern offenbart sich in der HIV-Testberatung nicht nur die »Wahrheit« über den Serostatus. Durch die Geständnispraxis der Testberatung und das Sprechen über Testmotive, Risikoverhalten und Risikomanagement steht die Offenbarung der sexuellen Identität ebenso zur Disposition wie sexuelle Präxen, Wünsche, Beschränkungen sowie potenziell gefährdendes Verhalten und eventuelle moralische »Fehlritte«. So wird die Beratung zum Ort der Verhandlung von »Verantwortung« und »Schuld«.

Diese Aspekte, die sich mit dem Blick auf »Schuld« und »Verantwortung« in der HIV-Testberatung offenbaren, reflektieren auch die im Rahmen der Arbeit befragten Experten²⁹ Dr. Dr. Stefan Nagel (Facharzt für psychosomatische Medizin, Psychoanalyse, Psychotherapie und Sozialmedizin; Berater der AIDS-Hilfen in ethischen, sozialen und politischen Fragen), Werner Bock (Dipl. Sozialarbeiter und systemischer Berater, fachlicher Leiter der Telefon- und Onlineberatung der Deutschen AIDS-Hilfe) sowie Dr. Matthias Stiehler (Theologe, psychologischer Berater und Leiter der Beratungsstelle für sexuell übertragbare Krankheiten und AIDS im Gesundheitsamt Dresden). So wird auch in den Expertengesprächen deutlich, dass in der HIV-Beratung neben HIV-bezogenen Ängsten vor allem Schuldgefühle eine wesentliche Rolle spielen. Für Werner Bock sind diese erkennbar an Sätzen wie: »Ich bin selbst schuld, denn ich habe Dinge gemacht, die hätte ich vielleicht so nicht machen sollen« oder »Ich weiß es doch besser, wie konnte ich nur so dumm sein und das machen?!« Zumeist werfen sich die Klient_innen verantwortungsloses Handeln vor, welches nach Nagel in der Regel auf (ungeschützten) Sex in zumeist persönlich grenzüberschreitenden, rauschhaft empfundenen, nicht-normativen oder stigmatisierten Settings zurückgeht.

Darüber hinaus werden von den Experten unterschiedliche Zielgruppen mit spezifischen Testanlässen benannt, die in der HIV-Testberatung klassischerweise Schuldgefühle aufweisen. Zunächst lassen sich dabei die »Freier« festhalten, welche die Testberatung mit der Sorge aufsuchen, sich bei einem/einer Sexarbeiter_in infiziert zu haben, und häufig Schuldgefühle aufgrund eines persönlichen und normativen »Tabubruchs« in sich tragen. Darüber hinaus werden von Stiehler und Bock die »Fremdgänger_innen« als eine weitere Gruppe genannt, die häufiger eine Schuldthematik aufweisen. Hier verbindet sich der Verstoß gegen moralische Prinzipien mit der Sorge, verlassen zu werden und möglicherweise den/die Partner_in nicht nur emotional verletzt, sondern ebenso mit HIV infiziert

29 Die Protokolle der Expertengespräche sind dem Anhang zu entnehmen.

zu haben. Darüber hinaus können nach Bock Schuldgefühle insbesondere bei schwulen Männern aufgrund einer internalisierten Stigmatisierung oder Homonegativität auftreten, welche durch eine potenzielle Ansteckung mit HIV verstärkt werden. In Bezug auf Frauen sei es nach Nagel vor allem der (ungeschützte) Sex bei One-Night-Stands oder mit häufig wechselnden Sexualpartnern, welcher als nicht-normativ und schuldhaft erlebt werde und vermehrt HIV-bezogene Ängste und damit zusammenhängende Schuldgefühle hervorrufe. Stefan Nagel betont, dass Schuldgefühle die sexuell »Unerfahrenen« ebenso betrifft wie die sexuell »Erfahrenen«. Darüber hinaus stellen für Nagel die »Überkontrollierten« eine Gruppe in der HIV-Beratung dar, welche einen sexuellen Impulsausbruch als einen enormen Kontrollverlust erleben, der in der Folge mit Schuldgefühlen und einer hohen »Bestrafungsangst« einhergehen kann. In diesem Zusammenhang schildern auch Bock und Stiehler, dass sich in der Beratung oftmals unterbewusste Straferwartungen offenbaren, die hinter den Ängsten stehen können. So könne HIV als »Strafe« (beispielsweise für den »Seitensprung« oder die sexuelle Orientierung) betrachtet werden.

Werner Bock berichtet, dass (unbewältigte) Schuldgefühle auch vor dem Hintergrund einer irrationalen Angst vor HIV sichtbar werden können, zum Beispiel wenn kein HIV-relevantes Risiko bestand, die Angst jedoch unverhältnismäßig groß ist. Diese als irrational bewerteten Ängste werden in der Fachliteratur unter dem Phänomen der Aids-Phobie³⁰ gefasst.

30 Die Aids-Phobie als Oberbegriff unterscheidet zwischen der Aids-Phobie im engeren Sinn, bei der die übersteigerte und völlig unbegründete Angst, sich mit HIV zu infizieren, im Vordergrund steht. Bei der Aids-Hypochondrie hingegen handelt es sich um die unbegründete Angst, sich mit HIV bereits infiziert zu haben bzw. an Aids erkrankt zu sein (vgl. Hirsch, 2010, S. 253ff.). Ängstlich-besorgte Klient_innen, eine subklinische und verbreitetere Form der Phobie/Hypochondrie, weisen nach Jäger (1988, S. 44ff.) aus verschiedenen Gründen (z. B. Mangel an Informationen oder verzerrter Realitätswahrnehmung) nur ein erhöhtes Besorgnisniveau auf; dennoch sind sie in der Beratungspraxis weit häufiger anzutreffen.

Darüber hinaus schildern die Experten Parallelen zwischen der HIV-Testberatung und religiösen Praxen und Deutungen. So erfülle der HIV-Test laut Bock und Stiehler die Funktion einer »Absolution«, beispielsweise wenn vor Beginn einer sexuellen Beziehung ein HIV-Test als »Absicherung« gemacht wird oder wenn der/die Partner_in einen HIV-Test nach einem Seitensprung einfordert. Überdies können nach Stiehler artikuliert Schuldgefühle auch eine entlastende Funktion für die Klient_innen haben und mit der Bitte an den/die Berater_in einhergehen, beruhigt und von der Schuld befreit zu werden. Insofern weist Stiehler der HIV-Beratung eine Beichtfunktion zu. Werner Bock und Stefan Nagel schildern dahin gehend, dass die Klient_innen eine Bewertung des Verhaltens in Bezug auf den potenziellen Normverstoß befürchten. Vor diesem Hintergrund betonen sie die Bedeutung der Wertneutralität und Lebensweltakzeptanz in der Beratung. Hier sei es sehr wichtig, als Berater_in selbstreflexiv hinsichtlich der eigenen Werte zu sein und die Schuldgefühle der Klient_innen anzuerkennen, aber nicht »wegzureden«. Dabei ist es für Stefan Nagel unabdingbar, auch die eigene Machtposition als Berater_in zu reflektieren, denn auch eine Schuldentlastung sei immer etwas Autoritäres. Die Beratung stelle dahin gehend eine Chance dar, sich den Schuldgefühlen mit dem Ziel der Verbesserung der sexuellen Gesundheit zu widmen, welche für Werner Bock auch die sexuelle Zufriedenheit umfasse. Für Matthias Stiehler ist es auch im Sinne der Prävention die Aufgabe der Beratung, die subjektive Sinnhaftigkeit der Schuldgefühle zusammen mit den Klient_innen zu ergründen, eventuelle Strafgedanken und verzerrte Risikowahrnehmungen zu erkennen und die Klient_innen dazu zu ermutigen, sich der eigenen Verantwortlichkeit zu stellen, ohne in destruktiven Schuldzuweisungen zu verharren, denn Schuldgefühle hätten nach Stiehler keine lange Halbwertszeit und würden nicht reichen, um Menschen dauerhaft zu einem gesünderen Verhalten zu bewegen. Nagel sieht in der Betrachtung der Schuldgefühle die Chance für die Klient_innen, ihr Selbstkonzept zu erweitern und ein realistisches

Risikomanagement zu entwickeln. In diesem Zusammenhang betont er, dass die Schuldverarbeitung auf der Beratungsebene viel wichtiger sei als die alleinige Auseinandersetzung mit Ängsten, da die Angst von selbst verschwinde, wenn es gelinge, auf der Schuldebene eine Entlastung zu erzeugen. Darüber hinaus sei es jedoch nach Bock wichtig, die Grenzen der HIV-Beratung anzuerkennen und gegebenenfalls auf Psychotherapeut_innen zu verweisen.